

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ, ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА
КАФЕДРА ОБЛІКУ ТА ОПОДАТКУВАННЯ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь «Магістр»

на тему: **«Організація обліку фінансування комунальних некомерційних підприємств за формою медичних гарантій (на прикладі «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру»)»**

**Виконав: студент 2 курсу, групи Оп – 61
Спеціальності 071 «Облік і оподаткування»**

БОБИК О.І.
(Прізвище та ініціали)

Керівник: д.е.н., професор ГНАТИШИН Л. Б.
(Прізвище та ініціали)

Рецензент: _____
(Прізвище та ініціали)

ДУБЛЯНИ 2022

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ, ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА
КАФЕДРА ОБЛІКУ ТА ОПОДАТКУВАННЯ

Освітній ступень «Магістр»
Спеціальність 071 «Облік і оподаткування»
(шифр і назва напрямку підготовки, спеціальності)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Зав. кафедри _____
(підпис)
«17» травня 2022 року

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу студенту

БОБИК ОЛЕНІ ІГОРІВНІ
(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи «Організація обліку фінансування комунальних некомерційних підприємств за формою медичних гарантій (на прикладі «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру»)»
Керівник роботи ГНАТИШИН ЛЮДМИЛА БОГДАНІВНА, д.е.н., професор
(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Затверджена наказом ЛНУП від «22» жовтня 2021 року № 408/ к-с

2. Термін здачі студентом закінченої кваліфікаційної роботи до «12» грудня 2022 року

3. Вихідні дані для дипломної роботи: нормативно-правові та літературні джерела за темою роботи, дані аналітичного та синтетичного обліку, річна фінансова та статистична звітність досліджуваного сільськогосподарського підприємства, Інтернет-джерела, методичні рекомендації

4. Зміст дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити)

ВСТУП

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФІНАНСУВАННЯ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Сутнісна характеристика, функції та принципи фінансування комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я

Національна служба охорони здоров'я України та її вплив на діяльність комунальних некомерційних підприємств

Нормативно-правове забезпечення комунальних некомерційних підприємств за Програмою медичних гарантій
ОРГАНІЗАЦІЯ ОБЛІКУ ФІНАНСУВАННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

Аналіз основних показників діяльності Комунального некомерційного підприємства «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр»

Особливості обліку медичних комунальних некомерційних підприємств

Методика створення Звіту за програмою медичних гарантій

Бухгалтерське відображення екологічної діяльності в системі обліку

ВДОСКОНАЛЕННЯ ОБЛІКУ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Роль бухгалтерського обліку у реформуванні фінансування на прикладі КНП «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр»

Алгоритм змін облікового забезпечення управління фінансуванням сфери охорони здоров'я

Розвиток медичної галузі на засадах обліково-інформаційного забезпечення процесів реформування охорони здоров'я

ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Аналіз стану охорони праці

Планування заходів з покращення охорони праці та їх фінансування

Економічна ефективність заходів з поліпшення охорони праці

Безпека в надзвичайних ситуаціях

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

5. Перелік графічного матеріалу: таблиці, схеми, рисунки

6. Консультанти з розділів дипломної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
З охорони праці та безпеки в надзвичайних ситуаціях		17.05.2022 р.	17.05.2022 р.
З екології		17.05.2022 р.	17.05.2022 р.

7. Дата видачі завдання «17» травня 2022 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи
	Отримання завдання. Вивчення рекомендованої літератури по темі КР. Написання аналітичного огляду. Вивчення об'єкту. Аналіз існуючого стану (складання програми; написання пояснювальної записки; підготовка картографічних матеріалів для дипломної роботи).	17.05.21-30.06.22 р.
	Розробка перспективного рішення та його обґрунтування (написання перспективної частини; виготовлення планової основи для основного варіанту роботи).	01.07.22 – 31.08.22 р.
	Розробка та обґрунтування пропозицій щодо реалізації роботи. Розробка питань з охорони праці та захисту населення. Розробка питань з охорони природи.	01.09.22 – 31.10.22 р.
	Кінцеве оформлення дипломної роботи (здача пояснювальної записки керівнику КР; виправлення його зауважень; здача КР на рецензування; кінцеве оформлення ілюстративних матеріалів, таблиць).	01.11.22 – 25.11.22 р.
	Підготовка до захисту в ЕК. Пробний захист на випускній кафедрі (написання доповіді й погодження її з керівником ДР; виправлення зауважень у графічній частині).	26.11.22 – 15.12.22 р.

Студент _____
(підпис)

БОБИК О.І.
(прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи) _____
(підпис)

ГНАТИШИН Л. Б.
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджено питання організації обліку фінансування комунальних некомерційних підприємств за формою медичних гарантій. Розглянуто характеристику, функції та принципи фінансування комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я. Визначено, що фінансові ресурси комунального підприємства – це сума коштів, резервів і цільового доходу, що у розпорядженні підприємства, та які гарантовані йому у вигляді права управління чи господарського довірчого управління та застосовуються для цілей покриття витрат підприємства. Основними джерелами фінансових ресурсів підприємства є власні кошти (статутні фонди, амортизаційні відрахування, валовий дохід та прибуток) та позикові кошти (бюджетні асигнування, банківські кредити). Макроекономічні та фіскальні наслідки війни свідчать про те, що державні доходи будуть обмеженими, що може вплинути на об'єм державних видатків на охорону здоров'я. Враховуючи, що очікується збільшення потоків міжнародної допомоги для підтримки процесу відновлення сектору охорони здоров'я, розробка та обговорення фактичних механізмів надходження цих коштів мають враховувати необхідність забезпечити те, щоб ці зовнішні надходження доповнювали, а не замінювали державні бюджетні асигнування на охорону здоров'я.

SUMMARY

In the qualification work, the issue of the organization of accounting for the financing of communal non-commercial enterprises in the form of medical guarantees was investigated. The characteristics, functions and principles of financing communal non-commercial health care enterprises are considered. It was determined that the financial resources of the utility company are the sum of funds, reserves and target income at the disposal of the company, which are guaranteed to it in the form of management rights or economic trust management and are used for the purposes of covering the costs of the company. The main sources of the company's financial resources are its own funds (statutory funds, depreciation deductions, gross income and profit) and borrowed funds (budget appropriations, bank loans). The macroeconomic and fiscal consequences of the war suggest that government revenues will be limited, which may affect public health spending. Given that international aid flows are expected to increase to support the recovery process of the health sector, the development and discussion of the actual mechanisms for the receipt of these funds should take into account the need to ensure that these external revenues complement, and not replace, public budget allocations for health care.

УДК 351.77

Кваліфікаційна робота: 113 с. текстової частини, 25 рисунків, 5 таблиць, 42 позиції літературних джерел, 4 формули.

Організація обліку фінансування комунальних некомерційних підприємств за формою медичних гарантій (на прикладі «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру»)

БОБИК О.І. – Кваліфікаційна робота. Кафедра обліку та оподаткування – Дубляни, Львівський НУП, 2022.

Текстова частина охоплює вступ, чотири розділи, висновки і пропозиції, список використаних джерел.

У першому розділі досліджено питання організації обліку фінансування комунальних некомерційних підприємств за формою медичних гарантій. Розглянуто характеристику, функції та принципи фінансування комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я.

У другому розділі здійснено організаційно-економічну характеристику досліджуваного медичного закладу. Розкрито особливості обліку медичних комунальних некомерційних підприємств. Представлено методику створення Звіту за програмою медичних гарантій.

У третьому розділі визначено роль бухгалтерського обліку у реформуванні фінансування на прикладі КНП «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр». Встановлено алгоритм змін облікового забезпечення управління фінансуванням сфери охорони здоров'я. З'ясовано розвиток медичної галузі на засадах обліково-інформаційного забезпечення процесів реформування охорони здоров'я.

У четвертому розділі подано аналіз стану охорони праці.

ЗМІСТ

	ВСТУП.....	6
1.	ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФІНАНСУВАННЯ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ.....	9
1.1.	Сутнісна характеристика, функції та принципи фінансування комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я.....	9
1.2.	Національна служба охорони здоров'я України та її вплив на діяльність комунальних некомерційних підприємств.....	18
1.3.	Нормативно-правове забезпечення комунальних некомерційних підприємств за Програмою медичних гарантій (ПМГ).....	26
2.	ОРГАНІЗАЦІЯ ОБЛІКУ ФІНАНСУВАННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ.....	30
2.1.	Аналіз основних показників діяльності Комунального некомерційного підприємства «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр».....	30
2.2.	Особливості обліку медичних комунальних некомерційних підприємств.....	39
2.3.	Методика створення Звіту за програмою медичних гарантій.....	55
2.4.	Бухгалтерське відображення екологічної діяльності в системі обліку.....	80
3.	ВДОСКОНАЛЕННЯ ОБЛІКУ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ.....	84
3.1.	Роль бухгалтерського обліку у реформуванні фінансування на прикладі КНП «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр».....	84
3.2.	Алгоритм змін облікового забезпечення управління фінансуванням сфери охорони здоров'я.....	91
3.3.	Розвиток медичної галузі на засадах обліково-інформаційного забезпечення процесів реформування охорони здоров'я.....	94
4.	ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ.....	98
4.1.	Аналіз стану охорони праці.....	98
4.2.	Планування заходів з покращення охорони праці та їх фінансування.....	101
4.3.	Економічна ефективність заходів з поліпшення охорони праці.....	103
4.4.	Безпека в надзвичайних ситуаціях.....	104
	ВИСНОВКИ.....	106
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	110

ВСТУП

Важливою складовою для забезпечення населення доступними та високоякісними медичними послугами є належне фінансування закладів охорони здоров'я. Тому для цього необхідно мати доступний обсяг фінансових ресурсів. Державний сектор управління постави перед собою завдання забезпечити ефективність системи охорони. Саме через систему охорони здоров'я держава забезпечує виконання основних прав населення. Якщо не модернізувати принципи, методи фінансування та управління в закладах охорони здоров'я то розвиток системи охорони здоров'я неможливий.

В сьогоднішній системі охорони здоров'я проходить етап реформування. Перебудова являє собою трансформацію механізмів державного управління. До цього часу вже багато чого вдалося змінити та все ж таки це не кінець. В першу чергу було впроваджено автономію шляхом перетворення в комунальні некомерційні підприємства, а також змінено принципи фінансування закладів охорони здоров'я, створили окремий орган для надання та контролю коштів по окремих пакетах.

Метою даної роботи є вивчення організації обліку фінансування комунальних некомерційних підприємств за програмою медичних гарантій.

Виходячи з даної мети можна виділити такі завдання:

- Описати сутнісну характеристику, систематизувати функції та принципи фінансування комунальних некомерційних підприємств;
- Охарактеризувати функції Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та її вплив на діяльність комунальних некомерційних підприємств;
- З'ясувати нормативно-правове забезпечення комунальних некомерційних підприємств за програмою медичних гарантій;
- Охарактеризувати та описати особливості обліку медичних комунальних некомерційних підприємств;
- Визначити методіку формування Звіту за програмою надання медичних послуг;

- Провести аналіз основних показників діяльності Комунального некомерційного підприємства «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр»;

- Описати реформу фінансування в Регіональному центрі медицини дитинства;

- Визначити алгоритм змін облікового забезпечення управління фінансуванням сфери охорони здоров'я;

- Вказати вдосконалення нових механізмів реформування закладів охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є організація обліку фінансування комунальних некомерційних підприємств за програмою медичних гарантій на прикладі КНП «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр»

Предметом дослідження є система обліку за Програмою медичних гарантій та сукупність теоретико-методичних, методологічних положень щодо її функціонування.

Методи дослідження. Підґрунтям для дослідження в даній роботі в якості теоретичних відомостей слугують базові поняття ведення і управління фінансами в закладах охорони здоров'я. Основою для методологічних вказівок у свою чергу являються встановлені стандарти проведення їх розрахунків. При цьому враховуються рекомендації експертів та відповідні висновки наукових робіт вчених, що спеціалізуються у цій сфері. Накопичені проблеми, які пов'язані із удосконаленням управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я зумовили серйозне ставлення науковців та вчених до даної теми. У своїх наукових дослідженнях науковці описують фінансування галузі охорони здоров'я, розвиток первинної, вторинної та спеціалізованої медичної допомоги, якість надання медичних послуг, роль громадськості в управлінні охороною здоров'я.

Джерела дослідження. Матеріали праць українських та зарубіжних науковців, відомості органів державної статистики, законодавчі та нормативні документи з питань реформування охорони здоров'я, аналітичні публікації

наукової та фахової літератури, а також матеріали досліджень основних показників діяльності Комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» стали основною інформативною базою для даної роботи.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФІНАНСУВАННЯ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ – ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутнісна характеристика, функції та принципи фінансування комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я

Підприємство – неприбуткова організація в розумінні ч. 1 ст. 2 Закону України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» № 996 від 16.07.1999 року. Тобто до підприємств належать усі юридичні особи, створені згідно з законодавством України, незалежно від організаційно-правових форм і форм власності.[33]

Власне кажучи з точки зору системи, система медицини та охорони здоров'я – є контрольованою, єдиною, складною, соціально-динамічною системою, що складається з багатьох складових елементів. Вони взаємодіють, так би мовити, між собою і своїм зовнішнім середовищем, об'єднані спільними законами функціонування. З метою здійснення комплексних соціальних і медичних заходів, спрямованих на постійне поліпшення здоров'я кожної людини та всього населення країни являється основним стимулом створення системи та її використання суспільством.[12]

Основою національної політики охорони здоров'я є відповідна законодавча база. Можна сказати, що вона сформульована відповідно до міжнародних норм і стандартів, закріплених у правових документах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Ради Європи (РЄ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародної організації праці (МОП).

До вашої уваги представляю такі основні принципи охорони здоров'я:

- Усі громадяни, незалежно від статусу (бідний чи багатий, хворий чи здоровий, молодий чи особа похилого віку), незалежно від місця проживання мають однаковий доступ до медичного обслуговування;

- За оптимальних витрат повинна бути висока якість медичної допомоги;
- Максимально допустима частка ресурсів держави, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я становлять макроекономічну ефективність.[22]

Критеріальні ознаки управління організацією охороною здоров'я:

- Сума коштів гарантована державою;
- джерела фінансування охорони здоров'я;
- клієнти, які обслуговуються та їхній статус;
- постачальники медичних послуг та їхній статус;
- характер відносин між клієнтом та постачальником медичних послуг;
- управління державою системою охорони здоров'я;
- схема фінансування галузі охорони здоров'я;
- структури, для забезпечення прав пацієнтів;
- структури, для забезпечення прав виробника медичних послуг.

Основні економічні характеристики системи охорони здоров'я:

- відносини власності;
- методи фінансування (доступ до ресурсів);
- методи стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів послуг).[3]

Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.[22]

Оскільки системи охорони здоров'я відрізняються в різних країнах, то економічні моделі розробляються шляхом визначення ролей і функцій країн у цих процесах.

Зрештою можна виділити наступні основні економічні моделі галузі охорони здоров'я:

- 1) платна медична допомога – формується за ринковими принципами з використанням приватного медичного страхування;

2) національна охорона здоров'я – державний бюджет фінансує;

3) принципова система охорони здоров'я соціального страхування багатоканальна система фінансування, яка регулюється ринком.[22]

Незалежно від моделі та організації фінансування, країни з добре розвиненою системою охорони здоров'я мають такі характерні ознаки:

1. Фінансування здійснюється з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески від населення.

2. Витрати на лікування робітників, службовців та членів їх сімей повністю несе підприємство.

3. Застраховані особи можуть вільно обирати лікарів та лікувально-профілактичні заклади, що зумовлює розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та підвищенню уваги до кожного пацієнта.

4. Розвинена система добровільного медичного страхування.

Напрями оздоровчої діяльності:

- забезпечити належне медичне обслуговування та справедливе надання таких послуг;

- захист доходів пацієнтів;

- макроекономічна ефективність;

- мікроекономічні переваги;

- свобода вибору для споживачів медичних послуг;

- автономія прав постачальників медичних послуг.

Для забезпечення необхідною медичною допомогою усіх верств населення, включаючи надскладні випадки було створено принцип солідарної ідеології. Вона дає змогу створити систему яка налагодить фінансування громадян, що потребують медичних послуг за допомогою сумарного бюджету країни. Зрештою це формує порядок стягнення постійних податків та інших методів поповнення державної казни для виділення коштів на потреби пацієнтів.

В зв'язку з медичною реформою заклади охорони здоров'я реорганізували в комунальні некомерційні підприємства. Це дало великі переваги:

- керівнику підприємства отримувати значно більшу свободу в управлінні активами, фінансами, кадрами та визначенні внутрішньої організації інституційної структури;
- може сформулювати будь-які форму винагороди для працівників, дозволена законодавством;
- фінансування підприємства відповідно до його власного фінансового плану операцій таким чином, щоб кошти могли розподілятися ефективно;
- медичні установи мають право об'єднуватися з іншими установами, які також є суб'єктами господарювання, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів;
- медичні установи мають можливість наймати приватних лікарів за контрактом із підприємцями, які є зареєстровані та мають відповідні ліцензії на ведення господарської діяльності з медичної практики. [12]

Трансформація державних установ на некомерційні підприємства є найкращим засобом запобігання можливому надмірному оподаткуванню, не допускати банкрутства та скорочення існуючих мереж комунальними підприємствами, реорганізованими у підприємства. Крім того, це дозволяє зберегти їх від приватизації за умови включення перетворених комунальних підприємств до переліку об'єктів публічної власності громад відповідної території, на які приватизація не поширення.

При бюджетній реорганізації медичних закладів у підприємства соціального призначення можуть бути вжиті заходи щодо оптимізації чисельності та штатного розкладу. Тобто факт трансформації не є підставою для звільнення працівника, тому трудові відносини після реорганізації з працівниками продовжуються. Звільнення при реструктуризації може бути здійснено лише за скорочення чисельності працівників. У процесі

реструктуризації окремі працівники можуть бути переведені на інші посади, а в разі потреби - в інші структуровані підрозділи.[12]

Після перетворення медичного закладу у комунальні некомерційні підприємства оплата праці працівників увійшла до сфери контрактного регулювання. Тому необхідно уточнити форму і систему оплати праці для працівників, які будуть встановлені норми праці та розцінки. Тарифна сітка, схема посадових окладів, а також умови для запровадження та визначення розміру надбавок, доплат до основної зарплати, премій різного характеру, винагороди, інші заохочувальні, компенсаційні і гарантійні виплати мають бути визначені та затверджені у колективному договорі.

У закладі, що реорганізується, основою мотиваційного ефекту винагороди має бути особиста зацікавленість лікаря в результаті його роботи. Так, наприклад, при визначенні посадового окладу чи доплат у вигляді премій та надбавок до посадового окладу слід враховувати кількість пацієнтів, які обирають сімейного лікаря. Основна частка винагороди має бути пов'язана з особистими результатами діяльності, відповідно до особистих знань і результату виконаної роботи кожного працівника, а додаткова частина – залежить від кінцевого результату роботи підприємства.

Методичні рекомендації передбачають врахування індивідуальних здібностей, кваліфікації, досвіду, результат діяльності медичного персоналу. Організаційна винагорода за даних умов повинна забезпечувати:

- широке застосування індивідуальних трудових договорів, у яких працівникам гарантується певна сума, яка виплачується лише за виконання ними своїх договірних зобов'язань;
- індивідуальну, розумну та справедливую систему тарифів і заробітної плати для працівників, яка орієнтована не лише на кваліфікацію та рівень досвіду роботи, а й на ефективність праці, залежну від результатів роботи;
- від ефективності роботи лікарів залежить їхня заробітна плата, а також від ефективності керівників та провідних (головних) фахівців з господарської та комерційної діяльності закладу;

- періодично переглядати оціночні показники за різними характеристиками виконуваної роботи для стимулювання їх праці.

Комунальні підприємства в процесі своєї діяльності вступають у такі грошові відносини:

- відносини підприємства з бюджетною системою та суб'єктом державного фонду податкового та бюджетного фінансування у вигляді відрахувань та соціальних трансфертів капітальних вкладень, поточних видатків, цільових програм;

- взаємовідносини підприємств з страховими організаціями у зв'язку зі страхуванням і отриманням відшкодування при настанні страхових випадків;

- взаємозв'язки підприємства з місцевими органами влади з приводу перерозподілу прибутку всередині галузі, амортизаційних відрахувань, фінансування капітального ремонту;

- відносини, пов'язані з формуванням та розподілом грошових доходів: дохід, чистий дохід, грошовий фонд, прибуток;

- відносини з банківською системою, пов'язані з отриманням і погашенням кредитів та сплатою відсотків за банківськими кредитами;

- відносини з вищими управлінськими структурами у структурі фінансових ресурсів або в рамках внутрішньогалузевого перерозподілу.

Основою організації фінансових відносин суб'єктів господарювання всіх форм власності, у тому числі комунальної, є наявність у власників обсягу фінансових ресурсів необхідних для здійснення господарсько-комерційної діяльності.[12]

Фінансові ресурси комунального підприємства – це сума коштів, резервів і цільового доходу, що у розпорядженні підприємства, та які гарантовані йому у вигляді права управління чи господарського довірчого управління та застосовуються для цілей покриття витрат підприємства.

Основними джерелами фінансових ресурсів підприємства є власні кошти (статутні фонди, амортизаційні відрахування, валовий дохід та прибуток) та позикові кошти (бюджетні асигнування, банківські кредити).

Фінансове становище підприємства комунальної форми власності — це фінансові ресурси, які необхідні підприємству для забезпечення достатнього обсягу господарської діяльності, підтримання нормального ладу, праці та побуту, здійснення фінансових розрахунків з іншими суб'єктами господарювання.

В Україні збереглася система медицини та охорони здоров'я, яка існувала за часів Радянського Союзу, але не до кінця оптимізована за чисельністю населення та потребою у медичних послугах. Санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади забезпечують безпосередню охорону здоров'я населення.

В Україні запроваджено трирівневу систему управління медициною та охорону здоров'я. Основою державної системи медичного страхування є первинна та профілактична допомога, яка в основному надається лікарями загальної практики за місцем проживання. Всесвітня організація охорони здоров'я вважає, що розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини є найбільш ефективним засобом досягнення справедливого розподілу, раціонального використання коштів та підвищення ефективності сектору охорони здоров'я. У більшості розвинених країн світу первинна медико-санітарна допомога понад 90% усієї медичної допомоги, а загальна кількість лікарів первинної ланки становить 30- 50% усіх лікарів, які задіяні у сфері охорони здоров'я.[23]

Нераціональна організація та недостатність коштів первинної допомоги призвели до браку комплексних, послідовних та стандартизованих медичних методів профілактики та лікування, що призводить до тяжких серйозних та хронічних захворювань, що зумовило надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

Спеціалізована (вторинна) лікувальна та профілактична допомога надається лікарями, які мають дану спеціалізацію та є більш кваліфікованими у питаннях консультування, діагностики, профілактики та лікування, ніж лікарі

загальної практики. Спеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу надають міські, центральні, районні відділення спеціалізованих лікарень, деякі обласні лікарні.

Управління закладами вторинної ланки відображено на рис. 1.1.

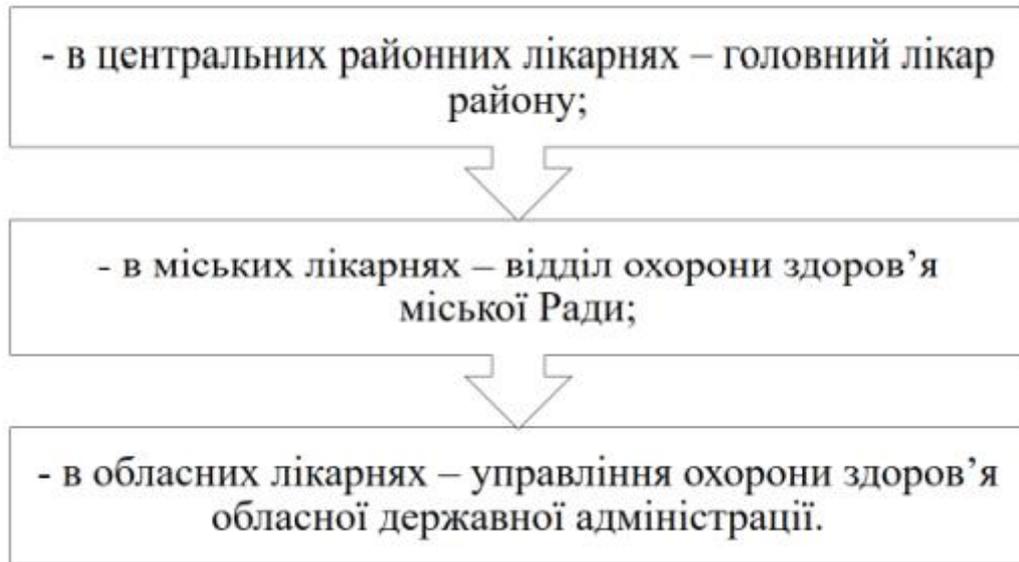


Рис. 1.1. Управління закладами вторинної ланки системи охорони здоров'я

Високоспеціалізована (третинна) медична допомога та профілактична медицина, навіть при захворюваннях, що потребують спеціалізованих методів діагностики та лікування надається лікарем або групою лікарів, які отримали відповідну підготовку в галузі захворювань, що важко піддаються діагностиці та лікуванню з метою виявлення рідкісних захворювань. Високоспеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу надають спеціалізовані республіканські лікарні, республіканські диспансери, спеціалізовані санаторії, клініки науково-дослідних установ, підпорядковані Академії медичних наук (АМН) України та Міністерства охорони здоров'я України, клінічним закладам охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів. [13]

Вищим органом державної системи охорони здоров'я третинної ланки керують: відділ правління охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради – міськими лікарнями; правління охорони здоров'я обласної державної

адміністрації – обласними лікарнями; Міністерство охорони здоров'я – центральними спеціалізованими лікарнями, клініками, медичними університетами, академіями та інститутами удосконалення лікарів.

