

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ**

# **ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**ПІДРУЧНИК**

**До 180-річчя НМУ імені О. О. Богомольця**

**За редакцією професора В. Д. Парія**

 **Бук - Друк**  
Житомир • 2021

*Видається за рішенням Вченої ради  
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця  
Протокол № 12 від 27 травня 2021 року*

**Рецензенти:**

**А. Б. Зіменковський** – Заслужений діяч науки і техніки України, д. мед. н., професор, завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

**О. З. Децик** – д. мед. н., професор, завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету;

**Т. С. Грузєва** – д. мед. н., професор, академік НАН ВО України, завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О. О. Богомольця МОЗ України.

**Авторський колектив:**

д. мед. н., проф., завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О. О. Богомольця, заслужений лікар України, академік НАН ВО України Парій В. Д.; д. мед. н., проф., директор Інституту післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця Вежновець Т. А.; д. мед. н., проф. Журавель В. І.; д. пед. н, проф., академік Академії економічних наук України зі спеціальності менеджмент Матукова Г. І.; к. мед. н., доц. Жила А. В.; к. мед. н., доц. Гришук С. М.; к. екон. н., доц. Кожемякіна Т. В.; к. екон. н., доц. Матукова-Ярига Д. Г.; к. екон. н., доц. Прус Н. В.; к. мед. н., асист. Короткий О. В.; к. мед. н., ст. викл. Терентюк В.Г.;

к. мед. н., доц. Таран В. В.

**Економіка охорони здоров'я**[Текст]: [Підручник]/За заг. ред. д. мед. н., Е45 проф. Парія В. Д.; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. – Житомир: ТОВ «Видавничий дім “Бук-Друк”», 2021. – 288 с.

ISBN 978-617-8079-03-1

У підручнику висвітлені основні економічні механізми в сфері охорони здоров'я, описані зміни у фінансуванні, запроваджені під час реформування галузі, окреслені питання оцінки медичних технологій, наведені нові організаційно-правові форми господарювання закладів охорони здоров'я, особливості формування ринкових відносин, організації маркетингової діяльності медичного закладу.

Підручник розрахований для студентів, слухачів циклів безперервної професійної освіти, керівників медичних закладів, аспірантів, магістрів, інтернів, лікарів та менеджерів сфери охорони здоров'я.

**УДК 614.2:33(02)**

---

**ЗМІСТ**

<i>Перелік умовних позначень</i>	7
<i>Передмова</i>	9
<b><i>РОЗДІЛ I. ОСНОВИ ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Жила А. В.)</i></b>	11
1.1. Економіка охорони здоров'я: предмет, мета та завдання (Матукова-Ярига Д. Г.)	11
1.2. Місце, роль та значення системи охорони здоров'я в розвитку економіки держави (Парій В. Д.)	15
1.3. Сучасні наукові напрями дослідження економіки охорони здоров'я (Жила А. В.)	23
<b><i>РОЗДІЛ II. ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СУБ'ЄКТ ГОСПОДАРЮВАННЯ (Прус Н. В.)</i></b>	29
2.1. Заклад охорони здоров'я: мета, особливості функціонування, організація господарської діяльності в сучасних умовах (Прус Н. В., Короткий О. В.)	29
2.2. Менеджмент закладу охорони здоров'я (Журавель В. І.)	37
<b><i>РОЗДІЛ III. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Кожемякіна Т. В.)</i></b>	52
3.1. Характеристика та види ресурсів у галузі охорони здоров'я (Прус Н. В.)	52
3.2. Управління матеріальними ресурсами в закладах охорони здоров'я (Прус Н. В.)	55
3.3. Управління трудовими ресурсами в закладах охорони здоров'я: поняття, методи, складові процесу (Вежновець Т. А.)	66

---

<b>РОЗДІЛ IV. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РИНКОВИХ ВІДНОСИН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Парій В. Д.)</b>	75
4.1. Ринок медичних послуг: основні поняття та інструменти, особливості формування ринкових відносин у галузі охорони здоров'я (Матукова-Ярига Д. Г.)	75
4.2. Особливості і етапи розвитку ринку медичних послуг в Україні (Короткий О. В.)	82
4.3. Організація маркетингової діяльності в сфері охорони здоров'я (Матукова Г. І.)	87
4.4. Методи вимірювання загального охоплення послугами охорони здоров'я (Матукова Г. І.)	94
<b>РОЗДІЛ V. ОСНОВИ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я (Жила А. В.)</b>	103
5.1 Державно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я (Жила А. В.)	103
5.2. Ліцензування впровадження медичної практики, акредитація (Жила А. В.)	112
5.3. Правові аспекти суб'єктів господарювання медичної сфери (Жила А. В.)	118
<b>РОЗДІЛ VI. СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Матукова-Ярига Д. Г.)</b>	130
6.1. Системи фінансування охорони здоров'я (Таран В. В.)	130
6.2. Особливості фінансування первинної медичної допомоги (Короткий О. В.)	140
6.3. Фінансування вторинної та третинної медичної допомоги (Прус Н. В.)	145

---

**РОЗДІЛ VII. ЦІНОУТВОРЕННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (Кожемякіна Т. В.)** 157

7.1. Особливості ціноутворення медичних послуг (Матукова Г. І.) 157

7.2. Сутність, принципи та функції ціноутворення. Складові ціни, рентабельність медичної послуги (Кожемякіна Т. В.) 162

7.3. Загальна класифікація та характеристика витрат на медичні послуги (Кожемякіна Т. В.) 169

7.4. Метод покрокового розподілу витрат «зверху донизу» у формуванні вартості медичних послуг (Кожемякіна Т. В.) 172

**РОЗДІЛ VIII. ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Парій В. Д.)** 181

8.1. Сутність та завдання економічного аналізу діяльності медичного закладу в сучасних умовах (Таран В. В.) 181

8.2. Види та методи економічного аналізу (Таран В. В.) 184

8.3. Сучасні (специфічні) методи економічного аналізу в системі охорони здоров'я: метод мінімізації витрат, метод витрати-результативність, метод витрати-вигода, метод витрати-корисність (Матукова-Ярига Д. Г.) 188

8.4. Методика проведення ABC-аналізу, VEN-аналізу, частотного аналізу, інтегрованого частотного/VEN/ABC – аналізу (Парій В. Д., Гришук С. М.) 197

---

<b>РОЗДІЛ ІХ. ПІДПРИЄМНИЦТВО: МІСЦЕ І РОЛЬ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Матукова Г. І.)</b>	216
9.1. Підприємництво: сутність та особливості в сфері охорони здоров'я, технологія створення власної справи у сфері охорони здоров'я(Матукова-Ярига Д. Г.)	216
9.2. Основні елементи підприємницького успіху, аналітичне оцінювання ефективності підприємницької діяльності (Матукова Г. І.)	222
9.3. Управління економічними ризиками в сфері охорони здоров'я (Матукова Г. І.)	229
<b>РОЗДІЛ Х. БІЗНЕС-ПЛАНУВАННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Матукова Г. І.)</b>	235
10.1. Бізнес-план як інструмент обґрунтування підприємницької ідеї: мета, завдання, особливості та етапи формування бізнес-плану (Матукова-Ярига Д. Г.)	235
10.2. Види бізнес-планів, структура, логіка розробки (Матукова Г. І.)	243
10.3. Презентація бізнес-плану, шляхи підвищення її ефективності (Матукова Г. І.)	253
<b>РОЗДІЛ ХІ. ЗНАЧЕННЯ E-HEALTH В ЕКОНОМІЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Терентюк В. Г.)</b>	258
<b>ГЛОСАРІЙ</b>	271

---

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ:**

АТ – акціонерне товариство;  
БНР – блок наукового регулювання;  
ВВП – валовий внутрішній продукт;  
ВМД – вторинна медична допомога;  
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;  
ВРУ – Верховна Рада України;  
ДМС – добровільне медичне страхування;  
ДП – державне підприємство;  
ДПП – державно-приватне партнерство;  
ДСГ – діагностично-споріднені групи;  
ДФСУ – Державна фіскальна служба України;  
ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я;  
ЕЦП – електронний цифровий підпис;  
ЄС – Європейський союз;  
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я;  
ІКТ – інформаційно-комунікаційні технології;  
КВЕД – класифікатор видів економічної діяльності;  
КЕП – кваліфікований електронний підпис;  
КМУ – Кабінет Міністрів України;  
КНП – комунальне некомерційне (неприбуткове) підприємство;  
КССУ – кругова структура системи управління;  
ЛЗ – лікарські засоби;  
МНН – міжнародна непатентована назва;  
МДН – медична допомога населенню;  
МІС – медична інформаційна система;  
МКС – метод кругової структури;  
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я;  
НДДКР – науково-дослідні та дослідно-конструкторські роботи;  
НДІ – науково-дослідний інститут;  
НОУ – наукові основи управління;  
НСЗУ – Національна служба здоров'я України;  
ОМС – обов'язкове медичне страхування;  
ОЗ – основні засоби;  
ПАТ – публічне акціонерне товариство;  
ПКУ – Податковий кодекс України;  
ПМД – первинна медична допомога;

---

ПрАТ – приватне акціонерне товариство;  
П(С)БО – положення (стандарти) бухгалтерського обліку;  
ПУ – процес управління;  
РНОКПП – реєстраційний номер облікової картки платника податків;  
РУР – реалізація управлінського рішення;  
СІАЗ – служба інформаційно-аналітичного забезпечення;  
СБО – стратегічна бізнес-одиниця;  
СМ – сучасний менеджмент;  
СМДН – система медичної допомоги населенню;  
СНІД – синдром набутого імунodefіциту;  
ТОВ (ТзОВ) – товариство з обмеженою відповідальністю;  
ТР – трудові ресурси;  
ТМ – товарна марка;  
ТМД – третинна медична допомога;  
УР – управлінське рішення;  
УС – управлінські ситуації;  
ФОП – фізична особа, підприємець, є суб'єктом господарювання з моменту державної реєстрації;  
ХСУ – холакратична система управління;  
ЦБД – центральна база даних;  
ЦК – Цивільний кодекс;  
ЦНАП – центр надання адміністративних послуг;  
ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги;  
API – (Application Programming Interface) – прикладний програмний інтерфейс;  
DRG – (Diagnostic-Related Groups) – діагностично-споріднені групи;  
HYE – (Healthy Years Equivalent) – еквівалент здорових років;  
QALY – (Quality-Adjusted Life Years) – додані роки життя з урахуванням якості життя.



---

## ПЕРЕДМОВА

Становлення України як європейської держави, кардинальне оновлення системи охорони здоров'я внаслідок впровадження реформи, перехід її на більш якісний і конкурентний рівень суттєво вплинули на вимоги щодо підготовки фахівців системи охорони здоров'я України.

Сучасні студенти-медики – це представники нового покоління медичних працівників – фахівці з належними фундаментально-прикладними знаннями, навичками та вміннями в області клінічної медицини, загальнонавчаними в медичній діяльності морально-психологічними якостями та прихильністю до дотримання деонтологічних принципів, які одночасно мають розвинутий економічний світогляд як невід'ємний компонент адаптації до роботи в умовах розвинутих ринкових відносин, де панує конкуренція.

Якісне оновлення попереднього навчального підручника кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О. О. Богомольця з «Економіки охорони здоров'я» за змістом, структурною побудовою, дизайном та іншими складовими обумовлена внесенням змін до чинних нормативно-правових актів, що врегульовують діяльність вітчизняної системи охорони здоров'я і стали передумовою докорінної інституційної трансформації галузі.

Вимоги до фахівців сьогодення є комплексними; студенти мають отримати не лише теоретичні знання й практичні компетентності, набути фахових орієнтирів власної професіоналізації, а також цілий спектр управлінських методик для майбутнього ефективного управління в галузі.

Орієнтуючись на сучасні виклики, що постали перед системою охорони здоров'я, даний підручник суттєво доповнений новітніми підходами в питаннях проведення економічного аналізу з позицій клініко-економічного менеджменту та доказової медицини при виборі альтернативних методів профілактики, діагностики лікування та реабілітації, виходячи з співвідношення витрати/ефективність. Значну увагу приділено основам правового регулювання економічної та підприємницької діяльності в медичній сфері. В підручнику відображено методики комплексного аналізу фінансової діяльності медичного закладу, концептуальні засади проведення клініко-економічного аудиту, формування інвестиційної та інноваційної

політики як важливих чинників забезпечення успішної діяльності медичного закладу в складних ринкових умовах. Детально розглянуті методики ефективного використання усіх видів ресурсів медичного закладу, формування системи ціноутворення, маркетингової стратегії. Матеріал сформований для набуття студентами професійних компетентностей в управлінні економічною діяльністю медичного закладу.

Підручник розглядає проблеми напряму «Менеджменту в охороні здоров'я», орієнтований для студентів, слухачів циклів безперервної професійної освіти, керівників медичних закладів, аспірантів, магістрів, інтернів, лікарів та менеджерів сфери охорони здоров'я.

Авторський колектив сподівається, що даний підручник має стати для читачів настільним довідником на шляху до подальшого самовдосконалення в питаннях освоєння закономірностей та механізмів реалізації управління всіма видами ресурсів сфери охорони здоров'я. Водночас автори заздалегідь щиро вдячні за відгуки, критичні зауваження, конструктивні пропозиції щодо вдосконалення змістової частини даного навчального підручника.

---

## РОЗДІЛ I

### ОСНОВИ ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*1.1. Економіка охорони здоров'я: предмет, мета та сучасні завдання.*

*1.2. Місце, роль та значення системи охорони здоров'я в розвитку економіки держави.*

*1.3. Сучасні наукові напрями дослідження економіки охорони здоров'я.*

#### **1.1. Економіка охорони здоров'я: предмет, мета та сучасні завдання**

Сутнісна характеристика будь якої системи охорони здоров'я тісно пов'язана з економічною ефективністю її функціонування. Доступність, своєчасність, якість та кількість медичних послуг мають пряму залежність від об'ємів витрачених ресурсів на їх створення. Сьогоднішній досвід функціонування закладів охорони здоров'я формує особливі потреби, в яких великого значення набувають питання ефективності використання ресурсів. Значна увага і всезростаючий інтерес до економічної складової в охороні здоров'я характерні для останніх десятиліть та пояснюються тим, що здоров'я стає все більш цінним фактором, а його поновлення вимагає постійно зростаючих витрат. Економіка охорони здоров'я – саме та наука, яка покликана диференціювати економічні процеси в охороні здоров'я. Відповідно до визначення ВООЗ, *економіка охорони здоров'я* являє собою науку, яка вивчає дію економічних законів у системі охорони здоров'я, у тому числі:

- ефективне управління і використання ресурсів незалежно від джерел фінансування;
- умови і фактори, що забезпечують найбільш повне задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я;
- взаємодію системи охорони здоров'я з іншими галузями економіки.

*Предметом дисципліни* є дослідження організаційних та соціально-економічних відносин, що утворюються в процесі надання медичних послуг.

---

**Метою вивчення дисципліни** є набуття теоретичних знань та практичних компетентностей щодо підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, формування механізмів управління в умовах обмежених ресурсів для задоволення потреб якісних медичних послуг та ефективного функціонування системи охорони здоров'я.

**Завданнями дисципліни є:**

- визначення організаційно-економічної і соціально-економічної форми функціонування медичного закладу;
- визначення інвесторів медичних послуг;
- визначення ресурсних можливостей галузі (кадрові, фінансові, матеріально-технічні, основні та обігові);
- вивчення ефективності функціонування закладів охорони здоров'я;
- розробка економічної нормативної бази охорони здоров'я;
- визначення методів та принципів управління економічними процесами в охороні здоров'я;
- визначення шляхів досягнення економічної ефективності.

В останнє десятиліття реформи системи охорони здоров'я стоять в центрі уваги більшості країн. Ступінь важливості цього питання в кожній країні різна і багато в чому визначається співвідношенням загального стану здоров'я населення країни, об'ємом споживаних системою охорони здоров'я ресурсів і загальним рівнем розвитку національної економіки.

**Основні питання, якими займається економіка охорони здоров'я:**

- дослідження ролі системи охорони здоров'я в загальній економіці;
- розробка методів раціонального та ефективного використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів охорони здоров'я;
- питання фінансування медичних послуг, закладів охорони здоров'я;
- розробка підходів і методів визначення вартості медичних послуг та багато іншого.

В економіці охорони здоров'я – як в галузі, так і в науці можна виділити **два основні рівня**: макроекономічний рівень характеризує ефективність системи охорони здоров'я, й мікроекономічний рівень

---

характеризує економічні аспекти діяльності медичних закладів (економічність охорони здоров'я).

В останні два десятиліття все більш серйозною проблемою економіки охорони здоров'я для всіх країн світу стає зростання витрат на медичні послуги. Підвищенню загальних витрат на охорону здоров'я сприяють такі чинники, як збільшення очікуваної тривалості життя населення, що супроводжується підвищенням рівнів хронічної захворюваності та інвалідності, збільшення рівня захворюваності, поява нових видів лікування і технологій, розробка дороговартісних лікарських засобів.

Дослідження ролі охорони здоров'я в загальній економіці полягає в обґрунтуванні медичної та економічної ефективності охорони здоров'я. **Медична ефективність охорони здоров'я** характеризується ступенем досягнення медичних результатів і полягає в зміні рівня і характеру захворюваності та її тенденцій. **Економічна ефективність** являє собою співвідношення витрат і значущих показників охорони здоров'я (наприклад, результатів захворювань), яке часто виражається як відношення витрат до збережених років життя з поправкою на її якість [1].

Аналіз існуючого рівня розвитку ринку медичних послуг показує, що практично у всіх країнах світу спостерігається зростання попиту на медичні послуги. З одного боку, це пов'язано зі змінами чисельності та структури населення, - змінами в структурі захворюваності і смертності. З іншого боку, це пов'язано зі змінами технологій діагностики та лікування захворювань. Найчастіше впровадження нових медичних технологій є економічно необґрунтованим, їхнє застосування не дозволяє досягти великих позитивних змін в стані здоров'я населення по відношенню до збільшеної за рахунок застосування цих технологій, вартості надання медичних послуг [2]. Природним наслідком неконтрольованого зростання вартості медичних послуг стає необхідність раціоналізації механізму розподілу медичних послуг між різними групами населення, спрямованого на забезпечення доступу найбільш економічно вразливих груп населення. Таким механізмом виступає розробка і впровадження програм надання безоплатної медичної допомоги, що фінансуються переважно за рахунок державних коштів [3].

За останні роки в значній мірі набули прояву основні проблеми розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я. Розвиток ринкових

---

відносин, процеси реформування економіки, глибокі політичні та соціально-економічні зміни в Україні не змогли залишити поза увагою сферу охорони здоров'я.

При цьому особливого значення набувають питання ефективності функціонування закладів охорони здоров'я (як державного, так і приватного напрямку), які, в кінцевому підсумку, визначаються створенням соціально-економічних, науково-технічних і організаційно-господарських передумов для прогресивного розвитку новітніх медичних технологій.

Ринкові перетворення в економіці нашої країни не тільки розширили сферу надання медичних послуг, а й сприяли зростанню особистої активності громадян. Сьогодні дуже гостро постало питання про ефективність управління в даній сфері, вирішенню цієї проблеми перешкоджає відсутність сучасного кадрового потенціалу менеджерів, здатних до нового, креативного підходу щодо управління ресурсами медичної сфери.

У сьогоднішній період реформ у вітчизняній охороні здоров'я, центральними проблемами, як і раніше, залишаються недостатнє фінансування та ресурсне забезпечення, невідповідність структури і потужності лікувально-профілактичних установ економічним можливостям регіонів. Незважаючи на новітні досягнення медичної науки, результативність медичної допомоги в цілому в даний час не можна визнати задовільною. Це пов'язано з невисоким рівнем державного фінансування охорони здоров'я, надмірною завантаженістю лікарів другорядною роботою, а також низьким рівнем якості управління в соціальній сфері в цілому і в охороні здоров'я зокрема.

Збільшення фінансування сфери охорони здоров'я має займати центральне місце в розвитку сучасного суспільства, інвестиції, що вкладені вчасно й розраховані, можуть покращити роботу діючої системи охорони здоров'я. Тому сьогодні вимагає підготовки спеціалістів із компетентностями: вивчення та аналізу ринку медичних послуг; формування стратегічних і тактичних цілей закладу; розробки управлінських рішень по використанню усіх видів ресурсів; створення ефективної цінової політики, спрямованої на реалізацію стратегічних і оперативних завдань медичного закладу; планування заходів, спрямованих на задоволення потреб населення в медичній допомозі тощо.

---

В умовах інноваційної економіки існує гостра необхідність пошуку і застосування найбільш ефективного інструментарію стратегічного управління закладами охорони здоров'я, що включає в себе стратегічний аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища, управління ресурсним потенціалом, підходи до стратегічного планування і прогнозування. Розвиток організацій охорони здоров'я є невід'ємним компонентом стійкого зростання будь-якої цивілізовано функціонуючої економічної системи.

## **1.2. Місце, роль та значення системи охорони здоров'я в розвитку економіки держави**

Вирішальна роль в розвитку економіки країни у XXI столітті віддається людині як носію багатства, що зумовлює максимальну увагу урядів провідних держав світу до використання та розвитку людських ресурсів.

Людина є водночас суб'єктом, метою і засобом розвитку кожної країни. Визнаючи ключову роль людини у розвитку економіки, сучасна економічна наука навіть визнала окрему наукову соціально-економічну категорію, що отримала назву «людський капітал».

*Людський капітал* – це сукупність усіх можливих якостей працівників, які визначають продуктивність і можуть стати джерелом доходів для людини, родини, підприємства, країни. Його особливістю є те, що він перебуває у власності працівників, а не їх роботодавців; працівники володіють їм одноосібно та самі вирішують, коли, як і куди будуть його вкладати.

З точки зору кумулятивного та інвестиційного підходів, людський капітал є нематеріальним активом, що формується та нагромаджується в результаті інвестицій в освіту, охорону здоров'я, відпочинок, культурний розвиток.

Із входженням поняття «людський капітал» в науку в 60-х роках XX століття, стало зрозумілим, що саме людський капітал є визначальним фактором для досягнення високого рівня конкурентоспроможності економіки країни, а не матеріальні засоби виробництва, як це вважалось раніше. Таким чином, саме освіта, наука та охорона здоров'я є джерелами економічного зростання будь-якої країни [10]. Підтвердженням є той беззаперечний факт, що країни світу, які активно інвестують саме в освіту, науку, культуру і охорону

---

здоров'я, є на сьогодні світовими економічними лідерами. В ролі аутсайдерів залишаються ті суб'єкти світової економіки, що і надалі вважають ці галузі такими, що споживають, а не виробляють і продовжують фінансувати за залишковим принципом.

Отже система охорони здоров'я має вирішувати для держави ряд основних завдань:

- надання цілодобової екстреної медичної допомоги хворим на достаціонарному та стаціонарному етапах, своєчасне надання в повному обсязі амбулаторної, кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги хворим;
- забезпечення безперервності та скоординованості єдиного лікувального шляху відповідно до медичних стандартів;
- проведення щорічного медичного обстеження персоналу підприємств (закладів), усіх категорій населення;
- проведення експертних медичних оглядів;
- запровадження європейських підходів до проведення епідеміологічного нагляду, який буде охоплювати як інфекційні хвороби, так і неінфекційні захворювання, удосконалення механізму інфекційного контролю та епіднагляду тощо [13].

Охорона здоров'я одночасно заявила про себе як про надзвичайно ресурсоємну галузь, здатну використовувати різні матеріальні, фінансові, трудові та інші ресурси.

Здоров'я населення для держави є найважливішим напрямом постійної роботи, найбільшою індивідуальною і одночасно суспільною цінністю, адже визначає успішність процесів економічного, соціального та культурного розвитку країни. Показниками рівня активності ВООЗ визначає **здоров'я** як «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, коли функції всіх органів та систем урівноважені із навколишнім середовищем, відсутні якісь захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти». Ключовою умовою для реалізації власних продуктивних сил людини є стан її здоров'я.

Здоров'я як медико-соціальна категорія слугує інтегральним критерієм якості життя населення. Найважливішим показником рівня здоров'я населення країни є показник середньої тривалості життя. Здоров'я як економічна категорія є фактором людського капіталу держави. Воно відображає результат витрачених зусиль та вкладених



коштів. І виступає прогностичним чинником майбутнього економічного зростання.

Здоров'я як економічна категорія, на відміну від таких категорій, як товар або послуга, при наявності споживчої вартості (адже воно є основною потребою людини) водночас не має мінової вартості (тобто не може бути куплене або продане) [12].

Втрата здоров'я призводить до значних економічних збитків на рівні самої людини, її родини, суспільства (країни) в цілому. Ці втрати обумовлені такими чинниками:

- скороченням періоду активного продуктивного життя та збільшенням рівня смертності;
- зменшенням пропозиції праці, зниженням її продуктивності, що призводить до зменшення обсягів виробництва продукції та національного доходу країни;
- зростанням виплат із суспільних фондів за лікарняними листками та по інвалідності;
- зростанням щоденних витрат на лікування;
- скороченням інвестицій людини, родини, держави в цілому в освіту та професійне удосконалення;
- відмовою людини як суб'єкта економічних відносин від ведення науково-дослідної та підприємницької діяльності тощо.

Таким чином, дбаючи про охорону здоров'я, країна забезпечує збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення, нарощує людський капітал, формує виробничий потенціал країни, заощаджує та примножує індивідуальні та суспільні фінанси, а отже, призводить до потужного економічного зростання.

Країни, які забезпечили високий рівень охорони здоров'я, демонструють високі економічні показники. Так, за даними CIA - The World Factbook, 22 з 40 країн Європи мають очікувану тривалість життя при народженні більше 80 років. Україна посідає 106 місце з 198 країн світу і 38 місце з 40 країн Європи за очікуваною тривалістю життя (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

### Тривалість життя в країнах Європи, років

№ з/п	Країна	Тривалість життя	№ з/п	Країна	Тривалість життя	№ з/п	Країна	Тривалість життя
1	Швейцарія	83	16	Велика Британія	81	31	Сербія	75

2	Ісландія	83	17	Австрія	81	32	Північна Македонія	75
3	Швеція	82	18	Словенія	80	33	Румунія	74
4	Франція	82	19	Португалія	80	34	Литва	74
5	Люксембург	82	20	Кіпр	80	35	Латвія	74
6	Ліхтенштейн	82	21	Данія	80	36	Болгарія	74
7	Італія	82	22	Бельгія	80	37	Білорусь	72
8	Іспанія	82	23	Чехія	78	38	Україна	71
9	Фінляндія	81	24	Албанія	78	39	Росія	71
10	Норвегія	81	25	Хорватія	77	40	Молдова	69
11	Німеччина	81	26	Польща	77			
12	Нідерланди	81	27	Естонія	76			
13	Мальта	81	28	Чорногорія	75			
14	Ірландія	81	29	Угорщина	75			
15	Греція	81	30	Туреччина	75			

Примітка. Розроблено авторами за даними CIA - The World Factbook. Режим доступу – <https://www.cia.gov/the-world-factbook/>

Станом на кінець 2020 року середня очікувана тривалість життя в світі складає 82 роки. Країна з найбільшою очікуваною тривалістю життя - Японія, для якої цей показник складає 90 років.

За даними дослідників Європи, всі країни із високим рівнем життя є економічно прогресивними. Інформацію щодо рівнів ВВП на душу населення країн Європи за підсумками 2014 року наведено у табл. 1.2.

Порівнюючи місце країн у списку за очікуваною тривалістю життя при народженні із місцем за рівнем ВВП на душу населення (за даними CIA - The World Factbook), можна відмітити, що прямого зв'язку не спостерігається. Проте, найнижчими в списку по тривалості життя виявилися країни із більш низьким рівнем ВВП на душу населення.

Таблиця 1.2

**Список європейських країн за номінальним ВВП на душу населення, \$ США**

№ з/п	Країна	ВВП на душу населення	№ з/п	Країна	ВВП на душу населення	№ з/п	Країна	ВВП на душу населення
1	Швейцарія	67560 (3)	16	Велика Британія	45653 (10)	31	Сербія	6123 (35)
2	Ісландія	51261 (7)	17	Австрія	51306 (6)	32	Північна Македонія	4482 (39)

3	Швеція	43986 (13)	18	Словенія	24019 (20)	33	Румунія	10034 (32)
4	Франція	44747 (12)	19	Португалія	22130 (21)	34	Литва	16385 (24)
5	Люксембург	111716 (1)	20	Кіпр	28237 (18)	35	Латвія	15728 (25)
6	Ліхтенштейн		21	Данія	56147 (4)	36	Болгарія	7752 (34)
7	Італія	35823 (15)	22	Бельгія	45383 (11)	37	Білорусь	8041 (33)
8	Іспанія	31946 (16)	23	Чехія	19563 (23)	38	Україна	3054 (40)
9	Фінляндія	43492 (14)	24	Албанія	4781 (37)	39	Росія	12925 (29)
10	Норвегія	97013 (2)	25	Хорватія	13493 (28)	40	Молдова	2232 (41)
11	Німеччина	47589 (9)	26	Польща	14378 (26)	41	Словаччина	12925 (30)
12	Нідерланди	48223 (8)	27	Естонія	19670 (22)	42	Боснія і Герцеговина	4597 (37)
13	Мальта	24876 (19)	28	Чорногорія	5928 (36)			
14	Ірландія	51356 (5)	29	Угорщина	13881 (27)			
15	Греція	29635 (17)	30	Туреччина	10815 (31)			

Примітка. Розроблено авторами за даними CIA - The World Factbook. Режим доступу – <https://www.cia.gov/the-world-factbook/>

Цікавим є метод порівняння, динаміки рівня видатків на охорону здоров'я в країнах Європи та тривалості життя громадян (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Розмір видатків на охорону здоров'я на душу населення (ВОХЗ), частка ВВП країн на охорону здоров'я та місце у ранжованому списку по очікуваній тривалості життя**

Місце у ранжованому списку по очікуваній тривалості життя	Країна	ВОХЗ на душу населення, \$ США	Частка ВВП, що витрачається на охорону здоров'я, %	Рівень цін у сфері охорони здоров'я (де США = 100)
1	Швейцарія	7317	12,2	139
3	Швеція	5447	11,0	н.д.
4	Франція	4965	11,2	66
7	Італія	3428	н.д.	82
9	Фінляндія	4228	9,1	90
10	Норвегія	6187	н.д.	120
11	Німеччина	5986	11,2	68
15	Греція	2238	н.д.	57

16	Велика Британія	4070	9,8	83
23	Чехія	3058	н.д.	н.д.
26	Польща	н.д.	6,3	н.д.
29	Угорщина	н.д.	6,6	32
30	Туреччина	1227	4,2	17
38	Україна	200	3,1	н.д.

Примітка. Розроблено авторами за даними World Health Organization. Режим доступу – <https://www.who.int/>

Низькі витрати на охорону здоров'я призводять до значного підвищення витрат на соціальний захист через смерть людей у працездатному віці, зростання кількості пенсіонерів відносно працюючого населення та ранню інвалідизацію.

Відсутність необхідного медичного обслуговування веде до низької тривалості життя - через передчасну смертність тих, хто ще б міг працювати.

Сьогодні ризик для чоловіка в Україні померти у віці до 60 років оцінюється як 40 % (Швеція – 10,5 %). Показники смертності чоловіків віком 30-44 роки в Україні у сім разів вищі, ніж показники Швеції (відповідно до статистичних даних ВООЗ).

Передчасна смертність у працездатному віці призводить до відносного старіння населення. Всього в Україні є 12 мільйонів пенсіонерів (на початок 2018 року), що складає майже 30 % населення. Це тільки офіційна статистика, яка не враховує високий рівень трудової еміграції. Демографічні прогнози показують, що до 2030-40 років частка людей пенсійного віку складе близько 70%.

Невчасне, недоступне і неякісне медобслуговування змушує сьогодні людей не звертатися в лікарні, а отже «запускати» стан хвороби. На хронічні неінфекційні захворювання страждає до 60 відсотків дорослого та майже 20 відсотків дитячого населення. Від 12 до 14 млн українців хворіють на серцево-судинні хвороби, понад 1 млн страждають від онкологічних захворювань, ще близько 2 млн хворіють на цукровий діабет, при цьому понад 180 тис. з них є інсулінозалежними.

Саме незадовільний стан здоров'я населення стає головним фактором інвалідизації у працездатному віці. Кількість інвалідів в Україні за останні 20 років подвоїлася. На початок 2018 року в Україні налічується 2,8 млн осіб з інвалідністю, або понад 6 % від загальної

---

чисельності населення. Майже 80 % інвалідів в Україні – це люди працездатного віку.

Якщо на цю проблему подивитися з боку економіки, то держава щороку втрачає близько 5 млн років потенційного життя й відповідно обсягів недовиробленого національного продукту становить від 143,8 до 222,8 млрд гривень у рік. Це – прямі витрати української економіки і результат незадовільного стану фінансування сфери охорони здоров'я в минулому.

Крім прямих економічних витрат, держава, що не фінансує охорону здоров'я, втрачає потенціал розвитку своєї економіки. Адже вже зараз загальні видатки на соціальний захист в Україні наближаються до 15 % від ВВП. Всі ці витрати через податки лягають тягарем на бізнес і стають одним зі значних факторів зменшення інвестиційної привабливості нашої країни перед потенційними інвесторами.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» регламентує охорону здоров'я громадян як систему заходів, спрямованих на забезпечення, збереження й розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості життя [16, 17].

В Україні кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно [14].

Людина, її життя та здоров'я проголошені найвищими соціальними цінностями нашої держави, визначеними Конституцією України. Це зумовлює орієнтацію сучасної державної політики на подолання економічних та соціальних негараздів у країні, підтримання та підвищення добробуту населення, його здоров'я, а це є запорукою продуктивної та плідної праці громадян.

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення цільових загальнодержавних програм, формує економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони

---

здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, тим самим сприяє підтриманню рівня здоров'я населення країни.

Держава забезпечує життєвий рівень населення, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання його здоров'я. З цією метою на основі науково обґрунтованих медичних, фізіологічних та санітарно-гігієнічних вимог встановлюються єдині мінімальні норми заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, організується натуральне, в тому числі безплатне, забезпечення найбільш вразливих верств населення продуктами харчування, одягом, ліками та іншими предметами першої необхідності, здійснюється комплекс заходів щодо задоволення життєвих потреб біженців, безпритульних та інших осіб, які не мають певного місця проживання, безплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їхнього життя і здоров'я [16].

З метою забезпечення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, високого рівня працездатності, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та відвернення іншої можливої шкоди для здоров'я встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я. Всі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково погоджуються з органами охорони здоров'я в порядку, встановленому законодавством [16, 17, 18].

Держава забезпечує нагляд і контроль за створенням сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяє громадському контролю з цих питань.

В інтересах збереження генофонду народу України, запобігання демографічній кризі, забезпечення здоров'я майбутніх поколінь і профілактики спадкових захворювань держава формує комплекс заходів, спрямованих на усунення факторів, що шкідливо впливають на генетичний стан людини, організує медико-генетичну допомогу населенню.

---

Оснoву державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України.

Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України. Сучасне суспільство має забезпечувати пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення. Держава, за допомогою системи охорони здоров'я має гарантувати населенню максимально можливий розвиток фізичних і духовних сил, створити умови для високої працездатності і довголітньої активності громадян нашої країни і тим самим сприяти розвитку економіки держави.

### **1.3. Сучасні наукові напрями дослідження економіки охорони здоров'я**

*Охорона здоров'я* – складне багатопланове суспільне утворення, покликане забезпечувати важливі соціальні функції щодо збереження здоров'я, епідеміологічного благополуччя, задовольняти потреби населення в медичній допомозі та надавати реабілітаційну допомогу особам з обмеженими функціональними можливостями внаслідок захворювань або травм.

Підґрунтям для функціонування охорони здоров'я є організаційно-правові, фінансово-економічні та медико-соціальні засади, що визначають характер діяльності даної суспільної сфери, її організаційну структуру та ступінь виконання даною галуззю покладених на неї вищеозначених соціальних функцій.

---

Багатоманітний, різноспрямований та комплексний характер профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних заходів обумовлюють капіталосмний характер охорони здоров'я, що вимагає значних капіталовкладень та залучення додаткових інвестиційних ресурсів – фінансових, матеріальних, людських, інформаційних з різних джерел, включаючи асигнування з державного та місцевих бюджетів, субвенції, субсидії, реімбурсацію за програмою державних гарантій медичного обслуговування, трансферів, взаєморозрахунків зі сторонніми організаціями за надання медичних послуг на договірних умовах, благодійних внесків та пожертв фізичних і юридичних осіб, спонсорської допомоги, надання платних медичних послуг в медичних закладах приватної форми власності тощо.

**Основним напрямком економіки охорони здоров'я є наукове обґрунтування норм і нормативів у ресурсному забезпеченні, цільовий розподіл та раціональне використання ресурсів на різних етапах медичного обслуговування, що в умовах ринкової економіки та багатокладної організаційно-правової інфраструктури в охороні здоров'я набуває особливо важливого значення.**

Економіка охорони здоров'я як невід'ємна складова загальноекономічної науки, має за мету дослідження основних законів та закономірностей у сфері медичного обслуговування, забезпечення ефективного використання ресурсів задля задоволення суспільних потреб в належному рівні здоров'я населення.

Фундаментально-прикладною **основою розвитку та вдосконалення** методологічних засад економіки охорони здоров'я як наукової дисципліни і предмету викладання виступають такі обставини:

- зміна організаційно-правової форми і перетворення медичних закладів державної та комунальної власності в некомерційні підприємства;
- виникнення широкої мережі медичних закладів приватної форми власності;
- розвиток ринку медичних послуг та конкуренції на ньому;
- необхідність запровадження економічного менеджменту в діяльність суб'єктів медичної діяльності, запровадження доказової медицини в клінічну практику з використанням методів порівняльного економічного аналізу (витрати/ефективність, мінімізації витрат, витрати/вигода, витрати/корисність, VEN/ABC аналіз).



---

Згідно з професійно-компетентісними вимогами, сучасний лікар, окрім належного опанування своєю безпосередньою клінічною діяльністю, повинен володіти необхідним економічним світоглядом, щоб бути компетентним експертом в питаннях фінансового забезпечення медичної допомоги (медичних послуг), знати методику ціноутворення на медичні послуги, а також мати загальне уявлення про основні економічні закони та їхню роль у практичній діяльності лікаря. Особливо це важливо в умовах ринкових відносин у медичній сфері, оскільки від вміння лікаря цілеспрямовано обирати найбільш раціональні схеми діагностики, профілактики, лікування та реабілітації з врахуванням їхньої клінічної ефективності та проводити порівняльний економічний аналіз щодо їхньої витратності залежить раціональність використання ресурсів та забезпечення конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. Крім того, лікар повинен комплексно оцінювати клінічну та економічну ефективність в медичній практиці, що тісно споріднюється з основними засадами доказової медицини. Тому набуті знання сучасним лікарем основних економічних понять та розуміння дії економічних механізмів у охороні здоров'я є ключовим елементом творчого підходу в професійній діяльності лікаря, і цьому має передувати тематична підготовка в рамках навчального курсу «Основи економіки охорони здоров'я» на етапі додипломної та післядипломної підготовки фахівців для медичної галузі.

**Метод** - це сукупність підходів, форм і способів наукового пізнання певних процесів або явищ. Методи економічного дослідження можна розподілити на загальнонаукові та конкретно-економічні.

До загальнонаукових відносяться метод наукової абстракції, аналіз і синтез, індукція та дедукція, метод історичного дослідження, метод логічного конструювання економічних процесів, економіко-статистичний метод, метод моделювання та прогностичної оцінки.

Між тим конкретно-економічні методи економічного дослідження включають: альтернативний аналіз, граничний аналіз, методи абсолютних та порівняльних переваг, аналіз еластичності, табличне, графічне, аналітичне моделювання, оптимізація та визначення рівноваги тощо. Економіка охорони здоров'я як наука і навчальна дисципліна тісним чином співвідноситься з економічною психологією, соціологією, з різними цивільно-правовими та

---

господарсько-правовими основами, клінічною медициною, математичною статистикою, менеджментом, маркетингом, економічною демографією, філософією та іншими гуманітарними дисциплінами. Інтеграція економіки охорони здоров'я з вказаними науковими дисциплінами є підґрунтям для організації наукових фундаментально-прикладних досліджень, серед яких найбільш актуальними є такі *напрямки*:

- порівняльний аналіз ефективності медичних технологій в контексті клініко-економічного дослідження з позицій доказової медицини;
- комплексна оцінка різних систем організації медичного обслуговування населення та порівняльна оцінка їхньої ефективності;
- наукове обґрунтування методики фінансово-економічного, економіко-правового, клініко-економічного та організаційно-економічного аудиту щодо використання фінансових, матеріальних, кадрових, інформаційних ресурсів медичних закладів;
- дослідження ринку медичних послуг та побудова маркетингової політики;
- наукове обґрунтування норм та нормативів щодо потреби в основних ресурсах в охороні здоров'я;
- дослідження впливу суспільного здоров'я та захворюваності населення на суспільно-виробничу сферу та макроекономічні показники;
- економічне обґрунтування комплексно-цільових програм на національному, регіональному і територіальному рівнях;
- комплексне дослідження закономірностей та особливостей формування відносин поміж споживачами та надавачами на ринку медичних послуг;
- наукове обґрунтування соціально-економічної та медичної ефективності реабілітації серед осіб з порушеними функціональними можливостями внаслідок захворювань і травм;
- дослідження та обґрунтування потреб населення в різних видах медичного обслуговування з врахуванням екологічних, соціально-економічних, клімато-географічних та демографічних особливостей у розрізі окремих регіонів;
- наукове обґрунтування методологічних засад щодо підготовки фахівців з економіки охорони здоров'я для медичної галузі;

• дослідження напрямків побудови державно-приватного партнерства в охороні здоров'я як важлива передумова формування єдиного медико-економічного та медико-організаційного простору на теренах медичної галузі та поліпшення соціального захисту населення в системі медичного обслуговування.

Економіка охорони здоров'я, як одна з основних невід'ємних складових медичної галузі, забезпечує функціонування медичної сфери задля задоволення суспільних потреб у запобіганні захворювань та збереженні здоров'я як найвищої соціальної цінності й відтворення продуктивних сил. Водночас постійно вдосконалюються її теоретико-методологічні засади, що створює передумови для розширення прикладних можливостей даної предметної дисципліни, як в питаннях оптимізації організаційної побудови системи охорони здоров'я, так і щодо клініко-економічного обґрунтування методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації з позицій сучасних методів економічного аналізу їхньої ефективності.

### *Література:*

1. Ефективність системи охорони здоров'я: способи підвищити значимість кількісної оцінки як інструменту для керівників і розробників політики / Серія Політика охорони здоров'я 46. Под редакцией Jonathan Culus, Irene Paranicolas Peter C. Smith
2. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров'я: Навч. посібник. - К.: Вид-во НАДУ, 2005. – 416 с.
3. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: Кол. моногр. / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло та ін.; За ред О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. — К.: МАУП, 2007. - 376 с.
4. Москаленко В. Ф. Економіка охорони здоров'я: підручник: /В. Москаленко, О. Гульчій, В. Таран [та ін.] - Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
5. Лобас В. М., Вовк С. В., Шутов М. М. Методологія реформування системи охорони здоров'я за кластерним підходом/Лобас В., Вовк С., Шутов М.//Україна. Здоров'я нації. - №2 (26), 2013.- С.84-88.
6. Экономика здравоохранения: учебное пособие /Под науч.ред. М. Г. Колосницыной, И. И. Шейман, С. В. Шишкина/Гос.ун-т – Высшая школа экономики. - М.: Изд.дом ГУВШЭ, 2008. – 479 с.

- 
7. Экономика и управление в здравоохранении: Учебник/ Л. А. Зенина, И. И. Шешунов, О. Б. Чертухина. - М.: Академия, 2012.- 208 с.
  8. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні/Рудий В. М. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.
  9. Клинический менеджмент / Под ред. А. И. Вялкова, В. З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.
  10. Шевченко М. В. Рекомендації щодо зміни окремих функцій для системи фінансування охорони здоров'я в Україні. /Економіка і право охорони здоров'я, №1(1), 2015. – С.42-48.
  11. Богашко О. Л. Людський капітал та його роль у забезпеченні інноваційного розвитку національної економіки / Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова, 2014. – Т.19 (Вип. 2/2). – С. 32-35
  12. Хромов М. І. Механізм реалізації стратегії розвитку людського капіталу України: [монографія] / М. І. Хромов. – Донецьк: Ноулідж, 2013. – 254 с.
  13. Конституція України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-D0%B2%D1%80>
  14. Господарський кодекс України від 16.01.2013 № 436-IV // База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.
  15. Основи законодавства України про охорону здоров'я <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page#Text>.
  16. Урядовий портал. Режим доступу: [www.umu.gov.ua](http://www.umu.gov.ua).
  17. Інформаційний портал. Режим доступу: [www.proua.com](http://www.proua.com).

---

## РОЗДІЛ II

### ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СУБ'ЄКТ ГОСПОДАРЮВАННЯ

*2.1. Заклад охорони здоров'я: мета, особливості функціонування, організація господарської діяльності в сучасних умовах.*

*2.2. Менеджмент закладу охорони здоров'я.*

#### **2.1. Заклад охорони здоров'я: мета, особливості функціонування, організація господарської діяльності в сучасних умовах**

*Заклад охорони здоров'я* – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. (ст. 3) [13].

*Основною метою* функціонування закладу охорони здоров'я є медичне обслуговування населення.

Слід зауважити, що поняття «медичне обслуговування» та «медична допомога» не є тотожними.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» під медичною допомогою розуміється діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами (ст. 3) [13].

Медичне обслуговування є більш широким поняттям і визначається як діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням (ст. 3) [13].

Історично заклади охорони здоров'я в Україні функціонували в статусі бюджетної установи.

*Бюджетні установи* – органи державної влади, органи місцевого самоврядування, а також організації, створені ними у встановленому порядку, що повністю утримуються за рахунок

---

відповідно державного бюджету чи місцевого бюджету. Бюджетні установи є неприбутковими (ст. 2 БКУ) [14, 15].

В сучасних умовах одним з ключових етапів реформування системи охорони здоров'я в Україні є зміна статусу закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на некомерційні підприємства.

Розглянемо більш детально сутність підприємства та його основні риси.

**Підприємство** – самостійний суб'єкт господарювання, створений компетентним органом державної влади або органом місцевого самоврядування, або іншими суб'єктами для задоволення суспільних та особистих потреб шляхом систематичного здійснення виробничої, науково-дослідної, торговельної, іншої господарської діяльності в порядку, передбаченому цим Кодексом та іншими законами (ст. 62 ГКУ) [12].

Підприємства можуть створюватись як для здійснення підприємництва, так і для некомерційної господарської діяльності (ст. 62 ГКУ) [12].

Підприємство, якщо законом не встановлено інше, діє на основі статуту або модельного статуту. Підприємства, незалежно від форми власності, організаційно-правової форми, а також установчих документів, на основі яких вони створені та діють, мають рівні права та обов'язки (ст. 62 ГКУ) [12].

***Риси підприємства:***

- створюється для підприємницької та некомерційної господарської діяльності;
- розвивається і діє згідно зі статутом;
- є юридичною особою;
- має економічну свободу (має відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в установах банків, печатку та ідентифікаційний код);
- має автономність (самостійно планує свою діяльність, розпоряджається ресурсами, вибирає і вступає в договірні відносини з діловими партнерами, визначає організаційні форми управління, здійснює зовнішню економічну діяльність);
- не має у своєму складі інших юридичних осіб;
- місія підприємства – задоволення потреб населення у товарах і послугах та одержання прибутку.

Підприємство є юридичною особою, має відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в установах банків та може мати печатки.

Залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності (ст. 16) [13].

Таблиця 2.1

### Види підприємств залежно від форм власності

Види підприємств	Характеристика
1	2
Державне підприємство	підприємство, що функціонує на основі державної власності (ст. 63 ГКУ) [12]
Комунальне підприємство	підприємство, що функціонує на основі комунальної власності територіальної громади (ст. 63 ГКУ) [12]
Колективне підприємство	підприємство, що функціонує на основі колективної власності (ст. 63 ГКУ) [12]
Приватне підприємство	підприємство, що функціонує на основі приватної власності громадян чи суб'єкта господарювання (юридичної особи) (ст. 63 ГКУ) [12]
Змішане підприємство	підприємство, засноване на змішаній формі власності (на базі об'єднання майна різних форм власності) (ст. 63 ГКУ) [12]

**За організаційно-правовою формою** заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як **казенні підприємства або державні установи** [13].

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як **комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи**.

Заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати шляхом здійснення співробітництва територіальних громад у формах, передбачених законом, у тому числі як **спільне комунальне підприємство**.

Заклади охорони здоров'я **приватної власності** не обмежені у виборі організаційно-правової форми [13].

Комунальне некомерційне підприємство створюється для здійснення діяльності, спрямованої на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Тобто таке підприємство може бути неприбутковим у розумінні податкового законодавства.

---

У цілях оподаткування до числа неприбуткових відносяться, зокрема, підприємства, які одночасно відповідають таким *критеріям*:

- утворені та зареєстровані в порядку, визначеному законом, що регулює діяльність відповідної неприбуткової організації;
- установчі документи якого (або установчі документи організації вищого рівня, на підставі яких діє неприбуткова організація відповідно до закону) містять заборону розподілу отриманих доходів (прибутків) або їх частини серед засновників (учасників у розумінні Цивільного кодексу України), членів такої організації, працівників (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб.
- установчі документи якої (або установчі документи організації вищого рівня, на підставі яких діє неприбуткова організація відповідно до закону) передбачають передачу активів одній або кільком неприбутковим організаціям відповідного виду, іншим юридичним особам, що здійснюють недержавне пенсійне забезпечення відповідно до закону (для недержавних пенсійних фондів), або зарахування до доходу бюджету у разі припинення юридичної особи (у результаті її ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення).
- внесена контролюючим органом до Реєстру неприбуткових установ та організацій (ст. 133.4.1 ) [11].

Отримання комунальним некомерційним підприємством статусу неприбуткової організації звільняє такого суб'єкта від сплати податку на прибуток.

Водночас, для платників, які мають статус неприбуткових підприємств, існує обов'язок щодо подання звіту про використання доходів (прибутків) неприбуткової організації за формою, затвердженою Державною фіскальною службою України (далі – ДФСУ).

Слід зазначити, що підприємство зі статусом неприбуткової організації може отримувати й інші доходи від здійснення діяльності, що визначена статутом підприємства. Тобто, *медичний заклад може отримувати дохід* не тільки у вигляді коштів за договорами з Національною службою здоров'я України та коштів, отриманих із державного або місцевих бюджетів за окремими програмами, але також внаслідок надання платних послуг, що передбачені у статуті підприємства (наприклад, надання приміщень чи обладнання (інструментів) в оренду).



Доходи від здійснення такого виду діяльності не будуть об'єктом оподаткування податком на прибуток за умови, що такі доходи використовуються медичним закладом виключно для фінансування видатків на власне утримання, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених установчими документами.

Такі видатки повинні плануватися та визначатися у фінансовому плані і відповідати цілям, завданням та напрямкам діяльності, які визначені її установчими документами.

Медичний заклад здійснює витрати відповідно до фінансового плану, до витратної частини якого можуть бути віднесені *такі статті*:

- заробітна плата працівників (за штатним розписом, трудовими договорами, нарахуванням на заробітну плату);
- витрати на утримання (утримання виробничих приміщень, опалення, освітлення, водопостачання, водовідведення, телекомунікаційні послуги, оренда приміщень, транспортних засобів, обладнання та інше);
- витрати на проведення ремонту, службові відрядження, оплату послуг зв'язку, оплату послуг за цивільно-правовими договорами, канцелярські товари, господарські товари, банківські послуги (розрахунково-касове обслуговування) тощо.

У разі нецільового використання коштів неприбутковою організацією, податкове законодавство зобов'язує таку установу подати звіт про використання доходів (прибутків) неприбуткової організації та зазначити суму самостійно нарахованого податкового зобов'язання з податку на прибуток. Податкове зобов'язання розраховується, виходячи з суми операції нецільового використання коштів.

Така організація підлягає виключенню контролюючим органом із Реєстру та з наступного податкового (звітного) року буде вважатися платником податку на прибуток на загальних підставах.

Кожна із організаційно-правових форм господарської діяльності має певні особливості, переваги й обмеження. Порівняльна характеристика організації господарської діяльності закладу охорони здоров'я в статусі бюджетної установи та комунального некомерційного підприємства наведена в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Порівняльна характеристика організації господарської діяльності бюджетної установи та комунального некомерційного підприємства охорони здоров'я**

Ознака	Бюджетна установа	Комунальне некомерційне підприємство
1	2	3
Мета існування	Здійснення соціальних функцій (медичне обслуговування)	Здійснення соціальних функцій (медичне обслуговування «орієнтоване на результат»)
Виконання функцій	Надання медичних послуг безоплатно	Надання медичних послуг на оплатній основі
	Відсутність статусу суб'єкта підприємницької діяльності	Наявність статусу суб'єкта підприємницької діяльності (для комерційних підприємств)
Речові права на майно	Майно закріплюється за установою тільки на праві оперативного управління	Майно закріплюється за підприємством на праві оперативного управління
Регламентация діяльності	Цивільний кодекс, Бюджетний кодекс	Господарський кодекс, Цивільний кодекс, Бюджетний кодекс, Податковий кодекс
Джерела фінансування	Державний бюджет України та місцеві бюджети, фонд медичного страхування, благодійні фонди, будь-які інші джерела, не заборонені законодавством	Державний бюджет України та місцеві бюджети, фонд медичного та соціального страхування, благодійні фонди, інші кошти фізичних та юридичних осіб та будь-які інші джерела, не заборонені законодавством
Ступінь самостійності при розподілі ресурсів	Дуже низький	Високий
Підбір кадрів	Власне або делеговане власником. Наймані працівники бюджетної організації	Власне або делеговане власником. Можливий трудовий договір персоналу з адміністрацією
Методи мотивації персоналу	Переважають нематеріальні методи мотивації	Переважають матеріальні методи мотивації персоналу

Система оплати праці	Затверджена на національному рівні: посадові оклади, тарифні розряди, надбавки	Затверджується керівником підприємства: - базова ставка; - коригуючі коефіцієнти; - надбавки в залежності від об'єму, якості і т. п., узгоджені з власником
Структура організації	Затверджена на національному рівні. Кваліфікаційні характеристики, посадові інструкції	Посадові інструкції залежать від потреб медичного закладу, а відповідальність – від оцінки результатів діяльності

**Основною відмінністю** комунального підприємства та бюджетної установи є мета існування. Діяльність **бюджетної установи** передбачає здійснення соціальних функцій без орієнтації на результат, в даному випадку, медичне обслуговування населення **на безоплатній основі**. Функціонування підприємства, на відміну від бюджетної установи, зорієнтоване на комплексний результат, що включає надання якісних медичних послуг при найбільш ефективному використанні ресурсів закладу охорони здоров'я. Реорганізація **бюджетних установ** у комунальні некомерційні підприємства дозволить сформувати систему менеджменту, націлену на розвиток.

Відповідно до частини третьої статті 62 Господарського кодексу України, підприємство, як і будь-який інший суб'єкт господарювання, якщо інше не встановлене законом, діє на основі статуту або іншого установчого документу.

Господарський кодекс України не містить статті з прямим визначенням такого виду підприємства, як «комунальне некомерційне підприємство». Однак Господарський кодекс України має ряд статей, з яких можна чітко встановити особливості юридичного статусу таких підприємств, а також їхні речові права на майно. Так, частина перша статті 78 Господарського кодексу визначає, що «комунальне унітарне підприємство» це таке підприємство, яке утворюється компетентним органом місцевого самоврядування в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини комунальної власності і входить до сфери його управління». При цьому, якщо утворюється «комунальне некомерційне підприємство», то його майно перебуває у комунальній власності і закріплюється за таким підприємством на праві

---

оперативного управління (частина третя цієї ж статті), у той час як комерційні підприємства діють на основі права господарського відання, що є дещо ширшим за обсягом повноважень. За **бюджетною установою** майно закріплюється виключно на праві оперативного управління.

Зміна статусу закладів охорони здоров'я з «**бюджетної установи**» на «комунальне некомерційне підприємство» не змінює форму власності та базовий принцип управління їхнім майном: і в тому, і в іншому випадку майно закладів охорони здоров'я залишається власністю відповідних місцевих рад та закріплюється за лікарнями на праві оперативного управління.

Заклади охорони здоров'я, які отримують статус комунальних некомерційних підприємств, функціонують на основі Господарського кодексу України, і їхнє фінансування більше не регулюється виключно нормами Бюджетного кодексу України. Тому вони отримують можливість вільно перерозподіляти бюджетні кошти на свої реальні потреби.

Заклади охорони здоров'я із статусом комунальних підприємств функціонують на основі своїх статутів та можуть укладати щорічні контракти з іншими лікарнями, що дозволяє зробити процес планування функцій між ними гнучкішим та полегшити доступ лікарень до додаткового фінансування. Це також робить можливим ефективне планування, реалізацію проєктів розвитку шляхом отримання позик. Також це дозволить розробити кращі схеми мотивування персоналу. На відміну від бюджетних установ, комунальні некомерційні підприємства мають більше свободи при виборі системи оплати праці медичних працівників. Розширення прав у прийнятті рішень щодо використання ресурсів та організації процесів надання медичних послуг дозволить лікарням досягти більшої відповідності місцевим потребам та умовам, підвищити мотивацію до ефективності та якості, надасть гнучкості, підвищить відповідальність та збільшить відповідальність за результати роботи.

Таким чином, реалізація заходів з реформування системи охорони здоров'я в Україні дозволить сформувати регульований ринок медичних послуг. Реорганізація бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства дасть можливість переорієнтувати діяльність закладів охорони здоров'я на «результат», отримати

---

самостійність у здійсненні кадрової, економічної та господарської діяльності.

## **2.2. Менеджмент закладу охорони здоров'я**

У закладах системи охорони здоров'я достатньо проблем, що пов'язані з неефективним менеджментом або його відсутністю. Адміністрування в медичному закладі не є тотожним загальному менеджменту чи його різновиду – медичному. Тому під менеджментом в медичному закладі нерідко сприймається все, що завгодно (схема, вид, тип, процес діяльності/праці; устрій; службово-посадові взаємини; професія і т. п.), але тільки не як організаційно-функціональна система чи модель наукових основ управління. З навчально-практичною метою систему «менеджмент», як науку про управління, доцільно розглядати за його основними теоретико-прикладними аспектами.

***А. Медичний менеджмент: сутність, поняття, загальні положення.***

***Сучасний менеджмент*** для закладу СОЗ/СМДН має передбачати:

- раціональну організацію та забезпечення управлінської діяльності/праці;
- ефективне функціонування суб'єкту/об'єкту управління щодо прогнозованого, гарантованого й вірогідно-позитивного результату надання МДН.

Призначення, завдання та функції менеджменту стосовно медичного закладу знаходять своє ґрунтовне визначення в понятті терміну «менеджмент», як:

- сукупність законів, теорій, методів, принципів, функцій, механізмів, правил, способів і рекомендацій організації та реалізації цілеспрямованої управлінської діяльності з досягнення цілей та завдань із забезпечення та надання адекватної медичної допомоги населенню [1];

- самостійний вид професійної діяльності та інтеграційний процес організаційного моделювання та координації управлінської діяльності медичного закладу на демократично-мотиваційній основі з забезпечення медичної допомоги населенню.

---

Для менеджменту медичного закладу доцільно виділити:

- загальну мету – оптимізація функціонування управлінської системи з фокусуванням уваги та зусиль на досягнення визначених цілей в залежності від виду управління;
- основне завдання – забезпечення злагодженої, професійної й комфортної дії колективу по досягненню поставлених цілей/завдань;
- об'єкт управління – колектив, служби, розділ роботи;
- предмет управління – структура та вид службо-посадових, організаційно-управлінських, міжособових/міжгрупових відносин та ін.

На практиці менеджмент у медичному закладу здійснюють посадові особи, *менеджери*, які повинні мати спеціальну підготовку з наукових основ управління та достатні визначені/делеговані повноваження для реалізації ініціативної управлінської діяльності.

Похідними теорії та практики менеджменту є поняття «управління» та «керування». Виникають питання:

1. Як ці поняття співвідносяться між собою, що є спільним для них? Поняття «менеджмент» та «управління» (останнє – ширше значення) об'єднані єдиним теоретико-методичним підґрунтям (законами, теоріями, принципами, функціями, правилами та ін.), спрямованістю і наявним практичним досвідом.

2. Чи однакові вони по суті та призначенням? Якщо по суті поняття «управління» та «керування» майже однакові, то за використанням їх в управлінській діяльності потрібне їх розмежування. Буде природним, якщо поняття «управляти» використовувати стосовно неживого об'єкта (галузі, служби, підсистеми, розділу роботи, інформації, фінансів, знань та ін.). Але поняття «керувати» доцільно використовувати стосовно до живого, одухотвореного об'єкта (співробітників, пацієнтів).

Складність і специфічність управління медичним закладом, як об'єктом управління, зводиться до необхідності:

- а) генерування та визначення цілей та формування завдань;
- б) організаційного моделювання системи в цілому, її складових і функціональних процесів на засадах системності;
- в) підготовки, затвердження та реалізації управлінських рішень;
- г) врахування особливостей взаємин і взаємодій в колективі;
- д) конкретизації змістовної службово-ділової діяльності співробітників на основі функціонального підходу;
- е) визначення кадрової політики та змісту комплексного підходу в управлінні персоналом і роботи з кадрами й т. п.

