

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник у чотирьох томах



Том 4

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

Присвячується 100-річному ювілею
кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
ХНМУ

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

За загальною редакцією
професора В.А. Огнєва

У чотирьох томах

Том 4 ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Харків
ХНМУ
2023

УДК: 614.2:330 (075.8)
С69

Авторський колектив

В.А. Огнев, Е.О. Гапонова, О.А. Мельниченко, І.А. Чухно, Н.М. Мартиненко, К.М. Сокол, Т.В. Пересипкіна, О.В. Піонтковська, С.Г. Усенко, В.Г. Нестеренко, О.В. М'якіна, А.А. Подпрядова, К.Г. Помогайбо, П.О. Трегуб, Я.С. Белєвцова, О.Є. Вашев, Г.В. Лісова, І.І. Черненко, Т.Д. Алієва, А.С. Галічева, М.М. Григоров, Я.В. Журавель, В.П. Суворов, М.Є. Черняк, А.О. Вашева, Р.О. Іващенко, М.М. Міщенко, О.В. Орел, А.В. Яременко

Рецензенти

О.З. Децик — д-р мед. наук, проф. (Івано-Франківський НМУ).

Г.М. Даниленко — д-р мед. наук, проф. (ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України).

Затверджено Вченою радою ХНМУ
(протокол №5 від 25 травня 2023 р.)

С69 **Соціальна медицина, громадське здоров'я.** навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. В.А. Огнева. Харків : ХНМУ, 2023. Т. 4. Економіка охорони здоров'я. 236 с.

ISBN 978-966-2094-38-1
ISBN 978-966-2094-54-1

У навчальному посібнику висвітлено основні теоретичні положення та практичні аспекти основ економіки охорони здоров'я, теоретичні засади виникнення та розвитку економіки охорони здоров'я, основи підприємницької діяльності, принципи формування ринкових відносин та основи маркетингової діяльності в галузі охорони здоров'я, планування та бізнес-планування в медицині, основні аспекти формування оплати праці, ціноутворення та визначення ефективності в медичній сфері, системи фінансування закладів охорони здоров'я, використання сучасних методів економічного аналізу в галузі та методика проведення фінансового аналізу господарюючих медичних суб'єктів.

Для здобувачів вищої медичної освіти.

УДК: 614.2:330 (075.8)

ISBN 978-966-2094-38-1
ISBN 978-966-2094-54-1

© ХНМУ, 2023

© В.А. Огнев В.А., Е.О. Гапонова, О.А. Мельниченко та ін., 2023

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	4
Передмова	5
Розділ 1.	
Вступ до економіки охорони здоров'я.....	7
Тема 1. Теоретичні засади виникнення та розвитку економіки охорони здоров'я.....	7
Тема 2. Заклад охорони здоров'я як суб'єкт господарювання. Основи підприємницької діяльності	28
Розділ 2.	
Напрямки економічної діяльності у системі охорони здоров'я.....	38
Тема 3. Особливості формування ринкових відносин в системі охорони здоров'я.....	38
Тема 4. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я.....	47
Тема 5. Методики раціонального використання ресурсного потенціалу медичного підприємства	61
Тема 6. Планування і прогнозування в системі охорони здоров'я. Бізнес-планування в медицині.....	92
Розділ 3.	
Фінансові аспекти функціонування галузі охорони здоров'я.....	110
Тема 7. Системи фінансування закладів охорони здоров'я. Економічна оцінка ефективності інвестиційних проєктів.....	110
Тема 8. Методи ціноутворення та регулювання цін в системі охорони здоров'я	129
Тема 9. Економічний аналіз та методи економічної оцінки у сфері охорони здоров'я. Сучасні методи економічного аналізу в системі охорони здоров'я.....	147
Тема 10. Методика проведення фінансового аналізу господарської діяльності медичного закладу	178
Питання для самоконтролю знань	198
Термінологічний словник	204
Список рекомендованої літератури	232



ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БНСЗУ** — бюджет Національної служби здоров'я України
ВАТ — відкрите акціонерне товариство
ВВП — валовий внутрішній продукт
ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я
ДМС — добровільне медичне страхування
ЕОМ — електронно-обчислювальна машина
ЄСВ — єдиний соціальний внесок
ЗАТ — закрите акціонерне товариство
Кее — коефіцієнт економічної ефективності
КЗпП — Кодекс законів про працю України
Кме — коефіцієнт медичної ефективності
КМУ — Кабінет Міністрів України
КНП — комунальне неприбуткове підприємство
Ксе — коефіцієнт соціальної ефективності
МСЕ — медико-соціальна експертиза
МФУ — Міністерство Фінансів України
НСЗУ — Національна служба здоров'я України
НФ — норматив фінансування
ОМС — обов'язкове медичне страхування
ПДВ — податок на додану вартість
ТДВ — товариство з додатковою відповідальністю
ТОВ — товариство з обмеженою відповідальністю
ФОП — фізична особа-підприємець
АС — average cost (середні витрати)
FC — fixed cost (умовно-постійні витрати)
FV — future value (майбутня цінність)
IRR — internal rate of return (внутрішня норма віддачі)
NPV — net present value (чиста приведена вартість)
Р4Р — pay-for-performance (плата за результат)
PV — present value (сьогоднішня цінність)
ROA — return on assets (рентабельність активів)
TC — total cost (повні витрати)
VC — variable cost (умовно-змінні витрати)



ПЕРЕДМОВА

Економіка охорони здоров'я є наукою про раціональне використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів суспільства на медичне обслуговування й охорону здоров'я населення. Оскільки охорона здоров'я є одним із найважливіших аспектів життя та благополуччя населення, економіка охорони здоров'я прагне досліджувати фактори, що впливають на витрату ресурсів і якість медичних послуг у цій галузі. Економіка охорони здоров'я має знайти системні рішення, яким чином зробити охорону здоров'я більш справедливою та доступною для всього населення. Фахівці з економіки охорони здоров'я прагнуть з'ясувати роль, кожної із зацікавлених сторін (постачальників медичних послуг, пацієнтів, страхових компаній, державних установ, корпорацій та громадських організацій) у витратах на охорону здоров'я. Це все є можливим лише за наявності підготовлених фахівців у цій галузі, які б вміло використовували набуті знання.

Відповідно до Національної стратегії побудови системи охорони здоров'я в Україні дорадчою групою з питань реформування розроблено головні цілі реформи. Орієнтація на пацієнта, результативність та ефективність мають бути підґрунтям для створення ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

Важливою складовою системи освітньої підготовки сучасного лікаря є дисципліни соціально-економічного профілю, які дозволяють зрозуміти основні принципи функціонування, механізм та джерела фінансування сфери охорони здоров'я, сутність і специфіку медичних послуг і ринку в цілому. «Економіка охорони здоров'я» допомагає здобувачам вищої освіти засвоїти основні методики оцінки медичної, соціальної та економічної ефективності системи охорони здоров'я. Адже кадрова політика цієї галузі повинна бути направленою на стимулювання особистісної мотивації фахівців до постійного саморозвитку, покращення якості знань, вмінь, відповідно до розвитку науки, національних стандартів, новітніх медичних технологій та стандартів медичної освіти.

Економіка охорони здоров'я досліджує дію об'єктивних економічних законів у конкретних умовах надання медичних послуг, а також умови та фактори, які забезпечують найповніше задоволення потреб населення у медичній допомозі. Сучасні медичні заклади є самостійними суб'єктами господарювання, які планують свої витрати та прибутки з різних джерел. Розвиток різних форм власності в охороні здоров'я є позитивним



процесом, оскільки в майбутньому, механізми конкуренції істотно впливатимуть на якість та вартість медичної допомоги.

Саме тому, в процесі вивчення основних засад економіки охорони здоров'я особливої актуальності набуває знання та розуміння здобувачами вищої освіти принципів розрахунку вартості медичних послуг в умовах реформування національної системи охорони здоров'я.

Посібник упорядковано згідно нормативної програми підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти, кваліфікації освітньої «Магістр медицини», кваліфікації «Лікар» і відповідає робочій програмі навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я».

Основною метою цього видання є ознайомлення здобувачів вищої освіти з теоретичними і практичними засадами економіки охорони здоров'я.

Четвертий том посібника включає чотири розділи, питання для самоконтролю знань, термінологічний словник та список використаних джерел.

У розділах автори аналізують теоретичні засади виникнення і розвитку економіки охорони здоров'я як науки, дію основних економічних процесів і закономірностей, основи підприємницької діяльності, принципи формування ринкових відносин та основи маркетингової діяльності у сфері охорони здоров'я, організацію процесу планування та бізнес-планування в медицині, методики раціонального використання ресурсного потенціалу медичного підприємства, основні аспекти формування оплати праці, ціноутворення та визначення ефективності в медичній сфері, існуючі системи фінансування закладів охорони здоров'я, використання сучасних методів економічного аналізу в медичній системі та методику проведення фінансового аналізу господарюючих медичних суб'єктів.

Для поглибленого вивчення матеріалу навчальний посібник містить схеми і таблиці, оригінальні творчі запитання та завдання, спрямовані на розвиток економічного мислення, а також термінологічний словник, за допомогою якого здобувачі зможуть з'ясувати значення понять, що використовуються в цьому томі.

Видання буде цікавим здобувачам вищої медичної освіти та широкому колу читачів для базового ознайомлення зі складною і комплексною структурою економіки охорони здоров'я.

*Завідувач кафедри
професор В.А. Огнєв*



РОЗДІЛ 1

ВСТУП ДО ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ТЕМА 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Історія та передумови виникнення економіки

Економіка і перші економічні відносини беруть свій початок практично із виникненням першого суспільного поділу праці. Тобто, ще за первісної доби, в первісному суспільстві відбувався обмін продуктами праці між мисливськими племенами та племенами, що займались збиральництвом. Саме в такий спосіб на початковому етапі існування людства виникали і розвивались економічні відносини.

Поступово, з розвитком й ускладненням суспільних відносин змінювалась і розвивалась економічна сфера, оскільки економіка завжди була інструментом організації суспільного життя і формувалася на основі певного суспільного ладу. Отже, у своїй еволюції економіка пройшла ті ж етапи, що і людська цивілізація в цілому (Рис. 1).

Первісне суспільство	
Рабовласництво, Стародавній світ, Середньовіччя	
Натуральне господарство	Аграрне суспільство
Кінець XVIII – XX століття	
Капіталізм (соціалізм)	Індустріальне суспільство
Кінець XX століття дотепер	
Постіндустріальне, інформаційне суспільство	

Рис. 1. Історія розвитку суспільства та економіки

Термін «економіка» зародився і сформувався в надрах філософії більше двох тисяч років тому в Стародавній Греції, де основи науки про економіку



були закладені філософами *Ксенофонтом* (не пізніше 444 до н.е. — не раніше 356 до н.е.) і *Аристотелем* (384 до н.е. — 322 до н.е.). Два грецьких слова: «ей-кос», що означає «домашнє господарство», і «номос», що означає «закон, правило», були об'єднані в одне загальне слово «економікос» й утворили назву нової на той час науки, яка згодом набула визнання в усьому світі.

Зміст поняття економіки відповідав особливостям суспільного устрою Стародавньої Греції, а економічні знання допомагали організовувати тогочасне господарство і вирішувати відповідні економічні та господарські проблеми. *Таким чином, у первинному вигляді економіка склалася як мистецтво ведення домашнього господарства, чи господарювання за правилами, відповідно до законів.*

З розвитком суспільства і зміною суспільних відносин змінювалася і економіка. Вона відокремилася від філософії в рамках загального процесу диференціації наук.

До кінця XIX століття розвиток економіки був досить повільним, що співпадало із темпами розвитку суспільних відносин. На розвиток економічної науки істотно вплинули кардинальні зміни в процесах господарювання, організації виробництва, що відбулися внаслідок другої та третьої науково-технічних революцій у XIX столітті (винайдення парового двигуна та застосування його у виробництві та на транспорті, винайдення конвеєра тощо).

У XIX столітті економічну теорію починають викладати у формі окремих курсів на юридичних факультетах університетів, у XX столітті з'являються особливі економічні факультети, спеціалізовані економічні вищі і середні спеціальні навчальні заклади, економіку починають вивчати в середніх школах, ліцеях, гімназіях, коледжах, формується коло професійних економістів.

В іноземній літературі науку про господарство і ведення господарства іноді називають словом «*economics*», що перекладається на українську мову не як «економіка», а як «*економічна теорія*». У вітчизняній економічній думці, під економічною теорією частіше розуміють дисципліну економічної науки, що представляє собою її теоретичне підґрунтя. Вона складається з безлічі шкіл і напрямків. Економічна теорія розвивається і поповнюється новими даними, тому її розвитком в історичній перспективі займається історія економічних вчень. Основне завдання економічної теорії — надати пояснення подіям, що відбуваються в економічному житті за допомогою моделей дійсності, щоб відобразити реальну економіку.



Основні етапи розвитку економічної науки:

1. *Докласичний етап* (IV тис. до. н. е. — XVII ст. н.е.). В історичному розвитку охоплює добу рабовласництва та феодалізму.
2. *Класичний етап* (XVII — XIX ст.).
3. *Неокласичний* (XIX — перша половина XX ст.).
4. *Посткласичний етап*. Сучасний розвиток економічної думки.

Щодо основних напрямів та наукових шкіл, які відомі в історії економічної думки, то вони розглядаються в історико-логічній послідовності за схемою: економічні погляди мислителів та населення стародавнього світу, економічні погляди мислителів античності, економічні вчення середньовіччя, теорії меркантилістів та зародження класичної політичної економії, економічна теорія фізіократів, класична школа політичної економії, завершення традицій та критика класичної політичної економії, соціалістичні економічні теорії та їх еволюція, історична школа і соціальний напрям в політичній економії, економічні теорії граничності, новітні теорії моделювання добробуту та економічного зростання, неолібералізму, монетаризму, інституціоналізму. Дані напрями і школи впорядковують процес пізнання економічної науки від давнини до сучасності, процес еволюції та нагромадження нових якісних елементів, сприяють посиленню знань з даної дисципліни.

Важливо зауважити, що за весь час розвитку економіки як науки та сфери теоретичних знань нові підходи, методи, інструменти та технології в ній, нові економічні закони і принципи, теоретичні узагальнення не з'являлися самі по собі. Вони були відповіддю на запити та проблеми, що виникали в суспільному житті і в практиці економічної діяльності суспільства, а відтак нові економічні знання сприяли подальшому розвитку суспільних відносин та цивілізації. Саме такою залежністю пояснюється стрімкий прогрес економічної науки в другій половині XX — на початку XXI століття.

В контексті вивчення економіки важливо розуміти сутність і типи економічних систем. Загалом, під економічною системою *прийнято розуміти сукупність усіх видів економічної діяльності людей у процесі їх взаємодії, спрямованої на виробництво, обмін, розподіл, споживання товарів і послуг, на регулювання економічної діяльності.*

Типи економічних систем: традиційна, ринкова, адміністративно-командна, змішана (Рис. 2).

Ресурси традиційно поділяють на три види: матеріальні, фінансові, трудові. Останнім часом, у зв'язку зі стрімким розвитком технологій, глобалізацією економіки, все більшого значення у якості ресурсу здійснення еко-



Рис. 2. Особливості типів економічних систем

номічної діяльності набуває інформація, у зв'язку з чим, четвертим видом ресурсів є інформаційні.

Розглядаючи сутність економіки з цих позицій більш детально можна сказати, що **економіка** — це динамічна створена людьми система використання і перетворення різноманітних наявних у навколишньому при-



родному середовищі і раніше вироблених засобів з метою отримання благ, що задовольняють потреби людини, суспільства і держави.

1.2. Сутність економіки і економічних відносин

Необхідність дослідження реальної економіки обумовлена тим, що сукупність всіх наших матеріальних потреб значно перевищує продуктивні можливості обмежених ресурсів, і це — незаперечний факт. Таким чином, повне задоволення матеріальних потреб є неможливим. Саме цей факт і лежить в основі визначення економіки і економічної науки.

Отже, **економіка** є суспільною наукою, що досліджує проблеми ефективного використання обмежених ресурсів з метою максимального задоволення матеріальних потреб людини.

Предметом економіки є **економічні відносини** між людьми (як виробничі так і грошові), що виникають в процесі створення, розподілу і споживання продукту трудової діяльності.

Головною діючою силою економіки є людина, вона є і **виробником**, творцем товарів і послуг, і **споживачем** створених благ, керує суспільним виробництвом, споживанням і відносинами між виробником і споживачем.

Ключовими поняттями у визначенні економіки є «**потреби людей**» і «**обмежені ресурси**». Адже потреби — це нужди чи нестаток чогось, що є необхідним для підтримки життєдіяльності і розвитку організму окремої людини, особистості, групи людей і суспільства в цілому.

Саме потреби змушують людей виробляти необхідні для їхнього життя продукти, обмінюватися з іншими людьми тим, що у них є в надлишку, на те, чого їм не вистачає. Від того моменту, коли люди починають готуватися до задоволення своїх потреб, спираючись на наявні обмежені ресурси, і починається економічна діяльність. Існує безліч найрізноманітніших потреб. Одна з найбільш загальних класифікацій потреб наведена на Рис. 3.

Потреби людини		
Залежно від функціональної ролі	Залежно від об'єкта потреб	Залежно від суб'єкта потреби
в засобах існування	матеріальні	індивідуальні
соціально-культурні	нематеріальні	групові
в засобах діяльності		суспільні

Рис. 3. Класифікація потреб людини



У наведеній схемі різноманітні потреби об'єднані в три блоки. Це ті самі потреби, тільки розглянуті з використанням різних підходів.

У *першому блоці* потреби виділяються залежно від тієї ролі, яку вони відіграють у житті людини, тобто залежно від їх *функціональної ролі*. Потреби в засобах існування є найважливішими людськими потребами — це продукти харчування, одяг, житло тощо, все необхідне для підтримки життя людини і її родини. Соціально-культурні потреби — це потреби в освіті, кваліфікації, розвагах, в мистецтві, в спілкуванні з іншими людьми. Для того, щоб задовольнити перші дві групи потреб, необхідно володіти матеріальними ресурсами — матеріалами, інструментами, тобто засобами праці. Таким чином, виникають і розвиваються потреби в засобах праці (діяльності).

До *другого блоку* включаються потреби залежно від того, в якій формі ці потреби задовольняються, тобто залежно від *об'єкта потреб*. Матеріальні потреби для їх задоволення припускають наявність продуктів, товарів у матеріальній речовій формі, наприклад потреби в продуктах харчування та одязі, у транспорті і житлі. Нематеріальні потреби — це потреби, що задовольняються в нематеріальний спосіб, тобто це потреби духовні, етичні, естетичні, наприклад, потреба у творчості, в любові до людей, в знаннях, у спілкуванні з природою, в красі, в знаннях щодо минулого і передбаченні майбутнього.

Об'єднання потреб у *третьому блоці* здійснюється залежно від того, хто є носієм потреби, хто її висловлює, тобто залежно від *суб'єкта потреби*. Наприклад, потреби в харчуванні та одязі задовольняються індивідуально, це індивідуальні потреби. На околиці містечка, у жителів невеликої вулиці є потреба у освітленні темної вулиці, це групова потреба. Потреби в обороні країни, в охороні громадського порядку, у створенні єдиної податкової системи, дієвої системи охорони здоров'я — це суспільні потреби.

Для розуміння сутності суспільних та економічних відносин, динаміки їх розвитку, важливо розглянути піраміду *потреб Маслоу* (Рис. 4).

Абрахам Маслоу (1908–1970), видатний американський психолог, засновник гуманістичної психології, у 1940-х рр. XX століття створив теорію мотивації, пояснюючи, чому в різний час у людей виникають різні потреби і яким чином вони впливають на їхню діяльність і вибір.

В основу теорії А. Маслоу покладено наступні ідеї: люди постійно відчують певні потреби; явно виражені потреби, що їх відчують люди, можна об'єднати в окремі групи; групи потреб людей ієрархічно розміщені стосовно одна одній; потреби, якщо їх не задоволено, спонукають



людину до дій. Задоволені потреби більше не справляють мотивувально-го впливу на людину; якщо одну потребу задоволено, то її місце займає інша — незадоволена; як правило, людина має одночасно кілька різних потреб, що взаємодіють; процес задоволення потреб відбувається знизу вгору; потреби, які перебувають ближче до основи «піраміди», потребують першочергового задоволення; поведінку людини визначає найнижча незадоволена потреба ієрархічної структури; потреби вищого рівня починають активно впливати на людину після того, як задоволено потреби нижчого рівня; потреби вищого рівня можна задовольнити більшою кількістю способів, ніж потреби нижчого рівня.

А. Маслоу вважав, що потреби людини умовно можна поділити на 5 рівнів. У кожний конкретний момент людина прагне задовольнити ту потребу, яка для неї є найважливішою або сильною.

Фізіологічні потреби (потреби найнижчого рівня) є необхідними для виживання. Вони включають потребу в їжі, воді, захисті, відпочинку, сексі.

Потреби в безпеці включають потреби в захисті від фізичних і психологічних небезпек з боку навколишнього світу і впевненість у тому, що фізіологічні потреби будуть задовольнятися в майбутньому (оформлення страхового полісу або пошук надійної роботи з гарними видами на пенсію).

Соціальні потреби (потреба в приналежності, дружбі, любові) включають почуття приналежності до чого-небудь або кого-небудь, підтримки.

Потреби в повазі включають потреби в особистих досягненнях, компетентності, повазі з боку оточуючих, визнанні.

Потреби в самовираженні, самореалізації — потреби в реалізації своїх потенційних можливостей і зростанні як особистості.

Фізіологічні потреби та потреби у безпеці були віднесені А. Маслоу до потреб нижчого рівня, а наступних 3-х груп — до потреб вищого рівня. Спочатку споживачі прагнуть задовольнити потреби нижчого рівня, потім можуть думати про задоволення наступної за значимістю потреби. Основний недолік теорії А. Маслоу зводиться до того, що їй не вдалося врахувати індивідуальні відмінності людей. Адже, одна людина може бути найбільше зацікавлена у самовираженні, у той час як поведінка іншої, буде визначатися потребою у визнанні, тобто соціальними потребами.

Загалом, А. Маслоу зазначав, що психічні (фізіологічні) потреби середнього громадянина задовольняються на 85%, екзистенційні (в безпеці) — на 70%, соціальні — на 50%, престижні — на 40%, самовираження — на 10%. Статистичні дані свідчать про те, що тільки один-два відсотки людей прагнуть до вершини піраміди А. Маслоу.

**Засоби
задоволення потреб**

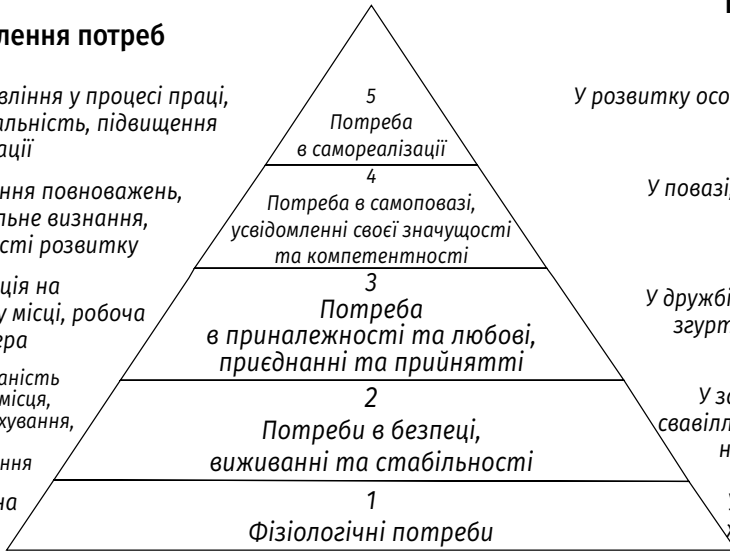
Співуправління у процесі праці,
відповідальність, підвищення
кваліфікації

Делегування повноважень,
матеріальне визнання,
можливості розвитку

Комунікація на
робочому місці, робоча
атмосфера

Гарантованість
робочого місця,
мед. страхування,
пенсійне
забезпечення

Заробітна
плата

**Потреби**

У розвитку особистості

У повазі, статусі,
гідності

У дружбі, груповій
згуртованості

У захисті від
свавілля, погроз,
нестатків

У їжі, воді,
житлі, сні

Групи потреб

Рис. 4. Піраміда потреб Маслоу

Важливо зауважити, що потреби змінюються з розвитком людського суспільства, одні потреби зникають, інші з'являються. Ба більше, їх загальна кількість зростає дуже швидко. Потреби ростуть значно швидше, ніж можливості їх задоволення. Можна сказати, що потреби є необмеженими.

Для задоволення потреб необхідно мати можливості їх задоволення, іншими словами потрібні ресурси та фактори виробництва.

Ресурси — це наявні в розпорядженні людей матеріальні та нематеріальні можливості для задоволення потреб.

Фактори виробництва — це вид економічних ресурсів, що використовуються для виробництва продуктів і послуг.

Головна їх особливість полягає в тому, що ресурси і фактори виробництва **обмежені**. Обмежені, насамперед, у тому сенсі, що їх не вистачає для задоволення всіх зростаючих потреб суспільства. Факт обмеженості ресурсів є принциповим для виникнення і розвитку економіки. Ресурси та фактори виробництва, так само як і потреби, різноманітні і численні. Найбільш відомою в економіці є класифікація факторів виробництва, до якої належать праця, капітал, земля, здатність (схильність) до підприємництва.



Природне навколишнє середовище представляє свого роду природну комору економіки, з якої вона черпає сировину. Залежно від того, наскільки навколишнє середовище залучене до господарської діяльності населення, воно перетворюється на частину економіки.

Оскільки природна комора надана людині без витрат праці, то одержувані з неї природні, натуральні блага прийнято вважати і називати безкоштовними благами. Однак цих безкоштовних, не оплачуваних населенням благ стає усе менше, тому що зростаючі витрати на охорону і відновлення навколишнього середовища мають бути платою за користування природними джерелами. Всі інші блага, створені працею людини, називаються економічними благами. Вони не можуть бути безкоштовними, у зв'язку з тим, що праця, спрямована на виробництво таких благ підлягає оплаті, у тому числі й в охороні здоров'я. *Якщо економічне благо не оплачене споживачем, то воно є безкоштовним для нього лише за рахунок того, що дане благо оплатив хтось інший, за чий рахунок воно і дісталось споживачеві.* У зв'язку з цим більш правильно говорити не про «безкоштовну» медичну допомогу в Україні, а про державну систему медичної допомоги, тому що її оплачує держава. Окрім того, вона може використовувати як варіант — медичне страхування (коли медичну допомогу і певні медичні послуги оплачують страхові компанії). У світі є і приватна система (коли населення із своїх доходів оплачує медичні послуги).

Економічна наука покликана відповідати на *три фундаментальні питання*: «Що виробляти?», «Як виробляти?» та «Для кого виробляти?».

Ці фундаментальні питання визначають можливість, доцільність та наявність потенціалу для успіху будь-якої економічної діяльності, незалежно від її сфери, галузі діяльності чи масштабів. Перш ніж розпочати власну справу, здійснення якогось економічного проєкту, виведення на ринок нового продукту чи послуги тощо, а також розпочинаючи аналіз діяльності та успішності існуючого підприємства, необхідно чітко відповісти на ці три питання. Якщо хоча б на одне з них немає чіткої відповіді — це перша ознака того, що ця діяльність не буде успішною.

Економіка як практична господарська діяльність і як наука є багаторівневою розгалуженою системою, що складається з безлічі елементів. При цьому кожен елемент нижнього рівня є складовою частиною елемента більш високого рівня. У підсумку *утворюється упорядкована структура, що включає: економіку людини та родини, економіку підприємств і організацій (у тому числі лікувально-профілактичних, санітарно-профілактичних, аптечних та інших закладів охорони здоров'я), економіку регі-*



онів, галузей (у тому числі економіку охорони здоров'я), економіку країн та світову економіку.

Світова економіка поєднує економіку всіх країн світового співтовариства, включаючи економічні відносини між ними і світовий ринок.

Економіка країн включає економіку регіонів, територіальних утворень, а також різних галузей за територіальною ознакою (промисловість, сільське господарство, будівництво, транспорт, торгівлю, культуру, освіту, охорону здоров'я, побутове обслуговування тощо).

До складу економіки регіонів і галузей входять взаємозалежні і взаємодіючі між собою господарства окремих підприємств, установ і організацій, що здійснюють свою діяльність, в одному регіоні чи в одній галузі.

Економіка організацій і підприємств поєднує підприємства, компанії, фірми, різноманітні підприємницькі структури, що утворюють первинні осередки економіки. Наприклад, у медицині це поліклініки, стаціонари, медичні центри, лікувально-оздоровчі заклади тощо.

Частиною економіки є також домашні господарства у вигляді економіки кожної людини та економіки родини, що виступають в основному в ролі споживачів благ і послуг, а також постачальників трудових ресурсів. У той же час, домашнє господарство здатне виконувати й окремі виробничі функції, у тому числі лікувально-оздоровчі (домашня медицина). На плечі домашнього господарства (родини) лягає найважливіша функція — відтворення населення. Таким чином, кожна родина представляє собою невеликий економічний осередок, і є маленькою, але найбільш значимою ланкою світової економіки.

Важливо зазначити, що успіх кожного вищого рівня економіки залежить від успішності нижчих рівнів. Так, неможливо побудувати успішну галузеву економіку, якщо окремі підприємства й організації цієї галузі є збитковими.

Загальноприйнятим є поділ економічної науки (теорії) на дві великі складові частини: макроекономіку і мікроекономіку, залежно від того, наскільки укрупнено вивчаються економічні об'єкти і процеси.

Макроекономікою називають частину економічної науки, що вивчає економіку як єдину, цілісну систему. У полі зору макроекономіки знаходяться економічні явища і процеси, закономірності, що мають значимість у масштабі всього господарства країни чи навіть світового господарства. До таких проблем, зокрема, належать: економічне зростання, циклічність в економіці, безробіття, загальний рівень цін та інфляція, грошовий обіг та рівень відсоткових ставок, державний бюджет, торгівельний баланс.



Останнім часом почало широко використовуватись поняття *метаекономіка*. Воно є ще більш загальним, ніж макроекономіка. Під метаекономікою розуміють частину економічної науки, що вивчає економічні процеси на світовому рівні з урахуванням взаємозв'язку економічних, природних, соціальних, політичних явищ і подій.

Мікроекономіка це область економічної науки, що вивчає економічні процеси, пов'язані зі станом і діяльністю окремих частин економіки, окремих суб'єктів економічної діяльності. Мікроекономіка вивчає проблеми функціонування окремих галузей народного господарства, підприємств, фірм, медичних закладів, виробників і споживачів, домашніх господарств, ринків товарів і послуг.

Мікроекономіка це, насамперед, економіка організацій, підприємств, підприємницької діяльності, ринків. Коли вивчаються питання кількості хворих пролікованих в лікарняних стаціонарах міста, середньої заробітної плати медичних працівників у поліклініці, коливання цін на певні ліки в аптеках, ми маємо справу з мікроекономікою.

Більшість питань, на які відповідають економісти-практики, відноситься до мікроекономіки. Але на державному рівні, коли виникає необхідність вирішувати проблеми загальнодержавного масштабу, без макроекономіки не обійтись. Іноді важко провести чітку грань між мікроекономікою і макроекономікою.

В останні десятиріччя для того, щоб диференціювати макроекономіку від мікроекономіки, розділова смуга між ними виділяється в самостійну, серединну частину економічної науки, яка називається мезоекономікою. Окремі автори називають цей рівень *мідіекономічним*.

Економіку охорони здоров'я як частину економіки країни і таких її елементів, як економіка медичної промисловості, лікувально-профілактичної діяльності, виробництва і використання лікарських засобів, медичне страхування та інші види діяльності в цій сфері правомірно відносити до мезоекономіки.

1.3. Економіка охорони здоров'я як наука і предмет викладання

Охорона здоров'я — система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові



особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи-підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та отримали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни.

Виходячи з цього, **економіка охорони здоров'я** є наукою про медико-економічні відносини, які формуються у процесі задоволення потреб населення в медичних послугах. В умовах ринку економіка охорони здоров'я вивчає дію законів ринку в системі медичної допомоги та вплив охорони здоров'я на основний фактор виробництва — робочу силу. Економіка охорони здоров'я є відносно молодою галуззю загальної економічної науки. Тривалий час вважалось, що проблеми здоров'я населення є об'єктом дослідження тільки медико-біологічних наук, отже, економічні аспекти охорони здоров'я і медичної допомоги цілеспрямовано не вивчались.

Але саме економіка охорони здоров'я як наука і навчальна дисципліна, досліджуючи форми прояву й особливості механізму дії загальних економічних законів у конкретних умовах виробництва і споживання медичних послуг, розробляє шляхи і методи раціонального й ефективного використання матеріальних, трудових, фінансових ресурсів і резервів охорони здоров'я, вивчає вплив стану здоров'я населення на виробництво валового внутрішнього продукту (ВВП), розвиток економіки країни тощо.

Відокремлення економіки охорони здоров'я у галузь самостійних наукових знань відбулося лише в другій половині ХХ століття. Це відбулося під впливом ряду причин, до основних з них належать:

- у ХХ столітті сфера послуг і зокрема медична сфера стрімко зростає, збільшується і їх соціально-економічне значення. І хоча медицина «стара як світ», але у ХХ ст. вона сформувалася в настільки значну сферу суспільного виробництва, що залучає мільйони людей. Оскільки об'єкт дослідження так швидко і значно виріс, то зріс, відповідно, і науковий інтерес до нього;
- охорона здоров'я одночасно проявила себе як надзвичайно ресурсоемна система, здатна використовувати різні матеріальні, фінансові, трудові та інші ресурси;
- у ХХ ст. охорону здоров'я почали розглядати як економічно вигідну галузь для вкладення інвестицій;
- економіка охорони здоров'я як наука вивчає соціально-економічні закономірності формування і використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, спрямованих на вдосконалення системи охорони



здоров'я і медико-соціальне забезпечення заходів щодо зміцнення здоров'я населення;

- економіка аналізує форми прояву економічних законів в охороні здоров'я, роль галузі в економіці країни, ефективність, методи раціонального і ефективного використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів.

Економіка охорони здоров'я є однією з галузей економіки країни, що виконує функції збереження і зміцнення здоров'я громадян, запобігання захворювань та їх поширення, надання широкого спектру медичних і фармацевтичних послуг.

Традиційно охорону здоров'я відносять до сфери послуг нематеріального виробництва, що не можна визнати повністю обґрунтованим. У медицині сполучаються матеріально-речовинна і духовно-інформаційна діяльність, послуги матеріального і нематеріального характеру.

У цьому сенсі охорону здоров'я правомірно називати сферою виробництва здоров'я, вкладаючи в поняття «виробництво» широкий зміст, розглядаючи його як процес створення і збереження здоров'я людей за допомогою використання великої сукупності методів і засобів медичної науки і практики.

Чітко визначити межі економіки охорони здоров'я, що відокремлюють її від економіки інших галузей, досить складно, а іноді і неможливо, тому що найчастіше одній ті самі економічні об'єкти, процеси, ресурси, види діяльності пов'язані не тільки з охороною здоров'я, але і з вирішенням інших задач у інших сферах економіки країни. Крім того, у самій економічній науці не сформувалося загальноприйнятого уявлення щодо окреслення проблемної області та меж економіки охорони здоров'я.

Здоров'я міцно пов'язане з життєздатністю, тому будь-яка діяльність, спрямована на підтримку життя може розглядатися одночасно як спосіб зміцнення здоров'я і навпаки. Доведено, що рівень здоров'я на 52% визначається способом життя людей, що включає умови праці і відпочинку, харчування, побут, житло, морально-психологічний клімат; на 19–20% — станом навколишнього середовища; на 20% — біологічними факторами. Власне медицина у вузькому розумінні слова визначає рівень здоров'я людей тільки на 8–10%.

Отже, до **економіки охорони здоров'я** можна віднести всю систему економічних ресурсів і видів економічної діяльності, спрямованих на забезпечення здорового способу життя людини, підтримку нормальної



життєдіяльності, умов фізіологічного функціонування організму людини, продовження життя.

Незважаючи на те, що подібний підхід відповідає логіці причинно-наслідкових зв'язків у процесах формування здоров'я і здорового способу життя, він не отримав достатнього поширення в економічній науці і практиці. Наприклад, органам охорони здоров'я можна лише попередити населення про шкоду паління, тоді як обсяги виробництва і продажу тютюнових виробів визначаються іншими органами й суб'єктами, виходячи з інших міркувань. Справедливо стверджувати, що вся економіка, будь-які її галузі пов'язані зі здоров'ям населення і мають на нього певний вплив, але це не означає, що економіку цих галузей варто відносити до економіки охорони здоров'я.

У вузькому розумінні під економікою охорони здоров'я слід розуміти економіку організацій, закладів, підприємств, підприємців, інших суб'єктів, що виконують господарську діяльність, використовуючи обмежені ресурси для здійснення медичної, медико-профілактичної, фармацевтичної, санітарно-протиепідемічної, лікувально-оздоровчої, медико-дослідницької і медико-організаторської діяльності в будь-яких її формах.

Економіка охорони здоров'я як наука має низку недостатньо вирішених проблем, що ускладнює забезпечення ефективності діяльності цієї галузі з точки зору економічних показників. **До економічних проблем охорони здоров'я включають:** оцінку охорони здоров'я населення; облік потенціалу здоров'я, як найважливішої частини національного багатства і фактору економічного зростання; оцінку ресурсного потенціалу охорони здоров'я і нових джерел його формування; вивчення ефективності функціонування цієї сфери і розвитку економічних відносин в умовах переходу до ринку та ін.

Рішенням цих економічних проблем і займається економіка охорони здоров'я.

До основних питань економіки охорони здоров'я належать: дослідження ролі охорони здоров'я в загальній економіці (обґрунтовує медичну, соціальну та економічну ефективність охорони здоров'я); розробка методів раціонального і ефективного використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів охорони здоров'я; питання фінансування охорони здоров'я; розробка підходів і методів ціноутворення на різні види медичних послуг тощо.

Економіка охорони здоров'я — це наука про раціональне й ефективне використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів суспільства



на медичне обслуговування населення й охорону здоров'я з метою досягнення максимальної доступності для населення медичної допомоги високої якості.

На сьогодні сфера охорони здоров'я діє в умовах ринкової економіки, яка суттєво впливає на економічні процеси, що відбуваються в ній. Розглянемо основні факти і тенденції, що відображають сутність даної проблеми:

По-перше, ринок комерціалізує справу охорони здоров'я в цілому, а також ставлення кожної людини (пацієнта) до свого здоров'я. Це приводить до зміни парадигми охорони здоров'я, формування якісно інших типів економічного мислення, стилів практичної господарської поведінки суб'єктів галузі.

По-друге, відбувається швидкозростаюча зміна об'єму платних і напівплатних (медичне страхування) послуг охорони здоров'я, що надаються населенню.

По-третє, здійснюється фактична зміна економічного статусу медичної установи. При цьому медична лікувально-профілактична установа більш виразно набуває риси економічного підприємства, що виробляє та надає послуги.

По-четверте, зміни у статусі медичної установи змінюють характер економічних зв'язків, які виникають в їхній діяльності (економічний агент).

По-п'яте, виникає істотне різноманіття форм власності і видів господарювання в охороні здоров'я, що є одночасно і умовою і наслідком розвитку ринку.

По-шосте, як результат здійснення економічної діяльності в різноманітних господарських формах, під впливом ринку в широкому діапазоні видозмінюється і економічний стан самого працівника охорони здоров'я.

1.4. Мета, завдання та методи економіки охорони здоров'я

Економіка охорони здоров'я, насамперед, прагне домогтися при економічно обґрунтованих матеріальних, фінансових і трудових витратах максимального ефекту в досягненні мети, поставленої суспільством перед охроною здоров'я, а саме — досягнення максимальної доступності медичної допомоги і забезпечення її високої якості для населення. Більш конкретні цілі та задачі економіки охорони здоров'я наведені на Рис. 5.



Цілі економіки охорони здоров'я
<ul style="list-style-type: none">– досягнення максимальної медичної, соціальної й економічної ефективності в охороні здоров'я населення при найменших матеріальних, фінансових і трудових витратах– раціональне використання ресурсів і резервів охорони здоров'я– максимальне задоволення потреби населення в якісній медичній допомозі при економічно обґрунтованих витратах
Основні завдання економіки охорони здоров'я
<ul style="list-style-type: none">– аналіз економічної ефективності медичних закладів– пошук раціональних економічних шляхів використання кадрів, матеріальних і фінансових ресурсів медичних закладів– розробка найбільш економічних технологій надання медичної допомоги населенню– вивчення попиту на медичні послуги і формування вартості і ціни на ці послуги– розробка принципів економічної поведінки (нормування праці, впровадження форм наукової організації праці тощо)

Рис. 5. Основні цілі і задачі економіки охорони здоров'я

Серед великої кількості методів, якими користуються економісти при аналізі економічних процесів в сфері охорони здоров'я використовуються як спеціальні методи, так і загальнонаукові методи пізнання, представлені на Рис 6.

Економічні методи

Загальнонаукові методи:	Спеціальні економічні методи:
<ul style="list-style-type: none">– Аналіз і синтез– Індукція та дедукція– Наукове абстрагування– Експеримент	<ul style="list-style-type: none">– Балансовий метод– Економіко-математичне моделювання та прогнозування– Статистичний метод

Рис. 6. Методи пізнання в економіці охорони здоров'я

Аналіз і синтез — це комплексний метод дослідження, сукупність прийомів, операцій і дій з уявного роз'єднання об'єктів на складові, елементи,



властивості (аналіз) і об'єднання їх у єдине ціле (синтез) під час вирішення пізнавального завдання. Наприклад, при проведенні експерименту з впровадження нових форм і методів господарювання в регіонах був накопичений певний досвід, що дозволив провести поглиблений аналіз й оцінку предмета дослідження. На наступному етапі за допомогою методу синтезу, можна виділити загальні для всіх регіонів позитивні і негативні результати та намітити подальші шляхи удосконалення організації, економіки і управління охороною здоров'я.

Індукція та дедукція — це комплексний метод наукового дослідження, що передбачає мислення від одиничного, окремого до загального і від загального до окремого, одиничного.

Наукове абстрагування — загальнонауковий метод уявного відволікання від несуттєвих властивостей, зв'язків, відношень об'єктів і одночасного виокремлення істотних з метою пізнання одного чи кількох їх аспектів. Наукове абстрагування є завжди відволіканням від конкретного, стороннього з метою дослідження суттєвого, що спрощує завдання пізнавальної діяльності.

Метод економічного експерименту є одним з розповсюджених на даний час методів дослідження в економічній науці. Цей метод є логічним і необхідним. Пошук тих чи інших методів і форм підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я на прикладі кількох регіонів чи окремих медичних закладів має велике практичне значення. Експериментальний метод дозволяє знайти і випробувати нові схеми фінансування, форми оплати праці медичних працівників, механізми ціноутворення, нові форми надання профілактичної, лікувально-діагностичної і реабілітаційної допомоги населенню. Особливо актуальним є використання цього методу при розрахунку економічного ефекту від впровадження певних заходів (здебільшого це стосується соціальних та організаційних заходів).

Балансовий метод — це сукупність специфічних прийомів економічних розрахунків. Балансовий метод використовується для встановлення чітко визначеного кількісного співвідношення між взаємопов'язаними складовими процесу (наприклад, співвідношення між доходами і витратами, пропозицією та попитом на медичні послуги, на різні види медикаментів і медичної техніки, фінансових ресурсів, між прибутковою і видатковою частинами бюджету тощо).

Схема економічних балансів будується за принципом рівності величин: ресурсів і можливостей їх реалізації, наявних активів та джерел їх формування, при цьому передбачається накопичення резервів. Створення таких



резервів має дуже велике значення, оскільки без їх наявності, в умовах гострого дефіциту ресурсів, певна функціональна ланка системи охорони здоров'я може давати збій, а це, в свою чергу, може призвести до серйозних медико-соціальних наслідків.

Економіко-математичне моделювання — відтворення економічних об'єктів і процесів у малих експериментальних групах, економіко-математичних моделях. В економіці часто використовується метод математичного моделювання, що передбачає опис економічних процесів за допомогою математичних моделей (за допомогою формул, розрахунків тощо) з метою подальшого прогнозування розвитку досліджуваних явищ та процесів при існуючих умовах або при зміні того чи іншого фактору. Модель економічного об'єкта, як правило, підтримується фактичними статистичними даними, що дозволяє будувати реальні прогнози і проводити об'єктивні оцінки стану та розвитку економічного явища або процесу.

Цей метод доцільно використовувати при впровадженні у сферу охорони здоров'я нових економічних відносин, підпорядкованих законам ринкової економіки. Окрім того, цей метод є одним із найбільш точних хоча й високо-вартісних методів, адже дозволяє враховувати максимальну кількість умов і факторів, що впливають на результат соціально-економічної діяльності як окремої організації, так і галузі, та визначати вплив кожного з них.

Метод прогнозування є науково обґрунтованим передбаченням найбільш ймовірних змін стану охорони здоров'я: потреби в медичних послугах, виробничих потужностях медичної промисловості, напрямків технічного прогресу у сфері тощо. При цьому побудова вірогідних прогнозів розвитку охорони здоров'я повинна кореспондуватися з прогнозами зміни стану здоров'я населення.

Статистичний метод дозволяє оцінити кількісний і якісний зв'язок між профілактичними, лікувальними і діагностичними процесами. Розкриваючи кількісні зміни, що відбуваються, економіка охорони здоров'я досліджує перехід їх у нову властивість — якісне надання медичної допомоги населенню.

1.5. Основні економічні закони

Для забезпечення ефективного і раціонального використання ресурсів у сфері охорони здоров'я, важливе значення має необхідність знання, розуміння і використання у практичній діяльності фахівцями, що здійснюють управління організаціями, підприємствами, установами в цій сфері



та управління галуззю в цілому, економічних законів, що виражають суть цих відносин через їх внутрішні взаємозв'язки, виступаючи як регулятори розвитку економіки.

Економічні закони є об'єктивними законами функціонування економічних відносин на певному рівні розвитку суспільства, суспільних відносин, економіки. Існують три основні групи економічних законів (*загальні, особливі і специфічні*):

- *загальні економічні закони* — діють при будь-якому способі виробництва, відображають спрямованість поступального розвитку суспільного виробництва і пов'язують економічну історію суспільства в єдине ціле (закон економії часу, закон неухильного росту продуктивності праці);
- *особливі економічні закони* — відображають особливості виробничих відносин, властивих декільком способам виробництва (закон вартості, закон попиту та пропозиції);
- *специфічні закони* — діють лише за певного суспільного ладу.

Розглянемо сутність і зміст деяких загальних економічних законів.

Закон вартості, як один з економічних законів, виражає необхідність виробництва й обміну товаром відповідно до його суспільної вартості. Суспільна вартість товару (продукції) повинна виражати суспільно нормальні умови виробництва, переважаючий рівень техніки і середню інтенсивність праці. Ця вартість у кожен конкретний момент визначається сумою витрат праці. Дія закону вартості проявляється в зміні цін з урахуванням зміни вартості, у вартісній формі обліку витрат праці, плановому характері встановлення цін з урахуванням вартості, у впливі на пропорції виробництва і розвиток техніки.

Вартість товару повинна відображати зв'язок двох факторів — витрати суспільної праці на виготовлення цього товару та ступінь цінності його для споживача. А звідси, еквівалентність обміну, відповідно до закону вартості, припускає еквівалентність обох факторів. Закон вартості діє через відхилення цін від вартості і полягає в тому, що вартість має відповідати суспільно-необхідним витратам праці. Механізмом дії закону вартості є коливання цін.

Кількісне вираження закону вартості визначається формулою: «сума вартості товарів (послуг) не може бути меншою за суму цін товарів (послуг)».

В охороні здоров'я закон вартості проявляється у вигляді встановлення цін на медичні послуги, і залежності цих цін від витраченої праці та її технічної оснащеності.



Закон попиту і пропозиції в цілому виражає взаємозалежність між кількістю товарів і послуг, які хоче купити або отримати споживач, та обсягом товарів і послуг, які пропонує виробник. Для розуміння дії закону попиту і пропозиції доцільно окремо розглянути сутність цього закону.

Закон попиту — загальний економічний закон, за яким величина (обсяг) попиту зменшується при зростанні ціни товару та при інших незмінних умовах. Це означає, що між величиною попиту і ціною існує обернено пропорційна залежність, тобто підвищення ціни викликає зниження величини попиту, а зниження ціни викликає підвищення величини попиту. Дія закону попиту пояснюється досить просто. Покупець завжди має певну обмежену суму коштів і при зростанні ціни товару або послуги він зможе купити (дозволити собі) меншу кількість даного товару, а при зменшенні ціни — більшу. І, хоча в реальному житті на вибір покупця впливатимуть ціни на інші подібні товари, загальна економічна ситуація, мода та інші фактори, в цілому закон попиту відображає загальну тенденцію до зниження обсягів продажів при підвищенні ціни та незмінних доходах споживачів.

Закон пропозиції відображає залежність між ціною на товар та бажанням і готовністю виробників його виготовляти та реалізувати. Так, закон попиту полягає в тому, що при інших незмінних чинниках величина пропозиції збільшується в міру збільшення ціни на товар. Дія закону пояснюється тим, що при незмінних витратах на виробництво одиниці товару із збільшенням ціни зростатиме прибуток і виробникові (продавцеві) стає вигідним продати більше товару. І хоча в реальному житті факторів, що впливають на пропозицію значно більше, виражена законом пропозиції тенденція практично завжди має місце.

Під дією попиту і пропозиції на ринку встановлюється *рівноважна ціна*, за якої забезпечується максимально вигідний і для продавців і для споживачів обсяг продажів.

Рівновага і співвідношення між попитом і пропозицією є своєрідним індикатором збалансованого та пропорційного розвитку суспільного виробництва, обміну і розподілу продуктів праці у сфері матеріального та нематеріального виробництва, безперервності процесу суспільного відтворення матеріальних і духовних благ.

Прояв дії цього закону в системі охорони здоров'я може реалізовуватися у вигляді відповідності між попитом населення на медичні послуги і потенційними можливостями лікувально-профілактичних закладів; тоді в поліклініках не буде черг, не буде затримок у госпіталізації, не буде черг на проведення різних досліджень.



До числа факторів, що підвищують попит населення на медичні послуги відносять: розширення переліку медичних послуг, впровадження в роботу медичного закладу нових технологій тощо.

Серед факторів, що знижують попит населення на медичні послуги — низька якість медичної допомоги, насичення потреби населення в медичних послугах тощо.

Кількісне вираження закону попиту та пропозиції описується наступними формулами: якщо $D > S$, то $p > Q$; якщо $D < S$, то $p < Q$ (де D (*demand*) — попит, S (*supply*) — пропозиція, p (*price*) — ціна, Q (*quantity*) — вартість).

Закон конкуренції виражає внутрішньо необхідні, сталі, суттєві причинно-наслідкові взаємозв'язки між економічними суб'єктами у боротьбі за найвигідніші умови виробництва і реалізації товарів або послуг з метою отримання найбільшого прибутку. При цьому, конкурентна боротьба існує між: виробниками товарів або послуг; покупцями цих товарів чи послуг; покупцями і виробниками.

В ринкових умовах в охороні здоров'я найбільш поширеним видом конкурентної боротьби є конкуренція між виробниками медичних послуг (медичними закладами: поліклініками, стаціонарами та ін.). В цих умовах кожен медичний заклад і лікарі, що займаються індивідуальною трудовою діяльністю, змушені прагнути до розширення кількості пацієнтів, яких вони обслуговують, що є можливим лише при впровадженні більш ефективних технологій профілактики, діагностики і лікування, здатних при цьому забезпечити належний рівень якості послуг.

Закон економії часу полягає в тому, що необхідність збільшення вільного часу обумовлює економію зайнятого часу. Розвиток суспільного виробництва на визначеному етапі викликає об'єктивну необхідність збільшення вільного часу людей (працівників). Це пояснюється тим, що накопичення знань і набуття працівниками професійної майстерності відбувається не тільки в процесі праці, але і поза цим процесом (розширення кругозору, підвищення культурного рівня, отримання професійних знань тощо). Оскільки фонд часу в цілому стабільний, його не можна збільшити, але можна змінювати його структуру. Отже, виникають протиріччя між необхідністю збільшення вільного часу і зайнятим часом працівників. Засобом вирішення цих протиріч є формування оптимальної структури часу за рахунок економії зайнятого часу.

Формами прояву розглянутого закону є наступні: скорочення робочого часу; скорочення зайнятого неробочого часу; зменшення тривалості робочого дня.



Кількісне вираження закону економії часу можна представити наступною формулою:

$$H_{\text{вч}} = \frac{Ч_{\text{в}}}{Ч_{\text{з}}} \quad (1.1)$$

де, $Ч_{\text{в}}$ — вільний час; $Ч_{\text{з}}$ — зайнятий час; $H_{\text{вч}}$ — норма вільного часу.

Цей закон повною мірою відноситься до системи охорони здоров'я, де економія зайнятого часу здійснюється за рахунок підвищення кваліфікації персоналу, впровадження у практику охорони здоров'я ефективних технологій профілактики, діагностики, лікування тощо.

Загалом, економічні закони не регламентовані нормативно-правовими актами і їх дотримання не контролюється і не регламентується державою, проте, оскільки економічні закони за принципом своєї дії є схожими до законів природи (вони лише виявлені та описані людьми, проте люди не можуть вплинути на їх дію або існування), знання цих законів та використання їх в практичній діяльності є об'єктивною вимогою для забезпечення економічної ефективності окремих підприємств, організацій і всієї сфери охорони здоров'я в сучасних умовах господарювання.

ТЕМА 2. ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СУБ'ЄКТ ГОСПОДАРЮВАННЯ. ОСНОВИ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

2.1. Здоров'я — найважливіша людська потреба, індивідуальна та суспільна цінність

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава мусять бути відповідальними перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я та збереження генофонду народу, забезпечувати пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшувати умови праці, навчання, побуту та відпочинку населення, розв'язувати екологічні проблеми, вдосконалювати рівень медичної допомоги, заохочувати і сприяти запровадженню здорового способу життя населення.

Здоров'я є станом повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів (ВООЗ). Здоров'я, як медична, соціальна, економічна, етична та інші категорії,



характеризує здатність і можливість суспільства, особистості до самодосконалення, якісного і всебічного розвитку.

Якщо розглядати здоров'я як економічну категорію, його можна вважати проєкцією економічних відносин, пов'язаних з охороною та зміцненням фізичного, психічного і соціального благополуччя людини. В економічному аспекті здоров'я — це результат виробничої діяльності в охороні здоров'я з надання медичних послуг.

Відомо, що рівень здоров'я на 52% визначається способом життя населення, що включає умови праці та відпочинку, харчування, стан побуту, житла, морально-психологічний клімат, на 19–20% залежить від довкілля, на 20% від біологічних факторів. Власне, медицина у вузькому значенні слова визначає рівень здоров'я людей лише на 8–10%.

ВООЗ вважає основними факторами ризику III тисячоліття: підвищений артеріальний тиск, тютюнопаління, вживання алкоголю, високий рівень холестерину в крові, ожиріння, недостатню фізичну активність, небезпечний секс, недостатню якість питної води, незадовільні житлово-побутові умови, пасивне куріння, недостатнє харчування і залізодефіцитну анемію (ВООЗ, Женева, 2002 р.).

У міжнародній практиці прийнято вважати основними напрямками зміцнення здоров'я населення формування здорового способу життя та охорону довкілля.

Спосіб життя — це історично обумовлений тип або спосіб життєдіяльності людини в матеріальному і духовному середовищі.

Спосіб життя має у своєму складі чотири категорії: економічну (рівень життя), соціальну (якість життя), соціально-психологічну (стиль життя) та соціально-економічну (уклад життя).

Економічна складова (рівень життя) є важливою, оскільки визначає умови проживання, соціальну інфраструктуру, доходи населення та їх витрати, задоволення потреб та міру їх задоволення тощо.

Рівень життя населення є мірою задоволення матеріальних, соціальних і культурних потреб залежно від рівня розвитку виробництва та від суспільного устрою. Це інструмент створення гарних умов життя, показниками яких є якість житлових умов, умови праці, якість харчування, соціальне забезпечення тощо. Передусім слід згадати відомий вислів: «за гроші можна купити все, окрім здоров'я». Водночас, без цільового витрачання певної суми коштів не лише неможливо лікуватись (тобто, вирішувати проблеми, пов'язані з погіршенням стану здоров'я), а і вести здоровий спосіб життя (вживати безпечні харчі, займатися фізич-



ною культурою та/чи спортом). І хоча профілактичні заходи, зазвичай, неспроможні повною мірою убезпечити індивіда від хвороб, але все ж здатні знизити їхню ймовірність і пом'якшити форми прояву, тим самим обумовлюючи щонайменше економічну доцільність таких заходів. З іншого боку, погіршення здоров'я індивіда може обумовити зменшення рівня його доходів, отже, скоротити можливості для лікування і спричинити зміну структури витрат домогосподарств (зокрема, змусити замість товарів тривалого користування і розваг витратити кошти на придбання медичних послуг і ліків).

2.2. Підприємство: риси, класифікація, правові основи функціонування

Підприємство є організацією, яка самостійно господарює, створена і зареєстрована у встановленому законом порядку для здійснення господарської діяльності з метою задоволення суспільних потреб у товарі (продукції, роботах, послугах) і отримання прибутку; діє на підставі статуту, має відповідні права і виконує обов'язки, є юридичною особою, має самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки в банках.

Важливою запорукою успіху є чітка сформованість кінцевих цілей підприємства для кожного виду його діяльності, що є важливим для суб'єкту господарювання, котрий прагне контролювати і вимірювати результати цієї діяльності. Варто правильно сформулювати та ефективно систематизувати стратегічні цілі підприємства, розробити поетапний план досягнень, достатньою мірою поінформувати весь персонал про них і відпрацювати дієву систему стимулювання.

Слід зауважити, що у практиці господарювання кожне підприємство здійснює багато видів діяльності, котрі за ознакою спорідненості можна об'єднати в окремі головні напрями: маркетингові дослідження, інноваційна діяльність, виробнича діяльність, комерційна діяльність, післяпродажний сервіс, економічна діяльність, соціальна діяльність тощо.

Розглянемо перелік класифікацій підприємств:

1. *За характером та метою діяльності виділяють:*

- *комерційні підприємства*, що мають на меті отримання прибутку, який власники мають право використати на власний розсуд (у т.ч. поза межами підприємства);
- *некомерційні підприємства* — подібні до комерційних, але отриманий прибуток можна використати лише задля розвитку даного підприємства.



2. За формою власності виділяють наступні види підприємств:

- *державні* — базуються на державній формі власності, а майно, яким вони користуються, належить їм по праву повного господарського володіння;
- *комунальні* — утворені органами місцевого самоврядування задля здійснення господарської діяльності з метою отримання прибутку;
- *колективні* — засновники і учасники є власниками часток (паїв, акцій, вкладів) у майні підприємства;
- *приватні* — базуються на власності фізичної особи, що дозволяє уникнути розмежування прав власності й управління; це форма підприємницької діяльності, суб'єктом якої є одна фізична особа, що несе повну відповідальність перед кредиторами і самостійно керує всіма стадіями виробничої та комерційної діяльності.

