

Література:

1. Семенюк В. Процес приватизації в Україні та економічна безпека держави [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=17953958](http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=17953958).
2. Дорнбуш Р., Фішер С. Макроекономіка: Пер. з англ. / Дорнбуш Р., Фішер С. – К.: Основи, 1996. – 814с.
3. Гальчинський А. Стабілізація гривні: проблеми і перспективи / Гальчинський А. // Вісник Національного Банку України. – 2002. – №7. – С. 9.
4. Машко А. І. Теоретико-практичні проблеми управління бюджетном дефіцитом / А. І. Машко // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Економіка». Спецвипуск 22. – Ужгород, 2007, С. 155–159.
5. Фінансово-монетарні важелі економічного розвитку: в 3 т. / За ред. чл.-кор. НАН України А. І. Даниленка. – К.: Фенікс, 2008. Т.2: Механізми грошового та фондового ринків і їх вплив на розвиток економіки України / За ред. чл.-кор. НАН України А. І. Даниленка. – К.: Фенікс, 2008. – 442 с.

Мокрицька А. Б.

викладач кафедри фінансів

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Діюча система управління та фінансування медичних установ базується на роздільній оплаті кожного виду допомоги: поліклінічної, стаціонарної, станцій швидкої медичної допомоги, параклінічної і ін. В результаті установи, що надають різні види медичних послуг, роз'єднані і, по суті, не є єдиною системою надання медичної допомоги. Кожен з них переслідує лише власний економічний інтерес, який не завжди відповідає цілям раціонального використання обмежених фінансових ресурсів. Наприклад, установи, які надають стаціонарну допомогу, зацікавлені в лікуванні захворювань, з якими можна справитися амбулаторно; поліклініки, у свою чергу, – в тому, щоб частіше направляти своїх пацієнтів в стаціонари. Окрім іншого, лікарі, що надають первинну медико-санітарну допомогу, втрачають інтерес до запобігання захворюванням, до зменшення кількості викликів станцій швидкої медичної допомоги. Практично вся система надання медичної допомоги орієнтована на хвору людину, і носить затратний характер. Тому, ми вважаємо, що об'єктом фінансування повинна бути не окрема установа охорони здоров'я, а комплекс медичних установ, що надає весь необхідний обсяг медичної допомоги для прикріпленого населення і який обслуговується фінансуючою стороною.

Реформування механізму управління фінансами охорони здоров'я передбачає необхідність проведення структурної реорганізації медичної допомоги. Одним з варіантів вирішення проблеми оптимізації структури

медичного забезпечення на регіональному рівні є створення «територіальної інтегрованої системи» охорони здоров'я.

Основними складовими інтегрованої системи є медичні комплекси, які є об'єднанням основних ланок надання медичних послуг (автономних закладів первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичної ланок, стаціонарної ланки, ланки швидкої медичної допомоги).

Найоптимальнішим варіантом забезпечення автономізації комунальних медичних закладів, які сьогодні функціонують у статусі бюджетних установ і мають пов'язані з цим недоліки, є їх реорганізація в комунальні некомерційні підприємства [3, с. 56]. Така реорганізація може забезпечити медичним закладам більший, ніж у бюджетної установи, рівень господарської та адміністративної автономії; можливість запровадження економічних стимулів для підвищення якості та ефективності діяльності; запобігання конфлікту між соціальною функцією державного чи комунального медичного закладу та підприємницьким інстинктом (тобто пріоритетом отримання прибутку).

На первинному рівні доцільно провести чітке розмежування первинної та вторинної медичної допомоги та створення мережі закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) та їх устаткування відповідно до табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості (згідно з наказом МОЗ України від 22.05.2006 р. №308 «Про затвердження табеля оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики–сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів»): в сільській місцевості – шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень та частини поліклінічних відділень центральних районних та районних лікарень, великих фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП), в міській місцевості – шляхом реорганізації та перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів, наближених до місця проживання населення.

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової стабільності закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) планується створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу Центрів – закладів з правами юридичної особи – входять амбулаторії загальної практики сімейної медицини (ЗП/СМ) та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого комплексу. До функцій Центру входить: укладання договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів ПМСД, що входять до складу Центру, забезпечення якості медичної

допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників. В амбулаторії можуть здійснювати свою діяльність лікарі – приватні підприємці, які мають відповідну ліцензію на здійснення медичної практики із ЗП/СМ.

Виходячи з даних доказового менеджменту та найкращого світового досвіду з метою покращання якості вторинної медичної допомоги з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг пропонується диференціація лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається, на:

- лікарні інтенсивної допомоги – для надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду. Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високовартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

- лікарні планового лікування – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;

- для відновлювального лікування – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів, потребують спеціального обладнання;

- хоспіси – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, потребують спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широке залучення волонтерів.

Головна роль надається багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу складають близько 90% всіх стаціонарних закладів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 100–200 тис. населення і виконувати не менш, ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менш ніж 400 пологів на рік [2, с. 67].