У науковій літературі вживається гама різних підходів до ідентифікації терміну «управління», підкреслюючи, що це: «...процес планування, організації, мотивації та контролю ... для формулювання та досягнення цілей організації» [2, с. 38]; «...визначення мети та факту її досягнення за допомогою необхідних і достатніх способів, засобів і впливів [3, с. 17]; «... особливий вид діяльності...» [4, с. 18].

Під *управлінням*, наприклад, у СМДН, розуміється організація та реалізація цілеспрямованих, регламентованих та адекватних управлінській ситуації впливів (дій), що забезпечують максимально раціональне, оперативне й ефективне функціонування організованої системи для досягнення поставлених цілей та завдань [1].

Сучасний менеджмент породжує потребу змін у підходах, методах, стилях, типах, моделях управлінських відносин за принципом довіри, переходу на всіх рівнях субординаційного управління медичними системами на демократичні, мобільні та гнучкі схеми-моделі чи системи управління.

### ***Б. Системи управління та комплексний підхід до їхнього удосконалення.***

Для практики медичної організації, з метою розуміння єдиних підходів, важливим є визначення та моделювання системи управління. ***Система управління*** – це: 1) сукупність дій, необхідних для узгодження діяльності людей; 2) сукупність ланок та зв'язків між ними для здійснення управління [3].

В практиці медичного закладу залучені ***дві основні системи управління*** – *ієрархічна* (жорстка централізація, де її найбільш очевидні переваги зводяться до чіткого розподілу обов'язків, єдиноначальності, підпорядкованості, стандартизації та взаємозамінності в управлінському процесі, тобто службової ієрархії), і *системна* (відбиває системний, комплексний, процесний, функціональний, ситуаційний та кількісний підходи, виділяє в організаційних схемах-моделях інтегровані підходи за інноваційно-демократичним спрямуванням). До останніх ***систем управління***, особливо при трансформаційних змінах СМДН, відносяться:

- холакратія – система управління, в якій: влада зосереджена не в окремих людей, а в наборі правил; посадові обов'язки замінені

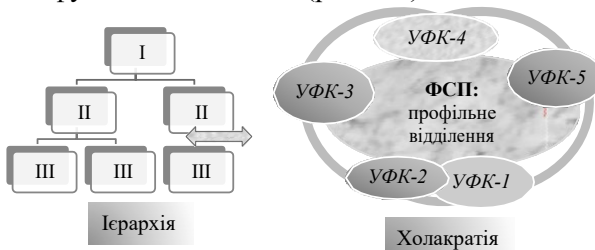
ролями; прийняття УР надається працівникам організації; розподіл відповідальності лідерів і співробітників здійснюється за їхніми ролями;

- соціократія – система управління, яка покликана оптимізувати процес прийняття УР на основі формування домовленостей між співробітниками, а також конкретизації принципів їхньої поведінки, варіантів реагування на виклики та зміни;

- селф-менеджмент/самоменеджмент – функція, вид людської діяльності, управління собою для досягнення власних цілей.

За умов залучення більш ефективних принципів і методів роботи найбільш прогресивною системою управління для медичного закладу є холакратична модель, яка використовує соціократичний метод кругової структури за зовнішніми й внутрішніми колами, що виконують різні ролі та мають горизонтальну ієрархічну організацію за цілями. Принципи метода КССУ: гармонізація інтересів у процесі прийняття УР, а не більшість голосів; прийняття УР після обговорення людьми, які знають і довіряють один одному; кожний співробітник може впливати на життя організації й обіймати повноту влади в рамках своєї ролі та зобов'язань [5].

Для більшості медичних організацій/систем ХСУ можлива за умов дотримання певних умов (маркетингові дослідження, сучасне устаткування, новітні професійні розробки, достатність спеціально підготовленого персоналу, реклама та ін.). Для холакратії, на відміну від ієрархії, де в якості МКС будуть її зовнішні й внутрішні управлінські функціональні кола (рис. 2.1).



Умовні позначення:

*I-III – ієрархічні рівні управління; ФСП – функціонально-структурний підрозділ;*

*УФК-1-5 – організаційно-управлінські проблеми, завдання, ситуації.*

Рис. 2.1. Принципова схема ієрархічної та холакратичної систем управління медичного закладу (на прикладі профільного відділення)



Відповідно до рис. 2.1, члени кола, окрім управлінських повноважень, мають і функціональні ролі, в межах яких вони можуть робити буквально все, що явно не заборонено – і ні один посадовець не може вказувати їм що, коли та як робити. Тільки сам співробітник може визначати пріоритети як частину його функціональної ролі.

Вдосконалення залученої схеми-моделі управлінської системи конкретного медичного закладу в структурному відношенні передбачає розв'язання на практиці наступних п'яти питань, як ключових організаційно-управлінських проблем: організація системи; методи управління; функції управління; культура управління; техніка управління (рис. 2.2) [1].

Принципова схема системи управління				
Організація системи	Методи управління	Функції управління	Культура управління	Техніка управління
системно-компонентний	політичні правові	постановка цілей	кваліфікація працівників	автоматизація управління
системно-функціональний	економічні організаційні	організації координації	стиль управління	автоматизована обробка інформації захист (безпека) інформації
системно-структурний	соціально-психологічні	прийняття управ. рішення	умови праці	
системно-інтегративний	статистико-математичні	планування		
системно-комунікаційний	графічні	регулювання		
	спеціальні	контроль		
системно-історичний	допоміжні	робота з кадрами		
	інші	лідерство		
		адміністрування		
		представництво		
		укладання угод		
		мотивація		

Рис. 2.2. Комплексний підхід до вдосконалення системи управління

Відповідно до рис. 2.2, кожна з проблем, своєю чергою, містить комплекс напрямів або підпроблем, які, з одного боку, розкривають їхній зміст, а з іншого – зумовлюють і конкретизують діяльність апаратів управління з удосконалення вибраної моделі системи управління [1].

Знання теоретичних положень стосовно того, який комплекс проблем структурно містить поняття «система управління», має велике практичне значення в діяльності керівників медичних закладів СМДН, оскільки дозволяє [1]:

1. Вибрати більш демократичну, гнучку, мобільну систему управління.

2. Скласти план роботи по вдосконаленню управління в кожній системі або її підсистемах.

3. Розробити програму та план групового/індивідуального підвищення кваліфікації управлінського персоналу, в т. ч. керівного складу.

4. Скласти план і програму контролю стану управління в системі.

5. Здійснити групування інформації по кожній із проблем тощо.

Таким чином, від порозуміння сутності, властивостей, специфіки та сфери застосування дефініції «системи управління», використання на практиці процесно-комплексного підходу та інших методичних і технологічних способів її модернізації (див. нижче) залежать цілеспрямовані, професійно аргументовані й прискорюючі кроки щодо реалізації намічених цілей, поставлених завдань, а також забезпечення динамічного розвитку медичного закладу.

### ***V. Системи та методологія їхньої організації.***

Перспективи та сталий розвиток медичних організацій стає можливим при розумінні поняття «система» як об'єкту управління, та методології її організаційного моделювання.

Терміни «система», «системність», «системний підхід», «системне мислення» набули досить широкого вжитку в усіх сферах наукової та практичної діяльності. Так, категорія «система» означає цілісну сукупність взаємозв'язаних частин або утворень, які можна ідентифікувати як системне утворення. Прикладом таких системних утворень є атом, молекула, жива клітина, біоценоз, ландшафт, автомобіль, родина, трудовий колектив, факультет, університет, студентська група, місто, регіон, держава, суспільство і т.п.

У людському організмі – судинна система, дихальна система, нервова система, система травлення, ендокринна система і т. п.

Наразі наука і практика управління розуміє під системою: це «... внутрішньо організована сукупність взаємозв'язаних елементів, що утворюють єдине ціле та спільно діють для досягнення поставленої мети» [6, с. 67] або «...сукупність елементів, що перебувають у відносинах і зв'язках один з одним та із середовищем, створюючи певну цілісність, єдність» [7, с. 299].

З позицій сучасного менеджменту під цілісною, динамічною **управлінською системою** розуміється організоване формування (організація, заклад, установа та ін.), яке утворене на функціонально-системній та комплексно-процесній основі для забезпечення своєчасної, доступної і якісної медичної допомоги населенню і складається з необхідного та повноцінного складу компонентів, що взаємодіють (кадри, фінанси, технології, інформація та ін.).

Так жива клітина (як система) складається з низки хімічних сполук-компонентів білків, ДНК, РНК, які, як окремо взяті, не володіють всією сукупністю життєвих функцій (проявів). Але в результаті взаємодії (обміну, заміщення, регенерації) ці хімічні сполуки утворюють цілісність, тобто власне клітину, яка володіє якісно складнішими властивостями стосовно первинних її складових: здатністю до обміну речовин, росту, самовідтворення, подразливістю. При цьому зв'язки між компонентами системи завжди є: суттєвими та органічними; виявом внутрішньої функціональної суті складових частин; відображують зміст і спрямованість розвитку системи в цілому. А тому зміна одного з компонентів викликає певні зміни всіх інших частин системи, а іноді і системи в цілому!

Кожна система має бути організованою. В управлінській практиці функція **організація** це впорядкований стан елементів цілого та процес з їх упорядкування в доцільну єдність. Сутність же самого поняття «організація» може уявлятися, як: об'єкт система, утворення, що має певну структуру та функції; процес сукупність процесів, спрямованих на утворення та вдосконалення взаємозв'язків між частинами цілого; стан внутрішня узгодженість, взаємодія відносно автономних частин цілого.

В якості прикладу впорядкованості/узгодженості за функцією організації можна назвати алгоритм діяльності медичних працівників

відповідно до протоколу обстеження та лікування пацієнта в медичному закладі.

Організаційне моделювання медичного закладу за вимогами сучасного менеджменту та теорії систем можливе за умов реалізації принципу системності та його методів як методичної основи.

**Принцип системності** – це взаємне узгодження, планування, координація та інтеграція процесів за всіма сферами діяльності об'єкту, з певними взаємозв'язками та єдиним напрямком розвитку, а також усунення розбіжностей між ними в інтересах ефективного функціонування системи на загальну мету. До основних системних методів відноситься системний аналіз (СА), системний підхід (СП – див. вище), функціонально-вартісний аналіз, SWOT-аналіз тощо.

В управлінській практиці найвищого використання має **системний підхід** – універсальний метод пізнання й моделювання, що дозволяє розглядати систему як єдине ціле, комплексно оцінити будь-яку її діяльність і перспективи розвитку на рівні конкретних характеристик. В якості основних принципів СП виступають:

- цілісність дозволяє розглядати систему як єдине ціле;
- ієрархічність взаємодія двох підсистем: що керує та керованої (одна підпорядковується іншій);
- структуризація дозволяє аналізувати елементи системи і їхні взаємозв'язки в рамках конкретної організаційної структури;
- множинність дозволяє використовувати множину кібернетичних, економічних, медико-соціальних і математичних моделей для опису окремих елементів і системи в цілому;
- системність властивість об'єкта володіти всіма ознаками системи.

Безпосередня діяльність, як і будь-які організаційно-управлінські зміни можливі, коли керована система має статус автономної структури. Тобто, коли медичний заклад, як система, та його обов'язкові **складові** (суб'єкт управління, об'єкт управління та блок наукового регулювання чи інформаційно-аналітичного забезпечення), а також **функціональні процеси** (впуск/запуск, набір операцій і процедур, вихід/випуск і зворотний зв'язок), будуть організовані на засадах системного підходу за його 6-ма аспектами – системно-компонентним, системно-функціональним, системно-структурним, системно-інтегративним, системно-комунікаційним і системно-історичним.

За такою методикою на стартових позиціях і в процесі діяльності конкретна система буде насичена повноцінним і виробничо необхідним складом її компонентів (ресурсів), з визначеними їх функціями, але й з відпрацьованими архітектурно-планувальними функціональними структурами, типами управлінських (службово-посадових) відносин. Це дозволяє: забезпечити функціонування підсистем і персоналу на кінцевий результат; мати системостабілізуючі/системоутворювальні чинники (мета, функції, процес); цілеспрямовано і на договірно-програмному рівні відпрацювати доцільні комунікації з зовнішнім середовищем; враховувати та примножувати традиції колективу тощо.

При аналізі та експертній оцінці якості організації системи використовують такі критерії:

1. Доцільність кількості ланок управління.
2. Чіткість відособлення в діяльності складових системи.
3. Здатність до швидкого реагування на зміни в системі, якою управляють, під впливом різних чинників.
4. Делегування повноважень при розв'язанні питань за принципом: найбільша інформованість – найбільша компетентність.
5. Пристосованість окремих підрозділів до системи в цілому та до зовнішнього середовища.
6. Поєднання принципів єдиноначальності та колегіальності.
7. Первинність функції та вторинність структури при організації системи, її складових і функціональних процесів.
8. Наявність документа (наприклад, наказу), що затверджує функцію й структуру змодельованої системи.

З позицій системності – управління медичним закладом як організованою структурою, є властивістю, що намагається зберегти його функціональне призначення та організаційно-структурний устрій, стабілізувати та примножити наявні зв'язки, комунікації з внутрішнім і зовнішнім середовищем з метою забезпечення вдосконалення теперішнього стану, а також цілеспрямованого розвитку під ґрунтовно визначені критерії та параметри.

Не кожна організаційно-функціональна структура може відповідати статусу управлінської системи. При цьому таке формування має відповідати таким основним вимогам і умовам: цілісність; наявність змодельованих на системних засадах складових (СУ – структури, що керує; ОУ – підсистем; БНР – як служба інформаційно-аналітичного забезпечення); опрацьованість службово-

управлінських зв'язків як між складовими частинами та функціональними процесами системи, так і її компонентами; динамічність; готовність і можливість адекватного реагування й посилення управлінських впливів або дії; здібність і можливість роботи з інформацією (збирати, обробляти, кодувати, аналізувати, передавати, накопичувати, зберігати); спрямованість на кінцевий результат; антиентропічність (здібність до недопущення безладу); надійність і детермінованість; інверсійність і респонсивність тощо.

Тільки організована система дозволяє забезпечити в ній управлінську діяльність за технологіями та функціями процесу управління.

### ***Г. Процес управління та його технологічно-функціональні фази.***

Забезпечення управлінської діяльності вимагає розуміння таких понять, як «управління» (див. підрозділ «А»), «процес управління», «управлінська операція», «управлінська технологія» та «управлінська процедура».

***Процес управління*** – це здійснення посадовими особами за певною технологією цілеспрямованих дій та взаємозв'язаних операцій в межах конкретних технологічно-функціональних фаз.

***Управлінська операція*** – це закінчена, доцільна й конкретна дія, яка спрямована на реалізацію конкретного завдання з урахуванням специфіки діяльності ОУ, характеру ситуації чи проблеми.

В управлінні виділяють наступні ключові ***управлінські операції***:

- ***послідовні*** – виконання наступної операції можливе тільки після реалізації попередньої;

- ***паралельні*** – групи виконавців одночасно виконують однакові операції, а надалі за послідовними операціями визначається бажаний результат сумісної роботи;

- ***паралельно-послідовні*** – виконання послідовних і паралельних операцій за сценарієм їх часткового поєднання.

Для кожної управлінської операції потрібні певні управлінські технології та процедури.

***Управлінська технологія*** – це система операцій (*інформаційного, логіко-розумового, розрахунково-обчислювального та організаційного порядку*) й процедур, що виконуються в певній послідовності й поєднанні. При цьому в якості ***вимог*** до технології виступають:

- ***детермінованість*** – набір вказівок і рекомендацій;

- *масовість* – придатність для вирішення всіх завдань певного типу, а не якогось одного завдання;

- *результативність* – орієнтація на оптимальний результат.

**Управлінська процедура** – це система розпоряджень (*правил*), що реалізуються в певному порядку.

Суть ПУ, за виключенням ситуаційного виду управління, складається з послідовних, взаємозалежних, циклічних п'яти технолого-функціональних фаз – підготовка та затвердження УР, планування реалізації УР, доорганізація та регулювання системи для реалізації УР, контроль за реалізацією УР (рис. 2.3) [1].

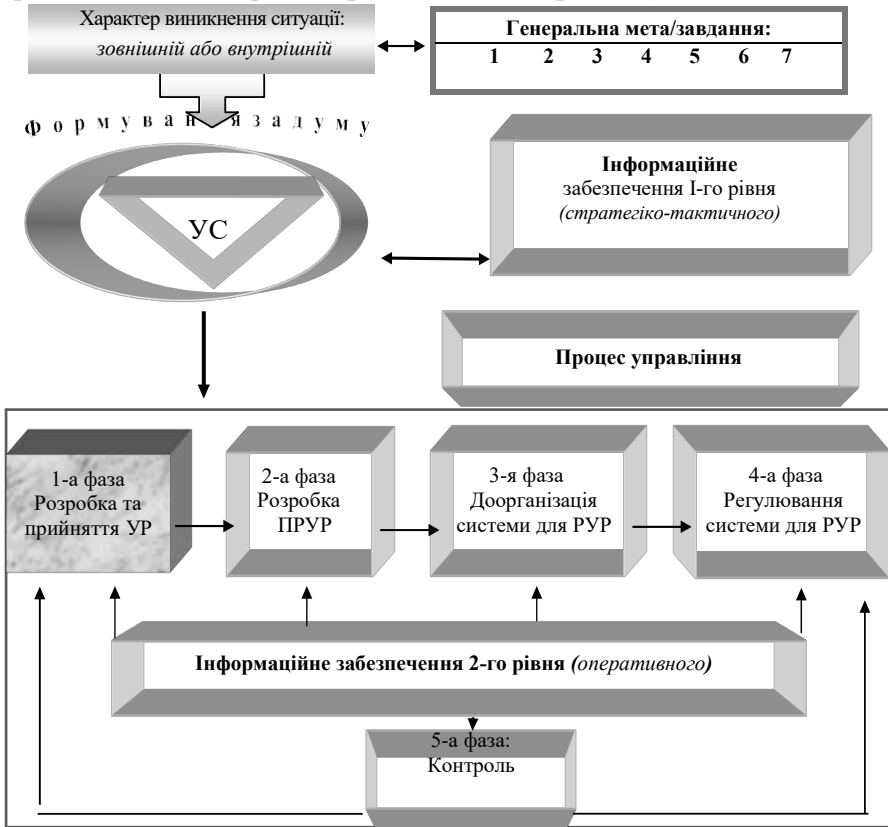


Рис. 2.3. Принципова схема процесу управління та його технолого-функціональних фаз [1].

---

Як показано на рисунку 2.3, цілевизначення та встановлення завдань неминуче призводять до виникнення управлінської ситуації, яка за своїм характером є внутрішньою. Причиною виникнення ситуації можуть стати й фактори зовнішнього середовища в результаті обставин, що склалися (епідемії, стихійні лиха та ін.). Однак, попри характер та умови появи УС, вони мають бути розв'язані шляхом ґрунтовно сформованої позиції керівника та реалізованого процесу визначально-необхідних управлінських дій. Встановлений порядок дій і стає сутністю та змістом вищенаведених технологічно-функціональних фаз ПУ, кожна з яких, своєю чергою, має особливості, порядок реалізації, вимоги, технологію, функцію тощо.

В якості оціночних показників ПУ виступають критерії та індикатори його результативності та ефективності. Останні характеристики ПУ визначаються шляхом аналізу та зіставлення кінцевих результатів управлінської діяльності та доцільності ресурсів, що витрачені на їх досягнення. Для більш поглибленого аналізу використовуються методики аналітичного або експертного оцінювання, які передбачають облік і врахування таких критеріїв, як ступінь досягнення мети, темп і якість роботи, дотримання числа керованості та оптимальності службових контактів тощо.

Таким чином, специфіка управління та управлінської праці в медичному закладі здійснюється за теоретико-методологічними (законами, теоріями, принципами, механізмами, методами, функціями, технологіями) та практичними прийомами, способами, засобами й рекомендаціями класичного й сучасного менеджменту, нейрменеджменту, публічного адміністрування.

Позитивні процеси в управлінській праці мають прояв тенденцій в тому, що: предметом менеджменту та продуктом управління стає інформація, сучасні інформаційні та комп'ютерні технології; зростає комфортність службово-посадових відносин; наявний вибір з низки варіантів оптимального рішення; зменшується дублювання в роботі керівника; збільшується довіра, демократичність, мобільність і гнучкість систем управління тощо.

Засвоєння основної тематики та опанування навичками медичного менеджменту, у контексті специфіки та особливостей практики управлінської діяльності медичного закладу як об'єкту управління, вимагає кореляції його ключових науково-практичних підходів та акцентування уваги на:



- ролі та значущості теоретичних, методологічних, організаційних, фінансово-економічних, правових, психологічних, інформаційних та інших факторів;

- питаннях моделювання систем управління та їх удосконалення на основі комплексного підходу, організації соціальних систем (як ОУ), функцій та процесу управління за технологічно-функціональними фазами, кадрового менеджменту, самоменеджменту та оцінювання ефективності управління;

- вимогах організаційно-управлінських позицій на засадах системності з впровадженням демократичних, мобільних і гнучких систем управління на основі останніх тематичних досліджень та, зокрема, економіки, психології, нейроменеджменту тощо;

- конкретизації напрямів та обґрунтуванні прагматичних аспектів стосовно неперервного професійного розвитку/навчання управлінських кадрів і персоналу тощо.

Як підсумок, можна стверджувати, що немає поганих організацій, як і поганих колективів, є тільки погані, недолугі, не професійні керівники, які не відповідають таким узагальненим вимогам – ***не знають, не вміють, не хочуть і не встигають!***

### ***Питання для самоконтролю:***

1. Визначте основні риси підприємства.
2. За якими критеріями організацію можна віднести до неприбуткової відповідно до чинного законодавства в Україні?
3. В яких організаційно-правових формах можуть функціонувати заклади охорони здоров'я комунальної власності?
4. Поняття «менеджмент» та його характеристика.
5. Менеджмент та адміністрування: поняття, особливості.
6. Основні завдання й особливості менеджменту СМДН.
7. Основні види менеджменту, які можуть бути залученими в медичному закладі.
8. Види систем управління: сутність, характеристика.
9. Які організаційно-управлінські проблеми входять до поняття «Комплексний підхід удосконалення системи управління»?
10. Організована управлінська система: поняття, властивості.
11. Складові та функціональні процеси управлінської системи в медичній галузі, як ОУ.
12. Принцип системності: сутність, особливості, теорії, методи.

13. Системний підхід: сутність, застосування, аспекти.
14. Загальна характеристика процесу управління в СМДН: поняття, сутність, вимоги.
15. Технологічно-функціональні фази процесу управління.

### *Література:*

1. Журавель В. И., Запорожан В. Н. Менеджмент в системе медицинской помощи: монография. Одесса: Одес. гос. мед. ун-т., 2000. 432 с.
2. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента: монография /пер. с англ. Москва: Дело, 1992. 702 с.
3. Мартиненко М. М. Основы менеджменту: підручник. Київ: Каравела, 2015. 496 с.
4. Drucker Peter F. A New Discipliner: Success! January-February, 1987. P.18.
5. Журавель В. І., Журавель В. В. Холакратична система управління – запорука трансформаційних змін у медичній галузі / Сучасні тенденції розвитку освіти й науки: проблеми та перспективи: зб. наук. праць / [гол. ред. Ю. І. Колісник-Гуменюк]. Київ-Львів-Бережани-Гомель. 2020. Вип. 6. С. 373-383.
6. Завадський Й. С. Менеджмент (у 3-х т.): підручник. Київ: Вид-во Європ. ун-ту, 2002. 640 с.
7. Сурмін Ю. П. Майстерня вченого: підручник. Київ: Навчально-методичний центр «Консорціум з удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2016. 302 с.
8. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: навч. посіб. (розділ 13)// Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.
9. Баєва О. В. Менеджмент організацій: медичний та фармацевтичний менеджмент: навч. посіб. Київ: «Персонал», 2009. 336 с.
10. Мартиненко М. М. Основы менеджменту: підручник. Київ: Каравела, 2015. 496 с.
11. Податковий кодекс України [Електронний ресурс]: від 02.12.2010 р. № 2755-VI зі змінами та доп. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>.

---

12. Господарський кодекс України від 16.01.2013 № 436-IV // База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.

13. Основи законодавства України про охорону здоров'я <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page#Text>.

14. Урядовий портал. Режим доступу: [www.umu.gov.ua](http://www.umu.gov.ua).

15. Інформаційний портал. Режим доступу: [www.proua.com](http://www.proua.com).

---

## РОЗДІЛ III

### РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*3.1. Характеристика та види ресурсів у галузі охорони здоров'я.*

*3.2. Управління матеріальними ресурсами в закладах охорони здоров'я.*

*3.3. Управління трудовими ресурсами в закладах охорони здоров'я: поняття, методи, складові процесу.*

#### **3.1. Характеристика та види ресурсів у галузі охорони здоров'я**

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, що відбувається шляхом впровадження нових механізмів фінансування галузі, актуалізує питання ефективного використання ресурсів у процесі надання медичних послуг пацієнтам.

Академічний тлумачний словник «Словник української мови» визначає поняття «ресурс» як «запаси чого-небудь, які можна використати в разі потреби» або «засіб, можливість, якими можна скористатися в разі необхідності» [1].

Загальна класифікація ресурсів медичного закладу за фізичним змістом, передбачає виділення чотирьох основних їхніх видів (рис. 3.1).

Спираючись на вимоги П(С)БО 9 «Запаси», **матеріальні ресурси** медичного закладу представляють собою запаси предметів праці, що призначені для надання медичних послуг, обслуговування основних структурних підрозділів, що надають такі послуги, та забезпечення адміністративних потреб, і наявність яких є необхідною умовою ритмічної роботи медичного закладу.

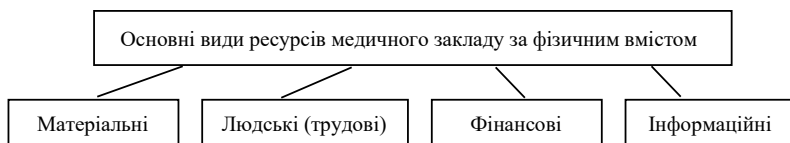


Рис. 3.1. Загальна класифікація ресурсів медичного закладу за фізичним змістом

---

Таким чином, до *матеріальних ресурсів медичного закладу* відноситься сукупність таких засобів праці, як будівлі і споруди, виробнича інфраструктура, транспорт, ліжковий фонд, медичне устаткування і апаратура, медичні інструменти, лабораторне обладнання, запаси матеріалів (лікарські засоби і медикаменти, вироби медичного призначення і засоби догляду за хворими, м'який інвентар, продукти харчування для пацієнтів тощо), паливо, тара, запасні частини і т. п.

*Трудові ресурси медичного закладу* – це його персонал. До складу трудових ресурсів відносять адміністративно-господарський персонал (в т. ч. управлінський), лікарів, медичних сестер та молодших медичних сестер.

Рівень забезпеченості медичного закладу висококваліфікованими лікарями, медсестрами та молодшим медичними персоналом може визначати рівень лікарні, забезпечує використання новітніх лікувально-діагностичних технологій, сучасної медичної техніки, предметів праці. Від ефективності використання трудових ресурсів у процесі роботи лікарні багато в чому залежать показники обсягу надання послуг, їхня вартість і якість. Тому аналіз використання трудових ресурсів є важливим розділом системи комплексного економічного аналізу діяльності медичного закладу.

*Фінансові ресурси медичного закладу* – це грошові доходи й надходження, що перебувають у його розпорядженні та призначені для виконання фінансових зобов'язань, здійснення витрат і стимулювання працівників. Фінансові ресурси посідають значне місце у гармонійному функціонуванні медичного закладу, адже відіграють важливу роль у розвитку медичної діяльності, відновленні основних фондів, оплаті праці і соціальних заходах. Визначення оптимальної потреби у фінансових ресурсах здійснює значний вплив на ефективне функціонування медичного закладу. Класифікація фінансових ресурсів дає можливість вибрати правильне співвідношення між власними і позиковими коштами, що сприяє зміцненню фінансового стану.

Фінансові ресурси медичного закладу формуються із різних джерел. Основним джерелом надходження фінансових ресурсів, що формують доходну частину бюджету комунальних неприбуткових підприємств, є кошти, що сплачує НСЗУ в межах «Програми медичних

гарантій». Для закладів первинної ланки – це оплата на основі капітаційної ставки, для закладів вторинного рівня – це оплата за кількість наданих консультацій на основі глобального бюджету. Для закладів спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги оплата відбувається на основі глобального бюджету чи ДСГ, або їх комбінації.

З метою ефективного управління діяльністю медичного закладу, доцільно виділяти в сукупності ресурсів *такі елементи* [2, 3]:

- технічні ресурси (діагностичні і лікувальні потужності та їхні особливості, наявне діагностичне і лікувальне устаткування, лікарські засоби і препарати, витратні матеріали тощо);
- ресурси медичних технологій (діагностичні і лікувальні технології, сучасні протоколи лікування, наукові діагностичні і лікувальні розробки й ін.);
- кадрові фахові ресурси (кваліфікаційний та статеві-віковий склад медичних працівників, інтелектуальний капітал медичного закладу, вмотивованість працівників до набуття нових знань та їх постійного удосконалення);
- просторові ресурси (характер використовуваних приміщень і території медичного закладу, розміщення об'єктів нерухомості, наявність і стан комунікацій, можливості для розширення тощо);
- інформаційні ресурси (база даних про стан внутрішнього середовища медичного закладу та оточуюче його зовнішнє середовище, якість і достовірність інформації, канали її поширення, можливості поповнення інформаційної бази, способи обробки та збереження інформації, безпека її зберігання тощо);
- ресурси керуючої системи (її характер і гнучкість, швидкість проходження інформації та керуючих впливів у системі тощо);
- фінансові ресурси (достатність державного фінансування для забезпечення надання медичних послуг відповідно профілю лікарні, участь місцевих органів влади у фінансуванні потреб лікарні, достатність власного капіталу, наявність і доступність позикового капіталу, стан активів та їх ліквідність тощо).

Сукупність цінностей у матеріальній, грошовій та нематеріальній формах, що належать медичному закладові, ще прийнято називати *капіталом*. Визначальною характеристикою їх віднесення саме до капіталу є спроможність створювати додану вартість.

---

За особливостями функціонування капіталу виокремлюють такі його *види*:

- основний капітал – загальна вартість цінностей, інвестованих у формування основних фондів підприємства;
- обіговий капітал – частина капіталу в грошовому еквіваленті, що спрямовується на створення оборотних активів;
- інтелектуальний капітал (нематеріальні активи) – вартість цінностей, інвестованих у створення інтелектуальної власності підприємства.

В залежності від віднесення ресурсів до того чи іншого виду капіталу, розрізняються підходи до управління ними.

### **3.2. Управління матеріальними ресурсами в закладах охорони здоров'я**

Матеріальні ресурси медичного закладу, в залежності від особливостей їхньої участі в обігу, з метою управління ними та ефективного використання, діляться на основні та обігові засоби.

**Основні засоби** – це матеріальні активи, які медичний заклад використовує у процесі надання медичних послуг та виконання інших функцій. Для них притаманні такі особливості, як:

- термін використання більше одного року або операційного циклу (якщо він триваліший за один рік);
- відносно коштовні;
- в процесі експлуатації зберігають свою речовинну форму та властиві ним функції;
- переносять свою вартість у вартість медичної послуги поступово протягом терміну експлуатації частинами у вигляді амортизації. Якщо медичний заклад є комунальним неприбутковим підприємством і належить територіальній громаді, то функція фінансування основних засобів покладається на місцеву владу, і такий заклад не враховує амортизацію у вартість медичної послуги.

**До основних засобів (фондів) медичного закладу відносяться** будівлі, споруди, ліжковий фонд, діагностичне, лабораторне обладнання, транспорт тощо.

Із впливом часу усі основні засоби піддаються фізичному та моральному зносу, тобто вони поступово втрачають корисні властивості під впливом фізичних сил, технічних та економічних чинників, стають непридатними і не можуть надалі виконувати функції, для яких вони призначені.

**Фізичний знос** – це та частина вартості, яку основні засоби в процесі використання переносять на надані медичні послуги. Фізичний знос – це результат використання основних засобів та дії природних чинників. Він переноситься на вартість медичних послуг в тому розмірі, в якому основні засоби втрачають свою споживчу вартість.

**Моральний знос** полягає в тому, що основні засоби «застарівають» по своїй конструкції, функціональності, продуктивності, економічності. Якість медичних послуг, що надаються за їхньою допомогою, відстає від того рівня, що забезпечують нові високотехнологічні зразки.

Тому виникає необхідність заміни під впливом науково-технічного прогресу тих основних засобів, які ще придатні до використання, виходячи з рівня фізичного зносу. В сучасних умовах моральний знос часто стає головним чинником, що викликає необхідність заміни основних засобів. Провідні медичні заклади економічно розвинутих країн замінюють основні засоби набагато раніше, ніж закінчується їхній гарантований виробником термін використання [4].

Грошовим виразом фізичного і морального зносу основних засобів є амортизація.

**Амортизація** – це процес перенесення вартості основних засобів на собівартість медичних послуг, при наданні яких вони використовуються. Може використовуватись при розрахунках вартості медичної послуги в приватній медичній практиці.

Амортизація розраховується від первісної вартості основних засобів.

Первісна вартість об'єкта ОЗ включає такі витрати [5]:

- суми, що оплачуються постачальникам ОЗ (продавцям обладнання, меблів і т. і.) і/або підрядникам за виконані будівельно-монтажні роботи;

- реєстраційні збори, державне мито й аналогічні платежі, які медичний заклад сплачує у зв'язку з придбанням ОЗ;



- 
- суми оплаченого ввізного мита, якщо основні засоби купуються за кордоном;
  - суми непрямих податків, сплачених під час придбання ОЗ, якщо вони не були відшкодовані медичному закладу;
  - витрати на оплату страховки за доставку ОЗ;
  - транспортні витрати, витрати на встановлення та монтаж ОЗ, пуско-налагоджувальні роботи;
  - інші витрати, безпосередньо пов'язані з ОЗ та початком їх використання.

Метод амортизації об'єкта основних засобів обирається медичним закладом, як і будь-яким іншим підприємством, самостійно з урахуванням особливостей їхнього використання та переглядається у разі необхідності.

У П(С)БО 7 «Основні засоби» визначені такі **методи амортизації основних засобів** (крім інших необоротних матеріальних активів):

- 1) прямолінійний;
- 2) зменшення залишкової вартості;
- 3) прискореного зменшення залишкової вартості (подвійного залишку, що зменшується);
- 4) кумулятивний;
- 5) виробничий.

Перші чотири методи відносяться до таких, що прив'язуються до часу використання основних засобів. Останній (виробничий) – до кількості медичних послуг, що надаються медичним закладом.

Відповідно до розподілу суми амортизації розрізняють рівномірні та прискорені методи амортизації. Прямолінійний та виробничий методи є рівномірними. Усі інші – прискореними, оскільки при їхньому застосуванні переважна частина вартості основних засобів амортизується (тобто переноситься на собівартість медичної послуги) протягом перших років експлуатації (70-80 % первісної вартості).

Управління основними засобами полягає, здебільшого, у правильному виборі методу їхньої амортизації. Це дозволяє мінімізувати розмір витрат, своєчасно оновлювати основні засоби відповідно до розвитку медичної техніки і технології.

---

**Обігові (оборотні) засоби медичного закладу** – це матеріальні ресурси, які використовуються в процесі надання медичної послуги і мають такі характеристики:

- споживаються протягом одного технологічного циклу надання медичної послуги;
- в процесі використання втрачають свою речовинну форму та корисні характеристики;
- відносно дешеві;
- переносять свою вартість на собівартість медичної послуги у повному обсязі.

Обіговими (оборотними) засобами організації охорони здоров'я (медичних закладів) є предмети одноразового використання, м'який інвентар, лікарські препарати, продукти харчування для пацієнтів, грошові кошти, касові залишки, кошти в розрахунках та ін. Основною відмінністю від основних засобів з економічної точки зору є те, що обігові засоби переносять свою вартість на вартість наданих медичних послуг повністю по мірі використання. Предмети і матеріали, які мають термін придатності до року, відносяться до обігових фондів (засобів).

З метою управління обіговими засобами здійснюється їхнє нормування [6].

**Нормування обігових (оборотних засобів)** – це процес визначення економічно обґрунтованого мінімуму фінансових ресурсів, що потрібно вкласти в обігові засоби медичному закладу для забезпечення його нормальної, безперебійної роботи.

Оскільки медичний заклад не може із повною впевненістю запланувати, які саме матеріальні ресурси (ліки, перев'язувальні матеріали тощо) можуть знадобитись для лікування пацієнтів, то на практиці найбільш вигідно створювати загальні запаси для декількох територіально наближених медичних закладів, з яких отримувати ресурси у разі необхідності. Це дозволить більш раціонально використовувати спрямовані у медичну галузь від НСЗУ кошти, зменшуючи загальний розмір запасів.

### **Показники використання матеріальних ресурсів медичним закладом**

Для якісного управління матеріальними ресурсами медичного закладу необхідно здійснювати аналіз ефективності їхнього

використання. Цей аналіз доцільно проводити із застосуванням специфічних галузевих та загальноекономічних показників.

Специфічними показниками медичної галузі, що дозволяють оцінити стан та ефективність використання основних та обігових засобів лікарень, є такі.

**1. Показники, пов'язані із використанням ліжкового фонду.**

1.1. Обіг ліжка, показник, що характеризує кількість пацієнтів, пролікованих на 1 ліжку протягом року.

Нормативний обіг ліжка обчислюється за формулою:

$$O_n = (N - tp) / (T + tn); \quad (3.1)$$

де  $O_n$  – нормативний обіг ліжка;

$N$  – кількість календарних днів у плановому періоді (складає 365 днів);

$tp$  – середня кількість днів простою ліжка внаслідок планового закриття на ремонт (при запланованому ремонті – 30 днів, при відсутності планового капітального ремонту – 0 днів);

$T$  – середній термін перебування хворого на ліжку (приймається за фактичним показником за попередній рік);

$tn$  – середня кількість днів простою ліжка, що пов'язаний із необхідністю підготовки ліжка для прийому наступного хворого (для інфекційних хворих і недоношених дітей – 3 дні; для хворих на туберкульоз – 2 дні; для ліжок інших профілів – 1 день).

Фактичний обіг ліжка обчислюється за формулою:

$$O_f = 3Лф / Тф; \quad (3.2)$$

де  $O_f$  – обіг ліжка фактичний;

$3Лф$  – фактична зайнятість ліжка, днів;

$Тф$  – фактична середня тривалість перебування хворого на ліжку, днів.

Обіг ліжка характеризує інтенсивність та тривалість лікування хворих. Збільшення показника свідчить про зменшення непродуктивного простою ліжка та підвищення ефективності використання ліжкового фонду лікарні (відділення).

1.2. Середнє число днів роботи ліжка планове/нормативне ( $D_n$ ) обчислюється, виходячи з нормативного обігу ліжка:

$$D_n = O_n * T; \quad (3.3)$$

За результатами роботи лікарні (відділення) визначається фактичне число днів роботи ліжка. Порівняння фактичного показника з його плановим (нормативним) значенням дає підстави для оцінки

ефективності використання ліжкового фонду. Для цього може бути обчислений індекс фактичної роботи ліжка:

$$I_{фрл} = Дф/Дн; \quad (3.4)$$

Про ефективну роботу лікарні свідчить індекс, який дорівнює або більший за 1.

1.3. Число ліжко-днів за період:

$$ЛД = М*Т; \quad (3.4)$$

де М – кількість госпіталізованих за період часу хворих.

Т – середня тривалість перебування хворого на ліжку, днів.

1.4. Середня зайнятість ліжка (кількість днів фактичної зайнятості ліжка):

$$СЗЛ = ЛДф / КЛ; \quad (3.5)$$

де ЛДф – фактична кількість проведених на ліжку хворими ліжко-днів;

КЛ – середньорічна кількість ліжок;

1.5. Середній час простою ліжка:

$$365 - СЗЛ; \quad (3.6)$$

Зменшення показника свідчить про підвищення ефективності роботи лікарні (відділення).

Для визначення ефективності використання ліжкового фонду медичного закладу може бути використана триетапна модель (рис. 3.2).

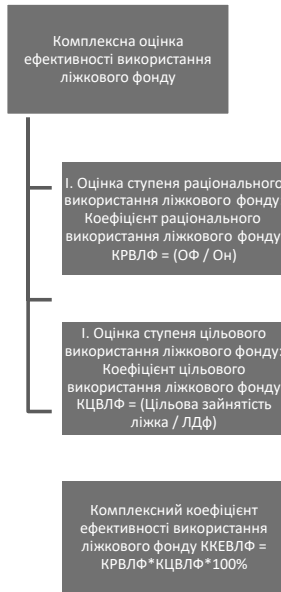


Рис. 3.2. Триетапна модель оцінки ефективності використання ліжкового фонду

На основі показника ККЕВЛФ можна оцінити економічний збиток, що виникає внаслідок неефективного використання ліжкового фонду:

$$ЗБ = ВУЛФ * (1 - ККЕВЛФ); \quad (3.7)$$

де ЗБ – величина економічного збитку, що виникає внаслідок неефективного (нераціонального і нецільового) використання ліжкового фонду, грн;

ВУЛФ – сума фінансових коштів, що витрачаються на утримання ліжкового фонду, грн.

Економічні показники, пов'язані із використанням ліжкового фонду.

1.6. Вартість утримання одного ліжка (ВУ):

$$ВУ = ВЛ / КЛ; \quad (3.8)$$

де ВЛ – річна сума витрат лікарні, грн;

1.7. Вартість одного ліжко-дня (ВЛД):

$$\text{ВЛД} = \text{ВЛ} / \text{ЛДф}; \quad (3.9)$$

1.8. Вартість лікування одного пацієнта (ВЛП):

$$\text{ВЛП} = \text{ВЛД} * \text{Тф}. \quad (3.10)$$

Оскільки показники 1.6-1.8 відображають розмір витрат лікарні, критерієм підвищення ефективності використання ліжкового фонду є їхнє зменшення [16].

## **2. Показники, пов'язані з використанням медичного обладнання.**

Як відомо, медичне обладнання є високотехнологічною та дороговартісною складовою основних засобів медичного закладу. Тому надзвичайно актуальним є питання забезпечення найбільш раціонального та ефективного його використання.

Для оцінки використання медичної техніки доцільно використовувати такі показники.

1. Фонд робочого часу медичного обладнання:

1.1. Календарний:

$$\text{ФРЧк} = 365 * 24 = 8760 \text{ годин} / \text{рік} \quad (3.11)$$

Використовується у разі безперервної роботи обладнання, наприклад, в умовах стаціонару. В цьому випадку за відповідними нормативами вираховується час на ремонт і зупинки з технологічних причин, якщо ці зупинки не входять у норми використання медичного обладнання.

1.2. Режимний (номінальний) фонд часу роботи медичного обладнання представляє собою час, який може працювати обладнання в нормальному режимі, з врахуванням перерв у роботі на вихідні і святкові дні та змінності роботи. Обчислюється за формулою:

$$\text{ФРЧреж} = (\text{ФРЧк} - \text{Дв} - \text{Дс}) * \text{q} * \text{s}, \quad (3.12)$$

Де Дв, Дс – кількість вихідних і святкових днів;

$q$  – тривалість робочої зміни, год.;

$s$  – кількість змін роботи.

Режимний (номінальний) фонд часу роботи медичного обладнання у невисокосний рік з двома вихідними на тиждень та 10-ма святковими днями на рік, при роботі в дві зміни із тривалістю однієї зміни у 8 годин буде визначатись таким чином:  $\text{ФРЧреж} = (365 - 52 * 2 - 10) * 8 * 2 = 4016$  годин.

1.3. Ефективний фонд часу роботи медичного обладнання – це режимний фонд часу, зменшений на час регламентованих ремонтних операцій та міжремонтного обслуговування обладнання:

$$\text{ФРЧеф} = \text{ФРЧреж} * (1 - \text{врч}); \quad (3.13)$$

де  $\text{врч}$  – відсоток втрат робочого часу на плановий ремонт та обслуговування медичного обладнання, %.

Якщо відсоток втрат робочого часу на плановий ремонт та обслуговування медичного обладнання складе за паспортом обладнання 3 %, то ефективний фонд часу його роботи складе:  $\text{ФРЧеф} = 4016 * (1 - 0,03) = 3895,52$  години.

На основі даних про ефективний фонд робочого часу медичного обладнання може бути встановлена його річна потужність.

Показники дозволяють визначити коефіцієнт календарного використання обладнання (ККВО):

$$\text{ККВО} = \text{ФРЧеф} / \text{ФРЧк}. \quad (3.14)$$

Коефіцієнт характеризує, яка частка часу використовується для реального корисного використання медичного обладнання.

В нашому прикладі ККВО складе:  $\text{ККВО} = 3895,52 / 8760 = 0,44469$ , або 44,47 %.

Оскільки обладнання може працювати без перерв на обід чи нічний час, ефективність його використання може бути підвищено шляхом роботи в декілька змін. Коефіцієнт змінності роботи медичного обладнання обчислюється за формулою:

$$\text{Кзм} = \text{ФРЧфакт} / \text{Чзм}; \quad (3.15)$$

де  $\text{ФРЧфакт}$  – фактичний час роботи обладнання, годин;

Чзм – максимально можлива кількість годин при роботі обладнання в одну зміну, годин.

З метою більш повного аналізу діяльності медичного закладу в розрізі ефективності використання наявних матеріальних ресурсів також можуть бути використані загальноекономічні показники. До них відносяться показники фондомісткості, фондovіддачі, фондоозброєності, що дозволяють оцінити ступінь корисного використання основних засобів.

Про стан основних засобів свідчать коефіцієнти зносу, придатності, оновлення, вибуття і приросту.

Також корисним є аналіз виконання плану ремонту основних фондів та оцінка ступеня забезпеченості медичних установ основними виробничими фондами.

Щодо обігових засобів медичного закладу, ефективність їхнього використання оцінюється за допомогою обчислення таких показників.

Матеріаломісткість медичної послуги – це вартість усіх матеріальних ресурсів, що були витрачені на надання однієї послуги або на 1 грн наданих послуг:

$$M_m = S_{m.v} / Q; M_m = S_{m.v} / V; \quad (3.16)$$

де  $S_{m.v}$  – вартість матеріальних ресурсів, витрачених на 1 послугу, грн;

$Q, V$  – обсяг наданих медичних послуг у натуральному/вартісному виразі.

Перший варіант розрахунку може бути застосований у медичних закладах чи їхніх підрозділах, що надають усім пацієнтам однакові послуги. Другий варіант не має такого обмеження.

Коефіцієнт оборотності обігових засобів визначає кількість оборотів, які можуть здійснити обігові засоби за певний розрахунковий період часу (найчастіше рік), і характеризує вартість наданих послуг, що припадає на 1 грн вартості обігових засобів. Показник обчислюється за формулою:

$$K_{об} = V / C_{Воз}, \quad (3.17)$$

де  $V$  – річний обсяг наданих медичних послуг, грн;



$CB_{\text{оз}}$  – середньорічна вартість обігових засобів медичного закладу, грн.

Коефіцієнт завантаження (фондомісткість) – це величина, обернена до коефіцієнта оборотності. Показує, яка сума обігових засобів медичного закладу припадає на одну грошову одиницю наданих медичних послуг:

$$K_z = CB_{\text{оз}} / V. \quad (3.18)$$

Тривалість одного обороту обігових засобів медичного закладу показує, скільки днів триває один оборот обігових засобів:

$$T_{\text{об}} = T / K_{\text{об}}, \quad (3.19)$$

де  $T$  – кількість календарних днів у розрахунковому періоді, дні.

Для приватних медичних закладів розраховується також показник рентабельності обігових засобів. Він показує, який прибуток отримано на 1 грн наявних обігових засобів (прибуток і сума обігових засобів розраховуються за однаковий проміжок часу):

$$R = \Pi / CB_{\text{оз}} * 100\%, \quad (3.20)$$

де  $\Pi$  – прибуток, отриманий медичним закладом у розрахунковому періоді, грн.

При зміні розміру обігових засобів медичного закладу можуть бути обчислені такі аналітичні показники.

Сума умовно вивільнених (або додатково залучених) обігових засобів ( $\Delta C_{\text{об.з.вив}}$ ) за рік за умови прискорення (уповільнення) їхньої оборотності:

$$\Delta C_{\text{об.з.вив}} = Q_{\text{звіт}} / 360 * (T_{\text{звіт}} - T_{\text{баз}}), \quad (3.21)$$

де  $Q_{\text{звіт}}$  – обсяг послуг, наданих за звітний (плановий) рік, грн;

$T_{\text{звіт}}$ ,  $T_{\text{баз}}$  – тривалість обороту обігових засобів відповідно у звітному (плановому) та базовому роках, дні.

Знак «+» означає додаткове залучення обігових коштів, а знак «-» їх вивільнення. Вивільнення обігових засобів свідчить про покращення результативності роботи, і навпаки.

Приріст прибутку (збитків) за рахунок зміни оборотності обігових засобів (показник, рекомендований для приватних медичних закладів):

$$\Delta\Pi = \text{Пбаз} * (\text{Qзвіт} / \text{Qбаз}) * (\text{Соб.з.баз} / \text{Соб.з.звіт}) - \text{Пбаз}, (3.22)$$

де Qзвіт(баз) – обсяг послуг, наданих за звітний (базовий) рік, грн;

Пбаз – прибуток від надання послуг у базовому році, грн;

Соб.з.звіт(баз) – середньорічні залишки нормованих обігових засобів у звітному (базовому) році, грн.

### **3.3. Управління трудовими ресурсами в закладах охорони здоров'я: поняття, методи, складові процесу**

*Трудовий ресурс або людський ресурс* (за термінологією зарубіжних країн) є провідним фактором підвищення ефективності діяльності медичного закладу, а в умовах ринкових відносин основою високої конкурентоспроможності.

За теорією людського капіталу, розробленою американським економістом Р. Беккером, головною рушійною силою розвитку економіки є людський ресурс. Ефективність використання трудових ресурсів у закладах охорони здоров'я обумовлює обсяг надання медичних послуг, їхню собівартість та якість.

Аналіз ефективності використання трудових ресурсів у медичних закладах використовується з метою визначення внутрішніх та зовнішніх резервів щодо підвищення ефективності та повноти використання трудових ресурсів.

В медичному закладі ТР (трудові ресурси) представлено адміністративно-господарським персоналом, лікарями, медичними сестрами та молодшими медичними сестрами.

Основними показниками, які характеризують ефективність використання трудових ресурсів, є:

- кількісні показники (забезпеченість, укомплектованість кадрами медичного закладу та співвідношення персоналу);
- якісні показники (розподіл персоналу за спеціальністю, кваліфікацією, стажем, статтю, віковими групами тощо);
- розрахункові коефіцієнти руху персоналу (прийом, вибуття, плинність та сталість кадрів);
- розрахункові показники використання робочого часу;
- результативні показники продуктивності праці;
- показники оптимальності системи оплати праці.



Рис. 3.3. Етапи проведення аналізу використання трудових ресурсів

Першим етапом аналізу ефективності використання трудових ресурсів медичного закладу є оцінка забезпеченості та укомплектованості закладу та його підрозділів персоналом, оцінка його якісного складу.

На первинній ланці кількість лікарів розраховується з врахуванням кількості населення, яке уклало угоди із сімейними лікарями, норм навантаження лікаря на 1 годину, загального фонду робочого часу за рік. В умовах стаціонару визначається кількість медичного та немедичного персоналу на 100 ліжок:

- число лікарів (середнього медперсоналу), які обслуговують стаціонар, у розрахунку на 100 ліжок;
- число працівників, які обслуговують стаціонар, у розрахунку на 100 ліжок;

• співвідношення числа лікарів та середнього медперсоналу, яке повинно складати не менше 1:3-1:4. У європейських країнах показник досягає 1:6-1:8 та вище.

Важливим показником забезпеченості медичного закладу персоналом є **середньооблікова кількість його штатних працівників**.

Середньооблікова кількість штатних працівників за місяць обчислюється шляхом підсумовування кількості штатних працівників облікового складу за кожний календарний день звітного місяця, тобто з 1 по 30 або 31 число (для лютого - по 28 або 29 число), включаючи вихідні, святкові та неробочі дні, і ділення одержаної суми на число календарних днів звітного місяця. За вихідні, святкові і неробочі дні дані залишаються на рівні останнього робочого дня. Показники забезпеченості за квартал, півріччя або рік визначаються сумою середньооблікової чисельності за місяці, що входять в обліковий період, поділені на кількість місяців (3, 6, 9 або 12).

На цьому етапі аналізу визначають показник укомплектованості штатів як для лікарських посад, так для посад середнього медичного персоналу за формулою:

$$\text{Укомплектованість штатів} = \frac{\text{Число зайнятих посад}}{\text{Число посад за штатним розкладом}} \times 100 \quad (3.12)$$

Дані щодо укомплектованості штатів можуть використовуватися для прийняття управлінського рішення щодо оптимізації використання трудових ресурсів шляхом прийому на роботу нових співробітників або більш раціонального використання наявного персоналу.

Задля надання якісної та своєчасної медичної допомоги керівник медичного закладу зацікавлений мати достатньо медичного персоналу як за якісними, так і за кількісними параметрами у будь-який проміжок часу.

На другому етапі аналізу ефективності використання трудових ресурсів проводиться аналіз руху персоналу. Передумовою підвищення продуктивності праці та ефективності діяльності є стабільність складу персоналу.

Під **рухом кадрів медичного закладу** необхідно розуміти сукупність всіх випадків прийому працівників ззовні та всіх випадків вибуття за його межі.

Рух медичного персоналу відображається у балансі кадрів, який слід аналізувати за місяць, квартал або рік. Під час аналізу руху персоналу визначають ряд показників, а саме: коефіцієнти обігу співробітників за прийомом та за звільненням, коефіцієнт плинності кадрів та коефіцієнт сталості персоналу.

$$K \text{ прийому кадрів} = \frac{\text{Число працівників, прийнятих за місяць (квартал, рік)}}{\text{Середньооблікова кількість штатних працівників за місяць (квартал, рік)}} \quad (3.13)$$

$$K \text{ вибуття кадрів} = \frac{\text{Число працівників, які вибули за місяць}}{\text{Середньооблікова кількість штатних працівників за місяць}} \quad (3.14)$$

$$K \text{ плинності кадрів} = \frac{\text{Число працівників, які звільнилися за місяць}}{\text{Середньооблікова кількість штатних працівників за місяць (квартал, рік)}} \quad (3.15)$$

$$K \text{ сталості кадрів} = \frac{\text{Число працівників, які відпрацювали рік та більше}}{\text{Середньооблікова кількість штатних працівників}} \quad (3.16)$$

Плинність кадрів може відбуватися на природному рівні у межах 3-5 % від чисельності персоналу. Коефіцієнт плинності вище > 5 % оцінюється як підвищений та вказує на можливість економічних втрат. За даними літератури, в сфері охорони здоров'я вказаний показник найнижчий серед усіх галузей в Україні та становить 5,4 % [7].

Аналіз руху персоналу дозволяє визначити причини звільнення працівників за власним бажанням, через порушення дисципліни, навчання, зміну місця проживання тощо. Як правило, основними причинами звільнень є незадоволеність характером праці, умовами праці, рівнем заробітної плати, недоліками у організації праці та відсутність соціальних програм розвитку колективу.

Розрахункові показники руху кадрів медичного закладу доцільно порівнювати з середньогалузевими показниками.

На третьому етапі аналізу ефективності використання трудових ресурсів медичного закладу здійснюється оцінка втрат робочого часу.

**Аналіз використання робочого часу здійснюється у такій послідовності:**

- загальна оцінка повноти використання робочого часу;

- визначення причин втрат робочого часу;
- оцінка впливу втрат робочого часу на продуктивність праці.

Для здійснення загальної оцінки повноти використання робочого часу необхідно визначити кількість днів, відпрацьованих працівником за звітний період (місяць, квартал, рік), яка залежить від кількості вихідних та святкових днів, кількості днів чергової відпустки, інших видів відпусток, передбачених законодавством, кількості днів непрацездатності, кількості днів невиходу на роботу з дозволу адміністрації) та середня тривалість робочого дня, яка залежить від величини нормативно встановленого робочого тижня, часу скорочень робочого дня, передбачених законодавством, часу понадурочної роботи.

**Фонд робочого часу** = чисельність робітників \* кількість відпрацьованих днів одним працівником \* середню тривалість (3.17) робочого дня.

Облік фактично відпрацьованого часу здійснюється шляхом внесення даних у облікові форми: штатний розклад, таблиці табельного обліку. Узагальнення цих даних відображаються у звітах: «Звіт про працю і рух робочої сили форми №1-працю», «Звіт лікувально-профілактичного закладу за рік ф. № 20».

Планування робочого часу здійснюється на основі положень Кодексу законів про працю України, а також поточних рекомендацій Міністерства соціальної політики України «Про розрахунок норми тривалості робочого часу» [8].



Рис. 3.4. Фактори, що визначають ефективність використання трудових ресурсів медичного закладу

Причинами втрат робочого часу можуть бути як явні втрати (прогули, невиходи через хворобу, відпустки без збереження заробітної плати з дозволу адміністрації тощо), так і приховані втрати, що обумовлені поганою організацією та умовами праці. Зниження втрат робочого часу та раціонального його витрачання сприяє зростанню продуктивності праці.

На четвертому етапі оцінки використання трудових ресурсів здійснюється аналіз продуктивності праці за показниками результативності діяльності як закладу в цілому, так і окремих категорій медичного персоналу (лікарі, медичні сестри).

До таких показників у організації надання амбулаторної допомоги належать кількість відвідувань, обсяг діагностичних процедур та лабораторних досліджень, в організації стаціонарної допомоги – робота ліжка (середньорічна кількість ліжко-днів, середня кількість ліжко-місць, тривалість перебування хворого в стаціонарі, середньорічний обіг одного ліжко-місця тощо), а також обсяг діагностичних процедур та лабораторних досліджень.

Для визначення ступеня забезпеченості кадрів основними засобами використовується показник фондоозброєності (ФОз):

$$\text{Фондоозброєність} = \frac{\text{Вартість основних засобів}}{\text{середньорічна чисельність персоналу лікарні}} \quad (3.18)$$

Підвищення фондоозброєності персоналу є важливим фактором підвищення ефективності роботи лікарні.

Різновидом показника фондоозброєності є фондоозброєність активною частиною основних засобів у розрахунку на одного медичного працівника (фондоозброєність медичного персоналу):

$$\text{Фондоозброєність МП} = \frac{\text{Вартість активної частини основних засобів}}{\text{середньорічна чисельність медичного персоналу лікарні}} \quad (3.19)$$

Досвід роботи лікарень доводить, що фондоозброєність великих лікарень зазвичай вища, що обумовлює вищу ефективність їхньої діяльності.

Показник роботи ліжка в розрахунку на одну посаду не відображає якість наданих медичних послуг. Додатково слід

враховувати комплекс показників якості діяльності медичних закладів: повторні госпіталізації, обґрунтовані скарги, загальна летальність, післяопераційні ускладнення, показники хірургічної активності та її якості, рівень використання сучасних технологій тощо.

Планування амбулаторно-клінічної допомоги в розрізі первинної медичної допомоги базується на кількості декларацій, підписаних лікарями ЦПМСД з пацієнтами. Один сімейний лікар має можливість підписати 1800 декларацій без втрачання розміру оплати від НСЗУ. При підписанні більшої кількості декларацій починають діяти понижувальні коефіцієнти.

При плануванні амбулаторно-клінічної допомоги (вторинний рівень) використовується показник функції лікарської посади.

Функція лікарської посади (ФЛП) представляє собою кількість пацієнтів, яких має прийняти лікар протягом року, і обчислюється за формулою:

$$\text{ФЛП} = \text{ФРЧ лікаря} * \text{Ннав}, \quad (3.20)$$

де ФРЧлікаря – кількість годин роботи за графіком на прийомі пацієнтів, годин в рік;

Ннав – норма навантаження лікаря за 1 годину прийому, пацієнтів за 1 годину.

Управління мотивацією персоналу передбачає, що оплата праці лікаря «прив'язується» до показника виконання функції лікарської посади. Виконання функції лікарської посади представляє собою співвідношення фактичної кількості прийнятих пацієнтів (ФЛПфакт) до розрахункової (ФЛП):

$$\text{ВикФЛП} = \text{ФЛПфакт} / \text{ФЛР} \quad (3.21)$$

Колективним договором лікарні може визначатись, що до певної межі (наприклад, 80 %) лікар отримує оплату в межах посадового окладу, а за перевищення цього показника йде оплата у підвищеному розмірі (преміювання, бонуси).

Використання комплексного підходу до проведення аналізу потребує значних фінансових та часових витрат. Проте результати аналізу дають можливість керівнику визначити найбільш впливові чинники ефективного використання трудових ресурсів, що значною мірою підвищує результативність та ефективність прийнятих на їхній



---

основі управлінських рішень. Ефективне використання трудових ресурсів забезпечує збільшення прибутковості медичного закладу шляхом зменшення собівартості та збільшення обсягів діяльності.

***Питання для самоконтролю:***

1. Які ресурси використовує медичний заклад для надання медичних послуг населенню?

2. В чому полягає різниця між основними засобами та обіговими засобами як ресурсами в діяльності медичного комунального неприбуткового підприємства?

3. Які підходи до управління основними засобами допомагають їх більш раціональному використанню?

4. Яким чином можна підвищити ефективність використання обігових засобів медичного комунального неприбуткового підприємства?