3. За національною належністю капіталу підприємства поділяють на:

- *національні* — засновниками є фізичні особи — громадяни України;
- *іноземні* — засновані на території іншої країни, але здійснюють свою діяльність в Україні і мають право на виведення прибутку/капіталу за її межі;
- *змішані (спільні)* — створюються на основі об'єднання майна різних форм власності і як господарські товариства.

4. За правовим статусом і формою господарювання:

- *одноосібні підприємства* — є власністю однієї людини, яка несе повну відповідальність як за ведення бізнесу, так і за наслідки такої діяльності;
- *орендні* — господарська одиниця, яка самостійно здійснює діяльність на основі строкового платного володіння і користування майном, переданим в оренду за договором;
- *кооперативні* — добровільне об'єднання фізичних/юридичних осіб на основі членства для ведення спільної господарської та іншої діяльності з метою задоволення своїх економічних, соціальних та інших потреб на засадах самоврядування;
- *господарські товариства* можуть функціонувати у наступних формах:
 - *відкрите акціонерне товариство (ВАТ)* організується шляхом укладання договору між його засновниками (фізичними та юридичними особами), а його акції можуть розповсюджуватися шляхом відкритої підписки та купівлі-продажу на біржах;
 - *закрите акціонерне товариство (ЗАТ)* подібне до ВАТ, але його акції розподіляються лише між засновниками ЗАТ;



- *товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ)* має статутний фонд, розділений на частки, які визначають розподіл вигод і зобов'язань ТОВ;
- *товариство з додатковою відповідальністю (ТДВ)* є подібним до ТОВ, але його власники відповідають за зобов'язаннями ТДВ не лише своїми внесками, а й власним майном, пропорційно до власної частки у статутному фонді;
- *командитним (КТ)* визнається таке товариство, в якому разом з одним чи більшою кількістю учасників, які здійснюють від імені товариства підприємницьку діяльність і несуть відповідальність за зобов'язаннями КТ своїм майном, мають одного чи більше вкладників, відповідальність яких обмежується їх внеском у майно КТ;
- *повним* є господарське товариство, всі учасники якого займаються спільною підприємницькою діяльністю та несуть повну солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства своїм майном.

5. *За галузево-функціональним видом діяльності існують: підприємства охорони здоров'я; промислові підприємства та ін.*

6. *За технологічною (територіальною) цілісністю та мірою підпорядкування підприємства поділяють на:*

- *головні (материнські)* – місце концентрації більшості (якщо не всіх) найважливіших функцій та перебування керівництва підприємства;
- *дочірні* – суб'єкти господарювання, які контролюються головним підприємством;
- *асоційовані* – інвестор прямо чи через дочірні компанії володіє менш як 20% вартості підприємства, що дозволяє інвестору мати своїх представників у раді директорів, брати участь у стратегічному та оперативному управлінні розвитком підприємства;
- *філії* – відокремлений підрозділ підприємства, що знаходиться поза межами його знаходження та виробляє продукцію (надає послуги) від імені підприємства та захищає його інтереси.

7. *За розміром підприємства існують наступні види:*

- *середні* – < 250 працівників та \leq € 50 млн річного обороту або \leq € 43 млн річний баланс;
- *малі (дрібні)* – < 50 працівників та \leq € 10 млн річного обороту або \leq € 13 млн річний баланс;
- *мікропідприємства* – < 10 працівників та \leq € 2 млн річного обороту або \leq € 2 млн річний баланс.

Будь-яке підприємство може одночасно мати всі класифікаційні ознаки. Важливою передумовою успішної діяльності підприємства є вибір ор-



ганізаційно-правової форми її здійснення, який зазвичай зумовлюється низкою чинників, а саме: мірою відповідальності, системою оподаткування, потребою у фінансових ресурсах, можливістю зміни власника, управлінськими здібностями підприємця тощо.

Діяльність підприємств повинна знаходитись в межах чинного законодавства і регламентується наступними Законами України: «Про підприємства в Україні», «Про власність», «Про підприємництво», «Про банкрутство» тощо.

Підприємством охорони здоров'я є юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії і професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Структура внутрішнього і зовнішнього середовища підприємств охорони здоров'я зображена на Рис. 1.

Внутрішнє середовище підприємств охорони здоров'я	Зовнішнє середовище підприємств охорони здоров'я
<ul style="list-style-type: none"> – матеріально-технічна база – кадровий потенціал – репутація – джерела фінансування 	<ul style="list-style-type: none"> – економічна активність – рівень конкуренції на ринку медичних послуг – матеріальне становище населення, стан його здоров'я – втручання (підтримка) з боку органів державного управління та органів місцевого самоврядування

Рис. 1. Структура середовища підприємств охорони здоров'я

Реорганізація медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства (КНП) за одночасної комерціалізації та автономізації їхньої діяльності виглядає цілком природним процесом в умовах ринкової економіки, оскільки надає їм значно ширші можливості щодо розпорядження доступними коштами та формування додаткових джерел їх надходження.

Але при цьому не варто забувати і про «зворотний бік» таких змін:

- недостатня підготованість директорів КНП як керівників саме бізнес-структур істотною мірою ускладнює не лише успішне використання наявних ресурсів, а й залучення інвестицій задля забезпечення розвитку КНП;



- наразі ще більше зростає значущість традиційних заходів, як-от: залучення та результативне використання необхідних ресурсів (фінансових, матеріальних, трудових); розширення переліку доступних та якісних медичних послуг; підвищення кваліфікації лікарів і проходження ними безперервного професійного розвитку; проведення телемедичних та онлайн консультацій; впровадження сучасних методів діагностики і лікування (зокрема, протоколів надання медичної допомоги пацієнтам за окремими нозологічними одиницями); моніторинг реєстрів пацієнтів з хронічною неінфекційною патологією для планування своєчасної їх госпіталізації, не допускаючи загострень хронічних захворювань, які потребують більш тривалого стаціонарного лікування тощо.

2.3. Підприємництво: сутність та значення в умовах медичної реформи

Підприємництво — це процес пошуку нових можливостей для бізнесу, використання нових технологій і сфер вкладення капіталу, подолання старих стереотипів та обмежень.

Одним з основних принципів поведінки підприємців на ринку є свобода підприємництва, яка забезпечується певними правами: можливістю займатися економічною діяльністю в межах правових повноважень; самостійністю в організації виробництва та його ресурсному забезпеченні; самостійністю у прийнятті будь-яких господарських рішень; реальним правом розпорядження майном, а також прибутком, що залишається після сплати податків та інших платежів, встановлених законом.

Властивості підприємництва полягають у повній самостійності вибору виду господарської діяльності та партнерів по бізнесу; високій залежності від загальної ринкової кон'юнктури, інформації, зовнішнього середовища; досягненням стратегічного успіху через максимізацію прибутку; підвищенням матеріальної та особистої відповідальності за результати господарської діяльності.

Підприємницька діяльність може здійснюватися за умов наявності у суб'єкта господарювання певної сукупності прав і свобод для здійснення самостійної діяльності; узаконеного права власника на засоби виробництва, продуктів і доходів, що виникають внаслідок підприємницької діяльності; наявності конкурентно-ринкового режиму господарювання.

Водночас, підприємництво має і соціально-економічне значення, яке полягає у створенні благ для задоволення потреб споживачів; створенні



робочих місць; насиченні доходної частини державного та місцевих бюджетів; підвищенні рівня життя населення.

Виділяють три основних функції підприємництва:

- *творчу* (генерування й активне використання новаторських ідей і пілотних проєктів, готовність до виправданого ризику та вміння ризикувати);
- *ресурсну* (формування і продуктивне використання власного капіталу, а також інформаційних, матеріальних і трудових ресурсів);
- *організаційно-супровідну* (практична організація виробництва, продажу, маркетингу, реклами та інших господарських справ).

В основі господарювання будь-якого підприємства чи окремого підприємця, прийнятті підприємницького рішення лежить підприємницька ідея.

Підприємницька ідея – це виявлений підприємцем інтерес, який має конкретні економічні параметри та форму. В ідеї відбувається пряме поєднання інтересу підприємця і його контрагента (споживача, постачальника, конкурента). Підприємець виступає або пасивним, або активним ініціатором ідеї. *Пасивним* він є тоді, коли ідея виникає незалежно від підприємця, як диспропорція ринку, тобто на основі потреб ринку. Підприємець лише «підхоплює» цю ідею і, виходячи з потреб і можливостей ринку, порівнюючи їх з власними можливостями, або приймає ідею, або відкидає її. *Активним* він є тоді, коли самостійно створює ідею, обґрунтовує її та реалізує, виходячи з оцінки власних можливостей, а тільки потім – можливостей ринку (Рис. 2).

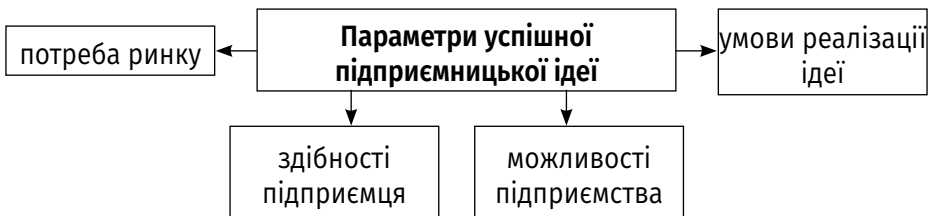


Рис. 2. Параметри успішної підприємницької ідеї

Якщо у комбінації цих складових присутні певні особливості, притаманні лише даному підприємцю, то ідея матиме тривалий успіх (імідж підприємця, кваліфікований персонал, технологія тощо). Джерелами підприємницьких ідей можуть виступати ринкові чи фундаментальні дослідження, методи спостереження за схожими групами товарів чи послуг, крім того ними можуть виступати і споживачі чи персонал (Рис. 3).



- ринкові дослідження
- споживачі
- персонал
- спостереження за схожими товарами та послугами
- фундаментальні та прикладні дослідження
- засоби масових комунікацій

Рис. 3. Основні джерела підприємницьких ідей

Групи методів для пошуку підприємницьких ідей: методи індивідуального пошуку (аналогії, інверсії, ідеалізації); методи групового пошуку («мозкового штурму», конференції ідей, колективного блокноту); методи активізації пошуку (контрольних запитань, фокальних об'єктів, морфологічного аналізу).

У своїй діяльності підприємець накопичує, відбирає та оцінює ідеї.

Процес накопичення ідей — процес пошуку і формування певної сукупності ідей як результату аналізу підприємницького середовища.

Процес відбору ідей — процес «відсіювання» зайвих ідей за різними критеріями залежно від конкретної ситуації. На цьому етапі залишаються ідеї, які реально можуть бути реалізовані підприємцем. Результатом є формування банку підприємницьких ідей — накопичених ідей, які могли б скласти предмет діяльності підприємця.

Процес порівняльного аналізу на основі певних параметрів кількох ідей перед остаточним прийняттям рішення щодо вирішення конкретної проблеми називається *процесом оцінки ідей*.

Проте для успіху цього замало, необхідні ресурси, маркетинг інновацій та команда інноваторів.

Під час розробки підприємницької ідеї у сфері охорони здоров'я необхідно враховувати ряд важливих аспектів, а саме: розміщення і стан приміщень, а також можливості їхньої реконструкції, перепрофілювання; наявність медичного обладнання та інструментів; можливі варіанти використання тієї її частини, яка не відповідає новій концепції функціонування медичного закладу; можливі варіанти отримання доступу до нових медичних технологій, обладнання, інструментів; наявний кількісний та якісний склад медичного і допоміжного персоналу (зокрема, його потенціал і готовність до змін); можливі варіанти залучення нових спеціалістів і звільнення тих, чиї послуги більше не вписуються в подальшу стратегію фірми; організаційно-правова форма і форма власності медичного закладу;



рівень спеціалізації медичного закладу; можливі варіанти посиленого розвитку окремих напрямів його діяльності (стоматологія, педіатрія); особливості взаємовідносин фірми з контролюючими органами (департаментом охорони здоров'я та соціального захисту міської ради, управлінням охорони здоров'я районних державних адміністрацій) й іншими суб'єктами (регламентовано діючими нормативно-правовими документами), партнерами по бізнесу (статут, установчий договір), постачальниками (договори оренди, лізингу, постачання), орендаторами (договори оренди); кон'юнктуру ринку медичних послуг; потенціал і міру його використання конкурентами; стан здоров'я населення та рівень їхніх доходів (необхідність отримання медичних послуг і спроможність їх оплачувати); протиріччя, які виникають під час оцінки медичної і соціальної значущості та економічної ефективності реалізації бізнес-плану; терміни реалізації бізнес-плану (зокрема, на предмет збереження прийнятних параметрів доступності необхідних медичних послуг для населення певної території); можливість отримання податкових й інших пільг і преференцій; репутацію медичного закладу; існуючі ризики (внутрішні та зовнішні «осередки» супротиву реалізації бізнес-плану; недостатнє та нестабільне бюджетне фінансування медичних закладів; неможливість оплатити медичні послуги населенням, значна частина яких є бідними; адміністративний тиск з боку органів державного управління та органів місцевого самоврядування, які намагаються забезпечити дотримання конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; макроекономічна нестабільність, яка знецінює результати реалізації бізнес-плану) і можливі способи мінімізації їх негативного впливу.



РОЗДІЛ 2

НАПРЯМКИ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ТЕМА 3. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РИНКОВИХ ВІДНОСИН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Економічна сутність ринкових відносин в галузі охорони здоров'я

Ринок є середовищем для економічних відносин, пов'язаних з обміном товарів і послуг, в результаті яких формується попит, пропозиція і ціна.

Ринку притаманні певні ознаки: вільний зв'язок між виробниками і споживачами, що здійснюється не за «командою», а за економічними мотивами; вільний вибір партнерів за виробничими і комерційними інтересами; конкуренція (змагання) між учасниками ринку.

Існують наступні види ринків: монополія, олігополія, монополістична конкуренція та ринок досконалої конкуренції. *Монополія* — це ринок, що характеризується наявністю лише одного виробника певного виду продукції/послуг; *олігополія* — ринок, значний сегмент якого займає обмежене число виробників; *монополістична конкуренція* — ринок, на якому функціонує багато продавців з різною продукцією; *досконала конкуренція* — ринок, на якому фірми взаємодіють на рівних умовах.

На ринку досконалої конкуренції, якщо компанія відкриває кращий спосіб виробництва, вона приваблює покупців зниженням ціни на товар чи послугу. На ринку медичних послуг це неможливо, оскільки пацієнт може неадекватно зрозуміти зниження ціни, яке може бути сигналом про неякісні послуги. В результаті компанії можуть підвищувати ціни, тобто все далі відходити від ринку досконалої конкуренції (Табл.1).

Умови функціонування ринкових відносин у галузі охорони здоров'я:

- максимально можлива кількість виробників медичних послуг і товарів; вільний їх доступ на ринок і вихід з нього;
- можливість державного регулювання ринкових відносин, з використанням адміністративних, правових та економічних методів впливу;
- розмаїття форм власності (*державна, комунальна, приватна, змішана*);



- однаковий доступ до ресурсів і рівні стартові можливості створюють сприятливіші умови для підприємницької діяльності;
- інформованість виробників і споживачів про попит, пропозицію та ціну на медичні послуги.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика ринків

Показники	Монополії	Олігополії	Монополістичної конкуренції	Досконалої конкуренції
Кількість і розмір фірм на ринку	Одна фірма володіє усім ринком	Фірм небагато, але є великі, які займають значну частину ринку	Багато дрібних фірм, які не володіють значною часткою ринку	
Характер продукції	Виняткова продукція	Різноманітні однорідна продукція	Різна продукція	Однорідна продукція
Умови входу на ринок і виходу з нього	Практично неможливо потрапити на ринок	Деякі перепони при вході на ринок	Без проблем	
Доступність інформації	Окремі обмеження			Жодних обмежень

3.2 Ринкові механізми та їхній вплив на формування потреб пацієнта

Формування потреб пацієнта передбачає вплив механізмів державного регулювання та ринкових механізмів, які сформовані відповідно до концептуальних засад державної та корпоративної економічної політики.

Ринковий механізм — це механізм взаємозв'язку і взаємодії основних елементів ринку: попиту, пропозиції, ціни, конкуренції та основних економічних законів ринку.

Попитом називають кількість товарів/послуг, яку покупець (споживач, пацієнт) може і хоче придбати в даний період часу при даному рівні цін.

Пропозиція — кількість товарів/послуг, яку виробник (продавець, постачальник) може та хоче продати (запропонувати на ринку) в даний період часу при даному рівні цін.

Ціна — є грошовим виразом вартості товару (послуги).



Конкуренція визначається як економічний процес взаємодії та боротьби суб'єктів господарювання за найвигідніші умови виробництва, збуту та придбання товарів/послуг.

Вищезазначені елементи є найважливішими параметрами ринку, якими керуються виробники і споживачі у своїй економічній діяльності в ринковій системі господарювання. Це стрижень ринкових відносин, ядро ринку.

Ринковий механізм проявляється як механізм примусу, що змушує підприємців, які переслідують власну мету (отримання прибутку), функціонувати зрештою на користь споживачів. Дія цього механізму заснована не на умовляннях, а на природному прагненні людини до добробуту. Тому для реалізації ринкового механізму не потрібно нічого, крім свободи виробників і споживачів. Чим повнішою є свобода, тим ефективніше функціонує механізм саморегулювання ринкової економіки.

На ринку продавці і покупці на свій страх і ризик здійснюють обмінні операції. Ризик виражається в тому, що товаровиробник прагне передбачити попит, сформувати його і «випустити» на ринок продукцію за високими цінами, коли він ще не насичений. У цей час він ризикує бути обійденим конкурентами, вкласти гроші у виробництво неперспективних товарів, виробити товарів більше, ніж потребує ринок, і продати товар за безцінь.

Таким чином, на ринку стихійно виникають різного роду конфлікти, які вирішуються за допомогою ринкового механізму. Економічне становище виробників і споживачів, продавців і покупців залежить від ринкової кон'юнктури, яка змінюється під впливом численних факторів. На ринку діють певні економічні закони, наприклад, закон вартості, закон економії часу на масштабах виробництва, закон попиту і пропозиції, закон конкуренції, закон зростаючої важкості праці, закон зменшення граничної корисності та закон економії часу (Рис.1).

Особливість ринкового механізму полягає в тому, що кожен його елемент найтіснішим чином пов'язаний з ціною, яка служить основним інструментом, що впливає на попит і пропозицію.

Реалізація функцій ринкових механізмів:

- забезпечує: регулювання співвідношення попиту та пропозиції відповідно до змін виробництва в напрямі максимальної відповідності до суспільних потреб; формування параметрів виробництва з урахуванням інтересів і реакції споживачів; розвиток підприємницької діяльності, визначення її ефективності і винагородження виробників; організацію ділових контактів між виробниками та споживачами,



Закон вартості
відображає необхідність виробництва та обміну відповідно до його суспільної цінності
Закон попиту та пропозиції
відображає взаємозв'язок між кількістю товарів і послуг, які хоче придбати покупець, і кількістю товарів і послуг, які пропонують виробники
Закон конкуренції
відображає причинно-наслідкові зв'язки між економічними суб'єктами у боротьбі за найбільш вигідних умов виробництва, реалізації та придбання товарів (послуг)
Закон зростаючої важкості праці
кожна наступна додаткова година праці повинна оплачуватися за більш високим тарифом, ніж попередня
Закон зменшення граничної корисності
споживання кожної додаткової одиниці певного блага неодмінно призводить до зменшення корисності наступної його одиниці
Закон економії часу
полягає в необхідності збільшення вільного часу обумовлює економію зайнятого часу

Рис. 1. Основні економічні закони

- що перетворюються надалі в сталі економічні зв'язки; підготовку достовірної інформації для прийняття оптимальних рішень;
- усуває негативні прояви неспроможностей держави (обмеженості необхідної для прийняття рішень інформації, недосконалості політичного процесу, обмеженості контролю над бюрократією, нездатності держави передбачати і контролювати найближчі і віддалені наслідки прийнятих нею рішень, фіскальні зовнішні ефекти, розподіл «державного пирога» за інтересами регіонів, позування перед громадськістю, розмиті повноваження).



Ринкові механізми самі по собі не тільки не сприяють структурній перебудові національної економіки за інноваційним вектором до передових технологічних укладів, а навіть навпаки, погіршують технологічну структуру економіки внаслідок розширення виробництва індустріального третього технологічного укладу. При цьому інвестиційні ресурси спрямовуються у видобувні галузі або у виробництва з незначним рівнем створення доданої вартості, що не тільки консервує чи навіть розширює застарілу структуру національної економіки, а й позбавляє її в майбутньому ресурсів для інноваційного розвитку за напрямом до передових технологічних укладів.

3.3. Ринок медичних послуг

У зв'язку з медичною реформою, відносини між пацієнтами і працівниками медичних закладів поступово переходять на цивілізовану ринкову основу. При цьому вагомою запорукою збереження та відновлення національного здоров'я є доступність якісних медичних послуг.

Медична послуга це оплачуване споживачем використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювання.

Медичні послуги мають певні *властивості*: загальні, медико-соціальні та економічні. До *загальних* відносять: невідчутність, нематеріальність, невід'ємність від виробника, мінливість якості, неможливість збереження, унікальність. *Медико-соціальні* властивості медичних послуг: своєчасність надання медичних послуг, їх доступність, якість та результативність, неоднозначність оцінки результатів. Та *економічні властивості*: собівартість, ціна й ефективність.

Діяльність лікаря є медичною послугою, в основу якої покладено ефект збереження та зміцнення здоров'я. Цю послугу не можна побачити, спробувати, дізнатися до моменту її набуття. Пацієнт, який прийшов на прийом до лікаря, не може заздалегідь знати результат від отримання медичної послуги. Він повинен вірити лікареві на слово. Цю послугу не можливо демонструвати, її не можливо здійснювати через посередників, оскільки на прийом повинен прийти безпосередньо той, хто потребує цієї послуги. Такий різновид послуг обмежений у транспортуванні (хірургічні операції практично не виконуються вдома, а ін'єкції медичний працівник може виконати і на виїзді).



Таблиця 3.2

Особливості медичних послуг

1.	вибудовані на довірі споживача до виконавця
2.	оцінка якості суб'єктивна і залежить від особистості споживача
3.	споживач послуги бере участь або присутній при її виконанні до досягнення цілі
4.	при соціальному захисті пацієнтів від оплати медичних послуг очікується збільшений попит — «моральний ризик», який має суттєвий та несприятливий вплив на додаткові витрати суспільства
5.	усунення стримуючих механізмів щодо споживання медичних послуг змінює їх ринкову структуру
6.	важливість медичної опіки та розвиток медичного страхування не завжди є відображенням соціальної справедливості
7.	лікарі впливають на зміщення попиту при досягненні нового рівня розвитку системи охорони здоров'я
8.	при наданні медичної послуги присутній ризик смерті
9.	не завжди відчутним є ефект від споживання послуги (наприклад, у випадку проведення профілактичних заходів)
10.	медична послуга може бути дуже тривалою у часі, наприклад, у випадку хронічного захворювання медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта
11.	медичина більшою мірою, ніж будь-яка інша галузь, відчуває на собі вплив державного регулювання, що має місце у випадку переважно державного фінансування діяльності медичних закладів, необхідності ліцензування медичної практики, встановлення вимог до кваліфікації персоналу тощо

Форми надання медичних послуг: безкоштовна; платна.

Обидві форми можуть успішно співіснувати. Пацієнт хоче отримати сервіс з «людським обличчям» і з фокусом на своїх потребах; водночас, зростають потреби у високоякісних послугах за умови збереження їх оптимальної вартості без курсових коливань.

З позицій маркетингу медичні послуги мають багаторівневий склад:
Перший рівень — основний, послуга за задумкою (медична допомога).



Другий рівень — послуга у реальному виконанні. До неї належать визначений рівень якості надання медичної допомоги, торгова марка (назва конкретної лікарні, у якій надається ця послуга), комфорт та естетика при її наданні, сервіс чи додаткові послуги (наприклад, разом із наданням медичної допомоги щодо лікування конкретного захворювання надаються послуги з діагностики усього організму, аналізи, лікуються додаткові захворювання, проводиться госпіталізація, транспортування, психологічна підтримка, післяопераційне обслуговування, профілактичні заходи, консультація дієтолога, медикаментозне забезпечення та інше).

Третій рівень — поєднує всі інші рівні плюс підтримка інструментами маркетингу (цінова політика, якщо послуга не є безкоштовною для споживача; політика розподілення; маркетингова політика комунікацій).

Четвертий рівень — 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 поспілкуватися, отримати якусь пораду. Або споживач їде до санаторію не з метою лікування, а з туристичною метою, чи з метою пожити деякий час відокремлено від сім'ї.

Медична послуга з позицій маркетингу містить безліч складових й обставин, які є важливими з точки зору споживача, але не є обов'язковими з позицій державних стандартів чи ліцензійних вимог.

Ринок медичних послуг визначається як сукупність медичних технологій, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, які реалізуються в умовах конкурентної економіки.

Специфіка ринку медичних послуг полягає: в асиметричності інформації (пацієнт не може самостійно оцінити вартість необхідної йому медичної допомоги); високій мінливості кон'юнктури ринку охорони здоров'я (екологічна та епідеміологічна ситуація); доступності і рівності отримання медичних послуг (незалежно від платоспроможності); складності вираження у вартісній формі результату медичної діяльності; етико-економічній невідповідності (медична діяльність потребує значних засобів, але брати гроші за повернення здоров'я аморально); сезонному коливанні попиту, демографічній структурі населення, територіальній сегментації ринку медичних послуг; обмеженості доступу для постачальників медичних послуг (вища медична освіта, тестування, ліцензування, акредитація медичних закладів); прагненні вже існуючих на ринку його учасників усіма можливими засобами мінімізувати можливість появи на ринку нових учасників, обмежити попит, підвищити ціни і максимізувати прибутки;



соціальної спрямованості, за якої максимізація прибутку в жодному разі не може бути пріоритетом при наданні кваліфікованих медичних послуг; характері суспільних благ (розповсюджується на все населення).

Виділяють основні функції ринку медичних послуг, а саме:

- *відтворювальна* — забезпечує безперервність процесу виробництва та відтворення, розширення всього розмаїття медичних послуг, лікарських засобів, спеціального обладнання й інших товарів медичного призначення, їх доступність та якість;
- *інформаційна* — надає необхідну інформацію про кількість та якість медичних послуг на ринку;
- *стимулююча* — виконує роль ефективного інструменту зниження питомих виробничих витрат, сприяє економії суспільної праці та підвищенню продуктивної зайнятості працівників сфери охорони здоров'я;
- *посередницька* — передбачає взаємовигідні зв'язки між учасниками ринкових відносин;
- *регулююча* — забезпечує збереження керованості в цій сфері;
- *ціноутворююча* — порівнює попит і пропозицію на товари та послуги, ринок врівноважує їх, і водночас, формує ринкову ціну як результат торгів між продавцями та покупцями.

Умовами відповідності медичних послуг потребам ринку є: якість медичних послуг; наявність сучасних методів діагностики та лікування; кваліфікація медичних працівників; швидкість надання медичної допомоги (послуги); конкурентоспроможність (репутація, імідж) лікарів і підприємств охорони здоров'я; вартість медичного обслуговування, ціни на медичні послуги.

Медичні послуги не можуть бути реалізовані лише за абсолютною формулою ринкових відносин «товар — гроші — товар», оскільки це може призвести (у випадку неплатоспроможності пацієнтів) до передчасної втрати їх здоров'я і, навіть, життя.

3.4. Конкуренція та її значення для ринку медичних послуг

Власне пропозиція на регіональному рівні формується кількістю лікарів та їх професійно-кваліфікаційним рівнем, вартістю медичного обладнання, податками, нормативно-законодавчою діяльністю держави, якістю страхової галузі. Конкуренція є необхідним елементом ринкових відносин. Збільшення кількості конкурентів на ринку медичних послуг сприятиме прагненню до підвищення конкурентоздатності шляхом удосконалення



форм обслуговування пацієнтів, використання сучасної медичної діагностичної апаратури тощо.

Конкурентоспроможність це здатність суб'єкта господарювання протистояти на ринку прямим конкурентам за рахунок доброї організації діяльності всіх його структурних підрозділів, а також швидкого та адекватного реагування персоналу на вплив ринкових механізмів і механізмів державного регулювання.

Основні напрями стимулювання конкуренції:

1. *Встановлення принципу конкурентного розміщення замовлень на конкурсній основі на надання медичних послуг:* проведення конкурсного відбору з обов'язковим наданням інформації щодо витрат на кожен вид медичних послуг. При виконанні вимог щодо обсягу та якості послуг вирішального значення набуває ціна послуг, тобто за інших рівних умов перевага віддається медичним закладам, що запропонували нижчу ціну. Відтак інформація про ціни має відкритий характер: кожна лікарня інформована щодо пропозицій потенційних конкурентів; жорстка вимога стосовно права фінансових аудиторів на здійснення перевірки обґрунтованості цін (особливо важливо для лікарень-монополістів).

2. *Проведення комплексу організаційних заходів щодо обмеження сформованої монополії комунальних підприємств охорони здоров'я:* перетворення дільничних лікарів на лікарів загальної практики сімейної медицини, Центрів первинної медико-санітарної допомоги або фізичних осіб-підприємців; укладення контрактів (декларацій) з сімейним лікарем за особистим бажанням пацієнта; підтримка створення мережі дрібних і середніх медичних закладів, залучення їх на конкурсній основі до реалізації програми державних гарантій у сфері надання медичної допомоги населенню; здійснення експертизи при створенні нових великих спеціалізованих центрів і придбанні сучасного устаткування.

Причини та наслідки зростання частки ринку приватних медичних послуг. Збільшення кількості медичних закладів підвищує конкуренцію між лікарями та спонукає їх до самовдосконалення, разом з тим — забезпечує покращення якості медичних послуг (змінює ставлення до пацієнтів, стиль їхнього обслуговування, виділення більше часу та уваги до пацієнта).

Заходи, спрямовані на використання реклами задля подальшого розвитку медичних закладів: визначення основних конкурентів на ринку медичних послуг конкретного регіону, організація постійного отримання інформації щодо основних конкурентів, їх цінові пакети на медичні послуги



ги та умови їх надання; пропонування найбільш гнучкої системи оплати медичних послуг потенційному пацієнту і більш адаптованих для нього умов лікування; постійний моніторинг ситуації дозволить медичним закладам наступально пропонувати свої «правила гри» на цьому ринку і постійно боротися за потенційного клієнта; висвітлення роботи конкретного медичного закладу (запровадження новітніх технологій, розвиток класичних методів лікування певних захворювань) у соціальних мережах та у ЗМІ (Internet-середовище, газети, журнали, радіо).

Для збереження життєздатності і подальшого розвитку медичних закладів необхідно освоювати нові напрями комунікацій та бути привабливими для нових пацієнтів. Крім того, слід цілеспрямовано працювати над підвищенням культури надання медичних послуг, покращувати сервіс, впроваджувати новітні технології та медичні протоколи, дотримуватись корпоративної етики та клієнтоорієнтованості.

Пацієнти здебільшого мало вірять медичним закладам (адже ті для них є лише «продавцями медичних послуг»), натомість довіряють рекомендаціям знайомих. У цьому випадку дуже чітко спрацьовує «правило 3/11» — задоволений клієнт розповість про це всього трьом своїм знайомим, а незадоволений — одинадцятьом. Експерти стверджують, що сучасні пацієнти досить інформовані, тому лікарю необхідно вчитися спілкуватися зі своїми пацієнтами. Головне — «почути» пацієнта, донести до нього турботу та власну аргументацію щодо лікування.

Нині рекламодавець для того щоб «достукатись» до споживача, використовує різні інструменти комунікації, постійно перебуваючи у пошуках чогось нового і, найголовніше, ефективного.

ТЕМА 4. МАРКЕТИНГОВА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

4.1. Специфіка маркетингу медичних послуг

У зв'язку з реформуванням вітчизняної охорони здоров'я, відносини між пацієнтами та працівниками медичних закладів поступово переходять на цивілізовану ринкову основу. При цьому вагомою запорукою збереження та відновлення національного здоров'я є доступність якісних медичних послуг.

Маркетинг це діяльність суб'єктів господарювання, спрямована на встановлення довгострокових взаємовигідних відносин з покупцями



та партнерами на ринку товарів і послуг, а також на управління просуванням товарів і послуг від виробника до споживача.

Основними задачами маркетингу є: *економічні* — проникнення на ринок, збільшення обороту та збуту товарів і послуг, отримання прибутку; *психологічні* — зростання популярності, розширення пільг для споживачів, формування репутації ефективного закладу, створення іміджу надійного ділового партнера, підкріплення намірів покупців.

Основні суб'єкти маркетингу зображені на Рис.1.

До функцій маркетингу відносять:

- *аналітичну* — оцінювання ринку та вибір цільових ринків для реалізації товарів і послуг, залучення споживачів у ринкові відносини, сегментація ринку, а також дослідження внутрішнього середовища медичних закладів;
- *виробничу* — розробка для ринку нових товарів, які користуються попитом, організація матеріально-технічного забезпечення та управління якістю товарів;
- *збутову* — формування попиту та стимулювання продажів, створення системи сервісу на користь споживачів, формування цінової політики;
- *управлінську* — забезпечення оперативного та стратегічного планування, інформаційний супровід маркетингової діяльності та контролю.

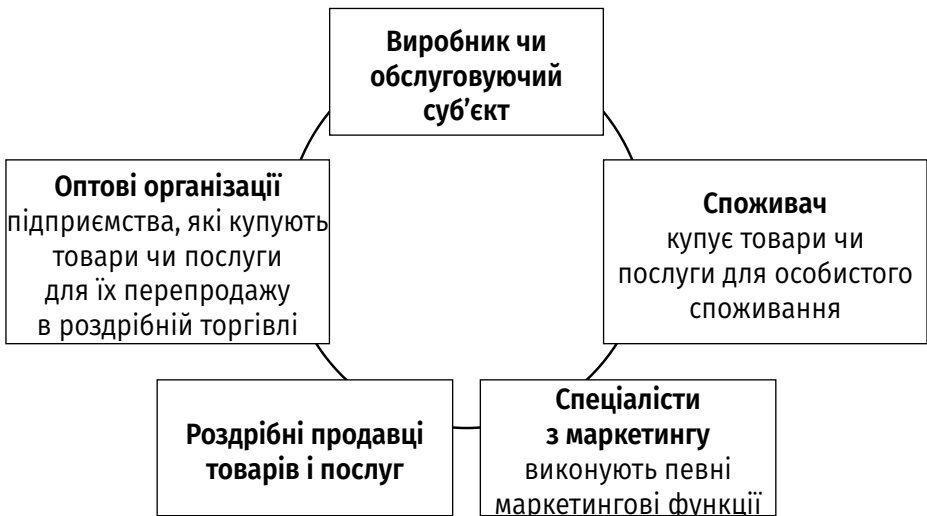


Рис. 1. Суб'єкти маркетингу



Види маркетингу за пріоритетністю задач та охопленням ринку:

Диференційований маркетинг — діяльність підприємства у декількох сегментах ринку з виробництвом окремого товару чи послуги для кожного з сегментів.

Недиференційований маркетинг — діяльність підприємства, спрямована на звернення одразу до всього ринку з однією пропозицією, тобто заклад, орієнтований не на окремі потреби, а шукає спільне в цих запитах.

Концентрований маркетинг — спрямування маркетингових зусиль на найбільшу частку одного чи декількох субринків.

Масовий маркетинг орієнтований на продаж більшої кількості однорідного товару чи послуги за доступною ціною для максимізації обсягу збуту; характеризує масовим виробництвом, масовим розповсюдженням і стимулюванням збуту одного товару для усіх покупців.

Вертикальний маркетинг — орієнтований на пошук нового покупця; просування товарів загального користування, але здатних виконувати різні задачі залежно від особливостей сфер використання.

Горизонтальний маркетинг — максимізація виробництва однорідних товарів і послуг, навіть якщо між ними відсутній тісний функціональний зв'язок, з метою задоволення зростаючих потреб.

Види маркетингу залежно від попиту:

Конверсійний маркетинг — розробка конкретного плану, який сприяє зародженню попиту і з можливою перспективою його розвитку на товари та послуги з допоки негативним попитом.

Стимулюючий маркетинг — подолання байдужості споживачів до певних товарів і послуг.

Креативний маркетинг — виявлення потенційного попиту та сприяння створенню відповідного товару чи послуги.

Ремаркетинг — пошук нових шляхів маркетингу для створення нового життєвого циклу товару чи послуги, на які скоротився попит.

Синхромаркетинг — зміна структури попиту.

Підтримуючий маркетинг — збереження необхідного обсягу продаж, стимулювання збутової діяльності, а також контролю за витратами.

Демаркетинг — вирішує проблему надмірного попиту за допомогою підвищення ціни на товари чи послуги, припинення стимулювання продажів.

Протидіючий маркетинг має ліквідувати чи знизити попит на товари чи послуги, які шкодять суспільному добробуту (алкогольні напої, тютюнові вироби) (Табл. 4.1).



Таблиця 4.1

Порівняння методів маркетингу

Метод маркетингу	Оцінка попиту	Оптимізація попиту
Конверсійний	Негативний	Створення попиту
Стимулюючий	Відсутність попиту	Стимулювання попиту
Розвиваючий	Потенційний	Досягнення реального обсягу попиту
Ремаркетинг	Зниження попиту	Відновлення попиту
Синхромаркетинг	Коливання попиту	Вирівнювання коливань попиту
Підтримуючий	Точна відповідність можливостям експортера	Стабілізація попиту
Демаркетинг	Надмірний	Зниження попиту
Протидіючий	Ірраціональний	Доведення попиту до «нуля»

Маркетинговий контроль – аналіз результатів виконання маркетингового плану задля виявлення нових проблем і можливостей, а також затвердження необхідних заходів для його коригування.

Види маркетингового контролю: аналіз річних планів (продаж, ринкової частки, відношення продаж до затрат, думки споживачів, фінансів); контроль прибутковості; контроль ефективності/результативності; стратегічний контроль.

1. Аналіз ринкових можливостей

збір інформації про маркетингове середовище (зовнішні та внутрішні), споживчі ринки та ринки підприємств

2. Відбір цільових ринків

дослідження обсягів попиту, сегментація ринку, вибір стратегії підприємства

3. Розробка маркетингової політики

розробка товару, формування цінової політики, виявлення каналів розподілу (цільова аудиторія), стимулювання збуту

4. Втілення в життя маркетингових розробок

Рис. 2. Етапи управління маркетингом



Тільки постійний моніторинг співвідношення попиту та пропозиції, регулярна маркетингова оцінка власної бізнес-моделі дозволяє підприємству охорони здоров'я оцінити позицію на ринку та необхідним чином адаптуватись до змін маркетингового середовища.

Маркетинг медичних послуг — науково обґрунтована система забезпечення медичної допомоги в соціально-орієнтованій ринковій економіці.

Він належить до найскладніших видів маркетингу, позаяк саме ці послуги пов'язані з охороною і підтриманням найважливіших цінностей людини — життя та здоров'я. Окрім цього, існує «обмеженість бюджетних коштів», що спонукає до пошуку позабюджетних джерел фінансування та розвитку підприємств охорони здоров'я, які використовують сучасні маркетингові інструменти, інтенсивні маркетингові комунікації, інноваційні технології та якісний сервіс.

Цілі маркетингу медичних послуг: встановлення довгострокових взаємовигідних відносин з покупцями та партнерами у процесі комерційної та некомерційної діяльності; задоволення потреб споживачів і суспільства у медичних послугах і збереження переваг над конкурентами шляхом залучення до маркетингової діяльності всього персоналу підприємства.

Управління маркетингом у галузі надання медичних послуг базується на особливостях, які зазнають впливу двох основних чинників: відмінності між послугою і фізичним товаром та безпосередньою специфікою медичних послуг порівняно з іншими видами послуг. Обидва чинники впливають на кожну з особливих характеристик медичних послуг: нематеріальність; неможливість накопичення і зберігання; неможливість відокремлення від особи, яка надає послугу; необхідність спеціальних зусиль для підтримання якості послуг; необхідність супроводу основної послуги додатковими і периферійними; високий рівень постійних і низький — змінних витрат; значні, у т.ч. сезонні коливання попиту; відсутність володіння; важливість людського чинника при наданні послуг.

4.2. Маркетингова діяльність в охороні здоров'я

В сучасних умовах перехідного періоду невід'ємною частиною роботи будь-якого підприємства охорони здоров'я, яке претендує на провідні ролі у своїй сфері, є *розвиток маркетингової діяльності — діяльності, орієнтованої на виявлення й облік ринкового попиту та організацію виробничо-збутової діяльності підприємства охорони здоров'я.*



Задача маркетингової діяльності — відображення та постійне підсилення тенденцій щодо збільшення ефективності функціонування закладів завдяки вдосконаленню структури виробництва, визначенню конкретних поточних і довгострокових цілей, шляхів їх досягнення, а також визначення товарного асортименту, його якості тощо.

Основні напрями маркетингової діяльності: удосконалення виробництва; удосконалення товару; стимулювання попиту та збуту; покращання споживчих властивостей товару; збалансованість прибутку закладу, купівельних потреб та інтересів суспільства; встановлення довгострокових конструктивних відносин зі споживачами, партнерами та суспільством.

Вектори маркетингової діяльності: орієнтація на продукт, послугу; орієнтація на споживача; інтегрований маркетинг (товар і покупець можуть бути сформовані одночасно); маркетинг відкритих систем (угода має приносити закладу прибуток, а суспільству добробут; заклад мусить пристосовуватись до зовнішнього середовища; заклад заважає сприятливому розвитку інших фірм).

Маркетингові дослідження це систематичний збір, реєстрація та аналіз даних з питань установалення довгострокових взаємовигідних відносин з покупцями та партнерами на ринку товарів і послуг, а також управління просуванням товарів і послуг від виробника до споживача чи користувача.

Задачами маркетингових досліджень є: вивчення характеристик ринку, його ємності; вивчення потенційних і реальних споживачів; аналіз розподілу часток ринку між підприємствами охорони здоров'я; вивчення тенденцій ділової активності; аналіз збуту продукції; аналіз товарів конкурентів і рівнів їхніх продажів; коротко- та довгострокове прогнозування; вивчення реакції на новий товар і його потенціал; аналіз рекламних кампаній конкурентів; вивчення політики цін (Рис.3).

Основні принципи маркетингових досліджень: об'єктивності (необхідність обліку всіх факторів і неприйняття певного рішення до завершення аналізу); точності (постановка конкретних цілей і задач дослідження); ретельності (детальне планування всього процесу дослідження, висока якість виконуваної роботи та ефективна система контролю).

Мета маркетингових досліджень у галузі охорони здоров'я полягає в одержанні й аналізі об'єктивної інформації для розробки прогнозів розвитку ринку лікувально-профілактичних послуг, оптимізації стратегії надання медико-санітарної допомоги, створенні нових послуг для більш повного задоволення попиту на них.



аналіз розподілу часток ринку між підприємствами охорони здоров'я	вивчення потенційних і реальних споживачів	вивчення характеристик ринку, його ємності	вивчення політики цін
аналіз рекламних кампаній конкурентів	аналіз товарів конкурентів і рівнів їхніх продажів	аналіз збуту продукції	вивчення тенденцій ділової активності
	коротко- та довгострокове прогнозування	вивчення реакції на новий товар і його потенціал	

Рис. 3. Задачі маркетингових досліджень

Об'єктами маркетингових досліджень виступають: трудові ресурси закладів (кадри, їхній потенціал, кваліфікація, інтереси); фінансові ресурси закладів; матеріальні ресурси підприємства охорони здоров'я; організація та управління підприємством охорони здоров'я; виробництво (організаційні, операційні та техніко-технологічні характеристики наукових досліджень і розробок; маркетинг); організаційна культура та результати діяльності організації.

Маркетингові дослідження проводять у шість етапів: 1. виявлення проблем і формулювання цілей дослідження; 2. вибір джерел інформації (визначаються місця проведення дослідження, обираються засоби дослідження, складається план його проведення); 3. збір інформації; 4. аналіз зібраної інформації (складання таблиць, графіків; інформація обробляється за допомогою методів статистики); 5. обираються методи та засоби вирішення визначених задач; 6. опис отриманих результатів.

Методи проведення маркетингових досліджень:

1. ABC-аналіз (VEN-аналіз) — розподіл (ранжування) об'єктів дослідження за часткою витрат на виробництво кожного товару чи послуги в загальній структурі витрат (життєво необхідні; важливі; другорядні; неважливі).



2. *STEP-аналіз* — інструмент виявлення політичних, економічних, соціальних і технологічних аспектів зовнішнього середовища, які впливають на функціонування суб'єкта господарювання.

3. *SWOT-аналіз* — передбачає виокремлення ключових аспектів функціонування підприємств охорони здоров'я: сильні сторони (Strength) — наявні нині, і ті, що можуть бути посилені у майбутньому; слабкі сторони (Weakness) — ті, що слід знати, аби успішно працювати у майбутньому; можливості (Opportunities) — наявні нині, і ті, що можуть бути відкриті у майбутньому; обмеження (Threats) — наявні нині, і ті, що можуть з'явитися у майбутньому, тим самим завадивши планам.

4. *Функціонально-вартісний аналіз* — метод дослідження об'єкта (товару, процесу, структури) відповідно до його функцій і вартості; для визначення ефективності використання ресурсів.

5. *Економіко-математичне моделювання* — визначення впливу факторів на результати господарювання з метою їх оптимізації на стадії планування та проектування, а також по завершенні господарювання.

6. *Економічний аналіз* — система прийомів дослідження для розкриття причинно-наслідкових зв'язків, які обумовлюють результати явищ і процесів.

7. *Спостереження* — спосіб отримання інформації через сприйняття органами відчуття обставин без будь-якого впливу на об'єкт спостереження. Може проходити у лабораторних чи польових умовах за особистої участі спостерігача чи без нього. Польові умови означають, що процеси проходять в природній обстановці (в магазинах, на ринках...), а лабораторні — у штучно створених умовах. Переваги: можливість отримання необхідної інформації незалежно від бажання об'єкта щодо співробітництва; забезпечення об'єктивності; можливість вивчення несвідомої поведінки; облік фактів оточуючої дійсності. Недоліки: високі витрати; суб'єктивність спостерігача; ефект спостереження (за відкритого спостереження поведінка об'єкта може відрізнятись від природної).

8. *Опитування* — спосіб отримання інформації через виявлення думок людей: усні (в т.ч. телефонні) опитування — інтерв'ю; письмові: учасникам роздаються листи опитувальники з проханням їх заповнити.

9. *Експеримент* — метод дослідження, за якого в контрольованих умовах зазнають змін один чи декілька факторів, а також спроба вивчення цього впливу на залежну змінну.

10. *Панель* — за допомогою ЕОМ, а не у реальних умовах, відтворюють роботу, взаємодію, вплив на виробництво різних маркетингових факторів.



11. *Експертних оцінок* — потрібну інформацію отримують в результаті її збирання та аналізу на основі логічних і математично-статистичних методів і прийомів (анкетні методи та методи групової експертизи) задля прийняття ефективного та раціонального рішення. *Переваги*: простота організації; використання статистичної обробки; можливість охоплення великих груп.

12. *Фокус-група* — своєрідне інтерв'ю, групова дискусія на певну тему, за заздалегідь розробленим планом.

13. *Бенчмаркінг* — оцінювання, порівняння, визначення, розуміння та адаптації наявних прикладів ефективного функціонування підприємств охорони здоров'я задля покращання власної роботи: конкурентоспроможності — зміна характеристик фірми, дослідження специфічних продуктів, можливостей процесу чи адміністративних методів і їх співставлення з характеристиками конкурентів; внутрішній — порівнюються характеристики виробничих одиниць зі схожими бізнес-процесами всередині організації; функціональний — порівнюються певні функції двох і більше організацій того ж сектора; процесу — порівнюються показники певних процесів та обмежених функцій з підприємствами охорони здоров'я, у яких кращі характеристики в аналогічних процесах.

М'аркетингове середовище — сукупність активних суб'єктів і сил, що діють у межах і за межами підприємства та впливають на можливості керівництва службою маркетингу встановлювати і підтримувати з цільовими клієнтами відносини успішного співробітництва.

Структурними елементами **м'аркетингового середовища** є: компанія (виробництво, закупівлі, управління, фінанси, організацію); мікросередовище (конкуренти, споживачі, постачальники, посередники, громадськість) та макросередовище (зовнішні фактори).

1. **Компанія**. Відділ маркетингу не є незалежною структурною одиницею компанії. Тому при формуванні маркетингової політики, яка відображає цілі стратегічного плану компанії (зростання й отримання прибутку), повинні бути враховані загальна політика і можливості підприємства. Менеджер з маркетингу при складанні та виконанні своїх планів повинен звертати увагу на можливості, пропоновані іншими функціональними сферами компанії:

- *виробництво* — з точки зору маркетингу дуже важлива ступінь гнучкості виробничих потужностей, можливість за їх допомогою швидко змінювати моделі, типи виконання і рівень якості, оскільки це дозволяє краще реагувати на запити і потреби ринку.



- *закупівлі* — контакти та досвід роботи з постачальниками, їх кількість і географічне розміщення впливають, в тому числі, на якість і закупівельні ціни і, відповідно, на можливості маркетингу.
- *управління* — управління також може впливати на можливості маркетингу, якщо адміністрація готова надавати комерційну інформацію. Так, наприклад, адміністрація, спираючись на інформацію по боржниках, може надавати відомості і коригувати періодичність замовлень та їх обсяги. Вона може також визначати прибутковість продажів в розрахунку на певні групи клієнтів або на товарні категорії, встановлювати розміри представницьких витрат в перерахунку на клієнта або географічний сегмент.
- *фінанси* — спосіб фінансування діяльності компанії також впливає на можливості маркетингу. Компанія зі значним власним капіталом буде менш залежною від банків, якщо мова піде про розробку нових продуктів, пов'язаних з ризиком. Достатня ліквідність дозволить тримати великі запаси і компанія матиме більше можливостей надавати кредити клієнтам.
- *організація* — на маркетингові можливості впливає і те, як організовано компанію (чи є в структурі управління посади директора з маркетингу, комерційного директора, менеджерів по продуктах). У зв'язку з цим також важлива якість (професійна підготовка і досвід) і мотивація персоналу, загальна корпоративна культура.

2. **Мікросередовище** складається з людей, груп та організацій, які безпосередньо впливають на маркетингову діяльність компанії (Рис. 4).

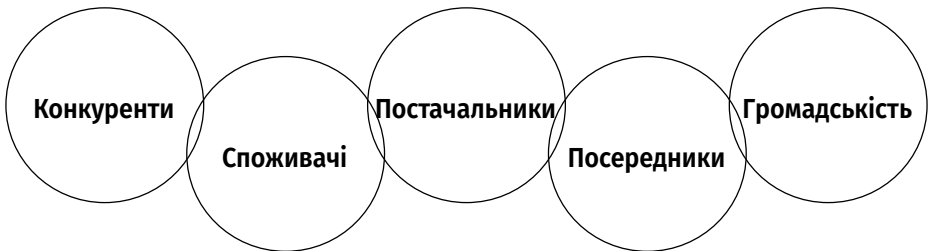


Рис. 4. Структурні елементи мікросередовища

Мікросередовище можна розділити на дві субсереди: першу — *зацікавлених учасників*, до якої відносяться: споживачі, постачальники, посередники, громадськість і деякі державні структури. І другу — *базову*



маркетингову систему, до якої входять постачальники, маркетингові посередники і покупці. Це ті групи, з якими компаніям постійно доводиться мати справу.

Одним з головних елементів мікросередовища є *постачальники*. Для ведення господарської діяльності кожної компанії потрібні зовнішні поставки. У цьому контексті господарська діяльність включає придбання робочої сили, сировини, напівфабрикатів, енергії і різних послуг. На ринку закупівель нас найбільше цікавить зміна ціни, якості та обсягу пропозиції. Тенденції зміни даних параметрів впливають на ціну, якість і можливості виробництва, продажу кінцевої продукції, що, в свою чергу, визначає товарообіг компанії та інші найважливіші економічні показники.

Серед структурних елементів мікросередовища виділяють також *конкурентів*. Кожна компанія стикається з конкурентами. Однак, це не означає, що конкуренти це компанії, які пропонують тільки подібні вашим товари (з іншою маркою або назвою). Більш того, конкурентами можуть бути компанії, які діють навіть в інших сферах бізнесу.

3. Маркетингова діяльність може певною мірою впливати на мікросередовище. На *макросередовище* такий вплив надати неможливо. Зміни в макросередовищі або надають для компанії сприятливі можливості, або приховують для неї загрозу. Компанія не в змозі контролювати зміни у зовнішньому середовищі, але може змінювати свою маркетингову політику. Тому необхідно стежити за змінами, що відбуваються в макросередовищі. Джерелами інформації є газети, журнали, телебачення, офіційні статистичні дані, матеріали спеціальних досліджень тощо.

До елементів макросередовища відносять: демографічне, культурне, економічне, природне, технологічне, географічне, політичне і правове середовища.

4.3. Вплив реклами та стимулювання збуту медичних послуг

Важливим завданням підприємств охорони здоров'я є доведення до відома максимальної кількості потенційних споживачів інформації про існуючі медичні послуги. Нинішнє суспільство вже не може бути без реклами, адже реклама стала частиною нашого життя, реклама збуджує зацікавленість і створює потребу спробувати рекламну продукцію.

Реклама це інформація, яка доставляється безпосередньо до споживачів про товар (послугу), їх виробника (надавача). Реклама виступає не допоміжною, а основною функцією маркетингу.



Основною метою реклами є вплив на психіку та свідомість споживача, його програмування на здійснення певних дій (купівлі послуг). Оволодіння мистецтвом створення реклами передбачає професійне використання спеціальних прийомів разом з інтуїцією виконавця та замовника реклами.

Завдання реклами: інформативне — сповіщення якомога більшої кількості потенційних клієнтів про існування послуг, які вирізняються новизною, споживчими властивостями, залучення нових покупців, створення первинного попиту; нагадування — нагадує про себе тим клієнтам, які давно не відвідували дане підприємство охорони здоров'я; збереження наявної клієнтської бази; емоційна — прагнення доказати покупцю правильність його вибору; переконання — формування у потенційного споживача чи покупця бажання/потреби придбати/скористатися саме цією послугою, що дасть змогу рекламодавцю збільшити обсяг послуг і сформувати позитивний імідж підприємства охорони здоров'я.

Існують декілька типів повідомлень: інформативні (назва підприємства, контакти, перелік послуг); про акцію (загальна інформація, знижки на послуги); дороговкази (спрямування до підприємства); пріоритети (потреби та забаганки клієнтів).

Основним напрямом реклами є власне реклама підприємства охорони здоров'я, окрім того, доволі поширеною є реклама сучасного устаткування і технологій або реклама спеціалістів підприємства охорони здоров'я.

Умови ефективності реклами: робити рекламу «людською»; вірити в рекламу так, нібито від цього залежало життя; говорити прозою, яку всі розуміють; створювати концепції, а не оголошення; ніколи не погоджуватись на «майже досконалість»; ніколи не намагатися задовольнити замовника раніше споживача; звертатися до реального світу, а не марити про недосяжне; ризикувати; прислухатися до інтуїції.

Підприємствам охорони здоров'я слід звертати увагу на розмір бігборду, місце його розміщення, дизайн. Але передусім необхідно чітко виділяти цінну пропозицію, яка пропонується клієнтам і на яку, ймовірно, відгукнеться більшість.

Заходи, спрямовані на використання реклами задля подальшого розвитку підприємств охорони здоров'я:

- визначення основних конкурентів на ринку медичних послуг конкретного регіону, організація постійного отримання інформації щодо основних конкурентів, їх цінові пакети на медичні послуги та умови їх надання; пропозиція гнучкої системи оплати медичних послуг потен-



ційному пацієнту і більш адаптованих для нього умов лікування; постійний моніторинг ситуації дозволить підприємствам охорони здоров'я наступально пропонувати свої «правила гри» на цьому ринку і постійно боротися за потенційного клієнта;

- висвітлення роботи конкретного підприємства охорони здоров'я (впровадження новітніх технологій, розвиток класичних методів лікування певних захворювань) у соціальних мережах та у ЗМІ (газети, журнали, радіо, телебачення).

З метою збереження життєздатності і подальшого зростання підприємствам охорони здоров'я необхідно освоювати нові напрями комунікацій та бути привабливими для нових пацієнтів. Крім того, слід цілеспрямовано працювати над підвищенням культури надання медичних послуг, покращувати сервіс, впроваджувати новітні технології та медичні протоколи, дотримуватись корпоративної етики та клієнтоорієнтованості.

Подієвий маркетинг (brand experience) — використання органів чуття людини (слух, дотик, нюх, зір, смак, емоції) для просування товару/послуги.

Основні переваги подієвого маркетингу: передбачає «занурення» споживача у «світ реклами»; інформація, «упакована» в інтерактивну форму, сприймаються аудиторією яскравіше і саме тому дозволяють досягнути більш високої активності та прийнятності серед представників цільової групи; оскільки людина, яка прийшла на подію і бере в ній участь, її сприйняття такого виду інформації є набагато вищим, ніж тоді, коли ця ж людина, наприклад, дивиться телевізійну рекламу; ефективно поєднує засоби прямої реклами; використовуючи всі доступні засоби реклами, діє в різних напрямках, вибірково впливаючи на різні групи цільової аудиторії; аудиторія, яка бере безпосередню участь у події, може розглядатися як велика фокус-група, на якій здійснюється апробація пропозицій компанії; при цьому отримуються попередні знання щодо споживачів, що дає можливість уникати додаткових досліджень і робити прогноз очікуваних результатів; сама подія є приводом, що дає змогу налагодити необхідний прямий контакт з журналістами (тобто з тією групою, від якої залежить висвітлення подій), що допоможе викликати їх зацікавлення, прихильність і симпатію; все, що відбувається у рамках події, обов'язково має бути пов'язане з підприємством чи послугами, які воно надає; висока креативність і гнучкість сприяють впровадженню оригінальних програм для компаній різних сфер діяльності та різних фінансових можливостей.



Коли потенційний споживач медичних послуг опиниться перед вибором, обов'язково спрацює емоційний зв'язок, почне «працювати» позитивний досвід, пов'язаний із подієвим маркетингом. Через те, що Інтернет стає все більш розповсюдженим, у пацієнта є безліч зручних майданчиків для пошуку інформації, думок і спілкування з приводу однакових або схожих проблем зі здоров'ям. Сучасні тенденції розвитку Інтернет-технологій, їх глобальне поширення в цілому, і соціальних медіа зокрема, зумовили формування нового напрямку *маркетингових комунікацій*. Сучасний маркетинг розглядає соціальні медіа як комунікаційну інновацію, спрямовану на формування ефективних взаємовідносин з клієнтами. Нині споживачі поступово втрачають довіру до традиційних медіа та ігнорують їх. На зміну звичайній рекламі приходять соціальні мережі, які перетворюються на надійний ефективний плацдарм для просування бренду, товарів і послуг. Більшість підприємств охорони здоров'я і лікарів використовують соціальні медіа для пошуку партнерів та інформації, а також для залучення пацієнтів.