Система охорони здоров'я та здоров'я в цілому є важливими компонентами відновлення, миру та безпеки в Україні з таких причин:

- Збереження та відбудова. Україна зазнала тривожно великої кількості нападів на систему охорону здоров'я. Фізичне знищення ресурсів охорони здоров'я у поєднанні з психологічним впливом війни на медичних працівників і населення в цілому матиме тривалі наслідки. Збереження та відновлення системи охорони здоров'я має вирішальне значення для того, щоб забезпечити відчуття безпеки та нормальності для всіх.

- Відновлення. Задоволення потреб у галузі охорони здоров'я — це не лише короткострокове гуманітарне зобов'язання, а й невід'ємна частина добробуту людей та інвестиції, необхідні для довгострокового відновлення та розвитку України. Доступність якісних медичних послуг та ліків має важливе значення для рішення людей, які втекли від війни, щодо можливості повернутися до своїх домівок, для примирення на рівні громади та для збереження довіри до органів державної влади. Зміцнення сектору охорони здоров'я для залучення та повернення медичних працівників і населення в цілому є життєво необхідним для відновлення країни.

- Захист. Крім надання клінічних послуг, війна порушила процес надання послуг в галузі громадського здоров'я, таких як епідеміологічний нагляд, а також доступ до безпечної води та їжі, збір сміття та боротьба з гризунами, наприклад. Крім того, війна стала причиною підвищення ризиків зараження, пов'язаних із навмисним або випадковим пошкодженням ядерних і хімічних об'єктів або використанням хімічної, біологічної чи ядерної зброї. Зміцнення системи громадського здоров'я має вирішальне значення для попередження цих ризиків шляхом підготовки до реагування на потенційні надзвичайні ситуації та небезпек всіх типів у галузі охорони здоров'я.

- **Процвітання.** Інвестиції у здоров'я та систему охорони здоров'я є передумовою сталого розвитку та сильної макроекономіки. Сектор охорони здоров'я робить ключовий внесок у стабільність і резильєнтність національних економік у всьому світі, а також є важливим роботодавцем (зокрема це істотне місце працевлаштування для жінок). Крім того, досвід пандемії COVID-19 та інших надзвичайних ситуацій показує, як швидко можуть втрачатися досягнення гендерної рівності серед працівників, в той час як інші форми нерівності можуть посилюватися.

1.2. Національна служба здоров'я України та її вплив на діяльність комунальних некомерційних підприємств

В зв'язку з Реформою медицини з'явився новий орган – Національна служба здоров'я в Україні (далі – НСЗУ) – це основний орган виконавчої влади, який створює та контролює Кабінет міністрів. Нова структура займається замовленням послуг для пацієнтів, управлінням бюджетом і його розподілом між медичними закладами. Проте замовляти послуги НСЗУ буде, орієнтуючись на вибір громадянами одного чи іншого закладу сфери охорони здоров'я, так буде працювати принцип «гроші ходять за пацієнтом».[23]

Національна служба здоров'я реалізує принцип загального охоплення медичних послуг в Україні. Засобом досягнення цієї мети є Програма медичних гарантій. Це є перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, які держава гарантує своїм громадянам та оплачує за фіксованою ставкою з державного бюджету. Це прозорі правила доступу до медичних послуг, відомі пацієнтам, які дають їм фінансову опору під час лікування і тим самим запобігають руйнівним готівковим витратам на охорону здоров'я. В Україні Програма медичних гарантій повністю реалізується з квітня 2020 року.[22]

Гарантовані пакети для України включають такі послуги:

- ❖ Первинна допомога;
- ❖ Екстрена допомога;

- ❖ Спеціалізована та вузькоспеціалізована медична допомога;
- ❖ Медична реабілітація;
- ❖ Паліативна допомога;
- ❖ Медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами;
- ❖ Державна програма реімбурсації.

Програма медичних гарантій включає найбільш важливі медичні послуги:

- Консультація;
- Лабораторно-інструментальні дослідження;
- Госпіталізація;
- Операція;
- Реабілітація.

Програму медичних гарантій була розроблена на основі потреб пацієнтів та ефективності лікування у службах охорони здоров'я та враховує принцип реалізму.

Було призначення визначити такі пріоритетні послуги: правильна діагностика та лікування мозкового інсульту гострого та інфаркту міокарда, належна медицина при пологах та у складних неонатальних випадках, а також обстеження, які потребують серйозних інструментів для ранньої діагностики онкології. Особливий підхід застосовувався до даних найважливіших послуг: зросли вимоги до закладу, відповідним чином підвищені тарифи та оплата за фактично надані послуги.

Більшості видів медичної допомоги НСЗУ оплачує повністю (комплекс послуг), а не за окрему послугу. Для їхньої побудови Національна служба охорони здоров'я запропонувала концепцію пакетів медичних послуг. Кожен пакет точно визначає, що фінансується, вимоги щодо надання послуг та способи оплати. У 2020 році Програма медичних гарантій (ПМГ) налічувала 32 пакети.[23]

У відповідь на ситуацію з пандемією НСЗУ швидко розширила свою Програму медичних гарантій та додала ще чотири пакети. Дані пакети мали

налічувати послуги, для надання допомоги пацієнтам з COVID-19 та у разі підозри на нього.

Не всім пацієнтам із COVID-19 потрібне стаціонарне лікування. Більшість пацієнтів лікуються вдома під наглядом сімейного лікаря. Таким чином пакет зробив більше, ніж просто забезпечив стаціонарну допомогу. У 2020 році також було профінансовано центри невідкладної медичної допомоги та медичні установи. Для зв'язку з людьми, яка мали підозру на COVID-19 та відбору зразків для тестування було сформовано мобільну бригаду, яка виїжджала до людей з підозрою на COVID-19.

НСЗУ доказала свою ефективність навіть в екстремальних ситуаціях пандемії, оскільки Програма медичних гарантій дозволяє оперативно реагувати на ситуації. На підставі створеного пакету установа отримала оплату, а пацієнт отримав необхідну допомогу.

Впровадження успішної нової первинної допомоги у рамках Програми медичних гарантій мало вирішальне значення. Сьогодні в Україні лікарі первинної допомоги відіграють ключову роль у боротьбі з COVID-19 та воротами до системи охорони здоров'я для пацієнтів. Можливість виписувати та реалізовувати електронні рецепти також стала важливою під час пандемії.

Одним із ключових напрямків ПМГ є наближення медицини до пацієнта.

Пацієнти отримали значну фінансову допомогу за рахунок реалізації Програми медичних гарантій. Адже Програма дає чіткий перелік послуг, які пацієнти можуть отримати безкоштовно, та визначає правила їхнього отримання. Це забезпечить кожному можливість до доступної та якісної медичної допомоги без руйнівних економічних витрат. На сьогоднішній день Програма медичних гарантій включає всі види медичної допомоги найважливіші для пацієнтів, що зображено на рис. 1.2.

Орієнтуванню пацієнта сприяє вільний вибір лікаря та можливість його зміни. Отримання медичних послуг не залежить від реєстрації. Сімейні лікарі та спеціалізовані медичні заклади – ваш вибір, незалежно від того, де ви живете. Однак це обмежується випадками, коли лікарня, в якій працює такий фахівець,

має договір з Національною службою здоров'я України. Важливо отримати направлення від сімейного лікаря до вузького фахівця. НСЗУ сплатить послугу обраному пацієнтом установі. Не залежить від форми закладу, може бути і заклад приватної власності.

ЗА 2020 РІК ПАЦІЄНТИ ОТРИМАЛИ БЕЗОПЛАТНІ ПРІОРИТЕТНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ



Рис. 1.2. Надані послуги пацієнтам в 2020 році

Онлайн-сервіси та електронні інструменти є ще однією важливою перевагою для пацієнтів. Завдяки електронним медичним картам історія хвороби кожного пацієнта зберігається в системі і не може бути втрачена, як паперова медична карта. Електронні дані підвищують конфіденційність: доступ до них мають лише чітко визначені лікарі. [18]

Механізм НСЗУ використовується для затвердження практики, яка ставить пацієнтів у центр системи охорони здоров'я.

Родичі або знайомі можуть мати доступ до відділень інтенсивної терапії згідно з наказом МОЗ № 592 2016 року. Проте працівники лікарні не завжди схильні його дотримуватися. Відтепер вимога щодо виконання припису міститься в договорі закладу з НСЗУ, який покладає відповідальність на медичний заклад, а також надає алгоритм дій родичам або знайомим пацієнта у випадку, коли перешкоджають у доступі до відділення інтенсивної терапії.

У всіх пакетах, коли це необхідно, послуги включають знеболення, адже, згідно з гуманістичними принципами, лікування має бути не лише професійним та ефективним, але й максимально без травматичним.

Ліки від серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету 2 типу доступні пацієнтам безкоштовно або за невелику доплату в рамках загальнонаціональної схеми відшкодування. Електронні рецепти на них виписують лікарі, із яким пацієнт уклав декларацію (угоду). Ви також можете отримати рецепт по телефону. Це важливо під час пандемії, оскільки дозволить уникнути людних місць.

Електронний рецепт за допомогою якого можна отримати ліки в якій-небудь аптеці, яка має договір із НСЗУ, незалежно від місця проживання чи реєстрації людини.

Ще одна особливість роботи НСЗУ – постійний зворотній зв'язок з людьми, відповіді на запитання та реагування на скарги. Контакт-центр НСЗУ працює в Україні майже три роки за номером 1677.[23]

Основні вимоги керівників закладів охорони здоров'я та лікарів стосуються фінансування послуг, які вони надають, звітних періодів, за які потрібно здавати звітність, підписання договорів на нові пакети послуг, додаткових послуг та операційних питань.

Пацієнтів цікавлять такі питання, як безоплатність конкретних послуг закладів охорони здоров'я, робота Державної програми реімбурсації, розташування лікарень, які мають договори з НСЗУ. Контакт-центр також інформує небайдужих пацієнтів про алгоритм подання офіційних звернень із проханням про фінансування послуг, вже оплачених НСЗУ.

Якщо пацієнту безпідставно відмовлено в медичних послугах або його вимагають оплатити послуги за схемою НСЗУ за Програмою медичних гарантій, він може подати скаргу-звернення за допомогою електронної форми на сайті НСЗУ або написати листа до НСЗУ. Оператори контакт-центру НСЗУ допоможуть правильно оформити заявку.

Децентралізація та трансформація системи охорони здоров'я дає можливість громадянам створювати якісну медицину в регіоні.

З 1 січня 2021 року через реформу децентралізації змінюється адміністративна система. Метою реформи є створення та розвиток здорового середовища для мешканців. Це було б неможливо без лікувальних інгредієнтів. Упродовж 2020 року експерти НСЗУ у співпраці з представниками місцевої влади повідомляли, що одним із пріоритетів для новоствореної об'єднаної територіальної громади має стати розвиток інфраструктури охорони здоров'я регіону.

Представники міжрегіональних департаментів проводять зустрічі з представниками органів місцевого самоврядування регіону для обговорення можливостей розвитку окремих медичних закладів та формування ефективних мереж. Експерти пропонують різноманітні варіанти, спираючись на досвід успішних закладів та розуміючи механізми трансформації системи охорони здоров'я з урахуванням принципу загального охоплення медичними послугами. Вони виступають посередниками між власниками закладів, керівництвом лікарні та представниками місцевої влади. На основі отриманої інформації приймали власні рішення щодо залучення спеціалістів, модернізації лікарень, підвищення енергоефективності на місцях.

Основна частина фінансування лікарень надається згідно договору з НСЗУ. Плата за послуги за Програмою медичних гарантій є основним джерелом фінансування медичних установ. Частка фінансування з державного бюджету в разі перевищує потреби місцевої влади на лікарні. [23]

Проте за органом місцевого самоврядування як власником закладів залишається обов'язок утримувати заклади, оплачувати комунальні послуги,

підтримувати матеріальну базу. Добре обладнані та сильні лікарні з часом почнуть самі собі заробляти, але перед цим місцева громада має спочатку інвестувати у розвиток закладу. Адже лікарні, які мають спеціалістів та обладнання, зможуть укласти з НСЗУ більшу кількість пакетів послуг і, відповідно, отримати більше фінансування.

Переваги роботи з НСЗУ для місцевої влади:

➤ Стабільне фінансування, а отже – надійне партнерство. Зі свого боку НСЗУ гарантує стабільність виплат. Тобто якщо заклад відповідає вимогам і уклав договір з НСЗУ, то він безперервно отримуватиме кошти.

➤ НСЗУ може швидко збільшити суму контракту та спрямувати більше коштів туди, де більше пацієнтів. У результаті агентство отримало постійне фінансування для забезпечення ліками та оплати додаткових витрат медичного персоналу;

➤ Принципи прозорості фінансування та грошових потоків у системі. Сума, яку оплачує НСЗУ залежить не від індивідуальних угод, а від того, чим займається лікарня. Для НСЗУ не важлива назва чи приналежність лікарні — важлива здатність якісно обслуговувати пацієнтів. Єдині тарифи, єдині правила — орган, який інтенсивно працює, отримує більше грошей. [18]

НСЗУ — це заклад, який за три роки змінював керівника тричі. Усе це відбувалося шляхом прозорого процесу призначення та без порушення закону «Про державну службу». Це досягнення української нації.

НСЗУ діє при трьох різних урядах. Змінилися міністри охорони здоров'я та фінансів, але вектор руху не відійшов далеко від ухваленої п'ять років тому Концепції реформування фінансування системи охорони здоров'я. Концепція була затверджена постановою уряду та передбачала план дій до 2021 року. Тепер можна з упевненістю сказати, що все, що там написано, виконано на 95%.

Це один із унікальних прикладів в історії сучасної України, коли реформована концепція розвитку була реалізована в чітко визначені терміни. Із п'яти років реалізації концепції три роки охоплювали роботу НСЗУ. При

створенні концепцій, стратегічних проєктів враховуються всі можливі зовнішні ризики. 2020 рік – рік, коли всі ці ризики здійснилися. Усі бомби здетонували. Але разом з тим мета була досягнута. Це відбувається тому, що НСЗУ не є театром одного актора. Це історія, створена десятками професіоналів, кожен зі своєю позицією та унікальним досвідом. Але в той же час у кожного єдине бачення майбутнього і результату.

У 2020 році Україна вперше повноцінно запустила Програму медичних гарантій перевівши фінансування медичної галузі на контрактну систему. Вся система працює в електронному вигляді, паперових документів у них немає. НСЗУ укладає договори лише з автономними підприємствами. Це важливо, оскільки, щоб бути модернізованими, медичні заклади повинні стати незалежними комерційними структурами.

Також створено єдину систему кодування, за якою можна розрахувати вартість послуг. Крім того, одна і та ж послуга так само називається і фіксується в електронній системі. Раніше одна й та ж сама послуга визначалася різними термінами і по-різному оцінювалася. Як наслідок, плутаються клінічні протоколи, у статистиці повний безлад та оплата. Правила НСЗУ уніфіковані, прозорі та зрозумілі.

Рішення приймаються за круглими столами. Цей принцип існує не лише у вищому керівництві НСЗУ, а й в різних департаментах. Це найдемократичніший процес. Таку культуру було закладено з самого заснування НСЗУ. Це те, в чому формувалася і гартувалася команда.

У 2020 році реформа система медицини та охорони здоров'я плавно переходить у другий етап. 1 квітня 2020 року стартувала реформа на рівні спеціалістів. Зрештою, вони починаються там, де на них найбільше чекають пацієнти та персонал — на рівні поліклініки і лікарні. Ці зміни відбуваються на тлі дуже складних умов для системи охорони здоров'я. Почалася пандемія COVID-19, до якої не була готова жодна система охорони здоров'я у світі, лікарі були змушені працювати в складних умовах, повних невизначеності та великого навантаження. Механізми протидії пандемії в усьому світі стрімко

розвивалися, готових рішень ніхто не мав, а НСЗУ продемонструвала свою ефективність у надзвичайних ситуаціях, внівши відповідні зміни до Програми медичних гарантій та впровадивши їх на практиці.

Також слід зазначити, що керівництво МОЗ у 2020 році постійно змінюється через процеси, що є наслідком українського постійного циклу. Одним із викликів того року стало налагодження інституційної співпраці. Щодо НСЗУ, то вона чітко і ґрунтовно надавала всю необхідну інформацію про механізми трансформації, свою місію та бачення. Крім того, запорукою збереження інституційної пам'яті є абсолютна прозорість діяльності НСЗУ з повним доступом до всіх даних щодо фінансування системи охорони здоров'я протягом усього періоду трансформації, незалежно від того, коли вона почне виконувати свої обов'язки у сфері охорони здоров'я – управління системою охорони здоров'я.

Бюджет Національної служби здоров'я на 2022 рік склав 157 млрд гривень. Сплачує за рахунками Державної казначейської служби. В Міністерстві охорони здоров'я запевняють: це найменш корупційна модель, адже всі розрахунки перевіряє Національне агентство з питань запобігання корупції та ревізійна служба. Також ця служба здійснює контроль за використанням перерахованих коштів.

1.3. Нормативно-правове забезпечення комунальних некомерційних підприємств за Програмою медичних гарантій (ПМГ)

Програма медичних гарантій в першу чергу регулюється Законом України від 19.10.2017 року №2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Він базується на Конституції України і складається з Базисного законодавства України про охорону здоров'я. Цей закон регламентує державні фінансові гарантії надання медичних послуг, з чого вони складаються, їх принципи, права та обов'язки пацієнтів, контроль та відповідальність, а також прикінцеві та перехідні положення. З цього приводу на рис. 1.3

зобразимо структуру державного управління та сфера управлінського впливу в системі охорони здоров'я України.[12]

		Суб'єкти управління	Об'єкти управління
Рівень державного управління	Національний рівень	Міністерство охорони здоров'я України Національна служба здоров'я України	Фінансові ресурси та фінансові відносини закладів ОЗ державної і приватної власності
	Регіональний рівень	Департаменти охорони здоров'я Обласних державних адміністрацій	Фінансові ресурси та фінансові відносини закладів ОЗ III рівня надання медичної допомоги та заклади ОЗ у суспільній власності територіальних громад (обласні лікарні, діагностичні центри, тощо)
	Локальний рівень	Департаменти/ управління/відділи охорони здоров'я при міських радах та об'єднаних територіальних громадах	Фінансові ресурси та фінансові відносини закладів ОЗ I та II рівнів надання медичної допомоги та заклади ОЗ які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності

Рис. 1.3. Суб'єкти державного управління та сфера управлінського впливу в системі охорони здоров'я України

Нормативно-правове забезпечення КНП:

1) Конституція України – гарантує право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;

2) Основи законодавства України про охорону здоров'я – визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості; [12]

3) Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. – визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування та лікарських засобів належної якості, повне або часткове відшкодування суб'єктам господарювання лікарських засобів та медичних виробів за рахунок коштів Державного бюджету України за формою медичних гарантій;[13]

4) Постанова КМУ «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» № 1138 від 17.09.1996 р. – це постанова про перелік платних послуг, які надаються в закладах охорони здоров'я незалежно від форм власності;

5) Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» від 05.02.2020 р. № 65 – затверджує порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році; [13]

6) Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411 – затверджує порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я та порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я;[18]

7) Наказ МОЗ України «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення» № 511 від 21.07.2014 р. – затверджує форми первинної облікової інформації та інструкцію щодо її заповнення;

8) Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я від № 2002-VIII 06.04.2017р. – затверджує зміни до законодавчих актів з питань діяльності закладів охорони здоров'я, зміни назви, формулювання термінів;

9) Постанова КМУ «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» № 410 від

25.04.2018р. – затверджує правильне оформлення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, правильне оформлення змін у договорі; [23]

10) Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» №1013-р від 30.11.2016р. – переглядає проблеми, які потребують розв'язання, передбачає створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ОБЛІКУ ФІНАНСУВАННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

2.1. Аналіз основних показників діяльності Комунального некомерційного підприємства «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр»

КНП ЛОР «ЗУСДМЦ» - це комунальне унітарне некомерційне підприємство, яке надає послуги первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації високоспеціалізованої медичної допомоги дитячому населенню м. Львова, Львівської області, інших областей України та іноземних держав.

Місцезнаходження Центру: Україна, 79035, м. Львів, вул. Дністерська, 27.

Функціонування підприємства було започатковане у 1990 році рішенням першого демократичного скликання Львівської обласної ради. До 2009 року досліджуваний медичний заклад мав іншу назву, а конкретно «Львівська обласна дитяча спеціалізована клінічна лікарня». На початкових етапах функціонування та провадження медичної роботи лікарні, головним напрямком діяльності досліджуваного лікувального закладу було надання спеціалізованої медичної допомоги дітям, які постраждали через екологічні небезпеки та внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Відтак, серед львів'ян та мешканців області звичною була інша назва медичного закладу – «Чорнобильська лікарня». Пріоритетними напрямками діяльності «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру» є клінічна імунологія, дитяча онкологія та онкогематологія, токсикологія, неінвазивна кардіологія, ендокринологія, ревматологія, пульмонологія, пластична та лазерна хірургія, гостра та хронічна хвороба нирок, важкі захворювання центральної нервової системи тощо. Також у «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» доволі часто звертаються для лікування важких хронічних

хворіб, а також рідкісних генетичних недуг, що зустрічаються у дітей – муковісцидозу, синдрому мальабсорбції та ін.

Центр є спільною власністю територіальних громад Львівської області в особі Львівської обласної ради. Засновником Центру є Управління майном спільної власності Львівської обласної ради, яке діє від імені Львівської обласної ради на підставі та в межах, визначених законодавством України та делегованих Львівською обласною радою повноважень. Галузеве управління Центром здійснюється департаментом охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації з урахуванням чинного законодавства України та відповідних рішень Львівської обласної ради.

Перший великий гуманітарний вантаж Львівська обласна дитяча спеціалізована клінічна лікарня у 1991 році отримала із США. Цю акцію ініціював Фонд допомоги дітям Чорнобиля. У межах візиту американського Президента Білла Клінтона в Україну, у 1997 році «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» відвідала майбутній Держсекретар США Гілларі Клінтон. Увага міжнародної спільноти була передумовою скликання у 2000 році загальних зборів трудового колективу тоді ще Львівської обласної дитячої спеціалізованої клінічної лікарні та формування реєстру дітей, вилікуваних від онко-гематологічних захворювань. У 2006 у межах проекту «Доктор Клоун» «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» розпочав надавати психологічні послуги у власних приміщеннях. У 2007 році було оновлено неврологічне відділення, а операційний блок у 2008 році. Дещо пізніше у 2012 році лікарня відкрила відділення хронічного гемодіалізу для дітей.

Активна робота керівництва та колективу медичного закладу, створення належного матеріального потенціалу лікарні дозволили впроваджувати передові медичні технології, багато з яких були першопрохідними в Україні. Зроблене стало можливим завдяки, зокрема, налагодженій співпраці та підтримці багатьох українських, американських і європейських громадських та інших неурядових організацій, таких як благодійні фонди «Світ дитини»,

«Порятунок дитини з лейкемією», Клуб Левів міста Львова» (Україна), «Крила надії»; «Союз українок, «Advanced Medical Care for Ukraine» (США); «Фонд допомоги дітям Чорнобиля», «Фонд Святого Христофора для дітей» (Нідерланди), Humanitaire Hulp Kinderen Oekraïne, «Лінія життя» (Великобританія), «Child Health International», «Association Vendée-Ukraine» (Франція) та ін.

З моменту створення і надалі трудові колективи формуються на засадах конкуренції. Першочерговим завданням проведення конкурсів на заміщення вакантних посад завжди було зібрати команду, здатну працювати на найкращому світовому рівні. Понад 70 лікарів і десятки медсестер пройшли стажування у провідних клініках Західної Європи та Північної Америки. Для навчання та консультації в центр часто приїжджають фахівці з клінік Європи та Північної Америки. «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» бере участь у міжнародних рандомізованих багатоцентрових контрольованих дослідженнях, а його експерти є членами європейських професійних асоціацій. Співробітники центру захистили 2 докторські та понад 10 дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата наук, опублікували понад 300 наукових праць, у тому числі в закордонних наукових та медичних виданнях. «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» є клінічною базою кількох факультетів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та кількох медичних коледжів.

КНП «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» (ЗУСДМЦ) має статус юридичної особи, що вимагає від нього формувати самостійний баланс, відкривати поточні рахунки в установах банків та органах Державної казначейської служби України, мати гербову печатку встановленого зразка, використовувати бланки із своїм повним найменуванням, користуватись штампом, ідентифікаційним кодом та іншими реквізитами згідно з чинним законодавством.