5. В чому полягають основні відмінності в управлінні ресурсами комунального неприбуткового підприємства та приватного медичного закладу?

6. Опишіть фактори, що визначають ефективність використання трудових ресурсів медичного закладу.

***Література:***

1. Словник української мови. Академічний тлумачний словник (1970-1980) / Електронний ресурс – Режим доступу <http://sum.in.ua/s/resurs>.

2. Ансофф И. Новая корпоративная стратегия / И. Ансофф.; пер. с англ. И. Ансофф при содействии Э. Дж. Макдонелла. – СПб. и др: Питер, 1999. – 414 с.

3. Томпсон А. А., Стрикленд А. Дж. Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии: [учебник для вузов] / А. А. Томпсон, А. Дж. Стрикленд.; пер. с англ. под ред. Л. Г. Зайцева и М. И. Соколовой. – М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1998. – 576 с.

4. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я: Навчально-методичний посібник /Укладачі: проф. Ахламов А. Г., доц. Кусик Н. Л. - Одеса, ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011. – 111 с.

---

5. Положення (стандарт) бухгалтерського обліку 7 «Основні засоби» (П(С)БО 7) затверджено наказом Мініфіну від 27.04.2000 № 92. Адреса доступу – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0288-00#Text>.

6. Причепя І. В., Руда Л. П. Економіка та організація виробництва: Навч. посібник. – Вінниця: ВНТУ, 2017. – 186 с.

7. Коцалап С. О. Аналіз проблем плинності кадрів на підприємствах різних сфер діяльності // Энергосбережение, Энергетика, Энергоаудит - №8 (114) 2013 – С.67-71.

8. Поточні рекомендації Міністерства соціальної політики України «Про розрахунок норми тривалості робочого часу». Адреса доступу – <http://obkom.dp.ua/rob-chas-ta-vidpoch/8-konsultacii>.

9. Господарський кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=436-15>.

10. Закон України «Про оплату праці» від 24.03.1995 № 108/95-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80>.

11. Гетьман О. О. Економіка підприємства: Навч. посібник / О. О. Гетьман, В. М. Шаповал. – [2-ге видання]. – К.: Центр учбової літератури, 2010. – 488 с.

12. Кожемякіна Т. В., Романченко Н. В., Пічик К. В. Економіка підприємства: Навч. посібник. – К: НаУКМА, 2018. – 262 с.

13. Кожемякіна Т. В., Матукова Д. Г. Нематеріальні активи підприємства-експортера як чинник підвищення конкурентоспроможності на світовому ринку / Т. В. Кожемякіна, Д. Г. Матукова // Економіка Криму, 2010. – С.

14. Наказ Державного комітету статистики України від 28.09.2005 №286 «Про затвердження Інструкції зі статистики кількості працівників».

15. Шваб Л. І. Економіка підприємства: навч. посібник / Шваб Л. І. – К.: Каравела, 2007. – 584 с.

16. Парій В. Д. Обґрунтування методики розрахунку ліжкового фонду для надання вторинної стаціонарної допомоги / В. Д. Парій, В. М. Борис, С. М. Гришук // ScienceRise. Medical science, 2016.

17. Парій В. Д., Сафонов Ю. М., Захарова Н. М. та ін. / За заг. ред. проф. В. Д. Парія / Економічний аналіз використання ресурсів в системі охорони здоров'я. Навч. посібн. – Житомир: «Полісся», 2015. – 148 с.

---

## РОЗДІЛ IV

### ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РИНКОВИХ ВІДНОСИН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*4.1. Ринок медичних послуг: основні поняття та інструменти, особливості формування ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.*

*4.2. Особливості і етапи розвитку ринку медичних послуг в Україні.*

*4.3. Організація маркетингової діяльності в сфері охорони здоров'я.*

*4.4. Методи вимірювання загального охоплення послугами охорони здоров'я.*

#### **4.1. Ринок медичних послуг: основні поняття та інструменти, особливості формування ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.**

В сучасних економічних умовах, що характеризуються істотними змінами в соціальній сфері та вимагають формування нової моделі охорони здоров'я, одним з основних напрямків соціально-економічного розвитку стає формування ефективного ринку медичних послуг. Галузь охорони здоров'я являє собою сферу діяльності, що націлена на забезпечення конституційних прав громадян на життя і здоров'я. Необхідність підвищення ефективності ринку медичних послуг визначається тим, що цей сектор національної економіки, спрямований на задоволення важливих потреб суспільства, має безпосередній вплив на якість життя населення. Організація охорони здоров'я потребує в максимально можливій мірі стримування негативних факторів, які впливають на стан громадського здоров'я населення та зумовлюють зниження економічної ефективності галузі в цілому.

Функціонування закладів охорони здоров'я в умовах ринкової економіки потребує відповідної організації та впровадження діяльності по забезпеченню медичною допомогою населення. Розглядаючи особливості формування ринкових умов, слід звернутися до визначення поняття «риннок».

Основні риси **«ринку»** можна охарактеризувати як:

- систему відносин товарного і нетоварного обміну;
- систему взаємодії попиту і пропозиції, результатом якої є визначення ринкової ціни на товари та послуги;
- сферу розвитку ринкових відносин галузей економіки країни.
- сферу взаємодії продавців та покупців, результатом якої є задоволення потреб одне одного.

**Основними умовами ринку в цілому є:** вільне ціноутворення; вільний вибір послуг; наявність конкуренції виробників.

Наявність субринків у галузі охорони здоров'я обумовлена існуванням відокремлених спеціалізованих сегментів, в яких відбуваються безпосередньо ринкові відносини, такі, як: обмін, продаж, купівля, формування ціни.

Ринок медичних послуг має характерні особливості, які можна поєднати в наступні **параметри:**

1. *Частина медичних послуг є загальносуспільною користю (public goods) та може виступати об'єктом колективного споживання, у тому числі здійснюватися за принципом утримання. Наприклад, суспільна вакцинація населення сприяє підвищенню рівня колективного імунітету, ефект від якого розповсюджується також і на ті категорії населення, які не вакцинувалися.*

2. *Недостатня інформованість споживачів (асиметрія інформації) спостерігається за рахунок відсутності у пацієнта спеціальних знань для оцінки попиту на ту чи іншу послугу. Попит на послугу може бути утворений лікарем (за призначенням); при цьому виробник, визначає обсяг послуг. Попит може бути спровокований пропозицією.*

3. *Ризики і невизначеність в отриманні послуг:*

- *Moral hazard (моральний збиток)* здебільше виявляється через бажання отримати максимальну кількість послуг за мінімальні кошти. Наприклад, пацієнти, що мають поліс медичного страхування, у разі настання страхового випадку (потрапляння у заклад охорони здоров'я внаслідок хвороби, травми і т. п.) охоче отримують максимально можливу кількість медичних послуг серед доступних. У тому числі пацієнти охоче отримують доступні діагностичні послуги та здійснюють профілактичні огляди.

- *Adverse selection (несприятливий відбір)* виявляється у тому, що частіше та охочіше страхуються особи, які мають більші ризики для

здоров'я та бажають витратити менше власних коштів на лікування. При цьому страховими компаніями можуть бути здійснені запобіжні заходи, (наприклад, медичний огляд перед отриманням страховки), щоб уникнути необхідності витратити більше коштів на осіб з великими ризиками.

- *Risk aversion* (запобігання ризику) передбачає, що застраховані особи мають схильність демонструвати більш ризиковану поведінку, аніж ті, які не мають страхового полісу.

4. *Принцип доступності та рівності в отриманні медичної допомоги*: принцип солідарності (з метою забезпечення доступності медичної допомоги для соціально незахищених верств населення, розробка соціальних програм допомоги окремим категоріям населення); принцип рівності (доступність для всіх категорій населення, забезпечення всіх верств населення невідкладною медичною допомогою).

5. *Стримування конкуренції між надавачами медичних послуг*: обумовлено необхідністю функціонування ієрархічної системи надання медичної допомоги, стримуванням потреби у збільшенні ресурсів та регулювання конкуренції на ринку медичних послуг.

Разом з тим виробництво медичних послуг, як кінцевого продукту, має характерні від виробництва медичного товару відмінності:

- складність в оцінці корисного ефекту (профілактичні заходи);
- невіддільність від виробника і споживача (процес створення послуги співпадає з процесом її реалізації та споживання);
- невідчутність (неможливість відчутти /оцінити якість послуги до моменту отримання);
- мінливість якості (суб'єктивні враження споживача);
- неможливість стандартизації і типізації;
- неможливість накопичення (одночасного існування у часі і просторі);
- неможливість повернення (перепродажу);
- тісний взаємозв'язок між виробником і споживачем;
- локальність;
- необмеженість у часі (наприклад, у випадку хронічного захворювання медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта).

Досліджуючи проблему вимірювання рівня конкуренції на ринку сфери охорони здоров'я, необхідно враховувати чотири параметри:

**1. Ступень наявності вибору**, що передбачає оцінку кількості потенційних постачальників у визначеній області;

**2. Рівень концентрації**, структура ринку визначається часткою ринку послуг, що обслуговують населення. Загальним підсумковим показником частки ринку для всіх постачальників, що обслуговують населення, є Індекс Херфіндаля Хіршмана (ХХІ). Велика кількість індексів та коефіцієнтів, які характеризують рівень концентрації ринку, говорить, з одного боку, про складність об'єкта дослідження, а з іншого – про відсутність єдиної методики, яка розв'язувала б поставлене завдання. Сьогодні економісти з метою визначення концентрації ринку розробляють нові індекси або модифікують старі, одним з перших показників, який почав застосовуватись для аналізу ринкових структур, став індекс концентрації ринку (concentration ratio), який вимірюється як сума ринкових часток найбільших фірм, що діють на ринку [1]:

$$CR = \sum_{i=1}^k Di \quad (4.1)$$

де  $Di$  – ринкова частка  $i$ -тої фірми;

$k$  – кількість фірм, для яких розраховується показник;  $i = 1, \dots, k$

Що вище значення показника  $CR$ , то сильнішою є ринкова влада найбільших конкурентів, сильнішим ступінь концентрації на ринку і менш конкурентним або більш монополізованим буде ринок.

**3. Наявності альтернатив доступу до ринків послуг охорони здоров'я** (або змін у потоках пацієнтів з року в рік, потенційно пов'язаних зі зміною частки ринку). Дані опитування Integrated Healthcare Association показують, що, за підсумками 2016 р., близько 18 мільйонів осіб, що живуть в ЄС, відчували незадоволену потребу в медичному обслуговуванні через вартість, відстань або час очікування (3,6% населення) [2].

**4. Рівень суперництва, під яким маються на увазі умови фактичного або потенційного входження та виходу з ринку.**

Ступінь конкуренції у галузі охорони здоров'я можна також оцінити шляхом аналізу наявних статистичних даних (кількість вилікуваних пацієнтів, кількість померлих при лікуванні, кількість

---

недостовірних діагнозів) або шляхом опитування споживачів послуг [3].

Медицина більшою мірою, ніж будь-яка інша галузь, відчуває на собі вплив державного регулювання, що спостерігається у переважно державному фінансуванні, необхідності ліцензування, існуючих стандартних вимогах до кваліфікації персоналу тощо. Основними базовими характеристиками медичної послуги як товару, безумовно вважають якість та доступність. Якість медичних послуг визначається як сукупність характеристик медичних послуг, завдяки яким забезпечується максимальна задоволеність пацієнта процесом надання медичної допомоги, а також досягнення очікуваного від даної послуги результату у встановлені терміни.

Медична послуга, на відміну від інших видів професійних послуг, має як економічний, так і соціально корисний ефект, що передбачає не лише задоволення потреб індивіда, а ще й сприяє соціально-економічному розвитку суспільства [4].

Об'єктивними показниками, що впливають на якість вітчизняної медичної послуги, є її обсяг та своєчасність, рівень матеріально-технічної оснащеності закладів охорони здоров'я та використання сучасних технологій тощо.

У відповідному розділі КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога» вперше документально виділена медична послуга як окремий вид економічної діяльності в галузі охорони здоров'я. Там же зазначається, що медичні послуги можуть бути короткострокові та довгострокові [6]. Виходячи з викладеного, медичні послуги можна класифікувати за класифікаційними ознаками, зазначеними на рис. 4.1.



Рис. 4.1. Класифікація медичних послуг

Медичні послуги мають свою диференціацію; відповідно до позицій організації функціонування ринку медичних послуг, їх можна розбити на рівні. Відповідно до переліку «гарантованого пакету послуг» розрізняють такі рівні послуг, що відносяться до:

- первинної медичної допомоги;
- екстреної медичної допомоги;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- медичної реабілітації;
- медичної допомоги дітям до 18 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

**Медичною послугою** в широкому розумінні можна назвати форму медичної діяльності, яка здійснюється професійною особою з відповідною ліцензією з метою поліпшення життя людини і має на увазі оплату.

Досягнення успіху на ринку медичних послуг передбачає модернізацію інфраструктурних об'єктів, підвищення якості медичних послуг та впровадження перспективних медичних технологій. Це



вимагає застосування перспективних форм і методів управління процесами створення і функціонування об'єктів інфраструктури ринку медичних послуг. Функції ринку в охороні здоров'я та специфічні умови його існування відображені на рис. 4.2.

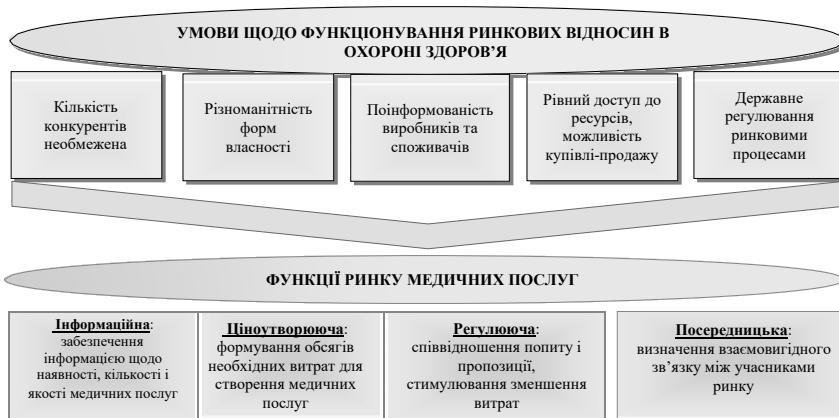


Рис. 4.2. Функції ринку в охороні здоров'я та специфічні умови його існування.

Незважаючи на те, що ринок медичних послуг є важливим структурним компонентом постіндустріальної економіки, в даний час рівень його розвитку в Україні продовжує залишатися на досить низькому рівні. У той же час, формалізація прав на рівний доступ до медичних послуг обумовлює необхідність істотного збільшення масштабів фінансування сфери охорони здоров'я на тлі обмежених виробничих ресурсів, що вимагає підвищення ефективності їхнього використання та активізації ринкових інструментів управління.

Лише в кінці ХХ століття у зв'язку з початком ринкових реформ в Україні з'явилася можливість створення і розвитку повноцінного конкурентного ринку медичних послуг.

Аналіз ринку медичних послуг України дозволяє виокремити такі **деструктивні фактори**, як низька купівельна спроможність населення, недосконала законодавча база, що регулює галузь, складність формування «здорової конкуренції» серед закладів, низький рівень поінформованості населення, низький попит щодо профілактичних заходів, система акредитації та ліцензування

---

діяльності медичних установ надмірно ускладнена та потребує значних витрат часу.

Крім того, необхідно враховувати, що підвищена значущість галузі охорони здоров'я для національного економічного розвитку в цілому, об'єктивно вимагає пошуку форм соціально-коректного вирішення питання про ринкові засади розвитку. Дана сфера, будучи однією з найбільших за масштабами зайнятості та залучених обмежених виробничих ресурсів, функціонально не може і логічно не повинна залишатися за рамками домінуючої системи економічних відносин, якою в даний час в нашій країні є ринкова система.

#### **4.2. Особливості і етапи розвитку ринку медичних послуг в Україні.**

В законодавчих актах, що регулюють діяльність системи охорони здоров'я України, сьогодні одночасно присутні такі поняття, як «медична допомога», «медичне обслуговування» та «медична послуга». Серед юристів, економістів, медичних менеджерів при визначенні особливостей вищезазначених термінів постійно виникають численні дискусії щодо правильного економічного тлумачення цих категорій та їх практичного використання, виходячи із реальної ситуації.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [7], «медична допомога – це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами». Водночас, там же – «медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням». І, нарешті, «послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом

порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником.

Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт». У розділі «Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги» Класифікатору видів економічної діяльності (КВЕД) [8] виділені послуги з охорони здоров'я як окремі види економічної діяльності.

**Особливість медичних послуг** полягає у специфічності праці медичних працівників, коли збереження життя пацієнта, гуманітарна місія охорони здоров'я і етична сторона лікарської діяльності набагато переважають економічну доцільність і рентабельність медичної діяльності [9].

**Специфічною рисою ринку медичних послуг є його соціальна спрямованість, за якої максимізація прибутку в жодному разі не може бути пріоритетом при наданні кваліфікованих медичних послуг.** Сама по собі послуга являє специфічну форму виробничої діяльності, результат якої спрямований не на створення матеріального блага, а на отримання певного (конкретного) корисного ефекту, що стосується безпосередньо людини. Отже, медична діяльність передбачає послугу, в основу якої покладено ефект збереження та зміцнення здоров'я [10].

Поширений стереотип суджень про безоплатність медичної допомоги та платність медичної послуги пов'язується з соціальним характером медичних відносин, адже їхнім об'єктом є людина. Висока ступінь соціальності медичної діяльності пояснює рішучі вимоги населення щодо справедливості та доступності медичної допомоги, а й часто до її безоплатності. Це є підґрунтям для протиріччя між соціальною справедливістю та економічною ефективністю [11].

Відповідно до статті 49 Конституції України, «...У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» [12]. Ця дефініція ще раз однозначно підтверджена Рішенням Конституційного Суду України [13]: «Положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги». Разом з тим, в тому ж Рішенні зазначено,

---

що «медична допомога» і «медична послуга» трактуються і як синоніми, і як антоніми, і як частина одна одної. Так само співвідносяться поняття «медична допомога» і «медичне обслуговування» та інші. Отже, термін «медична допомога» широко вживається у національному законодавстві України, є певні його визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, науковців, медичних університетів й академій, про суперечливість висновків яких йшлося у попередньому пункті. Цілісна правова дефініція цього поняття у законах України відсутня, а тому потребує нормативного врегулювання, що виходить за межі повноважень Конституційного Суду України».

Ринок медичних послуг є складною системою і потребує державного регулювання, яке підвищувало б доступність і якість надання медичних послуг. Держава виступає основним замовником медичних послуг, що сприяють зміцненню здоров'я пацієнта, поліпшенню якості життя й національній безпеці країни. Платність медичної послуги визначається ступенем її соціальної значущості та доступності споживачеві, з урахуванням ранжування доходів населення [15].

В Україні наразі державні витрати на охорону здоров'я складають близько 3 % від валового внутрішнього продукту (ВВП) порівняно з 7-10 % в економічно розвинених країнах. На приватні клініки сьогодні припадає понад 10 % ринку медичних послуг України, а в грошовому вираженні частка приватної медицини складає 3-4 % від загальних витрат на охорону здоров'я в країні. Зародження ринку приватних медичних послуг в Україні розпочалося з 1990 року. Перші приватні медичні заклади з'явилися в тих сегментах, де була найслабше розвинена державна медицина і одночасно зберігався стійкий попит. У числі перших з'явилися приватні кабінети напрямків стоматології, урології, гінекології, дерматовенерології. Потім були сформовані вузькопрофільні медичні центри та клініки косметології. Друга хвиля розвитку ринку приватних медичних послуг розпочалася з 2000 року. Загалом період 2005-2008 років (до початку економічної кризи) можна вважати часом найактивнішого формування ринку приватних медичних послуг. Цей період відзначився відкриттям значної кількості нових медичних центрів і розширенням мереж вже існуючих на ринку надавачів приватних медичних послуг [16].

За даними Світового банку, в Україні у 2018 році поточні витрати на охорону здоров'я становили 228 доларів США на душу населення [32]. Структура витрат на охорону здоров'я складалася з державних витрат, приватних витрат та зовнішньої допомоги. У 2018 році частка приватних витрат домогосподарств на охорону здоров'я перевищувала частку державних витрат (51,0 % проти 47,9 %) [33]. Державні витрати на охорону здоров'я становили 109,5 в поточних доларах США на душу населення, а приватні витрати – 116,6 в поточних доларах США на душу населення.

Витрати з «кишені» (out-of-pocket) у 2018 році становили 49,3 % від поточних витрат на охорону здоров'я [32]. Цей показник у період з 2000 року по 2018 рік найнижче значення мав у 2006 році (36,1 %). З того часу спостерігається постійне зростання частки витрат з «кишені» пацієнтів у поточних витратах на охорону здоров'я. У 2018 році витрати «з кишені» (out-of-pocket) пацієнтів були значно вищими в Україні, ніж в східноєвропейських країнах та пострадянських країнах (Болгарія, - 40,5 %, Чеська Республіка – 14,19 %, Естонія – 24,67 %, Литва – 31,64 %, Латвія – 39,34 %, Польща – 20,79 %, Росія – 38,31 %). В Україні найбільшими чинниками витрат «з кишені» пацієнта стали лікарські засоби та стаціонарна допомога.

Важливими показниками для оцінки ефективності фінансування охорони здоров'я є частка населення з ризиком катастрофічних виплат на хірургічну допомогу (Risk of catastrophic expenditure for surgical care (% of people at risk)) та частка населення з ризиком зубожіння через прямі витрати з кишені на хірургічну допомогу (Risk of impoverishing expenditure for surgical care (% of people at risk)).

Катастрофічними виплатами вважаються виплати з кишені на хірургічну допомогу, що перевищують 10 % від загального доходу пацієнта. За даними Світового банку в Україні ризик катастрофічних виплат на хірургічну допомогу у 2020 році має 8 % населення [32]. У період з 2015 року по 2020 рік цей показник має позитивну тенденцію до зниження з 21,9 % до 8 %.

Зубожілими витратами вважаються прямі витрати з кишені на хірургічну допомогу, внаслідок чого пацієнт потрапляє за межу бідності (1,9 долара США в день на людину за паритетом купівельної спроможності) [1]. В Україні з 2015 року по 2020 рік спостерігається позитивна тенденція до зниження вказаного показника з 3,6 % до 0,8 % від всього населення. Невідповідність очікувань населення щодо

---

доступної, своєчасної та якісної медичної допомоги/послуги та неспроможністю держави її надати у повному обсязі через хронічне недофінансування галузі зумовило проведення реформування галузі в частині зміни механізму фінансування через запровадження державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Зміна механізму фінансування зумовила появу на ринку медичних послуг, наряду з приватними закладами, нових гравців – комунальних некомерційних підприємств – автономізованих бюджетних закладів охорони здоров'я з новою організаційно-правовою формою діяльності, а також фізичних осіб-підприємців, які надають медичні послуги.

Вищевказані підприємства, які фактично залишились у комунальній власності, у своїй фінансово-економічній діяльності керуються Господарським кодексом України, є одержувачами бюджетних коштів, мають угоди з Національною службою здоров'я України і отримують від неї оплату за фактично виконані умови договору про надання медичних послуг за програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Ефективне державно-приватне співробітництво в області надання медичних послуг буде сприяти збільшенню кількості окремих видів медичної допомоги, що надаються державними і приватними закладами охорони здоров'я, досягненню високої їхньої якості за рахунок конкуренції, збільшенню відсотка приватного сектору у наданні послуг у сфері охорони здоров'я, забезпеченню стандартів якості та доступності цін при розширенні спектру медичних послуг [18].

Отримувачем медичної послуги є «пацієнт», «споживач» медичних послуг та «клієнт» медичного закладу, що також різняться між собою за характером побудови взаємозв'язків з медичним персоналом. Поняттю «пацієнт» притаманні такі атрибути, як пасивність та повне виконання приписів лікаря, відсутність залучення до прийняття рішень [19]. Проте виникнення конфлікту в інтересах, цінностях лікаря та пацієнта, що викликаний нереалізованими очікуваннями пацієнта від лікувального процесу, призводить до варіацій у рольовій моделі пацієнта, починають з'являтися – «клієнт» та «споживач» [20].

---

В різних країнах світу залежно від того, яка форма фінансування є домінуючою, систему охорони здоров'я називають державною (Великобританія, Ірландія, Італія), обов'язкового медичного страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішаною (США), де близько 90 % населення країни користуються послугами приватних страхових компаній. В Україні, здійснюючій ринкові трансформації в цій галузі, наразі існує добровільне медичне страхування та бюджетне фінансування, в якому НСЗУ виступає у ролі національного закупника послуг, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує послуги з медичного обслуговування для населення. Наголошуємо, що зміна механізму фінансування сфери охорони здоров'я не супроводжувалась введенням додаткового податку для населення на надання медичної допомоги і не збільшила фінансове навантаження на родини. Слід зазначити, що добровільне медичне страхування (medical insurance) може бути додатковим джерелом надходження коштів до сфери охорони здоров'я і в умовах рівня тінізації економіки України до 32 % ВВП [17].

#### **4.3. Організація маркетингової діяльності в сфері охорони здоров'я.**

Важливою складовою маркетингової діяльності будь-якої організації, у тому числі і закладів охорони здоров'я, є комплекс маркетингу. Головним елементом комплексу маркетингу є послуга. Медична послуга разом з традиційними властивостями послуг, такими як нематеріальність, невіддільність від виробника, неможливість транспортування і збереження, мінливість, *має ряд специфічних рис:*

- медична послуга може бути дуже тривалою у часі (наприклад, у випадку хронічного захворювання медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта);

- ефект не завжди може бути відчутним від послуги ( у випадку профілактичних заходів);

- медицина сьогодні відчуває на собі вплив державного регулювання, що спостерігається у наявності державного фінансування, обов'язковому ліцензуванні, систематичному процесі докваліфікації й підвищенню кваліфікації медпрацівників тощо.

---

Розглядаючи медичну послугу з позицій маркетингу, варто звернути увагу на її багаторівневий склад.

*Перший рівень* розуміння послуги – цей рівень становить собою власне медичну допомогу.

*Другий рівень* – послуга у реальному виконанні, де пропонується рівень якості медичної послуги споживачу. Надається відмінність певної структури від інших закладів – торгова марка (іншими словами, назва закладу, в якому надається дана послуга). Споживачу медичної послуги пропонується комфорт та естетика приміщень, сервіс чи додаткові послуги (поряд з основною послугою можуть надаватися допоміжні – профілактичного напрямку; наприклад, надаються послуги з додаткової діагностики організму, приймаються аналізи, проводиться госпіталізація, транспортування, психологічна підтримка, післяопераційне обслуговування, профілактичні заходи, консультація дієтолога, медикаментозне забезпечення тощо).

*Третій рівень* становить собою інші рівні та додатково підтримку інструментами маркетингу, а саме ціновою політикою, якщо послуга не є безкоштовною для споживача; політикою розподілення; маркетинговою політикою комунікацій.

*Четвертий рівень*, на якому дослідники акцентують увагу, являє собою отримання споживачем послуги не за основним її призначенням, а за прихованими мотивами (наприклад, самотня людина відвідує свого лікаря не з причин нездужання, а з метою спілкування, отримання поради, або пацієнт їде до оздоровчого санаторію не з метою лікування, а з туристичною метою, чи з метою пожити деякий час відокремлено від сім'ї) [23].

Аналіз сучасної наукової літератури, присвяченої питанням організації маркетингової діяльності різних медичних установ, дозволив виділити ***п'ять напрямків маркетингу в сфері охорони здоров'я*** [23, 24]:

а) маркетинг медичних послуг; б) маркетинг ліків; в) маркетинг медичного обладнання; г) маркетинг медичних технологій; д) маркетинг наукових ідей в галузі медицини.

Маркетинг медичних послуг спрямований, в основному, на задоволення потреб споживачів, створення іміджу закладу, за його допомогою здійснюється формування попиту на послуги медичної установи, утримання існуючих пацієнтів, посилення їхньої лояльності до медичного закладу, доведення свідомості споживача до



---

«необхідності постійного звернення тільки до визначеного закладу», розширення ринку збуту медичних послуг закладу.

В науковій літературі *медична послуга* розглядається як товар, що має споживчу цінність завдяки своїй здатності задовольняти потреби пацієнтів у збереженні особистого здоров'я, є засобом вирішення проблем незадовільного стану здоров'я.

*Метою маркетингу медичних послуг* є сприяння формуванню в населення мотивації зміцнення здоров'я і відповідного стилю життя, створення іміджу здорової людини, системи здорового способу життя. Медична послуга з позицій маркетингу включає декілька складових, але важливим елементом є ціна послуги. Сьогодні цінову політику, як важель впливу на споживача, використовують переважно недержавні заклади охорони здоров'я. Державні ж медичні заклади навіть після зміни свого організаційно-правового статусу не в змозі ефективно впливати на ринок за допомогою цін на свої послуги.

Важливою частиною комплексу маркетингу закладів охорони здоров'я є *маркетингова політика комунікацій*; до її засобів можна віднести: прямий маркетинг, рекламу, системи стимулювання збуту, виставки, фірмовий стиль, мерчендайзинг, спонсорство тощо. Реклама недержавних закладів охорони здоров'я та їхніх послуг вже достатньо поширена в Україні, у нових умовах заклади формують механізми маркетингового впливу. Для того, щоб відстежувати мінливе маркетингове середовище, підприємства сфери послуг використовують метод сканування або моніторингу. *Моніторинг маркетингового середовища* повинен здійснюватися за відповідним планом і включає в себе такі етапи:

1. Визначення у найближчому оточенні зон, які підлягають моніторингу.

2. Визначення джерел і методів збору інформації, а також того, хто буде її збирати і з якою частотою повторювати процедури збору.

3. Реалізація програми збору даних.

4. Аналіз результатів та їхнє використання у процесі маркетингового планування [26].

Для збільшення значення профілактичної медицини застосовують рекламу у вигляді прес-релізів, рекламу на телебаченні профілактичного характеру, репортажі на радіо. Лікувальний заклад може виступити засновником журналу, газети, проєкту або спонсором телепередачі на тему здоров'я.

---

Стимулювання збуту у медичній галузі може здійснюватися шляхом розроблення виваженої системи знижок. Заклад охорони здоров'я може розробити свій фірмовий стиль, знак, який буде відображатися у фірмових бланках, логотипі, слогані, фірмових кольорах, корпоративному герої. Функції «корпоративного героя» у закладах охорони здоров'я може виконувати провідний, широко відомий серед пацієнтів лікар закладу.

Для збільшення сегменту впливу на ринку використовуються засоби мерчендайзингу.

**Мерчендайзинг** – розроблення і розташування рекламних матеріалів у місці продажу. Використання прийомів мерчендайзингу спрямовано на привертання уваги споживачів, підвищення обсягів реалізації послуг за рахунок емоційних (спонтанних) рішень. Додатковими завданнями мерчендайзингу є: зміцнення іміджу компанії-виробника послуг; полегшення процесу забезпечення зручності для клієнтів; залучення нових пацієнтів і збереження старих; збільшення обсягу придбання послуг, мерчендайзинг починається з оформлення фасаду і вітрин закладу до проведення акційних заходів.

**До ефективних засобів маркетингу можуть відноситись:** спрямування потоку відвідувачів, заспокійлива музика у коридорах, розташування показових плакатів (на рівні очей) та схем надання послуг на вітринах, залежно від рівня їхнього попиту (послугу з великим попитом має бути краще видно), надання безкоштовних послуг та пояснювальних акцій на підприємствах, в торгових структурах. Відвідувач клініки, центру має легко знаходити у певному місці послугу. Для цього використовуються надписи та покажчики, буклети. Розташування послуги повинно враховувати рекламу та будь-які акції, спрямовані на стимулювання продажу своєї послуги. Рекламні матеріали розташовуються поблизу місць, де найчастіше знаходяться відвідувачі. Завданнями демонстрації послуги є: спонукати покупця, який вже придбав послугу раніше, зробити повторний візит; у разі першого відвідування – спонукати пацієнта відвідати лікувальний заклад другий раз, спонукати покупця до споживання послуг тільки в певній лікарні, висвітлити переваги закладу [30]. При розміщенні покажчиків враховуються основні особливості поведінки пацієнтів, вони мають тенденцію дивитися вправо, тому схема надання послуг має бути розташована справа. Для швидкого та легкого орієнтування відвідувачів використовуються

---

правила викладання: послуги однієї направленості рекомендується розмішувати горизонтально по одній лінії, а також правило корпоративного блоку, що передбачає комплексне представлення послуги одного спеціаліста [25].

Пропонуючи програму зовнішнього маркетингу споживачам, оформлюється у корпоративному стилі вигляд будівлі (розміщення спеціального знаку, логотипу, розглядається питання зручного розміщення споруди до транспортних шляхів, спеціально оформлена прилегла територія, що включає алеї для прогулянок хворих, бесідки, лавки, місця для паркування автомобілів, пандуси тощо). До внутрішнього мерчендайзингу відносять зручну територіальну організацію та розташування підрозділів закладу; наявність ліфтів, місць для тимчасового відпочинку пацієнтів; відсутність черг; естетичний вигляд приміщень; ввічливість персоналу; рекламу та інші види маркетингових комунікацій у приміщенні лікарні [26].

Приклад алгоритму маркетингової діяльності надасть закладу можливості у реалізації поставлених основних завдань: підвищити рівень здоров'я населення та прибутковість клініки.

Клініка процес репозиціонування може розпочати з широкого, змішаного прайсу, включаючи косметологію, озонотерапію тощо з визначенням основної місії – здоров'я клієнтів.

***Для оптимізації та покращення становища клініки на ринку*** пропонується: формування покрокової стратегії впливу на сегмент ринку, програма маркетингу, встановлення основних завдань для підрозділів закладу (термінів виконання), вибір партнерів та проведення тендеру, формування креативної частини ребрендингу, розробка та впровадження нового логотипу, корпоративної стратегії закладу.

З метою досягнення у своїй діяльності конкурентних переваг, спеціалістами маркетингу використовується поняття «позиціонування».

Позиціонування послуги на ринку – це оптимальне розміщення на ринку усіх видів реклами, розробка і створення іміджу послуги, доведення її унікальності, необхідності повторного отримання при певних умовах. Формування свідомості користувача до розуміння, що послуга закладу має комплекс переваг в порівнянні з послугою конкурентів. Позиціонування послуги – це комплекс маркетингових

елементів, за допомогою яких ця послуга може порівнюватися з «ідеалом» послуги споживача.

**Брендинг** – діяльність зі створення довгострокової переваги послуги, заснована на спільному посиленому впливі на користувача; це може бути: товарний знак, рекламні звернення, матеріали і заходи, що стимулюють бажання до використання певних видів послуг. Принципова відмінність брендингу від реклами в тому, що він націлений не так на інформування споживача і створення привабливого для нього образу, як на формування споживчої звички придбати послугу при використанні певної марки (клініки, організації, закладу).

**Функції брендингу** – створення, просування, підтримка, зміцнення і капіталізація виведеного на ринок товарного знака.

**Виділяють 6 підходів до стратегії маркетингу, пов'язаної з позиціонуванням послуги на ринку:** позиція специфічних особливостей, властивостей послуги; позиція задоволення специфічних потреб, вирішення особливих проблем споживання; позиція особливих випадків споживання; позиція для певної категорії споживачів (жінки, чоловіки, діти тощо); позиція проти іншої послуги; позиція класу послуги.

Спеціалісти-маркетологи рекомендують застосовувати не одну стратегію, а їхню комбінацію.

**Процес позиціонування складається з трьох етапів:**

1. Виділення набору можливих конкурентних переваг, які придатні для позиціонування. Позиціонування починається з диференціації маркетингової пропозиції організації, щоб вона мала більшу цінність для споживачів, ніж пропозиція конкурентів.

2. Вибір конкурентних переваг, які найбільш відповідають цілям організації. Якщо заклад має певні конкурентні переваги, йому необхідно вибрати декілька переваг, що сформулюють стратегію позиціонування закладу. Закладу необхідно сформувати рішення про обрання комплексу диференційованих «особливих» послуг власного закладу й рекламувати їх і підтримувати протягом всієї рекламної кампанії.

3. Використання усіх зусиль закладу для формування і закріплення вибраної конкурентної позиції на ринку, що має включати маркетинговий комплекс на основі стратегії позиціонування [25].

При розробці маркетингової діяльності організації використовують систему стратегічного маркетингового планування, моделі прийняття стратегічних рішень, види маркетингових стратегій.

**Стратегічне маркетингове планування** – це процес, який передбачає аналіз маркетингового середовища і можливостей організації, прийняття рішень щодо маркетингової діяльності та їхню реалізацію. Маркетингове стратегічне планування відбувається:

- на корпоративному рівні (компанії);
- на рівні стратегічної бізнес-одиниці СБО (стратегічного господарського підрозділу);
- на рівні послуги.

Стратегічна бізнес-одиниця (СБО) – це незалежна від інших зона бізнесу, яка охоплює певну сферу діяльності організації, основними характеристиками якої є визначене коло споживачів і конкурентів, певний вид послуг, контроль керівництвом СБО факторів, що забезпечують успіх на ринку.

У диверсифікованій компанії стратегічне планування відбувається на всіх трьох рівнях, а в невеликих організаціях, сфера діяльності яких обмежується одним товарним ринком, стратегічне планування на рівні СБО і на рівні послуги об'єднуються в один рівень.

**Процес стратегічного маркетингового планування включає такі етапи:**

- формування місії фірми, основної узагальненої довгострокової мети фірми, в якій задекларовано її призначення;
- визначення цілей фірми (короткострокових і довгострокових, що не суперечать одна іншій);
- маркетинговий аудит, що передбачає аналіз маркетингового середовища організації і ринку, її цілей, стратегій, можливостей і проблем;
- SWOT-аналіз, результати аудиту (інформаційна база для проведення SWOT-аналізу – метод стратегічного аналізу, який дозволяє визначити сильні (Strength) і слабкі (Weakness) сторони організації, а також її можливості (Opportunities) та загрози (Threats)). Результати SWOT-аналізу узагальнюються у вигляді матриці;
- визначення маркетингових цілей – це конкретні якісні та кількісні зобов'язання організації у показниках обсягу надання послуг, частки ринку або прибутку, що можна отримати за певний термін часу;

---

- формування маркетингової стратегії – програма маркетингової діяльності організації, що реалізується відповідно до визначених термінів, направлена на досягнення маркетингових цілей. Маркетингова стратегія передбачає сегментування ринку, вибір цільових ринків, позиціонування послуги на ринку, визначення конкурентів та конкурентних переваг. Під час формування маркетингової стратегії варто взяти до уваги кілька альтернативних варіантів, сформувані моделі розвитку організації, систематично проводити оцінку її можливостей, що дозволить виявити вчасно оптимальний варіант;

- розробка програми маркетингу. Цей етап пов'язаний з прийняттям рішень щодо кожного з «4Р» маркетингу (маркетингова діяльність ринку медичних послуг включає 4 «Р»: «Product» – створити привабливу «Послугу» (медичну послугу); «Price» – мінімізувати «Ціну» – цільова аудиторія (контингент) вважає, що повинна платити в обмін на якість, час, комфорт, почуття власної гідності; «Places» – забезпечити можливість отримання (споживання) в «Закладах», які доступні контингентам та відповідають їх спосіб життя; «Promote» – сприяти поширенню інформації про медичні послуги через канали, які максимізують бажаний результат);

- організація і реалізація маркетингу;
- контроль маркетингу, за своєю структурою план маркетингу складається з розділів: анотація (план основних напрямів розвитку системи маркетингу закладу); ситуаційний аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища; цільові ринки організації; цілі маркетингу; маркетингова стратегія; комплекс маркетингових заходів; бюджет маркетингу; контроль плану маркетингу [29].

#### **4.4. Методи вимірювання загального охоплення послугами охорони здоров'я.**

Однією з важливих цілей в галузі сталого розвитку є вирішення задач, пов'язаних зі здоров'ям населення.

При цьому великого значення набувають не тільки питання здорового способу життя, а й загального охоплення послугами охорони здоров'я. Досягнення прогресу в напрямку загального

---

охоплення послугами охорони здоров'я є одним з політичних пріоритетів країн сталого розвитку.

Тому аналіз та вимірювання ефективного охоплення на рівні системи охорони здоров'я важливо для розуміння відповідності послуг охорони здоров'я різних країн і чи є вони достатньо якісними для поліпшення здоров'я населення всіх вікових груп. Слід враховувати, що загальне охоплення послугами охорони здоров'я не означає «безкоштовне охоплення» всіма можливими медико-санітарними заходами, незалежно від їхньої вартості, оскільки жодна країна не може забезпечити безкоштовного надання всіх послуг на стійкій основі. Вимірювання загального охоплення послугами охорони здоров'я стосується не тільки аспектів фінансування систем охорони здоров'я, а й включає вплив на всі компоненти системи охорони здоров'я: системи медичного обслуговування, трудові ресурси охорони здоров'я, медичні установи та комунікаційні мережі, технології охорони здоров'я, інформаційні системи, механізми забезпечення якості, а також керівництво і законодавство; стосується не тільки забезпечення мінімального набору медико-санітарних послуг, а й поступового розширення охоплення медико-санітарними послугами та фінансового захисту в міру надходження додаткових ресурсів.

Загальне охоплення послугами охорони здоров'я стосується не тільки послуг, що надаються окремим людям, а й послуг на рівні всього населення, таких, як проведення кампаній у сфері охорони здоров'я, фторування води, знищення місць розмноження комарів і т. п. [31].

Для моніторингу загальної ефективності охоплення послугами охорони здоров'я на сьогодні запропоновані різні підходи, але здебільше країни орієнтуються на підходи, рекомендовані ВООЗ і Світовим банком. Найвні відповідно до рекомендацій показники охоплення послугами в значній мірі зосереджені на інфекційних захворюваннях, а також на репродуктивному, неонатальному, материнському і дитячому здоров'ї, незважаючи на визнання того, що прогрес в напрямку ефективності охоплення послугами також вимагає надання послуг щодо неінфекційних захворювань і проведення втручань для більш широкого кола населення. На основі системи вимірювання, розробленої в ході консультації ВООЗ, найчастіше використовуються 23 позиції ефективного охоплення показників до

матриці, що представляє типи послуг охорони здоров'я (наприклад, зміцнення здоров'я, профілактика і лікування) і п'ять вікових груп населення, від репродуктивного віку і новонароджених до літніх людей. Ефективність показників охоплення ґрунтується на охопленні втручань або показниках, заснованих на результатах, наприклад, таких, як співставлення смертності до захворюваності.

Індекс ефективного охоплення розраховується шляхом зважування кожного показника ефективного охоплення щодо пов'язаних з ним потенційних поліпшень здоров'я, вимірюваних кількістю років життя з поправкою на інвалідність для кожного року, місцеположення і вікової групи населення. Показники, засновані на результатах, перетворюються у значення за шкалою від «0» до «100». Таке дослідження демонструє корисність вимірювання ефективного охоплення і його роль в підтримці поліпшення показників здоров'я для населення (рис. 4.3).

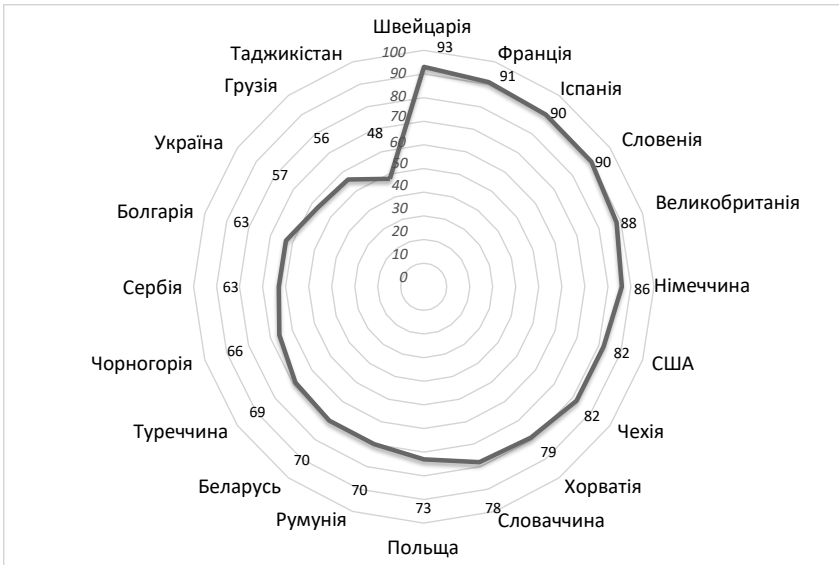


Рис. 4.3. Порівняльна характеристика індексу ефективного охоплення УНС (universal health coverage) серед країн у 2019 році.



У глобальному масштабі досліджень за останні 10 років показники ефективного індексу охоплення покращилися з 45,8 (інтервал невизначеності 95 % 44,2-47,5) в 1990 році до 60,3 (58,7-61,9) в 2019 році, але все ж на рівні окремих країн [31].

На сьогодні багато країн демонструють відставання щодо ефективних показників охоплення неінфекційними захворюваннями в порівнянні з показниками інфекційних захворювань, у тому числі здоров'я матерів та дітей. Незважаючи на те, що на неінфекційні захворювання припадає більша частка потенційного поліпшення здоров'я в 2019 р. це свідчить про те, що багато систем охорони здоров'я відстають від зростаючого тягаря неінфекційних захворювань і пов'язаних з ними потреб населення в галузі охорони здоров'я. При цьому головна концепція охоплення послугами охорони здоров'я, розроблена ВООЗ та Світовим банком, прямо зосереджена на ефективному співвідношенні, в якому зусилля зосереджені на максимальному охопленні відповідно до вкладених ресурсів в системи охорони здоров'я. Сучасні країни прагнуть до успішного просування у загальному охопленні послугами охорони здоров'я, пов'язуючи це також і з загальним успіхом у економічному просуванні та досягненні інших цілей. Гарне здоров'я дозволяє населенню навчатися та працювати, допомагає людям вибратися з убогості і забезпечує основу для економічного розвитку в довгостроковій перспективі.

При моніторингу прогресу на шляху до загального охоплення послугами охорони здоров'я необхідно враховувати два аспекти:

- частку населення, що має доступ до основних якісних послуг охорони здоров'я;
- частку населення, яка витрачає значну частину сімейних доходів на охорону здоров'я.

Разом зі Світовим банком ВООЗ розробила механізм для відстеження прогресу на шляху до загального охоплення медико-санітарними послугами шляхом моніторингу обох категорій з урахуванням як загального рівня загального охоплення, так і ступеня його справедливості, тобто того, чи пропонуються послуги і фінансовий захист всім людям, включаючи бідних і тих, що живуть у віддалених сільських районах. При цьому ВООЗ використовує 16 основних критеріїв послуг охорони здоров'я, розділених на 4 категорії, в якості показників рівня і справедливості охоплення в різних країнах світу (рис. 4.4).

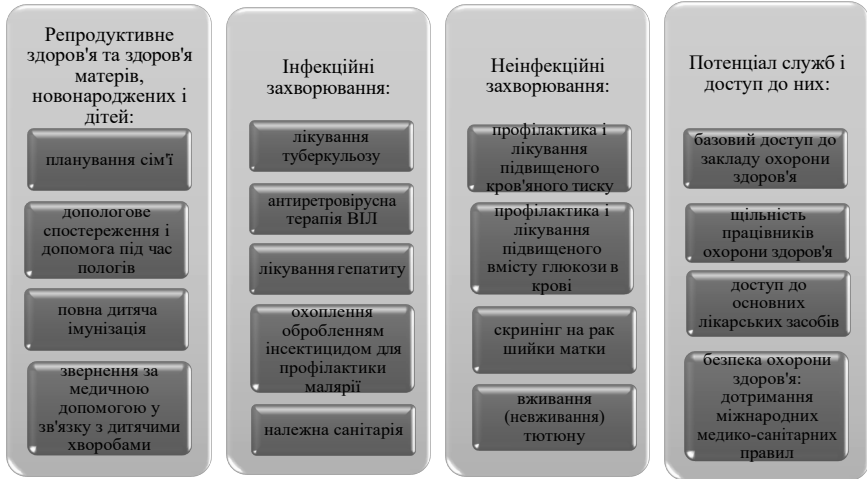


Рис. 4.4. Основні групи критеріїв охоплення послуг охорони здоров'я.

При розрахунку показників ефективності охоплення послугами охорони здоров'я, слід враховувати унікальність кожної країни, у тому числі різні пріоритети розвитку, які потребують розробки індивідуальних способів вимірювання прогресу на шляху до загального охоплення послугами охорони здоров'я.

Ефективність загального охоплення послугами охорони здоров'я передбачає не тільки перелік послуг, які охоплені, але і те, як вони фінансуються, яка система управління та доступності. Всеохоплюючі зміни в системі надання послуг обумовлюються необхідністю реалізації комплексних послуг, орієнтованих на потреби населення. Такий підхід передбачає переорієнтацію систем охорони здоров'я зі спрямуванням на забезпечення медичною допомогою в найбільш підходящих умовах при забезпеченні раціонального співвідношення між амбулаторною і стаціонарною медичною допомогою та посиленням її координації.

### ***Питання для самоконтролю***

1. Назвіть особливості моделей «конкуренція на ринку» та «конкуренція для ринку».

- 
2. Визначте особливості первинної і вторинної медичної послуги на ринку медичних послуг.
  3. Охарактеризуйте функції ринку медичних послуг.
  4. Назвіть об'єктивні показники, що впливають на якість вітчизняної медичної послуги.
  5. Визначте деструктивні фактори ринку медичних послуг України.
  6. Наведіть приклади основних груп критеріїв охоплення послуг охорони здоров'я у світі.
  7. Визначте, який відсоток наразі становлять неформальні платежі (out-of-pocket) в Україні.
  8. Який відсоток ВВП в даний час виділяється на сферу охорони здоров'я, і скільки він повинен становити відповідно до законодавства?
  9. Охарактеризуйте 4 «Р» маркетингової діяльності ринку медичних послуг.
  10. Наведіть приклади мерчендайзингу медичного Центру.
  11. Визначте зовнішню маркетингову діяльність клініки.
  12. Сформуйте алгоритм маркетингової стратегії клініки (кабінету).
  13. Надайте характеристику стратегічній бізнес-одиниці (СБО).
  14. Що передбачає маркетингова стратегія.

### ***Література:***

1. Kozyts'ka, H. V., Ivanov, V. U. (2014). Doslidzhennya kontsentratsiyi rynku. Naukovyy visnyk Poltavs'koho universytetu ekonomiky i torhivli, 4 (66), 146-152. , с. 147.
2. The Integrated Healthcare Association (2017), «Medicare Advantage 5-Star Rating of California Physician Organizations: Results & Highlights Measurement Year 2016», available at: [https://www.ihc.org/sites/default/files/resources/my\\_2016\\_medicare\\_advantage\\_5-star\\_reporting\\_results.pdf](https://www.ihc.org/sites/default/files/resources/my_2016_medicare_advantage_5-star_reporting_results.pdf) (Accessed 16 Jan 2018).
3. Goddard M. Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? / M. Goddard // International Journal of Health Policy and Management. – 2015. – Vol. 4 (9). – P. 567-569.
4. <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/15323>.
5. Горблюк Р. В. Формування та підтримка розвитку регіональних кластерів у системі охорони здоров'я: автореф. дис. на

---

здобуття наукового ступеня д-ра. юрид. наук / Р. В. Горблюк. – Львів, 2011. – 20 с.

6. KVED (2017), available at: <https://kved.biz.ua> (Accessed 05 April 2017).

7. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

8. Горблюк Р. В. Формування та підтримка розвитку регіональних кластерів у системі охорони здоров'я: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра. юрид. наук / Р. В. Горблюк. – Львів, 2011. – 20 с.

9. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посіб. — К.: МАУП, 2007. – 328 с.

10. <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/15323>.

11. Goddard M. Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? / M. Goddard // International Journal of Health Policy and Management. – 2015. – Vol. 4 (9). – P. 567-569.

12. Kozyts'ka, H. V., Ivanov, V. U. (2014). Doslidzhennya kontsentratsiyi rynku sylovykh maslyanykh transformatoriv. Naukovyy visnyk Poltavs'koho universytetu ekonomiky i torhivli, 4 (66), 146-152.

13. The Integrated Healthcare Association (2017), «Medicare Advantage 5-Star Rating of California Physician Organizations: Results & Highlights Measurement Year 2016».

14. [https://www.iha.org/sites/default/files/resources/my\\_2016\\_medicare\\_advantage\\_5-star\\_reporting\\_results.pdf](https://www.iha.org/sites/default/files/resources/my_2016_medicare_advantage_5-star_reporting_results.pdf) (Accessed 16 Jan 2018).

15. КВЕД – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://kved.biz.ua>.

16. Класифікатор видів економічної діяльності: [сайт]. URL: [https://kved.biz.ua/%D0%9A%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F:%D0%A1%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F\\_Q](https://kved.biz.ua/%D0%9A%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F:%D0%A1%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F_Q).

17. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: [сайт]. URL: [https://pidruchniki.com/1328102237471/meditsina/harakteristika\\_rinkiv\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovya](https://pidruchniki.com/1328102237471/meditsina/harakteristika_rinkiv_galuzi_ohoroni_zdorovya).

18. Шомникова А. В. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингових досліджень / Шомникова А. В. // Наукові праці НДФІ. - 2009. - Вип. 2. - С. 131-136. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npndfi\\_2009\\_2\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npndfi_2009_2_15).

---

19. Марова С. Ф. Медична послуга як товар медичного ринку / С. Ф. Марова, С. М. Вовк. // Державне управління: удосконалення та розвиток. - 2017. - № 4. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2017\\_4\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2017_4_4).

20. Конституція України від 28 червня 1996 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

21. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу): Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>.

22. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

23. Лісневська Н. Маркетинг в охороні здоров'я – необхідність у ринкових умовах. Практика управління медичним закладом. 2016. № 8. С. 7-17.

24. Пащенко В. Ефективний внутрішній маркетинг – запорука успіху медичного закладу. Практика управління медичним закладом. 2016. № 3. С. 64-71.

25. Труш В. Маркетинг, дающий быстрые финансовые результаты. Участковый врач. 2016. № 5.-С. 55-56.

26. Іванова Л. О. Маркетинг послуг: навчальний посібник / Л. О. Іванова, Б. Б. Семак, О. М. Вовчанська. – Львів: Видавництво Львівського торговельно-економічного університету, 2018. – 508 с.

27. Войчак А. В. Маркетинговий менеджмент: підручник. К.: КНЕУ, 2009.- 336 с.

28. Шевченко О.Л. Бренд-менеджмент: Навчальний посібник. К.: КНЕУ, 2010. 395 с.

29. Тімонін О. М. Маркетинг: навчальний посібник для студентів напряму підготовки 6.030601 «Менеджмент» / О. М. Тімонін, О. А. Небилиця. – Х.: ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2015. – 152 с.

30. Книга Практика управління Mayo Clinic. Автори – Леонард Беррі, Кент Селтман (МІФ), 2015.-320 с.

- 
31. Вимірювання загального охоплення послугами охорони здоров'я на основі індексу ефективного охоплення послугами охорони здоров'я в 204 країнах і територіях, 1990-2019 рр.: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620307509#sec1>.
32. The World Bank: <https://data.worldbank.org>.
33. Global Health Expenditure Database – «Global Spending on Health: Weathering the Storm» [https://apps.who.int/nha/database/country\\_profile/Index/en](https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en).

---

## РОЗДІЛ V

### ОСНОВИ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

*5.1. Державно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я.*

*5.2. Ліцензування впровадження медичної практики,  
акредитація.*

*5.3. Правові аспекти суб'єктів господарювання медичної сфери.*

#### **5.1. Державно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я**

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і активного довголіття громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Законодавство України про охорону здоров'я узгоджується з положеннями Конституції України та іншими законодавчими і нормативно-розпорядчими актами Верховної Ради України, Президента України, повноважними органами центральної влади, територіальних громад, якими визначаються організаційні засади, принцип функціонування, фінансове, матеріальне, кадрове забезпечення, суспільні відносини у охороні здоров'я (рис. 5.1).



Рис. 5.1. Нормативно-правове забезпечення конституційних гарантій на медичну допомогу і страхування.

*Охорона здоров'я* – це суспільне утворення, покликане запобігати поширенню інфекційних та неінфекційних захворювань, сприяти збереженню здоров'я, відтворенню продуктивних сил, поліпшувати якість життя людини та зміцнювати економічний потенціал країни (ст. 3, ч. 1, абз. 11) [5].

Заходи в охороні здоров'я забезпечують органи державної влади, органи місцевого самоврядування, медичні заклади, фізичні особи-



---

підприємці, медичні та фармацевтичні працівники, громадські об'єднання і пересічні громадяни.

**Здоров'я** – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад (ст. 3, ч. 1, абз. 3) [5]. Для протидії соціально небезпечним інфекційним та неінфекційним захворюванням, включаючи рідкісні (орфанні) захворювання, котрі реально загрожують життю громадян і схильні до хронічного прогресування, затверджуються Національні та регіональні комплексно-цільові програми боротьби з такими хворобами.

**Громадське здоров'я** (Public Health as resource) – це медико соціальний ресурс і потенціал суспільства, що включає комплексне покращення соціальних, поведінкових і біологічних факторів для подовження тривалості життя, поліпшення благополуччя, гармонійного розвитку особистості та суспільства [20].

**В основу діяльності охорони здоров'я покладено такі принципи:**

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

---

- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з монополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

***Держава гарантує усім громадянам забезпечення їхніх прав у сфері охорони здоров'я завдяки:***

- а) створенню розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- б) організації і проведенню системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- в) фінансуванню надання громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у встановленому порядку;
- г) здійсненню державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я;
- д) організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- е) встановленню відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я.

Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я допомоги:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги за медичними показаннями;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги за медичними показаннями;
- паліативної допомоги за медичними показаннями;
- медичної допомоги за епідемічними показаннями;
- медико-соціальної, судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;
- патологоанатомічних розтинів та пов'язаних з ними досліджень;

---

- надання громадянам України та іншим визначеним законом особам необхідних медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України у встановленому порядку.

Державна політика в охороні здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше 10 % національного доходу шляхом закріплення законодавчих засад охорони здоров'я, мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, нормативів та обсягів бюджетного фінансування, системи кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затверджених загальнодержавних програм в охороні здоров'я.

***Основні напрями державної економічної політики в охороні здоров'я:***

- структурно-галузева політика спрямована на прогресивні зміни в структурі економічних відносин, вдосконалення міжгалузевих та внутрішньогалузевих пропорцій, стимулювання розвитку медичної галузі та зростання рівня життя населення;

- інвестиційна політика передбачає створення суб'єктам господарювання в медичній сфері необхідних умов для залучення і концентрації коштів на розширене відтворення основних засобів, ефективне використання цих коштів;

- амортизаційна політика покликана створювати для суб'єктів господарювання найбільш сприятливі умови для простого відтворення основних виробничих і невиробничих фондів переважно на новій техніко-технологічній основі;

- політика інституційних перетворень передбачає формування багатокладної економічної системи, трансформування відносин власності, роздержавлення економіки, приватизації та націоналізації виробничих фондів, забезпечення на власній основі розвитку різних форм власності і господарювання, еквівалентності відносин обміну між суб'єктами господарювання в медичній сфері, державну підтримку усіх форм ефективного господарювання та ліквідацію будь-яких протизаконних економічних структур;

- цінова політика, спрямована на регулювання відносин між суб'єктами медичної діяльності з метою забезпечення еквівалентності при наданні медичних послуг, дотримання необхідної паритетності цін

---

між галузями та видами господарської діяльності, забезпечення стабільності оптових та роздрібних цін на медичні засоби;

- антимонопольно-конкурентна політика передбачає створення оптимального конкурентного середовища для суб'єктів господарювання в медичній галузі, налагодження між ними взаємодії без проявів дискримінації, без монопольного ціноутворення та погіршення якості медичних послуг, побудова ефективної соціально орієнтованої економіки;

- бюджетна політика спрямована на оптимізацію доходів і раціональне використання державних фінансових ресурсів, збільшення державних інвестицій у економіку, узгодження загальнодержавних і місцевих інтересів у сфері міжбюджетних відносин;

- грошово-кредитна політика передбачає забезпечення охорони здоров'я необхідним обсягом грошової маси, ефективний готівковий обіг, залучення коштів суб'єктів господарювання та населення до банківської системи, стимулювання використання кредитних ресурсів на розвиток охорони здоров'я;

- зовнішньоекономічна політика включає регулювання відносин вітчизняних суб'єктів медичної діяльності з іноземними суб'єктами господарювання та захист національного ринку медичних послуг і вітчизняного товаровиробника медичних засобів.

Охорона здоров'я – складна багатофункціональна система невід'ємними організаційно-структурними компонентами якої є мережа медичних закладів різних форм власності і підпорядкування в залежності від джерела фінансування, організаційно-правової форми та способу заснування, що визначає багатокладний характер охорони здоров'я, де поряд з державними, комунальними, відомчими медичними закладами функціонують приватні суб'єкти медичної діяльності.

**Медичний заклад** – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників (ст. 3, ч. 1, абз. 4) [5].

В залежності від виду, обсягів та характеру надання медичної допомоги (медичних послуг) **медичні заклади розподіляються на три рівня:**

- 
- заклади первинної медико-санітарної допомоги, де надається загально-лікарняна допомога;
  - медичні заклади (амбулаторного або стаціонарного типу вторинного рівня, де надається спеціалізована медична допомога;
  - медичні заклади третинного рівня, покликані надавати високоспеціалізовану, високотехнологічну медичну допомогу.

Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, доступності, своєчасності, якості та потреб населення у медичному обслуговуванні, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

**Медичне обслуговування** – діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані, мають ліцензію на медичну практику, діяльність яких пов'язана з медичним забезпеченням населення (ст. 3, ч. 1, абз. 7) [5].

Медична допомога надається професійно підготовленими медичними працівниками на безоплатній основі за рахунок бюджетних коштів.

**Медична послуга** – це послуга медичного характеру, що надається пацієнту на платній основі закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, які зареєстровані та мають ліцензію на медичну практику (ст. 3, ч. 1, абз. 14) [5]. В якості замовника медичної послуги для населення можуть виступати держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні, фізичні особи, пацієнт.

**Пацієнт** – фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога (ст. 3, ч. 1, абз. 13) [5].

Правові, економічні, організаційні **засади захисту прав та законних інтересів пацієнтів визначаються** договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, який укладається між закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем та повноважним центральним органом виконавчої влади. В основу програми медичних гарантій покладено такі принципи:

- законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій;
- надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри,

---

політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками;

- забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;

- цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

- універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

- передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів;

- гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їхніх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.

*Істотними умовами договору* про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є:

- перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

- умови, порядок та строки оплати тарифу;

- фактична адреса надання медичних послуг;

- права та обов'язки сторін;

- строк дії договору;

- звітність надавачів медичних послуг;

- відповідальність сторін.

Надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою), паліативною медичною допомогою та медичною реабілітацією, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря в порядку, передбаченому законодавством, крім випадків, коли, згідно із законодавством, направлення лікаря не вимагається.

При наданні медичної допомоги в амбулаторних умовах лікарські засоби за програмою медичних гарантій надаються пацієнту на підставі рецепта лікаря суб'єктом роздрібною торгівлі лікарськими засобами, що уклав договір про реімбурсацію з повноважним органом центральної виконавчої влади.

На території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій.

Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення.

В залежності від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні та засновані на змішаній формі власності.

За організаційно-правовими засадами заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися як казенні підприємства або державні установи. Заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи, в тому числі на основі співробітництва територіальних громад як спільні комунальні підприємства. Таким чином сутність державної регуляторної політики господарської діяльності в охороні здоров'я здійснюється за такими напрямками:

**1) фінансове забезпечення охорони здоров'я:**

- **виділення коштів з Державного та місцевих бюджетів** на договірних умовах за програмою державного (регіонального) замовлення, в тому числі за програмою медичних гарантій на підставі науково обґрунтованих нормативів;

- **медична субвенція** – міжбюджетний трансферт виділення коштів з Державного місцевого бюджетам за цільовим призначенням на забезпечення діяльності охорони здоров'я (ст. 3, ч. 1, абз. 6) [5];

- **реімбурсація** – відшкодування вартості за затвердженим переліком лікарських засобів для лікування пацієнтів з певними видами захворювань (ст. 2, ч. 5) [11];

---

## **2) запровадження державних соціальних нормативів та галузевих стандартів:**

а) державні соціальні нормативи в охороні здоров'я визначаються Законом України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії»;

б) галузеві стандарти в охороні здоров'я затверджуються центральним органом виконавчої влади, як, наприклад:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду (ст. 14<sup>1</sup>, ч. 2, абз. 1) [5], які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;

- клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність (ст. 14<sup>1</sup>, ч. 2, абз. 2) [5];

- таблиць матеріально-технічного оснащення – документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями);

- лікарський формуляр – перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним (ст. 14<sup>1</sup>, ч. 2, абз. 5) [5];

- інші норми, правила та нормативи, передбачені законами.

Дотримання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, таблиць матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для суб'єктів медичної діяльності незалежно від форми власності.

## **5.2. Ліцензування впровадження медичної практики, акредитація**

**Господарська діяльність в медичній галузі** – діяльність суб'єктів медичного господарювання, спрямована на задоволення потреб населення в профілактичних, діагностичних, лікувальних,



реабілітаційних заходах вартісного характеру, що мають цінову визначеність.

Господарська діяльність, метою якої є отримання прибутку – це підприємництво, а суб'єкти підприємництва – підприємці. Між тим господарська діяльність може здійснюватися без отримання прибутку – некомерційна господарська діяльність.

Сферу господарських відносин становлять господарсько-виробничі, організаційно-господарські та внутрішньогосподарські відносини, а саме:

- господарсько-виробничими є майнові та інші відносини, що виникають між суб'єктами господарювання при безпосередньому здійсненні господарської діяльності.

- організаційно-господарські відносини складаються між суб'єктами господарювання та суб'єктами організаційно-господарських повноважень у процесі управління господарською діяльністю.

- внутрішньогосподарськими є відносини, що складаються між структурними підрозділами суб'єкта господарювання, та відносини суб'єкта господарювання з його структурними підрозділами.

Провадження господарської діяльності в сфері охорони здоров'я, яка, відповідно до закону, підлягає ліцензуванню, дозволяється лише за наявності ліцензії.

**Ліцензія на медичну практику** – дозвільний документ на провадження медичної діяльності, що встановлює організаційні, кадрові вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, а також вичерпний перелік документів, що додаються до заяви на отримання ліцензії для провадження господарської діяльності.

**Ліцензіат зобов'язаний** виконувати ліцензійні умови, а здобувач ліцензії – їм відповідати.

Дія ліцензійних умов поширюється на всіх юридичних осіб – незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики, і не поширюється на господарську діяльність, пов'язану із здійсненням судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи.

---

**Господарська діяльність з медичної практики** – вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії.

Документи для органу ліцензування подаються до органу ліцензування в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Медична практика ліцензіатом провадиться:

- за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, перелік яких затверджений МОЗ України;

- за видами медичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація);

- за місцем (місцями) її провадження, яке (які) зазначені у заяві на отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом організації ліцензування).

Суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я, повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку:

- статут закладу охорони здоров'я або положення про заклад охорони здоров'я (залежно від організаційно-правової форми);

- штатний розпис;

- положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені);

- посадові інструкції працівників;

- правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я;

- клінічні маршрути пацієнта, розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ України.

Найменування закладу охорони здоров'я повинно відповідати найменуванню у переліку закладів, затвердженому МОЗ України та/або іншим центральним органом виконавчої влади.

**Ліцензіат зобов'язаний:**

- розмістити біля входу до закладу охорони здоров'я, його відокремленого структурного підрозділу вивіску або інформаційну

---

табличку із зазначенням найменування закладу охорони здоров'я та юридичної особи, а фізична особа-підприємець – вивіску або інформаційну табличку із зазначенням прізвища, імені, по батькові ліцензіата та переліку медичних спеціальностей, за якими провадиться медична практика;

- провадити медичну практику за спеціальностями, які зазначалися в документах, що додаються до заяви про отримання ліцензії, або повідомлення про зміни;

- мати у наявності прилади, обладнання, оснащення відповідно до профілю та рівня надання медичної допомоги;

- забезпечити умови для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до приміщень;

- призначити уповноважену особу за вхідний контроль якості лікарських засобів;

- забезпечувати внутрішньолабораторний і зовнішній контроль якості лабораторних вимірювань (у разі наявності в структурі закладу лабораторії);

- повідомляти органу ліцензування про всі зміни даних, які були зазначені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії;

- вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей та подавати статистичні звіти в установлені строки до органів державної статистики відповідно до статей 13 та 18 Закону України «Про державну статистику»;

- здійснювати контроль якості надання медичної допомоги;

- надавати медичну допомогу, медичні послуги відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги;

- надавати якісну та своєчасну медичну допомогу та медичні послуги пацієнтам;

- безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;

- надавати пацієнту (законному представнику) в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету здійснення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого

---

розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я;

- здійснювати медичне втручання після отримання згоди на медичне втручання, крім випадків надання невідкладної медичної допомоги;
- забезпечити наявність, доступність та укомплектованість аптек для надання невідкладної медичної допомоги;
- інформувати територіальні органи центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері санітарного законодавства, про надзвичайні події та ситуації, що становлять загрозу для здоров'я населення;
- дотримуватися вимог до ведення форм первинної облікової документації, затверджених МОЗ України;
- дотримуватися правил зберігання та здійснення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах;
- дотримуватися порядку видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян;
- дотримуватися встановлених санітарних норм, зокрема щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій;
- дотримуватися «Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції», що передбачено Постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642;

Медичну допомогу повинні надавати особи, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ України. Відповідність спеціальним освітнім і кадровим вимогам медичних (фармацевтичних) працівників із числа лікарів і провізорів засвідчується.

**Керівником закладу охорони здоров'я** призначається особа, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам. Лікарі, які не працюють більше трьох років за конкретною лікарською спеціальністю, допускаються до провадження медичної практики за цією спеціальністю після проходження стажування згідно з порядком, встановленим МОЗ України.

Особи, які отримали медичну або фармацевтичну освіту в навчальних закладах за кордоном, допускаються до професійної діяльності в Україні згідно з порядком, встановленим МОЗ України. Медичні та не медичні працівники повинні відповідати освітнім і кадровим вимогам, зазначеним у ліцензійних умовах.

Суб'єкт господарювання, який вперше утворює заклад охорони здоров'я, та фізична особа-підприємець у строк не пізніше ніж один місяць з моменту отримання повідомлення від органу ліцензування про прийняття рішення про видачу йому ліцензії укладає трудовий договір з медичними працівниками, які були заявлені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії, на зазначені ним посади.

У разі неможливості укласти трудові договори з медичними працівниками, які були заявлені в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії, на зазначені посади, ліцензіат повідомляє про це органу ліцензування у встановленому порядку.

**Акредитація закладу охорони здоров'я** – це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам (Постанова КМУ «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 15.07.1997 р. № 765 з внесеними змінами та доповненнями).

Заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, включаючи аптечні, можуть добровільно проходити акредитацію.

Акредитація медичного закладу проводиться після отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Акредитацію медичних закладів проводить Головна акредитаційна комісія при МОЗ України та акредитаційні комісії, що утворюються при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділах охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Для проходження акредитації медичний заклад подає заяву на проведення акредитації та документи згідно з переліком обов'язкових документів, що додаються до заяви про проведення акредитації.

Строк дії акредитаційного сертифіката не повинен перевищувати трьох років.

Впродовж дії акредитаційного сертифіката заклад несе відповідальність за дотримання галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Акредитаційний сертифікат підлягає постійному зберіганню у медичному закладі. Акредитовані медичні заклади вносяться до реєстру МОЗ України.

Заклад, якому відмовлено в акредитації, може подати заяву про проведення акредитації не раніше ніж через один рік після прийняття Головною акредитаційною або акредитаційною комісією рішення про відмову в акредитації.

Позачергова акредитація може проводитися з ініціативи закладу з метою підвищення категорії, проте не раніше ніж через один рік після затвердження МОЗ України рішення про попередню акредитацію.

При анулюванні ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами Головна акредитаційна комісія приймає рішення про анулювання акредитаційного сертифіката.

Бланк акредитаційного сертифіката підлягає переоформленню у разі зміни назви закладу або зміни найменування суб'єкта господарювання або ж зміни адреси закладу, якщо така зміна пов'язана з перейменуванням населеного пункту, вулиці або зміною нумерації будинку.

### **5.3. Правові аспекти суб'єктів господарювання медичної сфери**

Фінансово-господарська діяльність, організаційні засади, система управління та характер підприємницької діяльності в охороні здоров'я врегульовуються загальними і спеціальними законодавчими актами та галузевими нормативними документами.

*До законодавчих актів загального типу*, які впорядковують суспільно-правові відносини та визначають концептуальні, диспозитивні засади і передбачають цивільно-правову відповідальність за порушення норм і стандартів у охороні здоров'я, відносяться Конституція України, Цивільний кодекс України, Господарський кодекс України, Трудовий кодекс України, Податковий кодекс України, Закони України «Про страхування», «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», «Про

зовнішньоекономічну діяльність», «Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом», «Про стандартизацію», «Про ціни та ціноутворення», «Про захист економічної конкуренції» та інші.

**Спеціальні законодавчі акти** в медичній сфері: Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закони України «Про донорство крові та її компонентів», «Про лікарські засоби», «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», «Про психіатричну допомогу», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про запобігання захворювання на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» тощо.

Крім загальних та спеціальних законодавчих актів, діяльність суб'єктів господарювання в медичній сфері врегульовується **галузевими нормативно-директивними та інструктивно-методичними актами**, затвердженими центральними органами виконавчої влади і повноважними органами територіальних громад.

При найменуванні медичного закладу назва «клініка» використовується, коли даний заклад є базою для клінічних, наукових досліджень, навчально-освітнього процесу з підготовки та перепідготовки медичних та наукових кадрів.

Для забезпечення державної реєстрації суб'єктів підприємницької діяльності, які є юридичними особами, надаються такі документи:

- рішення власника (власників) майна або уповноваженого ним (ними) органу про створення юридичної особи (крім приватного підприємства). Якщо власників або уповноважених ними органів два і більше, таким рішенням є установчий договір, а також протокол установчих зборів (конференції);
  - статут медичного закладу;
  - реєстраційна картка встановленого зразка, яка є водночас заявою про державну реєстрацію;
  - документ, що засвідчує сплату власником (власниками) внеску до статутного фонду суб'єкта підприємницької діяльності в розмірі, передбаченому законом;
  - документ, що засвідчує внесення плати за державну реєстрацію;

---

- при створенні відкритих акціонерних товариств (крім відкритих акціонерних товариств, створених у процесі приватизації та/або корпоратизації) подається засвідчений Державною комісією з цінних паперів та фондового ринку звіт про наслідки підписки на акції.

Громадяни, які мають намір здійснювати підприємницьку діяльність в охороні здоров'я без створення юридичної особи, подають реєстраційну картку встановленого зразка, яка є водночас заявою про державну реєстрацію, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера фізичної особи – платника податків та інших обов'язкових платежів, і документ, що засвідчує внесення плати за державну реєстрацію.

Місцезнаходженням суб'єкта підприємницької діяльності (юридичної особи) в охороні здоров'я на дату державної реєстрації може бути місцезнаходження (місце проживання) одного із засновників або місцезнаходження за іншою адресою, що підтверджується договором оренди або іншим видом договору.

Державна реєстрація суб'єктів підприємницької діяльності проводиться за наявності всіх необхідних документів за заявочним принципом протягом не більше п'яти робочих днів. Органи державної реєстрації зобов'язані протягом цього терміну внести дані з реєстраційної картки до Реєстру суб'єктів підприємницької діяльності та видати свідоцтво про державну реєстрацію встановленого зразка з проставленим ідентифікаційним кодом (для юридичних осіб), який надається органам державної реєстрації органами державної статистики, або ідентифікаційним номером фізичної особи – платника податків та інших обов'язкових платежів.

У п'ятиденний термін з дати реєстрації органи державної реєстрації направляють примірник реєстраційної картки з відміткою про державну реєстрацію відповідному державному податковому органу і органу державної статистики та подають відомості про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності до органів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності і Пенсійного фонду України.

Свідоцтво про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності та копія документа, що підтверджує взяття його на облік у



---

державному податковому органі, є підставою для відкриття рахунків у будь-яких банках України та інших держав за вибором суб'єкта підприємницької діяльності і за згодою цих банків у порядку, що встановлюється Національним банком України.

Повідомлення про відкриття або закриття рахунків у банках суб'єкт підприємницької діяльності зобов'язаний направити державному податковому органу, в якому він обліковується як платник податків і зборів (обов'язкових платежів). Таке повідомлення протягом трьох робочих днів з дня відкриття або закриття рахунку (включаючи день відкриття або закриття) подається особисто або направляється на адресу відповідного державного податкового органу з повідомленням про вручення.

У разі зміни назви, організаційно-правової форми суб'єкта підприємницької діяльності, а також форми власності суб'єкта підприємницької діяльності у місячний термін з моменту настання зазначених змін зобов'язані подати документи для перереєстрації.

У разі зміни свого місцезнаходження суб'єкт підприємницької діяльності в семиденний термін повинен повідомити про це орган державної реєстрації.

Скасування державної реєстрації суб'єкта підприємницької діяльності здійснюється органом державної реєстрації за наявності ліквідаційного балансу, складеного і затвердженого згідно з законодавством, та інших документів, що підтверджують проведення заходів щодо ліквідації суб'єкта підприємницької діяльності як юридичної особи.

Для здійснення підприємницької діяльності підприємець має право укладати з громадянами договори про використання їхньої праці. При укладанні трудового договору, в тому числі у випадках, передбачених законами України, – контракту – підприємець зобов'язаний забезпечити умови та охорону праці, її оплату не нижче встановленого мінімального рівня, а також інші соціальні гарантії, включаючи соціальне й медичне страхування та соціальне забезпечення відповідно до чинного законодавства. При втраті працездатності підприємець забезпечує потерпілому відшкодування витрат у випадках і порядку, передбачених чинним законодавством.

Підприємець зобов'язаний не завдавати шкоди навколишньому середовищу, не порушувати прав та інтересів громадян, підприємств, установ, організацій і держави, що охороняються законом. За завдані

шкоду і збитки підприємець несе встановлену законом відповідальність.

Підприємництво в Україні здійснюється в будь-яких організаційних формах, передбачених законом, на вибір підприємця. Порядок утворення, державної реєстрації, діяльності, реорганізації та ліквідації суб'єктів підприємництва окремих організаційних форм визначається Господарським кодексом України та іншими законодавчими актами.

**Некомерційне господарювання** – це самостійна систематична господарська діяльність, що здійснюється суб'єктами господарювання, спрямована на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без отримання прибутку. Некомерційна господарська діяльність здійснюється медичними підприємствами, закладами, установами та організаціями державної та комунальної форми власності.

**Суб'єктами господарювання визнаються** учасники господарських відносин, які здійснюють господарську діяльність, реалізуючи господарську компетенцію (сукупність господарських прав та обов'язків), мають відокремлене майно і несуть відповідальність за своїми зобов'язаннями в межах цього майна, крім випадків, передбачених законодавством.

**Суб'єктами малого підприємництва є:**

- фізичні особи, зареєстровані в установленому законом порядку як фізичні особи-підприємці, у яких середня кількість працівників за звітний період (календарний рік) не перевищує 50 осіб та річний дохід від будь-якої діяльності не перевищує суму, еквівалентну 10 мільйонам євро, визначену за середньорічним курсом Національного банку України;

- юридичні особи – суб'єкти господарювання будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, у яких середня кількість працівників за звітний період (календарний рік) не перевищує 50 осіб та річний дохід від будь-якої діяльності не перевищує суму, еквівалентну 10 мільйонам євро, визначену за середньорічним курсом Національного банку України.

**Суб'єктами великого підприємства є** юридичні особи – суб'єкти господарювання будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, у яких середня кількість працівників за звітний період (календарний рік) перевищує 250 осіб та річний дохід від будь-

якої діяльності перевищує суму, еквівалентну 50 мільйонам євро, визначену за середньорічним курсом Національного банку України.

Інші суб'єкти господарювання належать до суб'єктів середнього підприємництва.

**Суб'єкти господарювання** – господарські організації, які діють на основі права власності, права господарського відання чи оперативного управління, мають статус юридичної особи.

Суб'єкти господарювання мають право відкривати свої філії, представництва, інші відокремлені підрозділи без створення юридичної особи.

У разі встановлення факту, що діяльність суб'єкта господарювання носить характер фіктивної та не правочинної, це є підставою для припинення діяльності юридичної особи або фізичної особи–підприємця і визнання реєстраційних документів недійсними, якщо:

- зареєстровано (перереєстровано) на недійсні (втрачені, загублені) та підроблені документи;
- не зареєстровано у державних органах, якщо обов'язок реєстрації передбачений законодавством;
- зареєстровано (перереєстровано) у органах державної реєстрації фізичними особами з подальшою передачею (оформленням) у володіння чи управління підставним (неіснуючим), померлим, безвісти зниклим особам або таким особам, що не мали наміру провадити фінансово-господарську діяльність або реалізувати повноваження;
- зареєстровано (перереєстровано), а фінансово-господарська діяльність здійснюється без відома та згоди його засновників та призначених у законному порядку керівників.

Суб'єкт господарювання в медичній сфері може створюватися та діяти на підставі модельного статуту, затвердженого Кабінетом Міністрів України, після прийняття його засновниками як установчого документа. Установчими документами суб'єкта господарювання в охороні здоров'я є рішення про його утворення або засновницький договір, статут (положення).

**В установчих документах повинні бути зазначені:** найменування суб'єкта господарювання, мета і предмет господарської діяльності, склад і компетенція його органів управління, порядок прийняття ними рішень, порядок формування майна, розподілу

прибутків та збитків, умови його реорганізації та ліквідації, якщо інше не передбачено законом.

*У засновницькому договорі засновники зобов'язуються:* утворити суб'єкт господарювання, визначають порядок спільної діяльності щодо його утворення, умови передачі йому свого майна, порядок розподілу прибутків і збитків, управління діяльністю суб'єкта господарювання та участі в ньому засновників, порядок вибуття та входження нових засновників, інші умови діяльності суб'єкта господарювання, які передбачені законом, а також порядок його реорганізації та ліквідації відповідно до закону.

*Статут суб'єкта господарювання повинен містити:* відомості про його найменування, мету і предмет діяльності, розмір і порядок утворення статутного капіталу та інших фондів, порядок розподілу прибутків і збитків, про органи управління і контролю, їхню компетенцію, про умови реорганізації та ліквідації суб'єкта господарювання, а також інші відомості, пов'язані з особливостями організаційної форми суб'єкта господарювання, передбачені законодавством.

Статут (положення) затверджується власником майна (засновником) суб'єкта господарювання чи його представниками, органами або іншими суб'єктами відповідно до закону.

Суб'єкт господарювання має право використовувати у своїй діяльності печатки. Відбиток печатки не може бути обов'язковим реквізитом будь-якого документа, що подається суб'єктом господарювання до органу державної влади або органу місцевого самоврядування. Копія документа, що подається суб'єктом господарювання до органу державної влади або органу місцевого самоврядування, вважається засвідченою, якщо на такій копії проставлено підпис уповноваженої особи суб'єкта господарювання або особистий підпис фізичної особи-підприємця.

У складі підприємства не повинно бути інших юридичних осіб.

***В залежності від форми власності в охороні здоров'я можуть утворюватися та діяти:***

- приватне підприємство, що діє на основі приватної власності громадян чи суб'єкта господарювання (юридичної особи);
- підприємство, що діє на основі колективної власності (підприємство колективної власності);

- 
- комунальне підприємство, що діє на основі комунальної власності територіальної громади;
  - державне підприємство, що діє на основі державної власності;
  - підприємство, засноване на змішаній формі власності (на базі об'єднання майна різних форм власності);
  - спільне комунальне підприємство, що діє на договірних засадах спільного фінансування (утримання) відповідними територіальними громадами – суб'єктами співробітництва.

Якщо в статутному капіталі підприємства іноземна інвестиція становить не менш як десять відсотків, воно визнається підприємством з іноземними інвестиціями. Підприємство, в статутному капіталі якого іноземна інвестиція становить сто відсотків, вважається іноземним підприємством.

***Об'єктами прав інтелектуальної власності у сфері господарювання в охороні здоров'я суб'єктами медичної діяльності – підприємцями – визнаються:***

- винаходи, корисні моделі, засвідчені патентом методи діагностики, лікування, профілактики і реабілітації;
- логотип (торговельна марка) суб'єкту господарювання, знаки для товарів і медичних послуг);
- комерційне (фірмове) найменування;
- комерційна таємниця;
- комп'ютерні програми;
- інші об'єкти, передбачені законом.

Захист прав на означені об'єкти інтелектуальної власності врегульовується Господарським кодексом України та Цивільним кодексом України.

Відносини суб'єкта господарювання, що є роботодавцем для винахідника (винахідників) або автора (авторів) об'єктів інтелектуальної власності щодо їхніх прав на одержання патенту і права використання зазначених об'єктів інтелектуальної власності встановлюються Цивільним кодексом України та іншими законодавчими актами. Автор патенту може передавати свої права щодо використання винаходу, корисної моделі чи промислового зразка як вклад у статутний капітал підприємства. Право інтелектуальної власності на логотип (торговельна марка) засвідчується свідоцтвом в порядку, передбаченому законом.

Використанням логотипу (торговельної марки) у сфері господарювання в охороні здоров'я визнається застосування при наданні медичних послуг у рекламі, друкованих виданнях, на вивісках, під час показу експонатів на виставках і ярмарках, що проводяться в Україні, у проспектах, рахунках, на бланках та в іншій документації, пов'язаній з впровадженням зазначених послуг у господарський (комерційний) обіг. Свідоцтво надає право його володільцеві забороняти іншим особам використовувати зареєстрований логотип без його дозволу. Право інтелектуальної власності на логотип (торговельна марка) може бути передано як вклад до статутного капіталу суб'єкта господарювання.

Одним з видів господарських відносин між суб'єктами господарювання в охороні здоров'я є укладання договору оренди на використання майнових засобів на певних умовах і на термін, визначений в договорі.

У користування за договором оренди передається індивідуально визначене майно виробничо-технічного призначення (або єдиний майновий комплекс), що не втрачає в процесі використання своєї споживчої якості (не споживна річ). При цьому об'єктом оренди можуть бути:

- державні та комунальні медичні підприємства або їхні структурні підрозділи як єдині майнові комплекси, тобто господарські об'єкти із завершеним циклом медичних послуг, відокремленою земельною ділянкою, на якій розміщений об'єкт, та автономними інженерними комунікаціями і системою енергопостачання;

- нерухоме майно (будівлі, споруди, приміщення);

- інше окреме індивідуально визначене майно виробничо-технічного призначення, що належить суб'єктам господарювання.

Оренда структурних підрозділів державних та комунальних медичних підприємств не повинна порушувати виробничо-господарську цілісність, технологічну єдність даного підприємства.

Законом може бути встановлено перелік державних та комунальних медичних підприємств, єдині майнові комплекси яких не можуть бути об'єктом оренди. До відносин оренди застосовуються відповідні положення Цивільного кодексу України з урахуванням особливостей, передбачених Господарським кодексом України.

---

Основні права та обов'язки орендаря:

- орендар має переважне право перед іншими суб'єктами господарювання на продовження строку дії договору оренди;
- орендар може бути зобов'язаний використовувати об'єкт оренди за цільовим призначенням відповідно до профілю виробничої діяльності підприємства, майно якого передано в оренду;
- орендар зобов'язаний берегти орендоване майно відповідно до умов договору, запобігаючи його псуванню або пошкодженню, та своєчасно і в повному обсязі сплачувати орендну плату;
- орендар відшкодовує орендодавцю вартість орендованого майна у разі відчуження цього майна або його знищення чи псування з вини орендаря.

Орендодавцями щодо державного та комунального майна можуть виступати: державні (комунальні) медичні підприємства, установи та організації – щодо нерухомого майна, загальна площа якого не перевищує 200 квадратних метрів на одне підприємство, установу, організацію, та іншого окремого індивідуально визначеного майна, якщо інше не передбачено законом.

Різновидом оренди майнових засобів в охороні здоров'я для налагодження приватної підприємницької діяльності може використовуватися *лізинг* – господарська діяльність, спрямована на інвестування власних чи залучених фінансових коштів, яка полягає в наданні за договором лізингу однією стороною (лізингодавцем) у виключне користування другій стороні (лізингоодержувачу) на визначений строк майна, що належить лізингодавцю або набувається ним у власність (господарське відання) за дорученням чи погодженням лізингоотримувача у відповідного постачальника (продавця) майна, за умови сплати лізингоотримувачем періодичних лізингових платежів. Об'єктом лізингу може бути нерухоме і рухоме майно, призначене для використання як основні фонди.

Майно, яке є державною (комунальною) власністю, може бути об'єктом лізингу тільки за погодженням з органом, що здійснює управління цим майном, відповідно до закону. Не можуть бути об'єктами лізингу земельні ділянки, інші природні об'єкти, а також єдині майнові комплекси державних (комунальних) підприємств та їхніх структурних підрозділів. Перехід права власності на об'єкт лізингу до іншої особи не є підставою для розірвання договору лізингу. Правове регулювання лізингу здійснюється відповідно до Господарського кодексу України та інших законів.

---

### *Література:*

1. Конституція України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-D0%B2%D1%80>.
2. Верховна Рада України. Режим доступу: [www.rada.kiev.ua](http://www.rada.kiev.ua).
3. Урядовий портал. Режим доступу: [www.umu.gov.ua](http://www.umu.gov.ua).
4. Інформаційний портал. Режим доступу: [www.proua.com](http://www.proua.com).
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-XII>.
6. Державний комітет статистики України. Режим доступу: [www.ukrstar.gov.ua](http://www.ukrstar.gov.ua).
7. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02 березня 2015 р. № 222-VIII // База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.
8. Про ліцензування певних видів господарської діяльності: Закон України №1775 від 01 червня 2000 р. // База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1775-14>.
9. Цивільний кодекс України від 16.01.2013 № 435-IV // База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.
10. Господарський кодекс України від 16.01.2013 № 436-IV // База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.
11. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html).
12. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--503>.



---

13. Наказ МОЗ України «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 № 504 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/plan-reform> 80.

14. Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу» <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-26012018--148>.

15. Наказ МОЗ України «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 № 504 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/plan-reform>.

16. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>.

17. Кодекс законів про працю України: закон України від 10.12.1971 № 322-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08>.

18. Постанова Кабінету Міністрів України «Порядок акредитації закладу охорони здоров'я» від 17.12.2012 р. №1216.

19. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги. / Закон України від 7 липня 2011 року N 3611-VI. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>.

20. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» від 30 листопада 2016 р. №1002-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [moz.gov.ua/news/scho-take-gromadske-zdorovja](http://moz.gov.ua/news/scho-take-gromadske-zdorovja).

21. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України: монографія / За заг. ред. С. Г. Стеценка; Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність». Київ, 2008.-507 с.

22. Стеценко С. Г. Сучасне українське медичне право: монографія / За заг. ред. С. Г. Стеценка; Знання. Київ, 2010. - 496 с.

---

## РОЗДІЛ VI

### СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 6.1. Системи фінансування охорони здоров'я.*
- 6.2. Особливості фінансування первинної медичної допомоги.*
- 6.3. Фінансування вторинної та третинної медичної допомоги.*
- 6.4. Фінансова звітність, фінансовий аналіз підприємства.*

#### **6.1. Системи фінансування охорони здоров'я**

*Сфера охорони здоров'я* – невід'ємний елемент суспільного життя, ключова галузь, яка забезпечує здоров'я нації, економічний розвиток та безпеку держави, яка потребує стабільного та достатнього за обсягом фінансування. ВООЗ визначено рекомендований розмір загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП (5-6 %) та критичний рівень, нижче якого відбувається руйнація галузі (3,2 % ВВП) [9].

Сучасні глобальні тенденції фінансування охорони здоров'я:

1. *Темпи зростання витрат на охорону здоров'я випереджають темпи росту світової економіки.* Згідно з прогнозом дослідників, загальносвітовий обсяг видатків на сферу охорони здоров'я щороку буде зростати протягом 2017-2022 рр. на 5,4 % з \$7,724 трлн до \$10,059 трлн [2]. Причинами такої тенденції є розповсюдженість інфекційних (COVID-19) та неінфекційних хвороб (серцево-судинні, онкологічні захворювання), старіння населення, впровадження новітніх технологій і лікарських засобів, підвищення попиту на якісні медичні послуги тощо.

2. *Зростання ролі держави у фінансовому забезпеченні медичної галузі.* За період 2000-2015 рр. державне фінансування сфери охорони здоров'я в країнах з середнім рівнем доходу зросло з 66 % до 70 %, в країнах з високим рівнем доходів - з 48 % до 51 % [3], а щорічне зростання цих витрат в країнах з низьким і середнім рівнем доходів склало 6 %, з високим- 4 % [6]. Так, у Нідерландах частка державних витрат зросла з 64,7 % у 2005 р. до 79,8 % у 2013 р. [4], а в США витрати на державні програми закладів охорони здоров'я зросли майже у 371 раз за період 1969-2009 рр. [5]. Також відмічалась перевага фінансування із суспільних фондів у більшості країн Європейського регіону ВООЗ.

3. *Децентралізація та делегування деяких питань фінансування медичної галузі територіальним громадам.* У США діє приватна модель охорони здоров'я, витрати на державні програми закладів охорони здоров'я за 49 років зросли майже у 371 раз [5], в більшості країн Європейського регіону, за інформацією ВООЗ переважає фінансування систем охорони здоров'я із суспільних фондів.

4. *Запровадження механізму державно-приватного партнерства* (економія суспільних ресурсів складає 10 % шляхом застосування інноваційних джерел та фінансових обмежень серед надавачів медичних послуг та збільшення приватного забезпечення [8].

5. *Структурно-технологічна перебудова галузі* (орієнтація на первинну медичну допомогу, розділення платника і надавача медичних послуг, капітація та діагностично-споріднені групи, як методи оплати за послуги; урядовий контроль над інвестиціями та приватними фінансовими ініціативами [7].

6. *Стимування зростання прямих платежів громадян.* Незважаючи на глобальну тенденцію, і сьогодні 1 млрд осіб світу витрачає на медичну допомогу зі свого бюджету 50 % і більше [3].

7. *Інвестування у заходи попередження, укріплення, охорону здоров'я та у новітні технології.* Незважаючи на глобальну тенденцію по зменшенню платежів з «кишені» громадян і сьогодні, 1 млрд осіб світу витрачає на медичну допомогу зі свого бюджету 50 % і більше [3]. Це свідчить про те, що 150 млн осіб світу щорічно несуть «катастрофічні» фінансові втрати, пов'язані з отриманням медичної допомоги, і 100 млн осіб від цього опиняються за межею бідності.

Для забезпечення результативної діяльності, доступності і рівності в отриманні медичних послуг велике значення мають взаємопов'язані **функції фінансування охорони здоров'я:**

- *збір коштів* – притягнення достатніх коштів у систему охорони здоров'я;
- *об'єднання коштів* – усунення фінансових бар'єрів для полегшення доступу до медичної допомоги та зниження фінансових ризиків, пов'язаних із захворюваністю;
- *закупівля медичних послуг у постачальників* – раціональне використання обмежених фінансових ресурсів;
- *надання медичних послуг.*

---

Процес збору ресурсів у охороні здоров'я складається з:

- *джерел формування коштів;*
- *механізму збору коштів;*
- *організацій, які відповідають за збір коштів.*

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

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

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

*Приватне медичне страхування (ДМС)* у фінансуванні сфери охорони здоров'я в країнах ЄС не є основним, на відміну від США, Австралії, Швейцарії. Питома вага премій ДМС коливається в межах 4-18 % від загальної суми витрат на охорону здоров'я в різних європейських країнах [12]. ДМС доповнює державні гарантії до сучасних стандартів і функціонує у формах додаткового страхування.

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

Щорічно у світі 150 млн осіб несуть «катастрофічні» фінансові втрати, пов'язані з отриманням медичної допомоги, і 100 млн осіб від цього опиняються за межею бідності. Таким чином, збільшення частки прямих витрат на охорону здоров'я веде до зубожіння домогосподарств та відмову їх від отримання медичних послуг з економічних міркувань. Відсутність своєчасної медичної допомоги призводить до зростання рівня інвалідності, передчасної смертності, економічних втрат домогосподарств і суспільства.

Міжнародними дослідженнями встановлено максимальний рівень витрат з бюджету домогосподарств на медичну допомогу (15%), при якому тільки у незначній кількості домогосподарств виникають катастрофічні наслідки.

Збір коштів – при зборі коштів використовують державні та приватні механізми. Рівень збору коштів визначається різноманітними джерелами фінансування, механізмами платежу (при зборі коштів використовують державні та приватні механізми платежу).

- *Державні механізми:* обов'язкові; покривають ризики, пов'язані зі здоров'ям, та фінансові ризики; базуються на величині доходів; не мають прямого зв'язку з величиною платежів і обсягом медичних послуг; забезпечують доступність медичної допомоги відповідно потребам населення.

- *Приватні механізми:* добровільні; базуються на попередній оплаті послуг; розмір внесків визначається з врахуванням ризиків. Акумуляція коштів, створення пулів – це об'єднання зусиль в покритті та розподілі фінансових ризиків серед населення.

Закупівля медичних послуг у постачальників – процес оплати медичного обслуговування, який здійснюється наступними способами:

- держава виділяє кошти з бюджету або використовуються страхові внески безпосередньо постачальником медичних послуг;
- інституційно через окреме агентство із закупівель (фонд медичного страхування або урядовий орган), яке забезпечує придбання медичних послуг;
- безпосередня оплата постачальнику з «власної кишені» пацієнта.

В багатьох країнах використовується комбінація цих способів.

**Системи оплати постачальників медичних послуг** залежно від часу поділяються на:

*ретроспективну* (відшкодування витрат за фактично наданий обсяг медичної допомоги – плата за ресурс);

*проспективну* (оплата із накопичених коштів за період, обумовлений угодою – плата за відповідальність).

Система оплати первинної медичної допомоги (ПМД) є ключовим елементом оплати послуг у всій системі медичної допомоги.

---

ПМД – найбільш масовий вид медичної допомоги, якою починається і закінчується більшість маршрутів пацієнтів у системі охорони здоров'я, і саме тут визначаються загальні витрати на надання медичної допомоги.

До **основних методів оплати амбулаторно-поліклінічної допомоги відносяться:**

1. Гонорарна оплата (ретроспективна):

- оплата за кількість відвідувань;
- оплата за кількість технологічних операцій, лікувально-діагностичних заходів (простих послуг);
- оплата за кількість закінчених випадків лікування або диспансеризації.

2. Подушне фінансування або капітація (проспективна оплата):

- на обсяг власної діяльності амбулаторно-поліклінічної ланки;
- на загальний обсяг медичної допомоги (повне або часткове фондотримання);
- на загальний обсяг позалікарняної допомоги;
- оплата за комплексну амбулаторно-поліклінічну послугу з урахуванням нормативного обсягу стаціонарної допомоги по направленню поліклініки. Ретроспективні методи оплати первинної ланки затратні, не орієнтовані на поліпшення здоров'я і оптимізацію структури медичної допомоги. Проспективні методи оплати ПМД сприяють ефективному використанню ресурсів та профілактичній діяльності медичного персоналу. У більшості країн лікарняна допомога складає основний обсяг медичних витрат.

**Основними методами оплати стаціонарної допомоги є:**

- *оплата за проведені ліжко-дні* (визначення граничної кількості проведених планових – ретроспективна оплата);
- *оплата по загально клінічному випадку лікування* (клініко-статистичні групи (КСГ), діагностично-споріднені групи (ДСГ) – група клінічних випадків, що характеризується схожими (пов'язаними за діагнозами) клінічними станами та подібною інтенсивністю використання ресурсів для діагностики і лікування в умовах стаціонару – ретроспективна оплата);

• *оплата на основі планових обсягів стаціонарної допомоги* (глобальний бюджет – сукупні платежі фінансуючої сторони постачальнику послуг, встановлені заздалегідь для покриття витрат на визначені послуги та часовий період – проспективна оплата. Метод оплати за числом ліжко-днів носить витратний характер і призводить до подорожчання стаціонарного лікування. Досвід США і європейських країн свідчить, що використання методів КСГ і ДСГ сприяє інтенсифікації діяльності стаціонарів, використанню ресурсозберігаючих технологій. Оплата за глобальним бюджетом створює у стаціонарів певні стимули для оптимізації обсягів і структури стаціонарної допомоги, особливо в умовах автономізації лікарень.

Загальнодержавні системи медичного забезпечення створювались під дією історичних, економічних, соціально-політичних чинників і удосконалювались у відповідності до національних потреб та можливостей.

У світі використовуються різні моделі систем охорони здоров'я, які відрізняються за певними ознаками:

- ступенем участі держав з питань управління галуззю, фінансування та розподілу коштів у охороні здоров'я;
- обсягу медичної допомоги, яка пропонується населенню;
- формою власності виробників медичних послуг;
- ступенем охоплення населення програмами державної підтримки;
- частиною ВВП, що витрачається на потреби системи охорони здоров'я;
- системою збору коштів.

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

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

---

*Страхова, соціально-страхова, модель О. Бісмарка* (Німеччина, 1883 р.):

децентралізована система охорони здоров'я;  
 домінуючим джерелом є цільові внески наймачів та працівників з фонду заробітної плати, можливі субсидії держави;

оплата медичних послуг через фонди охорони здоров'я, які незалежні від держави, але діють у межах законодавства;

надання медичних послуг здійснюється організаціями різних форм власності;

ринок задовольняє потреби населення понад гарантований державою рівень.

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

*Державна, бюджетна, національна, модель М. С. Семашка* (СРСР, 1920 – початок 1990 рр.) та У. Беверіджа (Великобританія, 1948 р.):

централізована система охорони здоров'я;

основне джерело фінансування – загальні податкові надходження;

державна – постачальник і покупець медичних послуг;

роль ринку другорядна. Подібні моделі – Ірландія, Данія, Норвегія, Швеція, Італія, Греція, Іспанія та ін.

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

універсальність системи захисту, що гарантує надання медичної допомоги незалежно від ризику для здоров'я;

принципи соціальної солідарності (поєднання всіх видів ризиків для здоров'я та захист від чинників соціальних ризиків) та субсидіарності (відповідальність кожного застрахованого за стан його здоров'я);

рівний та всеохоплюючий доступ до медичної допомоги (принцип універсального базового покриття, незалежно від статків громадян);

обов'язкова участь населення у покритті витрат на охорону здоров'я (податки, внески, дольова участь в оплаті, незначний рівень прямої оплати);



- відсутність прямого зв'язку між величиною платежів (податків, внесків) та обсягом медичної допомоги;
- контроль за ціноутворенням, який включає наявність преїскуранту, глобального бюджету, обмеження інвестицій [3].

*Ліберальна, приватна, ринкова модель системи охорони здоров'я (США):*

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

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

- забезпечення фінансової стійкості (захист від фінансових ризиків та ризиків у здоров'ї);
- принцип соціальної справедливості у фінансуванні (перерозподіл коштів);
- рівність доступу до медичного обслуговування (задоволення потреб, а не платоспроможність);
- підвищення прозорості і підзвітності медичної галузі (контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я);
- нагорода за високу якість медичної допомоги;
- підтримка управлінської ефективності (раціональне використання ресурсів) [9, 10].

*Індикаторами ефективності фінансування сфери охорони здоров'я є:*

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

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

Державний і місцеві бюджети та приватні кошти покривають витрати на охорону здоров'я. У 2019 році майже 40 % витрат на охорону здоров'я покрито за рахунок державних джерел. Державне фінансування охорони здоров'я складало 3,2 % ВВП [1].

Рівень витрат на охорону здоров'я на душу населення становить близько \$150, а більша частина їх (54 %) надходить з «кишені» пацієнтів. За показником витрат на охорону здоров'я на одну особу в рік Україна посідає 89 місце у світі (серед 184 країн), а за показником тривалості життя – 108 місце [21]. Вона знаходиться на другому місці за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка зросла на 12,7 % за останні 20 років на відміну від країн Європейського Союзу, де цей показник знизився на 6,7 % [1].

За період 2015-2017 років загальні видатки на охорону здоров'я в Україні в середньому становили 7,7 % від ВВП на рік (близько 4,1 % з Державного бюджету та майже 3,6 % за рахунок приватних надходжень, переважно видатків домогосподарств), а витрати на душу населення склали близько \$ 200, що нижче, ніж \$ 3340 в середньому по ЄС, у Польщі – \$ 809, Болгарії – \$ 612, Румунії – \$ 476.

Із приватних витрат на охорону здоров'я домогосподарства витратили 95 %, і менше 5 % припадали на страхові витрати, донорську та міжнародну допомогу [22].

У 2016 році частка домогосподарств, де хоча б один із членів родини не зміг при потребі отримати медичну допомогу, складала 23,1 % [23].

З метою покращення здоров'я населення, зниження фінансових ризиків та підвищення якості надання медичної допомоги Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я (2015 р.), було розроблено Концепцію фінансування системи охорони здоров'я (2016 р.).

Для реалізації цілей визначені такі напрямки реформи та прийнято пакет законодавчих і нормативних актів (2016-2019 рр.):

• *реформа фінансування* – Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168 від

---

19.10.2017 р. – (запровадження контрактної моделі фінансування; визначення гарантованого пакета медичної допомоги на принципах «універсального базового покриття» незалежно від статків; створення органу, який замовляє медичні послуги та їх оплачує в рамках гарантованого обсягу медичної допомоги (НСЗУ); створення єдиного національного пулу ресурсів; автономізація медичних закладів; фінансування медичних закладів залежно від обсягу та структури виконаної роботи; багатоканальність фінансування;

- *реформування медичного обслуговування* – пріоритетний розвиток ПМД (первинної медичної допомоги); оптимізація мережі закладів вторинного і третинного рівнів медичної допомоги через формування госпітальних округів з багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування; формування штатів у медичних закладах залежно від їхнього ресурсного забезпечення; впровадження стандартів надання ПМД та методів моніторингу; вільний вибір сімейного лікаря; маршрутизація екстреної медичної допомоги; впровадження системи управління якістю медичного обслуговування; оптимізація мережі і структури закладів і установ охорони здоров'я шляхом концентрації спеціалізованих послуг; створення єдиного медичного простору незалежно від підпорядкування та форм власності медичних закладів; створення персоніфікованої системи обліку фінансових потоків; впровадження механізмів референтного ціноутворення та реімбурсації лікарських засобів;

- *кадри* – створення системи безперервного професійного розвитку, приватне медичне страхування, співплатежі для окремих видів медичних послуг; інноваційні джерела (державно-приватне партнерство – ДПП), коли непрофільні функції медичних закладів переводять на аутсорсинг.

Основними завданнями реформи на 2019-2022 рік є: завершити впровадження нових фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на ПМД та впровадити їх на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів); інституційно закріпити «маршрутизацію пацієнта» (візит до лікарів-спеціалістів та інші послуги на безоплатній основі лише за направленням сімейного лікаря); затвердити гарантований пакет медичних послуг, який замінить псевдобезоплатну медицину у поліклініках та лікарнях тощо.

---

В охороні здоров'я України виділяють чотири рівня надання медичної допомоги: екстрена, первинна (ПМД), спеціалізована (ВМД), високоспеціалізована (ТМД) .

Лікарі первинної ланки отримують гарантовану фіксовану оплату за пацієнта на основі капітаційної ставки та набору вікових і географічних коригувальних коефіцієнтів. Сьогодні відмічається тенденція до зростання державних витрат на ПМД. Так, у 2017 році державні витрати на ПМД склали 10,6 % від загальних державних витрат на охорону здоров'я, а у 2019 році - 14,6 %, що свідчить про зацікавленість уряду України в удосконаленні цієї ланки. Стаціонарні послуги оплачуються через діагностично-споріднені групи та глобальні бюджети.

## **6.2. Особливості фінансування первинної медичної допомоги**

Передумовою зміни фінансування системи первинної медичної допомоги (надалі – ПМД) з «постатейно-кошторисної» моделі на «капітаційну» стало проведення керівництвом держави з 2017 року низки структурних перебудов, які включали в себе як прийняття відповідних законодавчих актів, так і створення нових інституцій. Основним законодавчим актом, який визначає стратегічний напрям процесу реформування галузі охорони здоров'я в частині зміни її фінансування, є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (надалі – Закон). Розглянемо деякі ключові статті цього документа.

Так, відповідно до абзацу другого частини п'ятої статті 4, «Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету». Слід зауважити, що вперше на законодавчому рівні був прописаний відсоток фінансування галузі охорони здоров'я, виходячи з величини валового внутрішнього продукту України. До цього часу у медичному законодавстві (ст. 12 Закону України «Основи законодавства України

про охорону здоров'я») існує норматив, за яким «Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу».

Статтею 7 Закону створюється нова інституція – Уповноважений орган, яким виступає Національна служба здоров'я України (надалі – НСЗУ). Основними функціями НСЗУ є:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

- розроблення проєкту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

- укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;

- забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Більш детально ознайомитись із Положенням про НСЗУ можна з постанови Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України».

Водночас, відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII, та абзацу четвертого Вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», фінансування за програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення НСЗУ передбачено лише для приватних закладів охорони здоров'я, для фізичних осіб-підприємців, автономізованих комунальних некомерційних підприємств, а також казенних підприємств.

---

Вищевказані зміни в законодавстві щодо перетворення закладів охорони здоров'я державної власності в казенні підприємства, а закладів охорони здоров'я комунальної власності в комунальні некомерційні підприємства внесені для усунення протиріч, що можуть виникнути, виходячи зі статті 49 Конституції України «...У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно».

Відповідно до статті 10 Закону, «Для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. До тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є єдиними для всієї території України. Тарифи можуть встановлюватися, зокрема, як:

- глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;
- капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта;
- ставки на пролікований випадок;
- ставки на медичну послугу;
- ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг.

Тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень».

Але Закон лише визначає стратегічний напрям змін – необхідне обов'язкове запровадження механізму реалізації задекларованих положень. Наступним законодавчим актом, який нами буде розглянутий, є постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році». Зауважимо, що відповідна постанова оновлюється щороку, бо є тісно пов'язаною із Законом України «Про Державний бюджет України».

Порядок укладання декларацій з лікарем ПМД детально прописаний у наказі МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

---

Отже, нами наведені основні законодавчі акти, які реалізують процес фінансування системи первинної медичної допомоги за новими умовами.

Наступним постає питання – за яких умов Уповноважений орган (НСЗУ, замовник медичних послуг) укладе договір про медичне обслуговування населення з надавачем ПМД?

Отже, основними умовами, за яких НСЗУ укладе договір про медичне обслуговування населення з надавачем ПМД є такі:

- автономізація;
- комп'ютеризація;
- підключення до електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ).

Автономізація передбачає реорганізацію (перетворення) закладу охорони здоров'я – бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство відповідно до статті 78 Господарського Кодексу України. Рішення щодо реорганізації приймається власником (місцевими радами або об'єднаними територіальними громадами). Майно комунального некомерційного підприємства перебуває у комунальній власності і закріплюється за таким підприємством на праві оперативного управління. Дуже важливим є зміна статусу підприємства з «розпорядника коштів» на «отримувача коштів», що дозволяє перехід з постатейно-кошторисного фінансування до фінансування «глобальним бюджетом» відповідно до складеного фінансового плану. Необхідно зазначити, що згідно з Податковим Кодексом України комунальне некомерційне підприємство не є платником податку та його доходи використовуються виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її установчими документами.

Наступною умовою є забезпечення закладу автоматизованими робочими місцями, проведення мережі Internet з високою пропускнуною спроможністю та навчання персоналу навичкам роботи з комп'ютерною технікою.

І, нарешті, надавач ПМД повинен бути підключений до ЕСОЗ за допомогою будь-якої медичної інформаційної (інформаційно-комунікаційної) системи (МІС). З переліком офіційно авторизованих МІС можна ознайомитись на сайті ДП «Електронне здоров'я». Саме завдяки МІС інформація щодо наданих послуг надавачем ПМД щомісяця передається в ЕСОЗ, а в подальшому аналізується НСЗУ.

---

Після цього НСЗУ щомісяця проводиться оплата за фактично надані послуги шляхом перерахунку коштів на банківський рахунок закладу. Більш детальну інформацію щодо договорів за програмою медичних гарантій містить постанова Кабінету Міністрів України «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій».

Хоча дохід надавача ПМД від фінансування НСЗУ за договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є основним, не слід забувати й про інші, дозволені законодавством, шляхи отримання додаткового фінансування, а саме:

- Цільові програми національного та регіонального рівня;
- Програми з бюджету громади;
- Платні послуги;
- Добровинні внески;
- Гранти тощо.



### 6.3. Фінансування вторинної та третинної медичної допомоги

Сучасний стан економіки України характеризується стрімким розвитком процесів інтеграції та глобалізації, які обумовлюють реформування у всіх сферах суспільного життя. Значною мірою це стосується і сфери охорони здоров'я, яка формує індивідуальні цінності людини та є основою для збільшення тривалості життя українців. В результаті ключовими аспектами є сучасні підходи до фінансування закладів охорони здоров'я та забезпечення доступності медичних послуг для кожної людини.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом.

Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, призначені на охорону здоров'я, використовуються, зокрема, для забезпечення медичної допомоги населенню, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень у цій сфері [25].

Медична допомога надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення [25].

Протягом багатьох років основною формою бюджетного фінансування видатків системи охорони здоров'я в Україні було кошторисне фінансування.

**Кошторис** – основний плановий фінансовий документ бюджетної установи, яким на бюджетний період встановлюються повноваження щодо отримання надходжень і розподіл бюджетних асигнувань на взяття бюджетних зобов'язань та здійснення платежів для виконання бюджетною установою своїх функцій та досягнення результатів, визначених відповідно до бюджетних призначень [26].

Нормативи витрачання коштів, затверджені Міністерством охорони здоров'я України, чітко визначали структуру фінансування

окремих лікарень. Особливість такої форми фінансування полягає у відсутності стимулів щодо підвищення ефективності використання ресурсів, оскільки обсяги державного фінансування не залежать від результатів діяльності закладу охорони здоров'я.

Нова модель фінансування системи охорони здоров'я передбачає перехід від фінансування кошторисів закладів охорони здоров'я, розрахованих, виходячи з необхідності утримання наявної інфраструктури цих закладів, до оплати результатів діяльності цих закладів як автономних суб'єктів господарської діяльності

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII визначено основні засади оплати надання медичних послуг програмою медичних гарантій.

**Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій)** – програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [27].

Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, пов'язані з наданням за принципом екстериторіальності:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

**Пакет медичних послуг** – перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює НСЗУ згідно з договором [28].

НСЗУ в межах програми медичних гарантій укладає договори про медичне обслуговування населення щодо надання медичних послуг

---

за програмою медичних гарантій, крім медичних послуг, включених до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» [28].

Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення в Україні затверджується щорічно на державному рівні та поширюється на всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій із НСЗУ (далі – договір), а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлею лікарськими засобами, які уклали договір про реімбурсацію із НСЗУ [28].

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, для оплати діяльності (відшкодування пов'язаних з нею витрат) постачальників застосовуються різні підходи, а саме:

- глобальні ставки;
- капітаційні ставки;
- ставки на пролікований випадок;
- ставки на медичну послугу;

ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг [27].

Капітаційні ставки встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта. Такий метод фінансування застосовується для фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та уклали відповідну угоду сНСЗУ.

**Глобальні ставки (або глобальний бюджет)** – метод фінансування, що орієнтований на результати діяльності, і при якому внаслідок переговорів та укладання договорів про медичне обслуговування населення заклад охорони здоров'я отримує від фінансуючої сторони фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг медичних послуг належної якості відповідно до прогнозованої

---

специфіки та рівня інтенсивності медичного обслуговування. Такий підхід застосовується як для фінансування постачальників первинної медичної допомоги, так і спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Глобальний бюджет застосовується як самостійний метод фінансування або у комбінації з іншими методами.

Оплата постачальників медичних послуг за методом глобальний бюджет передбачає наступне:

- заклади охорони здоров'я отримують фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт, виплати за яким здійснюються щомісяця;

- обсяг та специфікація робіт і обсяг фінансування визначаються наперед під час переговорів;

- свобода менеджменту дозволяє закладам охорони здоров'я спрямовувати ресурси в рамках виробничих процесів на ті напрями, які вони вважатимуть найбільш ефективними;

- рівень оплати закладам охорони здоров'я не залежить від кількості ліжок та/чи наявної потужності та інфраструктури, а лише від результатів діяльності.

**Оплата за медичну послугу** – метод оплати, за яким надавач отримує фінансування за надану пацієнту окрему медичну послугу, інформацію про яку внесено в електронну систему охорони здоров'я. Одиницею оплати виступає, власне, окрема послуга. Такий метод оплати застосовується для оплати кожної наданої медичної послуги, наприклад, послуги інструментальної діагностики для раннього виявлення новоутворень.

Розрахунок бюджету закладу охорони здоров'я при застосуванні методу оплати за медичну послугу передбачає наявність таких вхідних даних:

- ставка на медичну послугу;
- кількість фактично наданих послуг за відповідний період.

Відповідно, бюджет закладу охорони здоров'я при застосуванні методу оплати за медичну послугу розраховується як добуток фактичної кількості наданих медичних послуг та ставки на медичну послугу.

Метод фінансування за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг передбачає певні виплати за досягнення закладом позитивних результатів. Цей метод фінансування дозволяє фінансово заохочувати

заклади та команди медичних працівників досягати позитивних результатів у наданні послуг. Застосування такого методу вимагає збору досить детальної інформації щодо надання медичних послуг, а також ретельного моніторингу. Його зазвичай використовують після того, як система уже стабільно працює за сучасними методами оплати тривалий час.

Фінансування постачальників спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги залежно від виду послуг здійснюватиметься на основі оплати з розрахунку на одного громадянина за медичну послугу чи оплати за пролікований випадок.

Для оплати діяльності постачальників стаціонарної медичної допомоги передбачено застосування методу фінансування на основі оплати за пролікований випадок із розподілом за діагностично-спорідненими групами.

*Пролікований випадок* – комплекс наданих медичних послуг пацієнту, у разі потреби цілодобового лікарського нагляду, за умови його госпіталізації до стаціонару на одну добу або на більший строк для профілактики та/або діагностики, та/або лікування, та/або медичної реабілітації, що завершується вибуттям пацієнта із стаціонару (у тому числі у разі смерті в стаціонарних умовах протягом 24 годин з моменту госпіталізації за умови документального підтвердження таких випадків) [28].

*Діагностично-споріднена група* – група клінічних випадків, що характеризуються схожими (пов'язаними за діагнозами) клінічними станами та подібною інтенсивністю використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в умовах стаціонару [28].

Сутність методу фінансування за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи полягає в тому, що оплата послуг закладу охорони здоров'я здійснюється на основі діагнозу пацієнта.

Система ДСГ призначена для вимірювання результатів роботи закладів охорони здоров'я шляхом віднесення випадків госпіталізації до клінічно інформативних і ресурсно однорідних груп на основі клінічних і вартісних характеристик [29].

З клінічної точки зору ДСГ, як правило, вказують на важкість стану пацієнта, а складність розглядається як прийняття до уваги пацієнтів, які перебувають у важкому, більш ускладненому стані з

точки зору складності лікування і мають більший ризик смерті, що потребує додаткових медичних втручань і ресурсів [29].

Класифікації діагностично-споріднених груп було розроблено близько 1975 року командою Єльського університету, головним чином для використання невеликою кількістю закладів охорони здоров'я у штаті Нова Англія, США. Класифікацію ДСГ було розроблено, в першу чергу, щоб допомогти керівництву закладів охорони здоров'я визначити проблеми управління виробничою діяльністю [29].

Основні типи ДСГ, що використовуються сьогодні, описані в табл 6.1.

Таблиця 6.1

### Міжнародні типи ДСГ

Одиниця ДСГ	Австралійські ДСГ	Австралійські покращені ДСГ	Німецькі ДСГ**	GHM	ДСГ Північної Європи	Угорські ДСГ	JPG
Країни, де використовуються ДСГ	США, Іспанія, Португалія	Австралія, Ірландія, Хорватія, Румунія, Молдова, Сербія, Македонія, Чорногорія, Боснія і Герцеговина, Катар	Німеччина, Швейцарія, Словаччина	Франція	Швеція, Фінляндія, Естонія, Норвегія	Англія	Польща
Кількість груп	679	803	1200	2297	794	1389	518
Кількість основних діагностичних категорій (ОДК)	25	24	26	8	28	23	16

Кожен тип відрізняється кількістю діагностично-споріднених класів, у які об'єднано пацієнтів – кількість варіюється від 600 до понад 2000 груп ДСГ.

Розрахунок бюджету закладу охорони здоров'я для надання невідкладної стаціонарної допомоги виконується з використанням даних, створених у системі ДСГ, і передбачає наявність наступних вхідних даних:

- кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідною діагностично-спорідненою групою;

- базова ставка – середня вартість медичної послуги, що розрахована як співвідношення обсягу бюджетних коштів та прогнозованої кількості медичних послуг за відповідним напрямом;

- ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи – коригувальний коефіцієнт, що враховує характеристики складності пролікованих випадків та інтенсивність використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в рамках однієї діагностично-спорідненої групи відносно загальної середньої вартості профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації клінічного випадку в умовах стаціонару;

- індекс структури випадків – середньозважене значення всіх вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп за всіма пролікованими випадками за відповідний період [28].

Фактична вартість медичних послуг за місяць розраховується як сума глобальної ставки на місяць з урахуванням відповідного коригувального коефіцієнта частки застосування глобальної ставки та добутку загальної фактичної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично-спорідненою групою протягом місяця, базової ставки, фактичного індексу структури випадків, коефіцієнта збалансованості бюджету та інших коефіцієнтів, що застосовуються у відповідному періоді [28].

Розрахунок фактичної суми оплати за проліковані випадки за місяць здійснюється за формулою:

$$\text{drg}_i = \text{Cases} \times \text{BR} \times \text{CMI} \times \text{PPD}, \quad (6.1.)$$

де  $\text{drg}_i$  – фактична сума оплати за проліковані випадки у відповідному місяці;

Cases – фактична кількість пролікованих випадків у відповідному місяці;

BR – базова ставка за пролікований випадок;

CMI – фактичний індекс структури випадків у відповідному місяці;

PPD – коефіцієнт частки застосування ставки на пролікований випадок у відповідному місяці.