Для виявлення тих соціальних мереж, через які можна досягти найбільш ефективного контакту з клієнтом, були визначені ті, якими користуються їх компанії. За результатами соціологічних опитувань, найпопулярнішими Інтернет-технологіями є соціальні мережі, наприклад Facebook (48,7 %); мультимедійні сервіси — Instagram (48,0 %) та YouTube (43,3 %); сервіси швидкого обміну повідомленнями — Viber (48,0 %) та WhatsApp (42,0 %). *Перше місце серед найважливіших характеристик повідомлень у соціальних медіа* посідає саме цікавий зміст — 95,3 %; на другому місці для споживачів рекламного контенту є гарна подача (зображення/відео) — 87,3 % та грамотність — 72,0 %; корисність контенту (64,0 %) та достовірність інформації (56,7%) мають нижчу значимість для споживачів; а лаконічність (30,0 %) та актуальність інформації (11,3 %) зовсім не є пріоритетними при створенні рекламного контенту.

Більшість рекламних видань, з якими співпрацює Міністерство охорони здоров'я України, розраховано на молодіжну та жіночу аудиторії. А жінки, як відомо, є тією частиною населення, що найбільш відповідально ставляться до свого здоров'я. Функцію реклами несе в собі й участь лікарів у конференціях, семінарах, виставках, з'їздах і лекціях, які проводяться на регіональному, державному та міжнародному рівнях. Підприємства охорони здоров'я повинні розуміти хто саме є їхньою аудиторією, на яку і будуть націлені зусилля щодо просування медичних послуг. Для цього активно використовується не лише реклама, а й стимулювання збуту.



Стимулювання збуту — це спонукання споживачів придбати конкретний товар/послугу. *Існує безліч способів стимулювання збуту:* альтернатива «так — ні» — орієнтація пацієнтів на «позитивний тип мислення» (більшість охочіше погоджуються, аніж відмовляються); демонстрація товару — ознайомлення потенційних клієнтів зі споживчими властивостями товару/послуги (участь у виставках, науково-практичних конференціях тощо); залучення клієнтів споживачами — надання додаткових преференцій за сприяння розширенню клієнтської бази підприємства охорони здоров'я; конкурси — надання пацієнтам можливості використати власні фізичні та/чи розумові здібності для урізноманітнення дозвілля; купони — надання документів, що надають право отримати медичну послугу за пільговими умовами; легкий вступ до «Клубу» — безкоштовний чи «за символічні гроші», «вхід» та ймовірні принади приналежності до певної спільноти може фактично приховувати подальші додаткові витрати та зобов'язання членів «Клубу»; лотерея — проведення розіграшу цінних призів; пільгова ціна на декілька упаковок — специфічна форма знижки на товари/послуги, які недостатньо активно продаються; премії — грошові виплати пацієнтам за належне виконання умов їх співробітництва з підприємствами охорони здоров'я; пропозиція з граничним терміном — зниження ціни на товари/послуги, чий термін придатності (право на реалізацію) добігає кінця, або ж використовується як «приманка» (пропозиція цього тижня); розповсюдження зразків товарів/послуг — використання тестерів (зубна паста), проведення дегустацій (харчі) та пробних процедур (масаж); сувеніри — засіб заохочення пацієнтів для отримання медичних послуг і належної поведінки під час проведення відповідних процедур (прояв уваги до пацієнта, зміцнення довіри до медичного персоналу і підвищення раціональності використання ними робочого часу та наявних ресурсів).

ТЕМА 5. МЕТОДИКИ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦІАЛУ МЕДИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА

5.1. Економічні ресурси галузі охорони здоров'я

Здійснення будь-якої діяльності неможливе без відповідного ресурсного забезпечення, наявності ресурсів. В економіці всі ресурси, які можуть використовуватися для забезпечення діяльності організації, галузі або країни, називаються *економічними ресурсами*.



Розглянемо зміст поняття економічні ресурси.

Економічні ресурси це сукупність ресурсів, які використовуються в господарській діяльності для виробництва, обміну, розподілу та споживання матеріальних і духовних благ, задоволення зростаючих потреб населення.

Економічні ресурси, їх наявність, склад, обсяги та ефективність використання, визначають характер функціонування економіки країни, темпи, структуру і масштаби її розвитку. Вони являють собою базу для економічного зростання країни. По суті, це такий вид благ, який може бути використаний для виробництва інших благ.

Існує кілька класифікацій економічних ресурсів. Найбільш поширена і детальна передбачає поділ економічних ресурсів на:

- *природні* (земля, сировина, геофізичні ресурси). Природні ресурси за своїм складом досить різноманітні і включають земельні, енергетичні, водні, біологічні, лісові, мінеральні, рекреаційні, кліматичні ресурси;
- *трудові* (людський капітал);
- *капітальні* (фізичний капітал, основні фонди);
- *оборотні засоби* (матеріали, обігові кошти);
- *інформаційні* (інформація, знання, наука, документи тощо);
- *фінансові* (капітал, представлений конкретними грошовими коштами, наявними в національній економіці);
- *підприємницькі здібності* (діяльність, потенціал). Узагальнено, це здатність населення до організації виробництва благ в різних формах.

Більш укрупнено економічні ресурси поділяються на: природні, трудові, матеріальні та інтелектуальні (інформаційні).

Природні, матеріальні (капітальні, оборотні засоби) і трудові ресурси властиві будь-якому виробництву, організації, установі, будь-якій галузі діяльності, тому їх ще називають *базовими ресурсами*.

Кожен з цих видів ресурсів є важливим як для розвитку економіки країни в цілому, так і окремих галузей економіки, окремих організацій та підприємств. Для забезпечення ефективності діяльності на всіх рівнях економіки необхідно розуміти сутність економічних ресурсів, їх видів та властивостей.

Розглянемо властивості економічних ресурсів:

1. **Обмеженість.** Економічні ресурси завжди є обмеженими, їх ніколи не достатньо для задоволення всіх потреб та запитів, і ніколи не достатньо для всіх учасників економічних відносин, всіх гравців. Ця властивість є вірною на всіх рівнях економіки: і для держав, і для територіальних об'єднань (областей, районів, міст тощо), і для галузей економіки, окремих



організацій чи підприємств, домогосподарств і людей. Обмеженість економічних ресурсів також треба розглядати у взаємозв'язку з такою властивістю потреб, як їх необмеженість і прагнення до зростання.

З цієї властивості випливає закономірна необхідність ефективного використання економічних ресурсів для максимально повного задоволення потреб учасників економічних відносин. Тобто необхідність постійно приймати рішення про доцільний розподіл ресурсів, про їх ефективне використання, яке дозволить отримати оптимальний (максимальний) результат.

2. *Взаємодоповнюваність.* Економічні ресурси необхідні організації, підприємству чи країні комплексно. Наявність, навіть значних обсягів одного виду економічних ресурсів, не дає шансу створити та реалізувати успішний бізнес чи забезпечити ефективну роботу галузі. Вони підсилюють і підтримують один одного.

Наприклад, знання (інтелектуальні ресурси) є одними з ключових ресурсів у сфері охорони здоров'я. Це конкретні знання, уміння, професійні навички співробітників. Проте, наявність знань випускника університету, ще не означає, що він/вона негайно може зайнятися медичною практикою. Для цього ще потрібні, як мінімум, матеріальні ресурси (приміщення, меблі, обладнання, витратні матеріали тощо), окрім того і фінансові ресурси, і підприємницькі здібності тощо. З іншого боку, наявність матеріальної бази (обладнаного приміщення з якісною сучасною технікою для надання медичної допомоги), за відсутності фінансових ресурсів, трудових ресурсів (працівників), інтелектуальних ресурсів (знань) зробить неможливою роботу медичного підприємства.

3. *Мобільність.* Ця властивість означає здатність економічних ресурсів переміщуватися між людьми, підприємствами та організаціями, галузями, територіями, країнами. Ступінь мобільності економічних ресурсів є різною і залежить від безлічі як об'єктивних, так і суб'єктивних факторів. Наприклад, низькою мобільністю характеризується такий природний економічний ресурс як земля, адже його не можна перенести територіально (водночас, відповідно до умов законодавства можуть змінюватись її власники, вона може переходити в інші категорії за її призначенням). Високою мобільністю на сьогодні характеризуються такі економічні ресурси як людські (трудові) ресурси та знання (інтелектуальні ресурси). Так, фахівці у сфері охорони здоров'я на сьогодні можуть легко змінювати організації (підприємства), в яких вони працюють, населені пункти, регіони і навіть країни, адже міжнародна



міграція працівників у сфері охорони здоров'я зростає все більше. Що стосується знань, то вони передаються здобувачам освіти від викладачів під час навчання, працівники набувають їх під час здійснення трудової діяльності, під час обміну досвідом в межах стажувань, участі в конференціях, конгресах, симпозиумах, проходженні різноманітних курсів підвищенні кваліфікації, вивченні спеціальної наукової літератури тощо.

4. *Взаємозамінність*. Ця властивість економічних ресурсів полягає у можливості замінити один економічний ресурс на інший у їх комбінації для досягнення найбільшої ефективності від їх використання або у разі відсутності чи недостатності ресурсу необхідного виду.

Наприклад, для збільшення ефективності діяльності медичного підприємства можна використати як підприємницький капітал, так і посилення технічної забезпеченості (основні та оборотні засоби). Для збільшення обсягів наданих послуг можна або збільшити кількість співробітників, або покращити їх знання і кваліфікацію. Проте, виважене поєднання цих видів капіталу дозволить досягти кращих результатів і забезпечити їх виживання (довгостроковий ефект).

Проте слід зазначити, що здатність економічних ресурсів до взаємозамінності є обмеженою. Неможливо повністю замінити інтелектуальні ресурси (знання, навички) фінансовими, або ж замінити використання технологій людськими ресурсами. Це є можливим лише в короткостроковій перспективі для вирішення тимчасових труднощів чи проблем в діяльності підприємства, але застосування такого підходу в довгостроковій перспективі обов'язково викличе посилення кризових явищ та проблем в його роботі.

Таким чином, важливе завдання будь-якого підприємства (організації, установи) у сфері охорони здоров'я полягає в постійному підвищенні ступеня раціональності й ефективності використання економічних ресурсів. Саме це, є одним з важливих шляхів досягнення мети функціонування всієї галузі й окремого підприємства (організації, установи), незалежно від їх форми власності.

5.2. Трудові ресурси і кадровий потенціал

Одним з видів економічних ресурсів, що відіграє одну з ключових ролей в ресурсному забезпеченні сфери охорони здоров'я є трудові ресурси. Розглянемо кілька понять, важливих для розуміння цього питання.



Людські ресурси (HR — Human Resources) — це конкретна кількість населення країни, що відрізняється певними якісними показниками — освітою, культурою, професіоналізмом.

Трудові ресурси — це частина працездатного населення, яка за своїми віковими, фізичними, освітніми даними відповідає певній сфері діяльності. Слід відрізняти трудові ресурси реальні (люди, які вже працюють) та потенційні (які мають бути залученими до певної праці у перспективному періоді).

Персонал — це сукупність постійних працівників, що отримали необхідну професійну підготовку та мають досвід практичної діяльності.

Людський капітал (Human Capital) — поняття похідне від категорій «робоча сила», «трудові ресурси», «трудовий потенціал», «людський фактор». Характеризує сукупність сформованих і розвинутих унаслідок інвестицій продуктивних здібностей, особистих рис і мотивацій індивідів, що використовуються в економічній діяльності, сприяють зростанню продуктивності праці і завдяки цьому впливають на зростання доходів (заробітків) свого власника та національного доходу.

Трудовий потенціал — це сукупна суспільна здібність до праці, потенційна дієздатність суспільства, його ресурси праці.

Кадровий потенціал — це сукупність якісних і кількісних характеристик персоналу підприємства, які включають чисельність, склад і структуру, фізичні і психологічні можливості працівників, їхні інтелектуальні і креативні здібності, професійні знання і кваліфікаційні навички, комунікабельність і здібність до співпраці, ставлення до праці та інші якісні характеристики.

Кадровий потенціал підприємства — це сукупність здібностей і можливостей кадрів забезпечувати досягнення цілей довгострокового розвитку підприємства.

Кадровий потенціал будується на характеристиках трудового потенціалу — кваліфікації, рівні свідомості, соціальної зрілості, інтелектуальних та фізичних здібностях працівника та ін., які можуть бути використані в процесі його трудової діяльності.

Проте, якщо трудовий потенціал являє собою потенціал країни, регіону, то кадровий потенціал, який є складовою частиною трудового потенціалу, являє собою потенціал конкретної сфери діяльності, галузі, підприємства, де необхідні специфічні характеристики саме для цієї сфери діяльності.

Загалом, виділяють такі *компоненти кадрового потенціалу*, кожен з яких має свою структуру: професійно-кваліфікаційні, трудові, особисті, психологічні, фізіологічні.



Стан і розвиток кожного з них залежить від вчасного та повноцінного фінансування та уваги до нього з боку відповідних служб системи управління кадровим потенціалом.

Внаслідок таких складових кадрового потенціалу, він характеризується найбільшою активністю та найменшою передбачуваністю розвитку порівняно з іншими видами ресурсів підприємства, організації.

Персонал є особливим активним об'єктом управління, адже кожен з його елементів є людиною — особистістю зі своїми потребами, інтересами, умовами життя тощо. Таким чином, персонал активно і самостійно змінює себе, свої особистісні та професійні характеристики, ставлення до праці, керівництва та підприємства в цілому (на відміну від матеріальних ресурсів, які змінюватимуться залежно від управлінських рішень (волі) всередині підприємства (організації) та зміни ринкових умов, а не від власного бажання, яке складно спрогнозувати). Таким чином, працівники впливають на процес прийняття рішень, які пов'язані з їхніми інтересами, та змінюють вартість кадрового потенціалу в цілому та конкретного працівника зокрема. З іншого боку, працівник має право відмовитися від умов, за яких йому пропонують працювати, обговорювати з керівництвом рівень винагороди за працю, навчатися іншим професіям, ухилитися від виконання обов'язків, звільнитися за власним бажанням і т. ін., що призводить до обмеженої керованості станом даного ресурсу.

Основні характеристики кадрового потенціалу:

- *кількісні* (чисельність, склад, структура, вік, стаж роботи, укомплектованість, плинність та рівень ротації кадрів, рентабельність та продуктивність праці);
- *якісні* (фізичний, психологічний, адаптаційний, інтелектуальний, етичний, духовно-творчий, кваліфікаційний, організаційний потенціали).

Таким чином, кадровий потенціал характеризується мінливістю, що пов'язана з його активністю як відповідною реакцією на зміну умов зовнішнього середовища (макроекономічних, політичних, соціальних, демографічних, правових, ринкових і т. ін.) і внутрішньої структури підприємства (організації). *Зміна кадрового потенціалу підприємства (організації) відбувається за рахунок таких процесів:* руху кадрів (звільнення, додаткового прийому працівників); зміни кваліфікації працівників (підвищення, зниження); зміни мотивації працівників (підвищення або зниження); створення умов, що сприяють прояву індивідуально-кваліфікаційного потенціалу і професійних характеристик працівника; виникнення конфліктних ситуацій у колективі.



Відповідно до Довідника *кваліфікаційних характеристик професій працівників*, зі змінами внесеними до нього наказом МОЗ України від 15.01.2020 №69, у сфері охорони здоров'я виділяють наступні категорії працівників: керівники, професіонали, фахівці, технічні службовці, робітники.

Формування кадрового потенціалу підприємства (організації) передбачає виважену і науково обґрунтовану організацію та реалізацію таких процесів: визначення потреби в персоналі, планування потреби в персоналі (кадрового забезпечення); залучення персоналу і його відбір; складання посадових інструкцій робітника; підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікації співробітників підприємства; мотивація персоналу; кар'єрне просування персоналу.

Визначення потреби у персоналі передбачає встановлення вихідних даних для розрахунку та безпосередній розрахунок необхідної чисельності працівників на певний період часу, робочих місць, обсягу витрат.

На сьогодні комунальні некомерційні підприємства (а саме в такій організаційно-правовій формі зараз діє більшість медичних закладів) самостійно визначають чисельність та склад персоналу і формують свій кадровий потенціал.

Важливо: зараз не існує нормативного регулювання щодо кількісного складу медичних закладів.

Основними факторами, на основі яких комунальним некомерційним підприємствам у сфері охорони здоров'я необхідно формувати свій кадровий потенціал є: потреби населення в отриманні медичної допомоги; навантаження лікарів; фінансові можливості медичного закладу.

Документом, яким визначається структура кадрового потенціалу медичного підприємства є *Штатний розпис*. Для його розробки керуються формою, наданою в Збірнику уніфікованих форм організаційно-розпорядчих документів, схваленому протоколом засідання Нормативно-методичної комісії Укрдержархіву від 22.11.2015 №7.

Штатний розпис є одним з вкрай важливих організаційних документів для підприємства. Він дозволяє розрахувати та запланувати кількість та структуру персоналу підприємства відповідно до поточних потреб та ситуації, винаймати відповідний персонал та оплачувати його роботу, а отже і планувати й ефективно використовувати ресурси підприємства.

Підготовку штатного розпису рекомендовано здійснювати у певній послідовності: спочатку розраховується кількість посад лікарів основних спеціальностей (основних для конкретного закладу); потім розраховуєть-



ся кількість посад лікарів, які ведуть амбулаторний прийом (працюють в амбулаторно-поліклінічних підрозділах); якщо заклад надає стоматологічну допомогу — розраховується кількість посад лікарів-стоматологів; після цього розраховується кількість посад завідувачів відділень (у послідовності: за основними спеціальностями (враховуючи норми керованості і можливості об'єднання управління за спеціальностями в стаціонарах); амбулаторно-поліклінічних підрозділів; стоматологічних підрозділів (за наявності)); розраховується кількість посад лікарів допоміжної лікувально-діагностичної служби та кількість завідувачів допоміжних підрозділів; за такою ж послідовністю розраховують необхідну кількість посад середнього і молодшого медичного персоналу; а також, кількість посад адміністративного та загального обслуговуючого персоналу.

При розрахунку штатного розпису посади округлюються до 0,25; 0,5; 0,75; 1,0 ставки.

Важливо також знати, що комунальні некомерційні підприємства мають свободу у формуванні свого кадрового потенціалу — складу та структури персоналу, проте, посади до штатного розпису можна вносити *лише у відповідності до Національного класифікатора України «Класифікатор професій» ДК 003:2010.*

Відповідно до чинного законодавства роботодавець приймає працівників на посади, зазначені у штатному розписі. Якщо посада відсутня у штатному розписі підприємства — винаймати працівника не можна.

В практиці, на жаль, трапляється ситуація, в якій штатний розпис містить назви посад, що не відповідають Класифікатору професій, і за ними найняті працівники. *Це є порушенням законодавства про працю і матиме відповідні наслідки.* Для підприємства — особи, які порушили законодавство про працю, несуть відповідальність (кримінальну, адміністративну, дисциплінарну) згідно законодавства; для працівника — невідповідність запису про роботу у трудових книжках є підставою для неврахування стажу при виході на пенсію.

Приклади найбільш поширених порушень щодо формулювання назв посад у медичних закладах:

- використання звичного для всіх сполучення «медична сестра», тоді як в Класифікаторі професій ця посада визначена як «сестра медична»;
- зміна закінчень на звичні у вжитку, наприклад «завідуючий хірургічним відділенням», що є суттєвим порушенням, оскільки в Класифікаторі професій назва такої посади визначається як «завідувач хірургічним відділенням»;



– поєднання посад, якщо таке прямо не передбачене в Класифікаторі професій. Наприклад, «бухгалтер-касир» або «завідувач терапевтичним відділенням, лікар-терапевт» — це буде порушенням. В Класифікаторі професій є посади «бухгалтера» і «касира» (окремо), завідувача терапевтичним відділенням і «лікаря-терапевта» (окремо). Відтак, поєднувати їх в штатному розписі не можна. Проте можна написати, наприклад, 0,75 ставки посади «бухгалтера» та 0,25 ставки посади «касира» і взяти на них 1 працівника тощо.

Варто підкреслити, що Класифікатор професій все ж передбачає можливість деяких об'єднань, розширення і уточнення назв посад. Для його застосування та формування правильного і легітимного штатного розпису та забезпечення ефективного формування і використання кадрового потенціалу медичного підприємства необхідно добре опрацювати цей документ і знайти необхідні та допустимі варіанти для визначення назв посад, розрахунку їх кількості з урахуванням основних факторів, які слід враховувати при формуванні кадрового потенціалу медичного підприємства.

5.3. Основні підходи до оплати праці медичних працівників

Ефективне використання трудових ресурсів та кадрового потенціалу підприємства залежить не лише від правильного їх планування та формування за складом і структурою, але і від обґрунтованої і дієвої системи мотивації працівників.

Загалом, мотивація працівників до продуктивної та ефективної роботи, формування їх лояльності до організації відбувається за рахунок використання двох видів мотивів та стимулів: матеріальних та нематеріальних.

Матеріальна мотивація працівників визначається тими сумами грошових коштів та іншими матеріальними благами або послугами, які вони отримують за свою роботу, а також, і часом це більш важливо, умовами отримання цих грошових коштів — їх прозорістю, зрозумілістю, справедливістю та здатністю мотивувати до кращих результатів, більшої інтенсивності праці тощо. При цьому варто підкреслити, що одним з основних мотивів праці робітників та основним джерелом доходів більшості населення є оплата праці. В загальному вигляді, *оплата праці* — це винагорода за працю.

Заробітна плата — це винагорода, обчислена, як правило, у грошовому еквіваленті, яку за трудовим договором роботодавець виплачує працівникові за виконану ним роботу (Закон України «Про оплату праці», Ст. 1).



Розмір заробітної плати залежить від складності та умов виконуваної роботи, професійно-ділових якостей працівника, результатів його праці та господарської діяльності підприємства.

Виділяють наступні принципи оплати праці: кожна праця має бути оплачена відповідно до її кількості та якості; оплата праці залежить від кваліфікації працівника; рівень оплати праці має бути таким, щоб працівник міг на неї утримувати себе і свою сім'ю; оплата праці має формуватися з двох частин: фіксованої, що гарантує прожитковий мінімум, і змінної, що залежить від досягнутих успіхів праці конкретного працівника.

До функцій оплати праці відносять відтворювальну, компенсаційну, оціночну, розподільчу та стимулюючу.

Відтворювальна функція оплати праці забезпечує працівників засобами для існування, які задовольняють його мінімальні потреби. *Компенсаційна функція* покриває додаткові витрати праці та відшкодовує втрати здоров'я, обумовлених складними чи шкідливими умовами праці. *Оціночна* в свою чергу визначає розмір трудового внеску робітника відповідно кількості та якості виконаної ним роботи). *Розподільча* — визначає частки фонду оплати праці між окремими категоріями працівників. *А стимулююча* спонукає працівників до підвищення інтенсивності та результативності діяльності, забезпечує відповідність між кількістю та якістю виконаних робіт і рівнем їх оплати.

Формами оплати праці є: *відрядна* — використовується у випадках, коли можна виокремити кінцевий результат діяльності конкретного виконавця та/чи структурного підрозділу, така оплата праці виконує стимулюючу функцію та *погодинна* — використовується у випадках, коли важлива присутність виконавця на робочому місці у певний робочий час.

Існує достатньо велика кількість *систем оплати праці:* пряма відрядна, непряма відрядна, відрядно-преміальна, відрядно-прогресивна, акордна, акордно-преміальна, колективна відрядна, проста погодинна, погодинно-преміальна, за посадовими окладами. Розглянемо більш докладно кожну з них.

- *пряма відрядна система оплати праці* — залежить від тарифної ставки, розряду та відповідних норм виробітку чи норм часу (лікар). Визначається шляхом перемноження відрядної розцінки за одиницю продукції на їх кількість, вироблену за певний період часу (день, тиждень, місяць);
- *непряма відрядна* — використовується для оплати праці допоміжного персоналу (медсестри), котрий обслуговує основний технологічний процес, розмір оплати їхньої праці залежить від обсягу робіт основ-



ного працівника (лікаря). Розраховується шляхом збільшення ставки допоміжного працівника на середній процент норм основного персоналу;

- *відрядно-преміальна* — поєднує пряму відрядну з виплатами премії за додатково виконану роботу;
- *відрядно-прогресивна* — передбачає вищі розцінки за роботу понад установлені норми без зниження якості;
- *акордна* — оплата за весь обсяг роботи (а не за окрему послугу), включаючи премії за своєчасність її виконання;
- *акордно-преміальна* — поєднує суму оплати за комплекс робіт з виплатами премії за своєчасне (дострокове) та якісне виконання роботи;
- *колективна відрядна* — передбачає розподіл загального фонду оплати праці, отриманого колективом, між його окремими членами (за індивідуальними чи колективними розцінками);
- *проста погодинна* — оплата за одиницю відпрацьованого часу; обраховується відповідно до тарифної ставки та відпрацьованого часу;
- *погодинно-преміальна* — передбачає встановлення винагороди за відпрацьований час понад норматив;
- *за посадовими окладами* — оплачується робота тих, чия діяльність носить умовно-постійний характер (керівник, бухгалтер).

Окремо слід охарактеризувати *тарифну систему оплати праці*, що формується на оцінках складності виконуваних робіт і кваліфікації працівників. Тарифна система оплати праці включає: тарифні сітки, тарифні ставки, схеми посадових окладів і професійні стандарти (кваліфікаційні характеристики). Вона використовується при розподілі робіт залежно від їх складності, а працівників — залежно від кваліфікації та за розрядами тарифної сітки. Вона є основою для формування та диференціації розмірів заробітної плати.

Відповідно до Ст. 2 Закону України «Про оплату праці» визначено таку структуру заробітної плати (її складові):

- *основна заробітна плата* — це винагорода за виконану роботу відповідно до встановлених норм праці (норми часу, виробітку, обслуговування, посадові обов'язки). Вона встановлюється у вигляді тарифних ставок (окладів) і відрядних розцінок для робітників та посадових окладів для службовців;
- *додаткова заробітна плата* — це винагорода за працю понад установлені норми, за трудові успіхи, винахідливість і за особливі умови праці. Вона включає доплати, надбавки, гарантійні і компенсаційні виплати,



передбачені чинним законодавством; премії, пов'язані з виконанням виробничих завдань і функцій;

— інші заохочувальні та компенсаційні виплати — до них належать виплати у формі винагород за підсумками роботи за рік, премії за спеціальними системами і положеннями, виплати в рамках грантів, компенсаційні та інші грошові і матеріальні виплати, які не передбачені актами чинного законодавства або які провадяться понад встановлені зазначеними актами норми.

Важливою категорією для розуміння сутності оплати праці, засад її формування та реалізації функцій оплати праці є *мінімальна заробітна плата*.

Мінімальна заробітна плата — законодавчо встановлений розмір зарплати за простої, некваліфіковану працю, нижче за який не може бути встановлена оплата праці; відображає мінімальний для цих умов розмір споживання.

Мінімальна заробітна плата належить до основних державних соціальних гарантій, розмір яких залежить від прожиткового мінімуму. Механізм і методи встановлення мінімальної заробітної плати визначені Міжнародною організацією праці з урахуванням того, що вона повинна бути одним з елементів державної політики, спрямованої на боротьбу з убогістю і на забезпечення задоволення потреб усіх працівників та їхніх сімей. Основною метою встановлення мінімальної заробітної плати має бути надання особам, які працюють за наймом, необхідного соціального захисту відносно мінімально допустимих рівнів заробітної плати.

За висновками Міжнародної комісії, утвореної ще у 1988 р. за ініціативи Ради Європи, соціально справедливою вважається мінімальна заробітна плата, яка досягає рівня 68% національної середньої заробітної плати. Але попри істотне її зростання, ця державна соціальна гарантія і надалі залишається такою, що не лише у 2,5 рази поступається відповідній європейській нормі, а й обумовлює поширення бідності серед зайнятої частини населення.

Дієвою запорукою поліпшення добробуту працездатного населення має бути поступове збільшення співвідношення мінімальної заробітної плати та прожиткового мінімуму для працездатних осіб. Природно, чим більшим воно буде, тим, з одного боку, вищим стане добробут родин і нижчою ймовірність їхнього збідніння (за умов наявності роботи); а з іншого — підвищення навантаження на фонд оплати праці підприємств (організацій, установ) та, як наслідок, зростання загрози втрати роботи, частини офіційних доходів тощо.



Законодавцем також передбачено певні гарантії забезпечення мінімальної заробітної плати:

- розмір заробітної плати працівника за повністю виконану місячну (годинну) норму праці не може бути нижчим за розмір мінімальної заробітної плати;
- у разі укладення трудового договору про роботу на умовах неповного робочого часу, а також при невиконанні працівником у повному обсязі місячної (годинної) норми праці мінімальна заробітна плата виплачується пропорційно до виконаної норми праці;
- при обчисленні розміру заробітної плати працівника для забезпечення її мінімального розміру не враховуються доплати за роботу в несприятливих умовах праці та підвищеного ризику для здоров'я, за роботу в нічний та надурочний час, роз'їзний характер робіт, премії до святкових і ювілейних дат.

До норм оплати праці належать: робота в надурочний час, у святкові, неробочі та вихідні дні; робота у нічний час; час простою, що мав місце не з вини виконавця; виготовлення продукції, що виявилась браком не з вини виконавця; зайнятість працівників, молодших вісімнадцяти років при скороченні тривалості їх щоденної роботи.

Загалом, державні гарантії в оплаті праці передбачають оплату: щорічних відпусток; часу виконання державних обов'язків; часу підвищення кваліфікації; часу обстеження в клініці; компенсації працівникам у разі переїзду на роботу до іншої місцевості; при переведенні за станом здоров'я на легшу нижчеоплачувану роботу; при тимчасовому переведенні на іншу роботу у зв'язку з виробничою необхідністю; вагітним жінкам і жінкам, які мають дітей віком до трьох років, переведених на легшу роботу; при різних формах виробничого навчання, перекваліфікації або опанування інших спеціальностей; донорам; службових відряджень.

Важливо також розуміти відмінність між наступними 2-ма видами заробітної плати: *номінальна заробітна плата* — це грошова сума, отримана за певний проміжок часу (годину, день, місяць), упродовж якого мала місце робота за наймом та *реальна заробітна плата* — це кількість товарів і послуг, які можна придбати на номінальний заробіток.

Підвищення номінальної заробітної плати далеко не завжди супроводжується тотожним зростанням реального її рівня, що знецінює сам факт такого «збагачення». Частіше за все, це має місце внаслідок підвищення мінімальної заробітної плати.



На сьогодні *розмір заробітної плати медичних працівників визначається низкою чинників*, до головних з яких належать наступні: чи реформовано медичний заклад у комунальне неприбуткове підприємство, у вигляді якої організаційно-правової форми він функціонує; які умови визначено в наказі підприємства про оплату праці, в т.ч. чи передбачено доплати; які умови оплати праці прописано в колективному договорі підприємства.

Відповідно до законодавства (Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 №2002-VII), медичні заклади *державної власності* можуть функціонувати як казенні підприємства чи державні установи, а *комунальної власності* — як комунальні некомерційні підприємства чи комунальні установи.

Особливості оплати праці в бюджетних медичних закладах (державних та комунальних установах). Поки медичний заклад не реформується і залишається бюджетною установою, *оплату праці медичних працівників унормовують*: ст. 98 КЗПП; ст. 8 і 13 Закону України «Про оплату праці»; постанова КМУ «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів та коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 30.08.2002 №1298 (Постанова №1298); постанова КМУ «Про оплату праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 28.12.2016 №1037; наказ Мінсоцполітики та МОЗ «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 05.10.2005 №308/519 (Наказ №308/519; Умови).

Основною формування та диференціації розмірів заробітної плати є *тарифна система*, яка застосовується для розподілу робіт залежно від їх складності, а працівників — залежно від їх класифікації та за розрядами тарифної сітки.

Тарифна сітка, тарифна шкала, посадові оклади, тарифні ставки, тарифні коефіцієнти та тарифні розряди є *основними елементами тарифної системи*.

Тарифна сітка визначається як сукупність тарифних розрядів і відповідних їм тарифних коефіцієнтів.

Тарифна шкала — це шкала, яка дозволяє визначити відношення тарифних ставок до їх еквіваленту першого розряду.

Посадовий оклад — це розмір місячної заробітної плати працівників при погодинній оплаті праці; розраховується шляхом множення ставки першого розряду на відповідний тарифний коефіцієнт.



Тарифна ставка — розмір оплати праці в грошовій формі за відповідну одиницю часу (година, день, місяць);

Тарифні коефіцієнти — показують, на скільки тарифна ставка першого розряду, прийнята за одиницю, нижча ніж наступні розряди.

Тарифний розряд — показник складності роботи та міри кваліфікації працівника.

Тарифна система дозволяє встановити по кожному виду робіт постійні й однакові умови праці, правильні співвідношення в оплаті різних видів праці, оскільки враховує різницю між працею кваліфікованих і некваліфікованих працівників, а також умови праці. Ця система гарантує працівникові певний мінімум заробітної плати і враховує при цьому особливості галузей і сфер національної економіки, складність праці в них.

З 1 січня 2017 року і дотепер величину посадового окладу визначають за такими принципами: розмір посадового окладу конкретного працівника визначають шляхом множення розміру посадового окладу працівника першого тарифного розряду на відповідний тарифний коефіцієнт, зазначений у Єдиній тарифній сітці. Розмір мінімальної тарифної ставки (посадового окладу) працівника з 1-м тарифним розрядом не може бути нижчим від прожиткового мінімуму, встановленого на 1 січня календарного року для працездатної особи.

Таблиця 5.1

**Тарифні розряди та коефіцієнти
з оплати праці працівників підприємств охорони здоров'я**

Розряди	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Коефіцієнти	1,00	1,09	1,18	1,27	1,36	1,45	1,54	1,64	1,73	1,82	1,97	2,12	2,27
Розряди	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	—
Коефіцієнти	2,42	2,58	2,79	3,00	3,21	3,42	3,64	3,85	4,06	4,27	4,36	4,51	—



Таблиця 5.2

Приклад тарифних розрядів керівних посад працівників підприємств охорони здоров'я

Посади	I	II	III	IV	V
Керівник	18	17	16	15	14
Головна медична сестра	12	11	11	10	10
Головний фахівець	12	12	11	11	—
Начальники відділень	11	11	10	10	10

Таблиця 5.3

Приклад тарифних розрядів посад лікарів

Посада	Кваліфікаційна категорія			
	вища	перша	друга	відсутня
Лікарі-хірурги всіх найменувань і лікарі-ендоскопісти, лікарі-анестезіологи, лікарі загальної практики — сімейні лікарі	14	13	12	11
Лікарі-інтерни, лікарі-стажисти за такими лікарськими спеціальностями: лікар-хірург (всіх найменувань), лікар-ендоскопіст, лікар-анестезіолог, лікар загальної практики — сімейний лікар	—	—	—	10
Лікарі інших спеціальностей	13	12	11	10
Лікар-інтерн, лікар-стажист за іншими лікарськими спеціальностями	—	—	—	9
Трансплант-координатор, трансплант-координатор патолого-анатомічного бюро (бюро судово-медичної експертизи)	—	—	—	13



Таблиця 5.4

**Приклад тарифних
розрядів посад (професій) окремих категорій працівників**

Посади (професії)	Тарифний розряд
Молодші медичні сестри: операційних, перев'язувальних, палатні, з догляду за хворими	4
Молодші медичні сестри: буфетниці, ванниці, прибиральниці (палатні)...	3
Реєстратор медичний	5
Сестри-господині	4
Дезінфектор	4

Відповідно до Ст. 31 Закону України «Про оплату праці» заробітна плата медичних працівників у випадку, коли ті відпрацювали повну місячну норму робочого часу, не може бути нижчою від розміру мінімальної заробітної плати. Відтак, з 01.01.2021 р. заробітна плата працівника з 1-го по 11-й тарифний розряд (з усіма доплатами, надбавками, заохочувальними виплатами) не може бути нижчою за мінімальну. У випадку, коли розрахована за тарифною системою сума нарахованої заробітної плати працівника є нижчою за мінімальну заробітну плату, роботодавець зобов'язаний нарахувати додаткові доплату до цієї суми. Доплати до рівня мінімальної заробітної плати нараховують як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом (і внутрішнім, і зовнішнім).

Медичним працівникам також здійснюється оплата за роботу в наднормовий час. Наднормова робота — робота, яку виконав працівник понад визначену тривалість робочого дня.

Довідково: Законодавство України (Ст. 62 КЗпП) не допускає наднормової роботи працівників. Проте роботодавець використовує наднормову роботу за необхідності (у наступних випадках): діяти для оборони країни; проводити заходи, необхідні для попередження стихійних чи громадських лих та виробничих аварій; проводити заходи, спрямовані на ліквідацію наслідків лих, аварій; провести роботи з водопостачання, газопостачання, опалення, освітлення, каналізації, ремонту транспорту, зв'язку, направлені на попередження можливих аварій; закінчити роботу, незавершену в робочий час, у випадку, коли припинення її може



привести до псування державного чи громадського майна та за необхідності ремонту устаткування, через несправність якого багато працівників припинять роботу; провести вантажно-розвантажувальні роботи, невиконання яких призведе до простою рухомого складу чи накопичення вантажів у пунктах відправлення чи призначення; якщо не з'явився на роботу працівник, який мав змінити попереднього працівника (залишається на робочому місці доти, доки керівництво терміново не змінить його іншим працівником).

Оплата праці медичним працівникам у бюджетних установах у випадку виконання понаднормової роботи здійснюється *понад розмір мінімальної заробітної плати*. Наднормову роботу оплачують залежно від системи оплати праці, встановленої в медичному закладі.

Особливості оплати праці в комунальних некомерційних підприємствах. Численні дослідження у сфері оплати праці та управління персоналом свідчать про те, що продумана система оплати праці в організації має більш істотний вплив на трудову поведінку її працівників, ніж просте (необумовлене) підвищення розміру посадового окладу. Саме тому сьогодні в більшості країн світу намагаються будувати досить складні схеми оплати праці медичного персоналу, які фактично зводяться до реалізації у сфері охорони здоров'я принципу Р4Р (pay-for-performance — «плата за результат»), що застосовується в бізнесі. Плата за результат полягає у врахуванні якісних та кількісних показників діяльності конкретного працівника під час визначення розміру його заробітної плати.

Залежно від ступеня впровадження принципу Р4Р виділяють такі *моделі оплати праці медичного персоналу*:

1. *Модель «100% зарплата»*, відповідно до якої лікар отримує заздалегідь узгоджену та фіксовану заробітну плату. Ця модель є простою в адмініструванні і підходить для оплати праці нових медичних працівників або персоналу з невеликим досвідом роботи. Проте вона не стимулює інших медичних працівників до продуктивної роботи.

2. *Модель «Заробітна плата плюс бонуси»* полягає у встановленні працівнику базового окладу, який за результатами діяльності з урахуванням особистої продуктивності може доповнюватися додатковими виплатами у вигляді бонусів. Ця модель заохочує працівника виконувати свої трудові обов'язки таким чином, щоб отримати додаткові виплати. Бонуси, в свою чергу, можуть бути прив'язані до різних індикаторів, а саме задоволеність пацієнтів, якість роботи працівника, його продуктивність або їх комбінації.



3. *Модель рівних часток* передбачає розподіл частини прибутку закладу охорони здоров'я порівну між працівниками, які надають медичну допомогу. Розподіл коштів формує їхню зацікавленість у підвищенні рентабельності всього закладу, зменшенні розміру видатків. Однак така модель нівелює особисті досягнення працівника (попередній досвід, набуті навички, якість виконання трудових обов'язків тощо).

4. *Модель продуктивності* усуває недолік попередньої моделі шляхом прив'язки розміру заробітної плати працівника до відсотка від надходжень, які він приносить. При цьому з надходжень попередньо вираховуються кошти, які спрямовуються на покриття витрат, пов'язаних із утриманням закладу. Важливо також, щоб критерії для визначення розміру заробітної плати працівників не містили дискримінаційних умов.

Реформа системи охорони здоров'я створила певні умови, за яких сучасні комунальні некомерційні підприємства у сфері охорони здоров'я є повноцінними суб'єктами господарських відносин, отримали широкі можливості і свободу в економічному управлінні, зокрема і повністю переходять від державного до договірному регулюванню оплати праці.

Особливості нормативного регулювання оплати праці працівників реорганізованих медичних закладів:

- оплату проводять на основі Ст. 97 КЗпП, Ст. 15 та 16 Закону України «Про оплату праці», Закону України «Про колективні договори і угоди», положень відповідних галузевих і регіональних угод;
- якщо медичний заклад фінансується з місцевого бюджету, то слід дотримуватися вимог Постанови №1298. Однак після укладання договору про надання медичних послуг із НСЗУ підприємство має діяти відповідно до положень Господарського Кодексу.
- якщо реорганізовані медичні заклади отримують додаткові дотації з держбюджету, то вони мають враховувати: вимоги постанови КМУ «Про умови і розміри оплати праці працівників підприємств і організацій, що дотуються з бюджету» від 31.08.1997 №948; вимоги Національної служби охорони здоров'я України до оплати праці в комунальних некомерційних підприємствах.

Отож, Міністерство охорони здоров'я та Національна служба здоров'я України не здійснюватимуть безпосереднього контролю за тим, які саме форми та системи оплати праці використовуватимуться в конкретному закладі.

Проте, незважаючи на проголошену автономізацію закладів охорони здоров'я, комунальні некомерційні підприємства є власністю територіаль-



них громад. Тому останні мають змогу визначати основні підходи до формування умов оплати праці в медичних закладах на своїй території, передбачивши відповідні положення у статутах підприємств, контрактах з керівниками, а також встановивши відповідальність за їх порушення.

Договірне регулювання оплати праці передбачає, що форми, системи оплати і норми праці, розцінки, тарифні сітки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород й інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат підприємства встановлюють *самостійно*. Юридично ці норми оформлюються в *колективному договорі*, з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною, галузевими (міжгалузевими) та територіальними угодами (відповідно до Ст. 15 Закону України «Про оплату праці»).

Колективний договір — це угода (нормативний акт), яка укладається між власником або уповноваженим органом (особою) і одним або кількома профспілковими чи іншими уповноваженими на представництво трудового колективу органами, а за відсутності таких — представниками працівників, обраними та уповноваженими трудовим колективом. Колективний договір є результатом соціального партнерства і діалогу на локальному рівні.

Предметом колективного договору є окремі виробничі, трудові та соціально-економічні відносини, які підлягають узгодженню між власником (роботодавцем) і трудовим колективом залежно від особливостей господарської діяльності конкретної юридичної особи, а також додаткові, порівняно з чинним законодавством, трудові та соціально-економічні права і гарантії, пільги і компенсації, взаємні обов'язки учасників трудових відносин.

Метою колективно-договірного регулювання є досягнення балансу інтересів найманих працівників і власника (роботодавця) в процесі здійснення господарської діяльності, а також документальна фіксація взятих ними зобов'язань.

У зв'язку з реорганізацією бюджетних комунальних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства, колективний договір набуває особливого значення, *оскільки забезпечує можливість договірному регулюванню окремих умов праці, її оплати й охорони, надання додаткових, порівняно з чинним законодавством, трудових і соціально-економічних пільг і гарантій працівникам*, а також вирішення інших питань організації діяльності комунального некомерційного підприєм-



ства, які до цього регулювалися в імперативному порядку з урахуванням норм бюджетного законодавства.

Таким чином, умови оплати праці медичних працівників мають бути прописані в колективному договорі конкретного медичного закладу. Зокрема, у ньому визначають взаємні зобов'язання сторін щодо: нормування та оплати праці, визначення форми, системи, розмірів заробітної плати та інших видів трудових виплат — доплат, надбавок, премій тощо.

Комунальне некомерційне підприємство може продовжувати використовувати традиційну тарифну систему, яка містить тарифні сітки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, професійні стандарти (кваліфікаційні характеристики). Проте, може також обрати будь-яку іншу систему оплати праці.

При цьому підприємство може впровадити в свою систему оплати праці різні норми диференціювання оплати праці та матеріальної мотивації працівників.

Індивідуальні особливості оплати праці працівників в комунальних неприбуткових підприємствах. Доволі часто в сучасних мас-медіа, в тому числі й у висловлюваннях представників державного управління звучить теза про те, що сьогодні лікар має/може домовлятися з керівником закладу про рівень оплати праці. Проте це не завжди є можливим.

Як вже зазначалося, умови оплати праці в підприємстві визначаються загальними нормами законодавства та нормами, які прописані в колективному договорі. Відповідно, якщо в колективному договорі будуть передбачені можливості формування індивідуальних умов оплати праці для окремих працівників, конкретні схеми посадових окладів, а також умови виплати інших складових структури заробітної плати, лікар матиме можливість домовлятися про рівень оплати праці, проте лише в межах, передбачених цим документом. Якщо в колективному договорі конкретного закладу це не передбачено, такої можливості не буде.

Індивідуальні умови оплати праці конкретних працівників також можуть визначатися в укладених з ними трудових договорах.

Окрім того, формування індивідуальних умов оплати праці можливе, якщо в Статуті підприємства передбачене повноваження керівника щодо одноосібного застосування індивідуальних умов оплати праці конкретних працівників понад встановлені законодавством і колективним договором норми. В такому випадку ці умови може додатково контролювати спостережна рада закладу охорони здоров'я.



Зазначимо, що встановлення підвищеного рівня заробітної плати для окремих працівників у межах однієї категорії персоналу потребує розробки та затвердження універсальних критеріїв. Якщо ж відмінності в оплаті праці безпосередньо не пов'язані з відмінностями в її продуктивності чи ділових якостях працівника, власник (керівник, роботодавець) може наразитися на звинувачення в умисних дискримінаційних діях.

Важливо: в своїй практичній діяльності підприємство має повністю керуватись тими нормами щодо формування і виплати оплати праці, які визначені в колективному договорі! Будь-які додаткові доплати, не передбачені ним, або ж невивплата певних складових заробітної плати, передбачених колективним договором, є суттєвим порушенням.

Важливим фактором при побудові ефективної системи оплати праці підприємства є обґрунтоване визначення фонду оплати праці з примірного розрахунку якого має розпочинатись робота з формування системи оплати праці.

Фонд оплати праці це вся сума грошових коштів, які підприємство планує витратити на оплату праці персоналу протягом року і включає суми на основну і додаткову оплату праці та інші компенсаційні та заохочувальні виплати.

Кожне підприємство має власні витрати на різні потреби (комунальні послуги, оренда приміщення, заробітна плата працівників тощо), у зв'язку з чим доцільно навести примірні показники, за якими загальний бюджет підприємства може поділитися на декілька фондів, зокрема і на фонд оплати праці:

- 20–25% коштів — на посадові оклади медичних працівників підприємства;
- 18% коштів — на оплату праці адміністративно-господарського персоналу (посадові оклади, доплати, надбавки, інші заохочувальні виплати та преміювання);
- 22–25% коштів — на преміювання працівників підприємства;
- 20% коштів — на оплату комунальних послуг, оренду приміщень (до 2022 року ці виплати здійснювались за рахунок місцевих бюджетів), амортизацію обладнання, витратні матеріали тощо;
- 8–10% — резервний фонд;
- не менше ніж 0,5% від ФОП за попередній рік — на фінансування витрат на охорону праці відповідно до частини 3 статті 19 Закону України «Про охорону праці» та 0,3% від ФОП — на культурно-масову, фізкультурну



і оздоровчу роботу відповідно до статті 44 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» (за наявності на підприємстві профспілкової організації).

Таким чином, у підсумку на виплату заробітних плат підприємство витрачатиме 60–68% від свого загального бюджету. Наведений приклад розподілу бюджету є орієнтовним і залежить від видаткової та дохідної частин підприємства.

Отож, для формування ефективної системи оплати праці сучасним медичним підприємствам слід використовувати всі ті можливості та умови, які стали можливими завдяки реформуванню системи охорони здоров'я. Адже в існуючих умовах, оплата праці — це не просто данність і обов'язок підприємства перед працівниками, це спосіб мотивації працівників до продуктивної та ефективної роботи, інструмент підвищення потенціалу та забезпечення ефективного використання трудових ресурсів підприємства, а здатність керівництва налагодити ефективну систему оплати праці є умовою ефективного використання фінансових ресурсів підприємства.

5.4. Основні засоби та ефективність їх використання в охороні здоров'я. Амортизація

Матеріальною основою діяльності будь-якого підприємства, установи, організації, у тому числі й в охороні здоров'я є виробничі фонди. За характером участі в процесі виробництва продукції або наданні послуг виробничі фонди поділяються на: *фонди основних засобів та фонди оборотних коштів* (або оборотних активів).

Обидві ці групи є важливими для налагодження нормального функціонування підприємства. Основна їх відмінність полягає в тому, що вони по-різному переносять свою вартість на продукцію або послугу. А відповідно до цього, вони, зазвичай, мають різну вартість, по-різному використовуються в діяльності підприємства, по-різному здійснюється управління ними тощо.

Основні засоби — матеріальні активи, які підприємство утримує з метою використання їх у процесі виробництва чи поставки товарів, надання послуг, здачі в оренду іншим особам, для виконання адміністративних і соціально-культурних функцій, очікуваний термін корисного використання (експлуатації) яких більше одного року, або одного оборотного періоду.



Основні засоби підприємство використовує тривалий час і їх вартість поступово (частинами) переноситься на створюваний продукт, послугу. При цьому і вартість основних засобів поступово зменшується у зв'язку з їх фізичним та моральним зносом. *До основних засобів у сфері охорони здоров'я можуть відноситись:* земельні ділянки; капітальні витрати на поліпшення земель; будівлі, споруди і передавальні пристрої; машини й устаткування; транспортні засоби; інструменти, прилади, інвентар (меблі) та інші основні засоби.

Оборотні фонди — обслуговують виробничу діяльність, використовуються повністю в процесі виробництва продукту, послуг протягом одного виробничого циклу (або року), а їх вартість повністю переноситься на вартість виготовленої продукції або наданої послуги.

Оборотні фонди є мінімально необхідними для виготовлення продукції або надання послуги запасами сировини, матеріалів, витратних матеріалів, допоміжних матеріалів, палива, запасних частин для ремонту, запас малоцінних і швидко зношуваних предметів, незавершеного виробництва. Крім того, до складу оборотних коштів входять фонди обігу, які хоча і не беруть безпосередньої участі у виробничому процесі, але є необхідним елементом для забезпечення єдності виробництва і обороту. *Фонди обігу* для медичних закладів можуть включати залишки грошових коштів на рахунку в банку і в касі підприємства.

Як вже зазначалося, в процесі експлуатації основні засоби поступово втрачають свою вартість. Для визначення цього процесу використовують термін «знос». *Знос* — це втрата основними засобами частини своїх корисних властивостей, внаслідок фізичного або морального старіння.

Отже, розрізняють два види зносу основних засобів: фізичний і моральний.

Фізичний знос — це поступова втрата основними засобами споживчої вартості в процесі їх експлуатації (використання в діяльності організації), тобто суто матеріальний знос їх окремих елементів.

Фізичний знос залежить від багатьох факторів: передбачених термінів експлуатації основних засобів; особливостей технологічного процесу; якості обслуговування основних засобів; кваліфікації робітників та їхнього ставлення до основних засобів у процесі використання, інтенсивності та умов їх використання.

Слід розрізняти повний і частковий знос основних засобів. Повний знос передбачає повну заміну зношених основних засобів шляхом нового капітального будівництва або придбання нових основних засобів. Част-



ковий знос компенсується здійсненням капітального ремонту основних засобів. Підкреслимо, що фізичний знос основних засобів відбувається поступово, щорічно, невеликими частинами стосовно до властивостей основних засобів та їх вартості. Це об'єктивний нормальний процес.

Моральний знос — це знос основних засобів внаслідок створення нових, прогресивніших й економічно ефективних машин та устаткування. Тобто розвитку техніки і технологій, внаслідок яких використання даного засобу стає неефективним, нераціональним, хоча фізично він може знаходитись ще в дуже доброму стані.

Найкращим прикладом застаріння і морального зносу є використання комп'ютерної техніки та мобільних телефонів, які досить часто доводиться змінювати якраз не через втрату фізичних властивостей, а через моральний знос — невідповідність їх тим вимогам та можливостям, що існують в сьогоденні. Несвоєчасна заміна морально застарілих основних виробничих засобів призводить до того, що собівартість підвищується, а якість знижується порівняно з продукцією та послугами, виготовленою з використанням більш досконалого сучасного обладнання.

Таким чином, знос визначається як процес втрати вартості основними засобами. Для відображення його в економічній діяльності підприємства, організації, врахування в собівартості товарів та послуг, що виробляються, використовується поняття *амортизації основних засобів*.

Амортизація — процес поступового перенесення вартості основних засобів на продукт, що виготовляється за їх допомогою, протягом строку їх корисного використання (експлуатації).

Вартість основних засобів, яка амортизується — це первісна або переоцінена вартість основних засобів за вирахуванням їх ліквідаційної вартості.

Ліквідаційна вартість — сума коштів або вартість інших активів, яку підприємство, організація очікує отримати від реалізації (ліквідації) основних засобів після закінчення строку їх корисного використання (експлуатації) за вирахуванням витрат, пов'язаних з продажем (ліквідацією).

Строк корисного використання (експлуатації) — очікуваний період часу, протягом якого основні засоби будуть використовуватися підприємством, організацією або з їх використанням буде виготовлено (виконано) очікуваний підприємством, організацією обсяг продукції (робіт, послуг).

При визначенні строку корисного використання (експлуатації) слід враховувати: очікуване використання об'єкта підприємством з урахуванням його потужності або продуктивності; очікуваний фізичний і мо-



ральний знос; правові або інші обмеження щодо строків використання об'єкта.

Об'єктом амортизації є всі основні засоби, крім землі. Нарахування амортизації здійснюється починаючи з місяця, що настає за місяцем, у якому об'єкт основних засобів став придатним для використання.

Вимоги до амортизації: вартість об'єкта, що амортизується повинна списуватись систематично протягом строку корисного використання; метод амортизації, який використовується повинен відображати процес споживання підприємства та економічних вигод від об'єкта; метод амортизації об'єкта основних засобів обирається підприємством самостійно.

Врегулювання процесу амортизації основних засобів здійснюється П(С) БО 7 «Основні засоби». В ньому визначено, що *нарахування амортизації основних засобів може здійснюватись із застосуванням наступних методів:* прямолінійного; зменшення залишкової вартості; прискореного зменшення залишкової вартості; кумулятивного; виробничого.

Коротко розглянемо їх особливості. *Прямолінійний метод* розрахунків амортизації передбачає: визначення річної суми амортизації, для чого вартість об'єкта основних засобів, яка амортизується, ділиться на строк його корисного використання; визначення щомісячної суми амортизації: для цього річна сума амортизації ділиться на 12. Застосування даного методу передбачає, що сума амортизації повністю залежить від строку використання об'єкта основних засобів. Прямолінійний метод є дуже простим у практичному застосуванні. Проте він має недоліки: амортизаційні відрахування в перші роки експлуатації є такими самими, як і в останні, хоча об'єкт основних засобів в останні роки використання приносить, як правило, менше економічного ефекту і вимагає більших витрат на ремонт і обслуговування.

Цей метод доцільно застосовувати під час розрахунку амортизації стаціонарних об'єктів основних засобів: будинків або споруд.

Метод зменшення залишкової вартості передбачає: розрахунок суми амортизації за рік як добуток залишкової вартості об'єкта основних засобів на початок звітного року (або первісної вартості на дату початку нарахування амортизації) і річної норми амортизації; річна норма амортизації, у свою чергу, визначається як різниця між одиницею та результатом кореня ступеня кількості років корисного використання об'єкта основних засобів з результату, отриманого від ділення ліквідаційної вартості цього об'єкта на його первісну вартість. Місячна сума амортизації визначається як частка від ділення річної суми амортизації на 12.



Застосування зазначеного методу передбачає більш інтенсивне використання об'єктів основних засобів саме в перші роки їх експлуатації.

Метод прискореного зменшення залишкової вартості є різновидом методу зменшення залишкової вартості. Його застосування також засновано на припущенні, що об'єкти основних засобів найінтенсивніше використовуються в перші роки експлуатації, коли вони є новими. Сума амортизації за рік визначається як добуток залишкової вартості об'єкта основних засобів на початок звітного року (або первісної вартості на дату початку нарахування амортизації) і подвоєної річної норми амортизації. Річна норма амортизації, у свою чергу, розраховується як частка від ділення 100% на строк корисного використання (у роках). Техніка розрахунку суми амортизації за цим методом є значно простішою, ніж за попереднім.

Кумулятивний метод передбачає, що річна сума амортизації визначається як добуток вартості, яка амортизується (різниці між первісною та ліквідаційною вартістю), і кумулятивного коефіцієнта. Цей коефіцієнт розраховується як частка від ділення кількості років, що залишилися до закінчення строку корисного використання об'єкта основних засобів, на суму чисел років його корисного використання. Розрахована таким чином сума амортизації щороку рівними частинами зменшується. Сума амортизації за місяць дорівнює $1/12$ річної суми амортизації. Після закінчення строку корисного використання об'єкта основних засобів його залишкова та ліквідаційна вартості мають бути однаковими.

Виробничий метод: місячна сума нарахованої амортизації визначається як добуток фактичного обсягу продукції (робіт, послуг) за місяць і виробничої ставки амортизації. При цьому одиниці виміру фактичного обсягу випущеної продукції (виконаних робіт, наданих послуг) можуть бути різними. Виробнича ставка амортизації, у свою чергу, визначається як частка від ділення вартості, яка амортизується, на загальний обсяг продукції (робіт, послуг), який очікується виробити з використанням об'єкта основних засобів. За допомогою цього методу найповніше забезпечується рівномірний розподіл вартості об'єкта основних засобів між видами виготовленої продукції (послугами). Крім того, його застосування є економічно обґрунтованим щодо тих об'єктів основних засобів, які безпосередньо зайняті у виробництві, наприклад обладнання, установки, транспортні засоби.

Для оцінки ефективності використання основних засобів підприємством, організацією можуть використовуватись 3 групи показників: узагальнюючі показники ефективності використання основних засобів; показники використання обладнання і показники використання площ.



Оскільки показники першої групи використовуються для всіх підприємств і організацій, незалежно від їх розміру, форми організації та сфери діяльності, коротко розглянемо їх: фондівіддача — показник, що відображає випуск продукції на 1 грн. основних фондів підприємства, організації; фондомісткість — показник потреби основних фондів (засобів) для забезпечення виконання одиниці обсягу роботи; фондоозброєність праці — показує вартість основних засобів у відношенні до середньооблікової чисельності виробничого персоналу; фондівіддача на одного робітника — показник, що характеризує випуск продукції на 1 грн. основних фондів з урахуванням кількості робітників; коефіцієнт технологічної структури основних фондів — визначається як співвідношення вартості активної частини основних засобів та вартості основних засобів; фондорентабельність — характеризує ефективність використання основних засобів і визначається відношенням прибутку до вартості основних засобів.

5.5. Фінансові ресурси підприємств охорони здоров'я

Фінансові ресурси відносяться до категорії похідних економічних ресурсів, оскільки вони історично виникли в ході суспільного розвитку, пізніше природних, матеріальних і трудових.