Доходи (прибутки) КНП «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру», як неприбуткової організації, використовують як для

фінансування видатків на утримання цієї організації, так і для реалізації основної мети (цілей, завдань) та напрямків діяльності, які визначені Статутом.

На сьогоднішній день у складі Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру функціонують такі клінічні підрозділи (відділення):

- бактеріологічна лабораторія;
- відділення діагностики;
- відділення інтенсивної терапії і реанімації;
- відділення надання медичних послуг;
- гематологічне;
- клініка дитячої імунології та ревматології;
- клініка дитячої онкології та трансплантації кісткового мозку;
- клініка психологічного здоров'я, дітей, підлітків та молоді;
- клінічна лабораторія;
- мобільний хоспіс для дітей;
- неврологічне;
- педіатричне;
- приймальне;
- сурдологічний кабінет;
- фізіотерапевтичне;
- хірургічне;
- центр муковісцидозу.

Керівником комунального некомерційного підприємства «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медично центру»є Андрій Володимирович Синюта.

Центр отримав багато національних відзнак та нагород, але найголовнішою команда вважає подяку Всеукраїнського комітету захисту прав та безпеки пацієнтів за результатами Всеукраїнського конкурсу пацієнтів «Перспектива якості медичної допомоги».

Метою центру є проведення діагностики та лікування за найвищими стандартами наукової медицини. Водночас потреби та безпека наших дітей є для нас першочерговими. Відповідно до поставлених цілей, завданнями діяльності Західноукраїнського дитячого спеціалізованого медичного центру є:

- створювати необхідні умови для забезпечення доступності якісної високоспеціалізованої медичної допомоги дітям, організації належного управління внутрішніми лікувально-діагностичними процесами, ефективного використання майна та інших ресурсів Центру;

- надавати пацієнтам високоспеціалізовану стаціонарну медичну допомогу, у тому числі екстрену (невідкладну), для забезпечення належної профілактики, діагностики та лікування захворювань, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я відповідно до чинного законодавства;

- надання високоспеціалізованих консультативних амбулаторних загальномедичних послуг (високоспеціалізованої медичної практики) пацієнтам згідно із положеннями законодавства;

- підвищення та розвиток високоспеціалізованої ефективної медичної допомоги дітям Львівської області на основі посиленої профілактичної направленості на раннє виявлення хворіб у дітей, впровадження доступних новітніх методів лікування та діагностики захворювань, отруєнь, травм та інших дитячих захворювань, а також організація динамічного їх контролю;

- у разі необхідності направляти дитину до інших лікувальних закладів у встановленому законодавством порядку для надання їй більш спеціалізованої медичної допомоги;

- організація консультаційно-організаційного підходу до взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я області для забезпечення безперервності надання медичної допомоги на всіх рівнях та ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я дітей;

- дослідження захворюваності дитячого населення Львівської області, формування профілактичних рекомендацій, аналіз лікувально-профілактичної діяльності;

- експертиза тимчасової непрацездатності та контроль видачі листків непрацездатності;
- медичні показання для визнання дитини інвалідом, визначені лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) лікарні;
- профілактичний огляд дитячого населення;
- вивчати, пропагувати та впроваджувати досвід роботи передових лікувально-профілактичних закладів України, впроваджувати в практику медичні наукові досягнення та передові форми роботи;
- облік, підбір і підвищення кваліфікації лікарів та медичного персоналу;
- дотримання гігієнічних норм, вимог санітарії та системи профілактики епідемій;
- облік та складання статистичної звітності за формою, затвердженою МОЗ України;
- придбання, перевезення, зберігання, використання та знищення наркотичних засобів, прекурсорів, психотропних речовин, їх аналогів та замінників, отруйних і сильнодіючих речовин (лікарських засобів) відповідно до вимог чинного законодавства України;
- здійснювати господарську, фінансову та іншу діяльність щодо виконання програми роботи, погодженої з кафедрою та відділенням оториноларингології, у повній відповідності до законодавства України та з дотриманням положень, передбачених у «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру»;
- здійснювати навчально-методичну та науково-дослідну роботу;
- здійснення зовнішньоекономічної діяльності відповідно до законодавства України (налагодження виробничих і наукових зв'язків, співробітництво з міжнародними організаціями в медичній галузі та закордонними медичними закладами);
- згідно з чинним українським законодавством Західноукраїнський дитячий спеціалізований медичний центр має право направляти спеціалістів за кордон у межах узгодженого плану роботи та бюджету.

Регіональний центр медицини дитинства – один з найкращих дитячих лікарень Львівської області та України. Дане підприємство існує на підставі статутного капіталу. Центр налічує 534 працівники.

Центр у своїй діяльності керується Конституцією України, Цивільним та Господарським Кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, постановами Кабінету Міністрів України та указами Президента України, а також загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, наказами Львівської обласної ради та Департаменту, рішеннями Львівської обласної ради, Статутом.

«Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» уклав із Національною службою здоров'я України 18 пакетів послуг на 2022 рік на певні програми, фінансування за якими Національною службою здоров'я України відбувається помісячно.

Пакети Національної служби здоров'я України:

- 1) езофагогастродуоденоскопія;
- 2) забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я через організація надання медичної допомоги шляхом залучення лікарів-інтернів.
- 3) колоноскопія;
- 4) лікування пацієнтів в амбулаторних умовах методом гемодіалізу;
- 5) лікування пацієнтів в амбулаторних умовах методом перитонеального діалізу;
- 6) лікування та супровід в амбулаторних та стаціонарних умовах дорослих і дітей з гематологічними і онкогематологічними захворюваннями;
- 7) медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату;
- 8) медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи;

9) медична реабілітація немовлят протягом перших трьох років життя, які народились передчасно та/або хворими;

10) мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям;

11) первинна медична допомога;

12) профілактика, спостереження, лікування, діагностика та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах;

13) надання мобільними мультидисциплінарними командами психіатричної допомоги;

14) стаціонарна допомога дітям та дорослим без проведення хірургічних операцій;

15) стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям;

16) стаціонарна психіатрична допомога;

17) супровід та хіміотерапевтичне лікування в амбулаторних та стаціонарних умовах дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями;

18) хірургічні операції у стаціонарних умовах дорослим та дітям;

Надходження за програмою медичних гарантій за 9 місяців 2022 року відображено на рис. 2.1.

Також відображено надходження коштів по пакетах НСЗУ в табл. 2.1.

Надходження за програмою медичних гарантій за пакетами медичних послуг КНП ЛОР "Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр" на 2022 рік

№ з/п	№	Найменування	Разом	Січень	Лютий	Березень	Квітень	Травень	Червень	Липень	Серпень	Вересень
1	1	"Первинна медична допомога"	2 006 093,46	217 218,45	217 663,11	217 663,11	219 037,11	218 350,11	218 350,11	232 603,82	232 603,82	232 603,82
2	3	"Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах"	14 712 566,19	0,00	2 949 140,37	2 119 114,92	1 765 929,10	1 765 929,10	1 765 929,10	1 236 150,37	1 563 039,79	1 547 333,44
3	4	"Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій"	22 000 481,70	0,00	4 523 172,22	3 076 373,78	2 563 644,81	2 563 644,81	2 584 227,06	1 794 551,37	2 485 327,14	2 409 540,51
4	9	"Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах"	10 748 821,50	0,00	2 388 627,00	1 194 313,50	1 194 313,50	1 194 313,50	1 194 313,50	1 194 313,50	1 194 313,50	1 194 313,50
5	12	"Езофагогастродуоденоскопія"	127 672,00	8 147,62	12 810,00	31 940,00	15 970,00	15 970,00	17 470,38	0,00	12 554,00	12 810,00
6	13	"Колоноскопія"	144 324,00	8 104,00	10 760,00	33 786,00	16 893,00	16 893,00	16 893,00	0,00	33 463,00	7 532,00
7	16	"Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах"	2 076 135,00	0,00	186 058,00	412 958,00	206 479,00	206 479,00	664 817,00	0,00	215 555,00	183 789,00
8	17	"Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах"	6 860 732,76	0,00	1 524 607,28	762 303,64	762 303,64	762 303,64	762 303,64	762 303,64	762 303,64	762 303,64
9	19	"Стаціонарна психіатрична допомога"	7 351 589,16	0,00	1 633 686,48	816 843,24	816 843,24	816 843,24	816 843,24	816 843,24	816 843,24	816 843,24
10	23	"Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям"	685 476,00	0,00	152 328,00	76 164,00	76 164,00	76 164,00	76 164,00	76 164,00	76 164,00	76 164,00
11	24	"Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям"	1 375 272,00	0,00	305 616,00	152 808,00	152 808,00	152 808,00	152 808,00	152 808,00	152 808,00	152 808,00
12	25	"Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або жордим, протягом перших трьох років життя"	2 239 740,00	0,00	497 720,00	248 860,00	248 860,00	248 860,00	248 860,00	248 860,00	248 860,00	248 860,00
13	26	"Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату"	1 071 180,00	0,00	238 040,00	119 020,00	119 020,00	119 020,00	119 020,00	119 020,00	119 020,00	119 020,00
14	27	"Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи"	779 040,00	0,00	173 120,00	86 560,00	86 560,00	86 560,00	86 560,00	86 560,00	86 560,00	86 560,00
15	37	"Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах"	4 062 688,00	0,00	548 142,00	1 096 284,00	570 224,63	966 474,00	312 183,37	0,00	543 802,00	25 578,00
16	38	"Лікування та супровід дорослих і дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах"	37 767 541,12	0,00	8 073 496,11	4 242 006,43	4 242 006,43	4 242 006,43	4 242 006,43	4 242 006,43	4 242 006,43	4 242 006,43
17	39	"Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами"	535 780,00	0,00	214 312,00	107 156,00	107 156,00	107 156,00	107 156,00	0,00	0,00	0,00
18	50	"Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів"	301 340,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	190 320,00	111 020,00
		РАЗОМ:	114 846 472,89	233 470,07	23 434 986,57	14 901 310,62	13 164 212,46	13 559 774,83	13 385 904,83	10 962 184,37	12 975 543,56	12 229 085,58

Рис. 2.1. Надходження коштів за програмою медичних гарантій за 9 міс. 2022р.

Таблиця 2.1

Надходження коштів по пакетах НСЗУ

Пакети НСЗУ	Надходження коштів, тис.грн.		
	2020	2021	2022 (9міс.)
Первинка	1605,2	2010,2	2006,1
Вторинка	32218,5	86006,1	112840,4
Перехідне фінансування	4988,1	7496,1	0,0

З вищеданої таблиці можна побачити як змінилася сума надходження коштів з 2020-2022р., тобто чим більше послуг надав – більше отримав.

Перехідне фінансування – це були кошти, які були надані на обслуговування пацієнтів із підозрою на інфекційні хвороби, також оплату праці для медичних працівників, які цим займались, купівля медикаментів та розхідного матеріалу, витрати понесені на виділення приміщення для даних заходів профілактики. Дані кошти надходили протягом 4 місяців – із 1 вересня 2020 року по 31 грудня 2020 року сталою сумою 1247016,90 гривень один раз на місяць.

Також перехідне фінансування продовжили на 2021р. на три місяці (січень, лютий, березень) стала сума стала – 2498689,22 гривень.

2.2. Особливості обліку медичних комунальних некомерційних підприємств

Комунальне некомерційне підприємство (КНП) – це самостійне підприємство, яке діє на підставі статуту та може здійснювати виробничу, науково-дослідну та комерційну діяльність з метою одержання доходу. Тому облік КНП відрізняється від бюджетної установи.

Основні особливості обліку:

➤ Відсутність об'єкта оподаткування податком на прибуток, крім комерційної господарської діяльності.

➤ Суттєвою ділянкою бухгалтерського обліку є облік цільового фінансування за різними напрямками з відповідним визнанням доходів від різних видів цільового фінансування.

➤ Особливості складу та обліку доходів, серед яких значну частину становлять різні благодійні допомоги, гуманітарна допомога, платні послуги, дохід від оренди, страхові відшкодування тощо.

➤ Наявність підприємницької діяльності, облік і оподаткування якої здійснюється так само, як у комерційних підприємств, зокрема доцільне використання рахунків 23, 91, 92, 90, 70, 71.

Призначення і порядок ведення рахунків бухгалтерського обліку для узагальнення методом подвійного запису інформації про наявність і рух активів, капіталу, зобов'язань та факти фінансово-господарської діяльності підприємств, незалежно від форм власності встановлено в Інструкції про застосування Плану рахунків бухгалтерського обліку активів, капіталу, зобов'язань і господарських операцій.

Згідно п.133.4.2 Доходи (прибутки) неприбуткової організації використовуються виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети та напрямків діяльності, визначених її установчими документами.

Перевищення доходів неприбуткових організацій над витратами за результатами податкового (звітного) періоду не є підставою для виключення з таких організацій Реєстру.

Відповідно до Закону України від 19.10.2017р. №2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» надавачами медичних послуг можуть бути усі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичні-особи підприємці, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності із медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів.

Національна служба здоров'я України – є центральним органом управління, діяльність якого спрямовується і координується Міністерством Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері фінансового забезпечення медичного населення держави.

НСЗУ у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, указами Президента України та постановами Верховної ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України, іншими актами законодавства.

Основними завданнями Національної служби здоров'я України є:

1) реалізація державної політики у сфері фінансового забезпечення охорони здоров'я країни відповідно до Національної програми гарантій медичного обслуговування (ПМГ);

2) виконання медичних та фармацевтичних функцій в рамках програми гарантій медичного обслуговування;

3) внесення пропозицій Міністру охорони здоров'я щодо забезпечення розробки національної політики у сфері фінансової безпеки національної охорони здоров'я.

Національна служба здоров'я України з метою організації своєї діяльності:

1) забезпечує здійснення заходів щодо запобігання корупції та контролює їх виконання в Національній службі здоров'я України, її територіальних органах, підприємствах, установах та організаціях, що належать до сфери управління, у межах повноважень, визначених законом;

2) забезпечує організацію внутрішнього контролю та внутрішнього аудиту;

3) забезпечує ефективне та цільове використання бюджетних коштів;

4) організовує планово-фінансову роботу установ Національної служби здоров'я України, контролює використання фінансових і матеріальних ресурсів, забезпечує організацію та вдосконалення бухгалтерської роботи в установленому законодавством порядку;

5) забезпечення реалізації політики державної таємниці, а також її збереження в установах Національної служби здоров'я України в межах повноважень, визначених законом;

6) забезпечення захисту інформації з обмеженим доступом у межах повноважень, визначених законом, а також технічний захист інформації та контроль за її зберіганням у пристроях Національної служби здоров'я України;

7) забезпечення державної мобілізаційної підготовки та виконання завдань мобілізаційної підготовки в межах повноважень, встановлених законом;

8) забезпечення виконання завдань у сфері цивільного захисту, охорони праці, пожежної безпеки та безпеки людей у межах повноважень, встановлених законодавством, здійснювати заходи щодо захисту населення і території від надзвичайних ситуацій, контролювати їх впровадження в Національній службі здоров'я України;

9) забезпечення участі громадян в управлінні справами держави, ефективної взаємодії з інститутами громадянського суспільства, здійснення громадського контролю за діяльністю Національної служби здоров'я України з урахуванням громадської думки під час реалізації державної політики в межах повноважень Національної служби здоров'я України, визначених законом;

10) добір у встановленому порядку кадрового складу та керівних посад у місцевих органах, підприємствах, установах та організаціях, що належать до її сфери управління, організація підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації та підвищення кваліфікації працівників Національної служби здоров'я України та її місцевих установ;

11) отримувати документи та інформацію з питань, що належать до сфери управління Національної служби здоров'я;

12) організувати діловодство та архівне зберігання документів відповідно до встановлених правил;

13) координувати та контролювати діяльність територіальних установ Національної служби здоров'я України;

14) забезпечувати само представництво Національної служби здоров'я України в судах та інших установах через уповноважених представників, у тому числі через працівників юридичної служби Національної служби здоров'я України, а також забезпечувати представництво інтересів Національної служби здоров'я України в судах України та інших установах.

Проект Стратегії охорони здоров'я до 2030 року визначає пріоритетом зміцнення ключових інституцій у секторі охорони здоров'я, зокрема НСЗУ як єдиного стратегічного закупівельника послуг. Ще одним пріоритетом Стратегії є впровадження політик, спрямованих на те, щоб все населення мало фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних і доступних послуг у галузі охорони здоров'я. Ці підходи відповідають найкращій світовій практиці, і ВООЗ повністю підтримує цей підхід. Разом з іншими партнерами з розвитку ВООЗ продовжить співпрацю з Національною службою охорони здоров'я, Міністерством охорони здоров'я та іншими відповідальними органами, щоб підтримати Україну в подальшому впровадженні реформи фінансування охорони здоров'я.

Макроекономічні та фіскальні наслідки війни свідчать про те, що державні доходи будуть обмеженими, що може вплинути на об'єм державних видатків на охорону здоров'я. Хоча частка охорони здоров'я в загальних державних видатках суттєво зросла в період 2020–2021 рр., це значною мірою було пов'язано з заходами у відповідь на пандемію COVID-19. Однак з 2016 по 2019 рік сектор охорони здоров'я постійно втрачав пріоритет у державних видатках, хоча реальні рівні витрат на душу населення зростали через постійний зріст валового внутрішнього продукту протягом цього періоду. Однак ефективне фінансування охорони здоров'я залежить не тільки від рівня витрат. Здатність системи справлятися як з уже існуючими, так і з новими потребами буде порушена, якщо відновиться тенденція деприоритезації сектору, яка існувала з 2016 року, оскільки це означає стагнацію або зниження реального рівня державних витрат на охорону здоров'я, враховуючи очікуваний негативний

вплив війни на зростання валового внутрішнього продукту України та податкових надходжень.

У цьому контексті можливості для мобілізації нових державних ресурсів є обмеженими. Проте, як зазначено в проєкті Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, слід продовжувати підвищення акцизів на тютюнові вироби, розширювати оподаткування алкогольних виробів і вводити акцизний податок на підсолоджені цукром напої. Такі податки на продукти, що шкодять здоров'ю, є важливими заходами в секторі громадського здоров'я, які також можуть принести певний дохід уряду в короткостроковій перспективі. Враховуючи, що очікується збільшення потоків міжнародної допомоги для підтримки процесу відновлення сектору охорони здоров'я, розробка та обговорення фактичних механізмів надходження цих коштів мають враховувати необхідність забезпечити те, щоб ці зовнішні надходження доповнювали, а не замінювали державні бюджетні асигнування на охорону здоров'я. Нещодавно започаткована Президентом Зеленським ініціатива United24 включає медичну допомогу як один із трьох напрямків і дає можливість спрямувати благодійні пожертви до державного бюджету. Таким чином, вона ефективно підтримує бюджет сектору охорони здоров'я відповідно до механізмів управління державними фінансами уряду України.

До інших варіантів мобілізації коштів від населення, таких як збільшення використання співоплат і добровільного медичного страхування (ДМС), слід ставитися з обережністю. Міжнародний досвід демонструє, що жоден із них не є панацеєю для вирішення проблеми недостатнього фінансування; крім того, ці моделі несуть ризик завдати більше шкоди, ніж користі. Проблема, яку досі вдалося вирішити дуже небагатьом країнам, полягає в тому, щоб розробити умови залучення цих приватних коштів так, щоб вони дійсно доповнювали державне фінансування гарантованого пакету послуг.

У більшості країн впровадження ДМС не стало ефективним інструментом скорочення особистих витрат «із кишені» пацієнтів. Навпаки, воно може призвести до погіршення нерівності в доступі до послуг. Лише в трьох країнах

(Хорватії, Франції та Словенії) ДМС запроваджено конкретно для покриття співоплат, які є частиною загальнообов'язкового державного медичного страхування. Ці країни змогли забезпечити рівність завдяки обмеженню ролі ДМС та наданню додаткового державного фінансування для прямого субсидування ДМС для груп населення з низьким рівнем доходу. В інших країнах ДМС збільшує нерівність. Використання податкових пільг та знижок — фактично державних коштів — для субсидування розвитку ДМС є особливо проблематичним у контексті, коли воно не призначене для доповнення гартованого державою пакету. У таких випадках ці податкові субсидії непропорційно приносять користь саме людям з вищим рівнем доходів, які і так мають можливість придбати ДМС. Тому, перш ніж розглядати такі субсидії, Україні необхідно створити сприятливі умови для взаємодоповнюваності та рівності, зокрема потужну нормативно-правову базу.

Початковий план реформи фінансування охорони здоров'я в Україні передбачав створення переліку пріоритетних послуг (ПМГ), які повинні бути безкоштовними для користувачів, з наміром поступово розширювати цей об'єм послуг, відповідно до збільшення бюджетного простору. Хоча практика стягнення неформальних платежів «із кишені» пацієнтів зберігається, її не вдасться вирішити лише запровадженням співоплат. Реальне впровадження гарантованих безоплатних послуг для населення критично залежить від скоординованих політичних дій щодо збільшення державного фінансування на ПМГ, покращення методів закупівлі послуг через НСЗУ таким чином, щоб стимулювати постачальників підвищувати свою ефективність (наприклад, за рахунок зниження витрат на комунальні послуги), а також посилення моніторингу та управління з метою визначення, чи дійсно послуги, за які передбачається нульова співплата, надаються пацієнтам безоплатно. Для послуг, що не входять до ПМГ, будь-які моделі співоплат мають бути розроблені таким чином, щоб відповідати цілям державної політики. Таким чином, потенційні співоплати мають бути встановлені як фіксований розмір внеску, а не як відсоток від вартості чи тарифу; встановлені на низьких,

доступних рівнях; визначені простими термінами, які легко зрозуміти населенню (прозорість); і включати механізми захисту осіб з низьким рівнем доходів (рівність). Рекомендації ВООЗ з цього приводу чітко вказують на те, що співплата не є дієвим механізмом для збільшення бюджетного простору для системи охорони здоров'я, а також що дизайн співплати має відповідати зазначеним вище принципам.

Процес післявоєнного відновлення дає Україні можливість поновити реформу фінансування охорони здоров'я, розпочату в 2016 році, та зробити наступні кроки, необхідні для повної реалізації позитивних аспектів цієї реформи. Об'єднання доходів державного бюджету на національному рівні сприяє впровадженню принципів рівності та резильєнтності, максимізуючи потенціал для перерозподілу бюджету туди, де потреби найбільші. Це є критичною необхідністю для забезпечення рівності, враховуючи різний вплив війни в різних регіонах і секторах, а також довоєнний розподіл рівня доходів і бідності в різних регіонах. До війни Україна так і не завершила до кінця реформу об'єднання державного бюджету на національному рівні. Місцеві органи влади й надалі продовжували покривати витрати на комунальні послуги для державних медичних закладів, окрім цього місцеві органи влади в регіонах із вищим рівнем доходу надавали додаткове фінансування постачальникам додатково до коштів, отриманих від НСЗУ через оплату послуг в рамках ПМГ. Проєкт Стратегії охорони здоров'я до 2030 року передбачає, що НСЗУ має бути єдиним національним закупівельником послуг і, відповідно, має розпоряджатись всім державним фінансуванням на поточні витрати в межах ПМГ, зокрема і бюджетом, який місцеві органи влади наразі використовують для оплати комунальних послуг закладів, які їм підпорядковуються. Таке подальше поглиблення реформи об'єднання державного бюджету на національному рівні та закупівель послуг охорони здоров'я має синхронізуватися з інвестиційними планами для відновлення інфраструктури надання послуг. Це дозволить узгодити фінансові стимули із механізмами врядування та підвищити їхню ефективність через зміни у структурі та моделях

надання послуг. У цьому процесі органи місцевого самоврядування збережуть відповідальність за капітальні інвестиції та розвиток закладів охорони здоров'я.

Перехід на моделі фінансування постачальників послуг ПМГ в рамках оплат на основі формул дозволить підвищити критерії орієнтованості на людину, рівності, ефективності та резильєнтності, оскільки такий механізм оплати є більш гнучким. Наприклад, НСЗУ може розглянути можливість оновлення (постійного чи ретроспективного) районів обслуговування первинної медичної допомоги або капітаційної ставки відповідно до рівня мобільності населення та концентрації ВПО у певних регіонах, додавши до формули коригувальні коефіцієнти, щоб задовольнити короткострокові та довгострокові цілі державної політики, зберігаючи при цьому нейтральність бюджету та усунення будь-яких перешкод в управлінні державними фінансами. Спроможність НСЗУ впливати на ринок послуг можна збільшити шляхом стимулювання реструктуризації лікарняного сектору з акцентом на багатопрофільні лікарні, організованих за територіальним принципом (госпітальний округ), подолання нерівності між регіонами, зменшення фрагментації пакетів послуг і поступового переходу до вибіркового укладання контрактів. Подальше розширення програм реімбурсації в межах ПМГ сприятиме впровадженню принципів орієнтованості на людину, ефективності, рівності та фінансового захисту, оскільки це буде покращувати якість надання послуг, прискорить перехід від стаціонарних послуг до амбулаторних, суттєво скоротить особисті витрати населення, при цьому сприяючи залученню приватного фармацевтичного сектору (та аптек) до реалізації цілей державної політики. Оновлення інформаційних систем НСЗУ є пріоритетом для забезпечення гнучкої роботи платіжних систем, інтеграції інформаційних систем фінансової та електронної охорони здоров'я та використання актуальних і достовірних даних для постійного вдосконалення та покращення закупівель в рамках ПМГ.