Проведення зазначених перетворень може бути здійснено при існуючому адміністративно-територіальному розподілі шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади декількох сільських районів або міст та районів залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

З метою наближення і покращення медичної допомоги пропонується створення консультативно-діагностичного центру, який забезпечить надання спеціалізованої та діагностичної медичної допомоги прикріпленому населенню.

Спрямовувати сюди пацієнтів можуть сімейні (дільничі) лікарі. Діагностичні відділення будуть використовуватися також і для обстеження пацієнтів стаціонарної ланки.

Існує багато проблем у функціонуванні швидкої та невідкладної допомоги, основними з яких є значна частка роботи, що не властива функціям швидкої допомоги, зокрема виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, велика тривалість доїзду, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад. Саме в умовах територіально-інтегрованої системи в первинній ланки виникають стимули для зменшення виїздів бригад швидкої допомоги шляхом перебирання на себе функцій невідкладної допомоги, які зараз здійснюються швидкою допомогою.

В рамках медичного комплексу при інтегрованій системі також створюються умови для управління структурою витрат на надання медичних послуг (найбільш ефективним органом управління в такій моделі є лікарсько-адміністративна група [1, с. 88] або організація управління ресурсами), при цьому переваги мають такі види медичної допомоги і медичних технологій, які володіють найбільшою ефективністю (з точки зору надання населенню максимального об'єму якісної медичної допомоги на одиницю витрачених ресурсів (за умови, якщо нормативи якості задані). Крім того, в умовах інтегрованої системи стають актуальними такі обов'язкові компоненти будь-якої системи управління, як моніторинг стану здоров'я населення і оцінка діяльності установ охорони здоров'я. Інтеграція зусиль медичних установ в рамках єдиного медичного, фінансового і інформаційного простору істотно розширює варіанти їх співпраці зі страховими компаніями.

На Заході описуваний підхід знайшов відображення в діяльності Організацій підтримки здоров'я (ОПЗ). ОПЗ об'єднують функції страхування і планування надання медичної допомоги. У найзагальнішому вигляді – це медико-страхові об'єднання з загальною структурою управління, що включають керівників медичної страхової організації і інтегрованої мережі медичних установ. Досвід функціонування ОПЗ є цікавим для української охорони здоров'я, проте повністю застосовні в Україні вони бути не можуть, оскільки орієнтовані на приватнопрактикуючого лікаря та існування системи страхової медицини.

Моделі ОПЗ не враховують в повній мірі особливості організації вітчизняної охорони здоров'я та перш за все ролі і місця амбулаторно-поліклінічної ланки. Тому запропонована територіально інтегрована система організації і фінансування медичного забезпечення враховує як особливості вітчизняної охорони здоров'я, так і певні аспекти організації ОПЗ, які можуть бути використані у вітчизняній практиці організації охорони здоров'я.

Література:

1. Голунов А. І. Структура і організація роботи територіальних медичних установ на засадах сімейної медицини. / А. І. Голунов, І. І. Фуртак // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). – 2008. – Вип. 1. – С. 80–88.
2. Лехан В. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. Лехан, Н. Лакіза-Савчук, В. Войцехівський. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
3. Рудий В. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.

Перевознюк В. В.

викладач кафедри фінансів

АЛЬТЕРНАТИВНІ ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ПІДПРИЄМСТВ ВОДОПОСТАЧАННЯ

Низка реформ галузі водопостачання та водовідведення не приводять до поліпшення фінансового стану підприємств та покращення якості послуг, а традиційні методи фінансування суб'єктів господарювання водопровідно-каналізаційного господарства неспроможні забезпечити їм рентабельність діяльності, яка щороку зменшується. Відтак, особливої актуальності набуває проблема пошуку альтернативних джерел фінансування підприємств водопостачання.

Питання фінансового забезпечення водопровідно-каналізаційних підприємств глибоко досліджені в працях таких вітчизняних учених як: Г. Агаджанов, О. Бабак, А. Базилюк, П. Бубенко, С. Дзезик, І. Запатріна, М. Забаштанський, В. Зимовець, О. Кириленко та ін. Проте, потребує наукового обґрунтування доцільність використання саме додаткових джерел фінансових ресурсів з метою модернізації вкрай зношеної інфраструктури водопостачання.

На нашу думку, одним із таких джерел є кредити Світового Банку, які, як свідчить досвід, на цю галузь надаються за пільговою процентною ставкою. Так, у 2005 р. за результатами оцінки роботи 175 водопровідно-каналізаційних підприємств України в рамках проекту «Розвиток міської інфраструктури», експертами Світового банку для кредитування були вибрані водоканали м. Одеси, Івано-Франківська і Чернігова. Відбір претендентів на кредит Світового Банку здійснювався на основі таких умов використання кредитних коштів: поступове покриття експлуатаційних витрат, витрат на технічне обслуговування і ремонт протягом терміну реалізації проекту, висока кваліфікація персоналу.

Проект передбачав отримання комунальним підприємством «Чернігівводоканал» у 2009–2012 рр. 22,8 млн. дол. США. на термін 20 років. Впродовж перших п'яти років підприємство мало б сплачувати лише відсотки,