Фінансові ресурси — це грошові кошти у формі грошових фондів (статутний фонд, фонд оплати праці, резервний фонд) та у нефондовій формі (використання грошових коштів для виконання фінансових зобов'язань перед бюджетом і позабюджетними фондами, банками, страховими компаніями і т. д.). Фінансові ресурси також можна визначити як акумульовані підприємством грошові кошти з різних джерел, що надходять у господарський обіг та використовуються для покриття його потреб. Фінансові ресурси є матеріальним втіленням фінансових відносин (фінансів) на рівні господарських суб'єктів.

Фінанси — це система економічних відносин між державою, юридичними та фізичними особами, а також між окремими державами і міжнародними економічними інститутами й організаціями щодо акумуляції та використання грошових засобів на основі розподілу і перерозподілу ВВП і національного доходу.

Сфера охорони здоров'я має певну специфіку і в меті та організації своєї діяльності, і в її суспільному та соціальному значенні і в економічних засадах її функціонування. Тому розуміння фінансових ресурсів медичних підприємств є дещо ширшим.



Фінансові ресурси медичних закладів — це грошові кошти у фондовій формі, що створюються у результаті розподілу і перерозподілу ВВП та спрямовуються на формування активів медичних закладів для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню.

Залежно від джерел їх створення фінансові ресурси поділяють на 3 групи: власні фінансові ресурси, позикові кошти та залучені кошти.

1. *Власні фінансові ресурси* — це базова частина всіх фінансових ресурсів підприємства (організації). Вони формуються у момент її створення і знаходяться в розпорядженні впродовж всього періоду діяльності. До них належать: статутний фонд (капітал), внески учасників і акціонерів, прибуток, що залишається у розпорядженні організації, амортизаційні відрахування, бюджетне фінансування і цільове фінансування з позабюджетних спеціальних фондів (на безповоротній основі), добродійні внески, гуманітарна допомога. Проте власних фінансових ресурсів організації зазвичай не достатньо для нормального здійснення своєї діяльності, і тому використовуються також позикові та залучені засоби.

Перевагами використання власних фінансових ресурсів є простота їх залучення, висока віддача за критерієм норми прибутку на вкладений капітал тому, що у цьому разі не потрібна сплата позикового відсотка, зменшенням ризику небезпеки фінансової нестійкості та банкрутства підприємства. Суттєвим же недоліком є обмежений обсяг залучення, що означає менше можливостей суттєвого розширення господарської діяльності підприємства за сприятливої кон'юнктури ринку.

2. *Позикові кошти* — це, в основному, кредити різних фінансово-кредитних установ, отримані на оплатній основі (%) на умовах повернення і строковості. Вони покривають тимчасову додаткову потребу організації в фінансових ресурсах. При обґрунтованому використанні, кредити використовуються більш ефективно, ніж власні засоби, оскільки вони здійснюють швидший кругообіг, мають цільове призначення, видаються на обумовлений термін і супроводжуються стягненням банківського відсотка. Ці причини примушують організацію пильніше стежити за рухом позикових засобів і результативністю їх використання.

Перевагою використання позикових коштів є збільшення фінансового потенціалу підприємства (організації) за необхідності суттєвого підвищення темпів зростання обсягів виробництва. Недоліки ж полягають в наступному: складність залучення коштів; необхідність надання відповідних гарантій або застави; зниження норми прибутку активів, оскільки прибуток підприємства зменшується на суму сплачених відсотків за кре-



дит; зниження фінансової стійкості підприємства і відповідно зростання ризику банкрутства.

3. *Залучені кошти* — це кошти, які фактично не належать підприємству, але внаслідок діючої системи розрахунків постійно перебувають в їх обігу. До них відносяться залишки фондів і резервів самої організації, що тимчасово не використовуються за цільовим призначенням; резерви майбутніх платежів, наприклад оплати праці, оплати за договорами тощо. Всі ці засоби у встановлені терміни будуть використані за цільовим призначенням, тому що як джерело фінансування можуть виступати лише залишки цих фондів і резервів, і лише на період часу, що залишається до їх цільового використання. Також до залучених коштів відносяться кошти, мобілізовані на фінансовому ринку шляхом випуску та розміщення акцій і цінних паперів, отримання страхових сум за умови настання відповідного страхового випадку тощо.

Складовими фінансових ресурсів підприємства є: прибуток, амортизаційні відрахування, обігові кошти, бюджетні асигнування, надходження з цільових фондів, надходження з централізованих корпоративних фондів, кредити.

Прибуток — це грошовий вираз фінансових ресурсів, що створюються підприємствами будь-якої форми власності та належить їм після розподілу доходів від господарської діяльності; це найголовніша фінансова категорія на рівні підприємницьких структур, що характеризує ефективність виробництва; це сума, на яку доходи перевищують витрати. Слід підкреслити, що статус некомерційних комунальних підприємств, який мають наразі більшість медичних підприємств, дозволяє їм отримувати прибуток, але обмежує можливості його розподілу і використання — він не може розподілятися між засновниками, а має використовуватися, як правило, на забезпечення статутних цілей діяльності організації.

<p>За формою виявлення фінансові ресурси поділяються на</p> <ul style="list-style-type: none">– грошові кошти– кошти в нефондовій формі	<p>За напрямком надходження фінансові ресурси поділяються на</p> <ul style="list-style-type: none">– внутрішні– зовнішні	<p>За способом формування виділяють фінансові ресурси</p> <ul style="list-style-type: none">– створені при заснуванні підприємства– створені за рахунок власних коштів– мобілізовані на фінансовому ринку– отримані у порядку розподілу грошових надходжень
---	--	---

Рис. 1. Класифікація фінансових ресурсів



При цьому, за певних обставин, некомерційне комунальне підприємство може мати статус неприбуткового (податковий статус).

Амортизаційні відрахування — це вид цільових фінансових ресурсів, які відображають перенесення на готову продукцію частини вартості основних засобів.

Обігові кошти — частина фінансових ресурсів підприємства, що постійно перебувають в господарському обороті. До них належать кошти та їх еквіваленти, не обмежені у використанні, а також інші активи підприємства (сировина, матеріали, готова продукція і т. п.), які призначені для реалізації чи споживання протягом операційного циклу або протягом дванадцяти місяців з дати балансу.

Бюджетні асигнування — це повноваження розпорядника бюджетних коштів, надане відповідно до бюджетного призначення, на взяття бюджетного зобов'язання та здійснення платежів, яке має кількісні, часові та цільові обмеження. Вони можуть надаватися у формі: бюджетних інвестицій — виділення коштів у вигляді капітальних вкладень на розвиток виробництва в пріоритетних напрямках економіки чи суспільного життя країни; бюджетних кредитів — надаються підприємствам державного сектора економіки на тимчасові потреби в разі фінансових ускладнень. Вони можуть бути безпроцентними або з невисокою процентною ставкою; державних дотацій — виділення коштів на відшкодування збитків підприємств, коли збитковість є наслідком ринкової кон'юнктури або політики держави та державних субсидій — виділення коштів з бюджету на вирішення конкретних завдань підприємств у межах спеціальних державних програм розвитку.

Кредити це економічна категорія, певний вид суспільних відносин, пов'язаних з рухом вартості на умовах повернення; грошові кошти, що надаються на умовах повернення, строковості та платності.

Склад і структура фінансових ресурсів, їх обсяги залежать від виду і розміру підприємства (організації), виду його діяльності, обсягів виробництва. Кожен з вищезазначених видів фінансових ресурсів є важливим для забезпечення стабільної та ефективної роботи підприємства, проте ідеальної формули їх складу не існує, це визначається поточною ситуацією та цілями і задачами роботи підприємства.

Слід підкреслити, що на сьогодні, реформування системи охорони здоров'я в Україні, передбачає суттєві зміни в підходах до фінансування медичних підприємств та організацій, створюються передумови застосування більш високих вимог до прийняття фінансових рішень, які розкривають для медичних



закладів в статусі казенних та комунальних неприбуткових підприємств нові можливості формування та використання фінансових ресурсів, проте ставлять нові вимоги до компетентності керівників в цих питаннях.

Сучасні характерні риси фінансових ресурсів медичних підприємств: для забезпечення ефективності функціонування медичних підприємств фінансові ресурси повинні постійно відновлюватись та підтримуватись на достатньому рівні; вони формуються в результаті законодавчо визначених пропорцій між державними та недержавними джерелами фінансування; обсяги надходжень фінансових ресурсів до медичного підприємства визначаються залежністю від кількості пацієнтів; фінансові ресурси медичного підприємства формуються у процесі надання медичних послуг різного спектру і складності, що ускладнює їх вимірювання та прогнозування; фінансові ресурси можуть трансформуватися в різні види економічних ресурсів; фінансові ресурси піддаються впливу ризиків, оскільки їх формування та використання пов'язане з усіма видами ризиків, що асоціюються з активами; оптимальні обсяги фінансових ресурсів в медичних підприємствах можуть забезпечуватись шляхом ефективного управління ними.

Від наявності, структури за джерелами формування, ефективного використання фінансових ресурсів залежить фінансова стабільність, платоспроможність, рівень фінансового ризику й успіх господарської діяльності підприємства (організації). Відповідно, важливим завданням медичних підприємств в сучасних умовах є пошук резервів збільшення власних фінансових ресурсів і найкращого їх використання з метою підвищення ефективності роботи підприємства в цілому. Оцінка ефективності використання фінансових ресурсів здійснюється шляхом фінансового аналізу господарської діяльності медичного підприємства.

ТЕМА 6. ПЛАНУВАННЯ І ПРОГНОЗУВАННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. БІЗНЕС-ПЛАНУВАННЯ В МЕДИЦИНІ

6.1. Загальна інформація про планування та прогнозування

Життєдіяльність переважної більшості людей є неспонтанною, а такою, що орієнтована на досягнення заздалегідь визначених цілей і передбачає здійснення комплексу заходів за певним алгоритмом як на віддалену перспективу так і на поточний період. Тобто йдеться про прогнозування та планування.



Економічне прогнозування — це метод оцінки економічних процесів, що відбуваються, встановлення тенденцій їх розвитку та можливих наслідків для розробки стратегії економічної поведінки, економічних дій для досягнення поставлених цілей та бажаного результату.

Прогнозування в охороні здоров'я — це розробка, складання науково обґрунтованих суджень про можливий стан громадського здоров'я в країні, регіоні у майбутньому, необхідних заходів щодо його покращення та альтернативних шляхів і термінів їх здійснення.

Прогнозування в охороні здоров'я — попередня стадія планування, головними функціями якої є: аналіз соціально-економічних, науково-технічних, демографічних процесів і тенденцій, оцінка наявної ситуації та виявлення головних, вузлових проблем розвитку охорони здоров'я; оцінка розвитку цих процесів і тенденцій у майбутньому та передбачення нових економічних умов та проблем, що потребують свого вирішення; визначення можливих альтернатив розвитку у перспективі, обґрунтування вибору певного (або кількох можливих) варіантів для прийняття оптимального планового рішення.

Планування є першою, визначальною функцією управління на всіх рівнях економіки від державного, регіонального до рівня підприємства та його підрозділів, від якої залежить організація роботи об'єктів планування та у кінцевому рахунку, досягнення поставлених цілей.

В охороні здоров'я планування передбачає визначення обсягів робіт із захисту здоров'я населення, види та об'єми профілактичних, лікувальних, реабілітаційних та інших заходів, їх ресурсне забезпечення, шляхи, етапи і методи виконання поставлених завдань для досягнення економічних і соціальних цілей.

Актуальність планування діяльності медичних закладів (підприємств) в умовах ринкової економіки полягає в тому, що воно дає повніше уявлення про очікуваний обсяг медичних послуг, особливо на вторинному та вищому третинному рівні, попит на них, необхідне і можливе технічне, кадрове, наукове, фінансове та інше ресурсне забезпечення. А це, у свою чергу, є основою раціональної організації, мотивування та контролю діяльності як підприємства в цілому, так і його підрозділів.

План роботи медичного закладу (підприємства) — це завчасно розроблена та обрахована необхідними ресурсами програма його діяльності за видами і обсягами надання медичних послуг, виконання робіт за договорами та реалізації іншої продукції, а також методи, послідовність і строки їх виконання.



Можна визначити сутність плану і як «оформленого управлінського рішення, яке включає кількісне відображення цілей та розробки шляхів їх досягнення, як мотивовану модель дій, створена на основі кон'юнктурного прогнозу економічного середовища».

Об'єктами планування/прогнозування в охороні здоров'я можуть бути: мережа підприємств охорони здоров'я; капітальне будівництво та реконструкція об'єктів охорони здоров'я; виробнича діяльність підприємств (закладів) охорони здоров'я (види й об'єми послуг робіт, випуск продукції, тощо); матеріально-технічне, інше ресурсне забезпечення підприємств сфери охорони здоров'я та їх структурних підрозділів; потреби у медичних кадрах; бюджет системи охорони здоров'я загалом чи окремого регіону, підприємства тощо.

Планування є адміністративним інструментом, який забезпечує раціональну основу для прийняття управлінських рішень.

Плани мають супроводжуватися деталізацією задач і ресурсів, описом методів, способів і термінів виконання цих завдань та використання ресурсів.

Прогнози окреслюють області та можливості, у рамках яких можуть бути поставлені реальні задачі та цілі, виявляють проблеми, котрі повинні стати об'єктами розробки у планах.

Існують певні принципи планування у сфері охорони здоров'я: спрямованість на досягнення конкретних результатів; реальна оцінка вихідних умов та ситуації; забезпечення соціальної справедливості, доступності та високої якості медичної допомоги; бюджетне фінансове забезпечення державних зобов'язань та гарантій з надання медичних послуг населенню; визначення та ресурсне забезпечення пріоритетних напрямів розвитку цієї сфери; єдність процесу планування на усіх управлінсько-виробничих рівнях; першочергове планування пріоритетних напрямів розвитку галузі; адекватне і доступне інформаційне забезпечення процесу планування; ефективне використання ресурсів і впровадження інновацій в охороні здоров'я.

Запорукою успішної реалізації плану є узгодженість планових цілей та можливостей їх досягнення, кваліфікація, досвід та інтуїція працівників, повна і достовірна інформація, відповідальність за кінцевий результат, раціональне використання обмежених ресурсів галузі, достатня поінформованість співробітників, контроль за подіями та усунення проблем, що виникають у ході виконання плану.

Причинами невиконання планів (неточності прогнозів) можуть стати недостатня визначеність та нестабільність чинників зовнішнього сере-



довища, форс-мажорні обставини, суб'єктивізм поглядів виконавців, неточна, неповна, асиметрична інформація, помилки у плануванні, зокрема у розрахунках і розподілі ресурсів; недостатня поінформованість та мотивація співробітників.

Етапи планування: усвідомлення проблеми та бажання її вирішити; аналіз причин і форм прояву проблеми; створення образу бажаного майбутнього, формування цілей; пошук декількох можливих варіантів рішень проблеми, досягнення цілей; вибір оптимального рішення для досягнення цілі та ефективного використання ресурсів (за критеріями оптимальності, що можуть відрізнитися в кожній конкретній ситуації); розробка плану, способів і методів його реалізації; затвердження розробленого плану.

Етапи прогнозування: уточнення об'єкта прогнозу, цілей та задач прогнозування; виділення основних факторів, що впливають та визначають проблеми в охороні здоров'я, виявлення їх підпорядкованості, ієрархічності та взаємозв'язку; збір й обробка ретроспективної інформації про об'єкт прогнозування; формалізація задачі; вибір методів та алгоритму прогнозування; формування прогнозу і розробка пропозицій на його основі.

6.2. Основні види планів, методи планування та прогнозування

Основні види планів мають свою класифікацію, виділяють плани за строками виконання, за рівнем та спрямованістю, за характером впливу на об'єкт планування тощо (Табл. 1).

Універсальними методами планування та прогнозування, що широко застосовуються в галузях економіки та в економіці охорони здоров'я є: аналітичний метод, метод аналогії, балансовий метод, метод моделювання, нормативний, порівняльний, метод екстраполяції та метод експертних оцінок.

Аналітичний метод — дозволяє оцінити розвиток медичного закладу в динаміці, порівняти початковий рівень і досягнутий стан (забезпеченість населення медичним персоналом, лікарняними ліжками тощо).

Метод аналогії — передбачає перенесення знань про один предмет на інший (ресурсне забезпечення медичних закладів тощо).

Балансовий метод — метод співвідношення цілей і можливостей їх досягнення (потреби населення у медичній допомозі та ресурсне забезпечення).

Метод моделювання — використання моделі як засобу дослідження явищ і процесів (оновлення матеріально-технічної бази медичного закладу залежно від розмірів бюджетного фінансування).



Таблиця 6.1

Класифікація видів планування

За строками	<ul style="list-style-type: none">- оперативні (короткострокові) — до 1 року- тактичні (середньострокові) — від 1 до 5 років- стратегічні (довгострокові) — понад 5 років
За рівнем	<ul style="list-style-type: none">- державні- галузеві- регіональні- місцеві- суб'єктів господарювання
За спрямованістю	<ul style="list-style-type: none">- економічні- фінансові- науково-технічні- соціальні
За характером впливу на об'єкт планування	<ul style="list-style-type: none">- директивні- індикативні
Різновиди оперативного планування	<ul style="list-style-type: none">- договірне- підприємницьке

Нормативний метод — розрахунок прогнозованих і планових показників за допомогою обґрунтованих норм, нормативів, стандартів (формування фонду оплати праці працівників медичного закладу).

Порівняльний метод — дозволяє реалізувати просторове порівняння функціонування схожих суб'єктів (стоматологічних поліклінік тощо).

Метод екстраполяції — за допомогою цього методу здійснюється прогнозування показників обчислення як продовження динамічного ряду на найближче майбутнє відповідно до виявленої закономірності.

Метод експертних оцінок — ґрунтується на висновках кваліфікованих спеціалістів про довгострокову перспективу об'єкту дослідження (консильум лікарів при встановленні діагнозу та призначенні курсу лікування тощо).

При плануванні та прогнозуванні у сфері охорони здоров'я необхідно враховувати статистичні показники фактичного розвитку мережі медичних підприємств та міри їх достатності (задоволення попиту населення на медичну допомогу) та демографічні показники руху населення та нау-



ково-обґрунтовані показники надання різних видів медичної допомоги та медичних послуг.

6.3. Планування потреби в персоналі та його структура

Кваліфікація характеризує якість, складність праці і є сукупністю спеціальних знань і навичок, які визначають ступінь підготовленості працівника до виконання професійних функцій обумовленої складності.

За рівнем кваліфікації працівники поділяються на чотири групи: висококваліфіковані (здатні виконувати особливо складні та відповідальні роботи); кваліфіковані (можуть виконувати складні роботи); малокваліфіковані (зайняті виконанням нескладних робіт) та некваліфіковані (виконують допоміжні та обслуговуючі роботи).

Відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, зі змінами внесеними до нього наказом МОЗ України від 15.01.2020 №69, у сфері охорони здоров'я виділяють наступні категорії працівників: керівники, професіонали, фахівці, технічні службовці, робітники.

До категорії «Керівники» включено: керівників закладів охорони здоров'я; керівників основних підрозділів охорони здоров'я; керівників виробничих підрозділів у побутовому обслуговуванні, діяльність яких проходить у сфері надання медичної допомоги.

В категорії «Професіонали» є поділ за напрямками підготовки спеціалістів: професіонали з лікувальної справи (в тому числі педіатричного профілю), стоматології, фармації, медико-профілактичної справи та ін. До цієї категорії належать професії, що вимагають від працівника кваліфікації за дипломом про повну вищу освіту, яка відповідає рівню спеціаліста або магістра.

До категорії «Фахівці» належать професії, які потребують від працівника кваліфікації за дипломом про вищу освіту, яка відповідає рівню молодшого спеціаліста, бакалавра або спеціаліста, що проходить післядипломну підготовку (стажування або інтернатуру).

До категорій «Технічні службовці» та «Робітники» належать професії, що вимагають від працівника повної або базової загальної середньої освіти та професійної підготовки на робочому місці.

При плануванні обсягів робіт з надання медичних послуг у поліклініці використовуються нормативи обслуговування пацієнтів у медичному закладі, вдома та на проведення профілактичних заходів (огляди, моніторинг стану здоров'я).



У стаціонарі планування проводиться на основі даних динаміки захворюваності населення і середніх показників та нормативів госпіталізації, зайнятості ліжок у різних відділеннях, середньої вартості одного ліжко-дня та лікування одного хворого, нормативів простою ліжка у різних відділеннях, середнього часу перебування хворого у стаціонарі.

Штат персоналу є одним із першочергових об'єктів планування діяльності підприємства. Чисельність медичного персоналу визначається обсягом виконуваних робіт та надаваних послуг, технічною оснащеністю закладу, організацією роботи та ін. Ці та інші фактори обумовлюють нормативну, або планову чисельність медичного персоналу.

Для розрахунку необхідної кількості лікарських посад в амбулаторно-поліклінічній мережі необхідно знайти норматив потреби у відвідуваннях лікаря відповідного фаху (сімейний лікар, невропатолог та ін.), чисельність населення і функції лікарської посади. Функція (Ф) посади лікаря розраховується за формулою:

$$\Phi = (B \times C \times \Gamma)_{\text{амб}} + (B \times C \times \Gamma)_{\text{дом}} \quad (6.1)$$

де, B — норма навантаження лікаря за 1 годину прийому в поліклініці, 1 годину роботи з виїздом до хворих, а якщо лікар проводить і профілактичну роботу (огляди), то і за 1 годину цієї роботи; C — число годин роботи за графіком на прийомі і з обслуговування хворих вдома; Γ — кількість робочих днів протягом року.

Розрахунок планової кількості лікарських посад проводиться окремо за кожною спеціальністю і враховує її конкретні нормативи навантаження.

При плануванні стаціонарної допомоги спочатку формується мережа лікарських закладів з урахуванням їх спеціалізації, а потім розраховується потреба в кадрах.

За основу нормативу при визначенні потреби у стаціонарному лікуванні прийнято вважати рівень госпіталізації на 1000 мешканців.

Потребу населення в стаціонарній допомозі визначають за формулою:

$$K = A \times \frac{B}{100} \times \frac{P}{D} \quad (6.2)$$

де K — потрібна середньомісячна кількість ліжок відповідного відділення на 1000 мешканців (хірургічного, терапевтичного (у великих центрах за напрямками лікувальної роботи: кардіологія, гастроентерологія та ін.);



А — рівень звернень (захворюваності, направлень від первинної ланки за фондом НСЗУ) на 1000 мешканців; В — відсоток на госпіталізацію з кількості осіб, що звернулися; Р — середня кількість днів перебування хворого на ліжку; Д — середньорічна зайнятість ліжка.

Тобто, необхідна кількість ліжок визначається обсягом госпіталізації та терміном перебування хворого на ліжку.

Для здійснення ефективного планування потреби медичного закладу в персоналі попередньо має бути здійснений детальний аналіз потреби в ньому, стану використання персоналу за наступними напрямками: аналіз чисельності персоналу (кількісний аналіз), аналіз укомплектованості персоналу, аналіз сумісництва персоналу, аналіз персоналу за віковим складом (якісний аналіз), аналіз кваліфікаційного рівня персоналу (досвід роботи, категорія), аналіз рівня підготовки та атестації кадрів. Відповідно до результатів такого аналізу, цілей та завдань закладу чи підприємства охорони здоров'я здійснюється планування його персоналу.

В умовах ринку і конкуренції, а також реформування системи охорони здоров'я в Україні науково-обґрунтоване, якісне планування діяльності медичних закладів та підприємств є чи не головною умовою задоволення потреб населення у медичному обслуговуванні та ефективному використанні обмежених матеріальних, трудових та фінансових ресурсів галузі.

6.4. Основи бізнес-планування в медицині

Кожен господарюючий суб'єкт (*фізична та/чи юридична особа*) прагне максимізувати результати своєї діяльності (зокрема, отримати якомога більше прибутку). Досягти цієї мети можна і випадково, але лише за наявності сприятливих умов. Водночас, ймовірність отримання бажаного результату буде значно вищою завдяки використанню ними *бізнес-планів*.

Бізнес-план — комплексний, чітко структурований багатофункціональний документ, в якому викладено підприємницьку ідею, а також сформульовано та економічно обґрунтовано шляхи та способи її реалізації.

Місія бізнес-плану — допомогти суб'єкту господарювання залучити інвестиції, необхідні для створення та/чи розвитку бізнесу.

Особливості бізнес-плану:

– це документ, який може і повинен удосконалюватися під впливом змін чинників внутрішнього та зовнішнього середовища, завдяки чому під-



приємство охорони здоров'я стає більш сприйнятливим до новацій (*технічного, технологічного, економічного, інформаційного, організаційного чи іншого характеру*);

- характеризується реалістичністю, повнотою та зрозумілістю, позаінфляційністю (розрахунки ведуться у «твердих» цінах);
- є документом на основі якого залучаються інвестиції;
- відображає загальні дані про підприємство охорони здоров'я (*реквізити, напрями діяльності, наявні позиції в бізнесі*), поточний стан справ (*економічні та фінансові показники, сильні та слабкі сторони, вдало реалізовані проєкти*), характеристику продукції та послуг (*специфіка, новизна, патенти*), маркетинг та менеджмент;
- детально обґрунтовує створення чи розвиток даного бізнесу;
- відображає готовність медичного закладу йти на зважений ризик.

Вивчаючи особливості бізнес-планування в охороні здоров'я доцільно звернути увагу на задачі бізнес-плану, що більш детально зображені на Рис. 1.

Бізнес-план має зовнішні та внутрішні функції. Зовнішні функції полягають у знайомстві зацікавлених сторін зі змістом і ймовірною ефективністю реалізації нової підприємницької ідеї. Внутрішні мають на меті відпрацювання системи управління реалізацією проєкту.

Якщо підприємства охорони здоров'я працюють у стабільних умовах і виробляють продукцію для достатньо стійкого ринку при зростанні обсягів виробництва, то вони розробляють бізнес-план, спрямований на вдосконалення виробництва і пошук шляхів зниження своїх витрат.

У випадку, коли підприємства охорони здоров'я працюють в умовах *постійного ризику*, виникає необхідність систематичної роботи над бізнес-планом з метою освоєння нових видів продукції, переходу на нові покоління виробів.

Зміст та структуру бізнес-плану визначає низка факторів: цілі розробки бізнес-плану; аудиторія, на яку розраховано бізнес-план; сфера та розміри бізнесу; характеристика продукту бізнесу; фінансові можливості підприємства, організації; характер проєкту (створення нового медичного закладу чи розвиток існуючого); розмір підприємства охорони здоров'я та сфера його діяльності; умови фінансування (наявність чи відсутність потреби у зовнішніх джерелах залучення коштів).

Існує два види бізнес-планів у сфері охорони здоров'я: бізнес-план з проєктом розвитку підприємства охорони здоров'я та бізнес-план створення нового медичного закладу.



<p>обґрунтувати витрати на виробництво послуг та їх реалізацію; налагодити ділові відносини між підприємством охорони здоров'я та його партнерами: постачальниками, продавцями найманими працівниками</p>	<p>перевірити життєздатність бізнес-ідеї ще до практичної її реалізації; обрати склад товарів і послуг, які будуть запропоновані підприємством охорони здоров'я споживачам</p>	<p>сформулювати довгострокові та короткострокові цілі підприємства охорони здоров'я, стратегію і тактику їх досягнення</p>
<p>визначити конкретні напрями діяльності підприємства охорони здоров'я, цільові ринки та його місце на цих ринках</p>	<p>на цій основі обґрунтувати необхідність і доцільність надання підприємству охорони здоров'я державної підтримки; організувати функціонування підприємства охорони здоров'я у нових умовах</p>	<p>оцінити фінансовий стан медичного закладу та відповідність наявних ресурсів для досягнення поставлених економічних та соціальних цілей</p>
<p>визначити перелік маркетингових заходів медичного закладу з вивчення ринку, реклами, стимулювання продаж, ціноутворення, каналів збуту</p>	<p>виявити відповідність наявних та недостатніх кадрів підприємства охорони здоров'я для досягнення поставлених цілей та умови і форми мотивації їх праці</p>	<p>призначити осіб, відповідальних за реалізацію бізнес-плану</p>
<p>своєчасно передбачити можливі перепони та ризики на шляху до успіху підприємства охорони здоров'я</p>		

Рис. 1. Задачі бізнес-плану

Розвиток підприємства охорони здоров'я: реформування (реструктуризація, реорганізація, реконструкція, санація, ліквідація) та модернізація (використання сучасного медичного обладнання; впровадження нових медичних технологій діагностики та лікування; перепідготовка

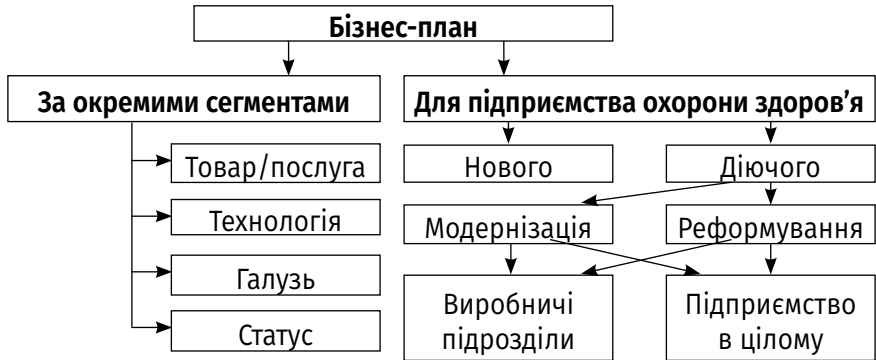


Рис. 2. Типологія бізнес-планів

і підвищення кваліфікації спеціалістів; підвищення якості медичних послуг, розширення їх асортименту і номенклатури).

Створення нових медичних закладів (діагностичних центрів, лікарень, поліклінік...) та їх структурних підрозділів (відділень, лабораторій...).

Структура бізнес-плану може змінюватися залежно від конкретних цілей, задач та об'єктів бізнесу (Рис. 2).

Бізнес-планування — це процес розробки бізнес-плану, який включає формулювання ідеї даного бізнесу, обґрунтування доцільності і можливості її реалізації у конкретних умовах ринку охорони здоров'я; проведення розрахунків окремих розділів бізнес-плану; організаційно-технічні заходи досягнення поставленої цілі з урахуванням можливих несприятливих кризових ситуацій, ризиків та способів їх подолання; визначення очікуваної економічної та соціальної ефективності проєкту.

Бізнес-план повинен враховувати інтереси і можливості усіх учасників цього процесу. Бізнес-план інвестиційного проєкту має враховувати інтереси інвестора та переконати його, що ресурси передаються у надійні руки. Засобами відображення інтересів інвестора, особливо іноземного, є реєстрація спільного підприємства; створення виробництва на паритетних засадах. Проєкт може бути реалізованим на базі діючого підприємства охорони здоров'я без змін його юридичного статусу, коли виробництво нового продукту організовується за рахунок власних ресурсів, або із залученням партнерів, інвесторів, кредиторів. При створенні нової юридичної особи для реалізації проєкту визначаються частки учасників в статутному капіталі медичного закладу.

Бізнес-план має три стадії розробки: початкову, підготовчу та основну (Рис. 3).



Початкова	Підготовча	Основна
<ul style="list-style-type: none"> – визначення цілей і програмування параметрів основних показників функціонування підприємства охорони здоров'я – розробка концепції побудови та/чи майбутніх змін бізнесу 	<ul style="list-style-type: none"> – формування інформаційного поля – оцінювання сильних і слабких сторін діяльності підприємства охорони здоров'я – формулювання його місії та конкретних цілей – розробка стратегії та можливих альтернативних варіантів розвитку 	<ul style="list-style-type: none"> – безпосередня розробка конкретного бізнес-плану – узгодження показників плану та перевірка їх на сумісність і збалансованість

Рис. 3. Стадії розробки бізнес-плану

Типові структурні елементи бізнес-плану медичного закладу: титульний аркуш та вісім розділів.

Титульний аркуш. Створює перше враження про проєкт і має містити таку інформацію: повна назва підприємства; відомості про власників і засновників; коротка характеристика сутності пропонованого проєкту; загальна вартість проєкту, потреба у зовнішніх джерелах фінансування і пропоновані його способи; вказівка на конфіденційний характер даного документа, положення якого не підлягають розголосу, оскільки є комерційною таємницею та авторським правом розробників (за необхідності).

Розділ 1. Короткий огляд (резюме) проєкту. Містить стислий огляд ділової пропозиції, спрямований на збудження зацікавленості інвестора і стимулювання його до подальшого розгляду плану. Зазвичай займає 1 сторінку.

Розділ 2. Галузь (сфера), фірма, продукція (послуги). Містить докази доцільності даного бізнес-плану в конкретних умовах існуючого ринку медичних послуг. Зокрема, динаміка продажів у сфері за попередні роки та прогнозовані темпи їх зростання; види медичних послуг, які будуть запропоновані споживачеві; винятковість цих послуг порівняно з існуючими та їх привабливість для потенційних споживачів; рівень діючих цін та їх динаміка, тенденції зміни цін на медичні послуги; всебічна характерис-



тика конкурентів; характеристика споживачів; визначення перспективних ринкових можливостей та інша подібна інформація.

Розділ 3. Сутність проєкту. Дозволяє інвестору остаточно переконалися у всебічній підготовленості проєкту. Включає основні цілі проєкту; визначення і характеристика потенційних потреб, опис можливих ключових факторів успіху; детальний опис послуг, відповідність їх параметрів вимогам обраних сегментів ринку; стадія розробки, патентна чистота і захист товару; загальна вартість проєкту, включаючи розмір і графік інвестицій, первинні витрати на проведення маркетингових досліджень та організацію управління.

Розділ 4. План маркетингу. Чітко визначено задачі за всіма елементами комплексу маркетингу з конкретизацією того, що має бути зроблено, ким, коли та які для цього потрібні ресурси. Зокрема, положення про систему ціноутворення; повна інформація про форми та методи виведення товару на ринок, цінову та збутову стратегії медичного закладу у кожному сегменті ринку, методи стимулювання збуту, товарна політика; план заходів з метою досягнення запланованого обсягу продажу і отримання бажаного прибутку; чітка маркетингова орієнтація на споживача; комплекс заходів впливу на покупців: реклама, стимулювання збуту; стратегія ринкового зростання.

Розділ 5. Виробничий план. Передбачає комплекс задач, вирішення яких забезпечить надання якісних медичних послуг. Зокрема, щодо виробничих потужностей; обсягів виробництва і реалізації; технологічного процесу; машин та обладнання; приміщень; сировини, матеріалів; розрахунку числа кваліфікованих спеціалістів; розрахунку фонду оплати праці; розрахунку виробничої та повної собівартості продукції.

Розділ 6. Організаційний план. Надає інвестору детальну інформацію про менеджмент підприємства. Про правовий статус підприємства охорони здоров'я, розмір статутного капіталу, імена, адреса, послужні списки і досвід роботи власників та керівників, резюме про менеджерів підприємства охорони здоров'я, включаючи низову ланку управління; зобов'язання та відповідальність кожного керівника, який бере участь у проєкті, їхню заробітну плату і премії; кадрову політику підприємства охорони здоров'я, організаційну структуру підприємства охорони здоров'я, функції кожного підрозділу і повноваження рівнів управління, методи та форми контролю їх діяльності.

Розділ 7. Оцінка ризиків. Значною мірою визначає компетентність автора проєкту і довіру до нього потенційних інвесторів, кредиторів і бізнес-партнерів. Надається інформація про аналіз можливих ризиків, спо-



соби реагування на загрози для бізнесу, альтернативні шляхи зниження міри ризику для досягнення поставленої цілі, засоби забезпечення економічної безпеки підприємства.

Види ризиків: репутаційні (неминучий показник звуження масштабів діяльності внаслідок втрати довіри до компанії з боку споживачів і ділових партнерів); фінансові (пов'язані з неплатоспроможністю руху грошових потоків на підприємстві чи неспроможністю своєчасно й у повному обсязі виконувати зобов'язання перед кредиторами); ділові (можуть виникати внаслідок невиправданих управлінських рішень, які ґрунтуються на помилкових уявленнях про розвиток зовнішнього економічного середовища); операційні (обумовлені неадекватністю бізнес-процесів, кваліфікації персоналу і надійності технічних засобів, їх невідповідність масштабам діяльності медичного закладу).

Рівні ризику: допустимий (знижуються доходи, рентабельність), критичний (інвестор несе істотні втрати) та катастрофічний (підприємство банкрутує).

Розділ 8. Фінансовий план. Визначає привабливість реалізації даного проекту порівняно з іншими способами вкладення тимчасово вільних активів. Містить розрахунок фінансових показників, які підкріплюють інформацію представлену в інших розділах: баланс грошових засобів; структура витрат підприємства з виділенням умовно-постійних і змінних витрат; фінансові коефіцієнти; графік досягнення беззбитковості; прогноз обсягів реалізації медичних послуг; стратегію фінансування.

Розглянемо приклад бізнес-планування для відкриття медичного центру в Україні. Медичний центр, або приватна клініка — це сучасний повноцінний вид бізнесу, який має широку потенційну аудиторію і певне місце в підприємницькій діяльності. Підвищення довіри населення до приватних клінік сприяє збільшенню перспективності цього виду бізнесу. Проте деякі складності, з якими стикається кожен підприємець, який відкриває медичний центр, залишаються актуальними.

Найважливіші вимоги, обов'язкові для підприємця-засновника медичної структури: наявність медичної освіти — вищої або середньої; отримання ліцензії Міністерства охорони здоров'я України, і спеціального свідоцтва на ведення цього виду діяльності; певний досвід роботи в медичній сфері; наявність приміщення, що відповідає встановленим технічним вимогам і на законних підставах належить засновнику центру; складений відповідно до існуючих норм і точними фінансовими розрахунками бізнес-план.

Можна виділити декілька чинників, які визначають успіх медичного центру, по-перше, це ефективність планування діяльності та грамотність



управління проектом; *по-друге*, особливості витрачання ресурсів, їх розподіл відповідно передбачених норм; *по-третє*, характер виконання складеної стратегії розвитку підприємства.

Приватна клініка часто має одразу кілька напрямків. На відміну від вузькоспеціалізованих центрів такий заклад має більше перспектив завдяки широкій потенційній аудиторії. Відкриваючи приватну клініку, варто продумати, які конкурентні переваги будуть запропоновані потенційним клієнтам, завдяки яким нова організація зможе залучити й утримати свою аудиторію.

Конкурентними перевагами приватної клініки можуть стати наступні риси: висока якість послуг, що надаються і покращений сервіс: висока якість та широке розмаїття послуг; якісне технічне постачання; гнучкі дисконтні системи, що дозволяють працювати з пацієнтами на постійній основі; на відміну від державних лікувальних установ приватна клініка повинна пропонувати пацієнтам окремі комфортабельні палати, за необхідності — цілодобовий сестринський догляд та поліпшений лікарський супровід.

Саме ці особливості відрізняють приватні медичні установи від державних лікарень, що не надають пацієнтам достатнього рівня комфорту.

Перед відкриттям медичного центру варто вивчити пропозиції вже існуючих організацій медичного призначення: проаналізувати, які послуги в дефіциті, а які представлені на ринку в достатньому обсязі. *Оптимальний набір послуг для середнього за масштабом центру може включати наступне:* консультацію фахівця і первинний огляд пацієнта; організацію та/чи проведення лабораторних досліджень; функціональну діагностику; призначення та проведення лікування; оперативну активність.

Маркетинговий план медичного центру. Перед відкриттям бізнесу з надання консультативних та лікувальних послуг обов'язковим етапом буде розробка маркетингового плану. В його основі — вивчення динаміки галузі, рівня розвитку конкурентів, співвідношення пропозицій приватних і державних підприємств відповідної сфери (галузі).

До маркетингового плану включають формування та закріплення споживчої думки щодо нової організації. *Основними пунктами такого плану є:* створення єдиної рекламної концепції майбутнього закладу; розробка власного стилю компанії; створення медіаплану, відеороликів та інших матеріалів; розробка плану заходів щодо просування послуги, збільшення обсягу продажів та утримання діючих клієнтів; створення сайту компанії та створення відповідної інфраструктури, планування умов праці.

Крім просування послуг через Інтернет, раціонально розміщувати рекламу в ЗМІ, поширювати рекламну інформацію у соціальних мережах,



та за допомогою мобільних сервісів. Попередньо слід вивчити механізм й ефективність роботи кожного з рекламних методів. При розташуванні центру у зважовому місці найкращою рекламою для нього стане в нагоді приваблива інформативна вивіска.

Реєстрація медичного центру. Будь-яка організація, що спеціалізується на наданні медичних послуг, повинна мати статус юридичної особи. У більшості випадків клініки і лікувальні центри працюють на підставі ТОВ. Цей формат вимагає попередньої підготовки ряду установчих документів статуту, рішення про призначення керівника, протоколу зборів засновників та інших.

Обов'язковою умовою створення ТОВ є надання повної інформації про всіх засновників, повну назву компанії та її юридичну адресу. Всі ці дані повідомляють при подачі реєстраційної заяви, заповнюючи спеціальну форму. Відповідно до вимог податкової служби, засновник зобов'язаний гарантувати платоспроможність нового підприємства, попередньо необхідно внести статутний капітал, що становить не менше 10 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Обов'язковою буде і сплата держмита. Подаючи заяву, необхідно мати в наявності медичну ліцензію, яка надає право особі займатися обраним видом діяльності. Питання ліцензування медичної діяльності регулюється на державному рівні.

На етапі відкриття медичного центру, пошук приміщення стане одним з основних та важливих пунктів реалізації бізнес-плану. На вибір приміщення впливатимуть кілька головних чинників: *прохідність* — чим більше людей будуть бачити медичний центр, тим швидше збільшиться його клієнтська база окрім того має значення *щільність населення*, що проживає в обраному районі, і рівень доходів його мешканців. Краще відкривати приватну клініку в престижному районі, де проживає велика кількість платоспроможних громадян та відсутні конкурентні компанії поблизу.

Після реєстрації підприємства і підготовки приміщення до відкриття, необхідно здійснити пошук фахівців для майбутнього центру. Під час відкриття будь-якої клініки з нуля найважливішим фактором успіху буде саме кваліфікований персонал. Нормативні аспекти дуже важливі при відкритті приватного медичного центру. Так, розмір штату буде залежати від графіка роботи і завантаженості центру. При цьому важливо враховувати існуючі розрахункові норми, розроблені для лікувально-діагностичних організацій.

Технічне устаткування є одним з етапів відкриття приватної клініки — купівля мінімального набору обладнання відповідно до виробничих потреб медичного закладу. Якість та технічні характеристики обладнання гратимуть дуже важливу роль в роботі центру.



Наявність медичної техніки передбачає регулярний контроль її стану та підтримання її у справному стані. Обов'язково в плані діяльності треба передбачити роботи з технічного обслуговування обладнання. До них входять: контроль технічного стану, технічне обслуговування в процесі експлуатації та ремонт при виникненні несправностей. Обов'язковий періодичний позаплановий моніторинг роботи медичного устаткування.

Фінансовий план. Загальний план витрат на реєстрацію, відкриття і первинний розвиток медичного центру вимагає стартових інвестицій. За відсутності у засновника бізнесу власних коштів в потрібному обсязі можна залучити кошти інвестора або звернутися до кредиторів. У будь-якому випадку, для отримання потрібної суми необхідно надати детальний бізнес-план з описом всіх майбутніх витрат і прогнозами щодо майбутнього доходу.

У процесі фінансового планування, а також перед кожним новим сезоном роботи обов'язковим є складання кошторису. По суті, це зведений план усіх майбутніх витрат виробничо-господарського призначення на певний період часу. Міністерство фінансів встановило єдину форму кошторису, якого повинні дотримуватися всі підприємства лікувально-профілактичного спрямування. Для визначення собівартості роботи центру можна розрахувати розмір витрат на облаштування та підтримку роботи одного кабінету. Фінансовий план обов'язково включає розробку цінової політики на всі види послуг.

Консультація або огляд окремими фахівцями може передбачати більш високі розцінки. На вартість впливають також рівень клініки, її репутація і розкрученість бренду, територіальне розташування і деякі інші фактори.

В цілому на вартість послуг впливають наступні основні аспекти: собівартість надання послуг; цінові показники у конкурентів; унікальність послуг, попит і затребуваність серед потенційної аудиторії.

Найважливіший пункт бізнес-плану — структура майбутніх доходів. Термін окупності при точному виконанні всіх пунктів бізнес-плану та за умови успішної маркетингової кампанії — 2 роки.

Додаткові особливості і ризики. Оцінка ризиків — один з основних пунктів фінансового плану підприємства. Щоб ці чинники не перетворились на перешкоду для розвитку медичного центру, спочатку потрібно внести їх до бізнес-плану і враховувати на всіх етапах діяльності.

Для медичного центру актуальні такі ризики: недостатня кількість приміщень для відкриття медичного центру; висока вартість технологічної бази та інвестицій в галузь в цілому; високий рівень конкуренції; нестача



фахівців, молодшого медперсоналу; відсутність довіри населення і лікарів до приватної медицини.

Всі ці ризики можна мінімізувати, враховуючи їх при створенні бізнес-плану і розробці маркетингової кампанії. Одним з вигідних і найменш ризикованих варіантів організації медичного центру буде купівля франшизи. Відкриваючи підприємство під уже відомим на ринку ім'ям, засновник може розраховувати на певну клієнтуру вже на стартовому етапі. Франчайзер надає повноцінну програму розвитку нового підприємства, надає допомогу в підготовці кадрів і фінансовому плануванні. При цьому франчайзі повинен виконувати певні зобов'язання, які прописуються в договорі. Серед обов'язкових умов — певний перелік пропонованих послуг, стильове оформлення і, в більшості випадків, цінова політика. Такі вимоги можуть значно обмежувати засновника медичного центру в плані реалізації і розвитку, однак дадуть певну підтримку і гарантію.

Відкриття медичного центру може стати непростюю і тривалою процедурою. Але ретельно спланувавши всі етапи його створення, фінансові особливості і рекламну кампанію, протягом першого року роботи можна вивести цей вид бізнесу на рівень самоокупності і згодом нарощувати капітал, розширюючи сферу діяльності.

Відкриття медичного центру пов'язане з великою кількістю усіляких ризиків, тому на етапі планування варто приділити значну увагу антикризовому управлінню та внутрішньому менеджменту установи.



РОЗДІЛ 3 ФІНАНСОВІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ТЕМА 7. СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ. ЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНВЕСТИЦІЙНИХ ПРОЄКТІВ

7.1. Сутність функцій та методології фінансування медичних закладів

Одним з найважливіших економічних ресурсів сфери охорони здоров'я є фінанси. Часто люди ототожнюють фінанси і гроші. Однак це не зовсім так. Безумовно, гроші і фінанси дуже близькі і взаємопов'язані поняття. Неможливо уявити фінансування без грошей; так само, не мають економічного сенсу гроші, які не використовуються для обслуговування економічних відносин.

Фінанси — це сукупність грошових коштів, які обслуговують економічні відносини між державою і підприємствами (установами), державою і населенням, між самими підприємствами, між підприємствами і їх працівниками, між банками та іншими суб'єктами, включаючи громадські організації (профспілки, благодійні фонди тощо).

Функції фінансів:

- *акумуляюча (накопичувальна)* — формування та концентрація коштів для створення матеріальної основи існування і розвитку економічних суб'єктів на всіх рівнях;
- *функція контролю* — контроль правильності формування, розподілу і використання економічними суб'єктами всіх видів грошових коштів, особливо справляння податків і їх використання за призначенням;
- *розподільча* — фінанси беруть активну участь у розподілі і перерозподілі ВВП між економічними суб'єктами, сферами економіки, галузями, підприємствами, домогосподарствами;
- *стимулююча* — сприяє використанню фінансів як найбільш дієвого економічного важеля впливу на діяльність господарських суб'єктів в плані підвищення їх ефективності, забезпечення економічного зростання і розвитку, мотивації працівників до праці, залучення внутрішніх і зовнішніх інвестицій, встановлення фінансових пільг і санкцій.

Гроші можуть виступати мірою вартості, засобом обігу, засобом платежу, засобом накопичення чи навіть засобом створення скарбів (Табл. 7.1).



Таблиця 7.1

Функції грошей

міра вартості	за допомогою грошей вимірюється вартість товару, послуги і їх вартість
засіб обігу	гроші забезпечують просування товарів і послуг від їх виробника до споживача
засіб платежу	забезпечують можливість придбання товару, отримання послуги з відстрочкою оплати або поетапної оплати
засіб накопичення	тобто формування необхідних грошових сум для майбутнього економічного використання: купівлі дорогих товарів, відкриття і розвитку бізнесу
засіб створення скарбів	використання грошей для придбання золота, коштовностей, творів мистецтва тощо

Основними функціями системи фінансування є формування, об'єднання і розподіл фінансових коштів, купівля (оплата) медичної допомоги, забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню.

безповоротність
– фінансові кошти, виділені медичній установі, не повертаються
безкоштовність
– фінансові кошти медичної установи не підлягають оплаті за їх використання
цілеспрямованість
– фінансові ресурси виділяються на конкретні цілі: на заробітну плату, на сплату комунальних послуг, придбання лікарських засобів і матеріалів
ефективність
– фінансові ресурси мають бути використані найбільш ефективно задля досягнення максимально (оптимально) можливих медичних, соціальних і економічних результатів

Рис. 1. Принципи державного фінансування



Принципами державного (бюджетного) фінансування охорони здоров'я є *безповоротність, безкоштовність, цілеспрямованість, ефективність* (Рис. 1).

Нині в світі склалися багатоукладні системи охорони здоров'я, які передбачають використання одночасно кількох каналів формування фінансових ресурсів, і використання їх за тими напрямками, які забезпечують функціонування системи охорони здоров'я. Ця множинність і джерел формування, і напрямків використання фінансових ресурсів потребує особливого підходу до реалізації функцій системи охорони здоров'я. Виникла необхідність в ефективному управлінні цими процесами.

Завдання фінансового менеджменту у галузі охорони здоров'я полягають у наступному:

- забезпечення надійного, гарантованого формування фінансових ресурсів з різних можливих джерел;
- ефективний і оптимальний розподіл і використання цих ресурсів, з урахуванням демографічних, медичних, пріоритетних та інших чинників, що визначають потреби суспільства, регіону, конкретного району обслуговування населення;
- оптимізація грошового обороту з метою зниження витрат обігу та підвищення частки цільового використання грошових ресурсів;
- оптимізація витрат охорони здоров'я тощо.

7.2. Принципи фінансування систем охорони здоров'я у світі

За даними ВООЗ, якість надання медичної допомоги в країні не завжди залежить від її економічного потенціалу, чисельності населення та обсягів ВВП. У сучасному світі не існує універсальної моделі організації охорони здоров'я, яка могла б успішно діяти в будь-яких умовах. Багато країн використовують власні, іноді унікальні розробки у сфері охорони здоров'я.

Експертами ВООЗ запропоновано наступну класифікацію, що включає три первинні типи систем охорони здоров'я:

- державну (національну) систему охорони здоров'я (модель Семашка, система Беверіджа);
- систему обов'язкового медичного страхування (соціально-страхова система, система Бісмарка);
- систему охорони здоров'я з фінансуванням на основі ринкових принципів страхування.



Державна (національна) система охорони здоров'я є універсальною державною системою, що охоплює все населення країни. Фінансування такої системи здійснюється за бюджетні кошти, які накопичуються за рахунок загальних податкових надходжень (90%), приватного (добровільного) медичного страхування та співплати громадян.

Система бюджетного фінансування охорони здоров'я у загальнонаціональному масштабі вперше з'явилася в СРСР у 1920–1930-х роках під керівництвом М.О. Семашка. Головним завданням цієї системи було надання населенню безоплатної медичної допомоги, рівного доступу до медичних послуг усіх верств населення, незалежно від фінансової спроможності. Основним постачальником медичних послуг за такою системою охорони здоров'я була держава, яка надавала їх безкоштовно населенню країни.

Пізніше у країнах з ринковою економікою систему охорони здоров'я за аналогічними принципами вперше було створено у Великій Британії у 1948 році з ініціативи економіста В. Беверіджа, яка, на відміну від радянської системи, була заснована на обов'язкових внесках роботодавців і добровільному медичному страхуванні з поширенням бюджетних витрат на оплату медичних послуг тільки тим, хто дійсно не може забезпечити себе медичною допомогою зазначеним способом. При цьому, держава фінансує та регулює розподіл ресурсів для здійснення медичної діяльності за територіальним принципом, а також сплачує вартість медичної допомоги, що надається лікарями приватної практики та державними медичними закладами певним категоріям населення. Так, 90% бюджету системи охорони здоров'я Великої Британії складають бюджетні кошти (податкові надходження), 7,5% формується за рахунок внесків працедавців, 2,5% — за рахунок приватних коштів населення через систему добровільного страхування.

Наразі єдину державну систему охорони здоров'я, крім Великої Британії, мають такі розвинені країни, як Ірландія, Ісландія, Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція, Австралія, Іспанія, Італія, Греція, Португалія. За всіма ознаками така система є найбільш справедливою, такою, що враховує інтереси широких верств населення, орієнтована на профілактику захворювань через проведення широкого спектру профілактичних заходів та обмеження зростання витрат на охорону здоров'я при одночасному забезпеченні високого рівня фінансування медичної сфери і соціальної захищеності населення. До недоліків цієї системи можна віднести низький рівень індивідуальної відповідальності громадян за власне здоров'я, від-



сутність конкуренції серед постачальників медичних послуг, недостатнє впровадження нових технологій тощо.

Саме на вирішення зазначених проблем і було спрямоване реформування системи охорони здоров'я на основі концепції внутрішнього ринку, для створення якого, Національною службою здоров'я Великої Британії (National Health System) було запроваджено принцип конкурсного розміщення замовлень на надання медичної допомоги. Первинну медичну допомогу у Великій Британії організовано на принципах керованої медичної допомоги, де приватно практикуючі лікарі загальної практики є фондоутримувачами, що надають повну амбулаторну, а також до 20% стаціонарної медичної допомоги, укладаючи угоди з лікарнями, і, таким чином, стаючи співвласниками лікарняних трастових компаній, які практично отримали статус самокерованих організацій.

Безумовно, на результати функціонування будь-якої системи охорони здоров'я впливають певні національні особливості країни. Так, серед недоліків бюджетної системи експертів особливо турбує висока вірогідність зниження якості послуг, але, за рейтинговим оцінюванням країн щодо ефективності систем охорони здоров'я, що проводиться Фондом суспільного добробуту, Велика Британія вже тривалий час є лідером за показниками якості медичної допомоги.

Основним документом фінансового планування на рівні країни є державний бюджет, а на місцевому рівні — місцеві бюджети.

Бюджет складається з двох частин: дохідної та видаткової. У дохідній частині визначаються всі джерела формування фінансових ресурсів і встановлюються планові завдання щодо їх наповнення. У видатковій частині бюджету визначаються всі напрямки та обсяги забезпечення фінансовими ресурсами: фінансування економіки, державного управління та оборони, соціальної сфери (в тому числі й охорони здоров'я), науки, культури та ін.

Якщо доходи бюджету і видатки рівні, такий бюджет називається *збалансованим*, якщо надходження перевищують видатки — бюджет вважається *профіцитним*, якщо ж видатки перевищують доходи — бюджет є *дефіцитним*.

Після ухвалення бюджету Парламентом він набуває чинності закону на наступний фінансовий рік і підлягає обов'язковому виконанню.

Механізм формування коштів охорони здоров'я з державних джерел: загальне оподаткування; обов'язкові внески на соціальне страхування; цільові податки, які обчислюються у відсотках фонду оплати праці най-



маних працівників або доходи індивідуальних підприємців; інші податки і доходи держави, цільовим чином спрямовані на фінансування охорони здоров'я (Табл 7.2).

Таблиця 7.2

Структура Державного бюджету

Доходи	Видатки
<p><i>Всі види податків:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – податок на прибуток підприємств – прибутковий податок з громадян – податок на фонд заробітної плати – ПДВ – рентні платежі – акцизний збір та ін. <p><i>Надходження:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – зовнішньоекономічна діяльність – позабюджетні (цільові) фонди – приватизація – інші доходи 	<ul style="list-style-type: none"> – інвестиції, субсидії, дотації державним підприємствам – державне управління, громадська безпека, судочинство – військові витрати – галузі соціально-культурної сфери (охорона здоров'я), фундаментальна наука – резервний і страховий фонди – інші витрати

Іншою моделлю системи охорони здоров'я, відповідно до класифікації ВООЗ, є *система обов'язкового медичного страхування або суспільна (страхова) система*. Таку систему було створено ще за ініціативи канцлера Німеччини *Отто фон Бісмарка (1815–1898)* у 1883 році. Вона базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи ринок медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання, соціальних гарантій і доступністю медичної допомоги для всіх верств населення.

Соціально-страхова система характеризується тим, що медичні послуги виступають як особисті та національні суспільні блага, а здоров'я населення — як базовий фактор розвитку економіки. Практично 100% населення охоплені обов'язковим медичним страхуванням, при цьому держава гарантує доступ до медичних послуг усім громадянам, незалежно від рівня їх доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг. За такою системою передбачається задоволення потреб усіх верств населення в медичній допомозі, навіть більше гарантованого рівня з наданням громадянам свободи вибору та рівноправності споживачів.



Основними принципами соціально-страхової системи є солідарність (доступ до охорони здоров'я, заснований на потребі громадян у медичній допомозі, а фінансування — на можливості сплати, тобто внески стягуються з роботодавців і робітників у залежності від їх доходу, а надання послуг не залежить від розміру внесків); саморегуляція; обов'язковість медичного страхування громадян.

Наразі система медичного страхування використовується у 25 країнах світу із сукупним населенням до 1 млрд осіб — в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембурзі, Нідерландах, Швейцарії, Франції, Японії, Канаді тощо. При цьому структура соціально-страхової моделі залежить від індивідуальних характеристик окремої країни. Наприклад, у Франції система страхування містить риси ринкової системи охорони здоров'я, а система охорони здоров'я Канади та скандинавських країн — державної системи.

В Австрії, Бельгії, Франції та Люксембурзі фінансування здійснюється через систему соціального страхування, яка розповсюджується на все населення. У Нідерландах системою соціального страхування користуються 70% населення, а у Німеччині — 85%. У Бельгії, Італії, Норвегії та Франції розміри страхового внеску залежать від розміру доходу громадянина, що повністю відповідає принципам солідарної справедливості. В інших країнах такий внесок є фіксованим і єдиним для всіх громадян, незалежно від розміру доходу.

Яскравим прикладом системи обов'язкового медичного страхування є *система охорони здоров'я Німеччини*, де страхування здійснюють лікарняні каси — некомерційні незалежні страхові організації, структура яких є законодавчо регламентованою. Розмір страхових внесків у Німеччині складає від 8,9 до 15% від фонду оплати праці і залежить від складу та розміру доходу застрахованих. Органами управління охороною здоров'я у кожному регіоні формуються плани розвитку лікарняної мережі (щорічні та стратегічні), а, за жорстким регламентом соціального кодексу, договори між пацієнтами та лікарнями укладаються тільки з лікарнями-учасницями програми управління якістю медичної допомоги. Існують також спеціальні програми надання медичної допомоги соціально-вразливим і малозабезпеченим верствам населення, а у системі обов'язкового медичного страхування всі члени сім'ї застрахованого є спільно застрахованими, без внесення додаткових внесків, за умов, що дохід на кожного члена сім'ї не перевищує встановленого розміру. Крім того, кожен лікар повинен



застрахувати свою професійну відповідальність, оскільки при виникненні страхового випадку компенсація пацієнту виплачується не за рахунок медичного закладу, а за рахунок саме страхових внесків лікаря, який здійснив помилку.