Принцип підзвітності вимагає чіткої функціональної специфікації ролей і відносин у поєднанні з покращеним фінансовим управлінням на всіх рівнях

системи, особливо в медичних закладах. Оплата на основі результатів надає закладам охорони здоров'я право визначати та закуповувати найоптимальніший набір ресурсів, що вказує на необхідність покращувати системи управління, процедури закупівель і внутрішнього контролю. Як власники закладів охорони здоров'я в регіонах, місцеві органи влади повинні надати керівникам закладів спроможність та повноваження реагувати на фінансові стимули відповідно до визначених цілей державної політики й, таким чином, максимізувати результати інвестицій, надаючи послуги охорони здоров'я більш ефективно, проводячи належне фінансове управління та публічно звітуючи про використання коштів. Якщо місцеві органи влади продовжуватимуть фінансувати надання послуг, вони можуть перейти від фіксованих витрат на інфраструктуру (наприклад, комунальних послуг) до фінансування послуг у сфері громадського здоров'я та багатогалузевих програм медичної та соціальної допомоги, що враховують місцевий контекст. Це могло б стимулювати надання вкрай необхідних послуг, водночас зменшивши існуючі наразі спотворення стимулів для реструктуризації системи надання медичних послуг. Також будуть необхідні заходи на національному та місцевих рівнях задля забезпечення підзвітності та визначення того, чи реалізуються обіцяні гарантії ПМГ для населення. Закупівля дороговартісного обладнання також має наслідки для сфери фінансування галузі охорони здоров'я, зокрема, пов'язані з посиленням процедур закупівель і внутрішнього контролю.

Порівняльна характеристика коштів від НСЗУ та цільовим фінансуванням наведена на рис. 2.2.

Вищенаведена таблиця має одну мету – показує, що кошти від НСЗУ за своєю суттю відрізняються від цільового фінансування з бюджетів. За своїм бухгалтерським змістом – це оплата послуги й тому необхідно використовувати:

ПОРІВНЯННЯ КОШТІВ НСЗУ З ЦІЛЬОВИМ ФІНАНСУВАННЯ З БЮДЖЕТУ		
Критерій порівняння	Кошти від НСЗУ	Цільове фінансування з державного/місцевого бюджету
Документ, що є підставою для отримання коштів	Договір про медичне обслуговування	Паспорт бюджетної програми, порядок фінансування з місцевої ради, закон про державний бюджет, рішення місцевої ради про місцевий бюджет
Ким укладається документ	Медзакладом та НСЗУ. Це двосторонній договір	Кабмін, МОЗ, місцева рада. Це одностороннє рішення.
Поняття авансу (попередньої оплати)	Так, аванс можливий.	Поняття авансу як таке взагалі відсутнє. Це кошти, які у разі отримання, треба використати за цільовим призначенням.
Предмет фінансування	Оплата послуги, яку надає медзаклад НСЗУ. НСЗУ виступає як замовник послуги.	Закупівля певних матеріальних активів: медикаментів, медичного обладнання. Оплата певних послуг, навчання медперсоналу тощо.
Контроль за використанням	Розподіл даних коштів вирішується на основі фінансового плану медзакладу. В першу чергу, вони йдуть на покриття собівартості наданої послуги, але якщо залишаються, то можуть бути використані на будь-що в межах статутної діяльності.	Кошти можуть бути використані тільки на ціль, заради якої були виділені. Все інше – нецільове фінансування.
Прибуток	Так, цілком можливий і має бути використаний на статутні цілі медзакладу.	Ні. Кошти йдуть виключно на покриття певних витрат. Якщо їх занадто й вони не були освоєні, то повертаються назад до бюджету.

Рис. 2.2. Порівняльна характеристика коштів Національної служби здоров'я України з цільовим фінансуванням

- рахунок 703 «Дохід від реалізації робіт і послуг» (а не 718 «Дохід від безоплатно одержаних оборотних активів» чи 745 «Дохід від безоплатно одержаних активів»), які використовуються при цільовому фінансуванні);

- рахунок 361 «Розрахунки з вітчизняними покупцями» для відображення дебіторської заборгованості по наданим послугам;

- рахунок 681 «Розрахунки за авансами одержаними» у разі отримання авансового платежу (а не 48 «Цільове фінансування і цільові надходження»).

При цьому рекомендуємо рахунок 703 розділити на такі аналітичні:

703.1 «Дохід від реалізації послуг за програмою медичних гарантій»;

703.2 «Дохід від надання платних медичних послуг».

Схема операцій по рахунку 703 «Дохід від реалізації послуг» наведена на рис. 2.3.

№	Господарська операція	Дт	Кт
1	Нараховано дохід за надані послуги за договором медобслуговування	361	7031
2	Відображена собівартість наданих послуг (зарплата, ЄСВ, медикаменти, використані МШП, оплата комунальних послуг тощо).	23	661, 651, 22, 201 тощо
		901	23
3	Виставлено рахунок на НСЗУ та подано звіт про медичні послуги. Зарахування коштів від НСЗУ на банківський рахунок.	311	361
4	Доходи віднесено на фінансовий результат періоду	7031	791
5	Витрати віднесено на фінансовий результат періоду	791	901
1	Надійшов аванс на послуги, які будуть надані пізніше.	311	681
2	Відображена собівартість послуг, які були надані (зарплата, ЄСВ, медикаменти, використані МШП, оплата комунальних послуг тощо).	23	661, 651, 22, 201 тощо
		901	23
3	Визнаний дохід від надання послуг	361	7031
4	Здійснений залік авансу на основі бухгалтерської довідки.	681	361
5	Доходи віднесено на фінансовий результат періоду	7031	791
6	Витрати віднесено на фінансовий результат періоду	791	901

Рис. 2.3. Схема операцій по рахунку 703 «Дохід від реалізації послуг»

У мирний час доходи від надання медичних послуг, що фінансуються Національною службою здоров'я за програмою Medicare (MPG), медичними комунальними підприємствами визнаються на основі рахунків-фактур і звітів про надані медичні послуги. У період військової агресії з боку російської федерації, Уряд України розробив зміни до порядку реалізації Програми охорони здоров'я на 2022 рік, затвердженої постановою КМУ від 29 грудня 2021 року № 1440 (Постанова КМУ № 198 від 03.05.2022 р.), далі – Постанова 198). Відповідно до військового статуту, медичні заклади отримують фіксовану суму фінансування від Національної служби здоров'я кожного першого числа. Водночас Національна служба здоров'я України не враховує фактичні записи в електронній системі охорони здоров'я. Крім того, під час воєнного стану установи не зобов'язані подавати звітність про оплату. Усі платежі здійснюватимуться за реєстрами, які сформовані та передані до Казначейства Національною службою здоров'я України.

Отже, кошти від Національної служби здоров'я України відображають у бухгалтерському обліку як авансовий платіж на субрахунку 681 «Розрахунки за авансами виданими» на підставі первинного документа – виписки банку. Щоб

показати у бухгалтерському обліку нарахування доходу від реалізації медичних послуг за послугами медичних гарантій, формують бухгалтерську довідку, яку датують останнім днем поточного місяця. Бухгалтерська довідка буде підставою кредитувати субрахунок 703 «Дохід від реалізації робіт та послуг». У бухгалтерській довідці обов'язково потрібно зафіксувати основні реквізити з первинних документів згідно із статтею 9 Закону України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» від 16.07.1999 № 996-XIV, а також дотримуючись норм Постанови № 198 та листа Торгово-промислової палати України від 28.02.2022 № 2024/02.0-7.1 Про визнання військової агресії російської федерації форс-мажорними обставинами.

Облік надходжень та цільового фінансування відображено на рис. 2.4 і 2.5.

	Дебет	Кредит	сума	Надходження ПМГ		Надх. з державного бюджету		Надх. з обл., рай., місцевого бюд.		Благодійна допомога		Інше	примітки
				аванс	оплата	гроші	натура	гроші	натура	гроші	натура		
Надійшов авансовий платіж від НСЗУ	311	681	100	100									
Здійснено послуги НСЗУ згідно дог	361	703.1 Послуги НСЗУ	500										703-791 закриваємо покварти льно
Надійшов остаточний розрахунок по акту	311	361	400		400								
закриття розрахунків	681	361	100										
Реалізація платних послуг (фактично в день оплати)	301	703.2 Платні послуги	120										
нараховано податкові зобов'язання, які необхідно зареєструвати згідно норм ПКУ	703.2	641. ПДВ	20								100		
Отримано страхову виплату	311	703.719											
Нараховано <u>шомісячну</u> орендну плату	377	713.1 Орендна плата	150										
нараховано податкові зобов'язання, які необхідно зареєструвати згідно норм ПКУ	713.1	641. ПДВ	25								125		
Отримано шомісячну орендну плату	311	377											
Нараховано відшкодування комунальних платежів	377	713.2 Відшкодування комун. та інших платежів	120										
нараховано податкові зобов'язання, які необхідно зареєструвати згідно норм ПКУ	713.2	641. ПДВ	20								100		

Рис. 2.4. Облік надходжень за програмою медичних гарантій

Назва статті звіту про фінансові результати	Господарська операція	Звіт про фінансові результати	Табл.4 звіту НСЗУ
Чистий дохід від реалізації послуг		1200	4.1.3 – 1200 всього, в т.ч.
Дохід від реалізації послуг НСЗУ	Дт 361 Кт 703.1 НСЗУ	1000	4.1.3.1 - 1000 – співпадає з додатком доходи ПМГ в розрізі окремих видів послуг
Дохід від реалізації платних послуг	Дт301,361 Кт 703.2 платні послуги	200	4.1.3 включається в загальну суму
Інші операційні доходи		730	4.2 -730, в т.ч.
Цільовий операційний дохід	Дт 48 в розрізі усіх субрахунків або субконто Кт 718	500	4.2.1
Дохід від оренди	Дт377 Кт 713.1 Оренда	120	4.2.2
Дохід від відшкодування комунальних послуг	Дт 377 Кт 713.2 Відшкод.комун	100	4.2.3
Дохід від реалізації ТМЦ	Дт 377 Кт 712	10	4.2.4
Інші доходи		1085	4.3. – 1085, в т.ч.
Неопераційні доходи, від амортизації по Н.А. та О.З., що отримані як цільове фінансування	Дт 69 Кт 745	350	4.3.1
Неопераційні доходи, від амортизації по Н.А. та О.З., що отримані безоплатно	Дт 422,424 Кт 745	650	4.3.2
Інші неопераційні доходи % банку по депозитам	Дт 311,373 Кт 732	85	4.3.3

Рис. 2.5. Облік цільового фінансування

Кореспонденція доходів по операціях відображено на рис. 2.6.

Рис. 2.6. Кореспонденція бухгалтерських рахунків з обліку доходів

	Дебет	Кредит	сума	Надходження ПМГ		Надх.з державного бюджету		Надх.з обл., рай., місцевого бюд		Благодійна допомога		Інше	примітки
				аванс	оплата	гроші	натура	гроші	натура	гроші	натура		
Отримано % за залишки коштів на рахунку	311	719	1									1	
отримано % по депозиту - щоміс. Виплата	311	733	10									10	
Отримано цільове фінансування від Державного бюджету	311 Державний бюджет	482.1 Державний бюджет	1000			1000							
Отримано цільове фінансування від Обласного бюджету	311 Обласний бюджет	482.2 Обласний бюджет	150										
Отримано цільове фінансування від Районного бюджету	311 Районний бюджет	482.3 Районний бюджет	100					300					
Отримано цільове фінансування від місцевого бюджету	311 Місцевий бюджет	482.4 Місцевий бюджет	50										
Отримано благодійну допомогу, у вигляді грошових коштів	301,311	483	200							200			
Отримано цільову благодійну допомогу матеріалами	20,22	483	250								250		

2.3.Методика створення Звіту за програмою медичних гарантій

Правові підстави для складання звітів про доходи та витрати визначено статтею 241 Типової форми договору про медичне обслуговування населення згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. Згідно з договором суб'єкт господарювання (далі – підприємство), який уклав з обласною державною адміністрацією договір про медичне обслуговування населення згідно з планом медичного забезпечення, зобов'язаний подавати до обласної державної адміністрації звіт про доходи в електронному вигляді щокварталу до 20 числа наступного місяця за формою, встановленою Національною службою здоров'я України.

Звіт заповнюється на основі даних бухгалтерського обліку, результатів господарської діяльності «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру» на кінець періоду, операцій, інформації з оборотно-сальдової відомості. Дані в усіх таблицях звітності наводяться в гривнях з точністю до двох знаків після коми, окрім балансу, який подають в тисячах гривень з точністю до одного знака після коми.

Форму для складання передбаченої звітності інтегровано у таблиці EXCEL. Передбачений алгоритм містить відкриті комірки для внесення показників обліку. Комірки, залиті синім кольором не заповнюються, бо вони захищені через те, що містять формули.

Електронний шаблон Звіту містить 10 вкладок. Вкладки «Валідація» та «Аналіз» формують автоматично. Інформація щодо відображення господарських операцій на вкладці «Звіт Пацієнт» викладена у додатку 1 до інструкції.

Звіт повинен містити показники за звітний період та аналогічний період минулого року.

Кожний медичний заклад одержує персональний ексель-файл для заповнення.

Вкладка «Звіт1,2,3»

Таблиця 1. «Надходження» - вносять інформацію про надходження на рахунки «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру» грошових коштів, а також ресурсів в натуральній формі (для прикладу, централізовані поставки лікарських засобів) згідно із джерелами фінансування.

Грошові надходження – це одержані кошти, суми яких відображають по дебету бухгалтерських рахунків 30 та 31.

Надходження в натуральній формі – це все, що оприбутковано у якості ресурсів та відображено на бухгалтерських рахунках запасів (Дебетт 20, 22), капітальних інвестицій (Дебетт 15), або показано в обліку як безоплатні послуги у вигляді цільової благодійної допомоги (одночасно: Дебетт затратних рахунків Кредит 48; Дебет 48 Кредит 71).

Грошові надходження за програмою медичних гарантій у розрізі пакетних медичних послуг заповнюють окремо у вкладці «Додаток.Надходження ПМГ». Надходження сумуються із отриманих авансів, оплат та повернення коштів (у разі виникнення таких повернень впродовж звітнього періоду).

Цільові надходження (або надходження цільового фінансування) – це надходження з бюджетів усіх рівнів (окрім програми медичних гарантій), а також за рахунок благодійної допомоги. Благодійні внески деталізують у розрізі фізичних та юридичних осіб. Своєю чергою, надходження цільової благодійної допомоги від фізичних осіб деталізують у частині добровільного фінансування пацієнтом лікарських засобів та/або медичних виробів (Пц) в натуральному вигляді (р. 2 гр.11.2), або у вигляді грошових коштів (р. 2 гр. 10.2) або для свого лікування.

Графа «Інше (грошові кошти та надходження у натуральній формі) таблиці 1 «Надходження». У цій графі показують зведені дані про грошові кошти та надходження в натуральній формі з інших джерел (дані заповнюється автоматично). Деталізація «інших надходжень» передбачена у таблиці «Деталізація інших надходжень», що знаходиться після таблиці 2 на цій же вкладці.

В таблиці Деталізація «Інше» з таблиці 1» відображають надходження коштів у розрізі таких напрямків: від отримання страхових виплат; від надання медичних та немедичних послуг за кошти фізичних і юридичних осіб; від надання майна в оренду; надходження відсотків банку від депозиту; компенсації за комунальні платежі від орендаря; нецільової благодійної допомоги від фізичних осіб; нецільової благодійної допомоги від юридичних осіб; надходжень лікарняних від фондів соціального страхування (не є доходом); інше.

Таблиця 1 «Надходження» також містить таку інформацію:

гр. 13 «Заборгованість з цільового фінансування» - ЗБЦФ (Дебет 37 ЗБЦФ Кредит 48), яка складається із заборгованості бюджету на кінець звітного періоду, а також із цільової благодійної допомоги у частині добровільного фінансування пацієнтом медичних виробів та/або лікарських засобів (Пц) у вигляді грошових коштів або в натуральному прояві для свого лікування (р. 1 гр.13.2);

гр.14 «Погашення заборгованості з цільового фінансування» – ПЗБЦФ (Дебет 31 Кредит 37 ПЗБЦФ), яке формується із сум погашення бюджету та цільової благодійної допомоги на початок звітного періоду в частині добровільного фінансування пацієнтом для свого лікування медичних виробів та/або лікарських засобів (Пц) у вигляді грошових коштів або у натуральному прояві (р.1 гр.14.2);

гр.16 «Повернення цільового фінансування у бюджет» – ПЦФБ (Дебет 48 Кредит 31 ПЦФБ);

гр.17 «Заборгованість бюджету для компенсації витрат (збитків)» – ЗБКВ (Дебет 37 ЗБКВ Кредит 719). Тут відображають показники, про які зауважено у п.19 Положення (стандарту) бухгалтерського обліку 15 «Дохід» (п.19 ПСБО 15);

гр.19 «Погашення заборгованості бюджету для компенсації витрат (збитків)» – ПЗБКВ:

Дебет 31 Кредит 48; Дебет 48 Кредит 37 ПЗБКВ - у випадку надходження грошових коштів;

Дебет 401 Кредит 37 – у випадку зміни оголошеної величини статутного капіталу в звітному періоді.

Таблиця 2 «Придбання, оприбуткування ТМЦ»

У неї вводять вартість отриманих, придбаних та оприбуткованих матеріалів, малоцінних та швидкозношуваних предметів, комплектуючих виробів та інших матеріальних цінностей, які згідно із стандартом «Запаси», визнають запасами (що обліковуються по Дебету бухгалтерських рахунків 20, 22). Також тут відображають вартість готової продукції (бухгалтерський рахунок 26) та товарів (бухгалтерський рахунок 28).

Запаси доцільно деталізувати у розрізі відповідних джерел надходження, назви яких ідентичні джерелам в таблиці 1 «Надходження».

Дані щодо придбання, оприбуткування цільової благодійної допомоги в частині добровільного фінансування пацієнтом медичних виробів та/або лікарських засобів (Пц) у вигляді грошових коштів (гр. 10.2) чи у натуральному вигляді для свого лікування (гр. 11.2) автоматично переносяться із вкладки «Звіт Пацієнт».

Таблиця 3 «Капітальні інвестиції»

У зазначеній таблиці відображають надходження, оприбуткування капітальних інвестицій, що обліковуються задебетом бухгалтерського рахунку 15. Сюди належить виготовлення або придбання власними силами основних засобів, капітальне будівництво, виготовлення чи придбання інших необоротних матеріальних активів, виготовлення чи придбання нематеріальних активів, модернізація необоротних активів задля отримання економічної вигоди у майбутньому.

Інформацію щодо капітальних інвестицій деталізують у розрізі джерел надходжень. Порядок є аналогічний як у попередніх двох таблицях.

Масштаби капітального ремонту збільшують вартість основних засобів. Ці витрати визнають і обліковують обліковується як капітальні інвестиції. При цьому їх не відносять до операційних витрат. Відтак, відповідні дані зазначаються в таблиці, про яку зараз іде мова.

Вкладка «Звіт 4,5,6»

Таблиця 4 «Дохід»

У цю таблицю записують результати оборотів по кредиту бухгалтерського рахунку «Фінансовий результат»у кореспонденції з дебетом бухгалтерських рахунків класу 7 «Доходи» (без ПДВ). Під час складання цієї таблиці керуються тими ж правилами, що і при складанні форми 2 фінансової звітності (табл. 2.2).

У вкладці електронної таблиці «Додаток Доходи ПМГ» записують визнані доходи за пакетами медичних послуг програми медичних гарантій, зокрема сюди належить дохід від реалізації послуг за програмою медичних гарантій. Розглянемо детальніше про таблицю 4 «Дохід»:

р.4.1.3.1. «Дохід від програми медичних гарантій» визнається на підставі Звіту про медичні послуги. Визнаний дохід обліковують на бухгалтерському рахунку 703 одночасно з визнанням дебіторської заборгованості за надані медичні послуги. При отриманні відповідних надходжень від Національної служби здоров'я України дебіторську заборгованість зменшують на суму таких надходжень;

р. 4.1.4.1. повернення залишку коштів по 33 пакету (сума проставляється з мінусом, бухгалтерське проведення Дебет 704 Кредит 37, Дебет 37 Кредит 31);

р.4.2 Інший операційний дохід складається з підстатей:

р.4.2.1 – цільовий інший операційний дохід, що складається із цільових витрат періоду за рахунок благодійної допомоги та бюджетів усіх рівнів;

р.4.2.1.1 – дохід від безоплатно отриманої цільової послуги;

р. 4.2.1.2 – дохід від цільової благодійної допомоги в частині фінансування пацієнтом свого лікування - переноситься автоматично з вкладки «Звіт Пацієнт»;

р.4.2.2– інший операційний дохід від оренди;

р.4.2.3 – інший операційний дохід від компенсацій за комунальні платежі від орендаря;

Таблиця 2.2

Надходження коштів по пакетах Національної служби здоров'я України

№ з/п	Обороти	Найменування показника
4		Дохід (без ПДВ), всього
4.1.		Дохід від реалізації
4.1.1.	Дт 701 Кт 791	Готової продукції
4.1.2.	Дт 702 Кт 791	Товарів
4.1.3.	Дт 703 Кт 791	Робіт та послуг, в тому числі
4.1.3.1.	Дт 703 Кт 791	Роботи та послуги (з додатка Доходи ПМГ)
4.1.3.2.	Дт 703 Кт 791	Дохід від надання медичних та немедичних послуг за кошти фізичних і юридичних осіб та страхових виплат
4.1.4.	704	Вирахування з доходу (з мінусом)
4.1.4.1.	Дт 704 Кт 37 Дт 37 Кт 31	Повернення залишку коштів по 33 пакету
4.2.	Дт 71 Кт 791	Інший операційний дохід
4.2.1.	Дт 718 Кт 791	Цільовий інший операційний дохід, всього, у тому числі
4.2.1.1.	Дт 718 Кт 791	Дохід від безоплатно отриманої цільової послуги
4.2.1.2.	Дт 718 Кт 791	Дохід від цільової благодійної допомоги в частині фінансування пацієнтом свого лікування
4.2.2.	Дт 713 Кт 791	Інший операційний дохід від надання майна в оренду
4.2.3.	Дт 719 Кт 791	Інший операційний дохід від компенсацій за комунальні платежі від орендаря
4.2.4.	Дт 71 Кт 791	Інше (інший операційний дохід), всього, з нього
4.2.4.1.	Дт 37 Кт 719 Дт 719 Кт 791	дохід для покриття витрат (збитків) за рахунок бюджету (Дт 37 ЗБКВ Кт 719) (п.19 ПСБО 15), всього, у тому числі
4.2.4.1.1	Дт 719 Кт 791	що виникли за рахунок амортизації основних засобів, отриманих як статутний капітал
4.2.4.1.2	Дт 719 Кт 791	сума компенсації збитку періода
4.3.	Дт 72-76 Кт 792, 793	Неопераційний дохід

р.4.2.4 – інше (інший операційний дохід);

р. 4.2.4.1 – дохід на суму витрат (збитків), тут відображаються дані, визнання яких визначено у п.19 Положення (стандарту) бухгалтерського обліку 15 «Дохід»;

р. 4.2.4.1.1– дохід для покриття витрат (збитків) деталізовано в частині його виникнення за рахунок амортизації необоротних активів, одержаних як внесок у статутний капітал та суми компенсації збитку у звітному періоді р.4.2.4.1.2;

р.4.3 – неопераційний дохід, це інші доходи, які виникають у процесі господарської діяльності, водночас вони не пов'язані з операційною діяльністю медичного закладу:

р.4.3.1 – неопераційний дохід від амортизації необоротних активів, які одержані у якості цільового фінансування. Доходом визнають амортизацію, що розрахована по необоротних активах, які отримані у якості цільового фінансування. Під час введення в експлуатацію таких основних засобів доходи визнають доходами майбутніх періодів на підставі бухгалтерських кореспонденцій Дебет 69 та Кредит 745.

Якщо в Балансі медичного закладу на початок звітного періоду відображено доходи майбутніх періодів, а у звітному періоді в експлуатацію було введено капітальні інвестиції, які медичний заклад одержав, як цільове фінансування, то на такі необоротні активи має бути нарахована амортизація із одночасним зменшенням доходів майбутніх періодів (69 рахунок) та визнано неопераційний дохід на суму цієї амортизації;

р.4.3.2 – неопераційний дохід від амортизації необоротних активів, які медичний заклад отримав безоплатно. На суму справедливої вартості таких одержаних необоротних активів збільшується додатковий капітал медичного закладу (кредит субрахунку 424 «Безоплатно одержані необоротні активи»). Потім пропорційно до сум нарахованої амортизації визнають дохід від безоплатно отриманих необоротних активів, використовуючи при цьому бухгалтерську кореспонденцію Дебет 424 Кредит 745. Згідно із цією

бухгалтерською кореспонденцією зменшують додатковий капітал та збільшують інший операційний дохід.