Фактичний індекс структури випадків для відповідного надавача медичних послуг розраховується за формулою:

$$CMI_{fact} = \frac{\sum Cases_{facti} \times RW_i}{Cases_{fact}}, \quad (6.2.)$$

де  $CMI_{fact}$  – фактичний індекс структури випадків для відповідного надавача медичних послуг;

$Cases_{facti}$  – фактична кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідною діагностично-спорідненою групою;

$RW_i$  – ваговий коефіцієнт за відповідною діагностично-спорідненою групою;

$Cases_{fact}$  – загальна фактична кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг [28].

Головною вимогою для впровадження нової моделі оплати праці на основі ДСГ є управління бюджетом і контроль витрат. Метод, який часто використовується для досягнення цієї мети, полягає в обмеженні загальних витрат закладу охорони здоров'я і розподілі окремих бюджетів закладів охорони здоров'я за «частковим» принципом. Згідно з цим принципом, заклади охорони здоров'я отримують частку від загального бюджету відповідно до результатів їхньої роботи, що оцінюються за допомогою результатів, зважених на ДСГ.

Таким чином, запровадження сучасних методів фінансування закладів охорони здоров'я має забезпечувати збалансування системи доходів та витрат і формувати у постачальників стимули щодо поліпшення якості та економічної ефективності медичних послуг. Проте впровадження такої методології оплати є складним і тривалим процесом, його реалізація потребує відповідної підготовки різних категорій працівників сфери охорони здоров'я.

### ***Питання для самоконтролю:***

1. Охарактеризуйте Національну систему охорони здоров'я України, її модель, основні джерела фінансування.
2. Дайте визначення приватному медичному страхуванню (ДМС) у фінансуванні сфери охорони здоров'я в країнах ЄС.
3. Сформулюйте певні ознаки різних моделей систем охорони здоров'я відповідно до фінансування.



4. Визначте особливості моделі фінансування охорони здоров'я Беверіджа і Бісмарка, які мають спільні риси.

5. Назвіть особливості приватної моделі фінансування сфери охорони здоров'я США.

6. Яким Законом України та яким підзаконним актом декларується та реалізується механізм фінансування системи ПМД?

7. З чого складається тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги?

8. Що таке оптимальний обсяг практики ПМД (ліміт)?

9. Лікарі яких спеціальностей надають ПМД та які їхні ліміти укладених декларацій?

10. Які основні умови, за яких НСЗУ укладе договір про медичне обслуговування населення з надавачем ПМД?

11. В чому полягає сутність методу оплати «глобальний бюджет»?

12. Назвіть відмінності методу оплати «за медичну послугу» та методу оплати «за пролікований випадок із розподілом за діагностично-спорідненими групами».

### ***Література:***

1. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019 рр. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку [Елек.ресурс] [www.euro.who.int/-data/assets/pdf-file/0019/425341/WHO-WB-Joint-Report-UKR-Summary-Web.pdf](http://www.euro.who.int/-data/assets/pdf-file/0019/425341/WHO-WB-Joint-Report-UKR-Summary-Web.pdf)].

2. Deloitte 2019 Global Health Care outlook shaping the future. Прогноз тенденцій розвитку світової галузі охорони здоров'я в 2019 році [Елек. режим]: [Uzn2010-2-15.pdf](http://Uzn2010-2-15.pdf)]

3. [Елек.ресурс]: <http://www.apteka.ua/article/442558#:~:text=расходы%20оздравоохранение%20на%20душу.дол.>].

3. [Елек. режим] International Profiles Health Care systems, 2014; London School of Economics and Political Science, The Commonwealth Fund, January. 2015 .

4. Historical Tables. U.S. Government Printing Office Access: [Елек. режим]: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BUDGET-2011-TAB/contentdetail.html>].

---

5. [Елек. ресурс]:<http://www.who.int/ru/news-room/detail/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pocket>, 20.02.2019, Женева.

6. Камінська Т. М. Тенденції розвитку охорони здоров'я в постіндустріальній економіці [Елек. ресурс]: 4Д6963726F736F667420576F7264202D20CAEOECB3EDF1F.

7. Кузнецов И. В. Зарубежный опыт государственно-частного партнерства (США, Европа, Канада)// Экономические науки, 2012.- №8(93).- С.196-201.

8. Kutzin J. Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения: стратегические документы по вопросам финансирования здравоохранения / J. Kutzin; отдел поддержки систем здравоохранения в странах ВООЗ.-Женева, 2008.- с.12.

9. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения: науч. изд. /S. Tomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. -Копенгаген: ВООЗ, 2010. - С. 28-(Серия исследований обсерватории; вып.17).

10. Москаленко В. Ф. Системы здравоохранения: современный контекст. – К.: «Книга-плюс», 2012.- 126 с.

11. Моссиалос Э. Томсон С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза. – М. Весь Мир, 2006. – 224 с.

12. OECD (2014). Health at a glance:Europe 2014. London. Organisation for Economic Co-operation and Development.URL.:<http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-23053088>.

13.[Елек. ресурс]: Organization for Economic Co-operation and Development. 2014. Stat(database.DOI:10.1787/data-00285-en].

14. [Елек. ресурс]:[http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en/2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_137407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en/2649_37407_2085200_1_1_137407,00.html)].

---

15. Зурке М. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития в странах Восточной Европы и Центральной Азии, Европейская обсерватория гл системам и политике здравоохранения, Знание.- 2008. -274 с.

16. [Елек. ресурс]:WHO RegionalOffice for Eurohe(2015).European Health for all database(Hfa-DB)[offline database]September2015 edition.Copenhagen,WHO Regional office for Europe.].

17. Дудник В. Ю. Модели развития системы здравоохранения:мировой опыт (обзор литературы)//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2016. - №3, ч.1.-С.60-64;URL.:<https://applied-research.ru/ru/article/view?id=8671>].

18. OECD. Healthdata 2011, 2012, 2013. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.2013.URL.:<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>].

19. Busse R.,Blummel M. Germany:Health System Review:Health Systems in Transition.2014616(2):1-296.URL.:[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf.ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf.ua=1) .

20. Global Competitiveness index2017-2018 Ranking [Елек. Ресурc]:<http://www3.weforumorg/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf>.

21. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень/Держстат/України [www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2017/bl\\_nroz15.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/bl_nroz15.zip)].

22. Витрати і ресурси домогосподарств України у 2016 р./Держстат України [www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2017/zb\\_vrdu2016pdf.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/zb_vrdu2016pdf.zip).

23.Максимова Л. В., Омельяновский В. В., Сура М. В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран:международный опыт//Медицинские технологии. Оценка и выбор, 2014, №1. - С.37-45

---

[Елек. ресурс]:analiz-sistem-zdravoohranenia-vedushih-zarubejn-h-stran%20(1).pdf.

24. [http://www.apteka.ua/article/433151\(2020\)](http://www.apteka.ua/article/433151(2020)) Реформа здравоохранения:какая модель финансирования выбрана для Украины ?

25. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

26. Бюджетний кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>.

27. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws>.

28. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2021 р. № 133 Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року.

29. Посібник з українських ДСГ.-17с.

30. Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 02.03.2015 №205 «Про затвердження Порядку складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки» URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0300-15>.

31. Податковий Кодекс України від 2 грудня 2010 року № 2755-VI.URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>.

---

## **РОЗДІЛ VII**

### **ЦІНОУТВОРЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*7.1. Особливості ціноутворення в сфері охорони здоров'я.*

*7.2. Сутність, принципи та функції ціноутворення. Складові ціни, рентабельність медичної послуги.*

*7.3. Загальна класифікація та характеристика витрат на медичні послуги.*

*7.4. Метод покрокового розподілу витрат «зверху донизу» у формуванні вартості медичних послуг.*

#### **7.1. Особливості ціноутворення в сфері охорони здоров'я**

Медична реформа в Україні впроваджує поняття гарантованого пакету медичної допомоги, який отримав назву «Програма медичних гарантій».

Програма медичних гарантій – це офіційний перелік та обсяг медичних послуг та ліків, що гарантуються державою населенню та оплачуються з державного бюджету на основі встановлених на визначений період єдиних національних тарифів.

Такий гарантований пакет медичних послуг переглядатиметься щороку та публікуватиметься у відкритому доступі.

Ціни на послуги, що надаються медичними закладами в межах державної «Програми медичних гарантій», розраховуються централізовано на основі «Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування», яка була затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року за № 1075.

Методика визначає методологію та порядок обліку фактичних витрат закладів охорони здоров'я, які виникають у зв'язку з наданням послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та враховуються під час здійснення розрахунків єдиних тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги.

Розрахунок єдиних тарифів та коригувальних коефіцієнтів провадить єдиний національний замовник на ринку медичних послуг – Національна служба здоров'я України (НСЗУ). На НСЗУ покладено функції планування та закупівлі медичних послуг для громадян. Для

---

цього дана інституція разом із Міністерством охорони здоров'я України напряму контракуватиме медичні заклади.

У 2018 році такий механізм запроваджено в Україні на рівні первинної медичної допомоги. Для чого медичні заклади, що відносяться до первинної ланки, змінили статус розпорядників бюджетних коштів на статус одержувачів бюджетних коштів та уклали договори с НСЗУ щодо фінансування надання медичних послуг.

Починаючи з 2019 року, в країні поступово автономізовані усі заклади охорони здоров'я на вторинному та третинному рівні, які також стали комунальними некомерційними підприємствами та одержувачами бюджетних коштів.

Таким чином, усі витрати надавачів медичної допомоги, пов'язані із наданням медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги, відшкодовуються НСЗУ в межах тарифів, встановлених на основі розрахунків, проведених референтними закладами охорони здоров'я з використанням «Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування».

Оплата медичних послуг за «Програмою медичних гарантій» передбачає можливість застосування п'яти типів тарифів.

Перший тип тарифу – це капітаційна ставка. Використовується для оплати первинної медичної допомоги.

Капітаційна ставка означає оплату за обслуговування однієї людини протягом календарного року, тобто *Per capita*. Тариф сплачується за готовність лікарні/лікаря надати допомогу пацієнту, а, отже, не важливо – чи буде людина звертатись за оплаченою медичною допомогою. Цей тариф може також застосовуватися для оплати лікування осіб із певним визначеним захворюванням. В такому випадку НСЗУ оплачує лікувальному закладу за кожного такого пацієнта фіксовану суму за визначений період часу.

Другий тип тарифу – це тариф (ставка) за пролікований випадок або оплата за діагностично-спорідненими групами (оплата за ДСГ/DRG – ці терміни є синонімами). Суть ДСГ тарифу полягає в тому, що держава платить медичному закладу за комплекс послуг, що були надані пацієнту, а не оплачує кожену послугу окремо. Тариф використовується для оплати стаціонарного лікування.

Третій тип тарифу – це ставка на окрему медичну послугу. Такий тариф застосовується переважно на вторинному рівні медичної допомоги для оплати кожної окремо наданої медичної послуги.

Четвертий тип тарифу – це глобальний бюджет або глобальна ставка. Такий тип тарифу розраховується на основі інших тарифів: капітаційної ставки, ставки за пролікований випадок, ставки за надану послугу. Глобальна ставка визначається як добуток запланованої кількості послуг і тарифів для їх оплати протягом визначеного періоду часу (найчастіше – календарного року). Заклад звітує НСЗУ про свою роботу по кожній наданій послугі чи здійсненій госпіталізації.

П'ятий тип тарифу – це ставка за підсумками виконання укладених договорів про медичне обслуговування. Такий тип тарифу забезпечує найбільш стабільне фінансування закладів охорони здоров'я. Даний тариф виплачується за досягнення медичним закладом позитивних результатів. Він дозволяє фінансово заохочувати заклади та колективи медичних працівників досягати позитивних результатів у наданні послуг. Складністю застосування є те, що такий тип тарифу вимагає ретельного збору інформації щодо надання медичних послуг, а також постійного моніторингу. Його почали використовувати після того, як медична система почала працювати за новими методами оплати. У 2020 році в межах Програми медичних гарантій цей тариф ще не застосовувався [8].

У табл. 7.1 наведено інформацію щодо тарифів на оплату медичних послуг в межах «Програми медичних гарантій» та показані одиниці оплати, що застосовуються до них.

Таблиця 7.1

### Тарифи на медичні послуги та застосовувані одиниці оплати

Тариф	Одиниця оплати
Капітаційна ставка	одна людина
Ставка за пролікований випадок (ДСГ)	одна госпіталізація
Ставка на медичну послугу	одна надана послуга
Глобальна ставка	робота закладу відповідно до умов договору
Ставка за результатами виконання договорів	досягнення визначених показників у наданні медичних послуг

Витрати медичних закладів за надані медичні послуги та лікарські засоби, які не входять до гарантованого державою пакету

---

медичної допомоги, будуть відшкодовуватись самими пацієнтами в повному обсязі або прямою оплатою на рахунок медичної установи, або через страхові компанії та пропонувані ними програми добровільного медичного страхування.

Ціни на платні послуги, які не входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги та не покриваються бюджетним фінансуванням, встановлюються медичними закладами на загальних засадах відповідно до положень Закону України «Про ціни та ціноутворення», Податкового кодексу України, інших нормативно-правових актів, на підставі яких визначається повна собівартість медичної послуги.

Повноваження щодо встановлення та затвердження тарифів на платні послуги надано територіальним громадам.

Тарифи на платні медичні послуги формуються медичним закладом на основі нормативно-витратного методу на підставі державних і галузевих норм оплати праці, норм витрат часу, норм використання матеріальних ресурсів, цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення та витрат, пов'язаних з управлінням і обслуговуванням закладу тощо. Відповідно до неприбуткового статусу КНП медичної сфери, прибуток до складу цих тарифів не входить.

Економічне обґрунтування тарифів на платні медичні послуги провадиться на кожну послугу окремо. Кошти, які медичні заклади отримують від надання платних послуг, мають використовуватись на заходи, пов'язані з організацією надання послуг та покращення матеріально-технічної бази закладів.

Коли комунальні неприбуткові медичні заклади надають населенню платні медичні послуги за межами «Програми медичних гарантій», це має сприяти надходженню додаткових фінансових коштів з інших джерел фінансування та підсилувати позиції таких закладів у конкуренції з недержавним сектором охорони здоров'я.

Для цього комунальні неприбуткові підприємства повинні використовувати новітні досягнення медичної науки і практики для успішного вирішення проблем діагностики, профілактики та лікування виявлених захворювань. Додаткові кошти, отримувані від надання платних послуг, необхідні також для підвищення кваліфікації персоналу, поліпшення рівня матеріально-технічного забезпечення та інших показників, які є базисом надання якісних послуг населенню.



Платні медичні послуги є важливим джерелом отримання медичним закладом додаткових коштів для власного розвитку.

Приватні медичні заклади при наданні медичних послуг населенню встановлюють ціни на послуги, спираючись на вимоги ринку, внутрішні можливості та чинники медичного закладу, та не зазнають державного регулювання в цьому питанні.

На рис. 7.1. представлена узагальнена інформація щодо підходів до ціноутворення в медичних закладах з різними формами власності та різними підходами до фінансування.



Рис. 7.1. Підходи до встановлення цін на медичні послуги

Таким чином, головною особливістю ціноутворення в сфері охорони здоров'я є те, що значна частка медичних закладів існує у формі комунальних неприбуткових підприємств (КНП) і надає послуги за тарифами, встановленими на державному рівні. Для КНП також існують обмеження з визначення цін на платні послуги, які надаються поза межами державної «Програми медичних гарантій». І лише приватні медичні заклади в процесі ціноутворення керуються економічними законами вільного ринку.

## 7.2. Сутність, принципи та функції ціноутворення. Складові ціни, рентабельність медичної послуги

Ціна є економічною категорією, від якої залежить ефективність діяльності медичного закладу. Процес визначення ціни медичної послуги називається ціноутворенням.

**Ціноутворення** – це установлення ціни, процес вибору остаточної ціни залежно від собівартості послуги, цін конкурентів, співвідношення попиту та пропозиції й інших факторів [9].

Ринкове ціноутворення відбувається на загальних об'єктивних і суб'єктивних законах, які діють у суспільстві. Це закони вартості, попиту, пропозиції, товарно-грошового обігу, корисності благ. Вони визначають особливості ціноутворення будь-якого суб'єкта ринкової економіки.

Процес ціноутворення здійснюється на основі методології, тобто сукупності загальних принципів, правил, методів розробки ціни, формування концепції ціноутворення, визначення системи цін у державі. Для визначення доцільного для медичного закладу рівня цін застосовуються спеціальні, науково обгрунтовані методи ціноутворення.

**Метод ціноутворення** – метод розрахунку ціни товару (послуги) з урахуванням витрат виробництва, середнього прибутку, а також з урахуванням попиту й пропозиції.

**Найбільш уживаними методами ціноутворення є:**

- метод повних витрат;
- метод граничних витрат;
- метод прямих витрат;
- метод визначення ціни на базі стандартних витрат виробництва;
- метод цільової норми прибутку.

Методологія процесу ціноутворення є єдиною для будь-якої системи незалежно від того, хто їх встановлює, від терміну дії чи сфери діяльності підприємства. На основі методології розроблюється політика та стратегії ціноутворення.

Найважливішим елементом методології ціноутворення є принципи ціноутворення. У загальному вигляді це постійно діючі положення, що характерні для системи цін і є основою її створення.

Вирізняють такі основні принципи ціноутворення (табл. 7.2).

Таблиця 7.2

### Принципи ціноутворення

Принцип	Змістове наповнення принципу
Науковість	При визначенні ціни медичної послуги потрібно використовувати діючі в суспільстві закони розвитку економіки та особливості їхньої дії залежно від часу, а також зовнішніх і внутрішніх чинників. Встановленню ціни має передувати глибокий науковий аналіз кон'юнктури ринку медичних послуг та всіх його чинників, чинного законодавства, технології надання послуги та можливостей її зміни, прогнози змін рівня цін на робочу силу та матеріальні та інші ресурси. Застосування цього принципу передбачає наявність достатньої інформації стосовно економічної ситуації, зовнішнього та внутрішнього середовища медичного закладу.
Цільова спрямованість	Встановлюючи ціну на медичну послугу, медичний заклад слідє визначеній ціновій політиці і стратегії. Рівень цін має стимулювати розвиток медичного закладу.
Безперервність	Ціна на медичну послугу відштовхується від раніше встановлених цін та трансформується відповідно до зміни медичної послуги із часом.
Єдність процесу ціноутворення	Передбачає контроль за ціноутворенням, що проваджується державними органами. Контроль щодо медичних послуг здійснюється й в умовах вільної, ринкової економіки, оскільки вони мають високе соціально-економічне значення для населення.

Вірно визначена ціна є важливим ринковим інструментом і виконує цілий ряд специфічних функцій, через які виявляється її економічна сутність (рис. 7.2).

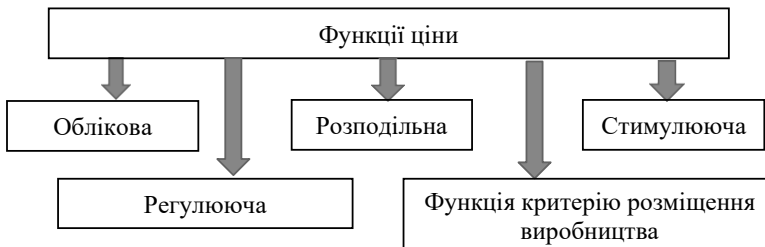


Рис. 7.2. Функції ціни в ринковій економіці

---

Виконуючи *облікову функцію*, ціна визначає вартість праці, лікарських засобів, матеріальних та інших ресурсів, які використовувались для надання медичної послуги. До складу ціни, якщо це приватний медичний заклад, крім витрат на надання послуги, входить і певний розмір прибутку.

Медичні заклади у формі КНП отримують оплату за надані медичні послуги від НСЗУ в розмірі встановлених державою тарифів, які відображають суспільно необхідні витрати на надання медичної послуги, розраховані шляхом обліку діяльності референтних медичних закладів.

Таким чином, *специфіка ринку медичних послуг* полягає у тому, що держава встановлює ціни на медичні послуги, що надаються населенню в межах «Програми медичних гарантій». Для інших медичних закладів, які не беруть участі у «Програмі...», встановлений державою рівень тарифів на медичні послуги стає певним орієнтиром для визначення своїх цін.

Чим більшою буде державна частка ринку, тим більше буде впливати на загальний рівень цін на медичні послуги саме державний рівень тарифів. В медичній галузі, коли йдеться про «державну» частку ринку, на відміну від інших галузей економіки, ведеться не про право власності на підприємство (медичний заклад), а про участь медичного закладу у державній Програмі медичних гарантій. Тобто – про особливості фінансування діяльності такого медичного закладу.

*Стимулююча функція ціни* знаходить прояв у впливі на виробництво та споживання різних видів медичних послуг. В деяких джерелах вона ще має назву «функція балансування попиту та пропозиції».

Відносно вартості ціна на медичні послуги може формуватися таким чином, а саме:

*Ціна (тариф) перевищує вартість.* Це розширений вид відтворення витрат і наявний прибуток, що дає можливість додатково стимулювати труд медичного персоналу задля підвищення якості медичних послуг і поліпшення клінічних результатів лікування, а також спрямовувати кошти на впровадження новітніх технологій, розширення виробництва медичних послуг, зміцнення фінансової стійкості медичного закладу та підвищення конкурентоспроможності медичного закладу.

Для медичного закладу у форму КНП тариф, що більший за вартість медичної послуги, означає, що заклад отримує так звану «винагороду за ефективність», яка в інших умовах була б названа прибутком.

*Ціна (тариф) відповідає вартості* – це простий тип відтворення витрат, коли прибуток відсутній. При цьому відшкодовуються лише вартісні витрати, що забезпечує стабільний режим діяльності медичного закладу. Отримуваного тарифу достатньо для повного покриття витрат лікарні на надання медичних послуг населенню.

*Ціна (тариф) нижча за вартість*. Це не повне відтворення вартісних витрат, що негативно позначається на діяльності медичного закладу і може призводити до погіршення якості медичних послуг, до скорочення обсягів виробництва послуг, до погіршення конкурентоздатності і платоспроможності суб'єкта медичної діяльності.

Дуже важлива роль держави при формуванні тарифів на медичні послуги полягає у тому, що вона має, по-перше, створити ринкове середовище із надавачів медичних послуг, які покривали б існуючі потреби населення у захисті здоров'я. І, по-друге, створювати для медичних закладів можливість для надання платних послуг на ринкових умовах, коли бажані могли б оплатити їх по ринкових цінах, забезпечуючих медичним закладам бажаний рівень цін і прибутків. Тут йдеться про медичні послуги, пов'язані із станом здоров'я, не критичним для пацієнта. Перелік таких послуг визначений у відповідних нормативних актах [10].

Частину попиту на медичні послуги в межах Програми медичних гарантій має врівноважувати держава. Інший попит мають задовольнити платні медичні послуги від комунальних медичних закладів та послуги, що надають приватні медичні клініки.

***Розподільна функція ціни*** на медичні послуги має дещо обмежений характер у порівнянні із тією, що виконується в інших галузях економіки.

В ринкових умовах, у сферах, крім медичної, ця функція пов'язана з можливістю відхилення ціни від вартості під впливом різноманітних чинників. Зміни у рівнях цін сприяють розподілу й перерозподілу національного доходу між галузями та секторами економіки, підприємствами різних форм власності, регіонами,

---

фондами нагромадження і споживання та різними соціальними групами населення.

В медичній галузі кошти, що виділяються на фінансування медицини, а, отже, – визначення цін (тарифів) на медичні послуги, складають певний відсоток від ВВП країни. І далі вже розподіляються на умовах пропорційності витраченим ресурсам.

Таким чином, розподільна функція ціни в медицині реалізується через використання регульованих тарифів у межах «Програми державних медичних гарантій».

**Вимірювальна функція ціни** медичної послуги полягає у тому, що вона визначає кількість грошей, що сплачуються державою (в межах «Програми медичних гарантій») чи пацієнтом (поза межами «Програми») й отримуються медичним закладом за одиницю послуги. Завдяки цій функції ціни можна виміряти, визначити кількість коштів, що отримувач послуги має сплатити, а надавач – одержати за надану послугу. Знаючи ціни різних послуг і кількість послуг, що надаються, можна визначити величину тарифу за надані медичні послуги. Знаючи ринкову ціну робочої сили, можна визначити розмір зарплати у медичному закладі. Співставляючи ціни різних медичних послуг, можна їх диференціювати як дорогі чи дешеві. Якщо ціни враховують корисність, то за їхнім співвідношенням можна порівнювати корисності різних послуг. Таким чином ціна виконує вимірювальну функцію, за допомогою якої зіставляються ресурсні витрати на надання послуг та їхню корисність при вирішенні тих чи інших медичних завдань.

**Функція ціни як критерію раціонального розміщення закладів охорони здоров'я** виявляється в тому, що приватні підприємці відкривають медичні заклади в тих місцях, де менша конкуренція, а, отже, – більше можливостей для залучення клієнтів/пацієнтів та отримання більших прибутків. Цьому мають передувати серйозні маркетингові дослідження, вивчення цін вже працюючих медичних закладів та інших ринкових чинників.

Питання розміщення медичних комунальних неприбуткових підприємств вирішуються державою, виходячи з міркувань найбільшої доступності для пацієнтів при оптимальних витратах на надання медичних послуг. Цьому сприяє формування госпітальних округів.

Дефініція поняття *ціна* означає:

1. Ціна – достоїнство, вартість, плата, те, у скільки оцінюють річ або працю, скільки що-небудь коштує, міра на гроші.

2. Ціна – сума, що сплачується при придбанні товару або послуги. Звичайно ціна має грошове вираження.

3. Ціна – грошове вираження вартості товару (послуги); економічна категорія, що служить для непрямого виміру величини витраченого на виробництво товарів (послуг) суспільно необхідного робочого часу.

Ціна медичної послуги може бути розрахована за формулою:

$$Ц = \text{Вартість} + \text{Прибуток}, \quad (7.1)$$

де Ц – ціна медичної послуги, грн.

Вартість – загальна вартість ресурсів, витрачених при наданні медичної послуги, грн.

Прибуток – прибуток, який очікується, грн.

Для КНП, що працює в межах «Програми медичних гарантій», ціна медичної послуги – це визначений державою тариф на її оплату. Тоді формула ціни виглядає наступним чином:

$$\text{Тариф} = \text{Вартість} + \text{Винагорода за ефективність} \quad (7.2)$$

За такою формулою зрозуміло, що ті медичні заклади, які забезпечать високу ефективність надання послуги, отримують грошову винагороду за таку ефективність у вигляді надлишку коштів за підсумками фінансового року.

На основі цін, встановлених на медичні послуги, та обсягів надання цих послуг визначається дохід медичного закладу:

$$\text{Дохід} = Ц * Q; \quad (7.3)$$

де Ц – ціна (тариф) на медичні послуги, грн.

Q – кількість медичних послуг, наданих протягом періоду часу, одиниць.

Ринковою ціною товару (роботи, послуги) визначається ціна, що склалася при взаємодії попиту та пропозиції на ринку ідентичних (а у

разі їхньої відсутності – однорідних) товарів (робіт, послуг) у порівнянних економічних (комерційних) умовах.

При визначенні ринкових цін товарів, робіт або послуг беруться до уваги угоди між особами, що не є взаємозалежними. Угоди між взаємозалежними особами можуть враховуватися тільки в тих випадках, коли взаємозалежність цих осіб не вплинула на результати таких угод.

Ефективність надання медичної послуги визначається за допомогою показника рентабельності.

**Рентабельність** – це показник економічної ефективності надання медичної послуги. Розраховується за формулою:

$$R = \text{Пр} / \text{В} * 100\% \quad (7.4)$$

де: Пр – отримуваний від реалізації медичної послуги прибуток, грн.

В – вартість (собівартість) медичної послуги, грн.

Рентабельність вимірюється у відсотках і показує, скільки копійок прибутку отримує медичний заклад на кожну гривню, вкладену у надання медичної послуги.

Критерієм ефективності є те, що рентабельність медичної послуги має бути більшою за нуль.

В умовах роботи КНП, на основі заданого рівня рентабельності визначається ціна платної медичної послуги. Граничний рівень рентабельності узгоджується керівництвом медзакладу з місцевими органами управління.

На основі заданого рівня рентабельності ціна медичної послуги може бути визначена за формулою:

$$\text{Ціна} = \text{В} + \text{В} * R \quad (7.5)$$

Ця формула використовується для платних медичних послуг, що надаються поза межами Програми медичних гарантій.



### 7.3. Загальна класифікація та характеристика витрат на медичні послуги

**Вартість (собівартість медичної послуги)** – це комплексний економічний показник, який об’єднує в собі витрати уречевленої праці (витрати на спожиті засоби виробництва та живу працю) на надання медичної послуги. Цей показник характеризує економічну ефективність діяльності медичного закладу.

З позиції ціноутворення вартість (собівартість) є нижньою межею встановлення ціни на медичну послугу. Медичний заклад не може встановлювати ціну, нижчу за собівартість, бо інакше він матиме збитки.

В умовах роботи за Програмою медичних гарантій ціни на медичні послуги встановлюються державою у вигляді тарифів. Ефективна робота медичного закладу можлива лише тоді, коли він може забезпечити надання якісної медичної допомоги в межах витрат (собівартості), що не буде перевищувати встановлений тариф.

Вартість (собівартість) медичної послуги є сумою прямих та непрямих витрат:

$$\text{Вартість (собівартість)} = \text{прямі витрати} + \text{непрямі витрати} \quad (7.6)$$

**Прямі витрати** – це витрати, що відносяться безпосередньо до конкретного об’єкта витрат економічно доцільним шляхом (п. 4 П(С)БО 16 «Витрати»).

Склад прямих витрат медичного закладу визначено в П(С)БО 16 «Витрати» та в Методиці, затвердженій Постановою КМУ № 1075, яку можуть використовувати КНП охорони здоров’я (крім референтних закладів, для яких вона обов’язкова). Використання КНП вказаної Методики забезпечує необхідний рівень стандартизації та точності розрахунків.

Згідно з Методикою № 1075, **до обов’язкового переліку прямих витрат** медичного закладу слід віднести:

- витрати на заробітну плату та нарахування, пов’язані з нею;
- витрати на лікарські засоби;
- витрати на технічне забезпечення й обслуговування (поточний ремонт) високоартісного обладнання;

- витрати на оплату комунальних послуг за можливості їх прямого віднесення.

Спираючись на П(С)БО 16 «Витрати», можна визначити, що для медичних закладів:

- до складу прямих матеріальних витрат включають вартість лікарських засобів, перев'язувальних матеріалів, лабораторних реактивів, дезінфікуючих засобів, бланків, медичного інструментарію та інших засобів, використовуваних безпосередньо під час надання медичної послуги. Такі витрати піддаються обліку в кількісному вираженні і їх можна безпосередньо віднести до конкретної медичної послуги;

- до складу прямих витрат на оплату праці включають заробітну плату та інші виплати медичним працівникам, що задіяні у наданні послуг, що можуть бути безпосередньо віднесені до конкретного об'єкта витрат. Ці витрати передбачають основну і додаткову заробітну плату, а також інші заохочувальні та компенсаційні виплати. Їх визначають з урахуванням штатного розпису відділення та конкретного персоналу, що надає платну послугу; норм робочого часу для цього персоналу; витрат робочого часу саме на виконання цієї послуги;

- до складу інших прямих витрат включають всі інші виробничі витрати, які можуть бути безпосередньо віднесені до конкретного об'єкта витрат, зокрема відрахування на соціальні заходи медичних працівників, плата за оренду медичних приміщень, амортизацію медичного устаткування, що застосовують під час надання медичної послуги.

П(С)БО 16 «Витрати» наводить більш повний перелік прямих витрат, ніж Методика, тож більш зручно і доцільно дотримуватися саме його вимог.

До непрямих витрат медичного закладу відносять загальновиробничі витрати, перелік яких міститься в п. 15 П(С)БО 16 «Витрати».

***До складу загальновиробничих витрат саме медичного підприємства можна віднести:***

- витрати на управління відділенням (оплата праці з відрахуваннями на соціальні заходи апарату управління відділенням; витрати на оплату службових відряджень персоналу відділення тощо);

- 
- амортизацію основних засобів загальнопромислового призначення (використовуються всім відділенням); (\*примітка – може використовуватись для приватних медичних закладів);
  - амортизацію нематеріальних активів загальнопромислового призначення (використовуються всім відділенням); (\*примітка – може використовуватись для приватних медичних закладів);
  - витрати на утримання, експлуатацію та ремонт, страхування, операційну оренду основних засобів, інших необоротних активів загальнопромислового призначення;
  - витрати на вдосконалення технології й організації надання медичних послуг (оплата праці та відрахування на соціальні заходи працівників, зайнятих удосконаленням технології й організації надання медичних послуг, поліпшенням якості медичних послуг; витрати матеріалів, виробів медичного призначення, оплата послуг сторонніх організацій тощо);
  - витрати на опалення, освітлення, водопостачання, водовідведення та інше утримання приміщень, де надають медичні послуги; (\*примітка – може використовуватись для приватних медичних закладів. Для КНП оплачують територіальні громади);
  - витрати на обслуговування процесу надання послуг (оплата праці обслуговуючого персоналу; відрахування на соціальні заходи, страхування цього персоналу);
  - витрати на охорону праці, техніку безпеки та охорону навколишнього природного середовища;
  - інші витрати.

Загальнопромислові витрати, як *непрямі витрати* КНП, включаються в собівартість медичної послуги шляхом розподілу загальної суми витрат між наданими послугами за різними методиками. Так, розподіл може проводитись пропорційно обсягам заробітної плати працівників, пропорційно площі приміщень, де надаються послуги чи витратам електроенергії тощо.

З метою аналізу та управління витратами, усі витрати медичного закладу можна поділити на постійні та змінні.

*Змінними витратами* є витрати, що змінюються прямо (або майже прямо) пропорційно до зміни обсягу наданих послуг. Величина змінних витрат є однаковою для кожної одиниці наданої медичної послуги.

**Постійні витрати** включають витрати, що залишаються незмінними (або майже незмінними) в разі змін обсягів наданих медичних послуг.

Річна вартість витрат медичного закладу на основі поділу витрат на постійні та змінні може бути обчислена за формулою:

$$\text{Вартість (собівартість)} = \text{змінні витрати} + \text{постійні витрати} \quad (7.7)$$

Сума змінних витрат за період часу визначається за формулою:

$$ЗВ = ЗВод * Q; \quad (7.8)$$

де ЗВ – річна сума змінних витрат, грн.

ЗВод. – змінні витрати на одну медичну послугу, грн.

Q – кількість медичних послуг, наданих протягом року, одиниць.

#### **7.4. Метод покрокового розподілу витрат «зверху донизу» у формуванні вартості медичних послуг**

**Вартість (собівартість) медичної послуги** – це економічний показник, що відображає загальну суму усіх ресурсів, які витрачає медичний заклад для надання пацієнту цієї послуги.

Калькулювання вартості (собівартості) медичних послуг відбувається на основі Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, що затверджена постановою Кабміну від 07.12.2017 р. № 1075.

Ця Методика визначає, яким чином за принципом «зверху донизу» відбувається розподіл прямих і непрямих витрат при визначенні собівартості послуги. Методичні рекомендації, затверджені постановою КМУ № 1075, обов'язкові до застосування медичними закладами, які беруть участь у програмі медичних гарантій.

**Метод покрокового розподілу витрат «зверху донизу»** передбачає проведення економічних розрахунків, в результаті яких відбувається розподіл усіх витрат закладу охорони здоров'я (як прямих, так і непрямих) – від адміністративних та допоміжних підрозділів до основних клінічних відділень. Для останніх розраховується кінцева середня вартість одиниці медичної послуги

(виписаний пацієнт, ліжко-день у стаціонарному відділенні лікарні, амбулаторне відвідування тощо) на основі критеріїв розподілу витрат, перелік та порядок застосування яких визначений МОЗ України (рис. 7.3).

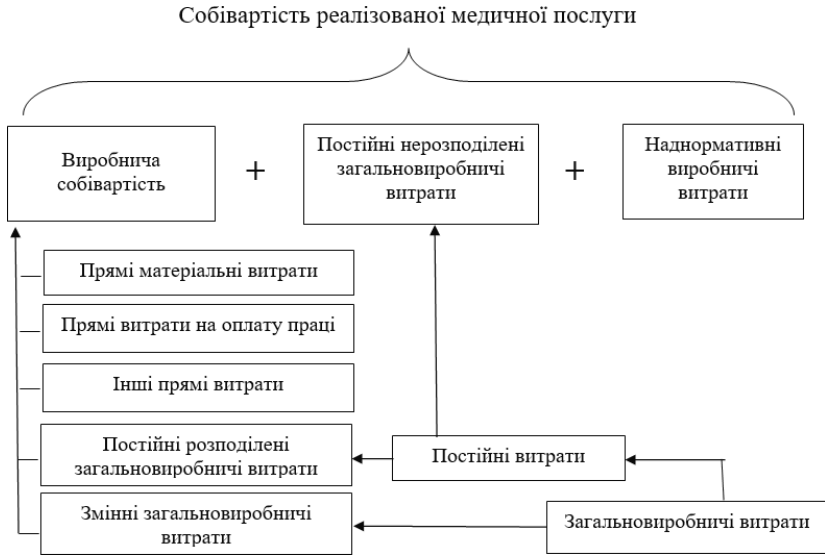


Рис. 7.3. Процес формування собівартості медичних послуг відповідно до Методики розрахунку вартості медичної послуги

Використання покрокового розподілу витрат «зверху донизу» передбачає поетапний аналіз видатків медичного закладу. Схематично ці етапи показані на рис. 7.4.

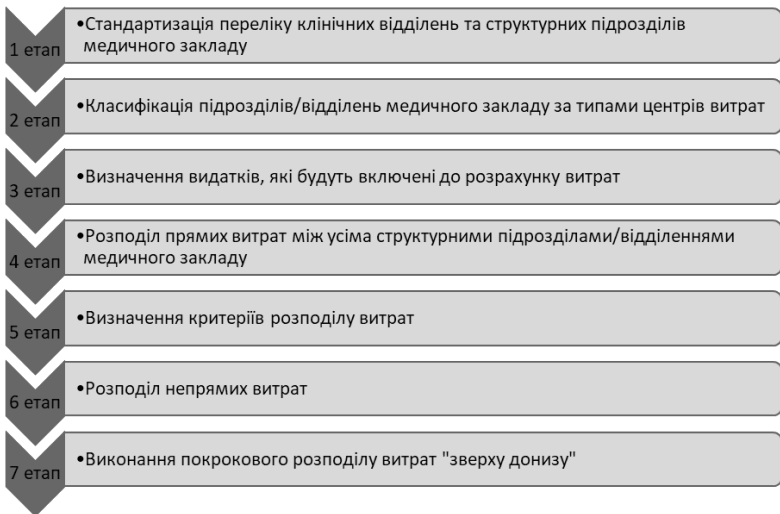


Рис. 7.4. Етапи розподілу витрат за методикою «зверху донизу»

**Етап 1.** Стандартизація переліку клінічних відділень та структурних підрозділів закладу охорони здоров'я.

МОЗ визначив стандартний перелік і систему кодування основних клінічних відділень та типовий перелік адміністративних та допоміжних підрозділів закладів охорони здоров'я, що використовуються під час застосування Методики.

Заклади охорони здоров'я використовують цей перелік для кодування своїх основних клінічних відділень, адміністративних та допоміжних підрозділів.

**Етап 2.** Класифікація підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я за типами центрів витрат.

Після стандартизації переліку структурних підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я їх класифікують відповідно до виконуваних функцій по забезпеченню діяльності закладу охорони здоров'я за такими типами:

- 1) адміністративні підрозділи;
- 2) допоміжні медичні підрозділи;
- 3) основні клінічні відділення.

Розглянемо, що саме розуміється під кожним підрозділом (табл. 7.3).

Таблиця 7.3

**Структура підрозділів медичного закладу**

Адміністративні підрозділи	керівництво, відділ кадрів, планово-економічний відділ, бухгалтерія, відділ статистики, адміністративно-господарська частина, гараж, підрозділи технічного обслуговування медичного та немедичного обладнання, відділ інформаційних технологій, пральня, харчоблок, стерилізаційне відділення тощо
Допоміжні медичні підрозділи	лабораторії, підрозділи з проведення інструментальних та апаратних діагностичних досліджень, операційні блоки та підрозділи реанімації та інтенсивної терапії, що задовольняють потреби основних клінічних відділень
Основні клінічні відділення	структурні підрозділи, які безпосередньо надають пацієнтам медичні послуги із стаціонарного лікування під час амбулаторних відвідувань чи у режимі денного стаціонару

**Етап 3.** Визначення видатків, що ввійдуть до розрахунку витрат.

Розподіл витрат здійснюється на основі загального бюджету закладу охорони здоров'я.

Загальний бюджет охоплює усі витрати закладу із загального та спеціального фондів.

При цьому слід зазначити, що за Методикою *до розрахунку витрат не враховуються:*

- капітальні витрати (капітальний ремонт і закупівля високовартісного обладнання та інших основних засобів);
- амортизація;
- витрати, що безпосередньо не пов'язані з наданням медичних послуг, які передбачені державною Програмою медичних гарантій.

Перші дві складові витрат, згідно з українським законодавством, забезпечуються місцевими органами влади, що є власниками медичних закладів – комунальних неприбуткових підприємств.

**Етап 4.** Розподіл прямих витрат між усіма структурними підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров'я.

На цьому етапі здійснюється розподіл загальної суми прямих витрат на всі адміністративні та допоміжні підрозділи, а також клінічні відділення закладу охорони здоров'я. Поняття та склад прямих витрат визначаються згідно з П(С)БО 16 «Витрати», як пояснювалося вище.

---

**Етап 5.** Визначення критеріїв розподілу витрат.

Цей етап передбачає прийняття рішення про визначення критеріїв розподілу для двох типів витрат:

- критерії розподілу загальної суми непрямих витрат на основні клінічні відділення, адміністративні та допоміжні підрозділи закладу охорони здоров'я;

- критерії розподілу всіх витрат (прямих і непрямих) на утримання адміністративних та допоміжних структурних підрозділів на основні клінічні відділення закладу охорони здоров'я.

Зазначимо, що *непрямі витрати* – це вартість використаних ресурсів (адміністративні видатки, накладні витрати тощо), які важко простежити безпосередньо до конкретних об'єктів витрат (організацій, відділень, послуг, пацієнтів тощо) та які мають розподілятися.

Для реалізації цього етапу заклад охорони здоров'я має визначити відповідні критерії розподілу витрат за допомогою примірного переліку таких критеріїв, що затверджується МОЗ.

Більшість критеріїв є значеннями окремих параметрів, що вимірюються (кількість ліжко-днів, лабораторних досліджень, використовуваних квадратних метрів площі приміщень або загальна кількість персоналу тощо), але можуть використовуватися й інші непрямі параметри, включаючи експертну оцінку, якщо більш точні дані недоступні.

Із прикладом розподілу непрямих витрат на основі витрат на оплату електроенергії можна ознайомитись безпосередньо у Методиці.

**Етап 6.** Розподіл непрямих витрат.

Непрямі витрати розподіляються між усіма підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров'я, включаючи адміністративні, допоміжні, а також клінічні відділення, за критеріями, визначеними у п.п. 5, п. 7 Методики і, відповідно, до наведених у ній формул.

**Етап 7.** Практичне виконання покрокового розподілу витрат «зверху донизу» (рис. 7.5).





Рис. 7.5. Розподіл прямих і непрямих витрат згідно з Методикою

Під час покрокового розподілу витрат «зверху донизу» витрати всіх підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я розташовуються у вигляді вертикального списку з дотриманням такої послідовності: діяльність підрозділів, розташованих вище у списку, має більш загальний характер та/або сприяє здійсненню діяльності підрозділів/відділень, розташованих нижче у списку. Приклад такої таблиці наведений на рис. 7.6.

Категорія витрат/найдиття	Назва підрозділу	Назва спеціальної програми	Категорія витрат (код)	Видатки згідно плану (сума по роках)	Адміністративні видатки (сума по роках)	Адміністративно-соціальні видатки (інше)	Характер видатків	Категорія витрат (код)	УЗІ	Фінансування	Фундаментальне фінансування	Бюджетна та ІТ	Прямі видатки	Видатки державних установ	Державні	Видатки закордонні	Видатки міжнародні	Видатки місцевої влади				
Категорія витрат	Назва спеціальної програми	Назва спеціальної програми	1	32925	317 922 212	292 225																
			2	3700	2 160 266	2 160 266	252 225															
			3	4000	1 257 801	295 674	1 553 474	62 666														
			4	825	365 045	60 983	50 800	474 838	815 774													
			5	225	138 827	16 632	13 857	0	106 318	3 733												
			6	1000	335 011	73 918	61 385	0	0	670 514	87 250											
			7	1000	429 800	73 918	61 385	0	0	0	695 303	10 181										
			8	3000	140 068	22 176	18 475	0	0	0	0	0	182 719	445								
			9	225	179 278	16 632	13 857	0	0	0	0	0	0	0	209 766	1 375						
			10	2250	1 479 553	166 316	138 566	0	123 235	0	12 367	0	0	0	1 920 857	4 882						
			11	1275	614 005	94 246	78 521	0	0	0	0	0	0	0	0	0	796 771					
			12	33 796	1 095 510	137 077	130 868	70 211	75 180	18 492	57 381	52 417	1 061	33 130	0	138 733	1 838 059	10 323	956	1 914,2	1 771,1	
			13	61 411	1 116 190	137 077	130 868	76 026	136 609	33 084	150 872	38 951	19 599	35 816	0	115 660	2 030 680	11 178	797	2 547,9	181,7	
			14	23 355	1 478 224	179 252	149 343	63 872	51 953	9 072	201 657	48 056	245	29 996	287 206	98 245	2 297 120	9 391	677	3 836,3	276,6	
			15	361 464	2 039 600	286 434	238 641	137 357	804 081	60 015	198 496	91 276	17 345	30 831	1 400 857	281 468	5 601 502	13 047	1 411	3 969,9	429,3	
			16	252 487	1 800	967 247	133 053	110 852	60 730	361 659	19 422	46 828	363 126	35 869	28 663	0	103 324	2 430 764	8 929	712	4 414,0	272,3
			17	27 862	1 729 458	210 667	175 516	66 640	61 979	6 380	7 915	1 497	108 601	31 339	231 873	49 340	2 704 087	9 798	540	7 963,4	276,0	
	815 774	32925	2 160 266	1 553 474	1 514 636	1 663 615	670 514	895 303	182 719	209 766	1 920 857	796 771	1 838 059	10 323	956	1 914,2	1 771,1					
	3700	2 160 266	2 160 266	252 225																		
	4000	1 257 801	295 674	1 553 474	62 666																	
	825	365 045	60 983	50 800	474 838	815 774																
	225	138 827	16 632	13 857	0	106 318	3 733															
	1000	335 011	73 918	61 385	0	0	670 514	87 250														
	1000	429 800	73 918	61 385	0	0	0	695 303	10 181													
	3000	140 068	22 176	18 475	0	0	0	0	0	182 719	445											
	225	179 278	16 632	13 857	0	0	0	0	0	0	0	209 766	1 375									
	2250	1 479 553	166 316	138 566	0	123 235	0	12 367	0	0	0	1 920 857	4 882									
	1275	614 005	94 246	78 521	0	0	0	0	0	0	0	0	0	796 771								
	33 796	1 095 510	137 077	130 868	70 211	75 180	18 492	57 381	52 417	1 061	33 130	0	138 733	1 838 059	10 323	956	1 914,2	1 771,1				
	61 411	1 116 190	137 077	130 868	76 026	136 609	33 084	150 872	38 951	19 599	35 816	0	115 660	2 030 680	11 178	797	2 547,9	181,7				
	23 355	1 478 224	179 252	149 343	63 872	51 953	9 072	201 657	48 056	245	29 996	287 206	98 245	2 297 120	9 391	677	3 836,3	276,6				
	361 464	2 039 600	286 434	238 641	137 357	804 081	60 015	198 496	91 276	17 345	30 831	1 400 857	281 468	5 601 502	13 047	1 411	3 969,9	429,3				
	252 487	1 800	967 247	133 053	110 852	60 730	361 659	19 422	46 828	363 126	35 869	28 663	0	103 324	2 430 764	8 929	712	4 414,0	272,3			
	27 862	1 729 458	210 667	175 516	66 640	61 979	6 380	7 915	1 497	108 601	31 339	231 873	49 340	2 704 087	9 798	540	7 963,4	276,0				
	815 774	32925	2 160 266	1 553 474	1 514 636	1 663 615	670 514	895 303	182 719	209 766	1 920 857	796 771	1 838 059	10 323	956	1 914,2	1 771,1					
	3700	2 160 266	2 160 266	252 225																		
	4000	1 257 801	295 674	1 553 474	62 666																	
	825	365 045	60 983	50 800	474 838	815 774																
	225	138 827	16 632	13 857	0	106 318	3 733															
	1000	335 011	73 918	61 385	0	0	670 514	87 250														
	1000	429 800	73 918	61 385	0	0	0	695 303	10 181													
	3000	140 068	22 176	18 475	0	0	0	0	0	182 719	445											
	225	179 278	16 632	13 857	0	0	0	0	0	0	0	209 766	1 375									
	2250	1 479 553	166 316	138 566	0	123 235	0	12 367	0	0	0	1 920 857	4 882									
	1275	614 005	94 246	78 521	0	0	0	0	0	0	0	0	0	796 771								
	33 796	1 095 510	137 077	130 868	70 211	75 180	18 492	57 381	52 417	1 061	33 130	0	138 733	1 838 059	10 323	956	1 914,2	1 771,1				
	61 411	1 116 190	137 077	130 868	76 026	136 609	33 084	150 872	38 951	19 599	35 816	0	115 660	2 030 680	11 178	797	2 547,9	181,7				
	23 355	1 478 224	179 252	149 343	63 872	51 953	9 072	201 657	48 056	245	29 996	287 206	98 245	2 297 120	9 391	677	3 836,3	276,6				
	361 464	2 039 600	286 434	238 641	137 357	804 081	60 015	198 496	91 276	17 345	30 831	1 400 857	281 468	5 601 502	13 047	1 411	3 969,9	429,3				
	252 487	1 800	967 247	133 053	110 852	60 730	361 659	19 422	46 828	363 126	35 869	28 663	0	103 324	2 430 764	8 929	712	4 414,0	272,3			
	27 862	1 729 458	210 667	175 516	66 640	61 979	6 380	7 915	1 497	108 601	31 339	231 873	49 340	2 704 087	9 798	540	7 963,4	276,0				
	815 774	32925	2 160 266	1 553 474	1 514 636	1 663 615	670 514	895 303	182 719	209 766	1 920 857	796 771	1 838 059	10 323	956	1 914,2	1 771,1					

Рис. 7.6. Приклад таблиці розподілу витрат медичного закладу за методом покрового розподілу витрат «зверху донизу»

Таким чином, адміністративні підрозділи будуть розташовані у списку вище, ніж допоміжні, а допоміжні – вище, ніж основні клінічні відділення.

Витрати адміністративних та допоміжних підрозділів послідовно розподіляються зверху вниз між підрозділами/відділеннями, розташованими нижче у списку, відповідно до встановлених критеріїв розподілу.

Після того, як витрати чергового підрозділу розподілені між усіма підрозділами/відділеннями, розташованими нижче у списку, здійснюється перехід до розподілу витрат наступного підрозділу/відділення.

На основі проведених референтними закладами охорони здоров'я розрахунків визначається середня референтна вартість у розрізі одиниць послуг за всіма закладами, яка є базою для встановлення тарифів.

#### ***Питання для самоконтролю:***

1. В чому полягають особливості ціноутворення у медичній сфері?
2. Які витрати формують вартість медичної послуги?
3. Чи може ціна медичної послуги відрізнятись від її вартості (собівартості)?
4. Чи може тариф на медичні послуги відрізнятись від їхньої вартості (собівартості)?
5. Хто визначає тарифи на медичні послуги в межах «Програми медичних гарантій»?
6. Яким чином визначаються ціни на платні медичні послуги, які надають КНП?
7. Що показує рентабельність медичної послуги та яким чином цей показник обчислюється?

#### ***Література:***

1. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні». Електронне джерело. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.

---

2. Закон України «Про ціни і ціноутворення» від 21 червня 2012 року № 5007-VI / Сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5007-17#Text>.

3. Постанова КМУ від 17.09.1996 № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах». – Електронне джерело. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text>.

4. Закон України «Про захист економічної конкуренції» від 11 січня 2001 року № 2210-III / Сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2210-14#Text>.

5. Основи законодавства України про охорону здоров'я. – Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

6. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

7. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, затверджена постановою КМУ від 27.12.2017 р. № 1075.

8. Пакети медичних послуг: зміст та підхід до контрагування закладів охорони здоров'я / НСЗУ, 07.02.2020 р. // Режим доступу – [https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020\\_1581100466.pdf](https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf).

---

## РОЗДІЛ VIII

### ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

8.1. *Сутність та завдання економічного аналізу діяльності медичного закладу в сучасних умовах.*

8.2. *Види та методи економічного аналізу.*

8.3. *Сучасні (специфічні) методи економічного аналізу в системі охорони здоров'я: метод мінімізації витрат, метод витрати-результативність, метод витрати-вигода, метод витрати-корисність.*

8.4. *Методика проведення ABC-аналізу, VEN-аналізу, частотного аналізу, інтегрованого частотного/ VEN/ ABC-аналізу.*

#### 8.1. Сутність та завдання економічного аналізу діяльності медичного закладу в сучасних умовах

В сучасних умовах тенденцій розвитку ринку медичних послуг в системі охорони здоров'я необхідною передумовою для прийняття оптимальних управлінських рішень стало застосування економічного аналізу як однієї з важливих функцій управління і контролю.

**Економічний аналіз** – це виведення економічних закономірностей із відповідних факторів економічної діяльності [1].

**Економічний аналіз** – це науковий метод пізнання сутності економічних явищ і процесів, що ґрунтується на розкладанні їх на складові і вивченні в усьому розмаїтті зв'язків і залежностей. Він доповнюється методом синтезу – вивчення об'єкта у взаємному зв'язку його частин [2].

Дослідники сьогодення розрізняють макроекономічний (вивчення явищ на рівні світової і національної економіки) і мікроекономічний (вивчення процесів і явищ на рівні господарської діяльності суб'єктів господарювання) аналізу.

#### **Характерними рисами економічного аналізу є:**

- використання системних показників з метою комплексного, системного дослідження причинно-наслідкових зв'язків економічних явищ і процесів, використовуючи різні джерела інформації (облік, звітність);

- кількісна їхня характеристика;

- необхідність постійних зіставлень, порівнянь результатів діяльності.

Економічний аналіз базується на системі фінансово-господарської інформації, яка необхідна для планування та прогнозування діяльності підприємства, та тісно пов'язаний з іншими функціями управління: організацією, плануванням, обліком, контролем.

В той же час економічний аналіз є засобом контролю виконання плану, шляхом порівняння облікової та нормативної документації та інформаційно забезпечує процес управління.

Отже, економічний аналіз допомагає оцінити діяльність суб'єкта господарювання, виявити внутрішньогосподарські резерви, розробити стратегію і тактику розвитку підприємства.

**Економічний аналіз в системі охорони здоров'я** – це вивчення та оцінка господарської і фінансової діяльності лікувально-профілактичних закладів з метою пошуку та виміру резервів підвищення їхньої ефективності, зростання конкурентоздатності та фінансової стійкості, обґрунтування управлінських рішень.

**Предметом економічного аналізу** є причинно-наслідкові зв'язки економічних процесів і явищ.

**Суб'єктом економічного аналізу** є фінансово-господарська діяльність медичного підприємства та його економічні результати.

**Завдання економічного аналізу в системі охорони здоров'я:**

- установлення закономірностей та тенденцій економічних явищ процесів у конкретних умовах підприємства;
- наукове обґрунтування поточних та перспективних планів;
- дослідження причинно-наслідкових чинників, які впливають на фінансово-господарську діяльність медичного підприємства, з кількісним виміром їхніх дій;
- виявлення і прогнозування виробничих та фінансових ризиків;
- обґрунтування бізнес-планів;
- зіставлення та виявлення відхилень фактичних результатів діяльності медичного підприємства від планових;
- оцінка економічної ефективності використання матеріальних, кадрових, фінансових, інформаційних ресурсів;
- виявлення внутрішніх ресурсів лікувально-профілактичного закладу;

---

- прийняття оптимальних управлінських рішень і аналіз їхньої ефективності.

Пов'язаний здебільше з обліком та статистикою, на початку свого розвитку, економічний аналіз набуває все більш вагомого значення та з часом виникає необхідність виділення аналізу як окремої системи знань, що вивчає господарські процеси, їхній взаємозв'язок, взаємозалежність і взаємозумовленість [6].

Особливістю економічного аналізу як функції управління, стає оцінка результатів дій всіх інших функцій управління: організації, планування, координації, обліку, контролю та стимулювання, завдяки чому надається можливість розробити рішення – планові, організаційні та інші управлінські акти, що сприяють переведенню діяльності закладів на більш високий рівень розвитку.

Значення економічного аналізу в процесі управління в умовах нестабільності та відсутності прогнозованості змін вітчизняної економіки сьогодні суттєво зростає, оскільки економічний аналіз є дієвим засобом доцільності прийняття раціональних управлінських рішень для стійкого та ефективного функціонування закладу охорони здоров'я.

Проведення економічного аналізу та оцінка його результатів є складним процесом, який потребує від керівника спеціальних знань та навиків. У розвинених країнах курс економічного аналізу медичних програм є невід'ємною складовою частиною освіти економістів та менеджерів охорони здоров'я. Методологія проведення економічного аналізу в цих країнах викладається як окремий курс або важлива складова частина курсу економіки охорони здоров'я. В Україні використання можливостей економічного аналізу лише набирає силу. Сучасні керівники галузі та окремих закладів мають краще інформаційне забезпечення щодо мети та методології використання різних методів економічного аналізу. Для ефективної співпраці у галузь більш активно залучаються фахівці з економічною освітою, впроваджуються нові навчальні програми на до- та післядипломному рівнях освіти, ці програми спрямовані на формування в управлінців системи охорони здоров'я економічного мислення та навичок його практичної реалізації.

На практиці економічний аналіз дозволяє дати характеристику стану медичних установ, здійснити перевірку відповідності планових

та фактичних показників господарської діяльності, сформувати стратегію їхнього розвитку.

Впровадження економічного аналізу забезпечує більш повне та раціональне використання наявних ресурсів при обґрунтуванні необхідності застосування як окремих методів лікування в конкретному клінічному випадку, так і до впровадження лише найефективніших національних програм, технологій, стандартів тощо. Зарубіжними експертами визначено, що впровадження економічного аналізу зменшує вартість медичних послуг на 10-20 % за рахунок застосування більш ефективних і безпечних ліків.

Застосування економічного аналізу здійснюється з метою відбору та впровадження найбільш економічно вигідних та одночасно ефективніших з медичної точки зору методів лікування та профілактики, впровадження яких пов'язане зі значним дефіцитом ресурсного забезпечення галузі, а саме: кадровим, матеріальним, фінансовим, інформаційним. Економічний аналіз сьогодні використовується у клінічній практиці, оцінювання клінічних результатів із врахуванням економічної складової одержало свій розвиток із застосуванням методів доказової медицини, заснованої на статистичних доведених зв'язках між обраними методами лікування (технологіями) та результатами лікування. Цей комплекс методик використовує клінічна епідеміологія.

Однією з вимог сучасності є формування у лікарів та керівників галузі розширеного економічного мислення. При цьому оволодіння теоретичними основами економічних положень дозволить сформувати впевненість щодо застосування або впровадження окремих методик економічного аналізу, що забезпечать можливість відбору та використання найбільш ефективної альтернативи в умовах обмежених ресурсів.

## **8.2. Види та методи економічного аналізу**

На початку XXI ст. економічний аналіз в охороні здоров'я розпочав свій розвиток в Україні. На практиці економічний аналіз широко застосовують для комплексного системного вивчення економічних процесів у закладах та пошуку резервів збільшення об'ємів виробництва товарів та послуг.



Стрімко розвивається теорія економічного аналізу та вдосконалюються його методики, у практичну діяльність впроваджують способи та прийоми аналізу для пошуку резервів скорочення витрат, підвищення продуктивності праці, збільшення обсягу товарів/послуг, успішного стратегічного планування розвитку структури медичних закладів[7].

Зміни, що відбуваються в сучасних ринкових умовах, висувають нові вимоги до організації та проведення економічного аналізу, зокрема розширюється сфера його застосування, посилюється роль аналізу фінансових позицій суб'єктів господарювання, маркетингового та інноваційно-інвестиційного аналізу. Економічний аналіз стає вагомим інструментом в оптимізації облікової, податкової, інвестиційної, кредитної та маркетингової політики підприємств [8].

На сьогодні розрізняють такі *види економічного аналізу*, як *загальний економічний аналіз*, який досліджує всі сторони діяльності медичного закладу, та *цільовий* – охоплює певні завдання.