Соціально-страхова система охорони здоров'я також має свої переваги і недоліки. Серед переваг, перш за все, треба відмітити гнучкість, стійкість та керованість фінансового забезпечення соціально-страхової медицини, при тому, що розмір страхових внесків і частка платежів робітників і працевлаштувачів залежить від рівня розвитку окремої країни. Наприклад, у Німеччині це 14,1% від фонду оплати праці, Франції — 13,6 %, Австрії — від 6,5% до 11%. По-друге, це загальне охоплення населення медичною допомогою, оскільки така система дозволяє забезпечувати гарантований обсяг безоплатної допомоги та рівний доступ до медичних послуг з реалізацією принципу суспільної солідарності шляхом перерозподілу ресурсів між багатими і бідними верствами населення. По-третє, різноманіття форм власності виробників послуг — надання медичної допомоги здійснюється на основі балансу між вільним вибором пацієнтами медичної організації і можливостями системи охорони здоров'я. До переваг такої системи слід віднести і те, що високий рівень автономії страхових організацій регулюється високим рівнем участі всіх соціальних партнерів в управлінні якістю та обсягами надання медичної допомоги.

Однією з проблем медичного страхування є висока конкуренція між страхувальниками за пацієнтів. У Німеччині, наприклад, страхові внески надходять через 130 лікарняних кас і акумулюються в єдиному фонді вирівнювання ризиків і доповнюються бюджетними субсидіями. Сформований загальний фонд коштів коригується коефіцієнтами в залежності від статі, віку, рівня доходів, стану здоров'я пацієнта і перерозподіляється між страховими фондами.

Що стосується третьої, **ринкової системи організації охорони здоров'я**, то її яскравим прикладом є система охорони здоров'я США, яка базується на приватному ринку медичних послуг і добровільному медичному страхуванні.

Медичні послуги розглядаються як товар, що продається та купується за класичними законами ринку. Історично склалося, що у США відсутня загальнонаціональна система охорони здоров'я, і кожен штат вирішує питання охорони здоров'я населення самостійно, з урахуванням можливостей свого бюджету. Кошти федерального бюджету і позабюджетних фондів спрямовані на програми «Medicare» — державну програму



обов'язкового медичного страхування і медичного обслуговування для осіб, віком від 65 років, і програму «Medicaid» — державну програму медичного обслуговування малозабезпечених верств населення за рахунок коштів федерального бюджету і медичних організацій.

Доступ до медичної допомоги у США пов'язаний з конкретним підприємством і спирається на страхові поліси роботодавців. Медичні програми поширюються тільки на працівників підприємств: у структурі страхового внеску частка роботодавця складає 70%, працівника — 30%. Сьогодні 85% американців купують поліси приватного медичного страхування і мають можливість вільного вибору лікаря та медичного закладу.

Найбільш суттєвим недоліком ринкової моделі організації і фінансування охорони здоров'я США є високий рівень сукупних витрат на охорону здоров'я. Висока вартість медичного обслуговування має своїм наслідком обмежений доступ соціально незахищених верств населення до медичних послуг. Сьогодні, за даними Bloomberg, система охорони здоров'я США має найбільшу частку фінансування у світі від ВВП (17,2% від ВВП та 9,4 тис. дол. на особу). Попри це, планування обсягів медичної допомоги на федеральному рівні не здійснюється, а муніципальні департаменти охорони здоров'я забезпечують незначний обсяг допомоги через державні медичні заклади.

До позитивних характеристик зазначеної системи слід віднести: широкий асортимент медичних послуг, високу якість медичного обслуговування, значну кількість лікарів і медичних закладів, високий рівень оплати праці медичних працівників та, відповідно, високий рівень конкуренції між ними, а також найбільший у світі рівень витрат на наукові дослідження та впровадження нових технологій у сферу охорони здоров'я.

Водночас, показники очікуваної тривалості життя і суспільного здоров'я США є середніми, порівняно з іншими розвиненими країнами світу. При цьому, згідно рекомендацій експертів ВООЗ, доля фінансування системи охорони здоров'я має бути на рівні 7% ВВП, оскільки збільшення цих показників призводить до необхідності впровадження заходів стримування витрат на охорону здоров'я.

Період реформування системи охорони здоров'я США почався ще у ХХ ст., але був неефективним через стійкі інституційні особливості країни, відсутність законодавчих змін і мотивації всіх учасників системи до стримування витрат при підвищенні якості допомоги. У ХХІ столітті



уряд запровадив реформу закону «Про захист прав пацієнтів і доступність медичної допомоги», що наголошувала, перш за все, на необхідності обов'язкового медичного страхування і викликала серйозні дискусії в суспільстві і серед політичних партій, які наголошували, що США є країною вільного підприємництва, де не потрібне державне регулювання цін, оскільки це є вектором до націоналізації, у тому числі і системи охорони здоров'я. Необхідність страхування як обов'язок кожного громадянина країни була визнана неконституційною нормою. Слід зазначити, що основні засади реформи охорони здоров'я США відповідають теоретичним основам концепції керованої конкуренції, запропонованої американським економістом А. Ентховеном (Alain Enthoven). Її сутність полягає в обов'язковому медичному страхуванні для усіх громадян країни, державному регулюванні тарифів страхових внесків через заборону страховим компаніям відмовляти у страхуванні випадків або виплатах за дискримінаційною ознакою (стать, стан здоров'я, рівень доходів тощо), регулюванні цін на медичні послуги через створення біржі страхових планів для забезпечення вибору для громадян та обов'язкову публікацію лікарнями вартості послуг.

Скорочення витрат держави на фінансування державних програм у сфері охорони здоров'я планується за рахунок впровадження стандартів лікування, зменшення дублювання процедур, інтеграції процесу діагностики та лікування. Таким чином, реформа охорони здоров'я у США, не змінюючи існуючі принципи оплати медичної допомоги, передбачає виправлення певних недоліків ринку медичних послуг і взагалі системи охорони здоров'я для створення відкритого ринкового середовища серед страхових компаній і роботодавців, що дозволить більш ефективно функціонувати існуючій системі охорони здоров'я.

На реформування системи охорони здоров'я з федерального бюджету за 10 років планується виділити 940 млрд дол. США, тобто щорічно передбачене збільшення обсягів фінансування галузі на 4% (це найкращий показник у світі). За підрахунками експертів, вже за 10 років за рахунок зниження витрат на державні програми охорони здоров'я можливе скорочення дефіциту федерального бюджету США на 1 трлн дол.

Таким чином, у світі немає універсальної моделі охорони здоров'я, яка могла б успішно діяти в будь-яких умовах. Багато країн використовують власні, іноді унікальні розробки в охороні здоров'я, тому ефективність систем охорони здоров'я та якість надання медичної допомоги в країні



не завжди залежить від її економічного потенціалу, чисельності населення та рівня ВВП.

7.3. Оцінка ефективності систем охорони здоров'я

Сучасна оцінка ефективності кожної з існуючих систем охорони здоров'я проводиться за рейтинговими показниками, які були запропоновані американською агенцією фінансово-економічної інформації Bloomberg «Рейтинг ефективності систем охорони здоров'я» (The Most Efficient Health Care) на підставі даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, Організації Об'єднаних Націй і Всесвітнього банку. Головними у рейтинговій оцінці стали три базові показники, що характеризують ефективність систем охорони здоров'я різних країн світу: середня очікувана тривалість життя при народженні, державні витрати на охорону здоров'я у вигляді процентів від ВВП на душу населення, вартість медичних послуг у розрахунку на душу населення. Дослідження (рейтингова оцінка) охоплює 55 країн світу з населенням більш ніж 5 млн осіб, із середньорічним рівнем ВВП більше ніж 5 000 дол. США на душу населення та середньою тривалістю життя більш ніж 70 років (Табл. 7.3).

Як бачимо, за результатами рейтингової оцінки, країною з найефективнішою системою охорони здоров'я визнано Гонконг, друге місце посідає Сінгапур. Обидві країни з державним регулюванням системи охорони здоров'я, що передбачає обов'язкові медичні рахунки і жорсткий контроль держави за витратами. Наступні рейтингові місця посідають Іспанія, Республіка Корея та Японія.

Незважаючи на те, що, за оцінками ВООЗ, на початку XXI століття систему охорони здоров'я Франції було визнано найкращою у світі, останнім часом вона посідає лише 15 місце (56,8 балів). У десятці лідерів також є Італія, Ізраїль, Чилі, Об'єднанні Арабські Емірати та Австралія. Слід додати, що досить високу рейтингову оцінку отримали такі країни, як Аргентина (11 місце), Мексика (17), Туреччина (25) та інші країни, які мають досить низьку вартість медичних послуг для населення.

З огляду на вищезазначені приклади слід зауважити, що, на наш погляд, дана методика рейтингової оцінки ефективності системи охорони здоров'я та якості послуг має суттєві недоліки, тому що при найвищих у світі витратах держави на охорону здоров'я у США за ефективністю витрачання коштів країна знаходиться тільки на 50 місці в цьому рейтингу з 55 можливих.



Таблиця 7.3

Рейтинг країн світу за ефективністю систем охорони здоров'я

Рейтинг	Країна	Оцінка очікуваної тривалості життя при народженні, роки	Державні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	Вартість медичних послуг у розрахунку на душу населення (дол.)
1	Гонконг	83,98	5,4	2,021
2	Сінгапур	82,6	4,92	2,752
3	Іспанія	83,8	9,03	2,658
4	Республіка Корея	82,16	7,37	2,060
5	Японія	83,59	10,23	3,703
6	Італія	82,69	9,25	3,258
7	Ізраїль	82,15	7,81	2,910
8	Чилі	81,5	7,79	1,137
9	Об'єднані Арабські Емірати	77,37	3,64	1,611
10	Австралія	82,25	9,42	6,031

Державна система надання медичної допомоги в сучасних умовах є важливим елементом громадянського суспільства, що втілює суспільні цінності і гарантії для всіх верств населення. У свою чергу, приватний сектор охорони здоров'я зазвичай ініціює впровадження новітніх технологій у цій сфері. Тому практичний досвід функціонування та розвитку національних систем охорони здоров'я свідчить про необхідність широкого застосування інструментів державного регулювання з одночасним розширенням ринку платних (приватних) медичних послуг. Наприклад, Сінгапур, що демонструє одну з найліпших за ефективністю систему охорони здоров'я у світі, за показниками дитячої смертності і тривалості життя, незважаючи на високий рівень економічної свободи, підтримує тривалий час державне регулювання охорони здоров'я — обов'язкові медичні рахунки і контроль держави за зростанням витрат на медичні послуги.



Австралія, Нова Зеландія, Ірландія і Канада — країни з високим рівнем економічної свободи і демократії, а також державною системою охорони здоров'я. В Австралії система Medicare підтримується за рахунок податків, у Новій Зеландії медична допомога у державних медичних закладах надається безоплатно, а в Ірландії система Health Services Executive фінансується з бюджетних коштів, тобто медична допомога є безоплатною для всіх громадян. Державна система охорони здоров'я у Канаді знаходить широку підтримку у населення і функціонує за рахунок його фінансових внесків.

Таким чином, механізми державного регулювання і методи фінансування системи охорони здоров'я істотно відрізняються у різних країнах світу. Сучасна модель охорони здоров'я повинна мати *інвестиційний характер і сприяти збереженню здоров'я населення і розвитку людського капіталу, й одночасно, забезпечувати інноваційний, високотехнологічний розвиток цієї сфери*. Фінансування її може здійснюватися як за рахунок податкових надходжень (як у країнах Скандинавії, Італії та Великій Британії), так і за допомогою соціального (обов'язкового) медичного страхування (яке є базовим джерелом фінансування у Німеччині, Франції та інших країнах Європи) або ж добровільного медичного страхування при розвиненому приватному ринку медичних послуг (США).

Щодо ефективності функціонування охорони здоров'я, можна зробити висновок, що вона вимірюється не стільки обсягом інвестицій та іншими вартісними характеристиками, а саме *якістю людського потенціалу, якістю та доступністю медичних послуг широким верствам населення*.

7.4. Фінансовий план підприємства охорони здоров'я

Ефективна робота будь-якої системи охорони здоров'я можлива тільки за умови, що на всіх її рівнях буде відповідне ресурсне забезпечення, в тому числі і фінансове. В першу чергу, це відноситься до фінансування медичних установ, які безпосередньо виконують лікувально-профілактичну роботу, які надають медичну допомогу: ФАПі, амбулаторії, поліклініки, стаціонари, медичні комплекси.

В умовах бюджетного фінансування ця проблема вирішувалася відносно просто: за кожним медичним закладом був закріплений певний контингент населення, виходячи з його чисельності та відповідних нормативів визначалися загальні обсяги річного фінансування.



Як правило, за основу бралися обсяги фінансування попередніх 1–2 років, ці суми коригувалися (на зміну демографічної ситуації, тенденцій в динаміці здоров'я контингенту) виділялася певна величина фінансових коштів:

$$B_{\text{пл}} = B_{\text{п.р.}} \times K_{\text{д}} \times K_{\text{з}} \times K_{\text{і}} \quad (7.1)$$

де, $B_{\text{пл}}$ — бюджет медичної установи планованого фінансового року, тис. є; $B_{\text{п.р.}}$ — бюджет попереднього періоду, тис. є; $K_{\text{д}}$ — коефіцієнт, що враховує демографічну ситуацію; $K_{\text{з}}$ — коефіцієнт, що враховує динаміку стану здоров'я населення; $K_{\text{і}}$ — інфляційний коефіцієнт, що враховує зростання ($K_{\text{і}} > 1$) та зниження ($K_{\text{і}} < 1$) цін на енергоносії, комунальні платежі та ін.

$$K_{\text{д}} = K_{\text{пр}} \times K_{\text{в}} \quad (7.2)$$

де, $K_{\text{д}}$ — коефіцієнт, що враховує демографічну ситуацію; $K_{\text{пр}}$ — коефіцієнт приросту населення; $K_{\text{в}}$ — коефіцієнт, що враховує зміни у віковому складі населення.

Завдання медичного закладу полягає у розподілі цих коштів за відповідними статтями витрат (складання кошторису). Фонд заробітної плати розраховувався виходячи з штатного розпису і тарифних ставок і окладів. Інші статті кошторису — або за нормативом (лікарське і матеріальне забезпечення, харчування), або за видатками попередніх періодів (зазвичай, середня величина за 2 попередні роки).

Медичні заклади мусили завчасно подавати заявки до відповідних інстанцій: районного/міського відділу охорони здоров'я, обласне управління охорони здоров'я, міністерство охорони здоров'я, а потім, виходячи з державного бюджету, міністерство розподіляло фінансові ресурси по обласних відділах охорони здоров'я, обласні — по міських та районних відділах охорони здоров'я, які, в свою чергу, розподіляли по медичних закладах. Зазвичай медичні заклади робили заявки на фінансування з деяким резервом, розуміючи, що ця заявка буде скоригована на обмежені можливості бюджету.

В умовах стабільно працюючої економіки країни, регіонів, в умовах економічного зростання і соціальної політики держави, спрямованої на підвищення рівня і якості життя — ця система була досить ефективною в плані задоволення потреб суспільства в медичному обслуговуванні.

Однак, при входженні економіки у фазу спаду і стагнації дана система була не в змозі задовольнити зростаючі потреби охорони здоров'я, які



на цих фазах істотно збільшилися в силу об'єктивних причин. Такий стан економіки зумовив необхідність секвестрування (урізання, скорочення) витратних статей бюджету, як правило, соціальних, а отже, недофінансування медичних установ.

Наслідком економічного спаду було зниження рівня гарантій держави щодо надання медичної допомоги, що обумовлювало скорочення народжуваності і збільшення смертності, а також вимушене співфінансування населенням лікувальної діяльності, у вигляді напівлегальних методів (оплата лікарських засобів, діагностики — лабораторні та інструментальні дослідження, харчування та ін.) і неформальної компенсації оплати праці медперсоналу. Ця ситуація була об'єктивно обумовлена погіршенням економічної ситуації в країні: зниженням ВВП, зростанням цін, інфляцією та іншими факторами.

Таким чином, з об'єктивних причин, виникла гостра необхідність в пошуку додаткових джерел фінансування діяльності медичних закладів, що з одного боку, підвищило б гарантії і якість медичного обслуговування, а з іншого, зменшило б корупційну складову і тіньове фінансування медичних послуг.

Для вирішення цієї проблеми в країнах колишнього соцтабору скористалися досвідом європейських країн: було запроваджено медичне страхування у двох формах ОМС та ДМС, запустили процес формування приватних медичних установ, створення благодійних фондів, розвитку медичних програм за рахунок місцевих бюджетів та спонсорських внесків тощо.

Фінансовий план медичного закладу, що працює в умовах медичного страхування, розробляється виходячи з чисельності населення, що має договори ОМС і ДМС з цією установою, та середньої вартості страхового поліса:

$$B_{\text{страх}} = N_1 \times C_{\text{стр.п.}}^{\text{ОМС}} + N_2 \times C_{\text{стр.п.}}^{\text{ДМС}} \quad (7.3)$$

де, N_1, N_2 — чисельність населення, яке обслуговує дані медичні установи за страховими полісами ОМС і ДМС, відповідно; $C_{\text{стр.п.}}^{\text{ОМС}}, C_{\text{стр.п.}}^{\text{ДМС}}$ — середня вартість страхового полісу, відповідно (при ОМС та ДМС), тис. грн.

Розподіл загальної суми фінансування здійснюється таким же порядком, як і за бюджетного фінансування: визначається фонд заробітної плати, виходячи з договірних ставок медперсоналу за всіма категоріями: нарахування на зарплату (за відповідним нормативом від фонду); інші статті — або на основі прямого розрахунку, якщо є можливість обліку обсягів і цін, або на основі витрат минулого періоду, або виходячи з плану



розвитку медичної установи (наприклад, капітальні витрати на придбання нового обладнання, розширення установи, капітальний ремонт та ін.). Фінансовий план приватної медичної установи складається на основі динаміки фактично виконуваних робіт і прогнозів на наступний період, а також прогнозу цін на ці послуги. Розподіл фінансів починається з розрахунку фонду оплати праці, нарахувань на зарплату і далі – за плановими потребами установи.

З огляду на те, що велика частина медичної установи залишається на двоканальному бюджетному фінансуванні, розглянемо основні положення складання фінансового плану в цій системі фінансування.

Складання фінансового плану починається з розробки пропозицій щодо фінансування на наступний період самим медичним закладом. При цьому враховується як демографічна, так і економічна, і соціальна ситуація в обслуговуваному районі.

Крім того, у зв'язку з впровадженням медичної реформи в Україні та створенням НСЗУ бюджет розраховується за категоріями населення, які уклали угоди на медобслуговування з сімейними лікарями. Загальний фонд фінансування цієї категорії населення визначається виходячи з нормативу витрат на одну людину певного віку та числу укладених угод відповідної вікової групи. Загальний бюджет медичної установи фінансований НСЗУ можна розрахувати за формулою:

$$B_{\text{НСЗУ}} = \sum \text{НФ} \times \text{КУ} \quad (7.4)$$

де, $B_{\text{НСЗУ}}$ – бюджет медичного закладу за фінансування НСЗУ; НФ – норматив фінансування по віковій групі; КУ – кількість угод, укладених цією віковою групою.

З фонду НСЗУ на заробітну плату рекомендовано виділяти, на розсуд керівництва медичної установи, 25–30% загальної суми фонду, які розподіляються між лікарями і медсестрами в співвідношенні 60 і 40%, відповідно.

Загальний фонд заробітної плати визначається виходячи з чисельності персоналу за кожною категорією, враховуючи лікарів, медсестер «первинки» працюючих в умовах реформи. В процесі збільшення медичних установ охоплених реформою ця категорія медперсоналу буде збільшуватись.

Загальна формула розрахунку фонду заробітної плати наступна:



$$\Phi ЗП_{\text{м.у.}} = \sum_{j=1}^m Зп. j \times Ч_{\text{мп. } j} + \sum_{i=1}^n N \times КУ \quad (7.5)$$

де, j — групи штатного медичного персоналу: лікарі, які відповідають категоріям і стажу, середній, молодший та допоміжний персонал; $Зп. j$ — договірна ставка, яка встановлюється адміністрацією з медпрацівником на контрактний період, грн; $Ч_{\text{мп}j}$ — чисельність медпрацівників за відповідними категоріями.

Плановані витрати за іншими статтями розраховуються за нормативами (нарахування на зарплату, витрата медикаментів і матеріалів, харчування) або виходячи з фактичних витрат у наступні 2 роки, або на підставі виробничого плану розвитку медичної установи (в цьому випадку потрібне обґрунтування необхідності запланованого заходу та розрахунок фінансування на його здійснення).

Проект фінансового плану подається до вищих органів виконавчої влади по інстанції: департамент охорони здоров'я міста, області, Міністерство охорони здоров'я. Після прийняття держбюджету парламентом і виділення фінансування системі охорони здоров'я, міністерство розподіляє ці ресурси по обласних департаментах охорони здоров'я, які коригують проекти фінансових планів медичних установ, згідно обсягів виділених коштів регіональним органам управління охороною здоров'я і власним можливостям.

Департамент охорони здоров'я визначає загальну суму фінансування з розбивкою її за джерелами, а медична установа розподіляє цю суму за напрямками використання — численними статтями видатків. У Табл. 7.4 наведено приклад бюджету міської поліклініки, яка обслуговує понад 70 100 населення, з яких близько 40 000 осіб різних вікових груп уклали договори, з лікарями даної поліклініки на первинне медичне обслуговування.

Бюджет медичного закладу 1–2 рази на рік коригується відповідним департаментом охорони здоров'я. Це обумовлено змінними умовами поточного фінансового року, і неможливістю врахувати всі об'єктивні і суб'єктивні (переважно, політичні) чинники: рівень інфляції, наповнення дохідної частини в бюджетах країни і регіону, соціальну політику держави, екологічні катастрофи, витрати за якими перевищили закладений в бюджеті резерв тощо. Всі зміни вносяться до відповідних статей бюджету медичної установи за допомогою т.зв. коригуючих коефіцієнтів, які встановлює департамент охорони здоров'я за поданням департаменту фінансів. Коригуючі коефіцієнти збільшують або зменшують дохідну та видаткову



частини бюджету й окремі статті витрат або джерела доходів, а медичні установи вносять відповідні зміни до свого бюджету і несуть відповідальність за його виконання.

Таблиця 7.4

Бюджет районної поліклініки м. Харкова

	Факт поперед. року	Фінансовий план поточ. року	План на поточ. рік, тис. грн.	Питома вага, %
1	2	3	4	5
Доходи за джерелами фінансування				
Дохід (виручка) від реалізації продукції (послуг)			39 523,8	100
Медична субвенція (на зарплату)			16 727,4	42,3
Додаткова медична субвенція (на тепло)			811,1	2,0
Кошти міського бюджету загального фонду (медикаменти, енергоносії, пільги)			3422,7	8,6
Платні послуги		550	578,2	1,5
Аренда		67,4	67,4	0,2
Кошти від реалізації майна			0,3	
Засоби від Чорнобильського фонду			0	
Благодійні внески			0	
Амортизація		499,2	499,2	1,43
НСЗУ		0	16 292,5	41,3
Кошти міського бюджету спецфонду (фонд розвитку)			1125	2,08
Контроль			39 523,8	100



1	2	3	4	5
Витрати за видами (статтями) витрат				
Витрати бюджету по всіх статтях			39 523,8	100
Заробітна плата			23 733,5	60,0
Нарахування на заробітну плату			5 221,4	13,2
Медикаменти			1 600,7	4,0
Харчування			0	
Комунальні послуги та витрати на енергоносії			1 950,4	
Трансфери населенню			540,4	1,4
Предмети і матеріали			361,8	1,0
Послуги			4 491,6	11,4
Амортизація			499,2	1,3
Придбання обладнання			75,0	0,2
Капітальний ремонт			1 050,0	2,6
Контроль			39 523,8	100

Обов'язковою умовою фінансового плану (бюджету) медичної установи є його збалансованість, тобто відповідність дохідної та видаткової частин. У випадку недовикористання коштів за будь-якою статтею проводиться аналіз причин недовикористання: якщо зекономлені кошти не спричинили невиконання поставлених у плані завдань (наприклад, виконали капітальний ремонт, закупили необхідне обладнання), то ці кошти, за погодженням з департаментом охорони здоров'я, можна використовувати на інші, необхідні потреби (наприклад, на соціальний розвиток установи).

Якщо ж медична установа перевитратила за певною статтею, проводиться аналіз, в результаті якого встановлюється обґрунтованість або необґрунтованість перевитрати. Що стосується необґрунтованості перевитрати керівник установи притягається до адміністративної (штраф) або навіть кримінальної відповідальності, якщо були допущені дуже серйозні порушення фінансової дисципліни.

Контроль і відповідальність за виконанням фінансового плану покладається на керівника медичного закладу, якому безпосередньо підпоряд-



кований економічний відділ. Щорічний контроль за дотриманням фінансової дисципліни медичних установ здійснюють департаменти охорони здоров'я і фінансові органи виконавчої влади на місцях; періодично — контрольно-ревізійне управління Мінфіну країни.

Отже, ми встановили, що фінансове планування є невід'ємною частиною ресурсного забезпечення виробничої програми, матеріально-технічного і соціального розвитку медичного закладу.

Нині в світі практично не існує «чистої» моделі фінансування. Всі вони представляють симбіоз трьох базових моделей: державного (бюджетного), страхового та приватного фінансування. Переважання однієї з моделей в будь-якій країні визначається, в першу чергу, соціально-економічними факторами, які склалися в результаті формування і розвитку систем охорони здоров'я.

Основою фінансового забезпечення діяльності медичної установи є його фінансовий план — бюджет, що складається з двох частин: *дохідної та видаткової*. У *дохідній частині* встановлюються всі джерела фінансування та обсяги його за кожним з них. У *видатковій частині* вказуються всі витратні статті та обсяги їх фінансування. Обов'язковою умовою фінансового плану медичної установи, що фінансується з бюджету, є баланс дохідної та видаткової частин. В умовах ринкової економіки і переходу системи охорони здоров'я до ринку, дефіцит бюджету медичної установи може покриватися кредитом, який на пільгових умовах, з огляду на соціальну значимість виконання робіт, може надавати держава або місцеві бюджети, нівелюючи, таким чином, недоліки бюджетного фінансування. В Україні невід'ємною умовою поліпшення фінансування охорони здоров'я є створення системи обов'язкового медичного страхування.

ТЕМА 8. МЕТОДИ ЦІНОУТВОРЕННЯ ТА РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

8.1. Економічна сутність процесу ціноутворення та його особливості у сфері охорони здоров'я

Економічною категорією, яка, напевно, найчастіше вживається і формально зрозуміла навіть пересічним громадянам, є **ціна**. Так, ми кожного дня споживаємо товари чи послуги, спостерігаємо за рухом цін на ринку



товарів і послуг, обурюємося, якщо ціни зростають, і радіємо, коли купуємо товар дешевше.

Ціна — є грошовим виразом вартості товару (послуги); певна грошова сума, яку ми платимо за одиницю товару (послуги).

Ціна медичної послуги — грошова форма обліку і відшкодування трудових, матеріальних, фінансових й інших ресурсів, витрачених на надання одиниці медичної послуги, забезпечення сплати податків та отримання прибутку медичним закладом, а також можливість потенційних пацієнтів отримати та оплатити ці послуги.

Існують основні групи цін на медичні послуги:

1. **Бюджетні розцінки** — умовні ціни, які використовуються в медичних закладах державної та комунальної форм власності, і розраховуються на основі кошторису їхніх витрат відповідно до статей бюджетної класифікації. Кошторис витрат медичного закладу розглядається як сукупна ціна його річних (квартальних) робіт/послуг в цілому. Виходячи з їх обсягу визначається середня ціна одиниці роботи/послуги: лікування хворого в стаціонарі, прийому пацієнта в поліклініці. Ці розцінки не використовуються для встановлення ціни на послугу для пацієнтів, а застосовуються для оцінки та фінансування цільових програм, що здійснюються на загальнодержавному, регіональному або місцевому рівні, а також при обов'язковому медичному страхуванні.

2. **Державні ціни** на платні медичні послуги населенню розраховуються виходячи з фактичних витрат матеріальних і трудових ресурсів медичного закладу на основі бюджетних норм і нормативів, а також прибутку, норма якого встановлюється центральними або місцевими органами влади (у сфері охорони здоров'я ця норма коливається в межах 15–30 % до собівартості). Ці ціни передбачають повне відшкодування витрат медичного закладу (з бюджетних і додаткових джерел фінансування) на оплату обладнання, праці медперсоналу, інструментарію, витратних матеріалів, харчування, й отримання прибутку. Платні медичні послуги реалізуються населенню як за преїскурантами медичних закладів (індивідуальними цінами), так і за територіальними преїскурантами (єдині ціни з можливою диференціацією за типами медичних закладів). Державні ціни використовуються для розрахунку тарифів при обов'язковому медичному страхуванні.

3. **Договірні ціни** на медичні, медико-соціальні послуги та послуги медичного сервісу встановлюються за договорами з медичними закладами, а також за договорами добровільного медичного страхування. Ці ціни



більш вільні і гнучкі щодо їх формування та затвердження. Вони значною мірою орієнтовані на ринкову ситуацію, їм властива тенденція руху до цін рівноваги попиту та пропозиції; проте вони не можуть змінюватись протягом терміну дії договору. Ці ціни включають повні витрати на медичні та супутні роботи за собівартістю, а також прибуток (у % до повної собівартості), рівень якого визначається виходячи з кон'юнктури ринку, а також тенденцій її зміни. Вони закріплюються договором, який враховує інтереси постачальника медичних послуг і їх покупця (страхової компанії). Включення до собівартості усіх витрат (на відміну від бюджетних і державних цін) тут не обмежується, а тому дозволяє враховувати складність, новизну, якість застосовуваних методик діагностики та лікування, специфіку робіт і кваліфікацію персоналу, терміновість і комфортність обслуговування та інші чинники медичних ризиків.

4. *Тарифи на медичні послуги* з обов'язкового медичного страхування — включають вартісну оцінку ресурсів, виділених медичними закладами на реалізацію територіальної програми обов'язкового медичного страхування і склад цих витрат; при цьому собівартість і прибуток в структурі витрат не виділяються. Вони є предметом публічного управління і кореспондуються з можливостями державного та місцевих бюджетів.

5. *Вільні ціни* — включають повні витрати ресурсів медичного закладу на надання послуг, прибуток, який визначається кон'юнктурою ринку та іншими його чинниками (сегментом, рівнем монополізації, ціновою стратегією, економічною ситуацією в країні). Ці ціни застосовуються приватними медичними закладами, а також закладами державної та комунальної форми власності (але лише для тих видів послуг, які дозволено надавати за вільними цінами). Вони можуть вільно коливатися протягом року залежно від зміни витрат медичного закладу, попиту або пропозиції, конкуренції, сезонності, епідеміологічної ситуації та інших чинників, що склалися на ринку медичних послуг.

Вільні ціни мають три різновиди:

- *ціна пропозиції* — мінімальна ціна, за якої виробник згоден реалізувати товар (послугу) на ринку (як правило, така ціна дозволяє зберегти бізнес і визначається собівартістю);
- *ціна попиту* — максимальна ціна, яку згоден платити покупець і за якої обсяг попиту на товар (послугу) задовольняє виробника;
- *ціна виробника*, коли ціна розраховується виробником медичних товарів (послуг), а потім коригується залежно від ситуації на ринку.



Загальна формула обчислення ціни на медичну послугу:

$$\Pi_{\text{мп}} = C_{\text{н}} + C_{\text{р}} + O + \Pi \quad (8.1)$$

де, $C_{\text{н}}$ — витрати на надання медичних послуг; $C_{\text{р}}$ — витрати на реалізацію медичних послуг; O — сума сплачених податків і зборів у розрахунку на одиницю продукції; Π — прибуток від реалізації медичних послуг.

Розрахована таким чином ціна є вихідною базовою для пропозиції медичного товару (послуги) на ринку. Реальна ж ціна повинна урахувати багато інших чинників, що характеризують сам товар (послугу), стан ринку в даний період часу, цінову стратегію і тактику медичного закладу.

Якщо в інших галузях і сферах національної економіки зниження собівартості можна досягати шляхом економії трудових і матеріальних ресурсів, скороченням непродуктивних витрат, то в системі охорони здоров'я ці заходи не завжди прийнятні, бо діяльність медичних закладів спрямована передусім на досягнення медичного та соціального ефекту. Крім того, загальність і доступність медичних послуг для населення є серйозним обмежувачем для зростання їх вартості, а отже, і ціни; маніпулювання попитом і пропозицією, а через них — зміни цін у бік підвищення. Наприклад, в охороні здоров'я з морально-етичних міркувань неприйнятним є штучне створення ажіотажного попиту, а відтак — кратне підвищення цін. Також неприпустимим є стримування пропозиції (створення дефіциту) медичних послуг, які найбільш затребувані населенням.

Ціни на товари медичного призначення залежно від ланцюжка реалізації:

1. *Оптові ціни підприємства* — при продажі товару (послуги): підприємство-виробник → оптовий покупець:

$$\Pi_0 = C + \Pi \quad (8.2)$$

де, Π_0 — оптова ціна підприємства, C — повна собівартість одиниці продукції; Π — прибуток фірми у розрахунку на одиницю продукції.

2. *Оптові ціни торгівлі* — при продажі товару (послуги): оптовий покупець → суб'єкт роздрібною торгівлі:

$$\Pi_{0\text{т}} = \Pi_0 + H_{\text{пз}} \quad (8.3)$$



де, $\Pi_{от}$ — оптова ціна торгівлі, $\Pi_о$ — оптова ціна підприємства, $H_{пз}$ — поставальницько-збутова націнка.

3. *Роздрібна ціна* — при продажі товару (послуги): суб'єкт роздрібної торгівлі → кінцевий покупець (споживач):

$$\Pi_p = \Pi_{от} + H_T \quad (8.4)$$

де, Π_p — роздрібна ціна, $\Pi_{от}$ — оптова ціна торгівлі, H_T — торгова націнка.

На ціну впливають як *внутрішні чинники*, що формують витрати виробництва (собівартість, прагнення до максимізації прибутку), так і *зовнішні* (податкова система, соціальна політика держави, ціни поставальників).

Ціна формується під впливом безлічі прямих і непрямих чинників, певною мірою враховуючи ті з них, які сприяють максимізації медичного, соціального та економічного ефекту.

Методологія і практика *ціноутворення* у сфері охорони здоров'я орієнтована на соціальну значимість більшості видів медичних послуг та обмежений обсяг коштів, які може виділити держава й основна частина населення на оплату цих послуг. Разом з тим, ціни на них повинні адекватно відшкодовувати витрати медичних закладів з їх надання, оскільки тільки у цьому випадку буде забезпечене повноцінне функціонування системи охорони здоров'я, як частини національної економіки, її вдосконалення та розвитку в напрямку збільшення обсягів і поліпшення якості медичних послуг.

Ціноутворення — це процес обґрунтування, затвердження і перегляду цін і тарифів, визначення їх рівня, співвідношення та структури.

Ціноутворення передбачає вивчення допустимого рівня цін, вивчення рівня витрат на виробництво та реалізацію продукції, оцінку можливого розміру прибутку при різних обсягах реалізації, оцінку конкурентоспроможності закладу та продукції; визначення меж ринку, використання націнок (знижок); постійний моніторинг цін.

Встановлення оптимальних цін на ринку медичних послуг є досить складним завданням, оскільки ціноутворення має безпосередній вплив на діяльність медичних закладів, зумовлюючи результати їхньої діяльності.

Існує *чотири методи для визначення базової ціни* — затратний метод, агрегатний метод, метод ціноутворення на основі поточних цін та параметричний метод.



Таблиця 8.1

Фактори ціноутворення

частка ринку та конкуренто-спроможність медичного закладу	розмаїття та якість асортименту	демографічна ситуація	ринкові дослідження та нові розробки
збут, реклама, просування товару, прибуток	передпродажне та післяпродажне обслуговування клієнтів	взаємний вплив цін на аналогічні товари та товари-замінники	витрати ресурсів на виробництво та реалізацію продукції
рівень споживання, якість товарів	науково-технічний прогрес і пропозиція	зміни темпів інфляції	зміни купівельної спроможності грошей

1. *Затратний метод* (метод «витрати + прибуток») ґрунтується на обрахунку фактичних витрат, пов'язаних з наданням послуг заданої ефективності (собівартості), та обліком необхідної для відтворення рентабельності медичних закладів. Формування цін на основі цього методу дозволяє не тільки відшкодувати його витрати на здійснення виробничо-господарської діяльності, а й забезпечити отримання ним прибутку,



Рис. 1. Етапи ціноутворення



необхідного для вдосконалення основного продукту (медичних послуг), сформувати фонд соціального розвитку і матеріального стимулювання співробітників. Об'єктом розрахунку ціни за цим методом є *прості медичні послуги* (окремі дослідження, амбулаторний прийом, маніпуляції, процедури, оперативне втручання, подібні їм послуги); *складні медичні послуги* (ліжко-дні при стаціонарному лікуванні в профільних відділеннях), а також *комплексні медичні послуги* за закінченими випадками поліклінічного та стаціонарного лікування (медико-економічними стандартами), санаторно-курортне лікування. Для бюджетних закладів витрати враховуються виходячи з кошторису, а для закладів інших форм власності або стосовно платних послуг — на основі фактично необхідних витрат і певного нормативу прибутку.

2. *Агрегатний метод* передбачає визначення ціни на товар як суми цін на окремі складові товару, а також ціни агрегатного (загального) блоку та надбавки (знижки) за наявності чи відсутності окремих її складових. Наприклад, ціна обслуговування хворого в нейрохірургічному відділенні включає ціни всіх послуг, які надаються медичним персоналом відділення; частка цін, що припадають на відділення від агрегатного (загальноклінічного) блоку; цін обстеження на КТ (за наявності), оскільки це платні послуги інших закладів).

3. *Метод ціноутворення на основі поточних цін* базується на основі врахування цін, діючих на ринку в даний період; порівнюється послуга даного медичного закладу з аналогами конкурентів, а також з урахуванням власних витрат, якості послуг, кон'юнктури ринку та інших ринкових факторів. Базова (початкова) ціна потім може коригуватися залежно від стану ринку та цілей медичного закладу.

4. *Параметричний метод*, передбачає що ціна залежить від якості послуги. Даний метод використовується у тих випадках, коли послуги медичного закладу якісно відрізняються від аналогічних послуг конкурентів. У цьому випадку ціна може бути підвищена на експериментально або розрахунково встановлену величину, що враховує якісні переваги даної послуги.

Поведінка покупців на ринку медичних послуг дещо відрізняється від традиційної. Так, зокрема, невідкладний стан хворого, що вимагає негайного втручання, може підвищити ціну на послугу з надання медичної допомоги в разі (особливо при притупленні почуття співчуття, вірності лікарському обов'язку). Інший приклад, у період епідемії або її наближення різко зростає попит і підвищуються ціни на відповідні ліки, чим часто користуються аптеки та фармвиробники.



Зростання технічної озброєності праці в медицині мало б знизити ціни на відповідні послуги, але вони, як правило ростуть, оскільки ці новації дозволяють істотно підвищити якість відповідних послуг, а отже, медичний і соціальний ефект: тобто зростає споживча вартість цих послуг, а це є підставою для підвищення цін на них.

В умовах сучасного ринку (особливо за маркетингового підходу до організації ринку медичних послуг) ціна є одним з найважливіших елементів економічного механізму та умовою ефективної роботи медичного закладу. Вона вимагає особливо виваженого підходу як у стратегічному (перспективному), так і в тактичному (оперативному) плані. Багато питань управління маркетингом є похідними від ціни. Наприклад, кон'юнктура ринку, конкуренція, просування послуг в різні періоди їх надання, вихід на ринок з новими послугами нерозривно пов'язані з ціноутворенням, ціновою політикою закладу, що працює на ринку медичних послуг.

В умовах страхової медицини питання оцінки медичних послуг та їх оплати страховими компаніями стає особливо актуальними. Все це істотно підвищує роль і значення ціноутворення, як фактора соціальної результативності охорони здоров'я й економічної ефективності роботи медичного закладу.

Таблиця 8.2**Фактори ціноутворення у сфері охорони здоров'я**

базова система фінансування
форма власності, на якій засновано і функціонує медичний заклад (державна, комунальна, колективна, приватна)
цілі, для досягнення яких організовано даний заклад, або які він ставить перед собою в процесі розробки, впровадження та виконання певних робіт або надання послуг

Нові медичні послуги характеризуються, в першу чергу, монополією на них на даному ринку. По-друге, до масового надання цих послуг, як правило, зберігається їх висока вартість унаслідок недоробок в технології, організації, недостатньої вправності персоналу та інших факторів, які в процесі вдосконалення роботи медичних закладів призведуть до підвищення продуктивності праці і як наслідок, до зниження вартості таких послуг. Надалі зростання масовості послуг, поява нових закладів (кабінетів), які надають аналогічні послуги, конкуренція, зумовлять зростання їх пропо-



зиції і за інших рівних умов — до зниження цін. Період «новизни» послуги може бути нетривалим, тому слід застосувати методи управління, які дозволяють використовувати цей період для досягнення максимального економічного результату.

При використанні методів встановлення цін на нові послуги обов'язковою умовою залишається те, що вони повинні відшкодовувати понесені витрати, забезпечувати можливість розраховуватися з державою за своїми зобов'язаннями й отримувати прибуток — це необхідні вимоги успішного бізнесу, можливості його розвитку та досягнення не лише економічного, а й соціального та медичного результату.

8.2. Витрати медичних закладів і собівартість медичних послуг

Витрати — це зменшення обсягу матеріальних цінностей, коштів тощо, пов'язане з діяльністю суб'єкта господарювання.

Нижче наведено чотири класифікації витрат медичних закладів.

1. *За спрямуванням* витрати поділяють на операційні, інвестиційні та фінансові:

- *операційні (поточні)* — витрати на основну діяльність, пов'язану з виробництвом і реалізацією продукції, яка забезпечує основну частку його доходу;
- *інвестиційні* — довгострокові вкладення підприємством свого капіталу з метою отримання прибутку (придбання довгострокових цінних паперів, капітальне будівництво, реконструкція підприємства, розширення виробництва тощо);
- *фінансові* — витрати на сплату відсотків за отримані кредити, позики, коштів фінансовим посередникам за розміщення на первинному ринку цінних паперів (акцій, облігацій), витрати на емісію тощо.

2. *За статтями кошторису* існують наступні п'ять видів витрат:

- *матеріальні витрати* — сировина та матеріали; комплектуючі вироби; придбані напівфабрикати (відливки, штамповки тощо); допоміжні матеріали, які використовуються у технологічному процесі або необхідні для його обслуговування, а також для управлінських і господарських потреб (інструмент, канцелярські товари тощо); паливо та енергія (електроенергія, газ тощо);
- *оплата праці* — оплата фактично виконаної роботи відповідно до тарифних ставок та посадових окладів; вартість продукції, яка видається працівникам у формі натуральної оплати; преміальні виплати та над-



бавки за виробничі результати; вартість комунальних послуг, харчування, форменого одягу, житла, які безкоштовно надані працівникам підприємств деяких галузей відповідно до чинного законодавства; оплата щорічних чергових відпусток, а також відпусток на навчання; виплата працівникам, вивільненим з підприємства у зв'язку зі скороченням штатів або реорганізацією;

- *єдиний соціальний внесок (ЄСВ)* — обов'язковий платіж до системи загальнообов'язкового державного соціального страхування. Єдиний соціальний внесок включає відрахування до: Пенсійного фонду; фонду страхування на випадок безробіття; фонду із тимчасової втрати працездатності; фонду страхування від нещасних випадків на виробництві;
- *амортизація основних фондів*. Включаються витрати, рівні сумі амортизаційних відрахувань від первісної або залишкової вартості основних виробничих фондів у певному році. Ці витрати також включають амортизаційні відрахування, здійснені за прискореними методами амортизації, їх індексацію, суми амортизації нематеріальних активів;
- *інші операційні витрати* — вартість робіт, послуг сторонніх організацій, витрати на набір робочої сили, витрати на відрядження згідно встановлених норм, сума податків, зборів (крім податків на прибуток), оплата робіт з сертифікації продукції, втрати від курсових різниць, знецінення запасів, псування цінностей, сума фінансових санкцій тощо.

3. *За способом обчислення на одиницю продукції* витрати можуть бути двох видів — *прямі та непрямі*:

- *прямі* — витрати, безпосередньо пов'язані з наданням медичних послуг (оплата праці медичного персоналу, зайнятого в процесі надання послуг, нарахування на оплату праці цього персоналу, матеріальні витрати, які повністю спожиті в процесі надання медичних послуг, зношення м'якого інвентарю в основних підрозділах, зношення медичного та іншого обладнання, яке використовується безпосередньо в лікувально-діагностичному процесі).
- *непрямі* — витрати, необхідні для забезпечення діяльності закладу, але не спожиті безпосередньо в процесі надання медичних послуг (оплата праці персоналу, який виконує загальногосподарські функції, нарахування на оплату праці цього персоналу, витрати на відрядження, господарські витрати, оплата оренди, комунальних послуг, амортизація будівель і споруд, які безпосередньо не пов'язані з наданням медичних послуг, зношення м'якого інвентарю для допоміжних підрозділів).



4. *Витрати, що пов'язані зі збільшенням обсягів і покращенням якості продукції*: на науково-дослідну діяльність; на розробку і впровадження нових методів діагностики, лікування, профілактики та реабілітації тощо; на реконструкцію та модернізацію.

Вартісна форма витрат відіграє визначальну роль в процесі оцінювання ефективності діяльності підприємства. Вона включається у вартість виготовленої продукції, відшкодовується за рахунок доходу від її реалізації і становить ту її частину, яка називається собівартістю.

Собівартість продукції — вартісна форма поточних витрат підприємства на підготовку виробництва, виготовлення та збут продукції. Собівартість продукції характеризує ефективність діяльності підприємства, оскільки у ній відображаються технічний рівень виробництва, рівень продуктивності праці, організації виробничих й інших процесів та ін.

Для підприємства важливо визначити витрати, які відшкодовуються за рахунок собівартості, а які — за рахунок прибутку. На практиці не завжди собівартість продукції є повним відображенням дійсних витрат на її виробництво. Через собівартість відшкодовуються лише ті витрати, які забезпечують просте відтворення усіх виробничих чинників: предметів і засобів праці, природних ресурсів, робочої сили.

До них відносяться витрати на вивчення ринку, виявлення величини попиту на продукцію, підготовка та освоєння виробництва нової продукції, сам процес виробництва продукції, обслуговування виробничого процесу, управління ним, збут продукції, набір і підготовка кадрів, удосконалення процесу виробництва та праці, підвищення його ефективності (крім капітальних витрат), дослідження, використання та охорону природних ресурсів.

Калькулювання собівартості продукції — процес обчислення собівартості одиниці продукції.

Розрахунок собівартості лікування за нозологіями, а також розрахунок собівартості оперативних втручань (операцій) та реанімаційних заходів є необхідною складовою для первинного розрахунку та періодичного перегляду (уточнення) системи оплати за клініко-витратними групами UDRG. Система нарахувань оплати, яка ґрунтується на вартості кожної лікувально-діагностичної процедури, оперативного втручання (операції) та реанімаційних заходів є більш складною, як з адміністративної, так і з практичної точки зору, але водночас вона є найбільш точною та справедливою, оскільки базується на розрахунку вартості лікування окремого хворого в кожному конкретному випадку.



Собівартість лікування к-хворого в п-підрозділі п-групи складається із суми собівартостей прийому та оформленню хворого, перебування та лікування в даному підрозділі, лікувального харчування, проведених операцій, перебування та лікування в підрозділі реанімації та інтенсивної терапії, всіх наданих медичних процедур (послуг), вартості медикаментів за весь курс лікування.

Оплата за нозологіями базується на наступних положеннях. В кожному стаціонарі, в їх мережі на місцевому або на загальнодержавному рівні розраховується середня вартість лікування пацієнтів з певними захворюваннями, які розглядаються як можлива профілююча патологія. Відповідно до цього, за кожною нозологією «закріплюється» відповідний перелік і вартість лікувально-діагностичних процедур. Вартість лікування ускладнень чи супутньої патології може бути розрахована у кожному випадку окремо чи передбачена та калькульована раніше.

8.3. Розробка цінової стратегії в галузі охорони здоров'я

Цінова стратегія — політика цін на довгострокову перспективу, яка є інструментом реалізації стратегічних цілей підприємства.

На першому етапі проводиться оцінка власних виробничих можливостей фірми, оцінка і вибір привабливих стратегічних зон господарювання, складання рангованих рядів товарів, які можуть бути виготовлені, проведення комерційної оцінки потреб у тих товарах, які плануються до випуску. Крім того оцінюється ємність ринку, конкурентне середовище та умови збуту товарів на ринку. Встановлюється тип ринку де буде працювати фірма. Якщо на ринку працює велика кількість підприємств, які пропонують подібну продукцію і вихід на цей ринок вільний, це ринок досконалої конкуренції. Розробка цінової політики буде зводитись до встановлення цін, які склались на ринку і фірма буде прагнути випускати такий обсяг продукції, який покриватиме витрати при даному рівні цін. Протягом всього життєвого циклу виробу необхідно пропонувати декілька модифікованих цін. На початковій стадії життєвого циклу (впровадження товару на ринок) фірма може використовувати стратегію низьких цін, якщо вона поставила за мету протиснутися на ринок, або навпаки може бути використана стратегія високих цін для того, щоб в короткий термін отримати високі прибутки. При просуванні на наступну фазу життєвого циклу фірма може отримати найбільшу виручку за використання високих цін. На Рис. 2 зображені етапи розробки цінової стратегії.



1. Загальні дослідження стратегічних зон господарювання, ринків збуту та прогнозування кон'юнктури ринку
2. Визначення моделі ринку з точки зору конкурентоспроможності
3. Визначення загальних цілей фірми в даній стратегічній зоні господарювання
4. Визначення етапу життєвого циклу в даній стратегічній зоні господарювання
5. Вибір варіанту цінової політики медичного закладу
6. Дослідження факторів, що впливають на рівень ціни реалізації товару

Рис. 2. Етапи розробки цінової стратегії

Основні методи реалізації цінової стратегії:

1. *Метод «зняття вершків» на ринку.* Передбачає встановлення максимально завищеної ціни від початку пропозиції даної послуги. Для цього треба провести комплекс маркетингових заходів щодо просування товару на ринок: поширити інформацію про надання послуги, її привабливість і корисність. Даний варіант ціни зазвичай застосовують, коли впровадження послуг здійснюється на такому сегменті ринку, де попит не залежить (чи несуттєво залежить) від динаміки цін. Застосування цього методу виправдане, якщо є впевненість у тому, що ця послуга дійсно знайде свого покупця і що найближчим часом її не зможуть надавати конкуренти. Це також можливо за умови, коли розробка послуги ґрунтується на потужному фінансовому фундаменті, новітній дорогій технології та обладнанні, високому рівні кваліфікації персоналу, відсутності аналогів. Її застосування до появи на ринку аналогів дозволить максимізувати прибуток закладу.

2. *Ціна впровадження і проникнення на ринок медичних послуг* передбачає, що медичний заклад встановлює на нову послугу занижену ціну, що дозволяє залучити якомога більше уваги пацієнтів і завоювати якомога більшу частку ринку. При цьому пацієнтів приваблюють низькі ціни, що веде до розширення обсягу надання послуг і навпаки — низькі ціни часто не вигідні для існуючих і потенційних конкурентів. При виборі цього



методу потрібно бути впевненим в тому, що конкуренти не зможуть швидко відреагувати й переглянути свої ціни, а також в тому, що ви зможете компенсувати тимчасові втрати в майбутньому і закріпити за собою сегмент пацієнтів.

3. *Ціна лідера на ринку медичних послуг.* Передбачає орієнтацію на політику цін лідера в цій сфері національної економіки. Як правило, лідер має достатньо можливостей швидко відреагувати на появу нової послуги, тому тут важливо не «наступити на хвіст» лідерові, а встановлювати ціни на нові послуги у межах, які обумовлені новими характеристиками вашої послуги порівняно з існуючими послугами лідера. При цьому, чим менше відмінностей нової послуги від наявних, тим ближче ціна на неї повинна бути до ціни лідера. Якщо ж медичний заклад є порівняно невеликим і не в змозі розгорнути надання нової послуги в обсязі, достатньому для успішної конкуренції, то краще встановлювати ціни, орієнтовані на ціну лідера.

4. *Престижна ціна* встановлюється на «модні» медичні послуги (косметологічні, фізіотерапевтичні), які як правило, не є життєво необхідними. Для встановлення таких цін важливо, щоб даний медичний заклад мав високу репутацію і вселяв упевненість в тім, що на даний момент наявні на ринку подібні послуги не мають тих якісних характеристик, які пропонуєте ви. У таких випадках пацієнт готовий платити дуже високу ціну за отримання цієї послуги, хоча часто вона виявляється не тільки зайвою, але і небажаною як для здоров'я, так і для іміджу (особливо публічних людей).

5. *Психологічна ціна.* Дослідження маркетологів показали, що ціна повинна виражатися не круглим і не парним числом (не € 100, а € 99,9). Даний підхід популярний з кількох причин: споживач орієнтується на перші цифри ціни і йому здається, що ця ціна є істотно нижчою, ніж кругла, а продавець нібито йде назустріч своїм пацієнтам.

6. *Стратегія цільових цін* — найважливішою постійною величиною є прибуток. Ціна на товар змінюється залежно від зміни вартості виробництва (зміна цін на сировину, подорожчання логістики, пов'язане з підвищенням ціни на бензин тощо), але додана вартість на продукт залишається незмінною.

7. *Стратегія пільгових цін* — часто використовується коли необхідно отримати швидкий прибуток чи для згладжування сезонних коливань продажів.

8. *Стратегія незмінних цін* — ціна товару не змінюється роками, в ідеалі взагалі не змінюється. Може змінюватися вид товару, пакування (на дешевшу, наприклад), обсяг (вага) товару, але ціна залишається незмінною.



9. *Стратегія гранично низьких цін* — встановлення ціни нижчої, ніж у більшості конкурентів на ринку. Таке положення зберігається тривалий час.

10. *Стратегія єдиних цін* — встановлення однакової ціни для всіх споживачів, де б вони не знаходилися. Її перевага полягає в тому, що вона проста і зручна в реалізації, робить привабливими продаж за каталогами, посилює торгівлю, зміцнює довіру споживачів. Однак у більшості випадків її дія обмежена тимчасовими, товарними і географічними рамками.

11. *Стратегія диференційованих цін* заснована на неоднорідності покупців і можливості продавати їм товар за різними цінами. Вона передбачає встановлення певної шкали можливих знижок і надбавок до середнього рівня цін для різних ринків, їх сегментів і покупців, яка враховує різні види покупців, особливості розташування ринків та їх характеристики, час покупки, варіанти товарів та їх модифікації. Успіх застосування диференційованих цін залежить від точності та якості сегментації ринку. Ця стратегія передбачає дотримання низки умов, зокрема покриття додаткових витрат з її проведення сумою додаткових надходжень в результаті її здійснення, наявність чітких меж ринкових сегментів, відсутність можливості перепродажу товарів із сегментів з низькими цінами в сегменти з високими цінами.

12. *Стратегія гнучких (еластичних) цін* передбачає швидку зміну рівня продажних цін залежно від співвідношення попиту і пропозиції на ринку. Використовується при укладанні індивідуальних контрактів по кожній партії неоднорідних товарів.

13. *Стратегія дискримінаційних цін* — ціни встановлюються на найвищому рівні для даного товару. Ця стратегія застосовується до покупців, які виявляють надзвичайну зацікавленість у придбанні даного товару, а також до небажаних покупців. Різниця в цінах не враховує розбіжності у витратах. Стратегія здійснюється в різних формах, з урахуванням часу, місця продажу, варіанта товару, приналежності покупців до певної групи. Її реалізація також можлива у разі здійснення урядом загальної дискримінаційної політики відносно країни, в якій мешкає покупець: встановлення високих ввізних чи вивізних мит, встановлення обов'язкового правила користування послугами місцевого посередника тощо.

14. *Стратегія конкурентних цін* передбачає певну дію чи бездіяльність у відповідь на зниження конкурентами ціни на товар. Вона включає два варіанти. Перший — зменшення ціни до рівня конкурентів або ще нижче з метою встояти в конкурентній боротьбі, а можливо, навіть збільшити свою частку на ринку, використовується для тих ринків, втратити частку



на яких вкрай небезпечно. Другий — збереження ціни на колишньому рівні, незважаючи на те, що конкуренти справили зниження цін. Має за мету утримати норму прибутку на тому ж рівні, але може призвести до поступового скорочення присутності на ринку. Вона застосовується на ринках з низькою еластичністю попиту, де не спостерігається гострої реакції покупців на збереження високого рівня цін і є впевненість в тому, що можна відновити загублені на ринку позиції завдяки високому престижу товару.

15. *Стратегія протидії цінової прозорості* передбачає розробку та реалізацію заходів, здатних ускладнити покупцям порівняння цін компаній-конкурентів.

16. *Стратегії асортиментного ціноутворення* застосовуються, коли на ринок просувається набір аналогічних, пов'язаних або взаємозамінних товарів. Виділяють встановлення цін в рамках асортименту товарів, що доповнюють товари, на обов'язкові речі, на побічні продукти виробництва, на комплект товарів.

17. *Стратегія встановлення цін на обов'язкові речі*. Часто на обов'язкові речі призначають ціни значно вищі їх собівартості, а на основні товари — нижчі. Вартість перших може бути порівняно невисокою, але купуються вони часто, що й забезпечує високий прибуток від їх продажу.

18. *Стратегія встановлення цін на доповнюючі товари* — товари, які продаються або можуть продаватися разом з основними товарами і при спільній експлуатації роблять останні більш зручними і престижними. Основна складність реалізації даної стратегії полягає в правильному формуванні базового комплексу поставки, який сам по собі має бути досить конкурентоспроможним на ринку. Ціна на доповнюючі товари не повинна перевищувати оцінку з боку споживача величини пов'язаних з ним переваг.

19. *Стратегія встановлення цін на побічні продукти* — продукти, виготовлені з відходів основного виробництва. В сучасному суспільстві високі вимоги до охорони навколишнього середовища, тому утилізація відходів основного виробництва може істотно вплинути на ціну товару. Слід прагнути знайти ринок збуту для таких побічних продуктів за ціною, здатною покрити витрати на їх зберігання, переробку і доставку. Інколи витрати на утилізацію можуть виявитися більшими, тоді прийнятною можна вважати ціну істотно нижчу цього рівня, оскільки альтернативою продажу та отримання певної виручки є витрати на утилізацію. У ряді випадків власне виробництво товарів на базі відходів основного виробництва може давати прибуток і дозволить значно знизити ціну основного товару.



20. *Стратегія встановлення цін на комплект товарів* передбачає формування набору пов'язаних товарів і продаж його за ціною нижчою за сумарну ціну складових комплекту. Застосування стратегії стає ефективним, якщо ця різниця в ціні є значною.