Якщо в Балансі медичного закладу на початок звітного періоду фігурує сума за статтею додатковий капітал і у звітному періоді було безоплатно одержано необоротні активи, то необхідно нарахувати амортизацію необоротних активів і одночасно зменшити величину додаткового капіталу (або 424 рахунок) та визнати неопераційний дохід на суму нарахованої амортизації.

р. 4.3. – інший неопераційний дохід, для прикладу визнані доходом відсотки за депозитами в банках.

Дані із вкладки «Звіт 4,5,6» мають бути співставними з інформацією із форми 2 «Звіт про фінансові результати» фінансової звітності медичного закладу за відповідний період, а також із даними із звіту з виконання фінансового плану.

Таблиця 5«Витрати»

Інформація про виробничу собівартість заповнюється за результатами бухгалтерського обліку, саме дебетових оборотів відповідних бухгалтерських рахунків, зокрема«Фінансовий результат»у кореспонденції з кредитом витратних бухгалтерських рахунків (табл. 2.3):

Таблиця 2.3

Кореспонденції із закриття бухгалтерських рахунків

Сума за оборотами	Виробнича собівартість,
Дт 791 Кт 901	Готова продукція
Дт791 Кт 902	Товари
Дт 791 Кт 903	Роботи та послуги

Таблиця 5.1«Операційні та неопераційні витрати»

Структура таблиці 5.1 наступна: рядки - це статті витрат, а графи – це напрями витрат за витратнимибухгалтерськими рахунками та цільовими

витратами. Графи структуровані згідно із даними витрат за звітний період та відповідний період минулого року.

Графи таблиці містять такий перелік:

1. виробничі витрати – інформація про суми виробничих та загальновиробничих витрат, що включають у виробничу собівартість робіт та послуг рахунку 903 (Дебет 791 Кредит 903);

2. адміністративні витрати – це суми витрати, що не включаються у виробничу собівартість, а списуються за рахунок фінансового результату в дебет бухгалтерського рахунка 791 рахунок (Дебет 791 Кредит 92);

3. виробничі та адміністративні витрати – здійснюються за рахунок програми медичних гарантій та власних можливостей медичного закладу (для прикладу – наданих платних медичних послуг);

4. витрати на виготовлення продукції (для тих медичних закладів, які виготовляють власну продукцію, яка потім оприбутковують на склад);

5. цільові витрати – це витрати, які здійснює медичний заклад за рахунок благодійної допомоги та бюджетів усіх рівнів. Одночасно із цільовими витратами визнають інший операційний цільовий дохід. Облік цільових витрат здійснюють на затратних бухгалтерських рахунках, перелік яких визначає облікова політика медичного закладу – надавача медичних послуг. Серед них можуть бути бухгалтерські рахунки 23, 91, 92 та 94. Загальна схема закриття витратних рахунків така: 91 у 23, 23 у 903, далі 903, 92, 94 у 791 (Дебет 23 Кредит 91, Дебет 903 Кредит 23, Дебет 791 Кредит 903, 92, 94). Інформація про цільову благодійну допомогу в частині фінансування пацієнтом свого лікування (гр.16.2) переноситься автоматично із вкладки «Звіт Пацієнт»;

6. витрати на збут (гр.13, 14) - це витрати, що також списуються за рахунок фінансового результату у дебет бухгалтерського рахунка 791 (Дебет 791 Кредит 93);

7. інші операційні витрати аналогічно списують за рахунок фінансового результату у дебет бухгалтерського рахунка 791 (Дебет 791 Кредит 94);

8. неопераційні витрати також закриваються у дебет бухгалтерських рахунків 792, 793 (Дебет 792 Кредит 95,96; Дебет 793 Кредит 97).

Рядки таблиці 5.1 деталізовані у розрізі статей витрат. Статті витрат є ієрархією, тому у їхній структурі закладено класифікацію за елементами витрат.

Стаття витрат «1.1.3 Соціальне забезпечення(у тому пільгові пенсії)» - це витрати на всі види соціальної допомоги, субсидії, пільги, пенсії; стипендії; путівки на оздоровлення. При складанні таблиць 4 «Доходи» та 5.1 «Операційні та неопераційні витрати» доцільно враховувати факт, що загальна величина нарахованої амортизації не повинна бути меншою за ту, що визнана в неопераційних доходах. Таблиця 6 «Витрати за елементами» заповнюється автоматично згідно даних таблиці 5.1.

Вкладка «Звіт 7, 8»

У таблиці 7 «Фонд оплати праці штатних працівників» подають дані про фонд заробітної плати штатних працівників медичного закладу. Методологічні розбіжності у визначенні показників державних статистичних спостережень «фонд оплати праці» та «витрати на оплату праці» викладені на сайті Верховної Ради України за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0072697-04#Text>. Так, інформація щодо фонду оплати праці заповнюється згідно із Інструкцією зі статистики заробітної плати, що затверджена наказом Держкомстату від 30.01.2004 №5 та зареєстрована в Міністерстві юстиції України 27 січня 2004 р. за № 114/8713. Дані цього розділу повинні бути аналогічними до даних звіту з праці, що подають до органів державної статистики.

Таблиця 7.1 «Заборгованість з виплати заробітної плати» акумулює інформацію про прострочену заборгованість, оскільки вона не відповідає поточній кредиторській заборгованості на початок звітного періоду. При заповненні інформації у цьому розділі доречно керуватися роз'ясненнями щодо заповнення форми № 3-борг (місячна), які розміщені на офіційному веб-сайті Держстату: (www.ukrstat.gov.ua) у рубриці «Для респондентів».

Таблиця 8 «Кадри», заповнюється згідно із вимогами Інструкції зі статистики кількості працівників, що затверджена наказом Держкомстату №286 від 28.09.2005 року та зареєстрована в Міністерстві юстиції України 30 листопада 2005 р. за № 1442/11722.

Дані про працівників відображають у розрізі таких категорій:

1. у гр. 4 керівники – це головний лікар та його заступники;
2. у гр. 5 – керівники структурних підрозділів, які виконують адміністративні (та комерційні) та управлінські функції. До них належать головний бухгалтер, начальник планово-економічного відділу, начальник відділу кадрів, начальник матеріально-технічного відділу тощо. Їх заробітну плату у складі витрат обліковують як адміністративні витрати (бухгалтерський рахунок 92). Такий підхід зумовлений тим, що до цієї категорії відносять функціональних керівників, які очолюють не медичні структурні підрозділи лікарні і, відповідно, не приймають участі у наданні медичних послуг.
3. у гр. 6. –керівники структурних підрозділів, які виконують загальновиробничі функції та сприяють наданню медичних послуг. До них належать головна медична сестра, керівники фельшерсько-акушерських пунктів, амбулаторій, завідувачі відділень інші. Їхня оплата праці обліковується у складі загальновиробничих витрат (бухгалтерський рахунок 91), а відтак списується у дебет бухгалтерських рахунків 23 та 903. Це суми оплати праці тих медичних функціональних керівників, які сприяють наданню медичних послуг закладом. Суми заробітної плати лікарів, середнього тамолодшого медичного персоналу/прибиральників службових приміщень відображають у гр.7,гр.8, гр. 9 відповідно;
4. у гр. 10 – дані про заробітну плату інших працівників, які виконують адміністративні (комерційні) та загальногосподарські функції. До них віднесемо працівників бухгалтерії,відділу кадрів, статистів, господарської служби інші;
5. у гр. 11 – інші працівники, що зайняті у наданні медичних послуг.Це, для прикладу, логопед, біолог, реабілітолог, психолог інші.

У гр.12 наводиться кількість людино-годин, за які була нарахована заробітна плата.

Таблиця 8.1 «Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць» – заповнюється автоматично. Її контент дозволяє оцінити динаміку середньої зарплати у розрізі категорій штатних працівників.

У таблиці «Окремі показники у натуральному вимірі» акумулюють дані про кров та/або її компоненти у дозах за умови наявності відповідної інформації у статтях таблиці «Операційні та неопераційні витрати» та/або у таблиці «Придбання ТМЦ». Якщо облік крові та її компонентів у дозах не налагоджений, то необхідно перевести літри у дозиза допомогою спеціальних перевідних коефіцієнтів, які зібрані у таблиці «Показники якості донорської крові та її компонентів» наказу Міністерства охорони здоров'я України №211 від 09.03.2010 року «Про затвердження Порядку контролю за дотриманням показників безпеки та якості донорської крові та її компонентів», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 8 червня 2010 р. за №368/17663 (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0368-10#Text>). Таблиця доповнена позиціями щодо кисню метрах кубічних, який використовують у медичних цілях. За умови наявності відповідних даних у статтях таблиці «Операційні та неопераційні витрати» та/або у таблиці «Придбання ТМЦ» проставляються дані у цій таблиці у р.2 «Кисень, що використовується для медичних цілей та закуповується/отримується, м. куб».

Якщо медичний заклад самостійно виробляє кисень для застосування у кисневій терапії, то проставляються дані у графу 3 «Кисень, що використовується для кисневої терапії та виробляється закладом самостійно, м. куб».

Вкладка «Звіт 9»

Таблицю 9 Баланс заповнюють згідно з даними бухгалтерського обліку після закриття періоду у тисячах гривень з заокругленням до одного знаку після коми.

В окремій таблиці деталізують інформацію про дебіторську заборгованість:

за програмою медичних гарантій (р. 1125.1);

за медичні та немедичні послуги за кошти юридичних і фізичних осіб, за страхові виплати (р.1125.2);

з надання майна в оренду та компенсацій за комунальні платежі від орендаря.

Ці дані подають залежно від правил бухгалтерського обліку відповідних господарських операцій:

у р. 1125.3 Балансу, якщо використовується в обліку рахунок 36;

у р. 1155.5 Балансу, якщо використовується в обліку рахунок 37;

Інша поточна заборгованість деталізована в частині:

заборгованості з цільового фінансування (р. 1155.2);

заборгованості бюджету для компенсації витрат (збитків) (р.1155.3) - тут відображаються дані, про які зазначено у п.19 Положення (стандарту) бухгалтерського обліку 15 «Дохід», у свою чергу, цей показник складається з:

р. 1155.3.1. збитки, що виникли за рахунок амортизації основних засобів, отриманих як статутний капітал;

р. 1155.3.2. сума компенсації збитку періоду.

Деталізують р. 1525.1 щодо залишків запасів, які отримують як цільове фінансування в частині їх одержання від пацієнта для його лікування (дані переносяться автоматично з вкладки «Звіт Пацієнт»), а також р. 1635 - щодо кредиторської заборгованості в частині її виникнення за рахунок надання майна в оренду та компенсації за комунальні платежі від орендаря. Із залишків цільового фінансування виокремлюють відповідні залишки запасів, капітальних інвестицій та інші залишки.

Інформацію про поточну кредиторську заборгованість деталізують в частині одержаних авансів за програмою медичних гарантій (р.1635.1) та за немедичні та медичні послуги за кошти юридичних і фізичних осіб, а також за страховими виплатами (р.1635.2).

Інформацію про доходи майбутніх періодів та додатковий капітал деталізують в частині залишкової вартості необоротних активів та основних засобів.

Система також передбачає можливість відображення коригування балансу на початок періоду. Графи 3 та 6 містять дані з балансу, що відповідають даним фінансової звітності. Для коригування показників передбачені граfi 4 та 7 «Коригування», їх необхідно проставляти у разі збільшення даних з знаком «+», у разі зменшення - з знаком «-». Дані гр.3 «На початок звітнього періоду» у звіті за поточний період мають відповідати аналогічним даним кінця минулого року.

У графах 5 «На початок звітнього періоду з урахуванням коригування» та 8 «На кінець звітнього періоду з урахуванням коригування» зазначають коректну інформацію із врахуванням змін, що залучені до валідації (це означає, що комірки у цих графах є закритими для коригування, тому інформація розраховуються автоматично).

Важливо, щоб Баланс був коректним, особливі у частині пасиву слід забезпечити:

- відповідність рядків з залишковою вартістю необоротних активів, що надалі будуть зменшувати на суму одночасного визнання доходу по нарахованій амортизації;

- якщо в активі балансу в залишках на кінець або початок періоду є інформація про запаси, які медичним закладом отримані безоплатно, чи придбані за бюджетні кошти, або за рахунок коштів благодійної допомоги, або отримані безоплатно в натуральній формі, то у пасиві балансу обов'язково повинні бути заповнені відповідні рядки, для прикладу слід показати невикористане цільове фінансування, на аналогічну суму;

- якщо в активі балансу показують залишкову вартість необоротних активів, то вона не може бути меншою, ніж сума залишкової вартості дооціненого капіталу, додаткового капіталу та доходів майбутніх періодів у частині пасиву.

У Баланс обов'язково включають інформацію про прострочену кредиторську заборгованість з виплати заробітної плати, з виплат у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю та за розрахунками з депонентами. Звертаємо увагу, що у Балансі доцільно показати інформацію (у разі її наявності) про приймання або передавання з балансу на баланс пасивів та активів з одного комунального некомерційного підприємства до іншого. Якщо медичний заклад є приймаючою стороною, то інформацію заповнюють у відповідному рядку варіанту 1. Відповідно, сторона, що передає заповнює варіант 2. За умови, що лікарня одночасно у звітному періоді є і приймаючою стороною і тією, що передає, то слід скласти два варіанти.

Під час воєнного стану можуть виникати господарські операції щодо примусового відчуження майна або примусової його ліквідації. Тому, у Балансі іншу поточну дебіторську заборгованість (р. 1155) на кінець періоду деталізовано заборгованістю з примусових операцій під час воєнного стану (рис. 2.7).

Таблиця 9. Баланс

<i>тис. грн.</i>			
Актив	Код рядка	На кінець звітного періоду з урахуванням коригування	окремі показники
1	2	8	9
за виданими авансами	1130	0,0	результати проведення примусових операцій під час воєнного стану (Дт 37 Кт 715)
з бюджетом	1135	0,0	
у тому числі з податку на прибуток	1136	0,0	
Інша поточна дебіторська заборгованість, всього, у тому числі	✓ 1155	0,0	✓ 0,0
розрахунки з державними цільовими фондами	1155.1	0,0	

Рис. 2.7. Схема відображення у бухгалтерському обліку інформації про відчуження майна медичного закладу під час воєнного стану

Звернемо увагу на коректне заповнення таблиці 1. «Надходження» щодо граф 13.1 та 14.1. Так, у гр.13.1 необхідно відображати саме сальдо на кінець звітного періоду за бухгалтерським рахунком 37, якщо є заборгованість з

цільового фінансування на кінець періоду. Якщо заборгованість з цільового фінансування була на початок періоду і грошові кошти надійшли у звітному періоді, то інформацію щодо погашення заборгованості з цільового фінансування слід відображати у гр. 14.1, які показані в відповідних графах т.1 як бюджетні надходження грошові кошти (рис. 2.8).

СК 37 ЗБЦФ сальдо на кінець періоду заборгованість з цільового фінансування (саме СК 37 ЗБЦФ з операцій Дт 37 Кт 48)	у тому числі		Погашення заборгованості з цільового фінансування (Дт 31 Кт 37) для СП періоду по 37 ЗБЦФ для СП періоду по 37 ЗБЦФ	у тому числі		Бг +)
	СК ЗБЦФ сальдо на кінець періоду заборгованість бюджету з цільового фінансування (саме СК 37 ЗБЦФ з операцій Дт 37 ЗБЦФ Кт 48)	ЗБЦц Заборгованість з цільової благодійної допомоги в частині оплати самим пацієнтом свого лікування (Дт 37 ЗБЦц Кт 48 Пц)		ПЗБЦФ Погашення заборгованості бюджету з цільового фінансування (Дт 31 Кт 37 ПЗБЦФ) для СП періоду по 37 ЗБЦФ	ПЗПц Погашення заборгованості з цільової благодійної допомоги в частині оплати самим пацієнтом свого лікування (Дт 31 Кт 37 ПЗПц)	
13	13.1.	13.2.	14	14.1.	14.2.	
0,00	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	

звіт про доходи та витрати за I квартал 2022 року

Таблиця 9. Баланс

Актив	Код рядка	На початок звітної періоду	Користування	З балансу на баланс у звітному періоді	На початок звітної періоду з урахуванням коригування та прийняття на	На кінець звітної періоду	Користування	На кінець звітної періоду з урахуванням коригування
1	2	3	4	4a	5	6	7	8
Інша поточна дебіторська заборгованість, всього, у тому числі	1155	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
розрахунки з державними цільовими фондами	1155.1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
заборгованість бюджету з цільового фінансування (Дт 37 ЗБЦФ Кт 48)	1155.2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
заборгованість бюджету для компенсації витрат (близько)								

Рис. 2.8. Схема відображення у бухгалтерському обліку інформації про погашення заборгованості з цільового фінансування

Вкладка «Звіт 10, 11, 12, 13, 14»

Таблиця 10 «Рух активів в частині НА, ОЗ, капітальних інвестицій та запасів з врахуванням джерел надходжень» призначена для деталізації даних оборотно-сальдової відомості у розрізі джерел надходжень та бухгалтерських рахунків 10,11,12,13,15,20,22 (активи Балансу). Дооцінку необоротних нематеріальних активів та основних засобів деталізують за первісною вартістю та зносом такої дооцінки у відповідних таблицях (рис. 2.9).

№з/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Всього	
			1	2
1	2	3	4	
Т10.1.3	дооцінка ННМА		0,00	
Т10.1.3.1.	первісна вартість дооцінки		0,00	
Т10.1.3.2	знос дооцінки		0,00	

№з/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Всього	
			1	2
1	2	3		
Т10.3.3	дооцінка ОЗ			
Т10.3.3.1.	первісна вартість дооцінки			
Т10.3.3.2	знос дооцінки			

Рис. 2.9. Схема відображення у бухгалтерському обліку інформації про дооцінку нематеріальних активів та основних засобів

В іншій таблиці у відповідних графах, а саме 14, 15, 16, 17, 18, показують інформацію про кредитові обороти за бухгалтерськими рахунками капітальних інвестицій, де деталізовано «введено в експлуатацію» та «інші» (наприклад повернення постачальнику неякісне обладнання тощо) (рис. 2.10).

№з/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Кредит									
			Всього		Безоплатно отримані		Отримані як цільове фінансування		Отримані як статутний капітал		Інше (ІМІ та власні кошти)	
1	2	3	14		15		16		17		18	
			введено в експлуатацію	інше	введено в експлуатацію	інше	введено в експлуатацію	інше	введено в експлуатацію	інше	введено в експлуатацію	інше
Т10.2	Незавершені капітальні інвестиції	1005	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Рис. 2.10. Схема відображення у бухгалтерському обліку інформації капітальні інвестиції

Таблиця 10 «Рух активів в частині нематеріальних активів та основних засобів, капітальних інвестицій та запасів з врахуванням джерел надходжень» враховує дані щодо зміни у звітному періоді надходження із статутного капіталу на безоплатно отримані в частині нематеріальних активів та основних засобів (таблиця 10.1). Ці дані заповнюються у разі наявності відповідних операцій на підставі бухгалтерської довідки. Це є додаткові обороти по Дебет та Кредит відповідних граф таблиці 10, що окремо відображаються в таблицях 10.1 та 11 (бухгалтерський рахунок 424). Залишки на кінець звітного періоду нематеріальних активів та основних засобів в таблицях 10 та 11 (бухгалтерський рахунок 424) автоматично враховують такі операції (рис. 2.11). Під таблицею 10.1 додана можливість вибору варіанту дооцінки нематеріальних активів та основних засобів, що використовуються у медичному закладі. Варіант №1 налаштовано за замовчанням.

Таблиця 11 «Рух пасивів в частині нематеріальних активів та основних засобів, дооцінки з врахуванням цільових джерел надходжень» деталізує інформацію у розрізі бухгалтерських рахунків пасиву Балансу, зокрема 411, 424, 69 (в тому числі залишкова вартість нематеріальних активів та основних засобів, що отримані як цільове фінансування). Тут співставляються дані Активу та Пасиву балансу в частині джерел їх отримання за залишковою вартістю нематеріальних активів та основних засобів.

У графах 4-6 суми вводять «вручну», сальдо на кінець періоду розраховується автоматично. У таблиці 10.1 відображаються дані щодо зміни додаткового капіталу при зміні джерела «статутний капітал» на «безоплатно отримані», що є додатковими оборотами по Дебету та Кредиту відповідних граф таблиці 11. Залишки на кінець звітного періоду у таблиці 11 (бухгалтерський рахунок 424) автоматично враховують ці операції. Дані таблиці деталізують частині земельної ділянки за статтями «Додатковий капітал» та «Капітал в дооцінках».

Таблиця 10.1. Зміна джерела надходження з статутного капіталу на безоплатно отримані в частині НА та ОЗ у періоді
- заповнюється у разі наявності таких операцій

№з/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Дебет		Кредит		Сальдо на кінець звітного періоду	
			Безоплатно отримані	Отримано як статутний капітал	Безоплатно отримані	Отримано як статутний капітал	Безоплатно отримані	Отримано як статутний капітал
1	2	3	4	5	6	7	8	9
T10.1	Нематеріальні активи (ННМА)	1000	-				0,00	0,00
T10.1.1	первісна вартість (без дооцінки ННМА)	1001	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00
T10.1.2	накопичена амортизація	1002	-	0,0	0,00	-	0,00	0,00
T10.1.3	дооцінка ННМА		-				0,00	0,00
T10.1.3.1	первісна вартість дооцінки		0,0			0,00	0,00	0,00
T10.1.3.2	рух по 13 рядку щодо дооцінки			0,0	0,00		0,00	0,00
T10.3	Основні засоби	1010	-				125 886 896,46	-125 886 896,46
T10.3.1	первісна вартість (без дооцінки ОЗ)	1011	141 230 503,26	-	-	141 230 503,26	141 230 503,26	-141 230 503,26
T10.3.2	знос	1012	-	15 343 606,8	15 343 606,80	-	15 343 606,80	-15 343 606,80
T10.3.3	дооцінка ОЗ		-				0,00	0,00
T10.3.3.1	первісна вартість дооцінки		0,0			0,00	0,00	0,00
T10.3.3.2	рух по 13 рядку щодо дооцінки			0,0	0,00		0,00	0,00
T10.14.	Додатковий капітал	1410	15343606,8	-	141230503,3	-	125 886 896,5	-

Необхідно відповісти на запитання: який метод дооцінки ННМА та ОЗ використовується?

варіант №1	Дт 10 Кт 411; Дт 411 Кт 13	1. Первісна вартість дооцінки проходить по Кт 411, а дооцінку зносу - по Дт 411 якщо варіант №1, то у комірці I56 по замовчанню стоїть цифра 1, якщо варіант №2 - то у комірці I56 потрібно цифру 1 замінити на 0	1	ПРАВДА	маркер правильності відображення вибору варіанту дооцінки: якщо у варіанті №1 стоїть 1, то у варіанті №2 має стояти 0; якщо у варіанті №1 стоїть 0, то у варіанті №2 має стояти 2;
варіант №2	Дт 10 Кт 411; Дт 10 Кт 13	2. Залишкова вартість дооцінки проходить по Кт 411 якщо варіант №2, то поставте цифру 2 в комірці I 57	0		

Рис. 2.11. Схема відображення у бухгалтерському обліку інформації про зміни у статутному капіталі

У таблиці №11 суми у графах 8 – 19 співставляються зоднорідними даними у Балансі та у таблицях №10, №11, №12, які формуються автоматично. Для кожної дії щодо аналізу даних у шапці таблиці прописано правило. Якщо цифри у порівнюваних джерелах даних однакові, то результатом верифікації є ПРАВДА. У відповідних комірках відображені однорідні дані (на скріншоті вони однакового кольору). У графах 8-12 співставляються дані сальдо на початок по 411, 424, 69 в частині залишкової вартості нематеріальних активів,

що отримані як цільове фінансування з цими ж даними у таблицях №11, №10 та Балансі (у таблиці №10 співставляються сальдо на початок нематеріальних активів та основних засобів з графи «Безоплатно отримані» та «Отримано як цільове фінансування») (рис. 2.12).