Цільовий економічний аналіз класифікується за такими критеріями:

*організацією проведення:*

- зовнішній – здійснюється контролюючими органами на основі публічної фінансової звітності;
- внутрішній – проводиться аналітиками медичного закладу з метою планування діяльності, зменшення фінансових витрат;

*часом проведення:*

- перспективний – вивчення умов та очікування результатів діяльності в майбутньому періоді; поділяється на:
  - короткостроковий аналіз – охоплює період до року і застосовується для розробки тактичної політики;
  - довгостроковий – період дослідження більше року і використовується для створення стратегічної політики;
  - ретроспективний аналіз – проводиться після завершення звітного періоду, вивчає тенденції розвитку підприємства, здійснює діагностику його стану; він поділяється на: оперативний – оцінює поточну діяльність, оперативно виявляє і усуває виробничі і фінансові проблеми; кінцевий – здійснює аналіз результатів діяльності та фінансовий стан за звітній період (оперативний і кінцевий аналізи взаємопов'язані та доповнюють одне одного);

*просторовою ознакою:*

- внутрішньогосподарський – вивчає діяльність медичного закладу та його підрозділів;
- міжгосподарський – зіставлення, порівняння результатів діяльності декількох медичних підприємств з метою виявлення слабких і сильних сторін діяльності та внесення коректив у тактичну та стратегічну політику;

*об'єктами управління:*

- фінансовий аналіз – це спосіб оцінювання та прогнозування фінансового стану та основних результатів фінансової діяльності медичних комерційних і неприбуткових підприємств;
- управлінський аналіз – проводиться з метою отримання інформації для планування, контролю, прийняття управлінських рішень;
- соціально-економічний аналіз – вивчає вплив соціальних та економічних процесів на діяльність медичних підприємств;
- економіко-статистичний – дозволяє вивчати суспільні явища на різних рівнях управління;
- економіко-екологічний аналіз – досліджує інформацію щодо збереження стану навколишнього середовища;
- маркетинговий аналіз – дозволяє визначити ринкові можливості суб'єкта господарювання, конкурентоздатність медичної продукції, послуг, його внутрішній потенціал;
- інвестиційний – здійснює аналіз ефективності інвестиційної діяльності;
- функціонально-вартісний аналіз – виявляє та попереджує зайві витрати в процесі виробництва медичних товарів та надання медичних послуг;
- логістичний аналіз – здійснює оцінку раціонального розподілу та оптимізації матеріальних, людських, фінансових, інформаційних ресурсів [3].

*ступенем охоплення об'єкта аналізу:*

- суцільний – дослідження всіх об'єктів;
- вибірковий – вивчення частини об'єктів;

*змістом аналізу:*

- комплексний – всебічне вивчення діяльності медичного закладу;
- тематичний – оцінка діяльності певних сторін суб'єкта господарювання;

---

*прийомами проведення:* горизонтальний аналіз – порівняння кожної позиції звітності з попереднім періодом або періодами, вертикальний – визначення питомої ваги фінансових показників з оцінкою впливу різних чинників на кінцевий результат, трендовий – порівняння кожної звітності з попередніми періодами, визначення основної тенденції динаміки показників, не враховуючи випадкових впливів, аналіз відносних показників – розрахунок відношень між окремими позиціями звіту і визначення взаємозв'язку показників, факторний аналіз – дослідження впливу окремих факторів (причин) на результативний показник за допомогою соціальних прийомів.

При економічному аналізі найчастіше застосовуються такі *статистичні методи:*

- *метод динамічних рядів* – представляє послідовність упорядкованих показників, які характеризують зміну явищ і процесів у часі;
- *метод групування* – дозволяє порівнювати, аналізувати причини розбіжностей між групами, виявляти резерви;
- *балансовий метод* – застосовується для оцінки забезпеченості фінансової діяльності медичного підприємства ресурсами;
- *індексний метод* – базується на відносних показниках (індексах), за допомогою яких здійснюється порівняння фактичних та базисних (планових) показників [4, 5].

Незважаючи на чималу кількість видів та класифікацій економічного аналізу, на практиці найчастіше застосовують лише кілька основних видів, а саме – оперативний, інвестиційний, інноваційний, діагностичний, аналіз власного фінансового стану та його ділових партнерів, стратегічний аналіз, маркетинговий аналіз та функціонально-вартісний аналіз.

Проте дослідження їхніх характеристик свідчить про те, що вони потребують досконалого вивчення та розроблення власних комплексних методик застосування.

---

### **8.3. Сучасні (специфічні) методи економічного аналізу в системі охорони здоров'я: метод мінімізації витрат, метод витрати-ефективність, метод витрати-вигода, метод витрати-корисність**

Одне з головних завдань економічного аналізу полягає в порівнянні альтернативних можливостей в термінах очікуваних витрат на їхню реалізацію і очікуваних результатів від їхнього впровадження. Економічна оцінка являє собою порівняльний аналіз альтернативних способів дій, яка визначає як витрати, так і наслідки цих дій. В цьому визначенні наголошуються дві вимоги: необхідність порівняння мінімум двох альтернатив і потреба розглядати як витрати, так і результати цих альтернатив.

Перспектива аналізу може бути різною, і це закономірно. Перспектива може бути загальною – враховувати недоліки і переваги для всього суспільства, але й може бути і більш вузькою. Наприклад, часто зустрічаються аналізи, обмежені результатом втручання і витрат, які виникають в рамках окремої системи охорони здоров'я чи окремої страхової організації. Результат такого аналізу не може бути поширений на національну систему.

Ще більш вузькі за обліком витрат і наслідків аналізи можуть розглядати перспективу платників (держави, страховика), і тоді, наприклад, прямі витрати самого пацієнта можуть не прийматися до уваги. Варіантом такого вузько спрямованого аналізу є аналіз перспектив в інтересах медичного закладу. Розуміння перспектив аналізу дозволяє відповісти на дуже важливі питання: принципи вибору витрат і наслідків та повноту обліку витрат [10].

Економічна оцінка може бути частковою і повною. Повна оцінка має місце, коли порівнюються дві чи більше альтернативи і розглядаються як їх витрати, так і наслідки. Існує кілька основних типів економічної оцінки, кожен з яких пов'язаний з витратами, але відрізняється шляхом виміру і оцінки наслідків програм охорони здоров'я.

Основні питання економічної оцінки: чи є діяльність корисною (дієвою), чи існує їй альтернатива (ефективна), чи вигоди перевищують витрати (витратна ефективність) і чи треба робити більше (граничні вигоди перевищують граничні витрати).

---

Таким чином, в повній економічній оцінці виділяють такі чотири *види аналізу*:

**1. Метод «мінімізації витрат»:**

Цей метод застосовується для аналізу ситуації тоді, коли два або кілька варіантів дій призводять до однакових результатів, тобто коли альтернативні варіанти дій виявляються тотожними за результатами. Якщо тотожність результатів доведена, оцінка зводиться до порівняння витрат, пов'язаних з реалізацією альтернативних варіантів. Метод мінімізації витрат передбачає вибір найбільш дешевих альтернатив. Це важливо при вибрі медичних технологій, коли один і той же результат лікування можна одержати, застосовуючи різні за вартістю медикаменти, в яких, наприклад, генеричні ліки та оригінальні ліки. У цьому випадку застосуємо *метод мінімізації витрат*, що зводиться просто до вибору найбільш дешевої альтернативи. У рамках методу можливий аналіз розподілу витрат (наприклад, дослідження того, якою мірою стаціонарозамінююча технологія перекладає витрати на пацієнта). Однак висновки все одно будуть робитися за витратами у перерахуванні на одну операцію, одного пролікованого хворого, один виконаний аналіз або на іншу одиницю діяльності. Метод розглядає рівні результати чи ефективність для альтернативних втручань і порівнює прямі витрати, пов'язані з цими втручаннями. Такий аналіз проводиться після завершення клінічних випробувань методів лікування чи діагностики, якщо ці випробування не виявляють істотних відмінностей методів, які випробовуються. Цей вид аналізу, при відсутності відмінностей в наслідках, практично ідентичний аналізу цін.

Метод мінімізації витрат у загальному випадку не зводиться до оцінки витрат. Щоб аналіз був повним, необхідно надати переконливі докази того, що розходжень результатів альтернатив немає або ці розходження несуттєві. Тому такий аналіз часто проводиться одночасно з аналізом результативності або відразу після нього.

**2. Метод «витрати – ефективність»:**

У тісному взаємозв'язку з поняттям мінімізації вартості медичного втручання знаходиться і поняття «динамічність», під яким розуміється одержання найбільшого ефекту медичної допомоги з найменшими витратами. Це вирішується простим відношенням ціни до одиниці ефекту (наприклад, збереженому року життя). При проведенні вартісного аналізу ефективності медичного втручання під економічною ефективністю розуміють одержання додаткових переваг за рахунок додаткових коштів. Відповідно до цього критерію, одне

втручання буде більш економічно ефективним у порівнянні з іншим, якщо: воно потребує менше коштів, але при цьому щонайменше є таким же ефективним; є більш ефективним, але більш дорогим, але при цьому його додаткові переваги виправдовують додаткові витрати; є менш ефективним, але і менш дорогим, але при цьому додаткові переваги конкуруючого втручання не виправдовують додаткових витрат.

Цей тип економічної оцінки використовується в тих випадках, коли для виміру ефекту застосовується тільки один кількісний показник (наприклад, число збережених людино-років життя). Метод, коли приріст року життя пацієнтів досягається більшими витратами – гірший. Якщо лікар (міністерство) виходить з деякого бюджету, то може бути використана зворотна одиниця – кількість збережених років життя на затрачену певну суму грошей.

**Аналіз ефективності витрат** – метод порівняння альтернативних медичних технологій чи програм, при якому вартість вимірюється у грошових показниках, а результати лікування – в одиницях ефективності, або біологічних показниках. Головна мета цього аналізу встановити не найбільш дешевий, а найбільш ефективний лікарський засіб, який за оптимальною ціною найкраще діє при певному захворюванні [11].

Важливо підкреслити, що в рамках аналізу витрат і ефективності можливі порівняння будь-яких процедур. Можна зіставити боротьбу з тютюнопалінням і флюорографію грудної клітки, пересадку нирок і обов'язкове використання ременів безпеки в автомобілі. Можливо це тому, що використовується єдина одиниця виміру наслідків і єдина одиниця витрат, а також тому, що вплив процедури на смертність (інвалідність, тривалість непрацездатності) не обов'язково повинен бути прямим (діагностичні процедури, наприклад, впливають опосередковано). Для його реалізації необхідно порівнювати два чи більше альтернативних видів дій з результатами цих дій, виражених з допомогою критеріїв, основаних на використанні одних і тих же натуральних одиниць. Біологічна оцінка ефективності витікає з уявлень про нормальну оцінку соматичного чи психічного стану здоров'я, її значення змінюється при захворюванні. Біологічні зміни, на думку багатьох дослідників, найбільш об'єктивно відображають не комплексну реакцію цілого організму, а окремі зміни, які характеризують його функцію, що є релевантними при конкретному

захворюванні. Для комплексної оцінки біологічних змін найчастіше використовується визначення ефективності за допомогою збережених років життя або кількість днів непрацездатності.

Результати методу «витрати-ефективність» звичайно виражаються за допомогою одного або двох коефіцієнтів.

**1. Коефіцієнт «витрати-ефективність»** дорівнює відношенню витрат  $C$ , потрібних для реалізації технології, до одержаного результату  $E$ , вираженому в натуральних одиницях. Коефіцієнт «витрати-ефективність» показує, яку суму в гривнях потрібно витратити на досягнення одиниці потрібного результату.

$$Kc/e = C / E \dots \dots \dots (8.1.),$$

де  $Kc/e$  – коефіцієнт «витрати-ефективність»,  $C$  – витрати на реалізацію альтернативи (постійні витрати + перемінні витрати);  $E$  – результат у натуральних одиницях.

Чим більший коефіцієнт «витрати-ефективність», тим нижча економічна ефективність альтернативи.

При порівнянні двох технологій, направлених на поліпшення здоров'я пацієнта, коли розраховані по них коефіцієнти становлять  $Kc/e_1=123$  і  $Kc/e_2=125$ , то більш ефективною слід визнати першу альтернативу.

Вона забезпечує той же самий результат за умов менших витрат. У випадку, коли коефіцієнти становлять, наприклад,  $Kc/e_1=0,13$  та  $Kc/e_2=0,15$ , більш ефективною альтернативою слід вважати другу. Чим ближче ці величини, тим більш розвинутою є країна.

**2. Коефіцієнт «результат на одиницю витрат»** дорівнює відношенню результату використання тієї чи іншої технології, вираженому в натуральних одиницях, до приведених витрат.

Коефіцієнт «результат на одиницю витрат» показує, який результат буде одержаний на кожну гривню, витрачену на реалізацію альтернативи. Чим вище результат на одиницю витрат, тим економічна ефективність альтернативи вище.

$$Ke/c = E / C \dots \dots \dots (8.2.),$$

---

де  $Ke/c$  – коефіцієнт «ефективність на одиницю витрат»,  $E$  – результат у натуральних одиницях;  $C$  – витрати на реалізацію альтернативи (постійні витрати + перемінні витрати).

На прийняття остаточного рішення щодо реалізації альтернативи, яка має найбільшу ефективність, впливають інші фактори, а саме: достатність фінансових ресурсів, позиція лікуючого лікаря, інтереси пацієнта, ступінь етичності рішення, загальна позиція експертів (членів формулярного комітету) тощо.

Коли складно чітко визначити альтернативу, яка є домінантною, проводиться визначення коефіцієнта приросту ефективності витрат — *incremental cost–effectiveness ratio (ICER)*. Його обчислюють як відношення максимальних витрат (прямі + непрямі витрати), до максимального приросту ефективності. Цей показник використовують при всіх методах економічної оцінки при використанні більш ефективного і більш витратного методу лікування замість іншого.

Таким чином, аналіз залежності «витрати-ефективність» спрощує порівняння програм, визначає найкраще використання обмежених ресурсів, це кращий спосіб розділити заданий бюджет між різними програмами оздоровлення. Разом з тим економічна оцінка медичного втручання з допомогою вартісного аналізу ефективності має певні обмеження (Рис. 8.1).

### **3. Метод «витрати-вигода»:**

Результати альтернативних програм не завжди можна звести до єдиного натурального показника. Одні програми ставлять за мету продовження життя, інші — прискорення лікування, а багато програм призводять одночасно до декількох результатів. Так, програма вакцинації ставить за мету не тільки збереження життя, але і зниження днів непрацездатності, хірургічне втручання може продовжити життя, але призвести до інвалідності. Щоб зіставити такі різнорідні програми, необхідно або виділити у всіх програмах, що зіставляються, один пріоритетний показник (що іноді виявляється неможливим), або знайти такий показник, що дозволить виразити цінність усіх результатів.



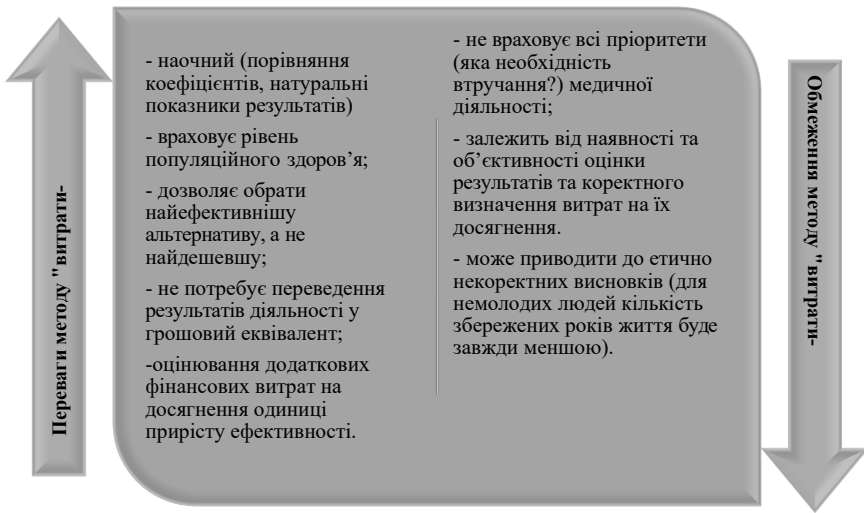


Рис 8.1. Переваги та обмеження методу «витрати-ефективність»

Однією з мір цінності є гроші, тому можна спробувати вимірити всі результати програми в грошовому вираженні, у виді отриманої вигоди, а потім зіставити цю вигоду з витратами. Іноді це зробити дуже складно, але інколи можливо і припустимо. Коли треба підсумувати витрати та вигоди альтернативних видів лікування і вибрати той, що дає найбільшу чисту вигоду, або в тих випадках, коли наслідки вимірюються за допомогою більш ніж одного показника чи наслідки реалізації різних програм зіставляються за різними критеріями, використовується аналіз витрат та вигід. Предметом цього виду аналізу є ефективність розподілу ресурсів і він відповідає на питання «чи» і «скільки».

На практиці метод витрати-вигода зручно застосовувати в тих випадках, коли витрати і результати легко виразити в грошовому вимірі. Наприклад, це один із кращих методів аналізу вигідності платних медичних програм. Однак, виконуючи оцінки витрат і вигід з погляду лікувальних установ, управлінням варто подумати і про точку зору пацієнтів, які можуть не захотіти купувати занадто дорого

послуги, і тоді установа буде зазнавати збитків через зниження обсягів діяльності.

В основі методу лежить перерахування всіх наслідків до єдиного грошового еквівалента з наступним зіставленням варіантів за критерієм найбільшого грошового ефекту на одиницю витрат.

Аналіз вигід і витрат вимагає від нас дисконтування на час і ризик. Витрати і вигоди, що мають місце у різні часові періоди, слід дисконтувати до їхніх поточних цінностей. В реальному житті кожна медична процедура, будучи введена в практику, викликає зміни в усіх аспектах витрат на медичну допомогу і в усіх аспектах результатів цієї допомоги. Однак аналіз (наприклад, у вигляді контрольного випробування) може виявити вимірювальні зрушення тільки в тривалості виживання чи інших наслідків, які прямо спостерігаються. При зіставленні альтернативних програм часто виникає необхідність, з одного боку збільшення тривалості життя, а з іншого, навпаки, збільшення тривалості працездатності до настання інвалідності, плюс зниження тимчасової непрацездатності.

В ході аналізу витрат і вигод порівнюються витрати на проведення специфічної програми з її очікуваною економічною результативністю. До безпосередніх вигод відносяться зменшення захворюваності і смертності, що супроводжує їх, та скорочення витрат на медичне обслуговування, а також збільшення тривалості життя і пов'язаний з цим економічний ріст. До непрямих вигід відносяться скорочення індивідуальних фінансових витрат пацієнтів і їхніх сімей, які включають і оплату візиту лікаря, витрати на транспортування хворого, втрату робочого часу, пов'язаного з необхідністю догляду за хворою дитиною чи батьками. Інші непрямі вигоди також пов'язані з суспільством і полягають у скороченні робочого часу по хворобі робітника чи членів його сім'ї. Витрати включають прямі і непрямі, зв'язані зі зниженням продуктивності праці і зменшенням корисного вкладу в розвиток суспільства.

Рішення про проведення тих чи інших заходів може прийматися на основі аналізу витрат і вигод, але частіше воно приймається під впливом політичних і соціальних факторів та професійної думки спеціалістів. Цей аналіз може виявитись ключовим фактором у визначенні переваги тих чи інших альтернативних методик, сприяючи процесу прийняття рішень. Визначення переваг програм на основі даних про співвідношення результатів витрат допомагає органам

охорони здоров'я у виборі сфери для капіталовкладень: лікарні з високотехнологічним обладнанням, служби догляду на дому, розширені програми імунізації чи служби первинного медичного обслуговування.

При аналізі витрат і вигід потрібно враховувати в розрахунках початкові вкладення і поточні витрати, враховуючи, що вартість грошей в майбутньому менше, ніж сьогодні, тобто відбувається знецінення грошей. Витрати і вигоди, очікувані по закінченні програми, повинні розраховуватись з врахуванням того, що ефект частково буде одержаний в наступному році та пізніше. Вартість з врахуванням компенсації, що накопичується за очікування, називається чистою поточною вартістю.

Можливе опосередковане порівняння наслідків (результатів) у грошових одиницях. Останнє здається неймовірним лише для незвичного погляду. Багаторічна і загальна страхова практика щодня демонструє можливість вираження медичних і соціальних наслідків (втрата працездатності) в грошових одиницях. Результати подібного аналізу виражаються як результати будь-якої діяльності – в гривнях вигоди чи втрат чи у відношенні вигоди до втрат. Ці результати можна порівняти в двох чи більше програмах і вибрати оптимальну. Однією з альтернатив може бути стратегія «нічого не робити» – це стратегія економії всього, що входить в ціну. При її реалізації вигода рівна економії. Звичайно ресурси охорони здоров'я фіксовані, і мова йде лише про оптимальне їх використання, наприклад, на збереження високовартісної системи протитуберкульозних диспансерів чи на навчання спеціалістів загальної ланки лікувальних закладів [12].

#### **4. Метод «витрати-корисність»:**

Аналіз «витрати-ефективність» може бути застосований для порівняння технологій, які покращують якість і продовжують життя. Якщо виникає питання, чи лікування А краще, якщо воно коштує стільки ж, скільки й лікування В, проте дозволяє жити довше, відповідь – не обов'язково, оскільки в цьому випадку потрібно зважити не тільки на тривалість, а й на якість життя.

В цьому випадку використовується аналіз «витрати-корисність», коли всі наслідки альтернативних програм вимірюються через коректування з урахуванням спеціальної властивості цих програм для споживачів – корисності, у якості якої можуть виступати такі величини, як роки життя, коректовані на якість (QALY – Quality

Adjusted Life Years), або еквівалент років здоров'я (HYE – Healthy Years Equivalent).

Ці дослідження відрізняються від досліджень ефективності витрат необхідністю оцінки ймовірних показників ефективності. Така оцінка, якщо вона ефективна, являє собою непросте завдання і передбачає подолання багатьох протиріч, які, до речі, існують не тільки в охороні здоров'я. Таким же складним завданням є співставлення «цінності, вираженої в грошовій одиниці» з показниками результату, який стосується освітніх програм, будівництва дороги чи впливу на оточуюче середовище промислового центру. І хоча в цьому плані сфера охорони здоров'я не є виключенням, в ній ми зустрічаємося з особливо вразливими ситуаціями; як оцінити смерть, якій вдалося запобігти, як оцінити зменшення тривоги, підвищення відчуття комфортності тощо.

**Якість життя** – це соматичні, соціальні і емоційні аспекти «доброго стану здоров'я», які є релевантні і найбільш важливі для особистості, коли людина може задовольняти свої потреби і бути повністю корисним суспільству. Оцінка якості впливає з суб'єктивної оцінки соматичних і психічних відчуттів та змін, які відчуває хворий в суспільстві. Звичайно, така оцінка не відображає абсолютної якості життя, а лише зміну якості життя, що залежить від впровадження іншої медичної технології. Оскільки якість життя – змінна категорія, її дуже важко виміряти [13].

Головна проблема в оцінці користі – отримання порівняльних оцінок окремих наслідків хвороби і медичних втручань. Отримати такі оцінки в першому наближенні, наприклад, у вигляді QALY, можна, і ці оцінки добре переносяться з країни в країну. Більш точні оцінки отримати важко. Застосовують підходи, основані на оцінці готовності платити (Willingness to pay). При цьому задається ряд питань, де ця особливість виступає в порівнянні з іншими, відомими пацієнту подіями, результатами хвороби. Пацієнту пропонується вирішити, наприклад, на скільки років здорового життя він поміняв би рік життя без ноги. Цей підхід не завжди спрацьовує. Наприклад, навіть якщо пацієнту добре пояснити, що таке демпінг-синдром, він навряд чи зможе на основі пояснення зважити точно своє відношення до можливих наслідків резекції шлунку. Проблема існує практично для всіх наслідків захворювань і наслідків медичних втручань.

Оцінка QALY проводиться у розрахунку на 25 років життя з цифровою оцінкою змін користі. Наприклад, лікування А дає 10 років життя при відмінному здоров'ї,  $QALY = 1,0 \times 10 = 10$ ; лікування В дає 15 років життя з помірним болем, а для пацієнта 1 рік з помірним болем рівноцінний 0,6 рокам при відмінному здоров'ї,  $QALY = 0,6 \times 15 = 9$ . Таким чином, віддається перевага лікуванню А, навіть якщо при цьому очікувана тривалість життя менша.

Проведені дослідження (Churehill, Morgan and Torrance) показали, що пацієнти, які перебувають на гемодіалізі, оцінили свій стан на 57 % від повного здоров'я, в той час, як пацієнти з трансплантованою ниркою оцінили якість свого життя на 80 % від повнокровного життя, відповідно, вони мали показники 0,57 і 0,80. Ця система полегшує порівняння вигоди між віковими групами і між групами захворювань.

#### **8.4. Методика проведення ABC-аналізу, VEN-аналізу, частотного аналізу, інтегрованого частотного/VEN/ABC – аналізу**

Проблема обмеженості ресурсів у охороні здоров'я та необхідності їх раціонального використання є актуальною для більшості країн світу, адже підвищення видатків на охорону здоров'я супроводжується паралельним зростанням потреб на її діяльність. Суттєва частка фінансів витрачається на лікарські засоби (ЛЗ), вартість яких також постійно зростає. З урахуванням зазначеного, одним з напрямків вирішення економічних питань щодо надання населенню медичної допомоги належної якості є раціональне використання наявних ресурсів, адже в цьому сходяться економічні інтереси держави, медичних закладів та кожного з громадян.

Що стосується фармакотерапії, для підвищення ефективності лікувального процесу та оптимізації фінансових витрат необхідно досягти, щоб ЛЗ призначалися лікарями обґрунтовано, відповідно до положень медико-технологічних документів системи стандартизації медичної допомоги (адапованих клінічних настанов, клінічних протоколів, формулярів лікарських засобів), а також згідно з інструкцією для медичного застосування ЛЗ.

З метою моніторингу коректності призначень лікарських засобів та витрат на них використовуються різноманітні види клініко-

---

економічної оцінки фармакотерапії, серед яких оптимальними є *ABC-аналіз*, *VEN-аналіз*, *частотний аналіз* та їхнє поєднання. Вони можуть бути використані як для ретроспективної оцінки доцільності витрачання ресурсів на фармакотерапію, так і для проспективного розрахунку потреби у коштах на її забезпечення.

Накопичений практичний досвід переконливо свідчить, що оцінка використання лікарських засобів за методологією ABC-аналізу/VEN/частотного аналізу за технологією проведення є нескладною, а за її результатами можна проводити конкретні заходи для оптимізації фармакотерапії. Варто відмітити, що за допомогою наведених методів можна оцінювати та приймати рішення щодо інших напрямків діяльності медичного закладу (не тільки фармакотерапії).

*ABC-аналіз* – метод розподілу лікарських препаратів/послуг за часткою витрат у загальній структурі витрат від найбільш затратних до найменш витратних відповідно до їх фактичного використання за певний період.

*VEN-аналіз* – розподіл лікарських засобів за ступенем їхньої важливості для терапії певного захворювання.

*Частотний аналіз* – розподіл лікарських засобів за частотою їхнього призначення пацієнтам від найбільш до найменш часто призначуваних за певний період.

Всі три означені види аналізу можуть бути проведені за фармакологічними групами лікарських засобів (ЛЗ) відповідно до їх коду в міжнародній анатомо-терапевтично-хімічній класифікації (АТХ-коду), за міжнародними непатентованими назвами (МНН) або за торговими назвами (ТН).

В залежності від конкретних завдань аналіз використання ЛЗ може проводитись в масштабах всього закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), а при необхідності і на рівні регіону/держави за певний період. Також можна проводити аналіз за певним захворюванням, або на рівні відділення чи лікаря ЗОЗ.

Періодом часу, за який проводиться вивчення попереднього фактичного використання ліків методом ABC/VEN/частотного аналізу найчастіше обирається один календарний рік. В залежності від конкретних завдань дослідження може бути обраний будь-який інший проміжок часу.

---

### Коротка характеристика АВС-аналіз

АВС-аналіз – один із варіантів математично-статистичних методів аналізу, що заснований на принципі Парето – «контроль за 20 % сукупності предметів, що закупаються, дозволяє контролювати 80 % витрат».

Стосовно фармакотерапії, **АВС-аналіз** – це розподіл лікарських препаратів на три групи залежно від частки грошових витрат на їхнє використання в загальному обсязі витрат на ЛЗ протягом певного періоду (один місяць, півроку, рік):

- група А (найбільш витратні) – ЛЗ, на які витрачається основний (80 %) обсяг коштів;

- група В (середньовитратні) – ЛЗ, на які витрачається 15 % коштів;

- група С (найменш витратні) – ЛЗ, на які в сукупності витрачається не більше 5 % загальної суми витрат.

Згідно з принципом Парето витрати на придбання лише 15-20 % загальної номенклатури ліків потребують 80 % коштів. Навпаки, значна частина (75-85 %) номенклатури займає не більше 5-10 % у загальному обсязі витрат. Саме тому аналіз та ретельний відбір препаратів групи А може суттєво вплинути на розмір витрат на медикаментозне забезпечення.

В залежності від завдань можливі такі варіанти проведення АВС-аналізу щодо препаратів, які закуповувалися або плануються до закупівлі у закладі охорони здоров'я:

- аналіз використання коштів на закупівлю ЛЗ для всього закладу;

- аналіз використання коштів на ЛЗ у певному відділенні ЗОЗ;

- аналіз використання коштів на ЛЗ при певному захворюванні;

- аналіз витрат на ЛЗ, що використовуються певним лікарем закладу.

Для першого варіанту доцільно використовувати дані бухгалтерського обліку щодо розрахунків з постачальниками, для другого - дані бухгалтерського обліку ЗОЗ, для третього та четвертого - інформацію з листів призначень, дані з яких можуть оброблятися вручну або за допомогою медичної інформаційної системи (МІС) закладу.

Загальний алгоритм проведення першого варіанту АВС-аналізу:

1. в бухгалтерській програмі формуємо звіт щодо витрат на закупівлю препаратів (з урахуванням дозування та форми випуску) за певний період (місяць, квартал, рік);
2. проводимо ранжування препаратів по сумі витрат на них, починаючи з найбільшої;
3. визначаємо частку витрат на кожен препарат (відношення витрат на препарат до витрат на всі препарати);
4. сумуємо частку витрат на ЛЗ по наростаючій, починаючи з найбільшої;
5. визначаємо групи: А – близько 80 % витрат, В – 15 %, С – 5 % витрат.

АВС-аналіз витрат на ЛЗ дає можливість визначити найбільш вартісні лікарські засоби та виробни медичного призначення у певному ЗОЗ. Структура витрат може значно відрізнитися залежно від закладу. Для кращого розуміння наведемо фрагмент групи А проведеного АВС-аналізу використання лікарських засобів в одній з міських лікарень (табл. 8.1).

Таблиця 8.1

**АВС-аналіз використання ЛЗ у міській лікарні при наданні медичної допомоги в стаціонарних умовах (фрагмент групи А)**

№ з/п	Торгова назва ЛЗ, форма випуску, дозування	Витрати, грн.	Частка від загальних витрат, %	Сумарна частка витрат, %
1	Фленокс р-н 4000 МО 0,4 мл	175 579	8,1	8,1
2	Натрія хлорид р-н 0,9 % фл. 200 мл	146 956	6,8	14,9
3	Цибор 3500 шприц 0,2 мл	96 307	4,5	19,4
4	Солу-медрол фл. 1000 мг	82 451	3,8	23,2
5	Кейвер амп. 2 мл	74 045	3,4	26,6
6	Цефтріаксон фл. 1,0 г	67293	3,1	29,7
7	Реосорбілакт фл. 200 мл	62964	2,9	32,6
8	Фленокс р-н 2000 МО 0,2 мл	60471	2,8	35,4
9	Торсід амп. 4 мл	53671	2,5	37,9
10	Натрія хлорид р-н 0,9 % фл. 400 мл	47560	2,2	40,1
	Разом	867 297	40,1	



Як бачимо з нашого реального прикладу, на 10 найменувань лікарських засобів було витрачено 40,1 % бюджету закладу охорони здоров'я. Тому для зниження витрат на закупівлю ЛЗ доцільно систематично досліджувати фармацевтичний ринок (препарати групи А) на наявність більш дешевих лікарських форм, пакувань (за кількістю доз), генериків або аналогів за дією. Навіть невелике зниження ціни на ЛЗ групи А може привести до суттєвої економії коштів на закупівлю лікарських препаратів. На наступному прикладі наведені результати АВС-аналізу використання ЛЗ, придбаних за рахунок «Лікарняної каси» при наданні стаціонарної допомоги у закладах охорони здоров'я Житомирської області у 2020 році (табл. 8.2)

Таблиця 8.2

**АВС-аналіз витрат на ЛЗ при наданні медичної допомоги в стаціонарних умовах (фрагмент групи А)**

№	МНН (лат.)	МНН (укр.)	Частка витрат, %
1	Sodium chloride	Натрію хлорид	13,2
2	Enoxaparin	Фленокс	10,2
3	Levofloxacin	Левофлоксацин	4,5
4	Meropenem	Меропенем	4,3
5	Ceftriaxone	Цефтріаксон	3,9
6	Ceftazidime	Зацеф	3,6
7	Sorbitol+Natrii Lactat+Natrii chloridi	Реосорбілакт	3,4
8	Pantoprazole	Пантопразол	3,2
9	Cefepim	Цефепім	2,6
10	Paracetamol	Парацетамол	2,5
11	Cefoperazon+Sulbactam	Цефоперазон-Сульбактам	1,9
12	Potassium chloride+Calcium chloride+Sodium chloride	Калію хлорид+Кальцію хлорид+Натрію хлорид	1,8
13	Ketorolac	Кеторолак	1,6
14	Dexketoprofen	Декскетопрофен	1,4

15	Propofol	Пропофол	1,2
<b>Всього</b>			<b>59,3</b>

Результати ABC-аналізу, наведені на цьому прикладі, показують, що на 15 найменувань ЛЗ витрачено майже 60 % бюджету. Слід відмітити, що лідером за часткою витрат є фізіологічний розчин (натрію хлорид), на другому місці антикоагулянти, з третьої по шосту позицію – антибактеріальні препарати. Тому з метою оптимізації витрат варто проводити постійний моніторинг пропозицій фармацевтичного ринку.

Результат проведеного ABC-аналізу можна відобразити за допомогою таблиці, наведеної на рис. 8.3.

Таблиця 8.3

### ABC-аналіз використання ЛЗ у ЗОЗ

Група	Витрати на ЛЗ		Кількість ЛЗ	
	грн.	% витрат	n	% ЛЗ
A (80% витрат)	<i>Витрати A</i>		<i>Кількість A</i>	
B (15% витрат)	<i>Витрати B</i>		<i>Кількість B</i>	
C (5% витрат)	<i>Витрати C</i>		<i>Кількість C</i>	
Всього	Σ ABC	100	Σ Кільк. ABC	100

*Витрати A* – кількість грошей, що витрачено на препарати групи A (відповідно *Витрати B* – групи B та *Витрати C* – групи C);

Σ ABC – загальні витрати на ЛЗ (сума витрат на групи A, B, C);

% витрат – відношення витрат на певну групу до загальних витрат у %.

*Кількість A* – кількість препаратів групи A (відповідно *Кількість B* – групи B та *Кількість C* – групи C);

Σ Кільк. ABC – загальна кількість найменувань призначених ЛЗ (сума кількості препаратів груп A, B, C);

% ЛЗ – відношення кількості ЛЗ певної групи до загальної кількості ЛЗ у %.

Результати проведеного ABC-аналізу можна описати таким чином: За результатами ABC-аналізу встановлено, що на весь перелік використаних ліків, що становив «Σ Кільк. ABC» препаратів, витрачено «ΣABC» гривень. На «кількість A» препаратів, що склали групу A (% від всіх найменувань) витрачено «витрати A» гривень (% від загальної кількості препаратів).

від усіх витрат), на «**кількість В**» препаратів групи В (% від всіх найменувань) – «**витрати В**» гривень (% від усіх витрат), на «**кількість С**» препаратів групи С (% від всіх найменувань) – «**витрати С**» гривень (% від усіх витрат).

АВС-аналіз – це надзвичайно потужний інструмент для оптимізації використання ресурсів на закупівлю лікарських засобів. Він дозволяє отримати точну та об'єктивну картину структури витрат на медикаменти. На підставі результатів АВС-аналізу можна приймати адміністративні та управлінські рішення, визначати заходи для оптимізації використання ліків, оновлювати обмежувальний перелік лікарських засобів (виключати/включати певні ЛЗ). За результатами аналізу лікарських засобів, що увійшли до групи А, визначаються високозатратні медикаменти і розглядається можливість їх заміни на більш дешеві аналоги.

Для проведення АВС-аналізу витрат на ЛЗ в певному відділенні ЗОЗ, витрат на ЛЗ, що застосовуються при певному захворюванні, витрат на ЛЗ, що використовуються певним лікарем, необхідно в якості первинної документації використовувати листи лікарських призначень за певний період. У електронні таблиці вписуються назви та кількість призначених препаратів, їхню вартість можна отримати з даних бухгалтерського обліку або онлайн-ресурсів. Подальший алгоритм ідентичний вищенаведеному. При наявності у закладі медичної інформаційної системи (МІС) процедура значно спрощується.

### VEN-аналіз

**VEN-аналіз** – це розподіл призначених ЛЗ на три категорії за ступенем їхньої важливості для лікування певного захворювання:

- «V» (vital) – життєво необхідні ЛЗ;
- «E» (essential) – важливі ЛЗ (важливість висока, але не абсолютна);
- «N» (non-essential) – другорядні ЛЗ (важливість сумнівна).

VEN-аналіз є елементом клініко-економічного аналізу, який дозволяє оцінити відповідність фармакотерапії хворих з певною патологією чинним стандартам та клінічним протоколам.

Висновок про належність ліків до однієї з категорій робиться на підставі експертного або формального VEN-аналізу.

При *експертному* підході ЛЗ поділяють на три категорії – «V», «E» та «N». Доцільність застосування кожного лікарського засобу при даному захворюванні (в даному ЗОЗ) та належність його до однієї з трьох категорій визначає група експертів ЗОЗ. При розділенні лікарських засобів на категорії експерти повинні брати до уваги дані наукових досліджень, що підтверджують доцільність застосування кожного ЛЗ при даному захворюванні. У разі неспівпадання думки експертів і даних нормативних документів (наприклад, ЛЗ відсутній в протоколах, зазначене показання відсутнє в інструкції до ЛЗ, але препарат оцінений експертом як «V»), проводиться додатковий аналіз цих розбіжностей і, з урахуванням доказів ефективності, безпеки та економічної доцільності приймається рішення про важливість їх застосування (або навпаки) при даному захворюванні.

Критерії, за якими ЛЗ відносяться до категорії «E», за думкою окремих експертів, можуть суттєво відрізнятися. Тому досить часто використовується *формальний* підхід до проведення VEN-аналізу.

При проведенні *формального* VEN-аналізу категорія «V» присвоюється ЛЗ у разі наявності його у стандартах та протоколах лікування основного і супутнього захворювання (або затверджених переліках лікарських засобів (наприклад, Державний формуляр, Національний перелік). Категорія «E» при формальному VEN-аналізі не передбачена. До категорії «N» відносяться ЛЗ у разі їх відсутності в означених вище нормативних документах. Варто відмітити, що в обох випадках присвоєння категорій носить певною мірою суб'єктивний характер.

В практичній діяльності рекомендується проводити формальний VEN-аналіз.

VEN-аналіз призначення ліків при певному захворюванні можна проводити як за асортиментом (за найменуваннями та кількістю призначень – кількість та частка призначень препаратів різних категорій (V, E, N)), так і за витратами (розмір та частка витрат на препарати різних категорій).

Для кращого розуміння принципів проведення VEN аналізу наведемо порядок його виконання при аналізі фармакотерапії трьох пацієнтів з діагнозом «негоспітальна пневмонія неуточнена» (код за МКХ -10 – J18.9) .

Етапи проведення в «ручному» режимі.

1. Випишуємо інформацію щодо призначення лікарських засобів з листів призначень у спеціальну форму (табл. 8.4), у колонках з 1 по 3 (пацієнти) ставиться відмітка про факт призначення ЛЗ (1) та його вартість.

*Примітка: Потрібно рахувати тільки факт призначення препарату (приймається за 1, незалежно від кількості використаних таблеток, ампул, флаконів).*

*Якщо назва препарату повторюється в листі призначень, вважається, що препарат призначався 1 раз.*

*Вироби медичного призначення не враховуються (шприци, системи, спирт, вата, лейкопластир, бинт і т. п.).*

2. Проставляємо значення V, E, N напроти кожного препарату в останній колонці (V – життєво необхідний – наявний в протоколах лікування цього захворювання, без цього препарату фармакотерапія не буде ефективною (наприклад, антибіотики при інфекційних захворюваннях, препарати гормонів при ендокринних захворюваннях (інсулін при цукровому діабеті), E – важливий (за рішенням експертів) - може призначатися для лікування, N – відсутній у протоколах лікування, не впливає на перебіг захворювання, недоцільно призначати при цьому діагнозі).

У нашому випадку всі використані антибактеріальні препарати відносяться до категорії V (життєво необхідні (включені до протоколів лікування)).

Препарати для розчинення, введення доцільно відносити до категорії E (фізрозчин, новокаїн, лідокаїн і т. п.). Решта ЛЗ, які відсутні в протоколі лікування пневмонії, отримують категорію N.

Таблиця 8.4

### Форма для проведення VEN-аналізу призначень ЛЗ

№	Назва лікарського засобу	Номер листа призначень						Всього		VEN
		1		2		3		Призначень	Витрати, грн	
		Відм. про призначення	Витрати, грн	Відм. про призначення	Витрати, грн	Відм. про призначення	Витрати, грн			
1	цефтракам фл.	1	885	1	778	1	430	3	2093	V
2	цефтріаксон фл.	1	25					1	25	V
3	анальгін амп.	1	5					1	5	N
4	дімедрол амп.	1	3					1	3	N
5	небутамол небули	1	194	1	128	1	165	3	487	E

6	амброксол сироп	1	26					1	26	N
7	натрія хлорид 200	1	95	1	76	1	104	3	275	E
8	еуфілін амп.	1	33					1	33	N
9	кларитроміцин таб 500			1	102	1	68	2	170	V
10	ресорбілакт р-н					1	185	1	185	N
11	амоксиклав фл. 1,2 г					1	1263	1	1263	V
<b>всього</b>		<b>8</b>	<b>1266</b>	<b>4</b>	<b>1084</b>	<b>6</b>	<b>2215</b>	<b>18</b>	<b>4565</b>	

3. Підраховуємо кількість найменувань, кількість призначень та розмір витрат окремо за категоріями V, E, N та заповнюємо відповідні граfi, як показано в таблиці 8.5.

Таблиця 8.5

### Результати VEN аналізу фармакотерапії пневмонії

Група VEN	Розподіл за найменуваннями		Розподіл за кількістю призначень		Розподіл за витратами	
	Кількість	Частка, %	Кількість	Частка, %	Витрати, грн.	Частка, %
Життєвонеобхідні (V)	7	46,7	14	40,0	3551	77,8
Важливі (E)	3	20,0	11	31,4	762	16,7
Другорядні (N)	5	33,3	10	28,6	252	5,5
<b>Всього</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>4565</b>	<b>100,0</b>

4. Описуємо результати за зразком.

*Результати VEN-аналізу показали, що:*

1. *Всього для лікування було використано X найменувань лікарських засобів, з них до категорії V ми віднесли X найменувань (X %), до категорії E – X найменувань (X %), до категорії N – X найменувань (X %).*

2. *За кількістю призначень структура є такою: в X випадків призначень (X % загальної кількості призначень) були призначені життєво необхідні препарати, в X випадків призначень (X %) – важливі лікарські засоби, в X випадків призначень (X %) – другорядні.*

3. *Витрати на препарати категорії V склали X грн (X % від усіх витрат), на препарати категорії E – X грн (X %), на категорії N – X грн (X %).*

5. Робимо висновки щодо фармакотерапії.

---

### **Практичне значення VEN-аналізу.**

Основним завданням проведення VEN-аналізу є встановлення пріоритетів між різними лікарськими засобами при їх призначенні та закупівлі.

Якщо переважну частину лікарських призначень (за кількістю та вартістю) складають препарати категорії «V», це свідчить про достатню якість фармакотерапії – відповідність протоколам лікування певного захворювання.

При недостатньому використанні важливих і необхідних лікарських засобів (категорії «V» та «E»), а також надмірному використанні другорядних препаратів (категорія «N») необхідно вносити зміни до призначень лікарів у ЗОЗ.

При закупівлі пріоритет завжди повинен належати важливим («V») і необхідним («E») ЛЗ, особливо в умовах обмеженості ресурсів. Виділення коштів на ЛЗ категорії «N» можливо лише тільки після повного задоволення попиту на ЛЗ категорій «V» і «E».

Розподіл препаратів на категорії VEN також допомагає в організації системи постачання, управлінні запасами і визначенні адекватних закупівельних цін для ЛЗ пріоритетної групи.

### **Частотний аналіз**

**Частотний аналіз** – це вид кількісного аналізу, який відображає частоту призначення певного ЛЗ чи групи ЛЗ, їхню частку в загальній кількості призначень.

Результати частотного аналізу можуть бути представлені у вигляді:

- загальної кількості призначень певних ЛЗ;
- ранжування призначених лікарських засобів за частотою (загальною кількістю) їх призначень пацієнтам від найбільшої до найменшої;
- частоти призначення певного ЛЗ пацієнтам (частка хворих (у %), яким призначався певний ЛЗ (8.1);
- частки (у %) призначень певного ЛЗ в загальній кількості призначень (структура призначень) (8.2);
- частоти призначення певного ЛЗ при захворюванні (частка хворих з певним захворюванням (у %), яким призначався ЛЗ (8.3).

Розрахунки проводяться за формулами:

$$1. \text{ Частота призначення ЛЗ} = \frac{\text{Кількість хворих, яким призначався ЛЗ}}{\text{Загальна кількість хворих, листи призначень яких аналізували}} \times 100 \quad (8.1)$$

$$2. \text{ Частка ЛЗ у загальній кількості призначень} = \frac{\text{Кількість випадків призначень ЛЗ}}{\text{Загальна кількість призначень усіх ЛЗ}} \times 100 \quad (8.2)$$

$$3. \text{ Частота призначення ЛЗ при певному захворюванні} = \frac{\text{Кількість випадків призначень ЛЗ при певному захворюванні}}{\text{Загальна кількість хворих з певним захворюванням, листи призначень яких аналізували}} \times 100 \quad (8.3)$$

В практичній діяльності **рекомендується** проводити частотний аналіз у вигляді ранжування лікарських препаратів за торговими назвами (ТН) за частотою їх призначень від найбільшого до найменшого.

Приклади частотного аналізу реального призначення ЛЗ наведені в табл. 8.6 та 8.7 (розрахунок проведено за формулою 1).

Таблиця 8.6

**Частотний аналіз призначення ЛЗ при наданні медичної допомоги в стаціонарних умовах у закладі охорони здоров'я (фрагмент)**

№	Торгова назва, форма випуску, дозування	Частота призначень, на 100 пацієнтів
1	Натрія хл. фл. 0,9 % 200 мл	68,0
2	Анальгін амп. 50 %-2 мл	30,4
3	Дімедрол амп. 1 %-1 мл	22,7
4	Пентоксифілін амп. 2 %-5 мл	18,8
5	Магнія сульфат амп. 25 %-5 мл	18,1
6	Аспаркам амп. 5 %-10 мл	16,8
7	Новокаїн р-н 0,5 % амп. 5 мл	13,4
8	Цефтріаксон пор. р-н 1 г фл.	11,3



9	Діклофенак натрія р-н 75 мг амп. 3 мл	10,4
10	Папаверіна г/хл амп. 2%-2 мл	10,2

Таблиця 8.7

**Рейтинг лікарських засобів (за МНН) за частотою призначень при лікуванні членів «Лікарняної каси» в стаціонарних умовах у 2020 році (всього 38 302 пацієнтів)**

№	МНН (лат)	МНН (укр)	Частота призначення на 100 пацієнтів
1	Sodium chloride	Натрію хлорид	57,9
2	Metamizole sodium	Метамізол натрію	17,0
3	Ceftriaxone	Цефтріаксон	15,6
4	Diphenhydramine	Діфенгідрамін	15,4
5	Dexamethasone	Дексаметазон	13,1
6	Pentoxifylline	Пентоксифілін	12,7
7	Magnesium sulfate	Магнія сульфат	12,4
8	Potassium salt + Magnesium aspartate	Калію + Аспарат магнію	11,2
9	Drotaverine	Дротаверін	9,0
10	Omeprazole	Омепразол	7,0
11	Procaine	Прокаїн	6,9
12	Ketorolac	Кеторолак	6,6
13	Furosemide	Фуросемід	6,6
14	Glucosae	Глюкоза	6,4
15	Acetylsalicylic acid + Magnesium hydroxide	Ацетилсаліцилова к-та+Магнія гідроксид	6,4

### Практичне значення частотного аналізу

1. Частотний аналіз за ТН відображає, в першу чергу, пріоритети лікарів щодо призначення ЛЗ. За результатами такого аналізу можна також судити про відповідність фармакотерапії визначеному переліку ліків.

2. Частотний аналіз за міжнародними непатентованими назвами (МНН) дає можливість оцінити ступінь відповідності фармакотерапії певного захворювання чинним клінічним рекомендаціям, протоколам лікування, тобто дозволяє оцінювати якість медикаментозної терапії.

3. Частотний аналіз за фармакологічними групами дає можливість скласти уяву щодо домінуючих напрямків терапії захворювань (етіологічна, патогенетична, симптоматична терапія). Такий аналіз також дозволяє судити про якість медикаментозної терапії (при співставленні отриманих результатів з чинними клінічними рекомендаціями, протоколами лікування).

4. Визначення препаратів, що призначаються найчастіше, та тих, що використовуються дуже рідко, допомагає регулювати номенклатуру та обсяги закупівлі ЛЗ (з урахуванням вартості препаратів).

### **Інтегрований ABC/VEN/частотний аналіз**

ABC/VEN/частотний аналіз використання лікарських препаратів проводиться за наступними етапами:

- планування аналізу (дослідження);
- збір первинної інформації;
- проведення розрахунків за окремими видами аналізу;
- інтерпретація, оцінка та оприлюднення результатів аналізу;
- розробка заходів щодо оптимізації використання лікарських засобів.

*Джерелами інформації для аналізу* виступають дані бухгалтерського обліку (накладні) та медична документація, що заповнюється лікарями (амбулаторні карти, історії хвороби, листи лікарських призначень).

*Методика проведення аналізу* передбачає кількість та характер вибору об'єктів для дослідження: повна вибірка з листів призначень усіх стаціонарних хворих за певний період часу (при наявності медичної інформаційної системи, в якій передбачено облік ЛЗ за листами призначень); вибір по 10-20 листів призначень кожного місяця (загалом не менше 100-120 листів); 2-3 листи призначень від кожного лікаря кожного місяця; бухгалтерські накладні на ЛЗ за квартал або за рік тощо.

---

Для зручності роботи та подальшого проведення розрахунків та аналізу доцільно використовувати програму Microsoft Office Excel (будь-якої модифікації).

Інтегрований або поєднаний ABC/VEN/частотний аналіз включає три пов'язаних між собою види аналізу, необхідні для повної ретроспективної оцінки використання лікарських засобів. Він є найбільш інформативним для оцінки реальної клінічної практики призначення ліків у певному закладі. Співставлення результатів ABC/VEN/частотного аналізу дають можливість отримати відповідь на ряд запитань (наведені тільки найбільш часті):

- на які ЛЗ використовуються основні кошти?
- на які за ступенем важливості ЛЗ витрачаються основні кошти?
- яка частина коштів витрачається на необхідні і важливі ЛЗ?
- які ЛП можливо замінити на дешевші?
- як часто призначаються необхідні і важливі ЛЗ?
- яка частка лікарів витрачає основні кошти на необхідні і важливі ЛЗ?
- яка частка лікарів призначає необхідні і важливі ЛЗ?
- чи доцільно проводиться фармакотерапія з клінічної та економічної точок зору та які є можливі шляхи її оптимізації?

Загалом, інтегрований ABC/VEN/частотний аналіз надає можливість скласти цілісну уяву, наскільки раціональною з клінічної та економічної точок зору є реальна фармакотерапія в даному ЗОЗ (або окремому відділенні) та яким шляхом можна підвищити її якість та економічну доцільність (рис. 8.2).



Рис. 8.2. Інтегрований ABC/VEN/частотний аналіз фармакотерапії.

Оцінка використання лікарських препаратів за методологією ABC/VEN/частотного аналізу – дієвий шлях до оптимізації фармакотерапії та моніторингу впровадження клінічних протоколів у лікувальний процес. Впровадження ABC/VEN/частотного аналізу в практичну діяльність ЗОЗ не потребує великих витрат, а лише певного рівня знань та усвідомлення реальних можливостей цієї методології щодо моніторингу доцільності призначень ЛЗ. За результатами аналізу розробляються пропозиції щодо поліпшення фармакотерапії без необхідності додаткового фінансування.

### ***Питання для самоконтролю***

1. Визначте поняття економічного аналізу та його характерні риси.
2. Зазначте критерії економічного аналізу та його характерні риси.
3. Назвіть особливості ретроспективного аналізу.
4. Значення видів економічного аналізу для розвитку медичної структури.

5. Назвіть складові загального потенціалу сучасної медичної структури.
6. Чим інвестиційний аналіз відрізняється від маркетингового.
7. Дайте визначення інноваційному аналізу.
8. Визначте особливості стратегічного і діагностичного аналізу.
9. Визначте зміст й розрізніть метод мінімізації витрат та витрати-вигода.
10. Назвіть переваги та обмеження методу «витрати-ефективність».
11. Дайте визначення методу «витрати-корисність».
12. Різновиди фармакоеконічного аналізу, що можуть використовуватися у закладі охорони здоров'я.
13. Визначення, характеристика та значення АВС-аналізу.
14. Визначення, характеристика та значення VEN-аналізу, мета застосовування.
15. Визначення, характеристика та значення частотного аналізу, мета застосовування.
16. Роль фармакоеконічного аналізу щодо визначення пріоритетності закупівель ЛЗ для оптимізації фармакотерапії.

### *Література:*

1. Макконнелл К. Р., Брю С. Л. Экономикс: принципы, проблемы и политика – М.: Республика, 1992. – Т.2. - С.385. – 400 с.
2. Академічний тлумачний словник (1970-1980)//Синтез//Літературознавча енциклопедія: у 2т./ авт.-уклад Ю. І. Ковалів.- Київ: ВЦ «Академія», 2007.- Т.2:М.-Я.-С.398.
3. Шумов В. А. Логистика в теории и практике управления современной экономикой. — М.: МУ им. С. Ю. Витте, 2014. — С. 7-8. — 212 с.
4. Савицкая Г. В. Анализ хозяйственной деятельности предприятия: Учеб. Пособие /Г. В. Савицкая. – 7-е изд., испр. Мн.: Новое знание, 2002. – С. 5-31.
5. Циглик І. І. Економічний аналіз – основний чинник підвищення ефективності підприємницької діяльності // Актуальні проблеми економіки, 2003. - №7(25). С. 90-96.

- 
6. Житна І. П., Тацій І. В., Житний П. Є. Економічний аналіз: навчальний посібник. Луганськ: вид-во СНУ ім. В. Даля, 2006. 296 с.
  7. Болюї М. А., Бурчевський В. З., Горбаток М. І. та ін. Економічний аналіз: навчальний посібник / за ред. М. Г. Чумаченка. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2003. 556 с.
  8. Мних Є. В. Економічний аналіз: підручник. Київ: Знання, 2011. 630 с.
  9. Литвин Б. М., Стельмах М. В. Фінансовий аналіз: навчальний посібник. Київ: Хай-Тек Прес, 2008. 336 с.
  10. Парій В. Д., Сафонов Ю. М., Захарова Н. М. та ін./ За заг. ред проф. В. Д. Парія / Економічний аналіз використання ресурсів у системі охорони здоров'я. Навч. посібн.-Житомир: «Полісся», 2015.- 148 с.
  11. Івахненко В. М. Курс економічного аналізу: навчальний посібник –/Івахненко В. М. – [4-е вид., випр. і доп.]. – К.: Знання, 2004. – 190 с.
  12. Економічний аналіз: навчальний посібник / [М. А. Болюх, В. З. Бурчевський, М. І. Горбатюк та ін.]; за ред. акад. НАНУ, проф. М. Г. Чумаченко – К.: КНЕУ, 2003. – 540 с.
  13. Грабовецький Б. Є. Економічний аналіз: навчальний посібник / Грабовецький Б. Є. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 256 с.
  14. Яковлева О. С. Фармакоекономіка у питаннях та відповідях: навч. посіб. для провізорів-інтернів / О. С.Яковлева. – Запоріжжя: [ЗДМУ], 2015. – 88 с.
  15. Заліська О. М. Фармакоекономіка і раціональне використання ліків: Навч. посібник / МОЗ України / За ред. Б. Л. Парновського. – Львів, Афіша, 2014. – 252 с.
  16. Заліська О. М. Використання методів фармакоекономічної оцінки лікарських засобів в Україні: Методичні рекомендації /МОЗ України, Укрмедпатентінформ.- Львів: ПП «Кварт».- 2002.- 24 с.
  17. Оцінка клінічної та економічної доцільності використання лікарських засобів у лікувально-профілактичному закладі (супровід формулярної системи): метод. рек. / [А. М. Морозов, Л. В. Яковлева, В. Д. Парій, Н. В. Бездітко та ін.]. – Харків, 2013. – 35 с.

---

18. Парій В. Д. Визначення фінансових потреб на закупівлю окремих лікарських засобів, включених до національного переліку [Електронний ресурс] / В. Д. Парій, С. М. Грищук // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 1. - С. 83-89. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2017\\_1\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_1_15).

19. Парій В. Д. Дослідження результатів впровадження галузевого уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом [Електронний ресурс] / В. Д. Парій, В. І. Шуляк // Український медичний часопис. - 2014. - № 2. - С. 166-169. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh\\_2014\\_2\\_38](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2014_2_38).

20. Фармакоекономіка: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Л. В. Яковлева, Н. В. Бездітко, О. О. Герасимова [та ін.]; за ред. Л.В. Яковлевої. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 208 с.

---

## РОЗДІЛ ІХ

### ПІДПРИЄМНИЦТВО: МІСЦЕ І РОЛЬ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*9.1. Підприємництво: сутність та особливості в сфері охорони здоров'я, технологія створення власної справи.*

*9.2. Основні елементи підприємницького успіху, аналітичне оцінювання ефективності підприємницької діяльності.*

*9.3. Управління економічними ризиками в сфері охорони здоров'я.*

#### **9.1. Підприємництво: сутність та особливості в сфері охорони здоров'я, технологія створення власної справи**

Вивчаючи сутність підприємництва, дослідники зарубіжжя й вітчизняні науковці формують поняття «*підприємництво*» – самостійна організаційно-господарська діяльність на основі новаторства або вже існуючих класичних моделей послуг, із застосуванням комплексних методик, з метою отримання прибутків і самореалізації власної мети.

Початку розвитку підприємництва у сфері охорони здоров'я сприяла Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» (17.09.96 р. № 1138, зі змінами 1997 р., 1999 р.).

У січні 2016 року було презентовано нову Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, в листопаді того ж року її було затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013-р. Головними визначено такі напрями реформування: впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; створення єдиного національного замовника медичних послуг; створення нових можливостей для реалізації місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я; автономізація постачальників медичної допомоги; визначення принципу «гроші ходять за пацієнтом» як ключової ідеї медичної реформи; розбудова сучасної системи управління медичною інформацією (розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» № 1013-р від 30.11.2016.



Сьогодні, відповідно до положень Конституції (ст. 49), медична допомога населенню надається *безоплатно* за рахунок бюджетних коштів у комунальних закладах охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями, що зареєстровані й одержали в установленому законом порядку ліцензію.

Відповідно до реформи, відбувається кардинальна трансформація системи охорони здоров'я зі зміною фінансування, організаційної структури тощо.

Підприємництво у сфері охорони здоров'я розглядається з позиції двох аспектів:

- як форма економічної активності, що направлена на досягнення комерційного успіху, контекстність інновацій, незалежність і самостійність суб'єктів у прийнятті управлінських рішень (свобода вибору напрямків і методів діяльності, орієнтація на досягнення успіху);

- підприємництво представляють як певний стиль господарської поведінки, для якої є характерними динамічність, творчий підхід, ініціативність, готовність до ризику, задоволення потреб споживачів, систематичне вдосконалення професійної майстерності.

Підприємцями можуть бути *громадяни (фізичні особи)*, що є організаторами власної індивідуальної справи, в процесі якої застосовуються засоби, власна праця, а також має місце наймана праця.

**Права підприємця:** започатковувати для здійснення підприємницької діяльності будь-які види підприємництва; купувати майно, мати власний фірмовий знак – марку (логотип), сформувати підприємницьку структуру, набувати майнових прав; організовувати господарську діяльність, вільно обирати партнерів, розпоряджатися прибутком; укладати з громадянами трудові договори про використання їхньої праці; встановлювати розмір, систему оплати праці, систему мотивації (матеріальної та нематеріальної); отримувати будь-який не обмежений за розмірами особистий дохід тощо.

**Обов'язки підприємця у сфері охорони здоров'я:** вчасно отримати ліцензію на види діяльності, які підлягають ліцензуванню, укладати трудові договори з найманими працівниками; оплачувати працю найманому персоналу (не нижче мінімальної заробітної плати), забезпечувати гідні умови та охорону праці, інші соціальні гарантії;

дотримуватися прав, реалізації законних інтересів споживачів, забезпечуючи якість пропонованих медичних послуг.

**Відповідальність підприємця** (правові та етичні відносини між закладом та суспільством): підприємець має відповідати за зобов'язаннями, пов'язаними з його діяльністю, усім своїм майном, за винятком активів, на які не може бути накладене стягнення; за охорону навколишнього середовища, за дотримання техніки безпеки, охорони праці, виробничої гігієни та санітарії; за завдані шкоду і збитки своїм майном.