21. *Стратегія встановлення цін в рамках асортименту товарів* передбачає визначення цінового інтервалу між товарами, що входять до асортиментної групи. При цьому враховується різниця собівартості товарів, відмінність сприйняття їх властивостей споживачами, а також особливості цін на конкуруючі товари. Покупці, як правило, купують більш досконалий товар, якщо розрив цін між сусідніми моделями асортиментного ряду невеликий, і менш досконалий, якщо великий.

22. *Стратегії встановлення цін за географічним принципом* дозволяють врахувати в ціні різне становище покупця щодо місця виробництва або відвантаження товару, що купується.

23. *Стратегія встановлення єдиної ціни з включеними до неї витратами з доставки* у разі використання однакової ціни, незалежної від розташування покупця. До ціни включають середній рівень витрат на транспортування. Перевагою використання цієї стратегії є спрощення розрахунків з покупцями, можливість рекламувати ціну незалежно від місця розташування покупців. Її недолік полягає в погіршенні конкурентних можливостей товару на ринку, де присутня продукція однакової з ним якості, але в ціні якої закладені менші витрати на транспортування.

На практиці цінові стратегії застосовуються в поєднанні різних їх видів залежно від конкретної ситуації на ринку і загальних маркетингових стратегічних завдань. У реальному діловому житті одночасно використовуються різні цінові стратегії, які повинні змінюватись відповідно до реальної ситуації на ринку та цілей, що реалізуються підприємством.

8.4. Методи регулювання цін на ринку медичних послуг

На ринку медичних послуг існують різні методи регулювання цін: ринкові методи, методи регулювання цін на рівні організації, методи державного регулювання (які можуть бути адміністративними, економічними, нормативно-правовими, організаційними та соціально-психологічними).

1. *Ринкові методи* — саморегулювання під впливом кон'юнктури ринку (співвідношення попиту та пропозиції), цін конкурентів, можливості проникнення на ринок імпорتنих товарів і послуг, лікарських засобів і витратних матеріалів, отримання допомоги за кордоном;



2. *Методи регулювання на рівні організації* — урахування її економічної стратегії, етапу життєвого циклу товару (послуги), сегментування ринку, рівня цін і тарифів у медичних закладах;

3. *Методи державного регулювання* — діяльність органів державної влади з вироблення, реалізації та вдосконалення регуляторного впливу на розвиток суспільства з метою задоволення зростаючих потреб його членів:

- *адміністративні методи* базуються на владі, дисципліні, відповідальності та реалізуються через ієрархію управління за допомогою виконання посадових інструкцій, обов'язків і розпоряджень (*введення державних преїскурантних цін*, що розраховуються, як правило, на основі кошторису витрат медичних закладів і затверджуються органами центральної влади або місцевого самоврядування; *«заморожування» цін на певний час* — встановлюється заборона на підвищення цін на медичні товари (послуги) через екстремальні умови, після нормалізації яких заборона скасовується; *фіксація цін компаній-монополістів* — застосовується на монополізованому ринку медичних послуг: унікальні дорогі послуги, відсутність конкурентів; *встановлення граничних надбавок до фіксованих цін* — застосовується для недопущення отримання надприбутків медичними закладами; *встановлення граничного рівня цін на конкретні товари* — використовується для запобігання недобросовісній конкуренції, коли на одні й ті самі товари (наприклад, ліки) за рахунок зміни їх назви необґрунтовано підвищуються ціни; *встановлення конкретного рівня разового підвищення цін на певні товари (послуги)*; *заборона на горизонтальне та вертикальне фіксування цін*; *заборона цінової дискримінації*; *заборона демпінгових цін*).
- *економічні методи* передбачають різноманітне заохочення економічних суб'єктів до розвитку виробництва, зростання національного багатства і підвищення рівня та якості життя населення (*перелік і ставки загальнодержавних і місцевих податків та зборів*; *встановлення рівня мінімальної заробітної плати, розміру і частки бюджетних видатків*; *цільові субсидії, надбавки, дотації, позики, державні замовлення, державні закупівлі, пільги в оподаткуванні і кредитуванні, здійснення політики прискореної амортизації, регулювання цін, встановлення різних імпорتنих та експортних тарифів тощо*).
- *нормативно-правові методи* базуються на розробці і виданні юридичних норм, які упорядковують відносини між громадянами та органами державної влади, найманими працівниками і роботодавцями тощо (*Конституція України, Закони України, Укази Президента України, поста-*



нови та рішення Верховної Ради України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України; відомчі підзаконні правові нормативні акти; розпорядження, що видаються місцевими органами державного управління та органами місцевого самоврядування; нормативні акти (регламенти, положення тощо), які упорядковують внутрішню організаційну діяльність конкретного органу управління).

- організаційні методи узгоджують інтереси та ресурси окремих економічних суб'єктів у процесі їх взаємодії (визначення процедури участі в певних заходах; сприяння укладанню угод; надання необхідних консультацій та інформації; надання допомоги при створенні інфраструктури бізнесу; розробки стратегій, програм, прогнозів і планів розвитку держави (регіону, галузі, сфери); координації зусиль і ресурсів).
- соціально-психологічні методи передбачають формування у громадян України почуття гідності, патріотизму та суспільної значущості, підвищення трудової і політичної активності, прагнення забезпечити власний добробут і добробут членів родини (спонукання, роз'яснення, примус, залучення громадян до соціального управління; гуманізації праці; пропаганда, політична агітація; моральне стимулювання, стягнення, етичне виховання, переконання).

Донині дискусійною є пріоритетність і співвідношення впливу ринкових методів і методів державного регулювання.

ТЕМА 9. ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТА МЕТОДИ ЕКОНОМІЧНОЇ ОЦІНКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

9.1. Ефективність як показник медичної діяльності

Питання оцінки ефективності використання наявних ресурсів є актуальним як для економічної теорії в цілому, так і для економічної практики. Адже не існує єдиного критерію, здатного дати повну оцінку цього найважливішого показника виробничо-господарської діяльності. Але, ще більш складним це питання стає при оцінці використання ресурсів в охороні здоров'я, бо з одного боку, тут є обмеження у ресурсній базі — матеріально-технічній, кадровій, фінансовій, а, отже, повинні бути мінімізовані економічні витрати, з іншого боку, в цих умовах необхідно домагатися максимально можливих результатів основної діяльності системи охорони здоров'я, а саме, поліпшення здоров'я населення в цілому і окремих його аспектів. До того ж, особливів-



ту охорони здоров'я є те, що результат діяльності в цій сфері може бути «нulloвим» або навіть «негативним», незважаючи на застосування найбільш кваліфікованої праці та використання сучасної медичної техніки.

У зв'язку з тим, що «*ефективність*» є комплексною економічною категорією вона не може бути визначена однозначно, отже, існує кілька підходів до оцінки її показників.

Дуже часто у вітчизняній навчальній літературі та наукових публікаціях поняття ефективності ототожнюється з поняттями результативності, продуктивності, дієвості та ін. Можливо, витоки даної різноманітності понять полягають у спробах «привести до спільного знаменника» термінологію вітчизняної та західної наукових шкіл. Адже і в зарубіжних навчальних і наукових виданнях дуже часто можна зустріти такі поняття як «*efficiency*», «*efficacy*» та «*effectiveness*».

Щоб уникнути плутанини в даній темі поняття «ефект», «ефективність» та «результативність» будуть використані в такому значенні:

Ефект (effect) — це досягнутий результат діяльності в його матеріальному, грошовому або соціальному вираженні.

Ефективність (efficiency) — це відношення між досягнутим результатом та витраченими ресурсами.

Результативність (effectiveness) — це ступінь, з якою заплановані завдання виконані та заплановані результати досягнуті.

Далі представлені два підходи до оцінки різних видів ефективності в сфері охорони здоров'я, один з яких, є традиційним і застосовується в багатьох країнах Східної Європи, в тому числі, і в Україні, а другий — властивий країнам Західної Європи та Північної Америки.

Загально визнаним як в українських, так і східно-європейських навчальних та наукових виданнях, присвячених питанням економіки охорони здоров'я, є оцінка ефективності діяльності сфери охорони здоров'я за наступними напрямками: **медичним, соціальним та економічним**. Серед цих видів ефективності пріоритетними є *медична* та *соціальна*. Без оцінки результатів *медичної* та *соціальної ефективності* не може бути визначена і *економічна ефективність*. Існує взаємозв'язок та взаємозумовленість між медичною, соціальною та економічною ефективністю. Так само взаємозалежними є економічна та соціальна ефективність, оскільки одним з основних результатів соціального ефекту в охороні здоров'я є відтворення і відновлення робочої сили. При цьому позитивний *економічний ефект* здійснення будь-яких лікувально-профілактичних заходів або медико-соціальних програм можливий лише за досягнення медич-



ного ефекту. Будь-яка впроваджувана методика або програма в охороні здоров'я, в першу чергу, мусить бути ефективною і доцільною з медичної точки зору.

На практиці медичну, соціальну та економічну ефективність прийнято визначати за допомогою відповідних коефіцієнтів. Методика їх розрахунку дозволяє встановити узагальнений результат діяльності медичних закладів або реалізації медико-соціальних програм, однак аналіз даних показників в динаміці дозволяє виявити тенденції результативності як в діяльності окремого медичного закладу, так і конкретних медико-соціальних програмах або у системі охорони здоров'я.

<p>За рівнем</p>	<ul style="list-style-type: none"> - рівень роботи лікаря - рівень роботи підрозділів - рівень роботи медичних закладів - рівень роботи сфери охорони здоров'я - рівень народного господарства
<p>За обсягом роботи</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ефективність лікувально-профілактичних заходів - ефективність медико-соціальних програм
<p>За етапами або розділами роботи</p>	<ul style="list-style-type: none"> - на етапі попередження захворювання - на етапі лікування захворювання - на етапі реабілітації
<p>За формою показників</p>	<ul style="list-style-type: none"> - нормативні показники здоров'я населення - показники трудових витрат - вартісні показники
<p>За способом вимірювання результатів</p>	<ul style="list-style-type: none"> - через зниження втрат ресурсів - через економію ресурсів - через додатково отриманий результат - інтегрований показник який враховує всі показники

Рис. 1. Види показників ефективності медичної діяльності



Крім того, за допомогою аналізу динаміки досліджуваних коефіцієнтів, можна встановити чіткий взаємозв'язок між медичними, соціальними та економічними результатами діяльності системи охорони здоров'я та її структурних підрозділів. Тому їх слід розраховувати і враховувати при аналізі та оцінці роботи медичних закладів.

Однак, існують і інші види ефективності діяльності охорони здоров'я, які доповнюють, розширюють або конкретизують вже наведені (Рис. 1).

9.2. Оцінка медичної ефективності охорони здоров'я

Медична ефективність — це показник, що відображає ступінь досягнення поставлених завдань профілактики, діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності і результативності.

Згідно традиційного підходу, *коефіцієнт медичної ефективності* (K_{ME}) відображає ступінь досягнення позитивного клінічного ефекту (щодо конкретного хворого позитивним результатом медичної діяльності є одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій окремих органів і систем і т.ін.). Таким чином, коефіцієнт K_{ME} є екстенсивним показником, відповідно, розраховується за формулою:

$$K_{ME} = \frac{\text{Число випадків досягнутих позитивних медичних результатів}}{\text{Число оцінюваних випадків}} \times 100 \quad (9.1)$$

Одним з показників оцінки *медичної ефективності* роботи діагностичних служб може бути показник частки хворих зі стадіями злоякісних новоутворень. Цей показник розраховується як відсоткове відношення числа хворих з встановленим вперше в житті діагнозом злоякісних новоутворень на I–II стадіях до загальної кількості онкологічних хворих з встановленим вперше в житті діагнозом.

Медична ефективність лікування хворих, які страждають на соціально значущі захворювання, наприклад, алкоголізм і наркоманію, може характеризуватися показниками питомої ваги хворих на алкоголізм (наркоманію) з ремісією понад 1 рік.

Ці показники розраховуються як відношення пацієнтів з тривалістю ремісії понад 1 рік до середньорічного числа диспансерних хворих, які страждають на алкоголізм (наркоманію), виражене у відсотках.

Також, в аналізі *медичної ефективності* важливою складовою є оцінка результатів динамічного спостереження диспансерних хворих, яка вира-



жається показником ефективності диспансеризації. Вона розраховується як відношення числа хворих, які перебувають на диспансерному обліку, у яких на кінець звітного періоду був виявлений один з можливих результатів (поліпшення, без змін або погіршення), до загальної кількості хворих, які перебувають на диспансерному обліку з приводу даного захворювання, виражене у відсотках.

Медичну ефективність проведених реабілітаційних заходів серед осіб зі стійкою непрацездатністю (інвалідів) можна оцінювати показником повної медичної та професійної реабілітації інвалідів. Цей показник розраховується як відношення числа інвалідів, визнаних працездатними, до загальної кількості повторно оглянутих в бюро медико-соціальної експертизи (МСЕ) інвалідів, виражене у відсотках.

Згідно західноєвропейського підходу, розглянутий показник медичної ефективності (K_{ME}) — це показник результативності, оскільки він відображає ступінь досягнення бажаного або запланованого результату (в ідеалі цей показник повинен наближатись до 100%). Відповідно, щоб оцінити медичну ефективність, необхідно показник результативності співставити з витратами, понесеними для досягнення даного результату. Це досягається шляхом проведення клініко-економічного аналізу, наприклад, методом «витрати — ефективність» або «витрати — вигода».

9.3. Оцінка соціальної ефективності у сфері охорони здоров'я

Наступним за пріоритетністю у сфері охорони здоров'я виступає показник соціальної ефективності.

Соціальна ефективність — це показник, що відображає ступінь досягнення соціального результату в діяльності окремого медичного закладу або системи охорони здоров'я в цілому, тобто задоволення потреб населення в охороні здоров'я та якості медичних послуг.

Соціальна ефективність може розглядатися як щодо конкретного хворого, так і на рівні всієї галузі охорони здоров'я.

Стосовно конкретного хворого — це повернення його до праці і активного життя в суспільстві, задоволеність медичною допомогою. На рівні всієї системи охорони здоров'я — це збільшення тривалості майбутнього життя населення, зниження рівня показників смертності та інвалідності, задоволеність суспільства в цілому системою надання медичної допомоги.

Для оцінки *соціальної ефективності*, у зв'язку з відсутністю узагальнюючого інтегрального показника, наразі використовується набір таких



показників: демографічних (динаміка народжуваності, смертності, природного приросту населення, тривалості життя, число збережених життів та ін.), динаміка захворюваності та інвалідності (з виділенням екологічної компоненти їх обумовленості), поширеності соціальних хвороб (алкоголізму, нарко- і токсикоманії тощо). Особливе місце посідають параметри суспільного благополуччя (рівень життя тощо), соціальної задоволеності медичним обслуговуванням, ступенем забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя довілля, оздоровлення умов праці.

Загальновизнаної формули розрахунку *соціальної ефективності* не існує, однак для отримання коефіцієнта соціальної ефективності можуть бути використані показники динамічного ряду (абсолютний приріст, темп зростання, темп приросту та ін.):

$$\text{АП} = P_2 - P_1 \quad (9.2)$$

де, АП (*change*) — абсолютний приріст, P_2 — рівень ознаки в аналізованому періоді, P_1 — рівень ознаки в порівнюваному періоді.

Темп приросту (*percentage change*) — це відсоткове відношення абсолютного приросту до попереднього рівня:

$$T_{\text{пр}} = \frac{\text{АП}}{P_1} \times 100 \quad (9.3)$$

де, $T_{\text{пр}}$ (*percentage change*) — темп приросту, АП (*change*) — абсолютний приріст, P_1 — рівень ознаки в порівнюваному періоді.

Темп росту (*growth rate*) — це відсоткове відношення наступного рівня до попереднього рівня:

$$T_p = \frac{P_2}{P_1} \times 100 \quad (9.4)$$

де, T_p (*growth rate*) — темп росту, P_2 — рівень ознаки в аналізованому періоді, P_1 — рівень ознаки в порівнюваному періоді.

Під час розрахунку соціальної ефективності необхідно пам'ятати, що формулювання висновків обов'язково вимагає врахування тенденції досліджуваного явища, яка встановлюється на основі вивчення динамічного ряду.

Так, наприклад, зростання показників народжуваності, середньої тривалості життя людини, оціненої на підставі ретроспективного аналізу,



коефіцієнту життєстійкості населення, індексу людського розвитку, якості життя та ін., характеризують позитивну соціальну ефективність, а зростання захворюваності, смертності та інвалідності — соціальну шкоду (втрати).

9.4. Оцінка економічної ефективності в сфері охорони здоров'я

Вплив охорони здоров'я на економіку пов'язаний, перш за все, з впливом на робочу силу і її відтворення. Безпосередньо в охороні здоров'я національний дохід не створюється, тому під економічною ефективністю більшість дослідників розуміють той позитивний внесок (прямий чи непрямий), який вносить охорона здоров'я шляхом поліпшення здоров'я населення (робочої сили) в зростання продуктивності праці, розширення і розвиток економіки країни, збільшення національного доходу, скорочення економічного суспільного збитку тощо.

Під суспільним економічним збитком від стану здоров'я слід розуміти витрати суспільства на лікування та профілактику (індивідуальну, сімейну, суспільну) та втрати ВВП (на окремому підприємстві або в районі — обсяг продукції) від захворюваності економічно активної частини населення. Проведення різних медичних оздоровчих заходів, направлених на зниження рівня захворюваності, наприклад, вакцинація всього населення або тільки дітей проти інфекційних захворювань, профілактика травматизму, профілактичні огляди з метою раннього виявлення захворювань, моніторинг стану здоров'я певних контингентів тощо, зменшують економічні втрати внаслідок зниження захворюваності. Таким чином, різниця між економічними втратами внаслідок захворюваності до і після проведення активних медичних оздоровчих заходів і визначає економічний ефект (відвернені втрати) в охороні здоров'я.

Досягнення певного економічного ефекту не завжди свідчить про отримання економічної ефективності. Проблема полягає в тому, що проведення будь-яких оздоровчих заходів вимагає певних економічних витрат. І не завжди ці витрати перевищують економічний ефект, отриманий від зниження рівня захворюваності населення. Тому, крім визначення економічного ефекту розраховується також економічна ефективність.

Економічна ефективність — це показник, що відображає співвідношення економічних вигод, отриманих при проведенні медичних заходів (економічного ефекту) і витрат на ці заходи.



Даний вид ефективності демонструє, який економічний ефект отриманий на одиницю витрачених фінансових коштів.

Терміни «ефект» та «ефективність» близькі один до одного, але не тотожні. *Ефект* — це результат лікування, діагностики, профілактики тощо. *Ефективність* — це відношення результату (ефекту) до витрат. Досягнення економічної ефективності означає оптимізацію використання всіх видів ресурсів при виробництві одиниці товару або послуги. Чим більший результат і вища якість при обґрунтовано необхідних витратах, тим вищою є ефективність.

Таким чином, економічна ефективність пов'язана з «віддачею» вкладених в охорону здоров'я коштів (фінансових, матеріальних, людських, інтелектуальних).

Слід акцентувати увагу на тому, що досягнення певного економічного ефекту не завжди свідчить про отримання економічної ефективності. Це пов'язано з тим, що проведення будь-яких оздоровчих заходів вимагає вкладення певних витрат, як витрат часу, так і матеріальних, трудових і фінансових. Іноді ці витрати, особливо на проведення профілактичних заходів, перевищують економічний ефект, який визначається, як правило, в період часу, наступний за проведенням заходу. Але у сфері охорони здоров'я дуже часто можна спостерігати віддалений, або перспективний, результат, який досить складно врахувати в даний період часу.

На сьогодні для визначення економічної ефективності в охороні здоров'я використовується метод економічного аналізу, який полягає в зіставленні витрат (суми матеріальних і фінансових вкладень на виконання будь-якої програми) й отриманого ефекту (прямого поліпшення здоров'я населення і непрямих економічних вигод).

Коефіцієнт економічної ефективності (K_{EE}) визначається співвідношенням ефекту (результату) і витрат:

$$K_{EE} = \frac{УЕВ}{витрати} \quad (9.5)$$

де, K_{EE} — коефіцієнт економічної ефективності; УЕВ — економічні втрати, яких уникли або яких запобігли поділені на витрати

Витрати — вартість лікувально-профілактичних заходів щодо поліпшення здоров'я населення в грошових одиницях.

Економічні втрати, яких уникли (УЕВ) — це різниця між величиною економічного збитку (економічні втрати) до і після проведення заходів,



спрямованих на поліпшення здоров'я всього населення або окремої його частини у вигляді зниження захворюваності, травматизму, непрацевдатності, передчасної смертності. Розраховується даний показник за такою формулою:

$$УЕВ = ЕЗ_2 - ЕЗ_1 \quad (9.6)$$

де, $УЕВ$ — економічні втрати, яких уникли або яких запобігли; $ЕЗ_1$ — економічні втрати до проведення заходів; $ЕЗ_2$ — економічні втрати після проведення заходів.

З огляду на те, що витрати на проведення медичних заходів дадуть стійкий ефект не лише в поточному періоді, але і в майбутньому, доцільно крім економічної ефективності розрахувати термін окупності цих витрат:

$$K_{ок} = \frac{\text{Витрати}}{\text{Річний економічний ефект}} = \frac{\text{Витрати}}{УЕВ} \quad (9.7)$$

Аналіз *економічної ефективності* виступає як механізм управління охороною здоров'я, особливо, якщо необхідно досягти максимального результату при мінімальних витратах. Суспільство і держава вкладає в охорону здоров'я певні кошти для здійснення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації. Крім того, великі витрати потрібні для обслуговування непрацевдатних за станом здоров'я осіб. Великі економічні втрати пов'язані із захворюваністю, травматизмом, інвалідністю, передчасною смертністю, передчасним виходом на пенсію за станом здоров'я, тимчасовою непрацевдатністю при догляді за хворим тощо.

Слід також зазначити, що при визначенні *економічної ефективності* для закладу охорони здоров'я, який веде свою діяльність в ринкових умовах на основі вільного підприємництва показник економічної ефективності є вкрай важливим, а її досягнення — важливою умовою для продовження такої діяльності. Адже основною метою підприємництва є отримання прибутку. Окрім того, для забезпечення роботи організації або підприємства, як мінімум необхідно окупити витрати на здійснення такої діяльності, виготовлення товарів і надання послуг.

Таким чином, для комерційного підприємства охорони здоров'я *економічна ефективність* розраховується як співвідношення економічного ефекту до витрат, для його досягнення. В якості економічного ефекту в цьому випадку розглядається показник отриманого прибутку.



За допомогою *медичної, соціальної та економічної ефективності* можна визначити кількісну сторону різних аспектів діяльності системи охорони здоров'я, але, на жаль, багато результатів діяльності в охороні здоров'я населення неможливо показати за допомогою статистики, в результаті — ці критерії часто вступають в протиріччя. Йдеться про морально-правові аспекти суспільства, і в цьому випадку лише люди на основі таких понять як людяність, гуманність можуть об'єктивно оцінити ситуацію, що склалася.

Навіть, деякі явно економічно «нерентабельні» медичні заходи, наприклад, з порятунку або продовження життя невиліковному пацієнту, з медичної точки зору є цілком виправданими. Наприклад, надання медичної допомоги даному хворому з медичної точки зору є абсолютно неефективним, позитивного результату отримати не вдається, пацієнт в результаті гине. *Економічна ефективність* також відсутня, пацієнт не стане повноцінним працівником, він не буде виробляти матеріальні блага, а кошти на його лікування будуть нібито «марно» витрачені. Але з точки зору моральності, ці, здавалося б, безперспективні витрати набувають абсолютно особливого значення і мають цілком визначений результат, втілений в людинолюбній морально-етичній атмосфері суспільства, закріпленій в міжнародних і національних правових актах. Тому *соціальна ефективність* має бути поставлена медичними працівниками, безсумнівно, на перше місце, *медична* — на друге, а *економічна*, відповідно, на третє місце. Саме такий підхід повинен використовуватись в системі охорони здоров'я. Але, на жаль не всі системи охорони здоров'я спрямовані на забезпечення даних пріоритетів. В умовах приватної медицини, може виникнути питання: хто буде оплачувати надану послугу? І ось тут важливу соціальну роль має відігравати держава і суспільство.

Оцінюючи *економічну ефективність*, необхідно враховувати фактори і умови, що забезпечують і впливають на результативність діяльності закладу охорони здоров'я. Серед них можна виділити наступні: *економічну ефективність* від зниження захворюваності та травматизму; економічні втрати, викликані впливом на організм працівників несприятливих умов праці; *економічну ефективність* збереження життя людини; економічну ефективність від зниження інвалідності; *економічну ефективність* лікувально-профілактичної діяльності медичних установ; *економічну ефективність* охорони здоров'я за показниками продуктивності праці; *загальногалузеву ефективність* за рахунок скорочення термінів лікування хворих; *економічну ефективність* від зниження захворюваності з тим-



часовою втратою працездатності; *економічну ефективність* оздоровлення в санаторії-профілакторії.

У кожному конкретному випадку ці показники економічної ефективності розраховуються залежно від цілей економічного аналізу.

9.5. Сутність економічного аналізу та його значення для системи охорони здоров'я

Економічний аналіз в охороні здоров'я — це метод оцінки витрат та вигід, визначення потенціалу організації та його реалізації, прибутковості та рентабельності організації за певний період часу.

Економічний аналіз передбачає: дослідження економічних процесів, їх взаємозв'язків в умовах мінливого зовнішнього і внутрішнього середовища; наукове обґрунтування планів й оцінка їх виконання; виявлення і кількісна оцінка позитивних і негативних факторів, що впливають на результати діяльності установи; аналіз тенденцій і пропорцій розвитку установи, галузі, регіону або країни в цілому; узагальнення передового досвіду та прийняття оптимальних управлінських рішень.

Ринковий характер відносин в охороні здоров'я вимагає проведення економічного аналізу на всіх рівнях — від медичного закладу до регіональних структур і системи в цілому.

Економічний аналіз, що здійснюється на рівні окремої установи, зазвичай називають аналізом *господарської діяльності*. Він включає вивчення та оцінку використання всіх видів ресурсів і результатів роботи організації з метою визначення резервів підвищення її ефективності. Результати аналізу є основою для вибору і обґрунтування управлінських рішень, розробки ефективного плану.

В умовах, коли медичному закладу надається статус самостійно господарюючого суб'єкта, зростає роль головного лікаря як організатора лікувально-господарського процесу.

Генеральний директор медичного закладу повинен володіти знаннями щодо аналізу лікувально-господарської діяльності на основі методів фінансового менеджменту, оплати медичної допомоги та формування цін на медичні послуги, взаємовідносин зі страховими і кредитно-фінансовими організаціями.

Керівники підрозділів медичного закладу повинні вміти аналізувати результати і витрати, розраховувати потребу в матеріальних і фінансових ресурсах, визначати економічну ефективність медичної діяльності, що ви-



магає від них розуміння і знання основ проведення і використання результатів економічного аналізу.

Таким чином, *економічний аналіз* — це наука, що вивчає економіку організації, її майновий та фінансовий стан з метою раціонального використання наявних ресурсів і виявлення слабких сторін організації або невикористаних резервів підвищення ефективності її діяльності.

Предметом економічного аналізу є господарські процеси організації, соціально-економічна ефективність і кінцеві результати її роботи, що складаються під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів зовнішнього і внутрішнього середовища організації.

Об'єктами економічного аналізу є основні економічні результати господарської діяльності.

Основними завданнями *економічного аналізу* діяльності медичного закладу є: дослідження факторів, що впливають на господарську діяльність, з кількісним вимірюванням їх впливу; зіставлення фактичних результатів діяльності медичної організації і виявлення відхилень від планових показників; контроль за виконанням фінансових й економічних вимог і розрахунків; оцінка економічної ефективності використання ресурсів; виявлення резервів у використанні економічних ресурсів; оцінка ефективності медичної допомоги населенню; пошук і впровадження передових технологій лікувально-профілактичного процесу; оцінка ефективності прийняття управлінських рішень; пошук і вироблення шляхів підвищення ефективності роботи медичного закладу.

Інформаційною базою економічного аналізу є дані соціально-економічної статистики, статистична звітність організації, техніко-економічний паспорт закладу, результати аналітичного спостереження, бухгалтерські звіти тощо.

Як зазначалося раніше, економічний аналіз — це аналіз всієї господарської діяльності, тому існує багато видів економічного аналізу. В Табл. 9.1 наведено види економічного аналізу за класифікаційною ознакою.

Вміле поєднання видів аналізу, підпорядкування їх цілям управління дозволяють значно підвищити ефективність роботи медичного закладу.

Методи економічного аналізу. Методи будь-яких наук в своїй основі мають діалектичний підхід до вивчення предметів і явищ, що ними розглядаються. Так, економічний аналіз вивчає показники, що характеризують діяльність організацій, порівнюючи їх за кілька звітних періодів (в динаміці), а також щодо їх зміни. Крім того, різні сторони діяльності організації



економічний аналіз розглядає в єдності і взаємозв'язку, як елементи єдиного процесу (системний підхід).

Таблиця 9.1

Види економічного аналізу за класифікаційною ознакою

Залежно від об'єкта аналізу	<ul style="list-style-type: none"> - аналіз використання основних засобів, матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, собівартості послуг, прибутку і рентабельності платної медичної діяльності, фінансового стану, фінансової стійкості - аналіз мінімізації витрат - аналіз за параметрами - витрати-ефективність - витрати-вигода - витрати-корисність - директ-костинг та ін.
За зв'язком із загальними функціями управління	<ul style="list-style-type: none"> - попередній аналіз, до складання плану - аналіз виконання плану - аналіз результатів контролю й оперативного регулювання лікувального процесу - аналіз підсумків підприємницької діяльності та ефективності стимулювання праці тощо
За ступенем охоплення закладів, рівнів управління та інформації	<ul style="list-style-type: none"> - комплексний - тематичний - внутрішньогосподарський - міжвідомчий - локальний - суцільний - вибірковий

В рамках класифікації методів економічного аналізу виділяють якісні і кількісні методи.

Якісні методи, як правило, використовуються на початковому і заключному етапі економічного аналізу. Якісні методи використовуються на початкових етапах кількісного дослідження для формування мети і завдань дослідження, словесного опису об'єкту, виділення проблемних зон організації.

На заключному етапі якісні методи дозволяють узагальнити, систематизувати та проаналізувати накопичену раніше аналітичну інформацію на якісному рівні; провести порівняння, сформулювати висновки дос-



лідження; надати рекомендації, які будуть основою для прийняття управлінських рішень.

До якісних належать методи, які не використовують математичні розрахунки і формалізований опис об'єкту: *загальнонаукові методи* (індукція, дедукція, систематизація, узагальнення (синтез), абстрагування, порівняння та ін.) та *евристичні методи* (метод інверсії, метод ідеалізації, «мозковий штурм», конференція ідей, метод колективного блокнота, метод контрольних питань, аналіз Парето, визначення еталону (бенчмаркінг), причинно-наслідкові діаграми, метод морфологічного аналізу, SWOT-аналіз, метод аналізу ієрархій).

Кількісні методи економічного аналізу, що дозволяють здійснити розрахунки, поділяються на статистичні та економіко-математичні. Далі представлені традиційні статистичні методи, що застосовуються в економічному аналізі (Рис. 2).

Разом з цими методами в економічному аналізі використовуються і специфічні економіко-математичні методи: математичне програмування — це основний засіб вирішення завдань щодо оптимізації виробничо-господарської діяльності; матричні моделі — схематичне відображення явища або процесу; метод дослідження операцій спрямований на вивчення економічних систем з метою визначення поєднання структурних взаємопов'язаних елементів систем таким чином, щоб можна було визначити найкращий економічний показник з ряду можливих; теорія ігор — це теорія математичних моделей прийняття оптимальних рішень в умовах невизначеності або конфлікту декількох сторін, що мають різні інтереси.

Метод аналізу абсолютних, відносних і середніх величин

- аналіз показників, економічних явищ, процесів, ситуацій починається з абсолютних величин. У процесі аналізу абсолютні величини використовуються як база для розрахунку середніх і відносних величин
- **відносні величини** використовуються при аналізі динаміки явищ, їх структури та структурних зрушень, співвідношень
- середні величини узагальнюють відповідні сукупності типових однорідних показників, явищ, процесів. Вони зручні в процесі порівняння досліджуваних ознак за різними сукупностями, дозволяє абстрагуватися від випадковості окремих коливань



Метод порівняння

- як вид аналізу, порівняння починається з зіставлення явищ, виділення в них спільного і відмінного. Порівняння проводиться з існуючими плановими показниками, з використанням кращих або середніх даних
- в результаті відповідного порівняння можуть бути виявлені відхилення від заданих показників плану, показників за минулі періоди, середніх показників по медичному закладу або його відділеннях, а також висунуті пропозиції про врахування досвіду роботи кращих підприємств. Ці висновки є основою для прийняття подальших рішень

Балансовий метод

- полягає в зіставленні як в натуральній, так і у вартісній формі систем показників: ресурси і їх використання; виробництво і споживання; грошові доходи і витрати; активи і пасиви; виробництво і розподіл тощо

Метод угруповань

- дозволяє виявити і вивчити взаємозв'язки і взаємозалежності різних економічних явищ, найбільш суттєві фактори, закономірності та тенденції властиві цим явищам
- В теорії економічного аналізу розглядаються:
 - структурні угруповання за виробничою потужністю, рівнем оснащеності, продуктивності праці та інших ознак медичних закладів або їх підрозділів)
 - аналітичні угруповання, в них з двох взаємопов'язаних показників один розглядається як фактор, що має вплив, а інший — як результат, наслідок цього впливу. На підставі простих (за однією ознакою) і комбінованих (за кількома ознаками) угруповань будуються відповідні групові таблиці, зручні для аналізу

**Індексний метод**

- дозволяє виявляти і вимірювати вплив факторів на зміну явища, що досліджується, коли за допомогою індексів зіставляються (порівнюються) соціально-економічні явища, попередньо приведені до загальної єдності (грошова оцінка, трудові витрати)
- метод ґрунтується на відносних показниках, що відображають зміну рівня досліджуваного явища до його рівня в минулому або до базисного показника. Індекс розраховується як відношення вимірюваної величини до базисної
- розрізняють індивідуальні, групові і зведені індекси

Графічні методи

- це графічне зображення функціональної залежності за допомогою ліній на площині, що показує суттєві зв'язки і співвідношення
- в економічному аналізі застосовуються діаграми порівняння, тимчасові ряди, криві розподілу, графіки кореляційного поля, статистичні картограми
- графічний метод використовується для дослідження виробничих процесів, організаційних структур тощо
- широко застосовуються мережеві графіки, «дерева рішень», що відносяться до графо-математичних методів

Метод кореляційного і регресійного (стохастичного) аналізу

- використовується для визначення тісноти зв'язку між показниками, що не перебувають в детермінованій функціональній залежності

Рис. 2. Методи економічного аналізу

Раніше зазначалося, що при аналізі господарської діяльності нерідко використовуються відносні величини, які аналізуються за допомогою різних форм порівняння (Рис. 3).

Порівнюючи показники необхідно дотримуватись наступних умов і вимог: середні показники мають розраховуватись за кожною однорідною групою підрозділів даного медичного закладу або інших установ (результати діяльності районних поліклінік, спеціалізованих стаціонарів одного профілю, терапевтів, що працюють в одній або в різних поліклініках), правильність і раціональність угруповання показників, що аналізуються.



Порівняння фактичних даних з плановими величинами

- Виявлені відхилення звітних даних від планових показників служать вихідною базою для подальшого аналізу. У лікувально-профілактичному процесі значні відхилення від плану можуть виникати в результаті занижених показників плану. У цьому випадку допускається коригування планових показників

Порівняння з минулими періодами

- В умовах ринкової економіки не можна зіставляти витрати виробництва за ряд років в поточних цінах без необхідних коригувань. Необхідно враховувати ціновий фактор — зміна цін, ставок і тарифів на медичні послуги, що особливо впливає на фінансові показники, тобто для отримання реальної динаміки необхідно показники привести до базисних цін. В окремих випадках додатково враховується вплив соціальних, природних та інших факторів

Порівняння з кращими показниками, передовим досвідом, новими досягненнями медичної науки і техніки

- Порівнюються трудові і фінансові результати роботи підрозділів медичних закладів (ділянок, відділень, окремих лікарів-фахівців), можливо порівняння з кращими показниками інших медичних установ, які працюють приблизно в однакових умовах.

Рис. 3. Форми порівняння відносних величин при аналізі господарської діяльності медичних закладів

Ключовим моментом економічного аналізу є обчислення впливу окремих факторів на економічні показники. Взаємозв'язок економічних явищ являє собою спільну зміну двох або більшого числа цих явищ. В економічному аналізі ті ознаки, які характеризують причину, називають факторними, незалежними. Ті ж ознаки, які, характеризують наслідок, прийнято називати результатними, залежними.

Економічний аналіз, який вивчає вплив окремих факторів на економічні показники, називають факторним аналізом.

Сукупність факторних і результативних ознак, які знаходяться в причинно-наслідковому зв'язку, носить назву факторної системи. Існує також поняття моделі *факторної системи*. Вона характеризує взаємозв'язок між результативною ознакою y , і факторними ознаками (x_1, x_2, \dots, x_n) . Іншими



словами, модель факторної системи виражає взаємозв'язок між узагальнюючим економічним показником і окремими факторами, що впливають на нього. При цьому, в якості факторів виступають інші економічні показники, які є причинами зміни узагальнюючого показника.

Модель факторної системи математично може бути виражена такою формулою:

$$y = f(x_1, x_2, \dots, x_n) \quad (9.8)$$

де, y — результативна ознака, (x_1, x_2, \dots, x_n) — факторні ознаки.

Встановлення залежностей між узагальнюючими (результативними) економічними показниками і чинниками, що впливають на них, називається *економіко-математичним моделюванням*.

В економічному аналізі вивчається два види взаємозв'язків між результативними показниками та чинниками, що на них впливають: *функціональний* (інакше — функціонально-детермінований, або жорстко детермінований зв'язок); *стохастичний* (імовірнісний, кореляційний) зв'язок.

Функціональний зв'язок — це такий зв'язок, при якому кожному значенню фактора (факторної ознаки) відповідає цілком визначене не випадкове значення узагальнюючого показника (результативної ознаки).

Стохастичний (кореляційний) зв'язок — це такий зв'язок, при якому кожному значенню факторної ознаки відповідає безліч значень результативної ознаки.

У цих умовах для кожного значення фактора X значення узагальнюючого показника Y створює умовний статистичний розподіл. Внаслідок цього зміна значення фактора X тільки в середньому викликає зміну узагальнюючого показника Y .

Залежно від взаємозв'язку між результативними і факторними ознаками факторний аналіз поділяється на детермінований аналіз і стохастичний аналіз.

Детермінований факторний аналіз ґрунтується на методиці вивчення впливу таких чинників, взаємозв'язок яких з узагальнюючим економічним показником є функціональним. Останнє означає, що узагальнюючий показник являє собою або добуток, або частку від ділення, або алгебраїчну суму окремих факторів.

Стохастичний факторний аналіз ґрунтується на методиці дослідження впливу таких чинників, взаємозв'язок яких з узагальнюючим економічним показником є ймовірнісним, інакше — кореляційним.



9.6. Проведення економічного аналізу та оцінки результатів господарської діяльності закладів охорони здоров'я

В умовах обмеженості ресурсів охорони здоров'я разом з урахуванням результатів аналізу фінансово-господарської діяльності КНП особливо важливим є прийняття ефективних управлінських рішень. Економічний аналіз повинен проводитись на всіх етапах розробки та реалізації управлінських рішень, тому він складається з кількох етапів (Рис. 5).

Проведення економічного аналізу дозволить оцінити розвиток економічних процесів в організації, ступінь відхилення від планових і нормативних показників та причини цього, ефективність використання наявних ресурсів і шляхи підвищення ефективності медичної допомоги населенню.

Виявлення внутрішніх резервів є необхідним завданням будь-якого керівника, оскільки в охороні здоров'я завжди відчувається істотна нестача ресурсів. При цьому під внутрішніми резервами слід розуміти, як невикористані ресурси, так і ті, що використані недостатньо результативно, нерационально, неефективно.

Економічний аналіз спрямований на зіставлення фактичних результатів діяльності з загальноприйнятими, стандартними або плановими. Виявлення відхилень необхідне для підвищення якості роботи організації внаслідок їх усунення.

Економічно аналізуються попит і пропозиція медичних послуг. Важливою складовою тут є ціна медичної послуги. Якщо ціна попиту зазвичай спочатку нижче ціни пропозиції, то з плином часу вони вирівнюються. Однак фактична ринкова ціна медичних послуг не може бути нижчою за ціну пропозиції, інакше організація швидко збанкрутує у зв'язку з перевищенням власних витрат порівняно з доходами.

Значну увагу при проведенні економічного аналізу необхідно приділяти оцінці витрат. При цьому слід розрізняти і логічно враховувати дві складові витрат:

- *умовно-постійні витрати FC (fixed cost)*: витрати організації, безпосередньо не пов'язані з наданням медичної допомоги. Це комунальні витрати (опалення, освітлення, каналізація тощо), адміністративні витрати, ремонт будівель і споруд тощо;
- *умовно-змінні витрати VC (variable cost)*: це витрати організації, що залежать від числа хворих і обсягу наданої їм допомоги. Це медикаментозне забезпечення, харчування хворих, забезпечення м'яким інвентарем, частково електроспоживання, пов'язане з використанням обладнання тощо.



1-й	– Уточнення об'єкта, мети і завдань аналізу, складання плану аналітичної роботи
2-й	– Розробка системи синтетичних та аналітичних показників функціонування об'єкта дослідження і показників використання його трудових, матеріальних і фінансових ресурсів
3-й	– Збір та обробка необхідної інформації (перевіряється її точність, інформація приводиться в порівняльний вид, тощо)
4-й	– Порівняння фактичних результатів діяльності з плановими показниками досліджуваного періоду або фактичними даними минулих періодів, з досягненнями провідних підприємств, середніми по галузі тощо
5-й	– Факторний аналіз: вивчаються фактори і визначається їх вплив на результати діяльності медичного закладу
6-й	– Виявлення невикористаних і перспективних резервів підвищення ефективності функціонування
7-й	– Оцінка результатів господарювання з урахуванням дії різних факторів та виявлених, але невикористаних резервів – Розробка заходів щодо їх використання

Рис. 4. Етапи економічного аналізу медичного закладу

Знаючи змінні витрати на обслуговування пацієнтів і постійні витрати організації, можна розрахувати *повні витрати TC (total cost)* на надання медичної допомоги за формулою:

$$TC = FC + VC \quad (9.9)$$

де, TC — повні витрати; FC — умовно-постійні витрати; VC — умовно-змінні витрати.

Якщо змінні витрати на лікування 1 пацієнта VC_1 постійні, то, знаючи кількість обслуговуваних пацієнтів Q та постійні витрати організації, мож-



на розрахувати повні витрати TC (total cost) на надання медичної допомоги за формулою:

$$TC = FC + VC_1 \times Q \quad (9.10)$$

де, TC — повні витрати; FC — умовно-постійні витрати; VC_1 — змінні витрати на лікування 1 пацієнта; Q — обсяг наданої допомоги.

Крім того, існують середні витрати AC і граничні витрати MC .

Середні витрати AC (average cost) на одиницю обсягу медичної допомоги можна отримати діленням повних витрат TC на обсяг наданої допомоги Q (число пацієнтів, які отримали допомогу, число наданих послуг тощо).

$$AC = \frac{TC}{Q} \quad (9.11)$$

де, AC — середні витрати; TC — повні витрати; Q — обсяг наданої допомоги.

При цьому можна виділити середні змінні та середні постійні витрати на одиницю об'єму медичної допомоги.

$$AC = \frac{TC}{Q} = \frac{FC + VC}{Q} = \frac{FC}{Q} + \frac{VC}{Q} = AFC + AVC \quad (9.12)$$

де, AC — середні витрати; TC — повні витрати; VC — умовно-змінні витрати; FC — умовно-постійні витрати; Q — обсяг наданої допомоги; AFC — середні постійні витрати; AVC — середні змінні витрати.

Якщо змінні витрати на лікування 1 пацієнта VC_1 постійні, то середні змінні витрати будуть дорівнювати їм.

$$\begin{aligned} AC &= \frac{TC}{Q} = \frac{FC + VC_1 \times Q}{Q} = \frac{FC}{Q} + VC_1 = AFC + VC_1 \\ &\Rightarrow VC_1 = AVC \end{aligned} \quad (9.13)$$

де, AC — середні витрати; TC — повні витрати; VC_1 — змінні витрати на лікування 1 пацієнта; FC — умовно-постійні витрати; Q — обсяг наданої допомоги; AFC — середні постійні витрати.

За умови постійної віддачі від масштабу середні змінні витрати на одиницю об'єму не залежать від обсягу медичної допомоги, а середні постій-



ні витрати зменшуються за його збільшення. Середні витрати на надання одиниці допомоги зазвичай називають собівартістю послуги.

Граничні витрати MC — це витрати на надання однієї додаткової одиниці допомоги.

$$MC = \frac{TC_2 - TC_1}{Q_2 - Q_1} = \frac{\Delta TC}{\Delta Q} \quad (9.14)$$

де, MC — граничні витрати; TC — повні витрати; Q — обсяг наданої допомоги.

У загальному випадку граничні витрати можуть бути як вищими, так і нижчими за середні. Якщо збільшення обсягів послуг не пов'язане зі стрибкоподібним зростанням постійних витрат (наприклад, за рахунок введення нових потужностей), то граничні витрати виявляються нижчими за середні, оскільки вони включають лише змінні витрати, тоді як середні враховують і постійні. Роль граничних витрат є важливою, коли оцінюються зміни витрат, пов'язані зі збільшенням або зменшенням числа послуг, що надаються: адже якщо користуватися для оцінки середніми витратами, можна отримати завищений або занижений результат.

Різниця поведінки постійних і змінних витрат залежно від числа наданих послуг може призвести до того, що за малих обсягів надання медичної допомоги кращою виявиться одна альтернатива, а за великих — інша.

В ході економічного аналізу вивчаються різні ресурси медичного закладу, а саме основні фонди, трудові ресурси і матеріальні ресурси.

Аналіз використання основних фондів необхідний для зниження фондомісткості робіт, підвищення фондівіддачі наявних площ і потужностей, своєчасності проведення ремонтних робіт і взаємозамінності фондів та ін.

Аналіз використання трудових ресурсів потрібен для виявлення причин і обсягу втрат робочого часу, оптимізації навантаження кадрів, їх плинності і перестановки, кар'єрного росту персоналу, умов праці, психологічного клімату в колективі, ритмічності роботи персоналу, захворюваності співробітників.

Використання матеріальних ресурсів може бути вкрай неефективним, у зв'язку з чим необхідно постійно контролювати: ціни, за якими ресурси закупаються; обсяги використання даних ресурсів; раціональність використання лікарських засобів, витратних матеріалів, м'якого інвентарю, продуктів харчування, паливно-мастильних матеріалів, опалювальних матеріалів, електроенергії тощо.



Саме в результаті такого аналізу розкриваються внутрішні резерви, виявляються можливості підвищення продуктивності праці, збільшення обсягу роботи, впровадження сучасних ресурсозберігаючих технологій.

Ефективність комерційної діяльності медичної організації можна оцінити через співвідношення результатів діяльності до витрат на досягнення даного результату. Це може бути співвідношення прибутку і собівартості, виражене у відсотках або співвідношення валового доходу і собівартості, також виражене у відсотках. Як показник результату діяльності може виступати не тільки отриманий прибуток, а й економічні втрати.

Високе або низьке значення показника не може бути приводом для однозначного висновку, але є причиною для поглибленого аналізу стану підприємства і виявлення причин відхилень. Наприклад, можлива ситуація, коли в одній лікарні рівень фінансування недостатній і лікарі не можуть використовувати сучасні більш ефективні лікарські засоби.

В результаті, тривалість госпіталізації хворих збільшується, і загальні витрати на лікування одного хворого стають вищими через необхідність оплати праці персоналу, накладних витрат, тощо.

Тоді в результаті аналізу економічних втрат можливі чотири ситуації щодо поєднання показників витрат і втрат: «низькі витрати» — «низькі втрати».

Така ситуація є найбільш сприятливою, оскільки при мінімальних витратах максимально зменшуються втрати суспільства, тобто система або програма працює ефективно.

«Високі витрати» — «високі втрати». Така ситуація є найбільш несприятливою, оскільки при максимальних витратах виходять мінімальні результати, тобто система або програма працює неефективно.

«Низькі витрати» — «високі втрати». Така ситуація свідчить про брак ресурсів в системі охорони здоров'я або для реалізації програми необхідно прийняти рішення про пошук додаткових джерел фінансування.

«Високі витрати» — «низькі втрати». Така ситуація не дозволяє без додаткового аналізу зробити однозначні висновки, тобто потрібне порівняння з іншою територією або програмою і, якщо там показники витрат за тих самих втрат нижчі, то система працює недостатньо ефективно.

Крім того, економічна оцінка доповнюється трьома іншими видами оцінок: *дієвість* (заходи в цілому приносять більше користі, ніж шкоди, якщо точно дотримуватися всіх рекомендацій); *ефективність* (заходи приносять більше користі, ніж шкоди всім, хто в них бере участь); *доступність* (заходи доступні всім категоріям нужденних).



9.7. Клініко-економічний аналіз діяльності в охороні здоров'я

Крім застосування аналізу господарської діяльності підприємства в системі охорони здоров'я, *економічна оцінка* також є способом визначення грошової вартості різних технологій, що застосовуються в даній галузі. Вона повинна використовуватися для цілей виконання вичерпного аналізу альтернативних методів лікування. Наприклад, протоколи лікарської терапії можна порівнювати як з іншими фармакотерапевтичними втручаннями, так і з будь-якими іншими альтернативними методами медичної допомоги, такими, як хірургічні, або ж методами «вичікувального» лікарського спостереження (моніторингу), за яких до пацієнта не застосовується взагалі ніяких заходів активного лікування, а замість цього фахівці уважно відстежують будь-які зміни в стані його здоров'я. Якими б не були існуючі альтернативи, всі мінімальні витрати, пов'язані із застосуванням кожного з можливих методів лікування конкретного захворювання, повинні бути розглянуті і співвіднесені з їх позитивними потенційними результатами, такими, як збільшення тривалості або поліпшення якості життя пацієнта, або заощадження інших ресурсів системи охорони здоров'я. Інструментарієм для проведення такої оцінки є клініко-економічний аналіз.

Клініко-економічний аналіз — методологія порівняльної оцінки якості двох і більше методів профілактики, діагностики, лікарського і не лікарського лікування на основі комплексного, взаємопов'язаного обліку результатів медичного втручання і витрат на його виконання.

Методологія клініко-економічного аналізу може бути застосована до будь-яких медичних втручань — лікарського (фармакоекономіка) і нелікарського способів лікування, методів діагностики, профілактики та реабілітації — для визначення економічної доцільності їх використання, в тому випадку, коли необхідно провести комплексну оцінку заходів або програм.

До критеріїв оцінки результативності суб'єкта охорони здоров'я або будь-яких аспектів його діяльності відносять коефіцієнти або показники, отримані в результаті застосування таких видів клініко-економічного аналізу (Рис. 5).

Аналіз «*витрати — ефективність*» є базовим в клініко-економічному аналізі і використовується в більш ніж 50% клініко-економічних досліджень. При цьому аналізі проводиться порівняльна оцінка результатів і витрат при двох і більше втручаннях, ефективність яких різна, а результати оцінюються тільки одним кількісним показником. Вимірювання про-



водять в одних і тих самих одиницях (мм. рт. ст.; концентрація гемоглобіну; число ускладнень, яким запобігли; роки збереженого життя та ін.).

аналіз «витрати — ефективність»	аналіз мінімізації витрат	аналіз «витрати — корисність»	аналіз «витрати — вигода»
аналіз вартості хвороби	аналіз тягаря хвороби	аналіз маргінальних витрат	аналіз чутливості

Рис. 5. Види клініко-економічного аналізу

Недоліком даного аналізу є те, що він дозволяє порівнювати тільки альтернативи, вимір ефектів яких здійснено в однакових одиницях.

Залежно від підходу і умов дослідження, результати аналізу «витрати — ефективність» можуть бути подані у двох формах:

- з відповідними показниками співвідношення витрат і досягнутого ефекту у вигляді формул (розрахунок коефіцієнта «витрати-ефективність» та коефіцієнта «ефективності на одиницю витрат»);
- коефіцієнта збільшення витрат (додаткові витрати, необхідні для досягнення додаткового ефекту).

Коефіцієнт «витрати — ефективність» — співвідношення витрат C на реалізацію альтернативи, що досліджується, та отриманих результатів E :

$$K_{CE} = \frac{C}{E} \quad (9.15)$$

Коефіцієнт «ефективність на одиницю витрат» — співвідношення результату E реалізації альтернативи, що досліджується, та витрат C на впровадження альтернативи. Високий показник свідчить про результативність медичного втручання.

$$K_{EC} = \frac{E}{C} \quad (9.16)$$

Приклад використання даного підходу: розглянемо застосування двох вакцин для профілактики інфекційного захворювання. Одна доза вакци-



ни «А» коштує 140 грн., і при використанні вакцини досягається імунізація 80% вакцинованих, а доза вакцини «В» коштує 160 грн., і її використання призводить до імунізації 95% вакцинованих. За відсутності вакцинації захворюваність під час епідемії становить 50% населення.

Щоб розрахувати коефіцієнти, необхідно оцінити зниження захворюваності при застосуванні кожної з вакцин та витрати на кожен з варіантів вакцинації. Припустимо, що вакциновано 1 тис. чоловік, тоді:

- за відсутності вакцинації з 1 000 осіб захворіло б 500 осіб;
- при використанні вакцини «А» захворюваність скорочується на 80%, тобто на 400 осіб, при цьому витрати на вакцинацію 1 000 осіб складуть 140 000 грн.;
- при використанні вакцини «В» захворюваність знизиться на 95%, тобто на 475 осіб, а витрати складуть 160 000 грн.

Розрахуємо коефіцієнт «витрати – ефективність» для альтернатив «А» і «В»:

$$K_{CE_A} = \frac{140000}{400} = 350 \quad (9.17)$$

$$K_{CE_B} = \frac{160000}{475} = 336,84 \quad (9.18)$$

Таким чином, для альтернативи «А» коефіцієнт «витрати – ефективність» дорівнює 350 грн. на відвернений випадок захворювання, а для альтернативи «В» — 336,84 грн. на відвернений випадок. Зіставлення коефіцієнтів «витрати – ефективність» показує, що варіант «В» пов'язаний з меншими витратами на кожен відвернений випадок захворювання, а отже, є більш ефективним.

У викладеному прикладі вважалося, що досліджувані альтернативи «А» і «В» зіставляються з альтернативою бездіяльності, яка не пов'язана ані з результатами, ані з витратами. Однак насправді це не так. Адже в більшості випадків бездіяльність теж тягне за собою певні наслідки. Зокрема, в розглянутому прикладі за відсутності вакцинації доведеться лікувати хворих, що призведе до істотних витрат. Для обліку цього ефекту використовується інкрементний підхід, який передбачає зіставлення витрат і результатів одного методу порівняно з іншим.

Інкрементні витрати — це додаткові витрати на досліджувану альтернативу в порівнянні з альтернативою, що існує.



Коефіцієнт приросту витрат — це додаткові витрати, що призводять до досягнення додаткового ефекту:

$$K_{CE} = \frac{\Delta C}{\Delta E} = \frac{C_2 - C_1}{E_2 - E_1} \quad (9.19)$$

Проілюструємо інкрементний підхід на розглянутому раніше прикладі з вакцинацією: нехай витрати на лікування одного хворого становлять 400 грн.

Таблиця містить дані про витрати і результати на 1000 населення за всіма можливими альтернативами (включаючи альтернативу бездіяльності).

Таблиця 9.2

Витрати і результати на 1000 чоловік населення

Альтернатива	Кількість хворюючих	Зниження кількості хворюючих (ΔE)	Витрати (С), грн.	Інкрементні витрати (ΔC), грн.	$K_{CE} = \Delta C / \Delta E$, грн./люд.
Бездіяльність	500	—	200 000	—	—
Вакцина «А»	100	400	40 000+140 000	-20 000	-50
Вакцина «В»	25	475	10 000+160 000	-30 000	-63,16

З таблиці 9.2 видно, що облік альтернативи «нічого не робити» і інкрементний підхід в даному випадку не змінюють результат оцінки. Без урахування альтернативи «нічого не робити» обидва варіанти вакцинації виглядали досить витратними (кожен варіант, з яким запобігли випадків захворювання, був пов'язаний з певними витратами). Інкрементні ж оцінки витрат на вакцинацію показують, що за обох варіантів витрати знижуються в порівнянні з альтернативою «нічого не робити», тобто обидва варіанти вакцинації вигідні. Однак варіант «В» виявляється більш вигідним, ніж варіант «А», оскільки приносить більшу вигоду як в абсолютному виразі (витрати знизилися на 30 000 грн.), так і в розрахунку на кожен відвернений випадок захворювання (можливо зекономити 63,16 грн. на 1 відвернений випадок захворювання).

Аналіз мінімізації витрат — це окремий випадок аналізу «витрати — ефективність», за якого проводять порівняльну оцінку двох і більше втручань, що характеризуються ідентичною ефективністю і безпекою, але різ-



ною вартістю. Рекомендується застосовувати аналіз мінімізації витрат при порівняльному дослідженні різних форм або різних умов застосування одного лікарського засобу або однієї медичної технології.

При цьому визначають, порівнюють, аналізують витрати альтернативних медичних технологій, здійснюють розподіл їх в перерахунку на одиницю діяльності для виявлення найменш витратної технології.

Недоліком є те, що цей вид аналізу можливий лише для оцінки та порівняння альтернатив з однаковою ефективністю, що в практичній діяльності зустрічається досить рідко. Результати аналізу мінімізації витрат подаються у формі абсолютної різниці у витратах при застосуванні досліджуваного втручання в порівнянні з альтернативним.

Аналіз «витрати – корисність» – це модифікація аналізу «витрати – ефективність», за якого результати втручання оцінюються в одиницях «корисності» з точки зору споживача медичної допомоги (наприклад, якість життя); при цьому найчастіше використовується інтегральний показник QALY (від англ. «Quality Adjusted Life Years» – збережені роки життя з поправкою на якість).

Показником стану здоров'я є коефіцієнт корисності, що знаходиться в інтервалі [0; 1], де «0» – смерть, а «1» – абсолютне здоров'я. Результат встановлюється кількома методами:

Для визначення значення корисності станів виділяють дві групи методів:

1. Методи прямих оцінок (шкала рейтингу, візуальна аналогова шкала, метод «стандартного ризику», метод «тимчасових поступок»);
2. Методи оцінок з використанням опитувальників загальної якості життя (QWB, EQ-5D, HUI).