Таблиця 11. Рух пасивів в частині НА, ОЗ, дооцінки з врахуванням цільових джерел надходжень, гривень											
Перевірка даних цієї таблиці з таблицею 10 та з Балансом: дооцінка - таблиця 10 (р. Т10.1.3 та р. Т10.3.3, гр.4, гр.19), Баланс р.1405 СдП та СдК; безоплатно отримані - таблиця 10 (р. Т10.1.1 - Т10.1.2 та Т10.3.1 - Т10.3.2 гр. 5; гр.20), Баланс р.1410 СдП та СдК; отримані як цільове фінансування - таблиця 10 (Т10.1.1 - Т10.1.2 та Т 10.3.1 -Т10.3.2 гр. 6; гр.21), Баланс з р.1665 СдП та СдК											
№з/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Сальдо на початок звітного періоду ОСВ	Дебет ОСВ	Кредит ОСВ	Сальдо на кінець звітного періоду ОСВ	Таблиця 10 Сальдо на початок звітного періоду	Баланс пасив, СдП, тис. грн.	Таблиця 10 Сальдо на кінець звітного періоду	Баланс пасив, СдК, тис. грн.	перевірка - дані щодо СдП та СдК у таблицях 9,10,11 мають бути дорівнювати між собою
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
T11.1	Капітал у дооцінках (411)	1405	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	ПРАВДА
T11.2	Додатковий капітал	1410	6 939 486,76	486 028,84	23 300,00	6 476 757,92	6 939 486,76	6 939,50	6 476 757,92	6 476,80	ПРАВДА
T11.3	Доходи майбутніх періодів	1665	15 391 499,19	1 639 684,81	1 675 488,60	15 427 302,98					
T11.3.1	у тому числі НА, ОЗ, що придбані за кошти цільового фінансування		15 391 499,19	1 639 684,81	1 675 488,60	15 427 302,98	15 391 499,19	15 391,50	15 427 302,98	15 427,30	ПРАВДА

Перевірка даних цієї таблиці з таблицею 10 та з Балансом: дооцінка - таблиця 10 (р. Т10.1.3 та р. Т10.3.3, гр.4, гр.19), Баланс р.1405 СдП та СдК; безоплатно отримані - таблиця 10 (р. Т10.1.1 - Т10.1.2 та Т10.3.1 - Т10.3.2 гр. 5; гр.20), Баланс р.1410 СдП та СдК; отримані як цільове фінансування - таблиця 10 (Т10.1.1 - Т10.1.2 та Т 10.3.1 -Т10.3.2 гр. 6; гр.21), Баланс з р.1665 СдП та СдК											
Перевірка Дт цієї таблиці з таблицею 10 Дт 411 = Кт "Знос дооцінок" + "передача дооцінених ОЗ з Т12.4" Дт 424 = Кт "Знос (безоплатно отримані) + вибуття (безоплатно отримані) з Т12.3 Дт 69 = Кт "Знос (ЦФ)" + вибуття (ЦФ) Т12.2											
№з/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Баланс пасив, СдП, тис. грн.	Таблиця 10 Сальдо на кінець звітного періоду	Баланс пасив, СдК, тис. грн.	перевірка - дані щодо СдП та СдК у таблицях 9,10,11 мають бути дорівнювати між собою	Таблиця 10 Кредит Кт "Знос дооцінок" Кт "Знос (безоплатно отримані) Кт "Знос (ЦФ)"	Таблиця 12 Вибуття, передача ОЗ	перевірка Дт гр.5 - (гр.13+гр.14) = 0, то ПРАВДА		
1	2	3	9	10	11	12	13	14	15		
T11.1	Капітал у дооцінках (411)	1405	0,00	0,00	0,00	ПРАВДА	0,00	0,00	ПРАВДА		
T11.2	Додатковий капітал	1410	6 939,50	6 476 757,92	6 476,80	ПРАВДА	486 028,84	0,00	ПРАВДА		
T11.3	Доходи майбутніх періодів	1665					-	-			
T11.3.1	у тому числі НА, ОЗ, що придбані за кошти цільового фінансування		15 391,50	15 427 302,98	15 427,30	ПРАВДА	1 633 375,12	6 309,69	ПРАВДА		

№з/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Кредит									
			Всього		Безоплатно отримані		Отримані як цільове фінансування		Отримано як статутний капітал		Інше (ПМГ та власні кошти)	
1	2	3	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
T10.1	Нематеріальні активи (НМА)	1000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
T10.1.1	первісна вартість (без дооцінки НМА)	1001	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
T10.1.2	накопичена амортизація	1002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
T10.1.3	дооцінка НМА		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
T10.1.3.1	первісна вартість дооцінки	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
T10.1.3.2	знос дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
T10.2	Незавершені капітальні інвестиції	1005	2 001 932,40	0,00	23 300,00	0,00	1 675 488,60	0,00	0,00	0,00	303 143,80	0,00
T10.3	Основні засоби	1010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
T10.3.1	первісна вартість (без дооцінки ОЗ)	1011	404 267,00	0,00	404 267,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
T10.3.2	знос	1012	2 178 580,23	486 028,84	1 633 375,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	59 176,27	
T10.3.3	дооцінка ОЗ		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
T10.3.3.1	первісна вартість дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
T10.3.3.2	знос дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Рис. 2.12. Схема відображення у бухгалтерському обліку інформації про нематеріальні активи та основні засоби

У графах 13-15 відображено результати господарських операцій щодо дебетових оборотів за бухгалтерськими рахунками 411, 424, 69 в частині залишкової вартості нематеріальних активів, що отримані як цільове фінансування (таблиці №10, №11 та №12) (рис. 2.13).

T12.2	передача, вибуття ОЗ, залишкова вартість яких обліковується у доходах майбутніх періодів (Дт 69 Кт377)	6 309,69
T12.3	передача, вибуття ОЗ, залишкова вартість яких обліковується у додатковому капіталі*(Дт 424 Кт 10)	0,00
T12.4	передача, вибуття ОЗ, що були дооцінені, уцінка (Дт 411 Кт 10)	0,00

Рис. 2.13. Передача, вибуття нематеріальних активів, товаро-матеріальних цінностей та незавершених капітальних інвестицій, що отримані як цільове фінансування, чи безоплатно отримані

У графах 16-19 відображено результати господарських операцій по кредиту щодо: [первісної вартості дооцінки Дебет 10,11,12 Кредит 411], [Дебет 15 (безоплатно отримані) Кредит 424, Дебет 10 Кредит 15 (безоплатно отримані)], [Дебет 10,11,12 ЦФ Кредит 15 ЦФ, Дебет 48 Кредит 69 (НА)] (рис. 2.14).

Перевірка даних цієї таблиці з таблицею 10 та з Балансом: дооцінка - таблиця 10 (р. Т10.1.3 та р. Т10.3.3. гр.4, гр.19), Баланс р.1405 СдП та СдК ; безоплатно отримані - таблиця 10 (р. Т10.1.1. - Т10.1.2, та Т10.3.1- Т10.3.2 гр. 5; гр.20), Баланс р.1410 СдП та СдК ; отримані як цільове фінансування - таблиця 10 (Т10.1.1 - Т10.1.2 та Т 10.3.1.-Т10.3.2 гр. 6; гр.21), Баланс з р.1665 СдП та СдК						Перевірка Кт цієї таблиці з таблицею 10 якщо Кт 411 = Дт "Первісна вартість дооцінки", то ПРАВДА якщо Кт 424 = Дт "Капітальні інвестиції (безоплатно отримані)" = Кт "Капітальні інвестиції (безоплатно отримані)" = Дт "(первісна вартість ОЗ + НА) безоплатно отримані" та СдК "Капітальні інвестиції (безоплатно отримані)" = 0, то ПРАВДА якщо Кр 424 = Дт "(первісна вартість ОЗ + НА) безоплатно отримані" та СдК "Капітальні інвестиції (безоплатно отримані)" > 0, то Увага якщо Кт 69 = Кт "Капітальні інвестиції (ЦФ)" введено в експлуатацію = Дт "первісна вартість ОЗ + НА", то ПРАВДА				
№з/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Баланс пасив, СдП, тис. грн.	Таблиця 10 Сальдо на звітний період	Баланс пасив, СдК, тис. грн.	перевірка - дані щодо СдП та СдК у таблицях 9,10,11 мають бути дорівнювати між собою	Таблиця 10 Дт "Первісна вартість дооцінки" Дт "Капітальні інвестиції (безоплатно отримані)" Кт "Капітальні інвестиції (ЦФ)" введено в експлуатацію	Таблиця 10 Кт "Капітальні інвестиції (безоплатно отримані)" введено в експлуатацію Дт "первісна вартість ОЗ + НА"	Таблиця 10 Дт "(первісна вартість ОЗ + НА) безоплатно отримані"	перевірка Кт
1	2	3	9	10	11	12	16	17	18	19
T11.1	Капітал у дооцінках (411)	1405	0,00	0,00	0,00	ПРАВДА	0,00	-	-	ПРАВДА
T11.2	Додатковий капітал	1410	6 939,50	6 476 757,92	6 476,80	ПРАВДА	23 300,00	23 300,00	23 300,00	ПРАВДА
T11.3	Доходи майбутніх періодів	1665					-	-	-	-
T11.3.1	у тому числі НА, ОЗ, що придбані за кошти цільового фінансування		15 391,50	15 427 302,98	15 427,30	ПРАВДА	1 675 488,60	1 675 488,60	-	ПРАВДА

Рис. 2.14. Рух активів в частині нематеріальних активів, основних засобів, капітальних інвестицій та запасів з врахуванням джерел надходжень (Дебет бухгалтерських рахунків 10,11,12)

№/п	Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Сальдо на початок звітного періоду					Дебет				
			Всього	Безоплатно отримані	Отримані як цільове фінансування	Отримано як статутний капітал	Інше (ПМГ та власні кошти)	Всього	Безоплатно отримані	Отримані як цільове фінансування	Отримано як статутний капітал	Інше (ПМГ та власні кошти)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
10.1	Нематеріальні активи (НМА)	1000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-	-	-
10.1.1	періодична вартість (без дооцінки НМА)	1001	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10.1.2	накопичена амортизація	1002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10.1.3	дооцінка НМА		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-	-	-
10.1.3.1	періодична вартість дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10.1.3.2	знос дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10.2	Незавершені капітальні інвестиції	1005	929 588,92	-	908 601,92	0,00	20 987,00	3 244 881,80	23 300,00	2 763 966,00	0,00	457 615,80
10.3	Основні засоби	1010	52 488 310,31	6 939 486,76	15 391 499,19	29 765 449,87	391 874,49	-	-	-	-	-
10.3.1	періодична вартість (без дооцінки ОЗ)	1011	81 872 782,95	7 593 912,98	43 920 846,06	29 765 449,87	592 574,04	2 001 932,40	23 300,00	1 675 488,60	0,00	303 143,80
10.3.2	знос	1012	29 384 472,64	654 426,22	28 529 346,87	0,00	200 699,55	397 957,31	0,00	397 957,31	0,00	0,00
10.3.3	дооцінка ОЗ		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-	-	-
10.3.3.1	періодична вартість дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10.3.3.2	знос дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Стаття Балансу*	Код рядка балансу	Сальдо на початок звітного періоду					Кредит										
		Всього	Безоплатно отримані	Отримані як цільове фінансування	Отримано як статутний капітал	Інше (ПМГ та власні кошти)	Всього	Безоплатно отримані	Отримані як цільове фінансування	Отримано як статутний капітал	Інше (ПМГ та власні кошти)	введено в експлуатацію	інше	введено в експлуатацію	інше	введено в експлуатацію	інше
2	3	4	5	6	7	8	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Нематеріальні активи (НМА)	1000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
періодична вартість (без дооцінки НМА)	1001	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
накопичена амортизація	1002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
дооцінка НМА		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
періодична вартість дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
знос дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Незавершені капітальні інвестиції	1005	929 588,92	-	908 601,92	0,00	20 987,00	2 001 932,40	0,00	23 300,00	0,00	1 675 488,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	303 143,80
Основні засоби	1010	52 488 310,31	6 939 486,76	15 391 499,19	29 765 449,87	391 874,49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
періодична вартість (без дооцінки ОЗ)	1011	81 872 782,95	7 593 912,98	43 920 846,06	29 765 449,87	592 574,04	404 267,00	0,00	404 267,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
знос	1012	29 384 472,64	654 426,22	28 529 346,87	0,00	200 699,55	2 178 580,23	486 028,64	1 633 375,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	59 176,27
дооцінка ОЗ		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
періодична вартість дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
знос дооцінки		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Продовження рис. 2.14. Рух активів в частині нематеріальних активів, основних засобів, капітальних інвестицій та запасів з врахуванням джерел надходжень (Дебет бухгалтерських рахунків 10,11,12)

Таблицю 10 «Рух активів в частині нематеріальних активів, основних засобів, капітальних інвестицій та запасів з врахуванням джерел надходжень» в частині запасів доповнено даними щодо переміщення запасів для пацієнта з складу на склад, а також руху коштів пацієнта.

У таблиці 12 «Передача, вибуття нематеріальних активів, товарно-матеріальних цінностей та незавершених капітальних інвестицій, що отримані як цільове фінансування, безоплатно отримані» відображають дані про такі господарські операції:

1. передача в іншу організацію товарно-матеріальних цінностей, що придбані (отримані) за кошти цільового фінансування (Дебет 48 Кредит 201) та повернення пацієнту медичних виробів цільового фінансування та/або залишків лікарських засобів (Дебет 37 Кредит 20, Дебет 48 Кредит 37) (ці дані переносяться автоматично з вкладки «Звіт Пацієнт»);

2. передача в іншу організацію незавершених капітальних інвестицій, що придбані (отримані) за кошти цільового фінансування (Дебет 48 Кредит 15);

3. повернення постачальнику цільових капітальних інвестицій (Дебет 63 Кредит 15 ЦФ);

4. передача, залишкова вартість яких обліковується у доходах майбутніх періодів (Дебет 69 Кредит 377);

5. передача основних засобів, залишкова вартість яких обліковується у додатковому капіталі (Дебет 424 Кредит 10).

6. передача основних засобів, що були дооцінені, уцінка (Дт 411 Кт 441), це зменшення дооцінки при передачі до оцінених нематеріальних активів.

У таблиці не проставляються дані щодо основних засобів, якщо їх залишкова вартість дорівнює нулю.

Таблиця 13 «Деталізація оборотів за Дебетом бухгалтерського рахунка 411»

Тут потрібно відображати дані про такі господарські операції:

1. дооцінка зносу в періоді (з 10 таблиці в рядку «рух дооцінки по 13 рахунку» в оборотах по Кредиту, те що дооцінка зносу), сума проставляється «вручну». Залежно від вибору варіанту дооцінки необоротних матеріальних активів та основних засобів, що використовується медичним закладом, бухгалтерські проведення будуть різні, а саме:

варіант 1 (Дебет 411 Кредит 13) – ця сума включається до загальної по Дебету 411;

варіант 2 (Дебет 10 Кредит 13) - проведення не враховується у суму по Дебету 411;

2. амортизація дооцінки, якщо в балансі на початок звітного періоду є капітал в дооцінках і в звітному періоді було дооцінено необоротні активи, то слід нарахувати амортизацію на суму дооцінки і одночасно зменшити капітал в дооцінках (бухгалтерський рахунок 411) та збільшено нерозподілений прибуток (бухгалтерський рахунок 441) на суму цієї амортизації. Це бухгалтерська кореспонденція одночасно: Дебет витратних рахунків Кредит 13, Дебет 411 Кредит 441. У таблиці сума амортизації дооцінки розраховується автоматично, як різниця суми Кредиту по рахунку 13 щодо дооцінки необоротних матеріальних активів і основних засобів та дооцінки зносу в періоді Т13.1;

3. передача, вибуття основних засобів, що були дооцінені (Дебет 411 Кредит 441), сума переноситься автоматично з таблиці 12, р. Т12.4.

На суму амортизації в дооцінці та передачі, вибуття основних засобів, що були дооцінені коригується нерозподілений прибуток (непокритий збиток).

Таблиця 14 «Ув'язка даних» формується автоматично і містить ув'язки даних таблиць 4, 10, 11, 12,14 (рис. 2.15).

№ з/п	Стаття Балансу*	Сальдо на початок звітного періоду (таблиця 11, гр.4)	Дебет ОСВ (таблиця 11, гр.5)	Дебет (з таблиць 4 та Т14 Доходи =АММ),	Дебет (таблиця 12 Вибуття)	Дебет (таблиця 10 Кредит - знос)	Відхилення Дт ОСВ (гр.4) та Дт (гр.5 + гр.6), якщо = 0, то ПРАВДА	Відхилення Дохід - Кредит знос (гр. 5 - гр. 7), якщо = 0, то ПРАВДА
1	2	3	4	5	6	7	8	9
T14.2	Додатковий капітал	1 000,00	535,00	424,00	111,00	424,00	0,00	0,00
				з табл 4 п. 4.3.2 Дт424 Кт745	Т12.3 (Дт424 Кт10)	Т10.1.2. гр.15 (Дтціл. витрати Кт 13 БО)		

Рис. 2.15. Схема ув'язки даних бухгалтерського обліку

Так, показники таблиць №4, №9, №10, №11, №12 ув'язані між собою:

1. гр. 5. сума 424,00 – це доходи від амортизацій п.4.3.1.2 в Таблиці 4, одночасно це обороти за Кредитом бухгалтерського рахунка 13 (безоплатно отримані) з таблиці 10.

Гр. 9 «Відхилення: Дохід - Кредит знос» (гр. 5 - гр. 7), якщо = 0, то «ПРАВДА» відображає, що дані введено коректно.

2. сума 424,00 (гр.7) – це доходи від амортизацій п.4.3.1.2 в Таблиці 4; сума 111,00 (гр.6) – передача, вибуття основних засобів, залишкова вартість яких обліковується у додатковому капіталі, а саме дані таблиці 12, п.12.3 одночасно це обороти за Дебетом 424; сума 535,00 (гр.4) – це дебет ОСВ 424 рахунку (таблиця 11, гр.5). Перевірка $424,00 + 111,00 = 535,00$.

Гр. 8 «Відхилення:Дебет ОСВ» (гр.4) та Дебет (гр.5 + гр.6), якщо = 0, то ПРАВДА»:

якщо відхилень немає, то дані коректні;якщо є відхилення, то введені дані не співставні, їх потрібно виправити.

Огляд звіту:

- ✓ Звіт містить 8 вкладок.
- ✓ Вкладка «ВАЛІДАЦІЯ» формується автоматично.
- ✓ Всі інші вкладки потрібно заповнювати.
- ✓ Звіт містить дані за звітний період та відповідний період минулого року.
- ✓ Для КНП, що надають послуги спеціалізованої медичної допомоги минулий період слід заповнювати тільки в таблицях 1, 2, 3, 5.1, 7 (в таблиці 5.1 і 7 графи цільові витрати).

Звіт 1-НС:

- Зрозумілий;
- Автоматично верифікує дані;
- Пов'язує усі дані обліку між собою, що дає можливість бухгалтеру бути впевненим, щодо відсутності помилок, так як таблиці побудовані так, що вони роблять автоматично розрахунок і співставлення сальдо усіх рахунків Балансу (звіт 9) на кінець, шляхом перевірки сальдо на початок з відображенням руху операцій по дебету (надходження) та кредиту (витрачання).

2.4. Бухгалтерське відображення екологічної діяльності в системі обліку

Налагодження системи бухгалтерського обліку з урахуванням екологічної складової є важливим напрямом економічної політики щодо забезпечення сталого еколого-економічного розвитку економіки. Значущість обліку екологічної діяльності з акцентом на поняття «екологічний облік» зумовлена економічними, екологічними та соціальними викликами (рис. 2.16).



Рис. 2.16. Актуальність обліку екологічної діяльності в сільськогосподарських підприємствах України

На нашу думку, термін «екологічний облік» по своїй суті є дещо ширшим поняттям, ніж облік екологічної діяльності. На національному рівні «екологічний облік» тлумачиться як облік щодо фізичних запасів природних ресурсів, вартісної оцінки деградації навколишнього природного середовища і відповідних витрат на природоохоронні заходи. На рівні підприємств екологічний облік може бути використаний у контексті методик управлінського обліку, фінансового обліку з метою подання зовнішньої звітності, а також аналізу фізичних витрат сировини за методом «витрати-випуск». На противагу

цього, облік екологічної діяльності може провадитись лише в межах фінансового обліку, забезпечуючи користувачів виключно інформацією про доходи і витрати такої діяльності.

Отже, система обліку в сучасних умовах повинна задовольняти інформацією екологічного характеру щонайменше три групи користувачів: інвесторів, кредиторів, менеджерів і інших зацікавлених осіб. Таким чином, в контексті досліджуваної проблеми, на нашу думку, облік екологічної діяльності можна трактувати як управлінський та інформаційний інструмент довершеного обліково-аналітичного забезпечення сучасного підприємства. В нашому розумінні – це процес збору, нагромадження, обробки та презентації даних про екологічний стан, витрати і доходи екологічного характеру у діяльності підприємства з метою прийняття ефективних управлінських рішень.

На даному етапі розвитку екологічного обліку на підприємствах України, ключовим є питання щодо його нормативного забезпечення. Так, П(С)БО 16 «Витрати» не визначає жодного твердження про сутність екологічних витрат. Тому пропонуємо до п. 6 включити абзац з визначенням екологічних витрат, їх класифікацією, порядком визнання та відображення в обліку. Аналогічно і П(С)БО 15 «Дохід» не виділяє інформації про екологічні доходи на підприємстві, які зазвичай формуються за рахунок повторного використання відходів. Отже, доцільно доповнити п. 5 П(С)БО 15 «Дохід» інформацією про екологічні доходи та порядок їх визнання. У П(С)БО 11 «Зобов'язання» визначено необхідність визнання зобов'язання за умови, що їхня оцінка може бути достовірно визначена та існує ймовірність зменшення економічних вигід у майбутньому внаслідок їх погашення. Тобто дається лише загальне визначення зобов'язання. Вважаємо, що наведені визначення зобов'язань варто доповнити екологічною складовою, охарактеризувавши умови їх виникнення на підприємствах.

План рахунків бухгалтерського обліку активів, капіталу, зобов'язань і господарських операцій підприємств і організацій не виділяє окремих рахунків для обліку екологічних зобов'язань, доходів і витрат. Тому нами розроблено

концептуальну модель місця та документально-методичного забезпечення екологічної діяльності в системі бухгалтерського обліку підприємства (рис. 2.17).

Відображення в фінансовій звітності підприємств екологічних факторів зумовлено тим, що будь-який суб'єкт господарювання підлягає екологічному ризику: по-перше, його діяльність пов'язана з можливістю зараження ґрунтів, підземних та поверхневих вод, атмосфери; по-друге, він деякою мірою залежить від екологічного законодавства (але менше, ніж суб'єкти важкої промисловості, хімічної та нафтової промисловості, фармацевтики тощо); по-третє, він може володіти ділянками, що заражені попередніми власниками (субститутивна відповідальність) чи може володіти залоговим правом щодо таких ділянок.

Таким чином, виникають природоохоронні витрати та зобов'язання, необхідність і контроль дотримання вимог екологічного законодавства, які мають знайти своє відображення в фінансовій звітності. Виходячи з цього, пропонуємо виділити окремі статті балансу, які можуть дати більш докладну інформацію про екологічні аспекти діяльності підприємства. У Звіті про фінансові результати також можлива детальна класифікація, наприклад: виручка і її частка від продажу відходів; витрати, у тому числі витрати на придбання екологічно чистої сировини; амортизаційні відрахування, в тому числі амортизаційні відрахування природоохоронного устаткування; інші витрати, в тому числі інші витрати на охорону навколишнього середовища.

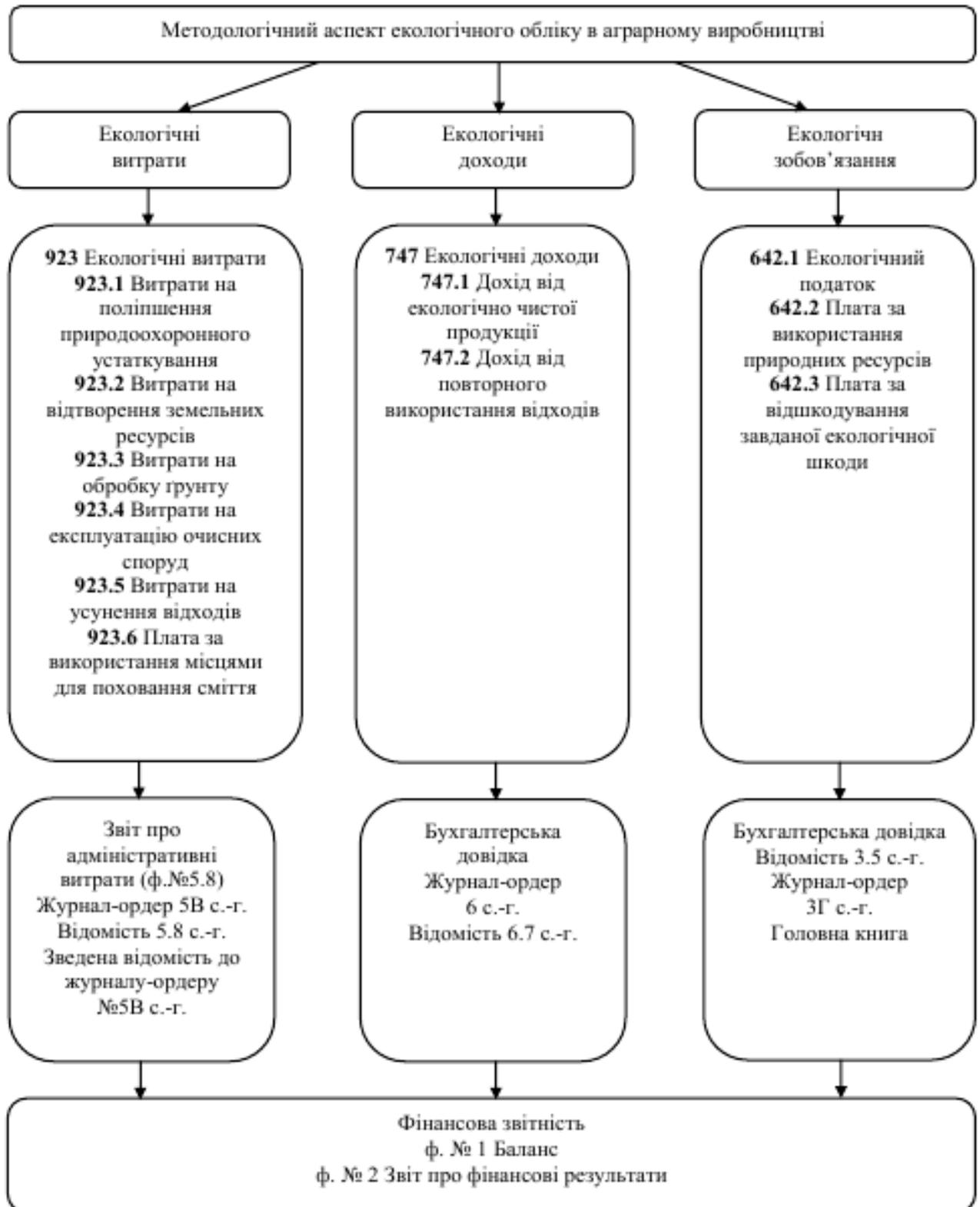


Рис. 2.17 Модель бухгалтерського відображення екологічної діяльності

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ ОБЛІКУ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

3.1. Роль бухгалтерського обліку у реформуванні фінансування на прикладі КНП «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр»

Модернізація існуючої системи фінансування систем охорони здоров'я є радикальним кроком, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово, що є особливо важливим для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, закріплення нових функцій громад та органів місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективною соціальною комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів трансформації широким верствам населення (рис. 3.1-3.5).