Головним показником ефективної діяльності підприємця є прибуток, що одержується завдяки реалізації особистої «інноваційно-комплексної» підприємницької ідеї. Завдання підприємця зводиться до пошуку найбільш ефективної форми такого симбіозу [9].

Відповідно досвіду малого бізнесу у провідних країнах світу, використовується система підприємництва, що підтримується державою, на умовах децентралізації. З позиції такої теорії, одним із її видів є автономія медичних установ. Передача певних функцій на зовнішнє виконання та управління приватним або некомерційним установам. Такий вид децентралізації владних функцій в охороні здоров'я може бути реалізований у формі державно-приватного партнерства, що надає додаткові можливості розвитку підприємництва в галузі охорони здоров'я в Україні. Відповідно до положень Закону України «Про державно-приватне партнерство» охорона здоров'я визначена як одна із потенційних сфер застосування механізмів державно-приватного партнерства (ДПП).

Для України важливо впровадити стимули для розвитку українського медичного ринку, підвищити активність інноваційної діяльності національних підприємців медичної сфери. З цією метою необхідно впровадити ефективні форми державної підтримки інноваційного підприємництва, розглянути методи, що забезпечують формування механізму інновацій у сфері охорони здоров'я, використати досвід країн із розвиненою економікою:

- законодавчо-нормативне забезпечення та захист авторських прав, інтелектуальної власності (США, країни ЄС);
- надання різноманітних позичок без виплати відсотків (Швеція);
- цільові дотації для проведення науково-дослідних проєктів (економічно розвинені країни);

---

- субсидії, позики й інші методи прямого фінансування, що сприяють компенсації виробникам 50 % витрат у контексті створення нових видів медичної продукції, технологій, зокрема лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо (США, Франція). Заходи прямого податкового стимулювання мають найсуттєвіший вплив на процес утілення радикальних інновацій у всіх сферах, зокрема у сфері охорони здоров'я;

- спрощена система оподаткування для різних інноваційних підприємств, науково-дослідних інститутів, зокрема і тих, що займаються розробками у сфері охорони здоров'я (наприклад, пільгове оподаткування університетів і НДІ (науково-дослідних інститутів), виключення з оподатковуваних сум витрат, що спрямовані на НДДКР, списання інвестицій, які вкладені у НДДКР (Японія));

- формування інноваційних фондів для підтримки проєктів у сфері охорони здоров'я з урахуванням їхньої ризиковості (Швейцарія, Нідерланди, Великобританія, Німеччина, Франція);

- програми пошуку і залучення талановитих іноземних спеціалістів-медиків, включаючи прискорене оформлення їм віз, надання стипендій для навчання і поліпшення умов проживання (Японія, США, Австралія);

- безоплатна допомога щодо діловодства для індивідуальних винахідників, безоплатні послуги, що стосуються патентування (Німеччина, Нідерланди);

- впровадження різного роду державних цільових програм щодо зниження ризиків, відшкодування збитків (Японія);

- звільнення (відтермінування) від сплати мита у разі винаходу у сфері заощадження енергії (Австрія) – досвід може бути використаний для стимулювання винахідництва у медичній сфері;

- надання часткового державного фінансування – підтримка від держави становить не більше половини кошторису інноваційного проєкту, інша частина – від приватних організацій (більшість розвинених країн) [1, 3].

Основними формами підприємництва в закладах охорони здоров'я України є:

---

***Індивідуальне підприємництво:***

- індивідуальна підприємницька діяльність, коли одна особа є власником бізнесу та провадить підприємницьку діяльність без створення юридичної особи – ФОП;

- приватне підприємництво, якщо особа є власником бізнесу, веде його із залученням найманих працівників, зареєструвавшись як юридична особа.

***Колективне підприємництво:***

- ***товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ*** – всі його учасники вносять певні частки до статутного фонду та несуть обмежену відповідальність у межах своїх внесків);

- ***повне товариство*** (учасники несуть солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства всім своїм майном);

- ***командитне (змішане) товариство*** (поряд з одним або більше учасниками, що несуть відповідальність за боргами товариства всім своїм майном, потребує також наявності одного або більше учасників з обмеженою відповідальністю);

- ***акціонерне товариство*** (товариство, яке має статутний фонд, поділений на визначену кількість акцій однакової номінальної вартості і несе відповідальність за своїми зобов'язаннями тільки майном товариства, публічне акціонерне товариство (ПАТ) – створюється способом відкритої передплати на акції, приватне акціонерне товариство (ПрАТ) – розповсюдження акцій тільки серед його засновників) [7].

***Характерні особливості приватного медичного закладу:***

- по-перше, майнова відокремленість, медичний заклад може володіти власним майном, а також орендувати або на інших договірних засадах використовувати різні ресурсні елементи: медичне обладнання тощо;

- по-друге, має завершений відтворювальний цикл: мобілізує ресурси, перетворює їх та надає послугу, а отримані кошти знову використовує;

- по-третє, має самостійні економічні інтереси, враховуючи, що інтереси найманих працівників і підприємців не можуть у всьому збігатися. Разом із тим усіх дійових осіб фірми об'єднує наявність вагомого загального інтересу – швидше сформувати алгоритм створення необхідної послуги, дорожче її продати й отримати грошовий дохід.

Щоб розпочати власну діяльність, необхідна ідея, що забезпечить у майбутньому прибуток. Пошук ідеї бізнесу – одна з найбільш важких і відповідальних задач підприємця, який знаходить в цій ідеї можливість реалізації своєї суті, таланту, темпераменту, знань, інтуїції. На цьому етапі створення своєї справи для кожного підприємця дуже важливими є відповіді на питання: де і як шукати нову ідею?

**Підприємницька ідея** – це виявлений підприємцем загальний задум (інтерес) щодо створення нової або модифікованої послуги та просування її на ринок. Особливістю є те, що ідея підприємця базується на інновації або включає комплексний механізм, поєднання декількох послуг в єдиний комплекс.

Джерелами ідеї підприємницької діяльності в сфері охорони здоров'я є:

- отримані знання у школі та вищому навчальному закладі медичного спрямування при вивченні спеціалізованих медичних та економічних дисциплін;
- досвід у сфері підприємництва родичів, знайомих, друзів, батьків тощо;
- матеріали, отримані із засобів масової інформації (радіо, телебачення, газет, журналів, сайтів тощо);
- думка споживачів (пацієнтів) про доцільність мати нові послуги;
- ідеї науковців, які проводять теоретичні та прикладні дослідження в сфері медицини;
- відвідування спеціалізованих ярмарків і виставок передового медичного досвіду;
- побажання населення (пацієнтів), спеціалістів збуту послуг, осіб, зайнятих рекламою;
- ідеї потенційних конкурентів, публікації у професійних виданнях, в тому числі, про наявні патенти та ліцензії;
- знання основних способів державної підтримки підприємницької діяльності, якими хотів би скористатися лікар – майбутній підприємець [8].

Пацієнт є особою, що формує ідею нової послуги. Підприємцю сфери охорони здоров'я необхідно вести пошук формальних і неформальних способів виявлення думки пацієнта. Сьогодні детальний аналіз діяльності діючих комунальних і приватних медичних закладів дає змогу визначити нові можливості

вдосконалення послуг і обґрунтувати концепцію власного бізнесу в медичній сфері.

У процесі пошуку і вибору підприємницької ідеї необхідно оцінювати шанси на успіх її практичної реалізації. Оцінювання нової ідеї має бути комплексним, ідею варто розглядати з різних поглядів: рівня конкуренції на ринку відповідних медичних послуг; наявності споживачів (пацієнтів, різних категорій населення) та знання їхніх потреб зараз і в майбутньому; виробничих можливостей закладу щодо продукування тих або інших необхідних споживачам послуг; реальних можливостей залучення фінансових коштів (за необхідності – іноземних інвестицій); стабільності та гнучкості чинного законодавства в галузі охорони здоров'я; компетентності, досвіду й управлінських здібностей підприємців тощо.

Технологія створення підприємницької справи обов'язково передбачає розробку й обґрунтування бізнес-проекту. Бізнес-планування в медичній сфері являє собою короткий, точний, доступний і зрозумілий опис передбачуваної медичної структури або послуги медичного спрямування й дозволяє вибрати найбільш перспективні рішення і визначити засоби їх досягнення.

Таким чином, підприємництво у медичній галузі сьогодні відображає особистий інтерес фахівця медичної сфери, що поєднується з колективним (громадським) інтересом суспільства. Важливе значення для розвитку підприємництва є врахування конкуренції на ринку, правові основи створення структур, пошук і прискорення нововведень, ефективне використання висококваліфікованих кадрів, прагнення догодити споживачеві (пацієнтові) і зміцнення власного соціального статусу.

## **9.2. Основні елементи підприємницького успіху, аналітичне оцінювання ефективності підприємницької діяльності**

Наявність проекту власної справи є першим етапом створення бізнесу, але надалі перед підприємцем постають конкретні питання:

- хто є головними споживачами моїх послуг (хто має потребу в моїх медичних послугах);
- як я можу оптимально організувати виробництво і вдало запропонувати комплекс послуг;

- хто буде працювати в мене;
- скільки коштів необхідно для створення бізнесу тощо.

Стадія планування підприємницького успіху має два етапи: підготовчий та основний.

На підготовчому етапі підприємець: збирає та аналізує маркетингову, виробничу й фінансову інформацію, яка стосується бізнесу (для використання такої інформації використовують усі можливі джерела). Важливість достовірності цієї інформації пов'язана з обгрунтованістю розрахунків бізнес-плану.

***До елементів підприємницького успіху можна віднести:***

- вчасне визначення сильних сторін закладу та її унікальних якостей, що виділяють фірму серед конкурентів і на які робить ставку підприємець у своєму бізнесі;

- констатація й послідовний аналіз досягнень закладу в області маркетингу, виробництва, персоналу, фінансів (окремий аналіз можливостей закладу: наявність патентів, ліцензій, ноу-хау, промислових і комерційних секретів тощо): це надасть можливість визначити конкретні поточні й стратегічні цілі діяльності фірми. Цілі, зазвичай, формують за допомогою таких термінів, як: прибутковість, продуктивність, ринок послуг, об'єми послуг та інші. При цьому цілі мають бути конкретними, кількісно вимірюваними, орієнтованими в часі, реалістичними, сформульованими письмово.

Важливу роль у досягненні успіху в підприємницькій діяльності грає оптимізація витрат, раціональне співвідношення витрат, капіталу та обсягу послуг. Під раціоналізацією розуміються заходи, які спрямовані на збільшення комплексу послуг і зменшення витрат, або на збільшення кількості послуг при незмінних ресурсах.

Під витратами розуміється все те, що підприємець витрачає, коли надає медичні послуги, тобто всі його видатки.

***Підприємницький прибуток*** – це різниця між доходами та витратами, яку отримано внаслідок реалізації прийнятого підприємцем рішення щодо надання медичних послуг.

***Успіх у підприємстві в медичній сфері пов'язаний з характерними рисами підприємця, основними з яких є:***

- систематичне пропонування нового на ринку, поліпшення (поєднання) необхідних елементів послуги в єдиний механізм, що створює нову послугу на ринку, або використання вже існуючої у власній практичній діяльності;

- здатність йти на прорахований ризик;
- протистояння різним видам адміністративного тиску, наполегливість у досягненні мети;
  - риси лідера (здібність керувати іншими людьми, вести за собою колектив, створити команду однодумців тощо);
  - здатність до тривалої, важкої та якісної роботи;
  - наявність швидкої реакції на зміни зовнішнього середовища, здатність протистояти конкурентам, організувати діяльність краще, швидше і якісніше за інших;
  - здатність до постійного навчання, систематичного розширення мобільності медичного і допоміжного персоналу та його ділової активності;
  - вміння поступового рішення проблеми, формування досяжних цілей, довгострокове бачення;
  - вміння проводити систематичне планування і аналіз діяльності організації, вивчати динаміку господарських показників, використовувати ці знання для прийняття вчасних рішень, контролювати процес надання послуг;
  - вміння доводити власну думку, переконувати підлеглих, формувати професійну команду, встановлювати ділові та особисті зв'язки з партнерами [10].

Всі вище перелічені риси підприємця дадуть можливість йому мати успіх на ринку медичних послуг. Особливістю діяльності підприємця є генерування ідей в умовах мінливого зовнішнього середовища, яке потребує швидких управлінських рішень. В залежності від цього стиль і форма поведінки підприємця з колективом можуть бути різними, авторитарна чи консультативна форма прийняття рішень, обмін інформацією та ідеями з підлеглими або групове прийняття рішень [11]. Прийняття рішення має забезпечити підприємцю успіх на ринку й може мати інтуїтивний характер, коли підприємець впевнений, що його вибір правильний, заснований на судженнях, що зумовлені знаннями та накопиченим досвідом, або раціональний, коли рішення не залежить від минулого досвіду.

**Підприємництво у сфері медицини** – це організація системи надання якісних медичних послуг в певному сегменті ринку, що забезпечить рівень здоров'я населення, а вже потім накопичення капіталу.



За визначенням багатьох дослідників, формула успіху в бізнесі має такий вигляд (рис 9.1).



Рис. 9.1. Формула успіху бізнесу [12].

Маючи в своєму розпорядженні інформацію про власні можливості, підприємець має знайти відповіді на такі питання:

– які послуги будуть представлені і в якій кількості на ринку, для яких категорій населення;

– хто в межах закладу має надавати відповідні послуги (наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики);

– особливості технології створення послуги (наявність основних засобів, обладнання, матеріалів тощо);

– категорії населення, що потребують ці послуги (проведення дослідження думки споживачів);

– конкуренти, зайнятість «ніші» (скільки закладів «поряд» надає подібні послуги);

– як уникнути ризику (використання основних засобів, персоналу, придбання матеріалів тощо);

– яку модель маркетингової стратегії обрати, використання новітніх технологій медіа-планування маркетингу закладу.

Також підприємець має враховувати: рівень та форми доходу населення і відповідно формувати ціну на послуги; пріоритети населення, вподобання (на що витратити кошти у першу чергу); забезпечити доступність необхідних послуг [13].

Витрати приватного підприємця, що пов'язані з наданням медичної послуги, розраховують за формулою:

$$B_n = A_v + B_c + B_{pc} + H_v, \quad (9.1)$$

де  $B_n$  – витрати підприємця;

$A_v$  – амортизаційні відрахування;

$B_c$  – матеріальні витрати;

$B_{pc}$  – витрати на оплату праці + витрати на соціальні відрахування;

$H_v$  – накладні витрати (інші витрати) [14].

Схематично логіку підприємницької діяльності, що веде до прибутковості та успіху можна представити у наступному вигляді (рис. 9.2).

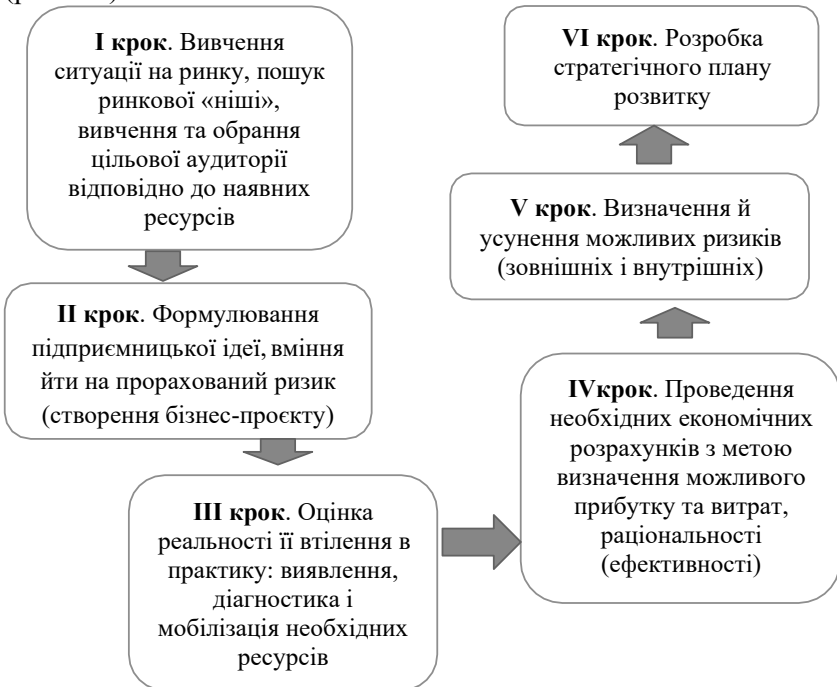


Рис. 9.2 Схеми логіки підприємницької діяльності

Досвід свідчить, що навіть за наявності сприятливих зовнішніх умов господарювання, 70 % підприємців зазнає невдачі через недоліки і прорахунки у власній діяльності.

***Лікарям-підприємцям варто звернути увагу на чотири групи проблем, що стримують формування підприємницького середовища:***

1. політико-правові (політична нестабільність, недостатній діапазон і недосконалість чинного законодавства);

2. економічні (недосконалість економічного механізму, деформоване ціноутворення, відсутність реальних матеріальних стимулів);

3. організаційно-структурні (недорозвинутість інфраструктури, ізоляція від міжнародних економічних структур, інертність, багато-ступінчастість прийняття управлінських рішень);

4. соціально-психологічні (філософія утриманства, інерційність господарського мислення, відсутність досвіду управління ринковою економікою).

Метою аналізу діяльності приватного медичного закладу є пошук наявних резервів, розроблення та обґрунтування заходів щодо підвищення ефективності підприємницької діяльності. Аналіз може здійснюватися як підприємцем, так і зовнішніми стейкхолдерами.

Зовнішній аналіз здійснюється партнерами підприємства, його кредиторами та інвесторами, а також контролюючими органами на основі опублікованої звітності, його мета, визначення прибутковості та ризикованості різних видів взаємодії з закладом (інвестування коштів, його кредитування, продаж матеріальних цінностей, надання пільг та вжиття санкцій).

Внутрішній аналіз здійснюється службами підприємства з метою об'єктивного оцінювання фінансово-економічного стану закладу і максимально ефективного використання всіх його ресурсів, результати використовуються для: прогнозування і планування господарської діяльності; обґрунтування доцільності та умов залучення позикових коштів, прогнозування банкрутства тощо.

Слід враховувати, що між окремими складовими елементами (показниками) ефективності діяльності закладу, як основної сфери підприємництва, існує певний взаємозв'язок. Підприємницька діяльність здебільше супроводжується процесами інвестування підприємства, у тому числі розробленням і реалізацією

довгострокових інвестиційних проєктів на майбутнє. У зв'язку з цим, оцінюючи ефективність підприємництва, необхідно проводити аналіз розрахунків економічної доцільності реальних інвестиційних вкладень. Для визначення доцільності інвестицій використовують такий показник, як термін окупності або коефіцієнт економічної ефективності (індекс дохідності) реальних капітальних вкладень. Слід зауважити, що всі показники ефективності підприємницької діяльності є розрахунковими, для їх обчислення необхідна певна сукупність первинних показників [16].

Ефективність підприємницької діяльності великою мірою залежить від рівня використання трудових ресурсів (працівників). Найвірогідніше його характеризує показник продуктивності праці. Одним з головних чинників будь-якого процесу надання послуг в медичній сфері майже завжди є основні фонди (технічні засоби праці в грошовому виразі). Їхнє формування і постійне оновлення зазвичай пов'язані з чималими інвестиціями виробничого спрямування. Тому підприємець має бути зацікавленим в активному використанні «дорогих» основних фондів. Найбільш загальним і широко застосовуваним показником використання основних фондів є фондівдача (за обсягом послуг та отриманим прибутком). До важливих витратних показників, що потребують ретельного регулювання в процесі підприємницької діяльності, належить зарплатоємність послуг (ЗЄп). Для її обчислення використовують два показники: фонд заробітної плати ( $\Phi_{з.п.}$ ) та обсяг послуг ( $B_{т.п.}$ ):

$$ЗЄ_{п} = \Phi_{з.п.} : B_{т.п.} \quad (9.2)$$

Варто розраховувати також зарплатовіддачу ( $ЗВ_{п.}$ ), тобто обсяг наданих послуг на одну грошову одиницю заробітної плати.

Визначаючи шляхи підвищення ефективності підприємницької діяльності, доцільно розглядати різні господарські завдання на альтернативній основі. Оптимальний варіант можна визначити, розрахувавши відносну (порівняльну) ефективність. Вона характеризує економічні переваги одного варіанта порівняно з іншим (або іншими). Такі розрахунки, мають виконуватися на стадіях прогнозування, планування та проєктування можливих альтернатив реалізації окремих заходів і розв'язання економічних проблем.

### 9.3. Управління економічними ризиками в сфері охорони здоров'я

*Ризик* – це дія, що здійснена в умовах вибору в надії на сприятливий результат, коли у випадку невдачі існує небезпека опинитися в гіршому становищі, ніж до вибору. Ряд дослідників визначають ризик як дію по зняттю невизначеності, інші вчені вважають, що ризик – це ймовірність збитку, або ймовірність можливих втрат, або одержання доходів, нижчих за ті, на які розраховували.

Найчастіше ризик проявляється у вигляді фінансових втрат. Ризик виникає за таких умов: наявність невизначеності, необхідність вибору альтернативних рішень, можливість оцінити ймовірність здійснення цих рішень. Виходячи з передумов його виникнення, можна визначити ризик як діяльність, пов'язану з подоланням невизначеності в ситуації неминучого вибору, у процесі якого є можливість кількісно і якісно визначити ймовірність досягнення передбачуваного результату, невдачі і відхилення від мети [18].

Розглядаючи підприємницьку діяльність в медичній сфері, *ризик* можна оцінювати як недоотримання прибутку від надання послуг населенню на ринку і ризик невідповідності якості медичної послуги.

Забезпечення умов надання професійної допомоги і максимального уникнення негативних наслідків при наданні медичних послуг контролюється державними органами влади. Відповідно до частини другої статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» Кабінетом Міністрів України затверджено критерії, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності з медичної практики і визначається періодичність проведення планових заходів державного нагляду (контролю) Міністерством охорони здоров'я (Постанова Кабінету Міністрів України про періодичність проведення планових заходів державного нагляду (контролю)). Кабінетом Міністрів України затверджено критерії, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності з медичної практики і визначається періодичність проведення планових заходів державного нагляду (контролю) держави за якістю провадження господарської діяльності з медичної практики.

Ризик виникає за таких умов: наявність невизначеності, необхідність вибору альтернативних рішень, можливість оцінити ймовірність здійснення цих рішень.

***Стосовно природи ризику розглядаються його три сторони:***

1. Суб'єктивна сторона природи ризику в тому, коли люди неоднаково сприймають величину економічного ризику в силу розходження психологічних, моральних, ідеологічних принципів орієнтації, установок; окрім того, ризик пов'язаний з вибором певних альтернатив, розрахунком ймовірностей їхнього результату.

2. Об'єктивна сторона ризику проявляється в тому, що це поняття відображує реально існуючі явища, процеси, сторони діяльності, причому ризик існує незалежно від того, усвідомлюють його наявність чи ні, враховують його чи ігнорують.

3. Суб'єктивно-об'єктивна сторона визначається тим, що ризик породжується процесами як суб'єктивного характеру, так і тими, які не залежать від волі чи свідомості людини [19, 20].

Особливості ризику трактуються як: глобальність; науково-технічний прогрес; недоліки в управлінні; ризик в одержанні кінцевого результату; ризик залучає підприємця до конкурентної боротьби.

***До основних факторів ризику в медичній сфері можна віднести:***

- ризики, пов'язані з серйозними недоліками медичних технологій, що використовуються;
- прийняття рішення про медичне втручання, що містить ризик;
- проблеми виконання поточних медичних процедур;
- ризики, пов'язані з самопомогою і самолікуванням населення;
- проблеми, що стосуються великих наслідків науково-технологічного розвитку.

Виникнення економічних ризиків у підприємстві комерційної медичної структури можна розділити на дві групи: зовнішні та внутрішні.

***Зовнішні ризики***, на які підприємці не в змозі впливати, але повинні їх прогнозувати та враховувати, бо вони істотно впливають на стан справ:

- 
- політичні;
  - вплив конкурентів;
  - нестабільність валюти й ринку в цілому.

***Внутрішні ризики:***

- стратегія закладу (сформованість моделей розвитку в залежності від фінансового стану);
- принципи діяльності закладу;
- ресурси та їх використання (фінансові, персонал, основні фонди тощо);
- якість і рівень використання маркетингу (вивчення ринку, ціноутворення, реклама, конкурентна стратегія тощо).

Для успішного подолання ризиків у структурі необхідно використати вагомі критерії: змодельовати оптимальну раціональну структуру та інфраструктуру медичного закладу з урахуванням обмежених фінансових джерел; сформувати ресурсну базу та впровадити медичні технології. Недосконала методика вивчення динаміки показників організації праці, моделі розвитку медичної структури, управління якістю наданих медичних послуг [21].

Дослідниками визначено ***ризики, що стосуються медичних комерційних структур***: в результаті конкуренції на ринку, зменшення кількості наданих послуг, внаслідок зменшення попиту; витіснення структури в результаті зменшення ціни на послуги конкурентами; підвищення закупівельної ціни обладнання; втрати якості послуг; підвищення ціни на комунальні послуги; імовірність збитків чи додаткових витрат, пов'язаних з зупинкою обладнання, низька якість використання основного обладнання, незадовільна робота персоналу, плінність кадрів, фізичний і моральний знос обладнання тощо.

Для уникнення ризиків і прискорення процесу надання послуг та охоплення більшої кількості пацієнтів, медичному закладу доцільно: здійснювати чітке нормування часу; аналізувати й нормувати роботу основних засобів, розробляти стратегію розвитку закладу відповідно до декількох сценаріїв, прораховувати «допустимі ризики» й кроки уникнення стану нестабільності закладу тощо. Якість послуги можна контролювати за допомогою системи відгуків пацієнтів, карти одужання та статистики повного відновлення пацієнтів за певний період, можливим є залучення фахівців з високим рівнем кваліфікації, навчання та розвиток медичного персоналу; зворотній зв'язок з

пацієнтами, оцінювання ступеню лояльності пацієнта до закладу; спрощення етапів процесу надання послуг.

***Питання для самоконтролю:***

1. Підкресліть характерні особливості комерційної структури (лікувального закладу).

2. Назвіть особливості приватного підприємництва як форми здійснення економічної активності.

3. Зазначте особливості групової медичної практики.

4. Назвіть джерела ідеї підприємницької діяльності.

5. Визначте значення бізнес-планування в медичній сфері.

6. Назвіть інструменти маркетингу, що слугують підприємницькому успіху.

7. Яким вимогам має відповідати зовнішня реклама у комерційній медичній структурі.

8. Визначте основні внутрішні фактори, що впливають на успішність підприємницької діяльності.

9. Дайте визначення поняттю «ризик».

10. Поясніть, при яких умовах виникає ризик.

11. Зазначте поняття раціонального ризику в медичній сфері.

12. Назвіть основні фактори ризику в медичній сфері.

13. Які ризики можна віднести до фінансових ризиків?

***Література:***

1. Годунова Е. С., Яковлева Т. Н. Европейский опыт построения инновационной системы на примере трансфера технологий. URL: [www.sibai.ru/content/view/1389/1539/](http://www.sibai.ru/content/view/1389/1539/).

2. Юринець З. В., Задорожний Д. Б., Звір В. В. Розвиток інноваційної діяльності в Україні та світі / З. В. Юринець, // Науковий вісник НЛТУ України: збірник наук.-техн. праць. Львів: РВВ НЛТУ України. 2010. Вип. 20.8. С. 168–174.

3. Yurynets Z., Bayda B., Petruch O. Country's economic competitiveness increasing within innovation component. Economic Annals – XXI. 2015. № 9–10. P. 32–35.



- 
4. Аналіз перспектив розвитку ринку медичних послуг України.  
URL: <http://www.ilfua.com/ru/publications/articles/analizperspektivrazvitiyarynka-medicinskihuslugukrain>.
  5. Закон України «Про власність» від 7 лют. 1991 р. № 697-XII.  
URL: <http://www.interbuh.com.ua/ua/documents/oneregulations/1140>.
  6. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання здравоохоронної сфери). Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. наук. фах. вид. 2012. № 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2012\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4).
  7. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. Посіб. — К. : МАУП, 2007. — 328 с.
  8. Колот В. М. Підприємництво: організація ефективність бізнес-культура. [навч.-метод. Посіб. ]/ В. М. Колот, І. М. Репін, О.В. Щербина. — К.: КНЕУ, 2010 — 444 с.
  9. Лекції з дисципліни Підприємництво і бізнес-культура: для студентів ступеня «бакалавр» / М-во освіти і науки України, Донец. нац. ун-т економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського, каф. підприємництва і торгівлі. — Кривий Ріг: ДонНУЕТ, 2016. — 216 с.
  10. Підприємництво та бізнес-культура: [Навч. посіб.] /С. В. Волошина, Г. І. Матукова, Л. В. Качагіна, О. В. Третьякова, А.О.Підпанок. — Кривий Ріг, 2012.— 382 с.
  11. Шваб Л. І. Основи підприємництва: [навч. посіб.]/ Л. І. Шваб. - К.: Каравела, 2006. - 344 с.
  12. Донець Л. І. Основи підприємництва: [навч. посіб.]/ Л. І. Донець, Н. Г. Романенко.—К.: Центр навчальної літератури, 2006. —320 с.
  13. Виноградська А. М. Основи підприємництва: [навч. посіб.]/А. М. Виноградська. - [2-е вид., перероб. та доп.]. — К.: Кондор, 2005. — 544 с.
  14. Підприємництво: [навч. посіб.]/ За ред. В. А. Подсолонко та Т. Л. Миронової. — К.: Центр навчальної літератури, 2003. — 616 с.

- 
15. Варналій З. С. Основи підприємництва: навч. посібник / З. С. Варналій. — 3-є вид., випр. і доп. — К.: Знання-Прес, 2006. — 350 с.
  16. Лук'янова В. В., Головач Т. В. Економічний ризик. Навчальний посібник. — К.: Академвидав, 2007. — 462 с.
  17. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Русняк В. А. До проблеми управління в охороні здоров'я - Журнал «Сучасні медичні технології» - № 2. - 2013. — с. 145-146.
  18. Голяченко А. О. Економіка охорони здоров'я — Тернопіль, 1997. — 51с.
  19. Вітлінський В. В., Верченко П. І. Аналіз, моделювання та управління економічним ризиком: Навч.-метод. посібник для самост. вивч. дисц. — К.: КНЕУ, 2000. — 292 с.
  20. Дорофієнко В. В., Шутов М. М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. — Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. — 88 с.
  21. Податковий кодекс України: Закон України №2755-VI від 02.12.2010 р. [Електронний ресурс] // ВВР. — 2011. — №№13-17. — ст.112 — Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2755-17>.

---

## РОЗДІЛ X

### БІЗНЕС-ПЛАНУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*10.1. Бізнес-план як інструмент обґрунтування підприємницької ідеї: мета, завдання, особливості та етапи формування бізнес-плану.*

*10.2. Види бізнес-планів, структура, логіка розробки.*

*10.3. Презентація бізнес-плану, шляхи підвищення її Ефективності.*

#### **10.1. Бізнес-план як інструмент обґрунтування підприємницької ідеї: мета, завдання, особливості та етапи формування бізнес-плану в сфері охорони здоров'я**

Підприємницька діяльність являє собою ініціативну самостійну роботу певних осіб, що направлена на отримання прибутку. Дослідниками доведено, що майже ні одна підприємницька ідея не може бути втілена у життя й довго існувати без чітко визначеного плану дій – бізнес-плану. Незважаючи на значну кількість форм і видів підприємництва, існують загальні ключові положення, що використовуються практично у всіх напрямках комерційної діяльності. Складовою, що віддзеркалює поступовий розвиток медичного закладу, є бізнес-план, необхідний для своєчасної підготовки до ефективного використання ресурсів, усунення потенційних труднощів і загроз, тим самим, досягнення поставлених цілей. Покрокова розробка стратегії і тактики господарської діяльності кожного закладу є запорукою для його успішного існування, що підтверджується багатьма науковцями й дослідниками.

У перекладі з англійської *business plan* означає план підприємницької діяльності, при цьому процес бізнесу дослідниками визначається як синонім процесу підприємництва. У нових економічних словниках «бізнес» зазначається як економічна діяльність об'єкта в умовах ринкової економіки, що націлена на отримання прибутку шляхом створення й реалізації певної послуги.

В умовах ринкової економіки бізнес-план медичного закладу є робочим інструментом, «довідником» для організації, що починає свою діяльність. Якісний бізнес-план вчасно сформує аналітичну картину майбутнього бізнесу, його конкурентів, особливості послуги,

її відмінності від інших послуг, формування маркетингової стратегії, особливості використання всіх видів ресурсів, прогнозування умов розвитку на майбутнє. Бізнес-план сприяє вивченню майбутнім підприємцем кожного елементу власної справи, ризику, кількість слабких місць і проблем, буде сприяти вчасному їх прорахуванню та надасть можливість для зміни й переорієнтації власної діяльності, якщо це необхідно [1].

Ефективний бізнес-план містить чітку і зрозумілу інформацію щодо бізнес-ідеї, правових стратегій розвитку майбутнього закладу, початкового фінансування, особливостей його послуг, а також ринкових можливостей і ризиків. Тому він є основою для досягнення закладом власної цілі, слугуватиме вчасній реалізації ідей підприємця медичної сфери. Бізнес-план обов'язково підкріплюється фактичними і плановими показниками бухгалтерського обліку і фінансової звітності.

Відповідно до моделі бізнесу, виділяють внутрішні і зовнішні функції бізнес-плану.

***Зовнішніми функціями бізнес-плану є:***

- інструмент для залучення потенційних інвесторів та фінансових ресурсів;
- психологічний вплив на цільову аудиторію через акцентування уваги на реальності пропонованого проєкту.

***Внутрішніми функціями бізнес-плану є:***

- виявлення недоліків бізнес-проєкту ще на стадії його розробки;
- визначення цілей бізнесу, створення орієнтирів для подальшої розробки стратегії;
- контроль за діяльністю медичного закладу у процесі управління;
- самонавчання авторів і реалізаторів проєкту [2].

***Мета розробки бізнес-плану*** – спланувати господарську діяльність закладу (поступовий розвиток чи попередньо визначені періоди) у відповідності з потребами споживачів і можливостями отримання необхідних ресурсів.

Бізнес-план сприяє рішенню таких проблем:

- визначенню конкретних напрямів діяльності медичного закладу, цільові ринки й місце організації на цих ринках, можливості отримання інвестицій;

- формулюванню довгострокових і короткострокових цілей, стратегії і тактики їх досягнення, визначення відповідальних за реалізацію стратегії;

- дослідження сектору споживачів, вчасному обранню комплексу послуг і визначення основних їхніх характеристик, що мають бути запропоновані на ринку;

- формування системи підбору кадрів, відповідності персоналу організації, умов мотивації праці, вимог до персоналу, що відповідатиме меті закладу;

- визначення комплексу маркетингових стратегій щодо вивчення ринку, реклами, ціноутворення, каналів збуту тощо;

- сприяння формуванню певного фінансового стану медичного закладу, відповідність матеріальних та фінансових ресурсів можливостям досягнення поставлених цілей.

**Бізнес-план** – це поступовий маршрут – «крокування» підприємця до визначеної мети, де його чекає прибуток в рамках створеного закладу, є інструментом підприємницької діяльності.

Успіх представника підприємницької діяльності медичної сфери визначається трьома факторами:

- розуміння реальної ситуації в даний термін часу;
- конкретною постановкою цілей і завдань, яких хоче досягти підприємець за період, визначений ним;
- організація процесу планування переходу з одного стану в інший.

В період створення підприємницької справи, бізнес-план має бути основним документом, що забезпечить «беззбитковість ідеї», гарантом реальних прорахованих кроків та слугує «ланцюгом» між підприємцем та зовнішнім економічним ринком. План має переконати майбутніх інвесторів у прибутковості справи, реальної програми здійснення вашого задуму, успішної майбутньої комерційної діяльності.

В процесі складання бізнес-плану підприємець набуває досвіду адміністратора-менеджера, фінансиста, маркетолога, економіста – досвіду оцінки стратегії конкурентів та користувачів послуг, опановує мистецтво керівництва, формує навички роботи з людьми, комплексний системний підхід до роботи, розвиває здібність генерувати ідеї, трансформувати їх у практичні дії, набуває якостей

---

креативності, сучасного економічного мислення, вміння оперативно приймати і реалізовувати нестандартні рішення, мотивувати персонал до високопродуктивної праці, раціонально організувати працю, забезпечувати високу трудову дисципліну, об'єктивно підбирати, оцінювати, розставляти кадри, успішно рекламувати й позитивно впливати на користувачів послуг, забезпечувати самоорганізацію трудового колективу, ефективно діяти в умовах економічного ризику, формувати компетентності раціонального використання всіх видів ресурсів, комунікабельність, вимогливість, дисциплінованість, високу працездатність.

Формуючи бізнес-план, підприємець аналізує всі економічні аспекти своєї ідеї, перевіряє її на раціональність. Якщо в результаті створення бізнес-плану з'ясується, що перешкоди на шляху реалізації підприємницького задуму не можуть бути усуненими, необхідно вчасно зробити висновки, зорієнтувати зусилля на іншу підприємницьку ідею.

Цілі бізнес-плану можуть бути різними – від отримання кредитів у інвесторів до обґрунтування поданої пропозиції щодо сприйняття її співробітниками. В теперішній час більшість зареєстрованих і презентованих офіційно бізнес-проектів націлені на залучення зарубіжних інвесторів. Підприємець безперервно має шукати нові способи дій, які, за задумом, спроможні призвести до успіху, удосконалювати якісні характеристики послуг, впроваджувати прогресивні технології та усе нове, що є у практиці вітчизняного та закордонного бізнесу. Підприємець сьогодення має міркувати над питаннями розміщення веб-сайту закладу як рекламного майданчика у мережі Інтернет для розширення клієнтури та просування послуг на зовнішніх ринках, формування стратегії тощо. Аналізувати інформацію про конкурентів, формувати динаміку ціни послуг конкурентів, особливості надання комплексних послуг, використання систем нормування праці конкурентами, матеріальної та нематеріальної системи мотивації персоналу, сформувані план переваг конкурентів та порівняти їх з власними досягненнями тощо. Підприємець має ретельно формувати маркетингову політику, встановлювати ціни на послуги відповідно до вимог економічної ситуації на ринку медичних послуг. Пошук партнерів, клієнтури, фінансових ресурсів, матеріалів, обладнання, транспортних засобів,

приміщення, вигідних ділових контактів, інформації – завжди у полі зору справжнього підприємця.

**Мета розробки бізнес-плану** полягає у формуванні концепції та стратегії розвитку закладу підприємницької діяльності (чи реалізації ним підприємницького проєкту), які забезпечують аналіз, оцінювання, позиціонування, контроль та регулювання діяльності в умовах невизначеності зовнішнього та внутрішнього середовища.

В умовах нестабільності ринку та посилення конкуренції стрімко зростає потреба у фахівцях, що володіють методикою розробки бізнес-плану, розрахунків стратегії розвитку структури, становлення підприємницької діяльності, обґрунтування перспективних управлінських рішень, спрямованих на удосконалення механізму суб'єкта бізнесу чи започаткування нових напрямів діяльності [3]. Основними завданнями розробки бізнес-плану можуть бути: промодельювати систему управління закладу (його окремим бізнес-проєктом чи стратегічним структурним підрозділом), визначити необхідну кількість персоналу певної категорії відповідно розширення спектру послуг, створити нову структуру в закладі тощо.

В умовах сучасного ринкового середовища підприємницька діяльність визначається трьома факторами: «бачення реальної ситуації» в даний момент часу медичного закладу на ринку; чіткою постановкою цілей (поділ цілей, якщо необхідно, – на підцілі, формування дерева-цілей та дерева-рішень), яких хоче досягнути; якісним плануванням (проєктуванням), підтвердженими чіткими й покроковими розрахунками. Тому бізнес-план, з його конкретними комерційними цілями та програмою дій для їх досягнення, виступає в ролі чіткого «маршруту» створення бізнесу. За допомогою бізнес-плану підприємець має передбачити ускладнення – ризики функціонування закладу чи окремого підрозділу, вчасно залучити позичковий капітал, необхідний для створення медичної структури, ефективно використовувати основні засоби, формувати маркетингову політику закладу тощо.

Бізнес-план має розкривати не лише господарську, організаційну, але і фінансову інформацію про заклад. Інформація дозволяє зробити висновки про потреби закладу у стартовому капіталі, як будуть витрачатися кошти та погашатися кредити, який рівень ризику господарювання. У цьому контексті бізнес-план є основним документом між інвесторами, банком та підприємцем тощо [4].

Для обґрунтування підприємницької ідеї варто детально вивчити всі аспекти формування майбутньої структури і **врахувати**:

- в обраній галузі може бути велика конкуренція (наприклад, у Києві перенасичений сегмент стоматологічних послуг, але насиченість ринку не означає неможливість відкриття нової та успішної клініки; за даними багатьох джерел, для відкриття успішного й прибуткового закладу необхідне ретельно обране місце розташування, сформована програма унікальних пропозицій (комплексних та інноваційних) що дозволить відрізнитись від конкурентів; надати максимум уваги маркетинговій компанії (вивчення цінового сектору ринку та спектру послуг конкурентів), приділяти увагу їх доступності;

- обрана галузь може виявитись не такою прибутковою для приватного закладу, комерційна медична практика має більшу інвестиційну свободу, ніж державна, але й відповідальність є вищою у контексті зобов'язань (договірні установки, заробітна плата медичним робітникам, оренда, фінансові зобов'язання тощо);

- запланований проєкт може вимагати більше коштів, ніж планувалося, тому важливо мати фінансовий «запас», або потенційного інвестора.

Під час розробки бізнес-планів постійно уточнюються фінансові показники, визначаються ризики на кожному етапі. Таким чином регулярно зменшується ймовірність того, що у керівництва проєкту не вистачить грошей «запустити» проєкт. Як свідчить досвід, похибка в обчисленні інвестиційних витрат власником часто є незначною, хоча й складно чітко прораховувати витрати на рік-два вперед (непередбачені ризики), небезпечною є похибка в очікуваній точці беззбитковості проєкту, яку розраховувати необхідно.

Відповідно реально прорахованому сценарію в Україні великому медичному центру може знадобитися близько 6-ти місяців для виходу на точку беззбитковості, за умови відповідності основних показників у сценарії та реальній картині обсягу послуг, продуктивній дії служби маркетингу та ефективного використання основних засобів. Особливостями медичних закладів є великі фіксовані витрати на перших місяцях його роботи, які необхідно фінансувати. Помилки при обчисленні витрат до виходу на точку беззбитковості можуть призвести до складнощів у реалізації проєкту, що може призвести до закриття закладу через брак коштів. Бізнес-план має чітко дати відповідь, наскільки великі ризики несвоєчасного повернення наданих



фінансових ресурсів. Бізнес–план як готовий документ може бути використаний в обговоренні проєкту із потенційними інвесторами або кредиторами. Детально розписаний бізнес-план дозволить досягти порозуміння між ініціаторами проєкту та інвесторами/кредиторами, які можуть мати різне бачення реалізації проєкту.

Сучасні медичні заклади мають особливості й специфіку надання послуг, кожен медичний заклад фінансується з різних джерел. Бізнес-план має чітко описати всі особливості надання медичних послуг, може бути сформовано кілька сценаріїв розвитку та описано імовірність настання кожного з них при тих чи інших умовах розвитку. Інвесторам під час презентації проєкту необхідно демонструвати реальні показники інвестиційної привабливості медичних проєктів, доводити перспективність проєкту, вказувати реальні прогнози, кроки щодо підвищення рентабельності закладу.

Для підготовки якісного бізнес-плану необхідно:

- якісне дослідження ринку конкурентів, послуг (інноваційного та класичного характеру, що надається на ринку медичних послуг), користувачів послуг (категорії населення);
- чіткий розрахунок власних фінансових ресурсів, розподіл їх на основні та не основні витрати (необхідні основні засоби, матеріали, інструментарій тощо);
- визначення необхідної структури персоналу та витрати, пов'язані з заробітною платою (вчасного розрахунку ФОП – фонду оплати праці тощо).

Аналіз учасників ринку передбачає відвідання структур, ознайомлення з їхніми цінами, перевагами та недоліками й визначення прямих і непрямих конкурентів проєкту.

До прямих конкурентів відносяться медичні заклади з однаковими послугами для однієї цільової аудиторії. Непрямі конкуренти надають інші послуги для тієї ж аудиторії, проте ці послуги слугують для тієї ж мети (наприклад, для приватної онкологічної лікарні прямими конкурентами є інші приватні онкологічні лікарні, але непрямими конкурентами можуть бути державні онкологічні лікарні, оскільки вони надають схожі послуги). Конкурентів можна розподіляти за рівнями (наприклад, для приватної онкологічної лікарні конкурентами першого рівня є інші приватні

онкологічні лікарні, другого рівня – державні онкологічні лікарні, а третього – представники нетрадиційної медицини).

Можна визначити конкурентів – медичні заклади, що ухиляються від сплати податків за певними видами процедур, порівнявши кількість наданих послуг і задекларовані доходи. На підставі інформації, яку медичні заклади надають у відкритому доступі, та експертних оцінок можна дослідити, які стратегії використовують учасники ринку.

Бізнес-план є документом, що пропонує «особливу ідею», або комплекс послуг, поступове вивчення конкурентів, ринку послуг (в нашому випадку медичних), механізм їх надання, структуру, використання комплексу ресурсів і дій, спрямованих на отримання прибутку, в результаті реалізації підприємницького проекту.

Розробка бізнес-плану є ціленаправленим та складним процесом, що потребує певних фінансових вкладень та часу. Для створення бізнес-плану з реальним аналізом послуг конкурентів, аналізом сектору споживачів, він починається за півроку до початку реалізації підприємницького проекту. Для більш професійного вивчення фінансових та потенційних економічних можливостей, до створення фінансової складової плану залучаються фахівці: це дозволяє професійно оцінити підприємницьку ідею; сформуванню певний рівень довіри з боку інвесторів, банку чи партнерів по бізнесу. За даними багатьох дослідників, для ефективності проекту, в розробці бізнес-плану мають брати участь керівник суб'єкта бізнесу та автор підприємницького ідеї.

Бізнес-план є одночасно довідником до впровадження «ідеї» у реальні умови ринку. Він використовується для створення структури закладу, з метою підвищення ефективності управління суб'єктом бізнесу та прогнозування результатів підприємницької діяльності. По мірі реалізації цей документ може уточнюватись, коригуватись, доповнюватись.

Інформація, необхідна для розробки бізнес-плану, формується, як правило, за такими напрямками: маркетингова; виробнича; фінансова; загальноекономічна; галузева; передбачення та припущення стосовно окремих параметрів майбутнього бізнесу. Підприємницька ідея, яка стосується реалізації послуги, може бути успішною лише тоді, коли послуга суб'єкта бізнесу користується попитом.

З метою забезпечення належного рівня рентабельності проєкту та окупності витрат, необхідно визначити: рівень доходності аналогічних підприємницьких проєктів, які були реалізовані (реалізуються); розміри необхідних інвестицій, пов'язаних з підготовкою реалізації проєкту; потребу у коротко- та довгострокових кредитах; особливості руху грошових коштів у цій сфері бізнесу.

При створенні власної справи й формуванні бізнес-плану, підприємцю необхідно використовувати власний досвід практичної роботи та інтуїцію; набуті контакти з потенційними користувачами послуг, постачальниками обладнання, інформацію про конкурентів, використовувати у власній діяльності інформацію інноваційного характеру, збору рекламної інформації тощо. В процесі формування бізнес-плану підприємець має використовувати статистичну інформацію про інновації в медичній галузі, вивчати наукові публікації з питань підприємництва в медичній сфері. Бажано, якщо це можливо, самостійно проводити опитування потенційних споживачів [5].

У підприємців європейських країн – Німеччини, Бельгії, Польщі, Чехії, Словаччини велику підтримку отримав підхід, при якому керівник безпосередньо бере участь у самому процесі формування бізнес-плану. Більшість інвесторів, що отримують інформацію про складення бізнес-проєктів консультантом, відповідають відмовою на надану пропозицію.

## **10.2. Види бізнес-планів, структура, логіка розробки**

Планування діяльності майбутнього медичного закладу – це складний процес, що потребує стратегічного бачення підприємця, чіткого прорахунку витрат сьогодення та можливих ризиків, приносить багато позитивних моментів підприємцю-управлінцю, зокрема:

- сприяє вивченню категорій користувачів, сектору подібних послуг, особливостей їх надання (класична, інноваційна модель), вивченню власних переваг, кроків щодо їх збільшення, змушує керівника фундаментально розрахувати перспективи, дозволяє здійснити більш чітку координацію зусиль, що приймаються по досягненню поставленої мети;

---

- формує бачення основних витрат та сприяє розрахункам основних показників економічної діяльності закладу, створення відповідної системи контролю для вчасного перерозподілу власних ресурсів;

- готує власний заклад до змін, диверсифікації (перебудови закладу) відповідно змін на ринку та ін.

**Головна перевага планування** в тому, що вірно складений план/проект дає можливість оцінити перспективність очікування, ймовірність (варіантів) розвитку і відповідає на питання: чи доцільно вкладати кошти у справу? Розглядаючи бізнес-план у загальній системі планування організації, його можна визначити, як поточний, середньостроковий, а в деяких випадках і перспективний план. В залежності від питань, що розв'язуються в бізнес-плані, вони можуть бути стратегічними, тактичними та оперативними. Вивчаючи зміни на ринку послуг та невизначеність і плинність кон'юнктури, залежність від конкурентів і масштабність, ступінь деталізації у бізнес-плані може змінюватися.

Під час формування бізнес-плану, різних організацій, одні розділи можуть бути детально розглянуті, в іншій ситуації певні розділи бути відсутніми. В бізнес-плані мають бути розрахунки першого року реалізації проекту, що детально визначить необхідний обсяг фінансових вкладень (як правило, помісячно). Зв'язок із середньостроковими планами зумовлений тим, що він охоплює не менш трьох-п'яти років діяльності закладу у реалізації бізнес-плану. Особливо це стосується випадків із великим обсягом інвестованих коштів та тривалим терміном окупності.

**Розрізняють декілька видів бізнес-планів**, вибір їх залежить від завдань, що формуються на майбутнє:

1. **Комерційно-виробничий бізнес-план.** Відображає розв'язання питань підприємницької діяльності відповідно цілей розвитку медичного закладу. Для такого плану характерним є обґрунтування кроків використання ресурсів з найменшими витратами. Передбачає формування перспектив його діяльності на майбутній плановий період. План передбачений для презентації раді директорів або зібранню акціонерів, з ґрунтовним розрахунком основних бюджетних витрат відповідно до розділів плану, акцентуванням значень економічних та фінансових показників за певний період, доведення їх реальності та перспективності.

---

2. **Інвестиційний бізнес-план.** Є інструментом, що сприяє поверненню кредитів, диверсифікації закладу, оновленню технологій, метою такого плану служить будівництво нового об'єкту або перехід на новий рівень технологій, пов'язаних з поняттям капітальних вкладень.

3. **Бізнес-план фінансового оздоровлення.** Формується для неплатоспроможного закладу; для такого плану характерна процедура погоджень розрахунків з кредиторами і власником підприємства. План передбачає програму дій, заходів переобладнання, реструктуризації, з метою підняття рентабельності на рівень конкурентоспроможності структури на ринку.

4. **Бізнес-план для отримання кредиту.** Розробляється з метою збільшення обсягу оборотного капіталу закладу, що може бути не пов'язане з основним напрямом діяльності.

5. **Бізнес-план структурного підрозділу.** Формується адміністрацією закладу, поступово розраховуються основні показники розвитку підрозділу, метою якого є обґрунтування обсягів послуг, необхідних ресурсів для підвищення його рентабельності в загальній структурі, пріоритетності виділення певної суми коштів для розвитку.

6. **Бізнес-план заявки на грант.** Складається з метою отримання фінансових коштів з державного бюджету або благодійних фондів для розв'язання комплексу поставлених завдань, супроводжується економічним обґрунтуванням прямих та непрямих економічних і соціальних вигод для регіону або для суспільства в цілому.

7. **Бізнес-план розвитку регіону.** Передбачає обґрунтування перспектив фінансування соціально-економічного розвитку регіону [6].

Існують також й інші види бізнес-планів, сьогодення передбачає ретельне, прискіпливе вивчення проблеми розвитку підприємницької справи будь якої сфери. Прорахування економічних показників та ґрунтовне доведення вкладення власних коштів забезпечує прибутковість справи. Хоча бізнес-планування на вітчизняному ринку з'явилося лише в середині 90-х років ХХ ст., сучасні дослідники доводять необхідність формування бізнес-плану кожному підприємцю, що планує власну справу – це забезпечить беззбитковість вкладення капіталу.

Першими кроками бізнес-плану є вивчення галузі послуг, що надаються на ринку конкурентами, вивчення загального сектору

---

послуг, до якого належить бізнес-проект (сучасний стан; тенденції розвитку; можливість появи нових видів послуг; галузеві чинники, які сприяють або обмежують розвиток структури).

Наступним є формування концепції поведінки закладу в галузі, висвітлення стратегічних і тактичних цілей діяльності; послуг, їх привабливості; перспектив розвитку.

Після вивчення галузі послуг та стану конкурентів (цінова стратегія, особливий сценарій використання ресурсів тощо), надається загальна характеристика ринку послуг закладу та його потенціалу, цільового сегменту; обґрунтування розміщення структури, оцінку впливу конкурентів.

Подальшим розвитком бізнес-плану є визначення критеріїв та цілей маркетингової діяльності підприємства, частки ринку, на якій має надавати послуги заклад, системи збуту; використання програм знижок, обґрунтування стратегії маркетингу і програм, що її забезпечують (засоби і канали збуту; політика ціноутворення; рекламна кампанія; політика підтримки послуги).

Наступним етапом є розробка визначення можливостей основних засобів і персоналу та інших ресурсів щодо обсягів послуг закладу, за часовими інтервалами, можливостей основного технічного обладнання. На цьому етапі формуються вірогідні прогнози (оптимістичні, нейтральні та песимістичні). Вивчаючи можливості конкурентів, ринок користувачів, визначені можливі категорії населення, що потенційно будуть користуватися цими послугами, підприємець має змогу здійснити прогнозування.

Досліджуючи питання про обсяги майбутніх послуг, розробник бізнес-проекту має здійснити розрахунки основних параметрів – потужності обладнання, можливості оренди, загальну річну суму постійних витрат на надання послуг, оборотні засоби (витратні матеріали тощо), їхню вартість для надання однієї послуги (змінні витрати), систему нормування, за допомогою яких стане можливим процес реалізації послуг відповідно до прогнозних обсягів.

На наступному етапі підприємець має обґрунтувати організаційну структуру щодо питання державної реєстрації (ТОВ, ФОП чи іншу структуру), визначити організаційну форму управління, в якій зазначити персонал закладу, витрати на заробітну плату з відрахуванням податків (за квартал, рік, два роки тощо).

Наступним етапом є фінансовий план, в якому визначається річний дохід, річна собівартість та річний прибуток закладу. Розраховується ціна послуги, собівартість та прибуток в розрахунку на одну послугу, рентабельність (прибутковість). Аналіз беззбитковості передбачає визначення обсягів господарської діяльності підприємства, при яких дохід від надання послуг підприємства відповідає його витратам. Для визначення точки беззбитковості необхідно знати інформацію про ціну одиниці послуги (або рівень валового доходу), змінні витрати на одиницю послуг (або рівень змінних витрат) та загальні умовно-постійні витрати [7].

$$ТБ = ПВ / (Ц - ЗВ) \quad (10.1),$$

де ТБ – обсяг надання послуг, при якому досягається беззбитковість господарської діяльності підприємства, грн;

ПВ – постійні витрати, грн;

Ц – ціна одиниці послуги, грн;

ЗВ – змінні витрати, грн.

Останнім кроком формування бізнес-проєкту є визначення ризиків. При аналізі даного проєкту слід враховувати такі види ризиків:

Зовнішні ризики в першу чергу залежать від конкурентів, що надають аналогічні послуги; ризики, що пов'язані з нестабільністю економічного законодавства та поточної економічної ситуації; від не чітко визначених умов інвестування; зовнішньоекономічні ризики (ймовірність введення обмежень на торгівлю медичним обладнанням та поставками медикаментів, закриття кордонів тощо); ймовірність погіршення політичної ситуації Також зовнішні ризики можуть формуватися в умовах несприятливих соціально-політичних змін в країні або регіоні, можуть утворюватися в результаті зміни природно-кліматичних умов, стихійних лих, рівня захворювань (епідемії), неправильної оцінки попиту, коливання ринкової кон'юнктури, валютних курсів тощо.

Внутрішні ризики: нечітка концепція розвитку закладу, відсутність детальної документації, неточність затрат, строків реалізації проєкту, параметрів технології, можливість відмови обладнання (технологічний ризик), ризик, спричинений неправильним

підбором персоналу, невизначеність інтересів та поведінки учасників проєкту, ризик зміни пріоритетів розвитку закладу, ризик невідповідності якості послуг та вимог основних споживачів послуг, неточна інформація фінансового стану закладу (можливість неплатежів, банкрутства, невиконання договірних зобов'язань тощо) [7].

*Логіка процесу бізнес-проєктування* може бути представлена такою схемою:

*1. Формування інформаційного пакету бізнес-плану.*

Головними джерелами інформації в процесі формування бізнес-плану є: власний досвід практичної діяльності; статистична інформація про стан і тенденції розвитку медичної галузі (сфери майбутньої діяльності), вимоги потенційних користувачів послуг; поточні огляди економічної та ринкової ситуації (ціни на послуги, потреби населення певних категорій); рекламні матеріали, маркетингова стратегія конкурентів, інформаційно-комерційні матеріали виставок, ярмарків та науково-практичних конференцій; публікації з питань підприємництва тощо.

*2. Здійснення оцінки загального стану ринку* (порівняльний аналіз конкурентів). Вона включає зовнішній аналіз, визначення потенційних конкурентів, їхні можливості, загрози для бізнесу.

При виконанні порівняльного аналізу учасників ринку певне значення має розрахунок позиції конкурентів (ціни, кількість лікарів, кількість філіалів, особливості пакетних послуг, бонусних програм, сімейних карт лояльності тощо). На ціну можуть впливати тенденції на ринку включаючи епідеміологічні, обсяг споживачів, можливості установи (приміщення, обладнання тощо).

Інформація має бути використана у першому етапі бізнес-проєктування. По відношенню до конкурентів ефективним буде проведення візитів «таємного» пацієнта у медичні заклади з метою їх детального вивчення (наприклад, раніше підготовлені особи отримують завдання відвідати медичну структуру, пройти певні процедури, обираються кілька осіб та кілька закладів конкурентів для дослідження). Спостерігачі перед відвідуванням медичного закладу вивчають анкету, що мають заповнити після надання їм послуги, під час перебування у закладі вони можуть звертати увагу на необхідні деталі, непомітно фотографувати, брати буклети, роздаткові матеріали



тощо. Обов'язковою умовою застосування методу є незнання персоналу лікарні про те, що вони мають справу із агентом [8].

Для вивчення споживачів медичних послуг необхідно використовувати метод соціологічного опитування населення. Можна опитувати або всіх, або лише вузьку цільову групу (наприклад, мами з дітьми або чоловіки від 20 до 65 років).

Соціологічні опитування надають можливість визначити:

- можливість отримувати медичні послуги в певному фінансовому діапазоні (визначити платоспроможність населення, що є важливим для визначення ціни на послуги);

- можливість системної комунікації з медичними закладами;

- впізнаваність брендів медичних закладів необхідної тематики;

- рівень оплати у неформальному секторі охорони здоров'я тощо.

При вивченні ринку медичних послуг може бути використано метод глибинного інтерв'ю, для більш детального розуміння особливостей діяльності одного або кількох медичних центрів.

*3. Визначення загальних напрямів розвитку діяльності закладу, кабінету тощо.*

Необхідним є план технічного і економічного розвитку, він є комплексним і розробляється за такими напрямками:

- розробка комплексу нових послуг або підвищення вже існуючих;

- підвищення рівня прогресивної технології;

- удосконалення системи управління, ретельний підбір персоналу, формування системи планування й створення оптимальної організації структури;

- проведення науково-дослідних робіт;

- ефективне використання усіх видів ресурсів.

*4. Формування конкретних цілей діяльності закладу.* Цілі повинні бути реальними, конкретними і орієнтованими в часі, не бути суперечливими та прописаними в документах. Основними цілями розробки бізнес-плану можуть бути: моделювати систему управління закладом (його окремим бізнес-проєктом чи стратегічним господарським підрозділом, визначити необхідну кількість персоналу певної категорії відповідно до розширення спектру послуг тощо). Досвід та практика засвідчують, що успіх підприємницької діяльності визначається трьома факторами: правильним розумінням реальної ситуації в даний момент часу підприємства на ринку; чіткою

постановкою цілей, яких хоче досягнути медичний заклад; якісним плануванням (проектуванням) процесів переходу з одного стану в інший ( підтверджений чіткими й покроковими розрахунками) [9].

У четвертому етапі можливе виявлення неможливості розробки напрямків, обраних на попередніх етапах, у цьому випадку відбувається повернення до названих етапів і їхнє коректування (рис. 10.2).



Рис. 10.2. Логіка процесу стратегічного планування на підготовчому етапі розробки бізнес-плану [10].

Специфіка бізнес-плану полягає в комплексності документа, що відображає кроки використання різних видів ресурсів у контексті створення підприємницького проекту. В змісті бізнес-плану розглядається широке коло проблем, ризиків, з якими може зустрітися

підприємець протягом терміну створення власного закладу, визначаються способи розв'язання проблем. Водночас слід зазначити, що в процесі розробки конкретного бізнес-плану формуються комплексні рішення, специфічні для даного підприємницького проєкту.