QALY розраховується шляхом множення додаткових років життя на коефіцієнт корисності:

$$QALY = \quad \times$$

Недолік – оцінка якості життя пацієнта суб'єктивна, вимірювання корисності не стандартизовані. ^(9,20)

Результати аналізу «витрати – корисність», як і результати аналізу «витрати – ефективність» подаються у формі відповідних показників співвідношення витрат і досягнутого ефекту і/або коефіцієнта збільшення витрат:



$$K_{CVA} = \frac{C_2 - C_1}{QALY_2 - QALY_1} \quad (9.21)$$

Аналіз «витрати — вигода» (CBA). Витрати і результати альтернативних програм вимірюються більш ніж одним показником і зводяться до єдиного грошового еквіваленту, що, серед іншого, враховує бажання пацієнта платити за пропоновані послуги. Це дає змогу порівнювати економічну ефективність різних втручань з результатами, вираженими в різних одиницях (наприклад, організацію системи інтенсивної неонатальної допомоги для виходжування дітей, народжених з низькою масою тіла, і програму вакцинації проти грипу). Використовується також при порівнянні профілактичних програм з урахуванням прямих і непрямих витрат, майбутніх вигод (економії коштів на лікуванні, оплату за інвалідністю, а також виробничі та суспільні витрати, пов'язані з хворобами і травмами). Застосовується при аналізі медичних програм, які здійснюються на платній основі.

Оцінка результатів проводиться у формі: відношення грошової вигоди до грошових витрат (ефективною буде технологія з вищим показником); грошового прибутку або збитку однієї альтернативи щодо іншої; ефективності розподілу ресурсів.

Результати аналізу «витрати — вигода» подаються у формі абсолютної різниці між витратами і вигодою в грошовому виразі, або у формі коефіцієнта співвідношення витрат і досягнутого ефекту в грошовому виразі.

Аналіз вартості хвороби. При даному виді аналізу вивчаються всі витрати, пов'язані з веденням хворих з певним захворюванням як на певному етапі (відрізку часу), так і на всіх етапах надання медичної допомоги, а також хворі з непрацездатністю та передчасною смертністю. Даний аналіз не передбачає порівняння ефективності медичних втручань, може застосовуватися для вивчення типової практики ведення хворих з конкретним захворюванням і використовується для досягнення певних завдань, таких як планування витрат, визначення тарифів для взаєморозрахунків між суб'єктами системи охорони здоров'я і медичного страхування і т.п.

Аналіз вартості хвороби здійснюється у два етапи:

1. Розрахунок річних витрат на лікування одного хворого з певним діагнозом.

2. Визначення економічних збитків суспільства, пов'язаних з наданням медичної допомоги всім хворим з цим діагнозом, використовуючи статистичні та епідеміологічні дані.



Аналіз тягаря хвороб не включає інформацію про вартість захворювань. Замість цього він використовується для того, щоб визначити, які захворювання відповідають за найбільшу кількість випадків захворювань і смертей в певній країні, і іноді використовується урядовими і неурядовими організаціями для розподілу ресурсів.

Традиційно вважалося, що тягар хвороб вимірюється за кількістю років життя, втрачених в результаті певного захворювання. При використанні цього визначення передбачалося, що захворювання з високою смертністю, наприклад, малярія і туберкульоз є найбільш серйозною проблемою для здоров'я в світі.

Останнім часом Всесвітня Організація Охорони здоров'я, Всесвітній Банк і університет Гарварда дали нове визначення тягаря хвороб, використовуючи показники якості життя, такі як кількість років життя, відкоригована на інвалідизацію (DALY). Після того, як до показників тягаря хвороб було включено якість життя, депресія, яка раніше перебувала в кінці цього списку, пересунулася вгору і стала однією з найсерйозніших проблем для здоров'я в світі.

Аналіз маргінальних витрат використовується тоді, коли необхідно порівняти два рішення, пов'язаних з розподілом ресурсів між різними напрямками медичної діяльності. Наприклад, якщо зменшити витрати на первинну медичну допомогу на 10% і на цю суму збільшити витрати на стаціонарну допомогу, то втрати первинної допомоги будуть істотніші, ніж додатковий обсяг допомоги в лікарнях або втрати будуть меншими, ніж вигода від переміщення коштів в стаціонарний сектор? В цілому це завдання виглядає наступним чином. Якщо є дві програми, доти поки додаткові вкладення в розрахунку на одиницю кінцевого результату в одній з них будуть перевищувати показники іншої, ресурси доцільно переміщувати з другої програми в першу.

Аналіз чутливості — це аналіз, спрямований на визначення того, якою мірою будуть змінюватися результати дослідження при зміні вихідних параметрів (коливаннях цін на лікарські препарати, зміні показників ефективності, частоти побічних ефектів тощо).

При проведенні аналізу слід враховувати і час, який проходить між вкладенням коштів й отриманням результатів. Першою складовою тут є інфляція. Кошти, витрачені сьогодні, це не ті ж кошти, що будуть витрачені завтра. Ціна грошей змінюється завжди. Якщо сума фіксована, то перевага віддається оплаті завтра, ніж сьогодні. Однак є й інша складова значення часу. Результати, отримані завтра, не збігаються з результатами, отриманими сьо-



годні. Більшість людей вважає за краще мати щось сьогодні, а не чекати завтрашнього дня, також вони завтра захочуть отримати більше, ніж сьогодні.

Саме тому при економічних оцінках довгострокових проєктів всі фінансові потоки, витрати і вигоди за альтернативними варіантами повинні приводитися до поточних значень. Процедура приведення їх до поточного значення називається **дисконтуванням**.

Щоб дізнатися сьогоднішню цінність PV (*present value*) майбутнього фінансового потоку FV (*future value*) через n років, необхідно обчислити величину, яка, будучи інвестованою під ставку реального відсотка r , принесе б той самий дохід, що і майбутній фінансовий потік:

$$PV = \frac{FV}{(1 + r)^n} \quad (9.22)$$

де, PV — сьогоднішня цінність; FV — майбутній фінансовий потік; r — ставка реального відсотка; n — кількість років.

Поточна вартість майбутніх потоків доходів відіграє важливу роль для оцінки ефективності витрат, чи то інвестиції в нове обладнання або будівництво, чи комплексні програми в громадському секторі. У сфері охорони здоров'я можуть оцінюватися будівництво лікарні, купівля медичного обладнання, підвищення заробітної плати лікарів, вакцинація населення і багато іншого. Для оцінки ефективності можуть застосовуватися різні методи — від аналізу «витрати — ефективність» до аналізу «витрати — вигоди». Універсальним методом для цих видів аналізу є розрахунок чистої приведеної вартості NPV (*net present value*) і внутрішньої норми віддачі IRR (*internal rate of return*). Дисконтуванням можна знехтувати лише в умовах дуже низької процентної ставки і короткострокових інвестиційних проєктів.

Таким чином, проведення клініко-економічного аналізу вимагає дотримання цілого ряду умов.

По-перше, необхідно чітко сформулювати мету аналізу і шукати відповідь на коректне питання.

По-друге, сформулювати всі можливі альтернативні рішення поставленого завдання з реалізації програм або будь-яких медичних заходів. При цьому необхідно ретельно оцінити витрати за кожним варіантом рішення і правильно обрати критерії оцінки кінцевих результатів, які також повинні бути ретельно виміряні (чи то грошові чи не грошові одиниці виміру). Порівняння витрат і результатів має враховувати часовий фактор в части-



ні знецінення грошей (інфляція) і прагнення людини отримати якомога швидше, тобто треба правильно користуватися дисконтуванням.

ТЕМА 10. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ФІНАНСОВОГО АНАЛІЗУ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

10.1. Сутність фінансового аналізу в охороні здоров'я

Фінансово-економічний аналіз вивчає економіку підприємств з метою оцінки результатів їх господарської діяльності та використання фінансових ресурсів, причинно-наслідкові зв'язки, що їх визначають; виявлення резервів і шляхів підвищення ефективності роботи підприємств.

У традиційному розумінні фінансовий аналіз — це метод оцінки і прогнозування фінансового стану підприємства на основі його бухгалтерської звітності.

Такий аналіз може виконувати як управлінський персонал певного підприємства, так і будь-який зовнішній аналітик, оскільки згаданий аналіз базується здебільшого на загальнодоступній інформації. Проте прийнято виділяти *два види фінансового аналізу: внутрішній і зовнішній.*

Внутрішній аналіз проводять працівники підприємства. Інформаційна база такого аналізу є набагато ширшою, охоплює будь-яку інформацію, що циркулює всередині підприємства та є корисною для прийняття управлінських рішень. Відповідно розширюються і можливості аналізу.

Основними складовими частинами внутрішнього фінансового аналізу є оцінка виконання бізнес-плану з фінансовими показниками, аналіз бухгалтерського балансу та інших форм звітності, розрахунок і аналіз фінансових коефіцієнтів, аналіз прибутку, аналіз використання виробничих ресурсів.

Особливості внутрішнього аналізу полягають в орієнтації результатів аналізу на своє керівництво, використанні всіх джерел інформації, відсутності регламентації зі сторони, комплексності, вивченні всіх сторін діяльності підприємства, інтеграції обліку, аналізу, плануванні і прийнятті рішень, максимальній закритості результатів з метою збереження комерційної таємниці.

Зовнішній фінансовий аналіз проводять сторонні для підприємства спеціалісти-аналітики, які не мають доступу до його внутрішньої інформації. Зовнішній аналіз менш деталізований і більш формалізований. У процесі фінансового аналізу застосовують різноманітні прийоми, методи і моделі.



Зовнішній аналіз проводять здебільшого за даними бухгалтерської звітності сторонні організації, тому він лише аналітичний.

Особливостями зовнішнього фінансового аналізу є: багатогранність суб'єктів аналізу, користувачів інформації про діяльність підприємства; різнобічність мети й інтересів суб'єктів аналізу; використання типових методик аналізу, стандартів обліку і звітності; орієнтація аналізу тільки на публічну, зовнішню звітність підприємства; обмеженість завдань аналізу як дія попереднього фактора; максимальна відкритість результатів аналізу для користувачів.

Основою фінансового аналізу є аналіз фінансової звітності, що розвивалася від найпростіших форм балансу до сучасної єдиної бухгалтерської звітності з єдиною метою — бути найпридатнішою для реальної оцінки фінансового стану підприємства та його майбутнього розвитку

Відомо три підходи до послідовності фінансового аналізу:

- від розрахунку та оцінки узагальнюючих показників ефективності використання капіталу, вивчення його складу і структури до оцінки платоспроможності;
- від загальної характеристики й оцінки активів та їх джерел до оцінки платоспроможності, фінансової стійкості й ефективності використання активів;
- від аналізу фінансових результатів до загальної оцінки динаміки і структури статей бухгалтерського балансу, фінансової стійкості, ефективності діяльності підприємства.

Цей аналітичний комплекс підходу до фінансового аналізу дає змогу оцінити фінансовий стан господарського суб'єкта, а саме: *його конкурентоспроможність, платоспроможність та кредитоспроможність, використання фінансових ресурсів і капіталу, виконання зобов'язань перед державою та іншими господарськими суб'єктами.*

Метою фінансового аналізу є отримання інформації, що дає об'єктивну й точну картину фінансового стану підприємства, його прибутку та збитків, змін у структурі активів і пасивів, у розрахунках із дебіторами та формуванні його капіталу. Основної мети аналізу досягають у результаті виконання відповідного взаємопов'язаного набору аналітичних завдань. *Аналітичне завдання* — це конкретизація мети аналізу з урахуванням організаційних, інформаційних, технічних і методичних можливостей його проведення. Змістом фінансового аналізу є оцінка і прогнозування фінансового стану організації за даними бухгалтерської звітності й обліку. *Це зокрема:* розробка системи показників для оцінки фінансового ста-



ну підприємства, його структурних підрозділів; об'єктивна оцінка фінансового стану підприємства та його структурних підрозділів; визначення впливу факторів та виявлення відхилення за показниками; прогнозування фінансового стану підприємства; виявлення резервів поліпшення фінансового стану підприємства; обґрунтування і підготовка управлінських рішень щодо поліпшення фінансового стану підприємства.

Залежно від об'єкта фінансового аналізу можна виділити такі його види:

- *аналіз фінансової діяльності підприємства в цілому.* У процесі такого аналізу об'єктом вивчення є фінансова діяльність підприємства загалом без виділення окремих його структурних одиниць та підрозділів;
- *аналіз фінансової діяльності окремих підрозділів підприємства,* який ґрунтується в основному на результатах внутрішнього аналізу підприємства;
- *аналіз окремих фінансових операцій підприємства.* Предметом цього аналізу можуть бути окремі операції, пов'язані з коротко- або довгостроковими фінансовими вкладеннями, з фінансуванням окремих реальних проєктів.

Залежно від періоду проведення виділяють попередній, поточний (оперативний) та прогнозний фінансовий аналіз.

Попередній фінансовий аналіз пов'язаний з вивченням умов фінансової діяльності в цілому або здійснення окремих фінансових операцій підприємства. Наприклад, оцінка власної платоспроможності за необхідності отримання банківського кредиту.

Поточний (оперативний) фінансовий аналіз проводиться в процесі поточної фінансової діяльності з метою оперативного впливу на результати фінансової діяльності. Як правило, вона обмежується невеликим періодом часу (місяць, квартал).

Прогнозний (ретроспективний) фінансовий аналіз здійснюється підприємством за певний перспективний або звітний період (місяць, квартал, рік). Він дає змогу глибше та повніше проаналізувати фінансовий стан і результати фінансової діяльності підприємства порівняно з попереднім та поточним аналізом, оскільки ґрунтується на звітних матеріалах, а також спрогнозувати діяльність підприємства на перспективу.

10.2. Аналіз фінансового стану медичного підприємства

Фінансовий стан — це комплексне поняття, що демонструє рівень реальної та потенційно можливої фінансової спроможності підприємства



здійснювати свою операційну, фінансову та інвестиційну діяльність, що характеризується низкою показників та коефіцієнтів.

Впроваджена реформа у сфері охорони здоров'я передбачає зміни принципів фінансування медичних установ, якщо до реформи державні лікарні фінансувалися з бюджету, то відтепер вони можуть мати кілька джерел фінансування, отримувати як бюджетні кошти, так і кошти фізичних та юридичних осіб.

Основними джерелами отримання грошових коштів є виплати за договорами про медичне обслуговування населення, виплати з місцевого бюджету в рамках цільових програм або шляхом надання фінансової підтримки.

Додатковими джерелами доходів можуть бути не заборонені законодавством будь-які надходження від фізичних та юридичних осіб: від страхових компаній за надані медичні послуги; від юридичних осіб за медичні чи супутні послуги (корпоративні медичні огляди, оренда приміщень); від благодійних організацій; за надання платних послуг; за надані сервісні послуги пацієнтам (палати покращеного сервісу та інше) та іншим закладам охорони здоров'я і лікарям, що діють як фізичні особи-підприємці (ведення бухгалтерського обліку, купівля ліків та витратних матеріалів, проведення тренінгів тощо).

У практиці діяльності фінансово-економічного відділу організації охорони здоров'я результат аналізу — це документ у вигляді аналітичної записки (звіту), яка містить вихідні та розрахункові дані, підсумкові таблиці, графіки, коментарі, виявлені факти та висновки аналітика відділу про фінансовий стан, результати і виявлені тенденції. *Процес фінансового аналізу характеризується наступною послідовністю дій: **фінансова звітність — аналіз — аналітична довідка — управлінські або інвестиційні рішення.***

В умовах ринкової економіки особливо важливим є визначення фінансової стабільності організації, тобто стан фінансових ресурсів, коли організація може вільно розпоряджатися коштами, щоб шляхом ефективного їх використання забезпечити безперебійний процес ведення і реалізації товарів, послуг, а також виділити кошти на розширення і відновлення виробничої бази.

За допомогою комплексного аналізу вивчаються економічні, фінансово-господарчі і медико-соціальні фактори, що зумовлюють ефективність діяльності медичних організацій. Все це створює передумови для встановлення конкурентних позицій організації, вибору видів діяльності, способів надання послуг, що забезпечують попит з боку споживачів.

Суб'єкти господарської діяльності проводять аналіз фінансового ста-



новища періодично — з метою регулювання, контролю, спостереження за станом і роботою організацій, складання бізнес планів і програм, а також при виникненні складної фінансової ситуації.

Гостра необхідність у фінансовому аналізі виникає в ході перетворення організаційно-правових структур і реорганізації існуючих підприємств, у процесі приватизації й акціонування, а також при виробленні заходів щодо підтримки і санації організацій, що перебувають на межі банкрутства. Там, де спостерігається висока культура управління організацією, будь-який річний і навіть квартальний звіт про її діяльність супроводжується фінансовим аналізом.

Для вивчення впливу факторів на результати господарської діяльності і підрахунку резервів у аналізі використовують такі способи: порівняння, зведення і групування, метод елімінування, що охоплює спосіб ланцюгових підстановок, абсолютних та відносних різниць.

В окремих випадках можна використовувати методи економіко-математичного моделювання (регресійний і кореляційний), кластерний аналіз.

У практиці проведення фінансового аналізу використовують наступні прийоми:

- *горизонтальний (часовий) аналіз* — порівняння кожної позиції звітності з попереднім періодом;
- *вертикальний (структурний) аналіз* — визначення структури підсумкових фінансових показників із виявленням впливу кожної позиції звітності на результат у цілому;
- *трендовий аналіз* — порівняння кожної позиції звітності з рядом попередніх періодів і визначення тренду, тобто основної тенденції динаміки показників. За допомогою тренду формують можливі значення показників у майбутньому і, відповідно, здійснюють перспективний (прогнозний) аналіз;
- *аналіз відносних показників (коефіцієнтів)* — розрахунок відношень між окремими позиціями звіту або позиціями різних форм звітності, визначення взаємозв'язку показників;
- *порівняльний (просторовий) аналіз* — охоплює як внутрішньогосподарський аналіз зведених показників звітності за окремими показниками підприємства, так і міжгосподарський аналіз показників даного підприємства з показниками конкурентів, із середньогалузевими та середніми господарськими даними;
- *факторний аналіз* — аналіз впливу окремих факторів на узагальнюючий (результативний) показник за допомогою детермінованого або сто-



хастичного методів дослідження. Факторний аналіз може бути прямим, коли узагальнюючий показник розкладають на частини, й оберненим (синтез), коли його окремі елементи об'єднують у загальний узагальнюючий (результативний) показник.

Основне та єдине джерело інформації про фінансову діяльність підприємства або організації — бухгалтерська звітність. Звітність підприємств у ринковій економіці базована на узагальнених даних фінансового обліку і є інформаційною ланкою, що пов'язує підприємство з суспільством та діловими партнерами-користувачами інформації про діяльність підприємства. *Бухгалтерська звітність* — це система показників, що відображає майновий та фінансовий стан організації у певний проміжок часу, а також фінансові результати його діяльності за звітний період.

До складу бухгалтерської (фінансової) звітності входять: баланс, звіт про фінансові результати, звіт про рух грошових коштів, звіт про власний капітал, примітки.

Компоненти фінансової звітності відображають різні аспекти господарських операцій і подій за звітний період, відповідну інформацію попереднього звітного періоду, містять дані щодо облікової політики та її змін, що робить можливим ретроспективний та перспективний аналіз діяльності підприємства.

Аналізуючи фінансовий стан медичного підприємства враховують, його форму власності чи є воно державним (комунальним) або відноситься до недержавної (приватної) форми. Кожна зміна фінансового стану має фіксуватися у фінансових (бухгалтерських) документах. Господарські засоби медичної установи мають певні складові: *активний (майно установи)* і *пасивний капітал (джерела, за рахунок яких це майно отримувалося і формувалося)*.

Активний капітал за складом майна і функціоналом поділяється на основний і оборотний капітал.

Пасивний капітал як сукупність фінансових ресурсів поділяють на власний, позиковий і залучений капітал.

Особливу групу економічних показників складають **показники фінансової діяльності**. Найчастіше використовуються наступні:

- *прибуток* — різниця між доходом і витратами на здійснення діяльності — загальна (валова) і залишкова (після вирахування податків і відрахувань);
- *собівартість надаваних послуг* — сума витрат на надання певного об'єму і виду послуг;



- сумарний дохід організації — сума всіх залучених коштів зі всіх джерел;
- основні засоби (основні фонди, основний капітал) — вартість в грошовому виразі засобів виробництва тривалого користування (землі, будівель, устаткування, машин, приладів);

Оборотні кошти (оборотний капітал) — засоби виробництва, споживані протягом виробничого циклу (матеріали, сировина, енергія, напівфабрикати, грошова готівка):

- активи організації — сумарний, вкладений капітал, що належить організації (матеріальний, нематеріальний);
- пасиви організації — сукупність боргів і грошових зобов'язань;
- власний капітал організації — різниця між активами і пасивами;
- дебіторська заборгованість — сума коштів (доходів), що належать організації від всіх її боржників (дебіторів, тобто покупців і замовників);
- кредиторська заборгованість — тимчасово залучені організацією кошти, які мають бути повернені кредиторам (юридичним і фізичним особам, наприклад заборгованість із зарплати або накопичений відсоток).

За вищезгаданими показниками можна робити висновки про успішність роботи організації як господарюючого суб'єкта. Чим вищим є сумарний дохід і прибуток, дорожчі основні засоби і достатні оборотні, більші активи і, особливо, власний капітал, вищою є дебіторська заборгованість, тим більше можливостей має організація на успішну діяльність.

Для глибшого аналізу використовується, цілий ряд відносних величин. Ось деякі з них:

- рентабельність (норма прибутку) — відношення величини прибутку до вартості засобів, використаних і затрачених організацією для отримання прибутку;
- показник стійкості — відношення позикових засобів до власних, характеризує ступінь забезпеченості власними засобами і залежність організації від зовнішніх джерел фінансування; чим більше організація забезпечена власними засобами, тим вищим є рівень її фінансової незалежності і стійкості;
- співвідношення дебіторської і кредиторської заборгованостей доцільно підтримувати більше одиниці, щоб можливо було перекрити борги кредиторам за рахунок тих, що повертають боржники.

Найважливішими фінансовими показниками, що відображають діяльність лікувально-профілактичних установ є коефіцієнт ліквідності; коефіцієнт покриття; коефіцієнт автономії; коефіцієнт маневреності; коефіцієнт фінансової стійкості.



Взаємно доповнюючи один одного, ці показники дають змогу всебічно оцінити фінансове становище підприємства охорони здоров'я.

1. *Коефіцієнт ліквідності медичного закладу* — визначається зіставленням самої ліквідної частини оборотних коштів, тобто готівки і вкладень у цінні папери, з короткочасною заборгованістю медичного закладу. *Ліквідність активу* — це його здатність перетворитися на грошові кошти. *Ліквідність балансу* — це наявність оборотних коштів в розмірі, достатньому для погашення короткострокових зобов'язань. Коефіцієнт ліквідності показує яку частину короткострокової заборгованості лікувально-профілактична установа може погасити найближчим часом (на день складання балансу).

2. *Коефіцієнт покриття медичного закладу* характеризує відношення мобільних (оборотних) засобів лікувально-профілактичної установи до його короткострокової заборгованості. Коефіцієнт покриття показує платіжну можливість медичного закладу (платоспроможність), оцінювану за умови не тільки своєчасних розрахунків з дебіторами і сприятливої ситуації в реалізації медичних послуг, а й продажу, в разі потреби, інших елементів матеріальних оборотних коштів.

3. *Коефіцієнт автономії* (коефіцієнт концентрації власного капіталу або коефіцієнт забезпечення власними коштами) характеризує частку власних грошових коштів КНП із загального розміру отриманого авансу лікувально-профілактичною установою. Тобто визначає, наскільки дана медична установа незалежна від позикових засобів. Чим більші власні кошти має в розпорядженні медичний заклад, тим більш вільно реагуватиме на зміну кон'юнктури ринку медичних послуг.

4. *Коефіцієнт маневреності* показує яка частина власних/наявних коштів знаходиться в мобільній формі, такій, що ними можна відносно спокійно розпоряджатися. Цей коефіцієнт показує яка частина власного капіталу використовується для фінансування поточної діяльності (тобто вкладена в оборотні кошти), а яка частина — капіталізована. Крім того, він дозволяє визначити правильність вкладення коштів в активи. Коефіцієнт повинен бути достатньо високим. У цьому випадку можна припустити, що керівництво медичного закладу проявляє достатню гнучкість у використанні власних коштів.

5. *Коефіцієнт фінансової стійкості або стабільності* (коефіцієнт співвідношення власних і залучених коштів). Він дає загальну оцінку фінансовій стійкості організації. Якщо значення даного показника — 0,178, це означає, що на кожну 1 гривню власних засобів припадає 17,8 коп. по-



зикових засобів. Збільшення даного показника в динаміці свідчить про посилення залежності організації від зовнішніх інвесторів і кредиторів, тобто про зниження фінансової стійкості і навпаки. Фінансово стійкою є організація, яка вкладає власні кошти в активи, не допускає невиправданої кредиторської і дебіторської заборгованості і розплачується у строк за своїми зобов'язаннями.

Проблема діагностики фінансового стану медичного підприємства є складовою, що сприяє встановленню стійкої та незалежної структури. Зміна усталених принципів функціонування будь-якої системи спричиняє необхідність адаптації та проведення нових наукових пошуків.

10.3. Визначення основних показників результативності фінансової діяльності медико-виробничих підприємств з метою прийняття управлінських рішень

Важливим атрибутом оцінки господарюючих систем є показники, за допомогою яких можна простежити стан їх управління, механізм економічних взаємозв'язків, напрями розвитку, ступінь ефективності підготовки і прийняття управлінських рішень.

Показники фінансового стану підприємства використовується для аналізу фінансового стану підприємства. Дані показники є розрахунками, заснованими на звітах компанії та іншій інформації, що використовується для характеристики фінансової структури компанії.

Фінансові коефіцієнти можна поділити на групи: фінансову стійкість підприємства; ліквідність; рентабельність (прибутковість); ринкову вартість компанії; і показники заборгованості підприємства.

Одним з основних показників результативності фінансової діяльності та запорукою стабільності підприємства є **фінансова стійкість**. На стійкість підприємств впливають різноманітні чинники: положення підприємства на товарному ринку; випуск дешевої продукції, що користується попитом; його потенціал у діловому співробітництві; ступінь залежності від зовнішніх кредиторів та інвесторів; наявність неплатоспроможних дебіторів; ефективність господарських і фінансових операцій та інше.

Розрізняють внутрішню та зовнішню стійкість.

Внутрішня стійкість — це загальний стан підприємства, за якого забезпечується високий результат його функціонування шляхом активного реагування на зміни внутрішніх і зовнішніх чинників.



Зовнішня стійкість підприємства обумовлена стабільністю економічного середовища, у рамках якого здійснюється його діяльність. Вона досягається відповідною системою управління економікою в масштабах держави.

Фінансова стійкість є наслідком стабільного перевищення прибутків над витратами, забезпечує вільне маневрування коштами підприємства і шляхом ефективного їх використання сприяє безперебійному процесу виробництва і реалізації продукції. Тому фінансова стійкість формується в процесі виробничо-господарської діяльності і є головним компонентом загальної стійкості підприємства. Зовнішнім проявом фінансової стійкості виступає його *платоспроможність*.

Платоспроможність — це здатність своєчасно в повному обсязі виконати свої платіжні зобов'язання, що впливають з торгових, кредитних та інших операцій платіжного характеру.

Розрахунок платоспроможності можуть проводити в будь-який момент, за запитом банку або інвестора. Ця оцінка може бути суб'єктивною, виконаною з різним ступенем точності.

Для підтвердження платоспроможності перевіряють: наявність коштів на розрахункових рахунках, валютних рахунках, короткострокові фінансові вкладення.

Вищою формою стійкості підприємства є його спроможність розвиватися в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища. Для цього у підприємства має бути гнучка структура фінансових ресурсів з можливістю залучати позикові кошти, тобто бути кредитоспроможним. Кредитоспроможним є підприємство за наявності в нього можливостей для одержання кредиту і спроможності своєчасно повернути узятую позику зі сплатою належних відсотків за рахунок прибутку або інших фінансових ресурсів.

За рахунок прибутку підприємство не тільки погашає свої зобов'язання перед банками, бюджетом, страховими компаніями та іншими підприємствами, але й інвестує кошти в капітальні витрати. Для підтримки фінансової стійкості важливий не тільки ріст абсолютної величини прибутку, але і рентабельність підприємства.

Фінансова стійкість підприємства — це такий стан його фінансових ресурсів, їхній розподіл і використання, який забезпечує розвиток підприємства на основі зростання прибутку і капіталу за збереження платоспроможності і кредитоспроможності в умовах припустимого рівня ризику. Фінансова стійкість є комплексним поняттям.



Для характеристики фінансової ситуації на підприємстві існує чотири типи фінансової стійкості:

I — абсолютна стійкість фінансового стану, яка в нинішніх умовах розвитку економіки України зустрічається доволі рідко;

II — нормальна стійкість фінансового стану підприємства, яка гарантує його платоспроможність;

III — нестійкий фінансовий стан характеризується рівнем платоспроможності, за якого зберігається можливість відновлення рівноваги за рахунок поповнення джерел фінансування підприємства з власних коштів;

IV — кризовий фінансовий стан, за якого підприємство знаходиться на межі банкрутства, оскільки грошові кошти, короткострокові цінні папери і дебіторська заборгованість не покривають навіть його кредиторської заборгованості і прострочених позик.

Сутність фінансової стійкості визначається ефективним формуванням, розподілом і використанням фінансових ресурсів, а платоспроможність виступає її зовнішнім проявом.

Ще одним показником результативності функціонування підприємства є його *ліквідність*. Це спроможність перетворювати свої активи на гроші для покриття всіх необхідних платежів у визначений термін. Підприємство, оборотний капітал якого складається переважно з коштів і короткострокової дебіторської заборгованості, як правило вважається більш ліквідним, порівняно з фірмою, оборотний капітал якої складається переважно з запасів.

Всі активи фірми в залежності від ступеню ліквідності, можна умовно поділити на такі групи:

1. *Найбільш ліквідні активи (A1)* — кошти, що можуть бути використані для виконання поточних розрахунків негайно. До цієї групи належать короткострокові фінансові вкладення (цінні папери).

2. *Активи, що швидко реалізуються (A2)* — активи, для обміну яких на наявні кошти потрібен певний час. До цієї групи належить дебіторська заборгованість (платежі за якою очікуються протягом 12 місяців після звітної дати), інші оборотні активи.

Ліквідність цих активів може бути різною і залежить від суб'єктивних та об'єктивних чинників: кваліфікації фінансових робітників, взаємовідносин з платниками і їхньої платоспроможності, умов надання кредитів покупцям, організації вексельного обігу.

3. *Повільнореалізовані активи (A3)* — найменш ліквідні активи — це запаси, дебіторська заборгованість (платежі за якою очікуються більш ніж



за 12 місяців після звітної дати), податок на додану вартість за придбаними цінностями.

Бажано, використавши дані аналітичного обліку, зменшити податок на додану вартість на суму відшкодування з прибутку фірми. Товарні запаси не можуть бути продані до тих пір, поки не знайдено покупця. Запаси сировини, матеріалів, незавершеної продукції можуть потребувати попередньої передпродажної обробки.

4. *Важкореалізовані активи (А4)* — активи, що призначені для використання в господарській діяльності протягом тривалого часу. До цієї групи можна включити статті I розділу активу балансу «Позаобігові активи».

Перші три групи активів належать до поточних активів фірми і можуть постійно змінюватися протягом всього господарського періоду. Поточні активи є більш ліквідними, ніж інші активи або майно фірми.

Пасиви балансу за мірою зростання строків погашення зобов'язань групуються наступним чином:

Найбільш термінові зобов'язання (П1) — кредиторська заборгованість, розрахунки по дивідендах, інші короткострокові зобов'язання, а також позики, не погашені у визначений термін (за даними додатків до бухгалтерського балансу).

Короткострокові пасиви (П2) — короткострокові кредити банків та інші позики, які підлягають погашенню протягом 12 місяців після звітної дати.

Довгострокові пасиви (П3) — довгострокові кредити та інші довгострокові пасиви — статті II розділу пасиву балансу «Довгострокові зобов'язання».

Постійні пасиви (П4) — статті I розділу балансу «Капітал, фонди і резерви».

Короткострокові і довгострокові зобов'язання, разом узяті, називають зовнішніми зобов'язаннями.

Фірма вважається ліквідною, якщо її поточні активи перевищують її короткострокові зобов'язання. Для оцінки реального ступеня ліквідності фірми необхідно провести аналіз ліквідності балансу.

Ліквідність балансу — це ступінь покриття зобов'язань фірми її активами, термін перетворення яких на гроші відповідає терміну погашення зобов'язань.

Для визначення ліквідності балансу варто зіставити результати по кожній групі активів і пасивів.

Баланс вважається абсолютно ліквідним, якщо виконуються умови:

$$A1 > П1; A2 > П2; A3 > П3; A4 < П4 \quad (10.1)$$



Якщо виконуються перші три нерівності, тобто поточні активи перевищують зовнішні зобов'язання фірми, то обов'язково виконується остання нерівність, що має глибокий економічний сенс: наявність у фірми власних оборотних коштів; дотримується мінімальна умова фінансової усталеності.

Невиконання якоїсь із перших трьох нерівностей свідчить про те, що ліквідність балансу відхиляється від абсолютної. При цьому нестача коштів за однією групою активів компенсується їх нестачею за іншою, хоча компенсація може бути лише за вартісною величиною, оскільки в реальній платіжній ситуації менш ліквідні активи не можуть замінити більш ліквідні.

Зіставлення найбільш ліквідних коштів і швидкореалізованих активів з найбільш терміновими зобов'язаннями і короткостроковими пасивами дозволяє виявити поточну ліквідність і платоспроможність. Якщо ступінь ліквідності балансу настільки великий, що після погашення найбільш термінових зобов'язань залишаються зайві кошти, то можна прискорити терміни розрахунків із банком, постачальниками й іншими контрагентами.

Показники ліквідності застосовуються для оцінки спроможності фірми виконувати свої короткострокові зобов'язання. Вони дають уявлення не тільки про платоспроможність фірми на даний момент, але й у випадку надзвичайних подій.

Загальну оцінку платоспроможності дає *коефіцієнт покриття*, який в економічній літературі також називають *коефіцієнтом поточної ліквідності* або коефіцієнтом загального покриття, який розраховується за формулою:

$$\text{Поточна ліквідність (коефіцієнт покриття)} = \frac{\text{оборотні активи}}{\text{поточні зобов'язання}} \quad (10.2)$$

Коефіцієнт покриття показує, якою мірою поточні кредиторські зобов'язання забезпечуються поточними активами, тобто скільки грошових одиниць поточних активів припадає на 1 грошову одиницю поточних зобов'язань. Якщо співвідношення менше, ніж 1:1, то поточні зобов'язання перевищують поточні активи.

Встановлений норматив цього показника, рівний 2, для оцінки платоспроможності і задовільної структури балансу.

Коефіцієнт покриття, проте, є дуже укрупненим показником, внаслідок чого в ньому не відображається ступінь ліквідності окремих елементів



оборотного капіталу. Тому у практиці фінансового аналізу на українських підприємствах використовують також інші коефіцієнти ліквідності, два з яких подано нижче:

1. *Коефіцієнт швидкої ліквідності (суворої ліквідності)*, який є проміжним коефіцієнтом покриття і показує яка частина поточних активів з відрахуванням запасів і дебіторської заборгованості, платежі за якими очікуються більш ніж за 12 місяців після звітної дати, покривається поточними зобов'язаннями.

Для підприємств України рекомендована величина цього коефіцієнта коливається у межах від 0,8 до 1,0, однак вона може бути надзвичайно високою через невиправдане зростання дебіторської заборгованості.

У роздрібній торгівлі цей коефіцієнт може знижуватися до 0,4–0,5.

2. *Коефіцієнт абсолютної ліквідності* визначається відношенням найбільш ліквідних активів до поточних зобов'язань.

Цей коефіцієнт є найбільш жорстким критерієм платоспроможності і показує, яку частку короткострокової заборгованості фірма може погасити найближчим часом. Загальноприйнята величина цього коефіцієнта повинна перевищувати 0,2.

Показники ліквідності важливі не тільки для керівників і фінансових працівників підприємства, але становлять інтерес для різних користувачів інформації: коефіцієнт абсолютної ліквідності — для постачальників сировини і матеріалів, коефіцієнт швидкої ліквідності — для банків; коефіцієнт покриття — для покупців і власників акцій і облігацій підприємства.

10.4. Характеристика показників рентабельності

Результативність й економічна доцільність функціонування підприємства оцінюється не тільки абсолютними, але і відносними показниками. *Відносними показниками є система показників рентабельності.*

У широкому розумінні, поняття рентабельності означає прибутковість, дохідність. Підприємство вважається рентабельним, якщо результати від реалізації продукції (робіт, послуг) покривають витрати виробництва (обігу) і утворюють суму прибутку, достатню для нормального функціонування підприємства.

Економічна сутність рентабельності може бути розкрита тільки через характеристику системи показників. Їх загальний зміст — визначення суми прибутку з однієї гривні вкладеного капіталу. І оскільки це відносні показники — вони практично не підпадають під вплив інфляції.



Основними показниками рентабельності, якими вимірюється дохідність підприємств в Україні, є наступні:

1. Рентабельність активів (англ. *return on assets* — *ROA*) демонструє відсоток того, наскільки вигідні активи компанії в отриманні доходу. *ROA* є коефіцієнтом рентабельності активів, що показує відсоткове співвідношення чистого прибутку підприємства до його загальних активів.

ROA є фінансовим показником ефективності ведення бізнесу, який, фактично, інформує про результативність використання компанією свого майна, включаючи кредитні запозичення; про те, я компанія може розпоряджатися тим, що має, тобто скільки доларів заробітку отримує від кожного долара активів. Цей показник використовується для порівняння конкуруючих компаній однієї галузі.

Рентабельність активів вказує на капіталомісткість компанії, яка залежатиме від галузі. Компанії, які потребують великих початкових інвестицій, як правило, мають нижчу віддачу активів. *ROA* більше 5%, як правило, вважається хорошим. Використовуючи цей коефіцієнт можна визначити чи стабільно зростає прибуток компанії, а також наскільки стійкою є її перевага над конкурентами.

Коефіцієнт *ROA* дозволяє охарактеризувати рівень професіоналізму менеджменту компанії (наскільки грамотно використовуються активи), що прямо впливає на розмір потенційного прибутку від інвестування. За його значенням оцінюється надійність, платоспроможність і конкурентоспроможність підприємства. Показник важливий не тільки для інвесторів і аналітиків, але і для керівництва компанії, яке може вчасно внести корективи, якщо *ROA* низький, в порівнянні з конкурентами, або має тенденцію до зниження. *ROA* розраховується за наступною формулою:

$$ROA = \frac{\text{чистий прибуток}}{\text{сукупні активи}} \times 100 \quad (10.3)$$

Під *чистим прибутком* розуміють різницю між річною виручкою і витратами підприємства, а в сукупних активах враховуються належні їй матеріальні ресурси.

Розрахунок активів проводиться за середньорічною величиною (активи на початок і кінець року поділені на два). Наприклад, якщо чистий річний прибуток 40 млн. дол., а сукупна вартість активів 100 млн. дол., то рентабельність активів підприємства складе: $40/100 \times 100\% = 40\%$.



2. *Рентабельність поточних активів* ($R_{па}$) показує, скільки прибутку отримує підприємство з однієї гривні, вкладеної в поточні активи:

$$R_{па} = \frac{ЧП}{ОС} \times 100 \quad (10.4)$$

де, ЧП — чистий прибуток, ОС — середньорічна сума оборотних коштів.

3. *Рентабельність інвестицій* R_i — це співвідношення чистого прибутку і витрат. Зазвичай цей показник найважливіший для рекламодавців, оскільки базується на конкретних рекламних цілях і відображає реальний вплив рекламної діяльності на успіхи компанії. Точний метод обчислення цього показника залежить від цілей кампанії.

Одним зі способів визначити рентабельність інвестицій є такий:

$$R_i = \frac{\text{дохід} - \text{вартість проданих продуктів}}{\text{вартість проданих продуктів} \times 100} \quad (10.5)$$

Скажімо, собівартість вашого продукту становить 100 дол., а його ціна — 200 дол. Завдяки рекламі ви продали 6 одиниць цього товару. Отже, загальні витрати становлять 600 дол., а загальна сума продажів — 1200 дол. Припустімо, витрати на рекламну кампанію становили 200 дол., а всі витрати — 800 дол. Рентабельність ваших інвестицій є такою:

$$R_i = \frac{(1200 \text{ дол.} - 800 \text{ дол.})}{800 \text{ дол.} \times 100} = \frac{400 \text{ дол.}}{800 \text{ дол.} \times 100} = 50\% \quad (10.6)$$

У цьому прикладі рентабельність інвестицій становить 50%. За кожен витрачений долар ви отримуєте 1,50 дол.

Показник рентабельності виробництва знаходиться в прямій залежності від рентабельності продукції й оберненій залежності від зміни фондоємності продукції.

Підвищення рентабельності продукції забезпечується переважно зниженням собівартості одиниці продукції. Чим краще використовуються основні виробничі фонди, тим нижчою є фондоємність, вищою фондовіддача і внаслідок цього відбувається зростання показника рентабельності виробництва. При поліпшенні використання матеріальних обігових коштів знижується їхній розмір, що припадає на 1 гривню реалізованої продукції. Отже, чинники прискорення оборотності матеріальних оборотних коштів є одночасно чинниками росту рентабельності виробництва.



10.5. Ринкова вартість компанії

Для здійснення господарської діяльності кожне підприємство мусить мати у своєму розпорядженні визначене майно, що належить йому на правах власності або володіння тобто активи підприємства, які є економічними ресурсами підприємства у формі сукупних майнових цінностей, що використовуються у господарській діяльності з метою отримання прибутку.

Вартість бізнесу — це вартість діючого підприємства або вартість 100% корпоративних прав у діловому підприємстві. *Оцінка майна, майнових прав* — це процес визначення їх вартості на дату оцінки за процедурою, встановленою нормативно-правовими актами.

Необхідність оцінки вартості підприємства виникає у таких випадках: у ході прийняття рішень про доцільність інвестування коштів у підприємство; у ході реорганізації підприємства; у випадку банкрутства та ліквідації підприємства; у випадку продажу підприємства як цілісного майнового комплексу; за необхідності застави майна та при визначенні кредитоспроможності підприємства; у процесі санаційного аудиту при визначенні санаційної спроможності; під час приватизації державних підприємств.

Оцінка підприємства здійснюється, як правило, на базі ринкової вартості — ймовірної суми грошей, за яку можливі купівля-продаж об'єкта оцінки на ринку.

Ринковий підхід передбачає розрахунок вартості підприємства на основі результатів його зіставлення з іншими бізнес-аналогами.

Основними джерелами інформації при застосуванні цього підходу є фондові біржі та позабіржові торговельні системи, на яких мають обіг права власності на подібний бізнес, дані фінансової звітності підприємств-аналогів, а також інформація про попередні транзакції з корпоративними правами на той бізнес, який оцінюється.

Показниками, які застосовують для визначення заборгованості підприємства є *коефіцієнт заборгованості, дебіторська заборгованість та кредиторська заборгованість*.

Коефіцієнт заборгованості — одним з показників структури капіталу підприємства, відображає боргове навантаження на капітал підприємства та розраховується за формулою:

$$КЗ = \frac{\text{зобов'язання}}{\text{активи}} \quad (10.7)$$



Якщо відношення менше 0,5, велика частина активів підприємства фінансується за рахунок власних коштів. Якщо коефіцієнт більше 0,5, велика частина активів підприємства фінансується за рахунок позикових коштів. Чим вищий коефіцієнт, тим більшим буде ризик пов'язаний з роботою фірми. Крім того, високе відношення позикових коштів до активів може свідчити про низьку потужність запозичення фірми, яка, в свою чергу, дозволить знизити фінансову гнучкість фірми. Як і всі фінансові коефіцієнти, відношення боргу компанії має порівнюватись із середнім показником по галузі або інших конкуруючих фірм.

Варто зауважити, що найчастіше, показники коефіцієнту використовуються у наступних ситуаціях: для з'ясування ефективності управлінських рішень; для оцінки наявності та рівня ризику; рентабельності витрат; для формування прогнозу про ймовірну прибутковість та розмір дивідендів.

Дебіторська заборгованість — суми, які нараховуються підприємству від покупців за *товари* або послуги, продані в борг. В балансі підприємства записуються як *активи*.

Дебітори — це юридичні та фізичні особи, які внаслідок минулих подій заборгували підприємству певні суми грошових коштів, їх еквівалентів або інших активів.

За терміном погашення розрізняють: довгострокову та поточну дебіторську заборгованість.

Поточна дебіторська заборгованість — це сума дебіторської заборгованості, яка виникає в ході нормального операційного циклу або буде погашена протягом дванадцяти місяців від дати балансу.

Довгострокова дебіторська заборгованість — це сума дебіторської заборгованості, яка не виникає в ході нормального операційного циклу та буде погашена після дванадцяти місяців від дати балансу.

Дебіторська заборгованість буває *забезпеченою (векселями)* і *незабезпеченою*.

Дебіторська заборгованість поділяється на безнадійну, сумнівну та дійсну.

Залежно від виникнення дебіторська заборгованість поділяється на: дебіторську заборгованість за роботи, товари, послуги; отримані векселі; дебіторську заборгованість за розрахунками; іншу поточну дебіторську заборгованість.

У процесі господарської діяльності підприємство надає товарний кредит для споживачів своєї продукції, тобто існує розрив у часі між продажем товару і надходженням оплати за нього, в результаті чого виникає дебіторська заборгованість. *Коефіцієнт оборотності дебіторської за-*



боргованості демонструє, скільки разів на рік обернулися кошти, вкладені в розрахунки. Він визначається за формулою:

$$K_{\text{одз}} = \frac{\text{Чиста виручка від реалізації продукції}}{\text{Середньорічна сума дебіторської заборгованості}} \quad (10.8)$$

Як правило, чим вищий цей показник, тим краще, тому що підприємство швидше отримує оплату по рахунках. З іншого боку, надання покупцям товарного кредиту є одним з інструментів стимулювання збуту, тому важливо знайти оптимальну тривалість кредитного періоду.

Використовуючи цей коефіцієнт, можна розрахувати більш наочний показник — період інкасації, тобто час, протягом якого дебіторська заборгованість перейде в кошти. Для цього необхідно розділити тривалість аналізованого періоду на коефіцієнт оборотності дебіторської заборгованості.

Показники оборотності дебіторської заборгованості корисно порівнювати з оборотністю кредиторської заборгованості. Такий підхід дозволяє зіставити умови комерційного кредиту, наданого аналізованим підприємством своїм клієнтам з умовами кредитування, якими воно користується з боку постачальників. Для цього необхідно визначити коефіцієнт оборотності і строк обороту дебіторської і кредиторської заборгованості за товарними операціями.

У ході економічної діагностики доцільно зіставити фактичні строки погашення дебіторської заборгованості із тривалістю наданої покупцям відстрочки платежу, що дозволить оцінити ефективність контролю за станом розрахунків з дебіторами і зробити висновки про рівень їхньої кредитоспроможності.

Кредиторська заборгованість — це заборгованість підприємства іншим юридичним і фізичним особам, що виникла в результаті здійснених раніше дій (подій), оцінена в гривнях і щодо якої у підприємства існують зобов'язання її погашення у певний строк.

Існує чотири види кредиторської заборгованості: перед постачальниками товарів або послуг; перед співробітниками власної компанії; перед іншими кредиторами; кредиторська заборгованість з податків і зборів.

Крім того, кредиторська заборгованість диференціюється за строками погашення: короткострокова (до 1 року) та довгострокова (понад 1 рік).

Очевидно, що погашення кредиторської заборгованості — це обов'язок боржника перед кредитором. Для реалізації даного обов'язку відводиться



певний термін, який обумовлюється між кредитором та позичальником. Термін в обов'язковому порядку прописується в договорі, на підставі якого виникає кредиторська заборгованість. Наприклад, постачальник надав контрагенту товар на продаж за умови, що оплата повинна бути проведена не пізніше 60 днів з моменту поставки. Якщо ж боржник порушив встановлений термін, то таку кредиторську заборгованість називають простроченою. З моменту, коли кредиторська заборгованість стала простроченою, кредитор має право вимагати повернення боргу через судовий позов. Термін, який відводиться на це кредитору, називається терміном позовної давності. Як правило термін позовної давності для кредиторської заборгованості становить 3 роки.

Коефіцієнт, що демонструє розширення або зниження комерційного кредиту, наданого підприємству називають *коефіцієнтом оборотності кредиторської заборгованості*. Зростання коефіцієнта означає збільшення швидкості оплати заборгованості підприємства, зниження — ріст купівель у кредит. Формула розрахунку коефіцієнта оборотності кредиторської заборгованості виглядає так:

$$K_{\text{окз}} = \frac{\text{Чиста виручка від реалізації продукції}}{\text{Середньорічна сума кредиторської заборгованості}} \quad (10.9)$$

Період обороту кредиторської заборгованості визначається як частка від розділу тривалості аналізованого періоду на коефіцієнт оборотності кредиторської заборгованості.



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

До теми 1 «Теоретичні засади виникнення та розвитку економіки охорони здоров'я»

1. Назвіть основні періоди виникнення та становлення економічної науки.
2. Охарактеризуйте сутність і типи економічних систем.
3. Дайте визначення економіки як науки та предмета викладання.
4. Охарактеризуйте сутність економічних відносин.
5. У чому полягає основна суть потреб та їх роль в економіці.
6. Охарактеризуйте зміст піраміди потреб Маслоу.
7. Що таке ресурси? Поясніть, чому ресурси обмежені?
8. Сформулюйте фундаментальні питання економіки.
9. Опишіть рівні економіки як практичної діяльності та науки.
10. Визначте які складові виділяють в економічній теорії та до якої з них належить економіка охорони здоров'я.
11. Що таке «економіка охорони здоров'я», її основні цілі та завдання?
12. Зазначте, коли і чому відбулося виокремлення економіки охорони здоров'я у самостійну галузь наукових знань.
13. Назвіть економічні проблеми охорони здоров'я.
14. Розкрийте зміст основних завдань економіки охорони здоров'я.
15. Назвіть методи економіки охорони здоров'я.
16. Охарактеризуйте основні економічні закони та їх класифікацію.
17. У чому полягає основна суть загальних економічних законів?

До теми 2 «Заклад охорони здоров'я як суб'єкт господарювання. Основи підприємницької діяльності»

1. Визначте поняття «здоров'я». Якою є його роль і місце в ієрархії потреб населення?
2. Обґрунтуйте фактори, що впливають на здоров'я населення і залежать від його стану.
3. Охарактеризуйте мету і завдання економіки охорони здоров'я.
4. Обґрунтуйте відмінності медичних закладів первинної, вторинної та третинної ланки галузі охорони здоров'я.
5. Охарактеризуйте вплив медичної реформи на діяльність медичних закладів.
6. Що таке «підприємництво»? У чому особливості його функцій?
7. Що таке «підприємницька ідея», що є запорукою її успішної реалізації?
8. Назвіть процеси які передують реалізації підприємницької ідеї.



До теми 3 «Особливості формування ринкових відносин в системі охорони здоров'я»

1. Що таке «ринок» та які його ознаки?
2. Обґрунтуйте відмінності умов господарювання медичних закладів на ринках з різним рівнем конкуренції.
3. Визначте умови функціонування ринкових відносин в галузі охорони здоров'я.
4. Охарактеризуйте поняття «ринковий механізм».
5. Визначте фактори, які впливають на попит, пропозицію, ціну та конкуренцію.
6. Розкрийте зміст основних економічних законів.
7. Визначте поняття «медичні послуги». Чим вони відрізняються від «медичної допомоги»?
8. Охарактеризуйте особливості медичних послуг.
9. Визначте що являє собою «ринок медичних послуг» та у чому його специфіка?
10. Наведіть основні функції ринку медичних послуг.
11. Визначте фактори, що впливають на конкурентоспроможність медичних закладів?

До теми 4 «Маркетингова діяльність медичних закладів»

1. Охарактеризуйте сутність, головні принципи і функції маркетингу медичних послуг.
2. Наведіть фактори, що заважають/сприяють зверненню потенційних пацієнтів та їх представників до приватних підприємств охорони здоров'я.
3. Розкрийте поняття «маркетинг».
4. У чому полягають основні економічні та психологічні задачі маркетингу.
5. Назвіть відомі Вам функції маркетингу.
6. Зробіть компаративний аналіз існуючих видів маркетингу, який з видів маркетингу, на Вашу думку, є найбільш актуальним саме для галузі охорони здоров'я?
7. Що таке «маркетинговий контроль»?
8. Охарактеризуйте етапи управління маркетингом.
9. Визначте поняття «маркетинг медичних послуг».
10. Охарактеризуйте багаторівневий склад медичних послуг з позицій маркетингу.
11. Сформулюйте задачу та виділіть основні напрями маркетингової діяльності підприємства охорони здоров'я.



12. Порівняйте методи проведення маркетингових досліджень.
13. Що таке «реклама»? Які основні завдання реклами Ви можете назвати?
14. Обґрунтуйте необхідність виділення коштів на проведення рекламної кампанії.
15. За яких умов реклама буде ефективною?
16. Основні переваги подієвого маркетингу.
17. Найпопулярніші Інтернет-технології.
18. Що таке «стимулювання збуту»?
19. Охарактеризуйте основні способи стимулювання збуту.

До теми 5 «Методики раціонального використання ресурсного потенціалу медичного підприємства»

1. Визначте сутність і види економічних ресурсів.
2. Якою є специфіка економічних ресурсів?
3. Сформулюйте та охарактеризуйте основні категорії трудових ресурсів та кадрового потенціалу.
4. Назвіть компоненти кадрового потенціалу підприємства.
5. Охарактеризуйте процеси формування кадрового потенціалу підприємства сфери охорони здоров'я.
6. В чому полягає сутність штатного розпису, його роль у формуванні кадрового потенціалу підприємства охорони здоров'я?
7. Опишіть сутність, принципи та функції оплати праці.
8. Назвіть та охарактеризуйте форми і системи оплати праці.
9. Визначте складові заробітної плати.
10. Що таке мінімальна заробітна плата та які гарантії її забезпечення?
11. Визначте в чому полягає різниця між номінальною та реальною заробітною платою.
12. Назвіть особливості оплати праці в бюджетних медичних закладах.
13. Охарактеризуйте процес оплати праці в комунальних некомерційних підприємствах охорони здоров'я.
14. Що таке колективний договір та якою є його роль в системі оплати праці?
15. Визначте основні засоби, їх сутність та види. Що таке знос основних засобів?
16. Що таке амортизація? Які її види Ви знаєте?
17. Назвіть показники ефективності використання основних засобів.
18. Охарактеризуйте фінансові ресурси в сфері охорони здоров'я. Їх види.
19. Наведіть характерні риси фінансових ресурсів медичних підприємств.



**До теми 6 «Планування і прогнозування
в системі охорони здоров'я. Бізнес-планування в медицині»**

1. Що таке «планування» та «прогнозування»?
2. Порівняйте види планів.
3. Охарактеризуйте принципи планування у галузі охорони здоров'я.
4. Назвіть етапи планування та прогнозування.
5. Охарактеризуйте методи планування та прогнозування.
6. Назвіть фактори, які необхідно враховувати при плануванні та прогнозуванні.
7. Визначте сутність персоналу, його категорії.
8. Надайте перелік заходів щодо планування персоналу в медичних закладах.
9. Охарактеризуйте задачі та функції бізнес-плану.
10. Визначте типовий перелік структурних елементів бізнес-плану.
11. Обґрунтуйте типологію бізнес-планів. Порівняйте різні види бізнес-планів у галузі охорони здоров'я.

**До теми 7 «Системи фінансування медичних закладів.
Економічна оцінка ефективності інвестиційних проєктів»**

1. Визначте поняття «фінанси», «фінансова система», «фінансування».
2. Що включають фінансові ресурси охорони здоров'я?
3. Назвіть основні джерела фінансування охорони здоров'я в сучасних умовах? Що таке позабюджетні кошти?
4. Що таке «фінансовий контроль»? Які органи і в яких формах здійснюють фінансовий контроль в охороні здоров'я?
5. Сформулюйте за рахунок чого здійснюються надходження в бюджет держави?
6. Що таке бюджет? Назвіть структурні елементи державного бюджету.
7. Назвіть етапи складання бюджету. Які статті містить бюджет?
8. Обґрунтуйте особливості бюджетного фінансування підприємств сфери охорони здоров'я.
9. Опишіть систему фінансування охорони здоров'я в Україні.
10. Розкрийте особливості фінансового планування у сфері охорони здоров'я.
11. Назвіть переваги та недоліки державної системи охорони здоров'я.
12. Визначте переваги та недоліки кожної з базових систем фінансування охорони здоров'я.



До теми 8 «Методи ціноутворення та регулювання цін в системі охорони здоров'я»

1. Дайте визначення поняття «ціна медичної послуги».
2. Охарактеризуйте основні групи цін на медичні послуги.
3. Опишіть ланцюг формування роздрібних цін на товари медичного призначення.
4. Які фактори впливають на ціну медичних послуг?
5. Охарактеризуйте етапи ціноутворення.
6. Наведіть приклади специфічних видів витрат медичних закладів.
7. Визначте які статті витрат враховують у кошторисі медичних закладів?
8. Поясніть у чому полягає відмінність між «витратами» та «собівартістю»?
9. Розкрийте особливості змісту кожного з етапів розробки цінової стратегії.
10. Опишіть ринкові методи регулювання цін на медичні послуги.
11. Охарактеризуйте методи державного регулювання цін на медичні послуги.

До теми 9 «Економічний аналіз та методи економічної оцінки в сфері охорони здоров'я»

1. Визначте, які показники можуть використовуватися в охороні здоров'я для оцінки раціонального та ефективного використання ресурсів охорони здоров'я?
2. Що таке «медична ефективність»? Наведіть приклади.
3. Поясніть в чому полягає сутність соціальної ефективності? Наведіть приклади.
4. Що таке економічна ефективність? Наведіть приклади.
5. Визначте чим відрізняється економічний ефект від економічної ефективності?
6. Поясніть, які економічні втрати несе суспільство у зв'язку з погіршенням стану здоров'я населення.
7. Дайте визначення економічного аналізу.
8. Які основні методи економічного аналізу?
9. Охарактеризуйте спосіб порівняння і його місце в економічному аналізі.
10. Назвіть основні завдання економічного аналізу.
11. Порівняйте види економічного аналізу.
12. Поясніть суть аналізу «витрати — ефективність».
13. Розкрийте особливості аналізу «витрати — корисність».
14. Поясніть суть аналізу «витрати — вигода».
15. Охарактеризуйте аналіз мінімізації витрат».



16. Визначте суть аналізу вартості хвороби.
17. Дайте визначення аналізу тягаря хвороби.
18. Що таке маргінальні витрати?
19. Що таке умовно-постійні витрати?
20. Дайте визначення умовно-змінним витратам.
21. Назвіть та охарактеризуйте повні витрати і як вони розраховуються.
22. Що таке середні витрати і як вони розраховуються?
23. Розкрийте особливості граничних витрат.
24. Поясніть, що таке інкрементні витрати?
25. Визначте у чому полягає основна відмінність інкрементних витрат від граничних?
26. Що таке дисконтування?
27. Охарактеризуйте економічний аналіз в системі охорони здоров'я.
28. Визначте, що відноситься до основних фондів, трудових ресурсів, матеріальних ресурсів

До теми 10 «Методика проведення фінансового аналізу господарської діяльності медичного закладу»

1. Визначте в чому полягає сутність фінансового аналізу.
2. Назвіть принципи проведення внутрішнього і зовнішнього фінансового аналізу.
3. Охарактеризуйте види фінансового аналізу залежно від об'єкта.
4. Що таке попередній, поточний (оперативний) та прогнозований фінансовий аналіз?
5. Що таке фінансовий стан підприємства. Прийоми, які використовують при аналізі фінансового стану підприємства.
6. Які основні показники фінансової діяльності?
7. Назвіть фінансові показники, які відображають діяльність лікувально-профілактичних установ.
8. Визначте показники фінансового стану підприємства. Значення та аналіз фінансової стійкості.
9. Що таке ліквідність? Аналіз ліквідності.
10. Охарактеризуйте показники рентабельності.
11. Що таке дебіторська та кредиторська заборгованість?



ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

1. **ABC-аналіз (ABC-analysis)** — розподіл (ранжування) об'єктів дослідження за часткою витрат на виробництво кожного товару чи послуги в загальній структурі витрат (життєво необхідні; важливі; другорядні; неважливі)
2. **Активи організації (organization assets)** — сумарний, вкладений у справу капітал, що належить організації (матеріальний, нематеріальний)
3. **Амортизаційні відрахування (amortization expenses)** — це вид цільових фінансових ресурсів, які відображають перенесення на готову продукцію частини вартості основних засобів
4. **Амортизація (amortization)** — процес поступового перенесення вартості основних засобів на продукт, що виготовляється з їх допомогою, протягом строку їх корисного використання (експлуатації)
5. **Аналіз «витрати — вигода» (CBA) (cost-benefit analysis)** — витрати і результати альтернативних програм вимірюються більш ніж одним показником і зводяться до єдиного грошового еквівалента, що, серед іншого, враховує бажання пацієнта платити за пропоновані послуги
6. **Аналіз «витрати — ефективність» (cost-efficiency analysis)** — є базовим в клініко-економічному аналізі і використовується в більш ніж 50% клініко-економічних досліджень. При цьому аналізі проводиться порівняльна оцінка результатів і витрат при двох і більше втручаннях, ефективність яких різна, а результати оцінюються тільки одним кількісним показником. Вимірювання проводять в тих самих одиницях (мм. рт. ст.; концентрація гемоглобіну; число ускладнень, яким запобігли; роки збереженого життя тощо)
7. **Аналіз «витрати — корисність» (cost-profitability analysis)** — є модифікацією аналізу «витрати — ефективність», за якого результати втручання оцінюються в одиницях «корисності» з точки зору споживача медичної допомоги (наприклад, якість життя); при цьому найбільш часто використовується інтегральний показник QALY (від англ. «Quality Adjusted Life Years» — збережені роки життя з поправкою на якість)



8. **Аналіз вартості хвороби (disease cost analysis)** — при даному виді аналізу вивчаються всі витрати, пов'язані з веденням хворих з певним захворюванням, як на певному етапі (відрізку часу), так і на всіх етапах надання медичної допомоги, а також хворі з непрацездатністю та передчасною смертністю
9. **Аналіз відносних показників (коефіцієнтів) (analysis of relative indicators (coefficients))** — розрахунок відношень між окремими позиціями звіту або позиціями різних форм звітності, визначення взаємозв'язку показників
10. **Аналіз і синтез (analysis and synthesis)** — це комплексний метод дослідження, сукупність прийомів, операцій і дій з уявного роз'єднання об'єктів на складові, елементи, властивості (аналіз) і об'єднання їх у єдине ціле (синтез) під час вирішення пізнавального завдання
11. **Аналіз мінімізації витрат (cost minimization analysis)** — це окремий випадок аналізу «витрати — ефективність», за якого проводять порівняльну оцінку двох і більше втручань, що характеризуються ідентичною ефективністю і безпекою, але різною вартістю. Рекомендується застосовувати аналіз мінімізації витрат при порівняльному дослідженні різних форм або різних умов застосування одного лікарського засобу або однієї медичної технології
12. **Аналіз чутливості (sensitivity analysis)** — це аналіз, спрямований на визначення того, якою мірою будуть змінюватись результати дослідження при зміні вихідних параметрів (коливаннях цін на лікарські препарати, зміні показників ефективності, частоти побічних ефектів тощо)
13. **Аналітичне завдання (analytical task)** — це конкретизація мети аналізу з урахуванням організаційних, інформаційних, технічних і методичних можливостей його проведення
14. **Асоційоване підприємство (associated enterprise)** — інвестор прямо чи через дочірні компанії володіє менш ніж 20 % вартості підприємства, що дозволяє інвестору мати своїх представників у раді директорів, брати участь у стратегічному та оперативному управлінні розвитком підприємства
15. **Баланс (balance)** — документ, який показує фінансовий стан медичного закладу на певну дату



16. **Бенчмаркінг (benchmarking)** — оцінювання, порівняння, визначення, розуміння та адаптації наявних прикладів ефективного функціонування підприємств охорони здоров'я задля покращання власної роботи
17. **Бізнес-план (business plan)** — комплексний, чітко структурований багатофункціональний документ, у якому викладено підприємницьку ідею, а також сформульовано та економічно обґрунтовано шляхи та способи її реалізації
18. **Бізнес-планування (business planning)** — це процес розробки бізнес-плану, який включає формулювання ідеї даного бізнесу та обґрунтування доцільності і можливості її реалізації у конкретних умовах ринку охорони здоров'я; проведення розрахунків окремих розділів бізнес-плану; організаційно-технічні заходи досягнення поставленої цілі з урахуванням можливих несприятливих кризових ситуацій, ризиків та способів їх подолання; визначення очікуваної економічної та соціальної ефективності проєкту
19. **Бухгалтерська звітність (accounting reporting)** — це система показників, що відображають майновий та фінансовий стан організації на відповідну дату, а також фінансові результати його діяльності за звітний період; основне та єдине джерело інформації про фінансову діяльність ділового партнера
20. **Бюджетні асигнування (budget allocations)** — це повноваження розпорядника бюджетних коштів, надане відповідно до бюджетного призначення, на взяття бюджетного зобов'язання та здійснення платежів, яке має кількісні, часові та цільові обмеження
21. **Бюджетні розцінки (budget estimates)** — умовні ціни, які використовуються в медичних закладах державної та комунальної форм власності, й розраховуються на основі кошторису їхніх витрат відповідно до статей бюджетної класифікації
22. **Важореалізовані активи (A4) (sticky asset)** — активи, призначені для використання в господарській діяльності протягом тривалого періоду часу
23. **Вартість бізнесу (cost of business)** — це вартість діючого підприємства або вартість 100% корпоративних прав у діловому підприємстві



24. **Вартість основних засобів, яка амортизується (cost of fixed assets, which is amortized)** — це первісна або переоцінена вартість основних засобів за вирахуванням їх ліквідаційної вартості
25. **Вертикальний (структурний) аналіз (vertical (structural) analysis)** — визначення структури підсумкових фінансових показників із виявленням впливу кожної позиції звітності на результат у цілому
26. **Вертикальний маркетинг (vertical marketing)** — орієнтований на пошук нового покупця; просування товарів загального користування, але здатних виконувати різні задачі залежно від особливостей сфер використання
27. **Витрати (expenses)** — вартість лікувально-профілактичних заходів щодо поліпшення здоров'я населення в грошових одиницях; зменшення обсягу матеріальних цінностей, коштів тощо, пов'язане з діяльністю суб'єкта господарювання
28. **Відкрите акціонерне товариство (ВAT) (open-end company)** — організовується укладанням договору між його засновниками (фізичними та юридичними особами), а його акції можуть розповсюджуватися шляхом відкритої підписки та купівлі-продажу на біржах
29. **Вільні ціни (free-of-control prices)** — включають повні витрати ресурсів медичного закладу на надання послуг, прибуток, який визначається кон'юнктурою ринку та іншими його чинниками
30. **Власний капітал організації (equity capital)** — різниця між активами і пасивами
31. **Власні фінансові ресурси (own financial resources)** — це базова частина всіх фінансових ресурсів підприємства (організації)
32. **Внутрішня стійкість підприємства (internal stability of the enterprise)** — це такий загальний стан підприємства, за якого забезпечується високий результат його функціонування. В основі її досягнення лежить принцип активного реагування на зміни внутрішніх і зовнішніх чинників
33. **Головне (материнське) підприємство (parent enterprise)** — місце концентрації більшості (якщо не всіх) найважливіших функцій та перебування керівництва підприємства
34. **Горизонтальний (часовий) аналіз (horizontal (temporal) analysis)** — порівняння кожної позиції звітності з попереднім періодом



35. **Горизонтальний маркетинг (horizontal marketing)** — максимізація виробництва однорідних товарів і послуг, навіть якщо між ними відсутній тісний функціональний зв'язок, з метою задоволення зростаючих потреб
36. **Дебітори (debtors)** — це юридичні та фізичні особи, які внаслідок минулих подій заборгували підприємству певні суми грошових коштів, їх еквіваленти або інші активи
37. **Дебіторська заборгованість (accounts receivable)** — сума коштів (доходів), що належать організації від всіх її боржників (дебіторів, тобто покупців і замовників)
38. **Демаркетинг (demarketing)** — вирішує проблему надмірного попиту за допомогою підвищення ціни на товари чи послуги, припинення стимулювання продажів
39. **Державне підприємство (state enterprise)** — базується на державній формі власності, а майно, яким воно користується, належить йому по праву повного господарського володіння
40. **Державні ціни (state price)** на платні медичні послуги населенню розраховуються виходячи з фактичних витрат матеріальних і трудових ресурсів медичного закладу на основі бюджетних норм і нормативів, а також прибутку, норма якого встановлюється центральними або місцевими органами влади
41. **Диференційований маркетинг (differentiated marketing)** — діяльність підприємства у декількох сегментах ринка з виробництвом окремого товару чи послуги для кожного з сегментів
42. **Довгострокова дебіторська заборгованість (non-current receivables)** — це сума дебіторської заборгованості, яка не виникає в ході нормального операційного циклу та буде погашена після дванадцяти місяців з дати балансу
43. **Договірні ціни (contract prices)** на медичні, медико-соціальні послуги та послуги медичного сервісу встановлюються за договорами з медичними закладами, а також за договорами добровільного медичного страхування
44. **Додаткова заробітна плата (extra salary)** — це винагорода за працю понад установлені норми, за трудові успіхи та винахідливість і за особливі умови праці



45. **Досконала конкуренція (perfect competition)** — ринок, на якому фірми взаємодіють на рівних умовах
46. **Дочірнє підприємство (associated company)** — суб'єкт господарювання, який контролюється головним підприємством
47. **Економіка (economics)** — це динамічна, створена людьми система використання і перетворення різноманітних наявних у навколишньому природному середовищі і раніше вироблених засобів з метою отримання благ, що задовольняють потреби людини, суспільства, держави; суспільна наука, що досліджує проблеми ефективного використання обмежених ресурсів з метою максимального задоволення матеріальних потреб людини
48. **Економіка країн (national economy)** — це економіка регіонів, територіальних утворень, а також різних галузей за територіальною ознакою (промисловість, сільське господарство, будівництво, транспорт, торгівля, культура, освіта, охорона здоров'я, побутове обслуговування тощо)
49. **Економіка організацій і підприємств (economy of organizations and enterprises)** — поєднує підприємства, компанії, фірми, різноманітні підприємницькі структури, що утворюють первинні осередки економіки. Наприклад, у медицині це поліклініки, стаціонари, медичні центри, лікувально-оздоровчі заклади тощо
50. **Економіка охорони здоров'я (economics of public health)** — це наука про раціональне й ефективне використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів суспільства на медичне обслуговування населення й охорону здоров'я з метою досягнення максимальної доступності для населення медичної допомоги високої якості
51. **Економіка регіонів і галузей (economy of regions and industries)** — включає взаємозалежні і взаємодіючі між собою господарства окремих підприємств, установ і організацій, що здійснюють свою діяльність в одному регіоні або в одній галузі
52. **Економіко-математичне моделювання (economic and mathematical modeling)** — визначення впливу факторів на результати господарювання з метою їх оптимізації на стадії планування та проектування, а також після закінчення господарювання



53. **Економічна ефективність (cost-effectiveness)** — це показник, що відображає співвідношення економічних вигод, отриманих при проведенні медичних заходів (економічного ефекту) і витрат на ці заходи
54. **Економічна система (economic system)** — сукупність усіх видів економічної діяльності людей у процесі їх взаємодії, спрямованої на виробництво, обмін, розподіл, споживання товарів і послуг, на регулювання економічної діяльності. Типи економічних систем: ринкова, адміністративно-командна, традиційна, змішана
55. **Економічне прогнозування (economic forecasting)** — це метод оцінки економічних процесів, що відбуваються, встановлення тенденцій їх розвитку та можливих наслідків для розробки стратегії економічної поведінки, економічних дій для досягнення поставлених цілей та бажаного результату
56. **Економічний аналіз (economic analysis)** — це метод оцінки витрат та вигід, визначення потенціалу організації та його реалізації, прибутковості та рентабельності організації за певний період часу; система прийомів дослідження для розкриття причинно-наслідкових зв'язків, які обумовлюють результати явищ і процесів
57. **Економічні відносини (economic relations)** — це як виробничі, так і грошові відносини між людьми, що виникають в процесі створення, розподілу і споживання продукту трудової діяльності
58. **Економічні ресурси (economic resources)** — це сукупність матеріальних і нематеріальних факторів та засобів, що забезпечують функціонування і безперебійний процес суспільного виробництва і відтворення
59. **Експеримент (experiment)** — метод дослідження, за якого в контрольованих умовах зазнають змін один чи декілька факторів, а також вивчення цього впливу на залежну змінну
60. **Ефективність (effectiveness)** — відношення між досягнутим результатом та витраченими ресурсами



61. **Єдиний соціальний внесок (ЄСВ) (single social contribution)** — обов'язковий платіж до системи загальнообов'язкового державного соціального страхування. Єдиний соціальний внесок включає відрахування до: Пенсійного фонду; фонду страхування на випадок безробіття; фонду із тимчасової втрати працездатності; фонду страхування від нещасних випадків на виробництві
62. **Закон вартості (law of value)** — відображає необхідність виробництва та обміну відповідно до його суспільної цінності
63. **Закон економії на масштабах виробництва (law of economies of scale of production)** — збільшення обсягів виробництва (в певних межах) зменшує виробничу собівартість продукції (послуг) за рахунок скорочення, передусім, середніх умовно-постійних витрат
64. **Закон економії часу (law of saving time)** — полягає в необхідності збільшення вільного часу обумовлює економію зайнятого часу
65. **Закон зменшення граничної корисності (law of diminishing marginal utility)** — споживання кожної додаткової одиниці певного блага неодмінно призводить до зменшення корисності наступної його одиниці
66. **Закон зростаючої важкості праці (law of increasing difficulty of work)** — кожна наступна додаткова година праці повинна оплачуватися за більш високим тарифом, ніж попередня
67. **Закон конкуренції (competition law)** — відображає причинно-наслідкові зв'язки між економічними суб'єктами у боротьбі за найбільш вигідних умов виробництва, реалізації та придбання товарів (послуг)
68. **Закон попиту (law of demand)** — загальний економічний закон, згідно з яким величина (обсяг) попиту зменшується при зростанні ціни товару та при інших незмінних умовах
69. **Закон попиту та пропозиції (law of supply and demand)** — відображає взаємозв'язок між кількістю товарів і послуг, які хоче придбати покупець, і кількістю товарів і послуг, які пропонують виробники
70. **Закон пропозиції (law of supply)** — відображає залежність між ціною на товар та бажанням і готовністю виробників його виготовляти та реалізувати



71. **Закрите акціонерне товариство (ЗАТ) (closed joint-stock company)** — подібне до ВАТ, але його акції розподіляються лише між засновниками ЗАТ
72. **Залучені кошти (raised funds)** — це кошти, які фактично не належать підприємству, але внаслідок діючої системи розрахунків постійно перебувають в їх обігу
73. **Заохочувальні та компенсаційні виплати (incentive and compensation payments)** — виплати у формі винагород за підсумками роботи за рік, премії за спеціальними системами і положеннями, виплати в рамках грантів, компенсаційні та інші грошові і матеріальні виплати, не передбачені актами чинного законодавства або які провадяться понад встановлені зазначеними актами норми
74. **Заробітна плата (salary)** — це винагорода, обчислена, як правило, у грошовому виразі, яку за трудовим договором роботодавець виплачує працівникові за виконану ним роботу
75. **Здоров'я (health)** — стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів (ВООЗ)
76. **Змішане (спільне) підприємство (mixed (joint) enterprise)** — створюється на основі об'єднання майна різних форм власності і як господарські товариства
77. **Знос (depreciation)** — це процес втрати вартості основними засобами
78. **Зовнішня стійкість підприємства (external stability of the enterprise)** обумовлена стабільністю економічного середовища, у рамках якого здійснюється його діяльність. Вона досягається відповідною системою управління економікою в масштабах держави
79. **Інвестиційні витрати медичних закладів (investment costs of medical institutions)** — довгострокові вкладення підприємством свого капіталу з метою отримання прибутку
80. **Індукція та дедукція (induction and deduction)** — це комплексні методи наукового дослідження, що передбачають мислення від одиничного, окремого до загального і від загального до окремого, одиничного
81. **Інкрементні витрати (incremental costs)** — це додаткові витрати на досліджувану альтернативу порівняно з альтернативою, що існує



82. **Іноземне підприємство (foreign enterprise)** — засноване на території іншої країни, але здійснює свою діяльність в Україні і має право на виведення прибутку/капіталу за її межі
83. **Кадровий потенціал підприємства (personnel potential of the enterprise)** — це сукупність якісних і кількісних характеристик персоналу підприємства, які включають чисельність, склад і структуру, фізичні і психологічні можливості працівників, їхні інтелектуальні і креативні здібності, професійні знання і кваліфікаційні навички, комунікабельність і здібність до співпраці, відношення до праці та інші якісні характеристики
84. **Калькулювання собівартості продукції (calculation of production costs)** — процес обчислення собівартості одиниці продукції
85. **Керівники (managers)** — це працівники, що обіймають посади керівників підприємства, організації та їх структурних підрозділів
86. **Клініко-економічний аналіз (clinical and economic analysis)** — методологія порівняльної оцінки якості двох і більше методів профілактики, діагностики, лікарського і не лікарського лікування на основі комплексного, взаємопов'язаного обліку результатів медичного втручання і витрат на його виконання
87. **Коефіцієнт заборгованості (debt ratio)** — один із показників структури капіталу підприємства, відображає боргове навантаження на капітал підприємства
88. **Коефіцієнт оборотності кредиторської заборгованості (accounts payable turnover ratio)** — показує розширення або зниження комерційного кредиту, наданого підприємству
89. **Коефіцієнт приросту витрат (cost growth factor)** — це додаткові витрати, що призводять до досягнення додаткового ефекту
90. **Коефіцієнт технологічної структури основних фондів (coefficient of technological structure of fixed assets)** — визначається як співвідношення вартості активної частини основних засобів та вартості основних засобів
91. **Колективне підприємство (collective enterprise)** — засновники та учасники є власниками часток (паїв, акцій, вкладів) у майні підприємства



92. **Колективний договір (collective agreement)** — це угода (нормативний акт), яка укладається між власником або уповноваженим органом (особою) і одним або кількома профспілковими чи іншими уповноваженими на представництво трудовим колективом органами, а у разі відсутності таких органів — представниками працівників, обраними та уповноваженими трудовим колективом
93. **Командитне товариство (КТ) (partnership in commendam)** — це товариство, в якому разом з одним чи більшою кількістю учасників, які здійснюють від імені товариства підприємницьку діяльність і несуть відповідальність за зобов'язаннями КТ всім своїм майном, є один чи більше вкладників, відповідальність яких обмежується їх вкладом у майно КТ
94. **Комерційне підприємство (commercial enterprise)** — має на меті отримання прибутку, який власники мають право використати на власний розсуд (у т.ч. поза межами підприємства)
95. **Комунальне підприємство (utility enterprise)** — утворене органами місцевого самоврядування задля здійснення господарської діяльності із метою отримання прибутку
96. **Конверсійний маркетинг (conversion marketing)** — розробка конкретного плану, який сприяє зародженню попиту і з можливою перспективою його розвитку на товари та послуги з допоки негативним попитом
97. **Конкурентоспроможність (competitiveness)** — здатність суб'єкта господарювання протистояти на ринку прямим конкурентам за рахунок доброї організації діяльності всіх його структурних підрозділів, а також швидкого та адекватного реагування персоналу на вплив ринкових механізмів і механізмів державного регулювання
98. **Конкуренція (competition)** — економічний процес взаємодії та боротьби суб'єктів господарювання за найвигідніші умови виробництва, збуту та придбання товарів/послуг
99. **Концентрований маркетинг (concentrated marketing)** — зосередження маркетингових зусиль на найбільшу частку одного чи декількох субринків



100. **Кооперативне підприємство (cooperative enterprise)** — добровільне об'єднання фізичних/юридичних осіб на основі членства для ведення спільної господарської та іншої діяльності з метою задоволення своїх економічних, соціальних та інших потреб на засадах самоврядування
101. **Креативний маркетинг (creative marketing)** — виявлення потенційного попиту та сприяння створенню відповідного товару чи послуги
102. **Кредити (credits)** — економічна категорія, що являє собою певний вид суспільних відносин, пов'язаних з рухом вартості на умовах повернення; грошові кошти, що надаються на умовах повернення, строковості та платності
103. **Кредиторська заборгованість (accounts payable)** — це заборгованість підприємства іншим юридичним і фізичним особам, що виникла в результаті здійснених раніше дій (подій), оцінена в гривнях і щодо якої у підприємства існують зобов'язання її погашення в певний строк
104. **Ліквідаційна вартість (liquidating value)** — сума коштів або вартість інших активів, яку підприємство, організація очікує отримати від реалізації (ліквідації) основних засобів після закінчення строку їх корисного використання (експлуатації) за вирахуванням витрат, пов'язаних з продажем (ліквідацією)
105. **Ліквідність підприємства (company's liquidity)** — це спроможність перетворювати свої активи на гроші задля покриття всіх необхідних платежів у міру настання їх терміну
106. **Людський капітал (human capital)** — поняття похідне від категорій «робоча сила», «трудові ресурси», «трудовий потенціал», «людський фактор». Характеризує сукупність сформованих і розвинутих унаслідок інвестицій продуктивних здібностей, особистих рис і мотивацій індивідів, що перебувають у їх власності, використовуються в економічній діяльності, сприяють зростанню продуктивності праці і завдяки цьому впливають на зростання доходів (заробітків) свого власника та національного доходу
107. **Людські ресурси (human resources)** — це конкретна кількість населення країни, що відрізняється певними якісними показниками — освітою, культурою, професіоналізмом



108. **Макроекономіка (macroeconomics)** — частина економічної науки, що вивчає економіку як єдину, цілісну систему
109. **Маркетинг (marketing)** — діяльність суб'єктів господарювання, спрямована на встановлення довгострокових взаємовигідних відносин з покупцями та партнерами на ринку товарів і послуг, а також на управління просуванням товарів і послуг від виробника до споживача
110. **Маркетинг медичних послуг (marketing of medical services)** — науково обґрунтована система забезпечення медичної допомоги в соціально-орієнтованій ринковій економіці
111. **Маркетингова діяльність (marketing activity)** — діяльність, орієнтована на виявлення й облік ринкового попиту та організацію виробничо-збутової діяльності підприємства охорони здоров'я
112. **Маркетингове середовище (marketing environment)** — сукупність активних суб'єктів і сил, що діють у межах і за межами підприємства та впливають на можливості керівництва службою маркетингу встановлювати і підтримувати з цільовими клієнтами відносини успішного співробітництва
113. **Маркетинговий контроль (marketing control)** — аналіз результатів виконання маркетингового плану задля виявлення нових проблем і можливостей, а також затвердження необхідних заходів для його коригування
114. **Маркетингові дослідження (marketing researches)** — систематичний збір, реєстрація та аналіз даних з питань установаження довгострокових взаємовигідних відносин з покупцями та партнерами на ринку товарів і послуг, а також управління просуванням товарів і послуг від виробника до споживача чи користувача
115. **Масовий маркетинг (mass marketing)** спрямовано на продаж більшої кількості однорідного товару чи послуги за доступною ціною для максимізації обсягу збуту; характеризує масовим виробництвом, масовим розповсюдженням і стимулюванням збуту одного товару для усіх покупців



116. **Матеріальні витрати (material costs)** — сировина та матеріали; комплектуючі вироби; придбані напівфабрикати (відливки, штамповки тощо); допоміжні матеріали, які використовуються у технологічному процесі або необхідні для його обслуговування, а також для управлінських і господарських потреб (інструмент, канцелярські товари та ін.); паливо та енергія (електроенергія, газ тощо)
117. **Медична ефективність (medical effectiveness)** — це показник, що відображає ступінь досягнення поставлених завдань профілактики, діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності і результативності
118. **Медична послуга (medical service)** — оплачуване пацієнтом використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювання
119. **Метаекономіка (metaeconomics)** — частина економічної науки, що вивчає економічні процеси на світовому рівні з урахуванням взаємозв'язку економічних, природних, соціальних, політичних явищ і подій
120. **Метод державного регулювання цін на ринку медичних послуг (method of state regulation of prices in medical services market)** — діяльність органів державної влади з вироблення, реалізації та вдосконалення регуляторного впливу на розвиток суспільства з метою задоволення зростаючих потреб його членів
121. **Метод експертних оцінок (expert evaluations method)** — потрібну інформацію отримують у результаті її збирання та аналізу на основі логічних і математично-статистичних методів і прийомів (анкетні методи та методи групової експертизи) задля прийняття ефективного та раціонального рішення
122. **Метод регулювання цін на ринку медичних послуг на рівні організації (method of regulating prices in the of medical services market at the level of the organization)** — урахування її економічної стратегії, етап життєвого циклу товару (послуги), сегментування ринку, рівень цін і тарифів у медичних закладах
123. **Мікроекономіка (microeconomics)** — це область економічної науки, що вивчає економічні процеси, пов'язані зі станом і діяльністю окремих частин економіки, чи як прийнято говорити, окремих суб'єктів економічної діяльності



124. **Мінімальна заробітна плата (minimum wage)** — законодавчо встановлений розмір зарплати за простої, некваліфіковану працю, нижче за який не може бути оплата праці; відображає мінімальний для цих умов розмір споживання
125. **Монополістична конкуренція (monopolistic competition)** — ринок, на якому функціонує багато продавців з різною продукцією
126. **Монополія (monopoly)** — ринок, що характеризується наявністю лише одного виробника певного виду продукції/послуг
127. **Моральний знос (functional depreciation)** — це знос основних засобів внаслідок створення нових, прогресивніших і економічно ефективних машин та устаткування. Тобто розвитку техніки та технологій, внаслідок яких використання даного засобу стає неефективним, нерациональним, хоча фізично він може знаходитись ще в дуже гарному стані
128. **Наднормова робота (overtime work)** — робота, яку здійснив працівник понад визначену тривалість робочого дня
129. **Найбільш ліквідні активи (A1) (most liquid assets)** — суми по всіх статтях коштів, що можуть бути використані для виконання поточних розрахунків негайно
130. **Наукове абстрагування (scientific abstraction)** — загальнонауковий метод уявного відволікання від несуттєвих властивостей, зв'язків, відношень об'єктів і одночасного виокремлення істотних з метою пізнання одного чи кількох їх аспектів. Наукове абстрагування — завжди відволікання від конкретного, стороннього з метою дослідження суттєвого, що спрощує завдання пізнавальної діяльності
131. **Національне підприємство (national enterprise)** — засновниками є фізичні особи — громадяни України
132. **Недиференційований маркетинг (undifferentiated marketing)** — діяльність підприємства, спрямована на звернення одразу до всього ринку з однією пропозицією, тобто заклад, орієнтований не на окремі потреби, а шукає спільне в цих запитах
133. **Некомерційне підприємство (non-commercial enterprise)** — подібне до комерційного, але отриманий прибуток можна використати лише задля розвитку даного підприємства



134. **Номінальна заробітна плата (nominal salary)** — грошова сума, отримана за певний проміжок часу (годину, день, місяць), упродовж якого мала місце робота за наймом
135. **Обігові кошти (floating funds)** — частина фінансових ресурсів підприємства, що постійно перебувають в господарському обороті
136. **Оборотний капітал (operating capital)** — засоби виробництва, цілком споживані протягом виробничого циклу (матеріали, сировина, енергія, напівфабрикати, грошова готівка)
137. **Оборотні фонди (working assets)** — обслуговують сферу виробництва, та використовуються повністю в процесі виробництва продукту, послуг протягом одного виробничого циклу (або року), а їх вартість повністю переноситься на вартість виготовленої продукції або наданої послуги
138. **Одноосібне підприємство (one-man enterprise)** — є власністю однієї людини, яка несе повну відповідальність як за ведення бізнесу, так і за наслідки такої діяльності
139. **Олігополія (oligopoly)** — ринок, значний сегмент якого займає обмежене число виробників
140. **Операційні (поточні) витрати медичних закладів (operating (current) costs of medical institutions)** — на основну діяльність, пов'язану з виробництвом і реалізацією продукції, яка забезпечує основну частку його доходу
141. **Опитування (quiz)** — спосіб отримання інформації через виявлення думок людей
142. **Оплата праці (remuneration for work labor)** — оплата фактично виконаної роботи відповідно до тарифних ставок та посадових окладів; вартість продукції, яка видається працівникам у формі натуральної оплати; преміальні виплати та надбавки за виробничі результати; вартість комунальних послуг, харчування, форменого одягу, житла, безкоштовно надані працівникам підприємств деяких галузей відповідно до чинного законодавства; оплата щорічних чергових відпусток, а також відпусток на навчання; виплата працівникам, звільненим з підприємства у зв'язку зі скороченням штатів або реорганізацією



143. **Орендне підприємство (leased enterprise)** — господарська одиниця, яка самостійно здійснює діяльність на основі строкового платного володіння й користування майном, переданим в оренду орендареві за договором
144. **Основна заробітна плата (basic pay)** — це винагорода за виконану роботу відповідно до встановлених норм праці
145. **Основні засоби (fixed assets)** — матеріальні активи, які підприємство утримує з метою використання їх у процесі виробництва чи поставки товарів, надання послуг, здачі в оренду іншим особам чи для виконання адміністративних і соціально-культурних функцій, очікуваний термін корисного використання (експлуатації) яких більше одного року, або одного оборотного періоду
146. **Основні засоби (основні фонди, основний капітал) (fixed assets (fixed funds, fixed capital))** — вартість в грошовому виразі засобів виробництва, що тривало використовуються (землі, будівель, устаткування, машин, приладів)
147. **Охорона здоров'я (health care)** — система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи — підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни
148. **Оцінка майна, майнових прав (assessment of property, property rights)** — це процес визначення їх вартості на дату оцінки за процедурою, встановленою нормативно-правовими актами
149. **Пасиви організації (liabilities of the organization)** — сукупність боргів і грошових зобов'язань
150. **Персонал (staff)** — це сукупність постійних працівників, що отримали необхідну професійну підготовку і мають досвід практичної діяльності



151. **Підприємництво (entrepreneurship)** — процес пошуку нових можливостей для бізнесу, використання нових технологій і сфер вкладення капіталу, подолання старих стереотипів та обмежень
152. **Підприємницька ідея (business idea)** — виявлений підприємцем інтерес, який має конкретні економічні параметри та форму
153. **Підприємство (enterprise)** — організація, що самостійно господарює, створена і зареєстрована у встановленому законом порядку для здійснення господарської діяльності з метою задоволення суспільних потреб у товарі (продукції, роботах, послугах) і одержання прибутку; діє на підставі статуту, має відповідні права й виконує обов'язки, є юридичною особою, має самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки в банках
154. **Підприємство охорони здоров'я (healthcare enterprise)** — юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії і професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників
155. **Підтримуючий маркетинг (supportive marketing)** — збереження необхідного обсягу продаж, стимулювання збутової діяльності, а також контролю за витратами
156. **План роботи медичного закладу (підприємства) (work plan of a medical facility (enterprise))** — це завчасно розроблена та обрхована необхідними ресурсами програма його діяльності за видами і обсягами надання медичних послуг, виконання робіт за договорами та реалізації іншої продукції, а також методи, послідовність і строки їх виконання
157. **Планування (planning)** — перша, визначальна функція управління на всіх рівнях економіки від державного, регіонального до рівня підприємства та його підрозділів, від якої залежить організація роботи об'єктів планування та у кінцевому рахунку, досягнення поставлених цілей
158. **Платоспроможність (financial responsibility)** — це спроможність своєчасно цілком виконати свої платіжні зобов'язання, що впливають з торгових, кредитних і інших операцій платіжного характеру



159. **Повільнореалізовані активи (non-current assets)** — найменш ліквідні активи — це запаси, дебіторська заборгованість (платежі за якими очікуються більш ніж через 12 місяців після звітної дати), податок на додану вартість за придбаними цінностями
160. **Повне товариство (general partnership)** — це господарське товариство, всі учасники якого займаються спільною підприємницькою діяльністю та несуть повну солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства всім своїм майном
161. **Подієвий маркетинг (event marketing)** — використання систем відчуття людини (слух, дотик, нюх, зір, смак, емоції) просування товару/ послуги
162. **Позикові кошти (debt funds)** — це, в основному, кредити різних фінансово-кредитних установ, отримані на оплатній основі (%) на умовах повернення і строковості
163. **Показник медичної ефективності (medical efficiency indicator)** — це показник результативності, оскільки він відображає ступінь досягнення бажаного або запланованого результату
164. **Показники фінансового стану підприємства (indicators of the financial condition of enterprise)** — система показників, що використовується для аналізу фінансового стану підприємства
165. **Попередній фінансовий аналіз (preliminary financial analysis)** пов'язаний з вивченням умов фінансової діяльності в цілому або здійснення окремих фінансових операцій підприємства
166. **Попит (demand)** — кількість товарів/послуг, яку покупець (споживач, пацієнт) може і хоче придбати в даний період часу при даному рівні цін
167. **Порівняльний (просторовий) аналіз (comparative (spatial) analysis)** — охоплює як внутрігосподарський аналіз зведених показників звітності за окремими показниками підприємства, так і міжгосподарський аналіз показників даного підприємства з показниками конкурентів, із середньогалузевими та середніми господарськими даними
168. **Посадовий оклад (salary)** — розмір місячної заробітної плати працівників за погодинної оплати праці, який розраховується шляхом множення ставки першого розряду на відповідний тарифний коефіцієнт



169. **Поточна дебіторська заборгованість (current accounts receivable)** — це сума дебіторської заборгованості, яка виникає в ході нормального операційного циклу або буде погашена протягом дванадцяти місяців від дати балансу
170. **Поточний (оперативний) фінансовий аналіз (current (operational) financial analysis)** проводиться в процесі поточної фінансової діяльності з метою оперативного впливу на результати фінансової діяльності
171. **Потреби (needs)** — це нужди чи нестаток чогось, що є необхідним для підтримки життєдіяльності і розвитку організму, людської особистості, групи людей, суспільства в цілому
172. **Прибуток (margin)** — це грошовий вираз фінансових ресурсів, що створюються підприємствами будь-якої форми власності та належить їм після розподілу доходів від господарської діяльності; різниця між доходом і витратами на здійснення діяльності — загальна (валова) і залишкова (після вирахування податків і відрахувань)
173. **Приватне підприємство (private enterprise)** — базується на власності фізичної особи, що дозволяє уникнути розмежування прав власності й управління; це форма підприємницької діяльності, суб'єктом якої є одна фізична особа, що несе повну відповідальність перед кредиторами і самостійно керує всіма стадіями виробничої та комерційної діяльності
174. **Прогнозний (ретроспективний) фінансовий аналіз (predictive (retrospective) financial analysis)** здійснюється підприємством за певний перспективний або звітний період (місяць, квартал, рік)
175. **Прогнозування в охороні здоров'я (forecasting in health care)** — розробка, складання науково обґрунтованих суджень про можливий стан громадського здоров'я в країні, регіоні у майбутньому, необхідних заходів щодо його покращення та альтернативних шляхів і термінів їх здійснення
176. **Пропозиція (supply)** — кількість товарів/послуг, яку виробник (продавець, постачальник) може та хоче продати (запропонувати на ринку) в даний період часу при даному рівні цін



177. **Протидіючий маркетинг (counteractive marketing)** — має ліквідувати чи знизити попит на товари чи послуги, які шкодять суспільному добробуту (алкогольні напої, тютюнові вироби)
178. **Процес відбору ідей (process of selecting ideas)** — процес «відсіювання» зайвих ідей за різними критеріями залежно від конкретної ситуації
179. **Процес накопичення ідей (process of accumulating ideas)** — процес пошуку і формування певної сукупності ідей як результату аналізу підприємницького середовища
180. **Процес оцінки ідей (process of evaluating ideas)** — процес порівняльного аналізу на основі певних параметрів кількох ідей перед остаточним прийняттям рішення щодо вирішення конкретної проблеми
181. **Реальна заробітна плата (real wage)** — кількість товарів і послуг, які можна придбати на номінальний заробіток
182. **Результативність (effectiveness)** — ступінь, з якою заплановані завдання виконані та заплановані результати досягнуті
183. **Реклама (advertising)** — інформація, яка доставляється безпосередньо до споживачів про товар (послугу), їх виробника (надавача)
184. **Ремаркетинг (remarketing)** — пошук нових шляхів маркетингу для створення нового життєвого циклу товару чи послуги, на які скоротився попит
185. **Рентабельність (норма прибутку) (profitability (rate of profit))** — відношення величини прибутку до вартості засобів, використаних і затрачених організацією для отримання прибутку
186. **Рентабельність активів (return on assets)** — демонструє відсоток того, наскільки вигідні активи компанії в отриманні доходу. ROA є коефіцієнтом рентабельності активів, що показує відсоткове співвідношення чистого прибутку підприємства до його загальних активів
187. **Рентабельність інвестицій R_i (return on investment)** — це співвідношення чистого прибутку і витрат
188. **Рентабельність поточних активів (R_{pa}) (return on current assets)** демонструє скільки прибутку одержує підприємство з однієї гривні, вкладеної в поточні активи



189. **Ресурси (resources)** — це наявні в розпорядженні людей матеріальні та нематеріальні можливості для задоволення потреб
190. **Ринковий метод регулювання цін на ринку медичних послуг (market method of price regulation in the market of medical services)** — саморегулювання під впливом кон'юнктури ринку (співвідношення попиту та пропозиції), цін конкурентів, можливості проникнення на ринок імпортних товарів і послуг, лікарських засобів і витратних матеріалів, отримання допомоги за кордоном
191. **Ринковий механізм (market mechanism)** — механізм взаємозв'язку і взаємодії основних елементів ринку: попиту, пропозиції, ціни, конкуренції та основних економічних законів ринку
192. **Ринок (market)** — середовище для економічних відносин, пов'язаних з обміном товарів і послуг, у результаті яких формується попит, пропозиція та ціна
193. **Ринок медичних послуг (market of medical services)** — сукупність медичних технологій, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, які реалізуються в умовах конкурентної економіки
194. **Рівень життя (standard of living)** — це інструмент створення гарних умов життя, він визначається якістю житлових умов, умовами праці, якістю харчування, доступністю до утворення, соціальним забезпеченням та іншими показниками в області споживання
195. **Рівень життя населення (standard of living of population)** — міра задоволення матеріальних, соціальних і культурних потреб залежно від рівня розвитку виробництва та від суспільного устрою
196. **Світова економіка (world economy)** — поєднує економіку всіх країн світового співтовариства, включаючи економічні відносини між ними, світовий ринок
197. **SWOT-аналіз (SWOT-analysis)** — передбачає виокремлення ключових аспектів функціонування підприємств охорони здоров'я
198. **Собівартість вироблених послуг (cost of produced services)** — сума витрат на надання певного об'єму послуг даного виду
199. **Собівартість продукції (production cost)** — вартісна форма поточних витрат підприємства на підготовку виробництва, виготовлення та збут продукції



200. **Соціальна ефективність (social efficiency)** — це показник, що відображає ступінь досягнення соціального результату в діяльності окремого медичного закладу або системи охорони здоров'я в цілому, тобто задоволення потреб населення в охороні здоров'я та якості медичних послуг
201. **Спосіб життя (lifestyle)** — це історично обумовлений тип або спосіб життєдіяльності людини в матеріальному та духовному середовищах життя населення
202. **Спостереження (observation)** — спосіб отримання інформації через сприйняття органами відчуття обставин без будь-якого впливу на об'єкт спостереження
203. **STEP-аналіз (STEP-analysis)** — інструмент виявлення політичних, економічних, соціальних і технологічних аспектів зовнішнього середовища, які впливають на функціонування суб'єкта господарювання
204. **Стимулювання збуту (sales promotion)** — спонукання споживачів придбати конкретний товар/послугу
205. **Стимулюючий маркетинг (stimulating marketing)** — подолання байдужості споживачів до певних товарів і послуг
206. **Стохастичний зв'язок (stochastic communication)** — це такий зв'язок, за якого кожному значенню факторної ознаки відповідає безліч значень результативної ознаки
207. **Стохастичний факторний аналіз (stochastic factor analysis)** ґрунтується на методиці дослідження впливу таких чинників, взаємозв'язок яких з узагальнюючим економічним показником є ймовірнісним, інакше кажучи, кореляційним
208. **Строк корисного використання (експлуатації) (useful life (exploitation))** — очікуваний період часу, протягом якого основні засоби будуть використовуватися підприємством, організацією або з їх використанням буде виготовлено (виконано) очікуваний підприємством, організацією обсяг продукції (робіт, послуг)
209. **Сумарний дохід організації (total income of the organization)** — сума всіх вилучених коштів зі всіх джерел надходжень



210. **Тарифи на медичні послуги з обов'язкового медичного страхування (tariffs for medical services from compulsory health insurance)** — включають вартісну оцінку ресурсів, виділених медичними закладами на реалізацію територіальної програми обов'язкового медичного страхування і склад цих витрат
211. **Тарифна сітка (tariff scale)** — сукупність тарифних розрядів і відповідних їм тарифних коефіцієнтів
212. **Тарифна шкала (tariff scale)** — шкала, яка визначає відношення тарифних ставок до їх еквіваленту першого розряду
213. **Тарифні коефіцієнти (tariff coefficients)** — показують, на скільки тарифна ставка першого розряду, прийнята за одиницю, нижче аніж наступні розряди
214. **Тарифні розряди (wage category)** — показник складності роботи та міри кваліфікації працівника
215. **Тарифні ставки (base wage rate)** — розмір оплати праці в грошовій формі за відповідну одиницю часу (година, день, місяць)
216. **Товариство з додатковою відповідальністю (ТДВ) (company with additional responsibility)** — є подібним до ТОВ, але його власники відповідають за зобов'язаннями ТДВ не лише своїми внесками, а й власним майном, пропорційно до власної частки у статутному фонді
217. **Товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ) (limited liability company)** — має статутний фонд, розділений на частки, які визначають розподіл вигод і зобов'язань ТОВ
218. **Трендовий аналіз (trend analysis)** — порівняння кожної позиції звітності з рядом попередніх періодів і визначення тренду, тобто основної тенденції динаміки показників
219. **Трудовий потенціал (labor potential)** — це сукупна суспільна здібність до праці, потенційна дієздатність суспільства, його ресурси праці
220. **Трудові ресурси (labor force)** — це частина працездатного населення, що за своїми віковими, фізичними, освітніми даними відповідає тій чи іншій сфері діяльності. Слід відрізнити трудові ресурси реальні (ті люди, які вже працюють) та потенційні (ті, що мають бути залучені до певної праці у перспективному періоді)
221. **Умовно-змінні витрати (variable cost)** — це витрати організації, що залежать від числа хворих і обсягу наданої їм допомоги



222. **Умовно-постійні витрати (fixed cost)** — вид витрат, що безпосередньо не пов'язані з наданням медичної допомоги. Це комунальні витрати (опалення, освітлення, каналізація тощо), адміністративні витрати, ремонт будівель і споруд
223. **Фактори виробництва (factors of production)** — це вид економічних ресурсів, що використовуються для виробництва продуктів і послуг
224. **Факторний аналіз (factor analysis)** — аналіз впливу окремих факторів на узагальнюючий (результативний) показник із допомогою детермінованого або стохастичного методів дослідження
225. **Фізичний знос (physical amortization)** — це поступова втрата основними засобами споживчої вартості в процесі їх експлуатації (використання в діяльності організації), тобто суто матеріальний знос їх окремих елементів
226. **Філія (filial branch)** — відокремлений підрозділ підприємства, що знаходиться поза межами його знаходження та виробляє продукцію (надає послуги) від імені підприємства та захищає його інтереси
227. **Фінанси (finance)** — сукупність грошових коштів, які обслуговують економічні відносини між державою і підприємствами (установами), державою і населенням, між самими підприємствами, між підприємствами і їх працівниками, між банками та іншими суб'єктами, включаючи громадські організації (профспілки, благодійні фонди та ін.); це система економічних відносин між державою, юридичними та фізичними особами, а також між окремими державами і міжнародними економічними інститутами й організаціями щодо акумуляції та використання грошових засобів на основі розподілу й перерозподілу ВВП і національного доходу
228. **Фінансова стійкість підприємства (financial stability of the enterprise)** — це такий стан його фінансових ресурсів, їхній розподіл і використання, який забезпечує розвиток підприємства на основі зростання прибутку і капіталу при зберіганні платоспроможності і кредитоспроможності в умовах припустимого рівня ризику
229. **Фінансовий аналіз (financial analysis)** — це метод оцінки і прогнозування фінансового стану підприємства на основі його бухгалтерської звітності



230. **Фінансовий план (financial plan)** — визначає привабливість реалізації даного проєкту порівняно з іншими способами вкладення тимчасово вільних активів
231. **Фінансовий стан (financial position)** — це комплексне поняття, що демонструє рівень реальної та потенційно можливої фінансової спроможності підприємства здійснювати свою операційну, фінансову та інвестиційну діяльність, що характеризується низкою показників та коефіцієнтів
232. **Фінансові витрати медичних закладів (financial costs of medical institutions)** — сплата відсотків за отримані кредити, позики; на сплату коштів фінансовим посередникам за розміщення на первинному ринку цінних паперів (акцій, облігацій), витрати на емісію
233. **Фінансові ресурси (financial resources)** — це грошові кошти у формі грошових фондів (статутний фонд, фонд оплати праці, резервний фонд) та у нефондовій формі (використання грошових коштів для виконання фінансових зобов'язань перед бюджетом і позабюджетними фондами, банками, страховими компаніями). Фінансові ресурси доступні у формі готівки, цінних паперів, кредитів та ін., що перебувають у розпорядженні організації; акумульовані підприємством грошові кошти з різних джерел, що надходять у господарський обіг та використовуються для покриття його потреб. Фінансові ресурси є матеріальним втіленням фінансових відносин (фінансів) на рівні господарських суб'єктів
234. **Фінансові ресурси медичних закладів (financial resources of medical institutions)** — це грошові кошти у фондовій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів медичних закладів для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню.
235. **Фокус-група (focus group)** — своєрідне інтерв'ю, групова дискусія на певну тему, за задалегідь розробленим планом
236. **Фонд оплати праці (remuneration fund)** — представляє собою всю суму грошових коштів, які підприємство планує витратити на оплату праці персоналу протягом року і включає суми на основну та додаткову оплату праці та інші компенсаційні та заохочувальні виплати
237. **Фондовіддача (return on assets ratio)** — показник, що відображає випуск продукції на 1 грн. основних фондів підприємства, організації



238. **Фондовіддача на одного робітника (fund return per worker)** — показник, що характеризує випуск продукції на 1 грн. основних фондів з урахуванням кількості робітників
239. **Фондомісткість (fund capacity)** — показник потреби основних фондів (засобів) для забезпечення виконання одиниці обсягу роботи
240. **Фондоозброєність праці (labor empowerment)** — показує вартість основних засобів у відношенні до середньооблікової чисельності виробничого персоналу
241. **Фондорентабельність (fund profitability)** — характеризує ефективність використання основних засобів і визначається відношенням прибутку до вартості основних засобів
242. **Функціональний зв'язок (functional communication)** — це такий зв'язок, за якого кожному значенню фактора (факторної ознаки) відповідає цілком визначене не випадкове значення узагальнюючого показника (результативної ознаки)
243. **Функціонально-вартісний аналіз (functional-cost analysis)** — метод дослідження об'єкта (товару, процесу, структури) відповідно до його функцій і вартості; для визначення ефективності використання ресурсів
244. **Ціна (price)** — грошовий вираз вартості товару (послуги); певна грошова сума, яку ми платимо за одиницю товару (послуги)
245. **Ціна виробника (manufacturer's price)** — коли ціна розраховується виробником медичних товарів (послуг), а потім коригується залежно від ситуації на ринку
246. **Ціна медичної послуги (price of a medical service)** — грошова форма обліку і відшкодування трудових, матеріальних, фінансових й інших ресурсів, витрачених на надання одиниці медичної послуги, забезпечення сплати податків та отримання прибутку медичним закладом, а також можливість потенційних пацієнтів отримати та оплатити ці послуги
247. **Ціна попиту (demand price)** — максимальна ціна, яку згоден платити покупець за якої обсяг попиту на товар (послугу) задовольняє виробника



- 248. **Ціна пропозиції (supply price)** — мінімальна ціна, за якої виробник згоден реалізувати товар (послугу) на ринку (як правило, така ціна дозволяє зберегти бізнес і визначається собівартістю)
- 249. **Цінова стратегія (pricing strategy)** — політика цін на довгострокову перспективу, яка є інструментом реалізації стратегічних цілей підприємства
- 250. **Ціноутворення (pricing)** — процес обґрунтування, затвердження і перегляду цін і тарифів, визначення їх рівня, співвідношення та структури
- 251. **Швидкоореалізовані активи (A2) (quick asset)** — активи, для обертання яких наявні кошти потрібен певний час
- 252. **Штатний розпис (staff list)** — документ, яким визначається структура кадрового потенціалу медичного підприємства



СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: Вид-во ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
2. Бойчик І.М. Економіка підприємства: підручник. Київ: Кондор, 2016. 378 с.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: [http:// www.who.int/](http://www.who.int/)
4. Гапонова Е.О. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг: дис. к. екон. н.: 08.00.02. Харків, 2019. 249 с.
5. Громадське здоров'я: Навчальний посібник. Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Гречишкіна Н.В. [та ін.]. Вінниця: Нова Книга, 2021. 296 с.
6. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева [та ін.]. Вид. 3. Вінниця: Нова Книга, 2013. 443 с.
7. Державна служба статистики України. URL: [http:// www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)
8. Долот В.Д. Механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України: дис. д. держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2018. 386 с.
9. Дослідження ринку медичних послуг: метод. розроб. для викладачів до проведення практичного заняття студентів спеціальностей: 222 «Медицина», 228 «Педіатрія», 221 «Стоматологія» з навчальної дисципліни «Економіка охорони здоров'я» / Укл. В.А. Огнєв, О.А. Мельниченко, І.А. Чухно. Харків: Вид-во ХНМУ, 2020. 23 с.
10. Економіка охорони здоров'я: метод. розроб. для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Бізнес-планування» для підготовки студентів за спеціальностями: 7.12010001 «Лікарська справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003 «Медично-профілактична справа» / Укл. В.А. Огнєв, О.А. Мельниченко, І.А. Чухно, А.А. Громов, О.А. Веретельник. Харків: Вид-во ХНМУ, 2017. 20 с.
11. Економіка охорони здоров'я: метод. розроб. для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Економіка охорони здоров'я як наука та предмет викладання» для підготовки студентів 6-х курсів за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» / укл. В.А. Огнєв, І.А. Чухно. Харків: ХНМУ, 2016. 28 с.
12. Економіка охорони здоров'я: метод. розроб. для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Здоров'я як економічна і соціальна категорія» для підготовки студентів за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» / укл. В.А. Огнєв, В.І. Кравченко, І.А. Чухно. Харків: ХНМУ, 2016. 16 с.



13. Економіка підприємства: підручник/[кол. авт.]; за заг. ред. Й.М. Петровича. 2-е вид., випр. Львів: Магнолія плюс, 2006. 580 с.
14. Економіка підприємства: підручник/[кол. авт.]; за заг. ред. С.Ф. Покропивного. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ: Вид-во КНЕУ, 2005. 528 с.
15. Економічний аналіз використання ресурсів в системі охорони здоров'я / В.Д.Парій, Ю.М.Сафонов, Н.М. Захарова та ін. / За загальною редакцією професора В.Д. Парія / Навч. посібн. Житомир: «Полісся», 2015. 148 с.
16. Енциклопедія Сучасної України: електронна версія [веб-сайт]/гол. Редкол.: І.М. Дзюба, А.І. Жуковський, М.Г. Железняк та ін.; НАН України, НТШ. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2009. URL: http://esu.com.ua/search_articles.php?id=18802
17. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: <http://www.euro.who.int/ru/home>
18. Загорський В.С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія / В.С. Загорський, З.М. Лободіна, Г.С. Лопушняк. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.
19. Кемпбелл Р. Макконнел, Стенлі Л. Брю. Економікс: принципи та політика / 11е вид. Київ: Демос, 1998. 785 с.
20. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
21. Князевич В.М. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : посібник. Київ : Знання, 2009. 438 с.
22. Маркетинг медичних послуг: метод. розроб. для викладачів до проведення практичного заняття студентів спеціальностей: 222 «Медицина», 228 «Педіатрія», 221 «Стоматологія» з навчальної дисципліни «Економіка охорони здоров'я» / Укл. В.А. Огнев, О.А. Мельниченко, І.А. Чухно. Харків: Вид-во ХНМУ, 2020. 24 с.
23. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків: Оберіг, 2013. 300 с.
24. Методичні рекомендації та роз'яснення з питань укладення колективних договорів комунальних некомерційних підприємств / Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. URL: http://healthreform.in.ua/wpcontent/uploads/2020/03/B_Coll_Dogovor_UA_v105-1.pdf
25. Міжнародний медичний довідник освіти (IMED). URL : <http://www.faimer.org/resources/mapping.html>
26. Мобільна охорона здоров'я. Нові горизонти охорони здоров'я через технології мобільного зв'язку. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87688/1/9789244564257_rus.pdf?ua=1



27. Моделі систем охорони здоров'я світу. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf
28. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Таран В.В. та ін. Економіка охорони здоров'я: підручник / під ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця: Нова Книга, 2010. 288 с.
29. Надюк З.О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. Запоріжжя, 2008. 296 с.
30. Наукова бібліотека Харківського національного медичного університету. URL: <http://libr.knmu.edu.ua/index.php/biblioteki>
31. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. URL: <http://www.nbuv.gov.ua>
32. Національна медична бібліотека США. URL: <http://www.nlm.nih.gov>
33. Національна наукова медична бібліотека України. URL: <http://www.library.gov.ua>
34. Оболенцева Л.В. Кон'юнктурні дослідження галузевого ринку : підручник. Харків : ХНАМГ, 2010. 249 с.
35. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
36. Реформа системи охорони здоров'я США. URL : <http://www.healthcare.gov/>
37. Розміщення продуктивних сил і регіональна економіка: підручник / [кол. авт.]; за заг. ред. С.І. Дорогунцова; 2-е вид., без змін. Київ: Вид-во КНЕУ, 2007. 992 с.
38. Семигіна Т.В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального : книга. Київ : Києво-Могилянська академія, 2013. 400 с.
39. Столяров Г.С. Соціальна статистика : навч.-метод. посіб. для самостійного вивчення дисципліни. Київ : КНЕУ, 2003. 195 с.
40. Столярчук Я.М. Глобальні асиметрії економічного розвитку : книга. Київ : КНЕУ, 2009. 302 с.
41. Ткаченко Л.В. Маркетинг послуг: підручник. Дніпро : Видавництво ДУЕП, 2002. 192 с.
42. Тлумачний словник економіста : словник. Київ : ЦУЛ, 2009. 264 с.
43. Харківська державна наукова бібліотека ім. В.Г. Короленка. URL: <http://korolenko.kharkov.com>.
44. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL : <http://www.phc.org.ua>.
45. Ціноутворення медичних послуг. Економіка охорони здоров'я: метод. вказ. для студентів до практичного заняття для підготовки студентів за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіа-



- трія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа», 7.12010005 «Стоматологія» / укл. В.А. Огнєв, І.А. Чухно. Харків: ХНМУ, 2016. 35 с.
46. Applied Health Economics for Public Health Practice and Research / edited by Rhiannon Tudor Edwards and Emma McIntosh. Oxford Medicine Online, 2019. 400 p.
47. David I. Bloom. Global health management. URL: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/rus/2007/12/pdf/bloom>
48. Distributional Cost-Effectiveness Analysis / edited by Richard Cookson, Susan Griffin, Ole F. Norheim, Anthony J. Culyer. Oxford Medicine Online, 2020. 384 p.
49. H. Brown. The Economics of Public Health: Evaluating Public Health Interventions. Palgrave Pivot, 2018. 107 p.
50. Hamilton K., Yau J. The Global Tug-of-War for Health Care Workers. Migration Policy Institute. URL: <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm>
51. Markets vs Public Health Systems. Perspectives from the Austrian School of Economics / By Łukasz Jasiński. Routledge focus, 2021. 128 p.
52. OECD Health Date. URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/46/4/38980557.pdf>.
53. Oxford Textbook of Global Public Health, 6 edition. Edited by Roges Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan. Oxford University Press, 2017. 1728 p.
54. World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: Vol. 1 – The Economics of Health and Health Systems / ed. by Richard M Scheffler, University of California, Berkeley, USA. 2016. 600 p.
55. World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: Vol. 2 – Health Determinants and Outcomes / ed. by Richard M Scheffler, University of California, Berkeley, USA. 2016. 552 p.
56. World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: Vol. 3 – Health System Characteristics and Performance / ed. by Richard M Scheffler, University of California, Berkeley, USA. 2016. 476 p.

Навчальне видання

Огнєв Віктор Андрійович, Гапонова Еліна Олександрівна, Мельниченко Олександр Анатолійович, Чухно Інна Анатоліївна, Мартиненко Наталія Миколаївна, Сокол Костянтин Михайлович, Пересипкіна Тетяна Валентинівна, Піонтковська Оксана Володимирівна, Усенко Світлана Георгіївна, Нестеренко Валентина Геннадіївна, М'якина Олександр Володимирович, Подпрядова Анна Анатоліївна, Помогайбо Катерина Георгіївна, Трегуб Павло Олегович, Белєвцова Яна Сергіївна, Вашев Олег Єгорович, Лісова Ганна Володимирівна, Черненко Інна Іванівна, Алієва Тарана Джафар кизи, Галічева Антоніна Сергіївна, Григоров Микола Миколайович, Журавель Яна Вікторівна, Суворов Валентин Павлович, Черняк Михайло Євгенійович, Вашева Анастасія Олегівна, Іващенко Роман Олегович, Міщенко Марина Михайлівна, Орел Ольга Володимирівна, Яременко Альона Володимирівна

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

За загальною редакцією професора В.А. Огнєва

У чотирьох томах

Том 4

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Відповідальний за випуск В.А. Огнєв

Коректор Н.М. Мартиненко
Комп'ютерний набір Е.О. Гапонова

Формат 148x210 мм. Ум. друк. арк. 29,5. Бумага офсетна.

Друк цифровий. Тираж 100 пр.

Надруковано у друкарні «Impress» (ФОП Болібок А.В.)

Україна, м. Харків, вул. Пушкінська, 56, Зам. 140.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виробників та розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК №3242 від 18.07.2008 р.