Як видно із рисунків пакет «Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями у дорослих та дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах» найбільш оплачуваний з усіх і становить 29,28%. Далі іде пакет «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям» - 17,78%, потім пакет «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» - 14,11%. За останні роки запропоновано багато шляхів реформування національної системи охорони здоров'я, зокрема і медичних комунальних підприємств, але основні концептуальні підходи і до сьогодні залишаються спірними, а визначені стратегії — дискусійними.

В Регіональному центрі медицини дитинства виділяють такі проблеми:

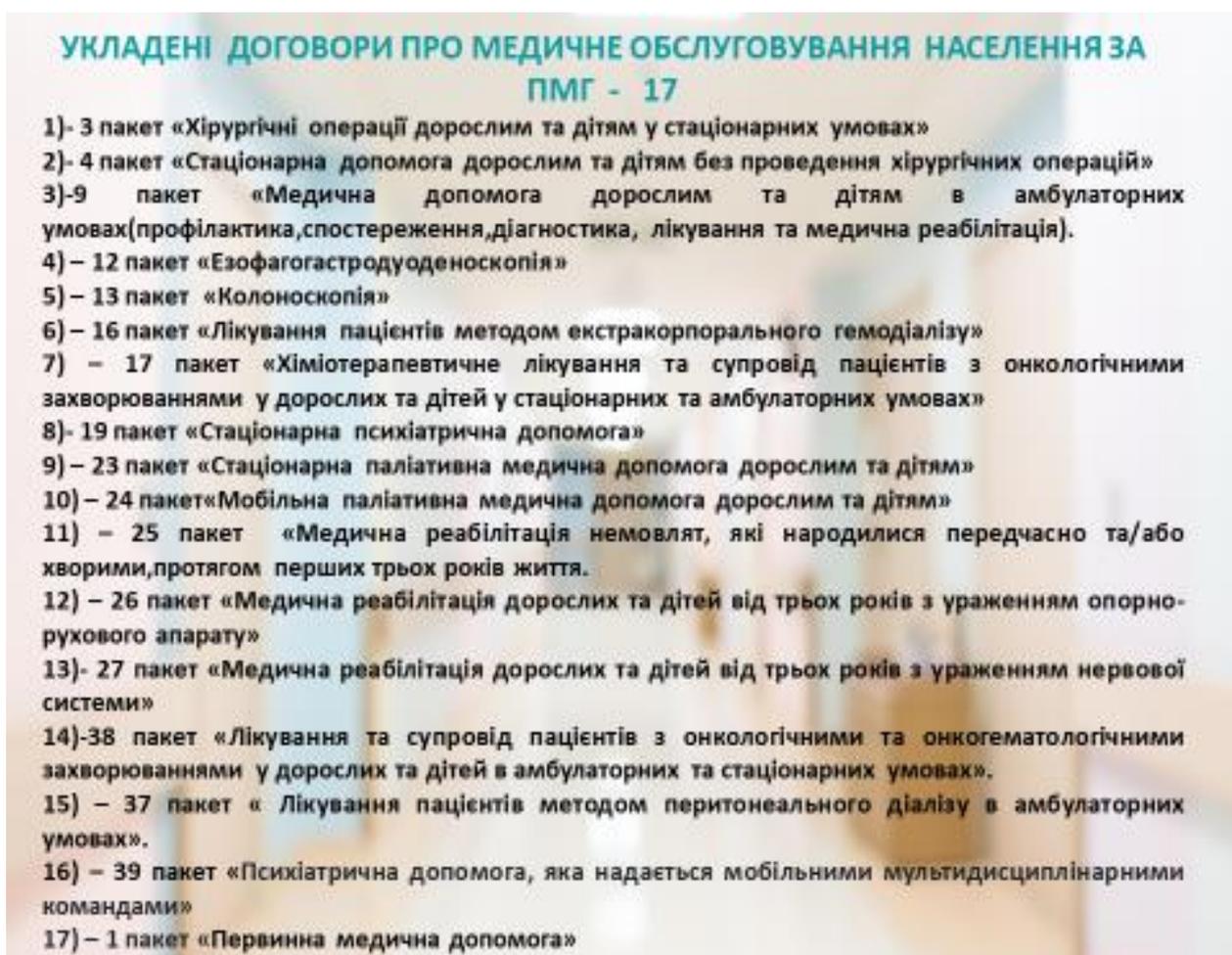


Рис. 3.1. Укладені договори КНП «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» за програмою медичних гарантій 2021 року

- 1) Формування Звіту 1-НС по медичних послугах за певний період не лише в кількості, але й в сумі;
- 2) Також потрібно мати чітке роз приділення використання коштів;
- 3) Введення бухгалтерського обліку у кожного комунального неприбуткового підприємства по різному;
- 4) Потрібно удосконалити звітність передбачену за договором про надання фінансування за програмою медичних гарантій;
- 5) Форма Звіту міняється щомісяця, кожного періоду;
- 6) Не влаштовує покарання за неподання Звітності – фінансування КНП припиняється. Це відбувається в усній формі;

7) Система для введення лікарів, послуг, кодів, тарифів, така як Хелсі зовсім недосконала.

Порівняльна таблиця коштів по кварталах, грн.

№	Назва пакету	Зг. Договору на 9 міс.	Перерахунок 08.2021	Перерахунок 09.2021	Перерахунок 10.2021
1.	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	7 393565,10	10702343,37	10702343,37	10696551,62
2.	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	8 632465,38	13 143436,26	13143436,26	13499088,06
3.	Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)	4 492691,64	8 241527,58	8241527,58	8483567,46
4.	Езофагогастродуоденоскопія	65 124,00	163 132,80	163132,80	115534,80
5.	Колonosкопія"	97 551,00	244 740,20	244740,20	190747,20
6.	Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах"	242 658,00	727 974,00	727974,00	678 198,00
7.	Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах"	8 353727,01	6674748,51	8477542,65	8477542,65
8.	Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями у дорослих та дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах"	11 064258,72	15944651,82	22390083,84	22378858,29
9.	Стаціонарна психіатрична допомога"	2 355092,19	2 355092,19	2355092,19	2355092,19

Рис. 3.2. Порівняльна характеристика коштів по кварталах 2021р.

Продовження таблиці

№	Назва пакету	Зг. Договору на 9 міс.	Перерахунок 08.2021	Перерахунок 09.2021	Перерахунок 11.2021№
9.	Стационарна психіатрична допомога"	2355092,19	2355092,19	2355092,19	2355092,19
10.	Стационарна паліативна медична допомога дорослим та дітям"	472 644,00	315 096,00	315 096,00	630192,00
11.	Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям"	886158,00	886158,00	886158,00	1054950,00
12.	Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя"	1 599903,00	1599903,00	1599903,00	1599903,00
13.	Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату"	1 391220,00	1391220,00	1391220,00	1391220,00
14.	Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи"	347805,00	347805,00	347805,00	510 114,00
15.	Лікування пацієнтів методом перитоніального діалізу в амбулаторних умовах"	-	954 224,00	2 565112,00	2565112,00
16.	Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами	-	303 210,00	303210,00	303 210,00
	Всього	48652297,04	63995262,73	73854376,89	74929881,27

Рис. 3.3. Порівняльна характеристика коштів по кварталах за 2021р.

1	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	10 783 620,99
2	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	13 590031,70
3	Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)*	8 483567,46
4	Езофагогастроудоденоскопія	107 523,18
5	Колоноскопія*	181 326,20
6	Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах*	690 642,00
7	Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах*	8 477542,65
8	Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями у дорослих та дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах*	22 378858,29
9	Стаціонарна психіатрична допомога*	2 355092,19
10	Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям*	630 192,00
11	Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям*	1 054950,00
12	Медична реабілітація нековзет, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя*	1 599903,00
13	Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату*	1 391220,00
14	Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи*	510 114,00
15	Лікування пацієнтів методом перитоніального діалізу в амбулаторних умовах*	2 027614,00
16	Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами	151 605,00
17	Первинна медична допомога	2 010178, 55
	Всього	76425981,21

Рис. 3.4. Одержані кошти по кожному пакету 2021р.

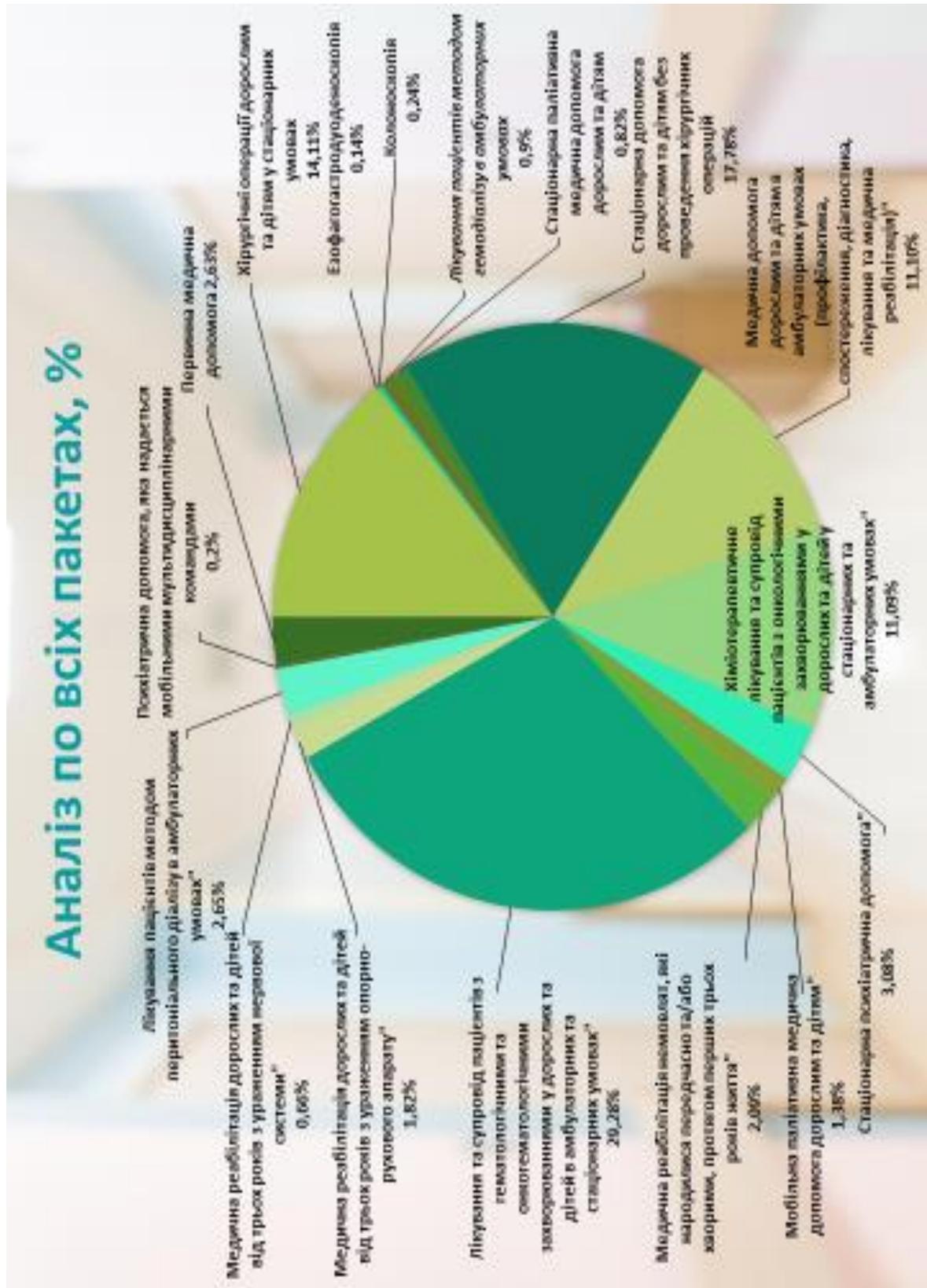


Рис. 3.5. Відсотковий аналіз по усіх пакетах 2021р.

Тому хочеться запропонувати такі варіанти вирішення даних проблем:

1. Звіт про надання медичних послуг потрібно удосконалити. Там має бути таблиця окремо по кількості наданих послуг, а також окремо і по коштах. Так буде в кінці звітнього періоду легше провести аналіз.

2. Потрібно щоб кожен пакет послуг був прописаний на які програми може надаватись, які лікарські засоби туди входять, чи можна цей пакет використовувати на інші програми напряму непов'язані з пакетом, але частково відносяться.

3. Хочеться щоб Національна служба здоров'я України відслідковувала ведення бухгалтерського обліку для всіх КНП, щоб кореспонденції операцій були однакові, а не різні;

4. Звітність передбачена договором хочеться щоб була трошки простішою. Бо дуже багато таблиць і роз'яснень, інструкцій та звітів, і важко все зібрати в одне ціле.

5. Звітність не має мінятися щомісяця. Потрібно більше часу приділяти по новому вивчати форму звітності, а також кожен пункт таблицю та підпункт.

6. Якщо невчасно подали Звіт потрібно повідомити в письмовій формі про відміну фінансування. Зараз воєнний час і не завжди можливо все подати вчасно.

7. Електронні системи охорони здоров'я такі, як Хелсі, Хелсі 24 та інші недосконалі. Коли потрібно вводити дані лікаря, пацієнта, код послуги, тарифи та інше потрібно дуже багато часу на це. А також звітність подавати важко, бо потрібно додатково розраховувати багато показників, які не є в Звіті.

8. З метою забезпечення прозорості і публічності в сфері охорони здоров'я слід наділити певними функціями контролю організації, які б могли це робити. Це сприятиме посиленню зацікавленості закладів КНП в успішному вирішенні питань охорони здоров'я.

9. Запровадити аудиторську службу в НСЗУ задля перевірки Звіту та правильності надання фінансування.

10. Пацієнти можуть відшкодувати витрати на харчування, додатковий нагляд, послуги підвищеної комфортності тощо, а решту інших витрат необхідних для лікування, покривати за рахунок державних надходжень;

11. Створення стимулів, мотивацій, санкцій для надання більш якісних медичних послуг та ефективного використання наявних ресурсів;

12. Створити аудиторську службу на підприємстві, задля перевірки даного Звіту, а також правильності його оформлення.

3.2. Алгоритм змін облікового забезпечення управління фінансуванням сфери охорони здоров'я

Для забезпечення прозорості та відкритості в охороні здоров'я громадські організації та їх об'єднання повинні бути наділені певними контрольними функціями. Це сприятиме підвищенню зацікавленості громадян в успішному вирішенні питань охорони здоров'я.

У свою чергу, держава має створити всі умови для розвитку сфери охорони здоров'я. Здійснення діяльності громадських комітетів на місцевому рівні, що представляють громадські інтереси та впливають на систему охорони здоров'я, проводять широку інформаційно-просвітницьку роботу за участю відповідних державних та громадських інституцій, спрямовану на підвищення спроможності та обізнаності громадян щодо функціонування усвідомлення проблем системи охорони здоров'я. Проте контроль за державними органами та громадськими організаціями має здійснюватися в розумній пропорції, зберігаючи вертикаль управління охороною здоров'я та не допускаючи надмірного використання громадськими організаціями повноважень.

Через недостатню законодавчу діяльність фінансові ресурси системи охорони здоров'я України на регіональному та місцевому рівнях є погано розпорядженими, а повноваження окремих її підрозділів не відповідають сучасним суспільним потребам. У відносинах між органами місцевої державної адміністрації та органами місцевого самоврядування існує певна невизначеність

їх повноважень. Виходячи з цього, необхідно визнати, що основними принципами реформування державного управління та місцевого самоврядування мають стати децентралізація, субсидіарність, партнерство органів державної влади та місцевого самоврядування, міжгалузева взаємодія.

Напрями подальших досліджень включають необхідність створення в Україні системи охорони здоров'я на основі поєднання принципів централізації зверху (на рівні адміністративних установ) і децентралізації знизу (на рівні медичних закладів), що дозволить запропонувати нові механізми управління, які значно покращать стан надання медичних послуг населенню.

Тому, ґрунтуючись на розумінні суттєвих проблем України в організації надання медичних послуг населенню та реформуванні самої системи охорони здоров'я, розроблених у літературних джерелах теоретичних і практичних розробок, пов'язаних із змінами та реформуванням галузі. Вимагаючи вдосконалення обліку у системі охорони здоров'я, а також враховуючи особистий практичний досвід, ми запропонували власний варіант моделі створення організаційно-правових засад управління охороною здоров'я країни на рівні області, району та територіальних громад.

Аудитори рекомендують реформи управління фінансовими ресурсами в галузі охорони здоров'я, які включають наступне:

1. Зменшити кількість ліжок.
2. Бюджетні призначення лікарень швидкої медичної допомоги та стаціонарних дитячих лікарень передаються іншим медичним закладам.
3. Міські райони підписують меморандум про спільне вирішення проблем медицини в рамках єдиного медичного простору.
4. Модернізація інших установ.
5. Перерозподіл функцій і коштів між первинним і вторинним сегментами (70/30).

Запропонована аудиторами модель виявилася надто агресивною, тому МОЗ запропонувало більш реалістичне бачення:

1. Пріоритетне фінансування та розвиток первинної промисловості.
2. Усунення дублювання функцій та фінансування.
3. Агентство ОЗО професіоналізувати та модернізувати відповідно до своїх функцій, додатково ускладнених угодою між міськрадою та КНП про муніципальне замовлення.
4. Запровадити систему морального та економічного стимулювання лікарів.
5. Посилити соціальний захист (медичне страхування) медичного персоналу.
6. Створити сприятливі умови для господарської (комерційної) роботи КНП та розширити сферу його діяльності (гемодіаліз, хоспіс, сектор самозайнятості тощо).
7. Залучення інвестицій та інших ресурсів (медичне страхування, лікарняні фонди тощо) для діяльності галузі.

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», який був прийнятий 06 квітня 2017 року дав досить велику самостійність закладам охорони здоров'я. Для цього Закону було розроблено «Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства» які схвалено Протоколом №9 від 14 квітня 2017 року.

Медичні поради відображають наступне:

- Механізм перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на підприємства передбачає варіанти оптимізації чисельності та працівників закладів охорони здоров'я, вирішення кадрових проблем реструктуризації медичних закладів, пропозиції щодо системи оплати праці медичного персоналу в комунах та приватних підприємствах;

- Перетворення закладів охорони здоров'я на механізми бюджетного забезпечення бізнесу: запровадження фінансування за договорами про охорону здоров'я населення; запровадження фінансування з місцевих бюджетів у рамках програмного цільового права (за бюджетними схемами); фінансування з місцевих бюджетів через забезпечення фінансової підтримки;
- Додаткові джерела фінансування закладів охорони здоров'я, не заборонені законодавством, з корпоративним статусом;
- Податкові характеристики закладів охорони здоров'я зі статусом комунального некомерційного підприємства.

3.3.Розвиток медичної галузі на засадах обліково-інформаційного забезпечення процесів реформування охорони здоров'я

Головною метою системи охорони здоров'я є покращення показників рівня населення та якості життя, збереження здоров'я кожного громадянина країни. Для досягнення поставлених цілей перед державою стоїть завдання забезпечити заклади охорони здоров'я відповідними фінансовими ресурсами на відповідних рівнях. Відсутність необхідного обсягу фінансування охорони здоров'я в країні означає, що держава не використовує свої важелі для підвищення якості та ефективності медичної допомоги та підтримки громадян у разі їх хвороби. Це не тільки порушує конституційне право людини на доступну, якісну медичну допомогу, але й призводить до погіршення стану здоров'я та зниження тривалості життя українців.

Основні питання, які сьогодні необхідно вирішити:

- 1) Недостатня ефективність eHealthcare, особливо тому, що вона характеризується такими ознаками:
 - відсутність своєчасної та стандартизованої інформації про пацієнтів від лікарів, що призводить до дублювання консультацій, обстежень, інших медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги та необґрунтованих витрат ресурсів;

2) Медичний персонал та заклади охорони здоров'я використовують неефективні інструменти для ведення великих обсягів паперових медичних картотек та збору статистичної інформації, яка потребує перегляду та оцінки з точки зору впливу на операційну ефективність системи охорони здоров'я;

3) Розширені форми медичної документації та недостатня інформація про стан здоров'я пацієнта.

Інформація про стан здоров'я пацієнтів є фрагментарною, а основна медична інформація зберігається переважно в паперовому вигляді в руках різних постачальників медичних послуг, що призводить до адміністративного тягаря та великих витрат часу для медичного персоналу. Медичний персонал не може отримати інформацію поза закладом і ймовірність втрати інформації висока. Моніторинг вказує на низьку здатність контролювати та управляти якістю медичних послуг, обмежена доступність медичних послуг.

Нерівномірне покриття мережею закладів охорони здоров'я в регіонах України, відсутність кваліфікованих медичних кадрів, нерівномірний географічний розподіл спеціалістів (концентрація у великих містах, дефіцит у сільській місцевості) породжує необхідність використання засобів дистанційного зв'язку для надання медичної допомоги.

Процес збору та формування медичної статистики є роз'єднаним, без надійної верифікації та перевірки вихідних даних, які використовуються для формування статистичних звітів. Недостатня розбудова національної інфраструктури медичної інформатизації, особливо кадрового потенціалу та рівня здатності до цифровізації медичного персоналу, а також рівня інформатизації закладів охорони здоров'я. Правовою базою розвитку охорони здоров'я є Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, закони, укази Президента і постанови Кабінету Міністрів, які стосуються проблем охорони здоров'я населення.

Окремим пунктом визначено фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я, передбачивши перехід від утримання державних і комунальних закладів охорони здоров'я до оплати послуг, які вони надають, за медичне

обслуговування населення за договором. Запровадження ринкових механізмів у національній системі охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та економності сприятиме зміцненню національної системи охорони здоров'я та збереженню соціальних цінностей, які в ній втілені.

Необхідність видачі ліцензії на професійну діяльність лікаря залежить від світового досвіду та практичних потреб, що склалися в системі охорони здоров'я, зокрема необхідності встановлення чітких підстав для отримання права припинення або обмеження медичної діяльності осіб з медичної освіти на території України, що в свою чергу сприятиме підвищенню відповідальності медичного персоналу, професіоналізму та захисту безпеки пацієнтів.

З метою забезпечення контролю за дотриманням прав і безпеки пацієнтів, наданням якісних медичних послуг, дотриманням етичних і правових засад фінансово-господарської діяльності медичних закладів створюється наглядова рада, яка забезпечує участь громадськості в заклади охорони здоров'я.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я довели, що попит населення на медичні послуги відповідає моделі піраміди. На кожні 1000 мешканців того місяця 750 мали проблеми зі здоров'ям, і лише 250 звернулися за допомогою до лікаря.

З них п'ятеро потребували консультації спеціаліста, дев'ять – госпіталізації та один потребував високоспеціалізованої допомоги. Всі інші отримують медичну допомогу на рівні лікаря первинної ланки. За такою схемою працюють системи охорони здоров'я в Європі.

Медицина повинна бути орієнтована на суспільство і керуватися практичними показниками. Слід враховувати оптимальні потреби, практичні можливості та обсяги фактично виконаної лікувально-профілактичної роботи. Такий перехід від централізованих стандартів до стандартів *defacto* виявить потреби в кількості та якості медичного обслуговування населення, а не ймовірність того чи іншого регіонального бюджету охорони здоров'я. Сьогодні такі потреби можна визначити за стандартами лікування та захворюваністю населення.

Зокрема, такий підхід дозволить оцінити вартість бюджетних видатків на охорону здоров'я на так зване соціальне замовлення в кожному регіоні. Ресурси потрібно використовувати з розумом, спочатку для профілактики (попередження захворювань, збереження здоров'я), а потім для усунення наслідків проблем (лікування пацієнтів).

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

4.1. Аналіз стану охорони праці

Належна організація роботи з охорони праці – одна з найважливіших умов спаду травматизму на виробництві, професійних захворювань і підвищення продуктивності праці. Отож, у всіх підрозділах підприємства власник або уповноважений ним орган повинен забезпечити безпечні й нешкідливі умови праці.