В залежності від необхідності використання, бізнес-план може мати таку загальну класичну *структуру*: резюме, аналіз стану галузі, конкуренти, маркетинговий план, виробничий план, організаційний план, юридичний план, фінансовий план, план ризиків, додатки.

Для малих підприємств актуальним є написання бізнес плану власником фінансових ресурсів, підприємцем, без сторонньої допомоги, але з обов'язковим використанням стандартів та принципів бізнес-планування. Існує багато міжнародних методик розроблення бізнес-планів для вітчизняних підприємств, найбільш прийнятним є застосування методики UNIDO (United nations industrial development organization), що є загальноприйнятою в усьому світі. Стандарт UNIDO – найбільш популярний та поширений стандарт бізнес-планування. Він може успішно використовуватися як для стартапів (англ. startup – нещодавно створене або навіть ще не зареєстроване підприємство, яке планує будувати свій бізнес на основі інновацій), так і малих та середніх підприємств. До типової структури бізнес-плану, відповідно вимог UNIDO, можна віднести такі розділи:

1. Резюме;
2. Опис галузі й компанії;
3. Опис послуг;
4. Продажі й маркетинг;
5. План виробництва;
6. Організаційний план;
7. Фінансовий план;
8. Оцінка ефективності проєкту;
9. Гарантії та ризики компанії;
10. Додатки [11].

Прикладом структури бізнес-плану може слугувати таке викладення його розділів:

*Першим розділом* бізнес-плану є резюме, описується мета діяльності медичного закладу, особливості власних послуг, характеризується ринок, коло споживачів, розраховуються прогнози послуг на 2-3 наступні роки, наводяться основні економічні показники

---

діяльності закладу за декількома варіантами.

*У другому розділі* бізнес-плану наводиться розрахунок інвестицій на створення або структура основних виробничих фондів у випадку, якщо він складається для діючого закладу.

*У третьому розділі* розраховується обсяг майбутніх послуг за певний період часу, визначаються конкретні вимоги ринку, характеризується технологія формування основних послуг, показники виробничої програми (пропускна потужність обладнання та ін.) за кількома варіантами та методи організації обслуговування пацієнтів.

*У четвертому розділі* надається оцінка ринку послуг (цільові користувачі послуг, обсяг та характер попиту і пропозиції на ринку, головні конкуренти та їхні можливі протидії, обсяг ринку на перспективу).

*У п'ятому розділі* розробляється стратегія маркетингу, схема реалізації готових послуг, методика ціноутворення, методи стимулювання продажів.

*У шостому розділі* визначається перелік організаційних питань для організації ефективної підприємницької справи (умови укладання угод з споживачами, з постачальниками матеріальних та технічних ресурсів, визначається організаційна структура).

*У сьомому розділі* формується система розрахунків та оцінка ризиків і визначаються заходи щодо їх зниження.

*У восьмому розділі* наводиться фінансовий план, у якому визначається статутний фонд закладу, ціни на послуги, складається прогностичний фінансовий баланс першого року діяльності закладу. Після розрахунку окремих розділів бізнес-плану складається зведений план, здійснюється узгодження та коригування окремих розділів і ухвалення його радою директорів або інвесторами [9].

Не існує єдиного формату бізнес-плану, він є універсальним для кожної підприємницької ідеї. Зміст і структура бізнес-плану залежать від споживачів, для яких він призначений, можливих конкурентів, залучення зовнішнього капіталу, комунікації з партнерами по бізнесу, визначення стратегії чи тактики ведення бізнесу.

Зручним інструментом проведення внутрішнього і зовнішнього аналізу є SWOT-аналіз. SWOT-аналіз – це метод стратегічного планування, який полягає у визначенні сильних і слабких сторін конкурентоспроможності закладу, можливостей та загроз, характерних

---

для конкретних умов її діяльності для виявлення максимальної кількості стратегічних проблем.

### **10.3. Презентація бізнес-плану, шляхи підвищення її ефективності**

В період проведення роботи з організаціями різних сфер діяльності з питань бізнес планування певні компанії на стадії проведення експертизи часто виявляють методичні помилки, які, у разі реалізації проєкту, можуть призвести до фінансових втрат. Дослідниками сьогодення визначено комплекс найпоширеніших помилок, що мають місце під час розроблення та презентації бізнес-проєктів і в результаті стають перешкодою для реалізації комерційних ідей закладу.

Непрофесійно виглядає бізнес-проєкт, в якому половина інформації надається як особисті досягнення авторів, тридцять відсотків інформації представлена професійними термінами, а на опис самого бізнесу відводиться лише двадцять відсотків бізнес-плану.

Під час роботи з інвесторами, формування контенту презентації бізнес-плану рекомендується уникати таких помилок, це надасть можливість отримати підтримку інвесторів, грантодавців, для започаткування справи:

- стилістика викладу, звернути увагу на орфографію, пунктуацію, стиль промови, які є важливими для вірного представлення бізнес-плану, відсутність яких може призвести до недовіри іноземних інвесторів, поставить під сумнів організацію та можливість майбутнього закладу;

- недбалість в оформленні, мається на увазі відсутність змісту, заголовків у таблиць, даних на діаграмах, велика кількість технічної термінології;

- недостатній масив необхідної інформації, бізнес-план має містити інформацію з питань: пацієнти компанії, послуга, маркетинг, фінанси, управлінська команда, конкуренти. Необхідним є відображення у маркетинговому плані інформації про ринок, сектор, на якому буде працювати організація, тенденції її розвитку;

- в презентації необхідним є наявність фінансових прогнозів, показники грошового потоку, річних балансів, розроблений відповідно до цього фінансовий план закладу;

---

- невизначеність результатів, відсутність чітких результатів практично унеможлиблює фінансування того чи іншого проєкту. У цьому випадку інвестор не розуміє до кінця головну мету закладу, кінцевий результат у вигляді свого прибутку. У декількох випадках, представники організації навмисно не розкривають всю сутність проєкту, з метою збереження комерційної таємниці. Відповідно до загальноприйнятих закордонних практик, потенційному інвестору можна запропонувати резюме як початкову інформацію, з коротким описом діяльності закладу, аналіз ринку та основні пункти бізнес-ідеї;

- інформація у бізнес-плані має бути чіткою та ґрунтовною (бізнес-план не повинен містити зайві подробиці, зокрема, пов'язані із описом існуючих послуг, якими займається дане підприємство), він не має бути занадто великим. Помилкою є переповнення проєкту технічними термінами, вони пропонуються окремо спеціалістам інвестора. Якщо для запропонованого проєкту технічні деталі є важливими, формується спеціальний технічний додаток з представленими технічними схемами та пояснення доних;

- у бізнес-плані мають місце тільки факти, необґрунтовані припущення формують у інвестора хибне враження, недовіру. В процесі презентації необхідно пропонувати реальні фізичні показники, що підвищить рівень довіри інвесторів. Фахівці радять спочатку презентувати не оптимістичний сценарій, але в процесі пояснення обґрунтувати шляхи підвищення прибутковості проєкту. Стратегія з маркетингу має спиратися на реалістичні дані;

- в процесі презентації необхідно показати ризики, що супроводжують даний проєкт. Поряд з інформацією про ризики необхідно прорахувати кроки щодо їх нівелювання, запропонувати всі можливі способи їх пом'якшення;

- відсутність конкуренції є найпоширенішою помилкою багатьох підприємців, існує помилкова думка про відсутність конкурентів. Існує досвід про відсутність конкурентів, але при цьому обсяги послуг, що очікується надати користувачам, є не виконаними. Результатом є наявність одного, двох непрямих конкурентів на ринку з привабливим ціновим сегментом. Тому, розробляючи бізнес-план, необхідно детально проаналізувати ситуацію на ринку, виявити особливості надання послуг непрямыми конкурентами в сегменті, в якому організація зайняла свою нішу;

---

- недостовірна інформація про учасників команди закладу, які насправді не входять до неї. Те ж саме стосується помилкової інформації про засновників закладу та склад його керівників. Потенційні інвестори, звертають увагу на біографії учасників команди, а вже потім на аналітичну записку;

- недостатня деталізація фінансових прогнозів: їх необхідно відобразити у перший рік існування закладу помісячно. Далі фінансові прогнози можна формувати поквартально, деталізуючи основні показники. Важливим є демонстрація інвесторам термінів повернення вкладених коштів, обов'язковим є визначення точки беззбитковості, розрахування показника періоду окупності, що відображає час повернення своїх вкладень [12];

- недостатньо точний аналіз ринку: важливим є представлення інвесторам конкурентоспроможності аналізованого закладу, демонстрація дослідження ринкової частки закладу, його замовників, постачальників, партнерів, клієнтів, конкурентів;

- орієнтовні операційні витрати: заклад, що планує надавати послуги на ринку, має володіти конкретними даними про всі види витрат, які несе в процесі діяльності (змінні, постійні, прямі та непрямі, витрати на аутсорсинг тощо). Ефективна презентація має вказати на ключові переваги проєкту та причини, за яких потенційні користувачі повинні платити за певну послугу.

### ***Питання для самоконтролю:***

1. Які аспекти необхідно детально вивчити для формування майбутньої структури медичної сфери?

2. За який час до реалізації проєкту починається бізнес-проєктування?

3. Які кроки необхідно зробити підприємцю медичної сфери, для забезпечення належного рівня рентабельності та окупності витрат на реалізацію бізнес-проєкту?

4. Назвіть прямих і непрямих конкурентів медичного закладу на ринку медичних послуг.

5. Визначте особливості написання резюме та маркетингового плану до бізнес-проєкту?

6. Назвіть відмінності організаційного і виробничого плану.

---

7. Що дають визначити соціологічні опитування при формуванні інформації для бізнес-проєкту?

8. Назвіть внутрішні і зовнішні функції бізнес-плану.

9. Якими факторами визначається успіх підприємницької діяльності?

10. Доведіть, що бізнес-план – засіб залучення позичкового капіталу.

11. Визначте методичні основи аналітичної оцінки ефективності підприємництва.

12. Назвіть необхідні умови для підготовки якісного бізнес-плану.

13. Роль бізнес-плану для суб'єкта підприємницької діяльності.

14. Яких спеціалістів залучають для формування якісного бізнес-проєкту?

15. Конкуренція та її вплив на розвиток підприємницької діяльності.

16. Визначте напрями плану технічного і економічного розвитку медичної структури.

### ***Література:***

1. Підприємництво та бізнес-культура: [Навч. посіб.] /С. В. Волошина, Г. І. Матукова, Л. В. Качагіна, О. В. Третякова, А. О. Підпанок. – Кривий Ріг, 2012.– 382 с.

2. Бізнес-планування підприємницької діяльності : навч. посіб. / З. С. Варналій, Т. Г. Васильців, Р. Л. Лупак, Р. Р. Білик. Чернівці: Технодрук, 2019. – 264 с.

3. Збірник бізнес планів з коментаріями і рекомендаціями /За ред. В. М. Попова.- К.: ЦУЛ, КноРус, 2003. – 382с.

4. Ясинський В. В., Гайдей О. О Бізнес-планування: теорія і практика: навчальний посіб./В. В. Ясинський, О. О. Гайдей. – К.: Каравела, 2004. – 232 с.

5. Воротіна Л. І. Бізнес-планування: методологія, методика, механізм: навч. посіб. для студ. ВНЗ / Л. І. Воротіна, В. Є. Воротін, В. П. Чайковська; Європ. ун-т. – К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2010. – 223 с.

6. Бізнес-планування : навч. посіб. / Т. Г. Васильців, Я. Д. Качмарик, В. І. Блонська, Р. Л. Лупак. – К. : Знання, 2013. – 173 с.



---

7. Обґрунтування та експертиза бізнес-проектів: навчальний посібник / С. Ю. Цьохла, Т. В. Кожемякіна, С. В. Волошина, Г. І. Матукова, І. Г. Павленко, В. М. Радько. – Сімферополь: ДІАЙП, 2011. – 400 с.

8. Методика розроблення бізнес-плану UNIDO [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unido.ru>.

9. Алексеева М. М. Планування діяльності фірми: [навч.-метод. посіб.] / М. М. Алексеева. – К.: Фінанси і статистика, 2011. – 211с.

---

## РОЗДІЛ ХІ

### ЗНАЧЕННЯ Е-HEALTH В ЕКОНОМІЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Системне застосування інформаційних технологій в галузі є важливою ознакою її керованості, прозорості та прогресивного шляху розвитку. Як відомо, до базових стовпів будь-якої охорони здоров'я відносять: врядування; фінансові ресурси; людські ресурси; медичні засоби, ліки та технології; надання послуг; інформацію. Серед інших інформація та управління інформаційним забезпеченням є ключовим інструментом для керування як на рівні державної системи, так і у закладу охорони здоров'я та під час надання медико-профілактичної допомоги окремому пацієнту. Сучасна економіка охорони здоров'я невід'ємно пов'язана із інструментами управління інформацією: генерацією, зберіганням, обробкою, відновленням та їх захистом, а також користувацького середовища тощо. Така сукупність методів та технологій в світі об'єднана терміном «E-Health», що лексично пов'язаний із інформаційними технологіями в охороні здоров'я.

Визначення поняття «E-Health» у нашому лексиконі з'явилося нещодавно.

Що ж таке «E-Health»? У дослівному перекладі дане поняття означає «електронне здоров'я». На практиці – це сукупність сучасних інформаційних технологій, які використовуються в сфері охорони здоров'я. Більш загально, «E-Health» – це система інформаційних технологій, інструментів та методів, які використовуються на всіх рівнях галузі охорони здоров'я: від глибокої професійної спеціалізації (медичної, фармацевтичної, лабораторної, наукової тощо) до сервісів у вирішенні технічних зручностей та щоденних потреб пацієнта (запис на прийом, отримання висновку лікаря і будь-якої корисної інформації онлайн, самостійний моніторинг базових показників функціонування організму, таких, як тиск та пульс після ранкової пробіжки, сплата медичних послуг тощо). Також, «E-Health» містить широкий набір методів і технологій, які спрямовані на управління економікою охорони здоров'я.

Доленосним рішенням для системного впровадження «E-Health» на національному рівні є прийняття Верховною Радою України в 2017 році Закону «Про державні фінансові гарантії медичного

обслуговування населення», де окремим рядком визначено місце та спосіб застосування електронної системи охорони здоров'я. Наразі, Закон України дав поштовх та є базисом для напрацювання нормативно-правових актів впровадження електронної системи охорони здоров'я у практичній діяльності медичних працівників та органів влади [1].

Як відомо, ключовим завданням у реформуванні сфери охорони здоров'я, яка була започаткована Урядом України в 2016 році, є зміна системи фінансування та економічних взаємовідносин між суб'єктами охорони здоров'я. Окрім інших, основним інструментом для розбудови нових економічних відносин в охороні здоров'я Урядом України за підтримки міжнародних експертів визначено саме електронні інструменти обліку, аналізу та управління, як ті, що відповідають сучасним поглядам на управління складними системами та галузями діяльності в суспільстві. Світовий досвід на прикладі розбудови електронних систем в охороні здоров'я в країнах Америки (США), Європи (Велика Британія, Франція, Німеччина, Естонія), Азії (Японія та Північна Корея) переконливо довів доцільність електронних інструментів для охорони здоров'я на етапі реформування та ефективного управління системи на зламі від екстенсивного типу до сучасних високотехнологічних методів керування. Система охорони здоров'я розвинутих країн функціонує в високотехнологічному інформаційному середовищі з 80-х років минулого століття.

Важливим завданням управління охороною здоров'я є якнайоптимальніше використання наявних ресурсів із цільовим досягненням медичних результатів та показників здоров'я населення. Для реалізації такого завдання інформаційно-технологічними інструментами має бути створено технологічне середовище, а саме – електронна система, яка дає можливість вирішувати, в свою чергу, низку завдань. Серед найголовніших:

- інформатизація має впорядкувати та автоматизувати процес адміністрування реєстрів, дотичних до охорони здоров'я, а саме: пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я, господарських договорів та іншої документації. Формування електронних баз даних з вказаними реєстрами дозволяє на якісному рівні провести облік всіх унікальних пацієнтів та наявних людських та інших лікувальних ресурсів. Сучасні

---

технології створення і обробки інформації, а це практичні дії працівників у електронній системі, унеможливають будь-які спроби фальсифікації або підробки інформації;

- інформаційна система за допомогою механізмів авторизації та ідентифікації дає можливість працювати з ідентифікованим пацієнтом, а дії користувачів у системі стають персоналізованими, прозорими та уніфікованими;
- разом перше і друге дають можливість впровадити нові форми адміністрування фінансових ресурсів, облік яких запроваджено в електронній системі НСЗУ, а саме подушне фінансування, сплата за надані послуги та проліковані випадки [2, 3, 4];
- інформаційна система прискорює обмін інформацією між суб'єктами системи охорони здоров'я, що не лише зменшить/ліквідує паперовий формат обміну інформацією, але й створить умови для впровадження інструментів підтримки клінічного рішення з урахуванням цілісної картини стану пацієнта незалежно від його місцезнаходження та попередньої історії лікування;
- системний автоматизований збір великої кількості даних (big-data) про захворювання та лікування дозволить оптимізувати ефективність державних витрат та збільшити спроможності стратегічного планування і оперативного визначення пріоритетів фінансової підтримки медичної галузі;
- застосування спільних реєстрів та довідників створює умови для запровадження єдиного формату структурованих електронних медичних записів;
- впровадження публічних інструментів інформаційної системи дає можливість суттєво підвищити прозорість та цільове використання державних коштів.

Перелік переваг та позитивних наслідків від системного впровадження «E-Health» достатньо довгий. Але відсутність базових засад програмно-апаратної інфраструктури та досвіду застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я у медичних працівників укупі з стислими термінами на очікуваний соціальний та політичний результат спонукає Уряд та управлінців охорони здоров'я зосередитись на ключових найближчих цілях від впровадження. А саме: розбудові на технологічній платформі «E-Health» інструментів фінансово-економічного та управлінського адміністрування медичної

допомоги та контролю за використанням ліків за рахунок державного бюджету (а); створення сервісних передумов для клінічного маршруту пацієнта (б); напрацювання базових реєстрів – пацієнтів, установ, лікарів (в).

Бюджет на охорону здоров'я і не тільки в Україні завжди обмежений та недостатній. Саме інформаційні технології дають можливість розподілити та проконтролювати використання обмеженого фінансового ресурсу та його використання в оптимальний спосіб.

### **Національна електронна система охорони здоров'я**

Для повного розуміння побудови національної електронної системи охорони здоров'я слід ознайомитись із низкою визначень, термінів та понять, яких не існувало в документах вітчизняної охорони здоров'я до 2016 року.

Перш за все необхідно розрізнити два поняття: електронна охорона здоров'я (або е-здоров'я, «E-Health») та електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ).

Електронна охорона здоров'я (або е-здоров'я, або те, що ми визначаємо як «E-Health») – екосистема гармонійних та взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ), направлених на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження.

Іншими словам «E-Health» – це сукупність інформаційних технологій на службі охорони здоров'я, здорового способу життя та всього, що пов'язано з здоров'ям та впливом на здоров'я. В основі таких технологій закладені сучасні сучасне обладнання та програмне забезпечення [10].

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) — цілісна інформаційно-телекомунікаційна система, яка забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді в межах держави Україна. ЕСОЗ складається із двох компонентів: а) центральної бази даних (ЦБД) та б) медичних інформаційних систем (МІС). Між компонентами забезпечено автоматичний обмін даними через

---

відкритий прикладний програмний інтерфейс (Application Programming Interface, API) [10].

Таким чином, якщо е-здоров'я (E-Health) – це сукупність різних за походженням інформаційних систем в охороні здоров'я, то ЕСОЗ – це окрема електронна інформаційна система державного рівня.

Більш детально про електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ). В Україні, як було зазначено, національна ЕСОЗ має ознаки дворівневої (або гібридної) моделі та складається із центрального та периферійного рівнів (або компонентів).

Центральний рівень – це центральна база даних електронної системи охорони здоров'я (ЦБД ЕСОЗ), яка забезпечує централізоване зберігання та обробку ключової інформації. З технічної точки зору ЦБД ЕСОЗ – це програмно-апаратний комплекс, який дає можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами та електронними медичними інформаційними системами, а також модулями НСЗУ. Ключовим технологічним завданням ЦБД ЕСОЗ є: стандартизація дій та інформації (а), накопичення інформації, яка генерується за єдиними правилами та стандартами із периферійного компоненту (б), забезпечення розподіленого доступу користувачів (в) та захист інформації (в).

Периферійний (місцевий) рівень – це локальні бази даних та програмне забезпечення (наразі, медичні інформаційні системи (МІСи) або інші), які центри медичної допомоги, діагностичні центри, лікарні інтенсивного лікування та спеціалізовані клініки можуть самостійно обирати на конкурентному ринку на власний розсуд та у відповідності до клінічної, сервісної та господарської доцільності.

Основним завданням периферійного компоненту є генерування інформації користувачами на місцях серед надавачів медичних послуг (керівники закладів охорони здоров'я, медичні працівники та інші).

В разі, якщо центральним компонентом ЕСОЗ не встановлено правило передавання інформації в ЦБД, то така інформація може зберігатись у медичній інформаційній системі для практичної діяльності у надавача медичних послуг.

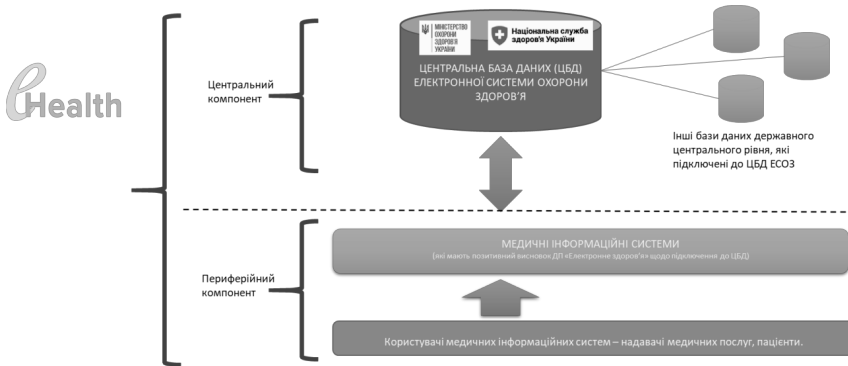


Рис. 11.1. Принципова схема дворівневої (гібридної) архітектури електронної системи охорони здоров'я України.

Головне завдання ЕСОЗ – забезпечити можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їхніх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій [2]. Поступово ЕСОЗ має розширити функціональні можливості та надавати більше інформаційних сервісів для користувачів системи. На базі ЕСОЗ та в межах технологічних можливостей сформовані певні взаємовідносини суб'єктів ЕСОЗ.

За перспективним планом розвитку ЕСОЗ та з урахуванням її концепції, до ЕСОЗ мають бути залучені типи надавачів медичних послуг незалежно від їхньої форми власності та рівня надання медичної допомоги.

За типом взаємодії виділяють такі суб'єкти ЕСОЗ, які взаємодіють в середовищі електронної системи у межах прав та повноважень: пацієнти (для отримання медичної допомоги) та юридичні особи для реалізації закону про державні фінансові гарантії. Суб'єктами ЕСОЗ є: користувачі, Національна служба здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я, адміністратор центральної бази даних та оператори.

---

**Користувачі** – фізичні та юридичні особи, які зареєстровані в електронній системі охорони здоров'я і мають права доступу, НСЗУ – власник центральної бази даних, в тому числі майнових прав на програмне забезпечення. Забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я та веб-сайту, на якому розміщується інформація про електронну систему охорони здоров'я.

**МОЗ** – розпорядник реєстру медичних спеціалістів та реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я та є володільцем їхніх відомостей. Формує політику у галузі охорони здоров'я, відповідає за реалізацію реформ.

**Адміністратор центральної бази даних** – адмініструє центральну базу даних ЕСОЗ та контролює розробку електронної системи охорони здоров'я в Україні.

**Оператор** – юридична особа або фізична особа-підприємець, що є власником електронної медичної інформаційної системи або розпорядником електронної медичної інформаційної системи з правом підключення такої системи до центральної бази даних на підставі договору з власником електронної медичної інформаційної системи [2].

Користувачі в межах прав доступу та повноважень можуть виконувати певний перелік дій в системі через функціональні можливості ЕСОЗ, а саме:

- реєструвати користувачів у центральній базі даних, у тому числі з використанням засобів електронної ідентифікації;
- розмежовувати права користувачів на внесення, перегляд інформації у центральній базі даних, внесення змін та доповнень до неї;
- створювати, вносити, переглядати та здійснювати обмін деклараціями про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (надалі – декларація), рецептами, направленнями, медичними записами, іншою інформацією та документами через електронні кабінети відповідно до прав доступу користувачів;
- створювати технічні умови для використання електронної системи охорони здоров'я особами з порушенням зору та слуху;
- надавати пацієнтам (їхнім законним представникам) згоду в письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди, на доступ до даних про себе (про пацієнта для



- 
- законних представників), що міститься в електронній системі охорони здоров'я, лікарям, третім особам;
- отримувати для пацієнтів відомостей про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про таких пацієнтів;
  - здійснювати пошук та перегляд відомостей у центральній базі даних відповідно до прав доступу користувача з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;
  - укладати, змінювати та припиняти договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію за програмою медичних гарантій, формувати та подавати електронні звіти, первинні розрахунки та інші документи за договорами через центральну базу даних;
  - зберігати, автоматично резервувати і відновлювати дані, що передавалися до центральної бази даних, забезпечувати безперебійний доступ до центральної бази даних;
  - створювати технічну сумісність та електронну взаємодію центральної бази даних в установленому законодавством порядку з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами;
  - забезпечувати захист інформації від несанкціонованого доступу, знищення, модифікації;
  - вести облік операцій (внесення, перегляд, внесення змін та доповнень тощо) з інформацією та документами у центральній базі даних та подій, що відбуваються в електронній системі охорони здоров'я і стосуються її безпеки;
  - дають можливість використання для внесення та систематизації інформації у центральній базі даних державних класифікаторів, номенклатур та довідників, затверджених в установленому законодавством порядку;
  - використовувати єдиний стандарт обміну медичною інформацією, яка затверджена МОЗ [2].

Які типи інформації містяться в ЦБД ЕСОЗ? Наразі, таких типів чотири: адміністративні реєстри, рецепти на лікарські засоби, записи про направлення, медичні записи та висновки. Таке розподілення досить умовне. Так, рецепти є частиною медичної допомоги і їх цілком можна вважати частиною медичного запису про призначення. Але з

технологічної та управлінської точки зору, виділення рецептів в окремий тип інформації дає можливість чітко обліковувати фінансові витрати на закупівлю ліків за виписаними та погашеними електронними рецептами. З розвитком ЕСОЗ типи інформації будуть змінюватись та розширюватись.

### **Реєстри ЦБД ЕСОЗ:**

1. **Реєстр пацієнтів**, що містить інформацію про фізичних осіб, які мають право на гарантії згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».
2. **Реєстр декларацій** про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що містить інформацію про декларації.
3. **Реєстр суб'єктів господарювання** у сфері охорони здоров'я, що містить інформацію про заклади охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та лабораторії, які уклали або мають намір подати заяву про укладення договору за програмою медичних гарантій або залучені надавачами медичних послуг до надання медичних послуг (надалі – суб'єкти господарювання в сфері охорони здоров'я).
4. **Реєстр медичних спеціалістів**, що містить інформацію про осіб, які здобули освіту в сфері охорони здоров'я (надалі – медичні спеціалісти).
5. **Реєстр медичних працівників**, що містить інформацію про осіб, які перебувають у трудових відносинах із суб'єктами господарювання у сфері охорони здоров'я або є фізичною особою-підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та надає медичну допомогу.
6. **Реєстр договорів про медичне обслуговування населення**, що містить інформацію про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ.
7. **Реєстр договорів про реімбурсацію**, що містить інформацію про договори про реімбурсацію за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ.
8. **Інші** для забезпечення виконання Законів України [2].

Важливим аспектом розбудови електронних сервісів в країні та, зокрема, впровадження ЕСОЗ, є застосування технологій аутентифікації користувачів. Такі технології вже тривалий час використовуються в банківській діяльності з метою встановлення персони користувача інформаційної системи. Саме впровадження в практичну діяльність кваліфікованих електронних підписів або КЕП (раніше які мали назву «електронні цифрові підписи» (ЕЦП)) створило умови для забезпечення якості інформації та захисту інформації в інформаційно-телекомунікаційній системі ЕСОЗ. Таким чином, кожний працівник, – керівник закладу охорони здоров'я, лікар або інша уповноважена особа, яка є користувачем ЕСОЗ, зобов'язана авторизуватися та створювати записи в системі виключно з використанням КЕП. Технологія створення та використання КЕП дозволяє надійно та безпечно захищати інформацію від змін та знищення. Наразі, технологія КЕП широко застосовується під час передачі інформації економічного плану: підписання фінансової документації, передачі звітів до податкових органів тощо. КЕП повинен мати кожний керівник закладу охорони здоров'я, бухгалтер і медичні спеціалісти та працівники, які мають доступ до ЕСОЗ.

### **Периферійний компонент ЕСОЗ та складові ЕОЗ**

До периферійного компоненту ЕСОЗ відносять інформаційні системи, які безпосередньо підключені до ЦБД ЕСОЗ, а саме: медичні, аптечні та інші інформаційні системи, які є невід'ємною складовою цілісної національної електронної системи охорони здоров'я.

Але для управління економічною діяльністю як на рівні системи, так і з огляду локального операційного управління закладами охорони здоров'я, ЕСОЗ не забезпечує збір та обробку всіх необхідних даних. Для цього існують спеціалізовані інформаційні системи з цільовим призначенням: кадрові, бухгалтерські, фінансово-податкові, складські та інші прикладні інформаційні системи.

Таким чином, сучасний вітчизняний заклад охорони здоров'я будь-якої форми власності, в умовах дворівневої ЕСОЗ, має мати такі взаємопов'язані інформаційні системи:

- медичну інформаційну систему, яка підключена до ЦБД ЕСОЗ, себто має позитивний висновок адміністратора ЕСОЗ щодо підключення до ЦБД;

- кадрову інформаційну систему для реалізації завдань кадрового обліку;
- бухгалтерську, фінансово-податкову інформаційну систему (або набір окремих систем), які забезпечують бухгалтерський і фінансовий облік та податкову звітність;
- інформаційну систему обліку складських запасів та руху матеріальних цінностей. Зазвичай така система є частиною бухгалтерської інформаційної системи;
- інші, спеціалізовані за профілем діяльності закладу охорони здоров'я, інформаційні системи;
- інформаційні системи сервісного пацієнтського забезпечення.

Впровадження та використання вищезазначеного набору інформаційних систем надає повний набір первинних даних для оцінки фінансово-економічної діяльності закладу охорони здоров'я, а також генерує та передає необхідний обсяг інформації в ЦБД ЕСОЗ.

Розбудова електронної охорони здоров'я створює передумови для всебічної інформатизації галузі охорони здоров'я. Досвід провідних економік світу доводить необхідність впровадження інформаційних систем на всіх рівнях галузевого управління.

Національна електронна система охорони здоров'я – ключовий інструмент для впровадження системних реформ в охороні здоров'я та, зокрема, в економічній її складовій.

Обрана дворівнева архітектура ЕСОЗ дає можливість для управління економічною складовою охорони здоров'я як на державному рівні, так і на рівні операційного управління закладами охорони здоров'я.

### ***Контрольні питання:***

1. Дайте визначення електронній охороні здоров'я.
2. Дайте визначення електронній системі охорони здоров'я.
3. Яке головне завдання ЕСОЗ?
4. Яку архітектуру має національна електронна система охорони здоров'я?
5. Які ключові реєстри містить центральна база даних електронної системи охорони здоров'я України?
6. Які інформаційні системи відносять до периферійного компоненту електронної системи охорони здоров'я?

7. Хто є користувачами ЕСОЗ?
8. Які виділяють суб'єкти ЕСОЗ?
9. Які інформаційні об'єкти передаються та зберігаються в ЦБД ЕСОЗ?
10. Які різновиди (типи) інформаційних систем доцільно впроваджувати в практичну діяльність надавачів медичних послуг з метою управління економікою закладу?

### *Література:*

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст. 31. Електронний документ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
2. Постанова КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411, Київ. «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». Офіційний вісник України. Офіційне видання від 15.06.2018, № 46, сторж. 14. Електронний документ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>.
3. Постанова КМУ від 25 квітня 2018 р. № 410 «Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» Електронний документ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF>.
4. Постанова КМУ від 5 лютого 2020 р. № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» Електронний документ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF>.
5. Наказ МОЗ України №503 від 19 березня 2018 року. «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Електронний документ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18>.
6. Наказ МОЗ від 28.02.2020 № 586 «Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду». Електронний

---

документ: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28022020--586-pro-zatverdzhennja-porjadku-napravlennja-pacientiv-do-zakladiv-ohoroni-zdorovja-ta-fizichnih-osib---pidpriemciv-jaki-v-ustanovlenomu-zakonom-porjadku-oderzhali-licenziju>.

7. Наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів у електронній системі охорони здоров'я». Електронний документ: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28022020--587-dejaki-pitannja-vedennja-reestru-medichnih-zapisiv-zapisiv-pro-napravlennja-ta-receptiv-v-elektronnij-sistemi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja>.

8. Інформаційний портал ДП «Електронне здоров'я». Підбірка інформації на сайті. Офіційний сайт державної установи <https://portal.ehealth.gov.ua/>.

9. Інформаційний портал Національної служби здоров'я України. Підбірка інформації. Офіційний сайт державної установи <http://nszu.gov.ua/>.

10. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я. Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. Електронний документ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2021-%D1%80#n8>.

---

## ГЛОСАРІЙ

### А

**Автономізація** – це процес перетворення закладу охорони здоров'я з бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство.

**Адміністративні підрозділи** – структурні підрозділи, які надають іншим відділенням/підрозділам допоміжні послуги, пов'язані з накладними витратами.

**Активи підприємства** – сукупні майнові цінності, що використовуються з метою одержання прибутку.

**Акциз** – вид непрямого податку, що включається в ціну деяких товарів масового споживання і предметів розкоші.

**Акціонерне товариство** – господарське товариство, створене на основі централізації (об'єднання) капіталів через емісію і продаж цінних паперів – акцій.

**Амортизація** – процес поступового перенесення вартості основних засобів на вартість наданих за їхньою допомогою медичних послуг (виробленої продукції).

**Аналіз «витрати-вигода (користь)»** – cost-benefit analysis (CBA) – дозволяє порівнювати різні медичні технології (напр., комплекс профілактичних заходів проти грипу з методом лікування гепатиту С), бо оцінює і витрати, і результати лікування в грошовому еквіваленті (вартість методів лікування враховується на момент оцінювання результатів). Мета аналізу «витрати-вигода» – розрахунок чистої вигоди (вигода мінус вартість) від застосування певного методу лікування з подальшим приведенням її до рівня цін сьогодення.

**Аналіз «витрати-ефективність»** – cost-effectiveness analysis (CEA) – передбачає зіставлення як вартості (у грошовому вираженні), так і ефективності методів лікування. Цей аналіз дозволяє провести вартісне оцінювання ефективності, зокрема оцінити вартість одиниці ефективності методу лікування. В кінцевому результаті визначається не найбільш дешевий метод лікування захворювання, а оптимальний за ефективністю та витратністю.

**Аналіз «витрати-корисність (утилітарність)»** – cost-utility analysis (CUA) – різновид аналізу «витрати-ефективність», в якому проводиться порівняння вартості лікування в грошовому вираженні та

його ефективності в показниках корисності (утилітарності) – результатів лікування, виражених у показниках якості життя. Показник корисності найчастіше виражається в QALY (Quality Adjusted Life Year – кількість якісних років життя, які отримав пацієнт унаслідок лікування), але можна використовувати показник корисності, що визначається за допомогою інших прийнятних у медицині методик. У цьому методі фармакоекономічного аналізу враховується не стільки досягнення тих або інших позитивних клінічних ефектів, скільки надання переваги тим або іншим результатам медичного втручання з боку пацієнта.

**Аналіз загальної вартості захворювання** – cost of illness (COI) – базується на визначенні витрат (прямих медичних і немедичних, непрямих), які несе лікувальний заклад при діагностиці та лікуванні певного захворювання. Результати проведеного лікування при цьому не враховуються. Мета аналізу загальної вартості захворювання – визначити розмір витрат, які несе певний лікувальний заклад (регіон, суспільство) у зв'язку з діагностикою та лікуванням певного захворювання при використанні різних методів лікування.

**Аналіз мінімізації витрат** – cost minimization analysis (CMA) – вид фармакоекономічного аналізу, призначений для вибору препарату або методу лікування з мінімальними витратами. Передбачає порівняння вартості методів лікування за умови їхньої однакової клінічної (терапевтичної) ефективності.

**Аналіз фінансового стану** (фінансовий аналіз) – комплекс дій щодо вивчення й аналізу результатів фінансово-господарської діяльності організацій, підприємств, фірм з метою визначення ступеня ефективності використання основних фондів і оборотних коштів для реалізації статутних завдань організацій, виявлення можливих недоліків, порушень, невикористаних резервів задля підвищення результативності діяльності.

**Аудит** – перевірка публічної бухгалтерської звітності, обліку, первинних документів та іншої інформації про фінансово-господарську діяльність суб'єктів господарювання з метою визначення достовірності їхньої звітності, обліку, його повноти і відповідності чинному законодавству та встановленим нормативам. Зазвичай проводиться незалежною аудиторською компанією.



---

**Б**

**Базова ставка** – середня вартість медичної послуги, що розрахована як співвідношення обсягу бюджетних коштів та прогнозованої кількості медичних послуг за відповідним напрямом.

**Баланс бухгалтерський** – форма бухгалтерської звітності, яка відображає у грошовому виразі стан господарських засобів за їхнім складом та використанням, джерелами надходження та призначенням на певну дату. Має форму таблиці і складається з двох частин: активної й пасивної.

**Банк** – юридична особа, яка має виключне право на підставі ліцензії Національного банку України здійснювати в сукупності такі операції: залучення у вклади грошових коштів фізичних і юридичних осіб та розміщення зазначених коштів від свого імені, на власних умовах та на власний ризик, відкриття й ведення банківських рахунків фізичних та юридичних осіб.

**Банківський кредит** – основна форма кредиту, за якої банк надає клієнтові у тимчасове користування частину власного або залученого капіталу на умовах повернення зі сплатою банківського відсотка.

**Бізнес-план** – письмовий документ, що розкриває усі сторони будь-якого підприємницького заходу, який розпочинається. Він дозволяє передбачати заходи щодо реалізації нової ідеї, визначати необхідне фінансове забезпечення і отримання певного зиску. Практично його можна вважати формою експертної оцінки доцільності та ефективності здійснення тієї або іншої підприємницької ідеї.

**Бюджет медичного закладу** – грошове вираження збалансованого розпису доходів і видатків медичного закладу за певний період.

**Бюджет країни** – план формування та використання фінансових ресурсів для забезпечення завдань і функцій, які здійснюються відповідно органами державної влади, органами влади Автономної Республіки Крим, органами місцевого самоврядування протягом бюджетного періоду.

**Бюджети місцевого самоврядування** – бюджети територіальних громад сіл, їхніх об'єднань, селищ, міст (у тому числі районів у містах), бюджети об'єднаних територіальних громад.

**В**

**Ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи** – коригувальний коефіцієнт, що враховує характеристики складності пролікованих випадків та інтенсивність використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в рамках однієї діагностично-спорідненої групи відносно загальної середньої вартості профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації клінічного випадку в умовах стаціонару.

**Вартість одиниці послуги** – вартість визначеної законодавством одиниці кінцевого продукту/результату надання медичного обслуговування, (пролікованого випадку, лабораторного тесту тощо).

**Візія** (або бачення) – це чітка картина ідеального бажаного стану організації через певний проміжок часу в майбутньому.

**Внутрішнє референтне ціноутворення** – встановлення мінімальної оптово-відпускної ціни лікарського засобу, що підлягає реімбурсації, на підставі заявок власника реєстраційного посвідчення на лікарський засіб або його уповноваженого представника, поданих до НСЗУ відповідно до цього Порядку (реімбурсації).

**Вторинна (спеціалізована) медична допомога** – медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики-сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруень, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

**Г**

**Гранична оптово-відпускна ціна** – максимальна вартість добової дози лікарського засобу, який підлягає реімбурсації, відповідної форми випуску, розрахована на основі зовнішнього референтного ціноутворення без урахування постачальницько-збутових та торговельних (роздрібних) надбавок та податку на додану вартість.

**Гранична сума оплати** – максимальна сума, передбачена договором для оплати надання пакета медичних послуг, яку надавач медичних послуг може отримати за договором у відповідному періоді.

---

**Групова практика ПМД** – команда з надання ПМД, до складу якої входять два або більше лікарів з надання ПМД, або сукупність двох чи більше практик ПМД у межах одного надавача ПМД або кількох надавачів ПМД, які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність, укладеного між надавачами ПМД.

#### Д

**Декларація** про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу – це документ, що підтверджує волевиявлення пацієнта (його законного представника) про вибір лікаря, який надаватиме йому первинну медичну допомогу.

**Діагностично-споріднена група** – група клінічних випадків, що характеризуються схожими (пов'язаними за діагнозами) клінічними станами та подібною інтенсивністю використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в умовах стаціонару.

**Допоміжні медичні підрозділи** – структурні підрозділи, які надають основним клінічним відділенням допоміжні послуги, пов'язані із забезпеченням діагностики та лікування.

**Дохід** – гроші або матеріальні цінності, одержувані закладом охорони здоров'я внаслідок його діяльності за певний період часу.

#### Е

**Економіка (гр. *οικονομία* – управління господарством)** – найважливіша сфера суспільного життя, в якій на основі використання різноманітних ресурсів здійснюється виробництво, обмін, розподіл та споживання продуктів людської діяльності, формується і постійно розвивається система продуктивних сил і економічних відносин, якими управляють різні типи економічних законів.

**Економіка (як наука)** – це наука, яка вивчає взаємодію людей у процесі пошуку ефективних шляхів виробництва матеріальних благ і послуг в умовах обмежених ресурсів з метою задоволення потреб.

**Економіка охорони здоров'я** – галузева наука, що вивчає дію економічних законів у конкретних умовах виробництва і споживання медичних послуг, незалежно від джерел фінансування, а також умови і фактори, що забезпечують найбільш повне задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я та медичному обслуговуванні за наявного рівня ресурсів.

---

**Економічний аналіз** – дослідження фінансово-господарської діяльності з метою встановлення відповідності, виявлення резервів та шляхів підвищення ефективності діяльності.

**Електронна система охорони здоров'я** – інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API - application programming interface).

### **З**

**Загальна (повна) вартість** – вартість усіх ресурсів, що використовуються закладом охорони здоров'я для виробництва послуги з медичного обслуговування, у тому числі з прямими і непрямими витратами.

**Загальнообов'язкове державне соціальне страхування** – система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом, здійснюється за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків власником чи уповноваженим ним органом, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом.

**Заклад охорони здоров'я** – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

**Збитки** – це зменшення вартості майна юридичної чи фізичної особи в результаті перевищення витрат цієї особи над отриманими нею доходами в одному часовому періоді.

**Здоров'я** – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби чи фізичних вад.

---

**I**

**Індекс структури випадків** - середньозважене значення всіх вагових коефіцієнтів діагностично-споріднених груп за всіма пролікованими випадками за відповідний період.

**Інфляція** – тривале зростання загального рівня цін, що відображує зниження купівельної спроможності грошової одиниці.

Інформаційна система НСЗУ – сукупність інформаційних підсистем щодо укладення та виконання договорів, аналізу даних, формування аналітичних та фінансових звітів, обміну інформацією між користувачами, метою функціонування яких є забезпечення виконання покладених на НСЗУ функцій щодо реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

**Інфраструктура** — комплекс галузей господарства, що обслуговує промислове (або будь-яке інше) виробництво, а також населення. Включає транспорт, зв'язок, торгівлю, матеріально-технічне забезпечення, науку, освіту, охорону здоров'я.

**K**

**Капітаційна ставка** – розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта незалежно від кількості фактичних звернень пацієнта за медичною допомогою протягом визначеного періоду.

**Клінічний протокол** – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їхню послідовність.

**Колективний договір, угода** – це документ, що укладається на основі чинного законодавства у закладах охорони здоров'я на основі прийнятих сторонами зобов'язань з метою регулювання виробничих, трудових і соціально-економічних відносин і узгодження інтересів працівників та роботодавців.

**Комплексна медична послуга** – сукупність різних видів медичних послуг, націлених на отримання якого-небудь результату, який не може бути отриманий шляхом надання простої і складної послуги (профогляди).

**Конкурентоспроможність** – здатність суб'єктів проводити свою діяльність в умовах ринкових відносин і одержувати при цьому прибуток, достатній для науково-технічного удосконалення виробництва, стимулювання робітників і випуску високоякісної продукції (надання послуг).

**Конкуренція** – елемент ринкового механізму, пов'язаний із формуванням господарських пропорцій на основі змагань підприємств, фірм за кращі й вигідніші умови вкладання капіталу, реалізації продукції, надання послуг. Конкуренція виявляється в економічному суперництві окремих товаровиробників, що відбувається між ними з метою задоволення своїх потреб, забезпечення найвигідніших умов виробництва та збуту товару, одержання найвищого прибутку тощо.

**Кошторис** – основний плановий фінансовий документ бюджетної установи, яким на бюджетний період встановлюються повноваження щодо отримання надходжень і розподіл бюджетних асигнувань на взяття бюджетних зобов'язань та здійснення платежів для виконання бюджетною установою своїх функцій та досягнення результатів, визначених відповідно до бюджетних призначень.

**Критерій розподілу** – правило (або значення параметра), що застосовується для розподілу непрямих витрат між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я. Критерій розподілу безпосередньо пов'язаний з витратами, що розподіляються, або з причиною їх виникнення.

## Л

**Лізинг** – спосіб фінансування інвестицій, заснований на довгостроковій оренді майна при збереженні права власності за орендодавцем; середньо- і довгострокова оренда машин, обладнання і транспортних засобів.

**Лікар з надання ПМД** – професіонал у галузі лікувальної справи (лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), який перебуває у трудових відносинах із надавачем ПМД або провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа -підприємець та особисто надає ПМД.

**Лікарський формуляр** – перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним.

**Ліміт** – оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ.

**Ліцензія** – це документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на проведення зазначеного в ліцензії виду господарської

діяльності протягом певного терміну за умови дотримання ліцензійних умов.

## **М**

**Маркетинг** – комплексна система управління діяльністю підприємства з розробки, виробництва, збуту продукції або надання послуг на основі вивчення ринку й активного впливу на споживчі потреби з метою одержання прибутку.

**Матеріальні ресурси в охороні здоров'я** – сукупність засобів праці господарського призначення, які перебувають у розпорядженні закладів охорони здоров'я і використовуються для виробництва медичних товарів і послуг.

**Медична послуга** – це послідовно визначені дії або комплекс дій медичних працівників, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування захворювання та реабілітацію, які мають самостійне закінчене значення і певну ціну.

**Мережа закладів охорони здоров'я** – сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території.

**Місія** – це лаконічний вислів, який відображає, заради кого і чого медичний заклад існує як організація.

**Місце надання медичних послуг** – фактична адреса провадження суб'єктом господарювання у сфері охорони здоров'я господарської діяльності з медичної практики, за якою особам, на яких розповсюджуються державні гарантії медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», надаються медичні послуги.

**Мито** – непрямий податок, що стягується з товарів, транспортних засобів, інших предметів, які переміщуються через кордон країн.

## **Н**

**Надавач ПМД** – заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД.

**Надавачі медичних послуг** – заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на

---

провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів.

**Наймана праця** – праця найманого працівника, який працює за договором найму на підприємстві, власником якого не є даний працівник.

**Національний дохід** – обчислена у грошовому виразі вартість новоствореного в країні протягом року сукупного продукту, що представляє дохід, принесений усіма факторами виробництва (землею, працею, капіталом, підприємництвом). Національний дохід країни дорівнює валовому національному продукту за вирахуванням амортизаційних відрахувань (знос основних засобів) і непрямих податків.

**Національна служба здоров'я України (НСЗУ)** - є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

**Нематеріальні активи** – немонетарний актив, який не має матеріальної форми, може бути ідентифікований та утримується підприємством з метою використання протягом періоду більше одного року (або одного операційного циклу, якщо він перевищує один рік) для виробництва, торгівлі, в адміністративних цілях чи надання в оренду іншим особам.

**Непрямі витрати** – вартість виробничих ресурсів (комунальні послуги, адміністративні видатки, накладні витрати тощо), які важко простежити безпосередньо до конкретних об'єктів витрат (організацій, відділень, послуг, пацієнтів тощо) та які мають розподілятися.

**Непрямі податки** – податки, які включаються до ціни товарів (робіт, послуг). Платниками цих податків є покупці відповідних товарів (робіт, послуг), а перераховують їх до бюджету суб'єкти підприємницької діяльності, що реалізують товари, виконують роботи чи надають послуги. Основні непрямі податки – це податок на додану вартість (ПДВ) та акцизний збір.

**Номінальна заробітна плата** – встановлена, зафіксована в розрахунковій відомості або в інших документах величина заробітної плати в грошовому вираженні, що характеризує рівень оплати праці



поза зв'язком з цінами на товари і послуги та грошовими витратами працівника.

## **О**

**Обсяг практики ПМД** – кількість осіб, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши лікаря з надання ПМД, та належать до однієї й тієї самої практики ПМД.

**Одиниця послуг** – визначена законодавством одиниця кінцевого продукту/результату надання медичного обслуговування у стаціонарних або амбулаторних умовах, для якої встановлюються тарифи оплати.

**Операційний план** – це документ, який деталізує загальні стратегічні напрями діяльності медичного закладу до рівня конкретних завдань і заходів.

**Оподатковуваний прибуток** – прибуток, що визначається для розрахунку податку на прибуток способом виключення із суми скоригованого валового доходу валових витрат платника податку та суми нарахованих ним амортизаційних відрахувань.

**Основні засоби** – матеріальні активи, які підприємство/установа утримує з метою використання їх у процесі виробництва/діяльності або постачання товарів, надання послуг, здавання в оренду іншим особам або для здійснення адміністративних і соціально-культурних функцій, очікуваний строк корисного використання (експлуатації) яких більше одного року (або операційного циклу, якщо він довший за рік).

**Основні клінічні відділення** – структурні підрозділи, які безпосередньо надають пацієнтам медичні послуги.

**Оптимальний обсяг практики ПМД** – кількість осіб, яким лікар з надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД.

**Охорона здоров'я** – система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

**Оцінка медичних технологій** – експертиза медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв’язку з їх застосуванням.

## II

**Пакет медичних послуг** – перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює НСЗУ згідно з договором.

**Пацієнт** – фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога.

**Підприємство** – це самостійний суб’єкт господарювання, який створено компетентним органом державної влади або місцевого самоврядування, або іншими суб’єктами для задоволення суспільних та особистих потреб шляхом систематичного здійснення виробничої, науково-дослідної, торговельної та іншої господарської діяльності.

**Підприємництво** – це самостійна, ініціативна, систематична, на власний ризик господарська діяльність, що здійснюється суб’єктом господарювання (підприємцями) з метою досягнення економічних і соціальних результатів та одержання прибутку.

**Податок** – обов’язковий, індивідуально безоплатний платіж, що стягується органами державної влади різних рівнів з юридичних осіб і фізичних осіб з метою фінансового забезпечення діяльності держави й (або) муніципальних утворень.

**Податкові платежі** – обов’язкові збори, які стягуються з платників за умови конкретного еквівалентного обміну між державою та платником (плата за воду, землю).

**Прибуток** – кінцевий фінансовий результат діяльності підприємства. Обчислюється як різниця між валовим вииторгом (без податку на додану вартість та акцизного збору) й витратами на виробництво та реалізацію продукції (робіт, послуг); грошове вираження різниці між вартістю реалізованої продукції та витратами на її виробництво.

**Принцип екстериторіальності** – надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров’я незалежно від зареєстрованого місця проживання або перебування.

**Принцип нейтральності бюджету** – відповідність тарифів та запланованої кількості медичних послуг загальному обсягу

бюджетних асигнувань, передбачених для реалізації програми медичних гарантій.

**Пролікований випадок** (термін, що вживається в Методиці розрахунку тарифів) – комплекс медичних послуг, що надається в умовах стаціонару та завершується вибуттям пацієнта зі стаціонару.

**Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій)** – програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

**Проста медична послуга** – елементарна і неподільна: «Пацієнт» + «Спеціаліст» = «Один елемент профілактики, діагностики або лікування». Наприклад: операція, яку можна розкласти на самостійні (подільні) моменти, які самостійного значення при цьому не мають і дійсні лише в сукупності. І тому, незважаючи на складність процесу, операцію відносять до категорії простої медичної послуги.

**Прямі витрати** – вартість виробничих ресурсів (персоналу, лікарських засобів тощо), які безпосередньо пов'язані з виробництвом медичної послуги та, за даними бухгалтерського обліку, можуть бути безпосередньо віднесені до об'єкта витрат (структурного підрозділу/відділення закладу охорони здоров'я, послуги або конкретного пацієнта).

## **Р**

**Реімбурсація** – механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України.

**Рентабельність** – це співвідношення прибутку з понесеними витратами (один із основних показників ефективності діяльності суб'єктів господарювання різних форм власності, який характеризує інтенсивність їхньої роботи). Він характеризує рівень ефективності витрат, здійснених у процесі виробництва та реалізації продукції, робіт і послуг.

---

**Референтні заклади охорони здоров'я** – визначені МОЗ заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, дані аналізу витрат у яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій.

**Ринок** – сфера стійких товарно-грошових відносин, що базується на суспільному поділі праці.

**С**

**Середній індекс структури випадків** – середнє значення всіх вагових коефіцієнтів за пролікованими випадками у стаціонарних умовах у відповідному періоді.

**Складна медична послуга** – сукупність простих послуг, що відбивають те, який склався в кожному конкретному закладі технологічний процес надання допомоги. Для стаціонарів – пролікований хворий, для амбулаторно-поліклінічних установ – закінчений випадок лікування.

**Собівартість** – грошове вираження загальної суми витрат підприємства на виробництво та реалізацію продукції, робіт, послуг. Відображаючи рівень витрат на виробництво, собівартість комплексно характеризує ступінь використання усіх ресурсів підприємства, а значить, і рівень техніки, технології та організації виробництва. Чим краще працює підприємство, інтенсивніше використовує виробничі ресурси, успішніше удосконалює техніку, технологію і організацію виробництва, тим нижча собівартість продукції (послуги).

**Стратегічний план** – це документ, який описує стратегічні напрями та визначає головні цілі діяльності медичного закладу.

**Страхова премія (внесок, платіж)** – плата страхувальника страховикові за те, що той зобов'язується відшкодувати страхувальнику, в разі виникнення, матеріальні збитки, завдані застрахованому майну, або виплатити страхову суму при настанні певних подій.

**Страхова сума** – межа грошових зобов'язань страховика щодо компенсації завданих страховою подією збитків страхувальнику. Тобто це грошова сума, в межах якої страхова компанія відповідно до умов страхування зобов'язана здійснити виплату при настанні страхового випадку. Розмір страхової суми визначається за

домовленістю між страхувальником та страховою компанією під час укладення договору страхування або внесення змін до договору.

**Страхова виплата** – сума компенсації, що її сплачує страховик страхувальнику за збиток, спричинений страховим випадком.

**Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі. Перелік страхових випадків встановлюється у законі, а при добровільному страхуванні – у договорі.

**Страховик** – юридична особа (страхова компанія), що діє на підставі відповідної ліцензії, беручи на себе певні зобов'язання щодо створення колективного страхового фонду і виплати з нього страхового відшкодування страхувальнику або третій особі (на користь якої укладено договір страхування) при настанні страхового випадку.

**Страхувальник** – фізична або юридична особа, яка уклала зі страховиком договір страхування відповідно до законодавства України. Страхувальники можуть укладати зі страховиками договори про страхування третіх осіб (застрахованих).

**Страхування** – система особливих перерозподільних операцій, які виникають між учасниками страхового фонду у зв'язку з його утворенням за рахунок цільових грошових внесків і використання на відшкодування втрат суб'єкта господарювання та надання допомоги громадянам (або їхнім сім'ям) у разі настання страхових випадків (досягнення певного віку, внаслідок втрати працездатності, смерті тощо).

**Субвенції** – міжбюджетні трансферти для використання на певну мету в порядку, визначеному органом, який прийняв рішення про надання субвенції.

## Т

**Тариф** – ставка, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні послуги та лікарські засоби.

**Трудові ресурси в охороні здоров'я** – категорія працездатного населення, яка володіє фізичними й розумовими здібностями і знаннями, необхідними для надання медичної допомоги населенню, а також бере участь у лікувальному процесі та його забезпеченні.

---

**У**

**Уповноважений орган** – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

**Ф**

**Фармакоекономічний аналіз** – комплексний багатоступеневий процес дослідження, ідентифікації і порівняння клінічних результатів медичних технологій (МТ) і фінансових витрат на їх виконання з метою визначення їхніх переваг для окремої людини, системи охорони здоров'я і суспільства в цілому. При фармакоекономічному аналізі у порівняльному аспекті вивчають фінансові ресурси, МТ та їхні результати (тріада Донабедіана). Основні методи фармакоекономічного аналізу: аналіз загальної вартості захворювання – cost of illness (COI); аналіз «мінімізації витрат» – cost minimization analysis (CMA); аналіз «витрати-ефективність» – cost-effectiveness analysis (CEA); аналіз «витрати-корисність (утилітарність)» – cost utility analysis (CUA); аналіз «витрати-вигода (користь)» – cost-benefit analysis (CBA).

**Фінансові ресурси в охороні здоров'я** – сукупність усіх видів грошових коштів, що знаходяться в розпорядженні органів управління та закладів охорони здоров'я, для забезпечення і функціонування розвитку галузі охорони здоров'я в цілому.

**Фінансовий план** – основний плановий документ, відповідно до якого медичний заклад отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів.

**Фінансовий стан підприємства** – забезпеченість або незабезпеченість підприємства грошовими засобами, необхідними для господарської діяльності, підтримання нормального режиму праці та життя, здійснення грошових розрахунків з іншими економічними суб'єктами.

**Фінансові зобов'язання (підприємств, компаній, фірм)** – обов'язкові платежі, розрахунки, зумовлені фінансово-договірними відносинами.

**Фінансові ресурси підприємства** – це грошові доходи і надходження, що знаходяться в розпорядженні суб'єкта господарювання і призначені для виконання фінансових зобов'язань, здійснення витрат по розширеному відтворенню й економічному стимулюванню працюючих.

**Ц**

**Центр витрат** – чітко визначена неподільна до більш низького рівня організаційна одиниця надавача медичних послуг, в якій накопичуються витрати (у тому числі прямі і непрямі витрати).

**Ціна** – грошовий вираз вартості, кількість грошей або інших товарів і послуг, що сплачується та отримується за одиницю товару або послуги. Ціна на будь-який товар (послугу) складається з окремих елементів. Основними з них є собівартість і прибуток. Їх наявність в ціні є обов'язковою. Крім того, до складу ціни можуть входити: акцизний збір, податок на додану вартість, націнки постачальника.

**Ч**

**Частотний аналіз** – вид кількісного аналізу, який відображає частоту призначення певного лікувального препарату чи групи лікувальних препаратів, їхню частку в загальній кількості призначень. Полягає в ранжуванні препаратів, що аналізуються, відповідно до порядку зменшення частоти їх призначення (тобто кількості пацієнтів, яким певний лікувальний препарат призначався, або % від загальної кількості призначень).

**А**

**АВС-аналіз** – метод розподілу лікарських засобів за часткою витрат у загальній структурі витрат на лікарську терапію від найбільш затратних до найменш витратних відповідно до їх фактичного використання за певний період.

**S**

**SWOT-аналіз** – це метод стратегічного планування, що дозволяє визначити сильні і слабкі сторони бізнесу, оцінити зовнішні загрози і можливості для подальшого визначення стратегії розвитку.

**V**

**VEN-аналіз** є елементом клініко-економічного аналізу, який дозволяє оцінити відповідність фармакотерапії хворих з певною патологією чинним стандартам та клінічним протоколам. Передбачає розподіл призначених лікувальних препаратів на три категорії за ступенем їхньої важливості для лікування певного захворювання: - «V» (vital) – життєво необхідні ЛП, - «E» (essential) – важливі ЛП (важливість висока, але не абсолютна), - «N» (non-essential) – другорядні (важливість сумнівна).

*Навчальне видання*

# **ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

## **ПІДРУЧНИК**

**До 180-річчя НМУ імені О. О. Богомольця**

**За редакцією професора В. Д. Парія**

в авторській редакції

Віддруковано з готового оригінал-макета

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 16,74.  
Наклад 300 пр. Зам. № 0004.

ТОВ «Видавничий дім “Бук-Друк”»  
м. Житомир, вул. М. Бердичівська, 17А.  
тел.: 063 101 22 33

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників  
і розповсюджувачів видавничої продукції України  
серія ДК №7412 від 27.07.2021 р.*

Друк та палітурні роботи ФОП О.О. Євенок  
м. Житомир, вул. М. Бердичівська, 17А  
тел.: 063 101 22 33, e-mail: printintz@gmail.com

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників  
і розповсюджувачів видавничої продукції України  
серія ДК №3544 від 05.08.2009 р.*