Умови праці на робочому місці, безпека технологічних процесів, машин, механізмів, устаткування та інших засобів виробництва, стан засобів колективного й індивідуального захисту, які застосовують працівники, а також санітарно-побутові умови, здебільшого відповідають вимогам нормативних актів про охорону праці.

Відповідальність за організацію охорони праці покладено на керівництво медичного закладу. Контроль за дотриманням законодавства здійснюють профспілковий комітет та інженер з техніки безпеки. Також до їх обов'язків входить перевірка проведення різних видів інструктажів. Усі працівники господарства раз на рік проходять медичний огляд.

Організацію охорони праці у досліджуваному медичному закладі здійснюють згідно із Законом України «Про охорону праці» та Кодексу цивільного захисту України. На їх основі у господарстві розроблено Положення про систему управління охороною праці. Для цього готують наказ із зазначенням відповідального за охорону праці у підрозділах і загалом у медичному закладі.

За охорону праці у досліджуваному медичному закладі відповідає керівник, здійснюючи загальний контроль загалом з дотриманням інструктажів

та інших заходів з охорони праці. На підрозділах за охорону праці відповідають керівники цих підрозділів.

Влаштовуючись на роботу, працівник проходить вступний інструктаж з техніки безпеки, який проводить керівник або інженер із техніки безпеки. Безпосередньо у підрозділах керівники цих об'єктів проводять первинний інструктаж. У разі зміни технічного процесу, зношення або модернізації обладнання, впровадження нових технологій, наявності випадків травматизму здійснюють позапланові інструктажі з охорони праці.

Окрім того, на підприємстві проводять повторний на робочому місці й цільовий інструктажі. Приймаючи на практику студентів, також проводять вступний інструктаж з техніки безпеки. Проведення інструктажу реєструють у журналі реєстрації інструктажів з техніки безпеки.

Згідно з внутрішнім трудовим розпорядком, працівники мають право на щотижневі вихідні дні та щорічну оплачувану відпустку. Для працівників встановлений шестиденний робочий тиждень з одним вихідним. Напередодні святкових і неробочих днів тривалість роботи працівників скорочують на одну годину. У господарстві є необхідні заходи з метою запобігання пожежам. При цьому намагаються правильно розміщувати машини й обладнання; організувати пожежну службу; окрім того, на території складів заборонено курити; практично на всіх об'єктах встановлено вогнегасники. За пожежний стан господарства персонально відповідальні керівники підрозділів.

Медичному закладу притаманний високий рівень зношеності основних засобів. Тож у процесі виконання робіт можна застосовувати винятково технічно справні інструменти й механізми. На небезпечних зонах механізмів встановлені захисні засоби.

У процесі перевірки стану охорони праці у виробничих, адміністративних, допоміжних, складських приміщеннях було виявлено певні недоліки, а саме: недостатньо освітлені адміністративні приміщення, де підвищена вологість повітря, неналежне прибирання тощо. Працівники обслуговчих і допоміжних підрозділів не повною мірою забезпечені спеодягом і засобами захисту.

Вимоги пожежної та електробезпеки переважно дотримано, однак у медичному закладі бракує попереджувальних написів і протипожежних засобів. Також не всі рухомі частини машин, транспортерів оснащені попереджувальними написами.

Через шкідливі чинники на виробництві у працівників не виключені гострі професійні чи хронічні отруєння і захворювання. Люди, що працюють з токсичними речовинами, частіше хворіють на загальні захворювання, які минають у них важче, а процес одужання повільніший. Тому розраховують показник частоти випадків захворювань $P_{чз}$, показник важкості захворювань $P_{тз}$, та показник втрат працездатності $P_{дз}$ через хвороби, які припадають на сто працівників:

$$P_{тз} = Z \times \frac{100}{P}, \quad (4.1)$$

$$P_{вз} = \frac{Dз}{З}, \quad (4.2)$$

$$P_{дз} = Dз \times \frac{100}{P} \quad (4.3)$$

де Z – кількість випадків захворювань за звітний період; $Dз$ – кількість днів непрацездатності через захворювання працівників за той самий період; P – загальна кількість працівників.

Основні показники виробничого травматизму у підприємстві подано в табл. 4.1.

У табл. 4.1 застосовано статистичний метод аналізу охорони праці, який дає змогу проаналізувати загальний її рівень. За звітний період у підприємстві не спостерігали випадків травматизму, тож розраховано лише показники захворювання, які є в межах нижче за середні в галузі. Забезпечення належних умов праці на робочих місцях потребує певних витрат. Серед таких можна виокремити витрати на придбання спецодягу, адже відповідно до чинного законодавства цю вимогу покладають на адміністрацію підприємства.

Таблиця 4.1

Основні показники виробничого травматизму

Показник	Умовне позначення	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2021 р. у % до 2019 р.
Середньоспискове число працівників, осіб	<i>P</i>	41	44	47	114,6
Асигновано на охорону праці, тис. грн:	<i>Ан</i>	215	254	312	145,1
у т.ч. витрати на спецодяг	<i>Во</i>	180	201	286	158,9
Витрати протипожежні, тис грн	<i>Вп</i>	29	29	29	-
Фактично витрачено на одного працюючого, грн	<i>Аф</i>	2028,7	2710,0	2411,8	118,9
Кількість захворювань	<i>З</i>	29	38	31	106,9
Кількість днів непрацездатності через травми	<i>Дт</i>	118	139	145	122,0
Показник частоти захворювань	<i>Пчз</i>	11,1	15,8	5,2	46,8
Показник тяжкості захворювань	<i>Птз</i>	5,5	3	8	145
Показник втрат працездатності через захворювання	<i>Пвз</i>	51	47,4	42,0	82,4

4.2. Планування заходів з покращання охорони праці та їх фінансування

У перспективному плані розвитку медичного закладу вказано необхідну кількість проведення ремонтних робіт у деяких виробничих приміщеннях, що дасть змогу вдосконалити умови праці зайнятих у таких підрозділах працівників. Заплановано також консультації з охорони праці висококваліфікованих спеціалістів, викладачів університетів, лекції про необхідність дотримання правил техніки безпеки на виробництві.

Для того щоб поліпшити умови праці, доцільно впровадити також інші заходи, зокрема з уведенням нових технологій, естетичного оформлення виробничих приміщень, консультацій із використанням таблиць, макетів, плакатів тощо. Економічний стан підприємства дає змогу збільшити витрати

коштів на впровадження низки таких заходів, втім повне їх здійснення вимагає значних видатків, тож найближчим часом не планується.

Стратегія забезпечення природно-техногенної безпеки територій передбачає здійснення робіт за двома напрямками. Перший – попередження надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру, реалізація комплексу заходів, спрямованих на зниження ризику від джерел надзвичайних ситуацій. Другий – пом'якшення наслідків впливу надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження на основі підвищення оперативності й ефективності реагування в надзвичайних ситуаціях. Заходи з покращання охорони праці та вартість їх проведення подано у табл. 4.2.

Таблиця 4.2

Заходи з покращання охорони праці та витрати коштів, 2021 р.

Зміст заходів	Вартість робіт, грн	Відповідальна особа
Розміщення попереджувальних плакатів та написів у місцях підвищеної ймовірності травматизму	4120	Керівник
Поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці у виробничих приміщеннях	18000	Керівник
Забезпечення виробничих приміщень новими вогнегасниками, засобами медичної допомоги	8761	Керівник
Встановлення огорож біля силосних ям	8400	Керівник
Налагодження пошкодженої ізоляції на живильних кабелях	5160	Керівник
Проведення інструктажів з поводження з машинами, механізмами, устаткуванням та іншими засобами виробництва, використанням засобів колективного та індивідуального захисту, виконанням робіт відповідно до вимог щодо охорони праці	x	Керівник
Всього витрат	44441	x

Відповідно до даних табл. 4.2, для поліпшення умов охорони праці медичному закладу потрібно виділити суму в розмірі 44441 грн. Стосовно економічного результату, впровадження заходів поліпшення умов праці дасть

змогу заощадити за рахунок зменшення збитків унаслідок аварій, нещасних випадків в економіці загалом і на кожному підприємстві зокрема.

4.3. Економічна ефективність заходів з поліпшення охорони праці

Заходів із поліпшення умов праці вживають для забезпечення безпечних умов праці доведенням до нормативного рівня показників виробничого середовища за елементами умов праці, захисту працівників від впливу небезпечних і шкідливих виробничих чинників.

Показниками ефективності заходів з поліпшення умов праці є:

- зміни стану умов праці: зміна кількості засобів виробництва відповідно до вимог стандартів безпеки праці; поліпшення санітарно-гігієнічних показників тощо;

- соціальні результати заходів: збільшення кількості робочих місць, що відповідають нормативним вимогам; зниження рівня виробничого травматизму тощо;

- економічні результати заходів щодо поліпшення умов праці – виражаються як економія за рахунок зменшення збитків унаслідок аварій, нещасних випадків і професійних захворювань в економіці загалом і на кожному підприємстві.

Заходи з охорони праці передбачають певний соціальний і економічний ефект, який виражається, по-перше, зростанням продуктивності праці, обсягу випуску продукції за рахунок повного використання номінального фонду робочого часу і основних виробничих фондів, по-друге – зменшенням матеріальних затрат унаслідок травматизму і захворювань за рахунок зниження оплати листків непрацездатності.

Для оцінювання ефективності заходів з поліпшення стану охорони праці треба порівняти наслідки травматизму у грошовому виразі, а також затрати до й після їх впровадження.

Крім того, варто порівнювати економічну ефективність заходів для попередження нещасних випадків (E).

$$E = Q - E_n(K_2 - K_1), \quad (4.4)$$

де Q – річна економія внаслідок зниження травматизму; E_n – нормативний коефіцієнт ефективності заходів охорони праці; $E_n = 0,08$; K_2, K_1 – витрати для впровадження заходів з метою попередження нещасних випадків за попередній і звітні роки.

До заходів із поліпшення умов праці належать усвідомленості, спрямовані на попередження, нейтралізацію чи зменшення негативного впливу шкідливих і небезпечних виробничих чинників на працівників.

У результаті виконання заходів з охорони праці створюється певний соціальний і економічний ефект, який виражається: з одного боку, підвищенням продуктивності праці, збільшенням обсягу випуску продукції за рахунок повного використання номінального фонду робочого часу і основних виробничих фондів, з іншого – спадом матеріальних затрат через травматизм і захворювання за рахунок зменшення оплати листків непрацездатності.

4.4. Безпека в надзвичайних ситуаціях

У разі надзвичайних ситуацій керівництво медичного закладу забезпечує своїх працівників засобами індивідуального й колективного захисту, організовує виконання евакуаційних заходів, створює сили для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та забезпечує їх готовність до практичних дій; інші заходи цивільного захисту; бере на себе пов'язані з цим матеріальні та фінансові витрати в порядку й обсягах, передбачених законодавством України.

Серед стихійних метеорологічних явищ найбільша питома вага припадає на сильні дощі, які у свою чергу зумовлюють появу паводків і підтоплень. Має місце загроза дощових паводків. Особливу небезпеку в зимовий період становлять сильні снігопади і хуртовини та надмірне налипання снігу. Потужні снігопади спричиняють ускладнення руху транспорту на окремих ділянках

доріг. Можливий крупний град (діаметром 20 мм і більше), який зумовлює пошкодження й винищення сільськогосподарських посівів та будівель. Імовірно також надзвичайні ситуації техногенного характеру – транспортні аварії, пожежі тощо, що виникають унаслідок необережного поводження з вогнем, під час замикання чи перевантаження електродвигунів та силових мереж, витіки пально-мастильних матеріалів або отрутохімікатів унаслідок необережного поводження з ними тощо. На відвернення таких небезпек має бути зорієнтована робота керівництва господарства з попередження ситуацій надзвичайного характеру.

Стратегія забезпечення природно-техногенної безпеки територій передбачає проведення робіт за двома напрямками. Перший – попередження надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру, реалізація комплексу заходів, спрямованих на зниження ризику від джерел надзвичайних ситуацій. Другий – пом'якшення наслідків впливу надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження на основі підвищення оперативності та ефективності реагування у надзвичайних ситуаціях.

Упровадження відповідних заходів на рівні окремого сільськогосподарського підприємства передбачає навчально-методичне забезпечення його керівництва, забезпечення надійної інформаційної системи, дотримання вимог екологічнобезпечного агровиробництва.

ВИСНОВКИ

За результатами магістерської дипломної роботи визначено, що комунальне підприємство — самостійний господарюючий статутний суб'єкт, що утворений на власності відповідної територіальної громади, який має права юридичної особи та здійснює виробничу, наукову, комерційну діяльність з метою отримання прибутку та обслуговування інтересів мешканців територіальної громади.

У роботі визначено основні ознаки комунального підприємства:

- юридична особа;
- має статут;
- веде господарську, наукову, виробничу діяльність;
- самостійність;
- мета створення — отримання доходу і обслуговування інтересів мешканців територіальної громади;
- майно комунального підприємства повинно належати територіальній громаді.

В зв'язку з медичною реформою комунальні заклади охорони здоров'я реорганізували в комунальні некомерційні підприємства. Це дало великі переваги:

- керівнику підприємства отримувати значно більшу свободу у розпорядженні активами, фінансами і формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організації структури закладу;
- можливість встановлювати підвищені форми оплати праці працівникам, що дозволяються законодавством;
- фінансування підприємства здійснюється за допомогою фінансово плану, який дозволяє правильно розпоряджатися коштами;
- медзаклади отримують право утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу

функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів;

- медзаклади отримують можливість наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

В зв'язку з Реформою медицини з'явився новий орган – Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) – це центральний орган виконавчої влади, який створює та контролює Кабінет міністрів. Нова структура займається замовленням послуг для пацієнтів, управлінням бюджетом і його розподілом між медичними закладами. Проте замовляти послуги НСЗУ буде, орієнтуючись на вибір громадянами того чи іншого закладу охорони здоров'я, так буде працювати принцип «гроші ходять за пацієнтом».

Переваги співпраці з НСЗУ для місцевої влади:

- Стабільне фінансування, а отже – надійне партнерство. Зі свого боку НСЗУ гарантує, що оплата буде сталою. Тобто якщо заклад відповідає вимогам, уклав договір з НСЗУ, то він отримуватиме кошти безперебійно.

- НСЗУ може оперативнo збільшувати суму договору і спрямовувати більше коштів туди, де більше пацієнтів. Як результат, заклад отримує постійне фінансування і може витратити кошти на забезпечення ліками та доплати медичному персоналу;

- Прозорий принцип фінансування і руху коштів у системі. Обсяг оплати від НСЗУ залежить не від особистих домовленостей, а від роботи лікарні. Для НСЗУ не важливі назва чи підпорядкування лікарні — важлива її спроможність надавати пацієнтам якісні послуги. Єдині тарифи, єдині правила — заклад, який інтенсивно працює, отримує більше коштів.

Правові підстави для складання звіту про доходи та витрати визначені пунктом 241 Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, що затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410 (далі - договір). Відповідно до договору суб'єкти господарювання, що уклали договір з НСЗУ про медичне

обслуговування населення за програмою медичних гарантій (далі – підприємства) зобов'язані надавати наступного місяця НСЗУ в електронній формі звіт про доходи та витрати надавача за формою, наданою НСЗУ.

КНП ЛОР «ЗУСДМЦ» - це комунальне унітарне некомерційне підприємство, яке надає послуги первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації високоспеціалізованої медичної допомоги дитячому населенню м. Львова, Львівської області, інших областей України та іноземних держав.

В Регіональному центрі медицини дитинства виділяють такі проблеми:

- 1) Формування Звіту 1-НС по медичних послугах за певний період не лише в кількості, але й в сумі;
- 2) Також потрібно мати чітке роз приділення використання коштів;
- 3) Введення бухгалтерського обліку у кожного КНП по різному;
- 4) Потрібно удосконалити звітність передбачену за договором про надання фінансування за програмою медичних гарантій;
- 5) Форма Звіту міняється щомісяця, кожного періоду;
- 6) Не влаштовує покарання за неподання Звітності – фінансування КНП припиняється. Це відбувається в усній формі;
- 7) Система для введення лікарів, послуг, кодів, тарифів, така як Хелсі зовсім недосконала.

Тому хочеться запропонувати такі варіанти вирішення даних проблем:

1) Звіт про надання медичних послуг потрібно удосконалити. Там має бути таблиця окремо по кількості наданих послуг, а також окремо і по коштах. Так буде в кінці звітнього періоду легше провести аналіз.

2) Потрібно щоб кожен пакет послуг був прописаний на які програми може надаватись, які лікарські засоби туди входять, чи можна цей пакет використовувати на інші програми напряму непов'язані з пакетом, але частково відносяться.

3) Хочеться щоб Національна служба здоров'я України відслідковувала ведення бухгалтерського обліку для всіх КНП, щоб кореспонденції операцій були однакові, а не різні;

4) Звітність передбачена договором хочеться щоб була трошки простішою. Бо дуже багато таблиць і роз'яснень, інструкцій та звітів, і важко все зібрати в одне ціле.

5) Звітність не має мінятися щомісяця. Потрібно більше часу приділяти по новому вивчати форму звітності, а також кожен пункт та підпункт.

6) Якщо невчасно подали Звіт потрібно повідомити в письмовій формі про відміну фінансування. Зараз воєнний час і не завжди можливо все подати вчасно.

7) Електронні системи охорони здоров'я такі, як Хелсі, Хелсі 24 та інші недосконалі. Коли потрібно вводити дані лікаря, пацієнта, код послуги, тарифи та інше потрібно дуже багато часу на це. А також звітність подавати важко, бо потрібно додатково розраховувати багато показників, які не є в Звіті.

8) З метою забезпечення прозорості і публічності в сфері охорони здоров'я слід наділити певними функціями контролю організації, які б могли це робити. Це сприятиме посиленню зацікавленості закладів КНП в успішному вирішенні питань охорони здоров'я.

9) Запровадити аудиторську службу в НСЗУ задля перевірки Звіту та правильності надання фінансування.

10) Пацієнти можуть відшкодувати витрати на харчування, додатковий нагляд, послуги підвищеної комфортності тощо, а решту інших витрат необхідних для лікування, покривати за рахунок державних надходжень;

11) Створення стимулів, мотивацій, санкцій для надання більш якісних медичних послуг та ефективного використання наявних ресурсів;

12) Створити аудиторську службу на підприємстві, задля перевірки даного Звіту, а також правильності його оформлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Герасимук І.В. П(С)БО 30 «Біологічні активи»: історичні, соціальні і економічні проблеми адаптації довітчизняної облікової культури. *Облік і фінанси АПК*. 2007. № 11-12. С. 18-22.
2. Адамовська В.С., Брітан Н. В. Удосконалення управлінського обліку витрат операційної діяльності як один з напрямів бізнес-адміністрування. *Агросвіт*. 2015. № 8. С. 58-61.
3. Барабаш Т. Г. Становлення інституту комунальної власності у системі місцевого самоврядування України. URL: http://npndfi.org.ua/docs/NP_05_04_115_uk.pdf
4. Бенько М. М. Інформаційні системи і технології в бухгалтерському обліку : монографія. К.: [КНТЕУ], 2010. 335 с.
5. Гандзюк М. П., Желібо Є. П., Халімовський М. О. Основи охорони праці: підручник. К.: Каравела, 2005. 392 с.
6. Гнатишин Л. Б., Прокопишин О. С. Організація обліку: навч. посіб. / 2-ге вид., перероб. і допов. Львів: Магнолія 2006, 2016. 438 с.
7. Гнатишин Л. Б., Прокопишин О.С. Моделювання бухгалтерського відображення екологічної діяльності в системі обліку сільськогосподарських підприємств. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»: Економіка*. 2016. Т. 275, Вип. 263. С. 78-83.
8. Гнатишин Л. Б., Прокопишин О.С., Чумак М.М. Організація документування у зерновиробництві. *Вісник Львівського національного аграрного університету: економіка АПК*. 2014. №21(1) С.84-91.
9. Господарський кодекс України від 16.01.2003 року № 436 – ІХ. *Відомості Верховної ради України*. 2003. № 19. с.144.
10. Державний класифікатор України. Класифікатор професій і вимог ДК 003-95 : наказ Держстандарту України від 27.07.1995 р. № 257. URL: <http://zakon.nau.ua/doc/?code=v257u217-95>.

11. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 1. Професії працівників, що є загальними для всіх видів економічної діяльності : наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 29.12.2004 р. № 336. URL: <http://zakon.nau.ua/doc/?code=v0336203-04>.
12. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>
13. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T172168?an=1>.
14. Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр. URL: <https://www.zusdmc.lviv.ua>.
15. Івахненко С. В. Класифікація програмного забезпечення обліку і контролю. *Бухгалтерський облік і аудит*. 2011. №7. С. 55.
16. Інструкція щодо заповнення звіту про доходи та витрати 1-НС (квартальна). URL: <https://www.golovbukh.ua/article/8550-7-fakty-pro-kvartalnyi-zvt-1ns-shcho-vi-ne-znali>.
17. Інструкція «Про застосування плану рахунків бухгалтерського обліку активів, капіталу, зобов'язань і господарських операцій підприємств і організацій». Наказ Міністерства фінансів України від 30.11.1999 р.. № 291. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0893-99>
18. Методичні рекомендації «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>
19. Методичні рекомендації щодо заповнення форм фінансової звітності : Наказ Міністерства фінансів України 28.03.2013 р. № 433 (із змінами). URL: http://buhgalter911.com/Res/Zakoni/MetodRek/metod_fin_otch_433.aspx.
20. Методичні рекомендації по застосуванню реєстрів бухгалтерського обліку: Наказ Міністерства фінансів України 29.12.2000 р. № 356. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>

21. Методичні рекомендації щодо застосування спеціалізованих форм первинних документів з обліку виробничих запасів в сільськогосподарських підприємствах від 21.12.07 р. № 929. *Баланс-Агро*. 2008. №4 (160). С. 4–14
22. Міжгалузеві нормативи чисельності працівників бухгалтерського обліку : Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 26 вересня 2003 р. № 269. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/FIN7694.html.
23. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://web.nszu.gov.ua/>
24. Національне положення (стандарт) бухгалтерського обліку 1 «Загальні вимоги до фінансової звітності». URL: <http://zakon.gov.ua>
25. Національне положення (стандарт) бухгалтерського обліку 1 «Загальні вимоги до фінансової звітності» : наказ Міністерства фінансів України від 7.02.2013 р. № 73. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0336-13>.
26. Оляднічук Н.В. Удосконалення облікових реєстрів – вимога сьогодення. *Актуальні питання сучасної економіки*: Матеріали I Всеукраїнської заочної науково-практичної конференції 20-22 січня 2010 року. Частина III. Розділ 3. *Актуальні питання становлення бухгалтерського обліку в Україні*. URL: <http://udau.edu.ua/library.php?pid=938>
27. План рахунків бухгалтерського обліку, активів, капіталу, зобов'язань і господарських операцій підприємств і організацій, затверджений наказом Мінфіну України від 30.11. 1999 року № 291. *Баланс*. 2003. № 16. С.23.
28. Податковий Кодекс України. URL: <https://tax.gov.ua/nk/>.
29. Положення (стандарт) бухгалтерського обліку 16 «Витрати» від 18.11.2005 р. № 790. *Облік і фінанси АПК*. 2006. № 6. С. 4-8.
30. Положення (стандарт) бухгалтерського обліку 9 «Запаси»: Наказ Міністерства фінансів України від 20 жовтня 1999 р. № 246. URL: www.ligazakon.ua.
31. Положення про документальне забезпечення записів у бухгалтерському обліку, затверджено Наказом Міністерства фінансів України від 24.05.1995 № 88. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0168>

32. Положення про документальне забезпечення записів у бухгалтерському обліку : Наказ Міністерства фінансів України від 24.05.95 р. № 88. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0168-95>.
33. Порядок зберігання електронних документів в архівних установах : Наказ Державного комітету архівів України від 25.04.2005 р. № 49. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0627-05>.
34. Про бухгалтерський облік і фінансову звітність в Україні : Закон України від 16 липня 1999 року. *Бухгалтерський облік і аудит*. 1999. № 6. С. 9-16.
35. Про бухгалтерський облік і фінансову звітність: Закон України від 16.07.1999 № 996-XIV. URL: www.zakon.rada.gov.ua
36. Про електронний цифровий підпис : Закон України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/852-15>.
37. Про електронні документи та електронний документообіг : Закон України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/851-15>.
38. Професійні вимоги до керівників та головних бухгалтерів фінансових установ : Розпорядження державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 13.07.2004 р. № 1590. URL: <http://legalaid.ua/profesijni-vymohy-do-kerivnykiv-ta-holovnyh-buhhalteriv-finansovyh-ustanov/>.
39. Стоян В.І. Методологічні аспекти обліку витрат виробництва. *Фінанси України*. 2012. №10. 218 с.
40. Ткаченко Н. М. Бухгалтерський фінансовий облік, оподаткування і звітність: підручник. К.: Алерта. 2011. 976 с.
41. Федоренко О. І., Бондар О. І., Кудін А. В. Основи екології: підручник. К.: Знання, 2006. 543 с.
42. Фінансовий та управлінський облік за національними стандартами: підручник [М.Ф. Огійчук, В.Я. Плаксієнко, М.І. Беленкова та ін.]. К.: Алерта, 2011. 1042 с.