

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра фундаментальних та спеціальних дисциплін ЧННІПБ

КАКУЛА Майя Анатоліївна

УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В
НАПРЯМІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

спеціальність 015 – Професійна освіта
освітньо-професійна програма – Фінансова грамотність

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
ПОФГзмч-21
М. А. Какула

Науковий керівник:
к.і.н., ст.викладач Кульчицький Р. В.

ТЕРНОПІЛЬ-2021

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та значення бюджетного фінансування охорони здоров'я

Зміст бюджетного фінансування постає у налагодженні грошових взаємин, які постають між країною і місцевим самоврядуванням, з однієї сторони, і підприємствами, об'єднаннями, установами всіх форм власності та фізичними особами, – з ін. тощо], з приводу скерованості та вжитку грошових коштів централізованих фондів на розширене відтворення, підняття рівня життя, задоволення суспільних знадоб і постачання інших безпосередніх державних заходів [45, с. 197].

За неоднакових умов забезпечення принагідного рівня здоров'я громадян є пріоритетним завданням будь-якої країни, її системи охорони здоров'я (СОЗ), про що акцентовано в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів. Мета та завдання, що виникають перед системою охорони здоров'я, націленої на збереження та зміцнення здоров'я, постачання населення доступною й якісною медичною допомогою чинно до рівня технологічного розвитку, конкретних знадоб і згідно з додержанням принципів рівності та справедливості. Система охорони здоров'я – максимально чутлива соціальна, політична та економічна галузь будь-якої країни, що є частиною національної культури й має стосунок до всього суспільства. Система охорони здоров'я в Україні – це цілісна сфера, яка має базуватися на принципах дієвого взаємодіяння багатьох центральних органів влади на рівні Міністерств охорони здоров'я, фінансів, економіки, праці та соціальної політики, освіти і науки, з питань надзвичайних ситуацій та інших міністерств та відомств [5]. Прогалини в наявній системі охорони здоров'я, істотні зміни у соціально-економічній сфері, непринагідна екологічна ситуація, гостра демографічна ситуація і незадовільний стан здоров'я громадян потребують нагального розв'язання

вагомим проблем сфери, поліпшення організації і удосконалення її діяльності. Щорічне зростання фінансування охорони здоров'я без введення інструментів підняття ефективності вжитку ресурсів та заохочення медичних працівників до праці.

У вітчизняній економічній енциклопедії бюджетне фінансування формулюють як надане в остаточному порядку грошове забезпечення, виділення (асигнування) грошових накладів із державного (місцевого) бюджету на витрати, обумовлені з вжитком державних замовлень, державних програм, утримання державних організацій [12, с. 127].

Дуже схожим за змістом до вказаного тлумачення є визначення інших вчених, що простежуються у вітчизняних підручниках та монографіях із теорії фінансів і бюджету. На міркування професора О. Василика, бюджетне фінансування – це надання юридичним особам із державного бюджету фінансових ресурсів у формі безповоротних безоплатних коштів та інвестицій на піднесення економіки, соціально-культурні заходи, захист та інші громадські знадоби [5, с. 380].

Бюджетне фінансування – це остаточне виділення бюджетних коштів фізичним і юридичним особам з ціллю постачання здійснення їхніх функцій. Функціонування механізму бюджетного фінансування обумовлено з застосуванням його різних форм та прийомів. У вітчизняній фінансовій літературі виокремлюють такі форми бюджетного фінансування: кошторисне фінансування, бюджетні інвестиції, бюджетні кредити, державні трансферти [4, с. 271].

Фінансові ресурси сфери охорони здоров'я формуються за рахунок багатьох джерел. Чинно до закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801–ХІІ від 19.11.1992 р. виділяють державні (надходження державного та місцевих бюджетів, доходи фонду обов'язкового державного медичного страхування) та недержавні (доходи фондів добровільного медичного страхування, благодійних фондів, організацій, підприємств, громадян) джерела фінансових ресурсів медичної сфери (рис. 1.1).

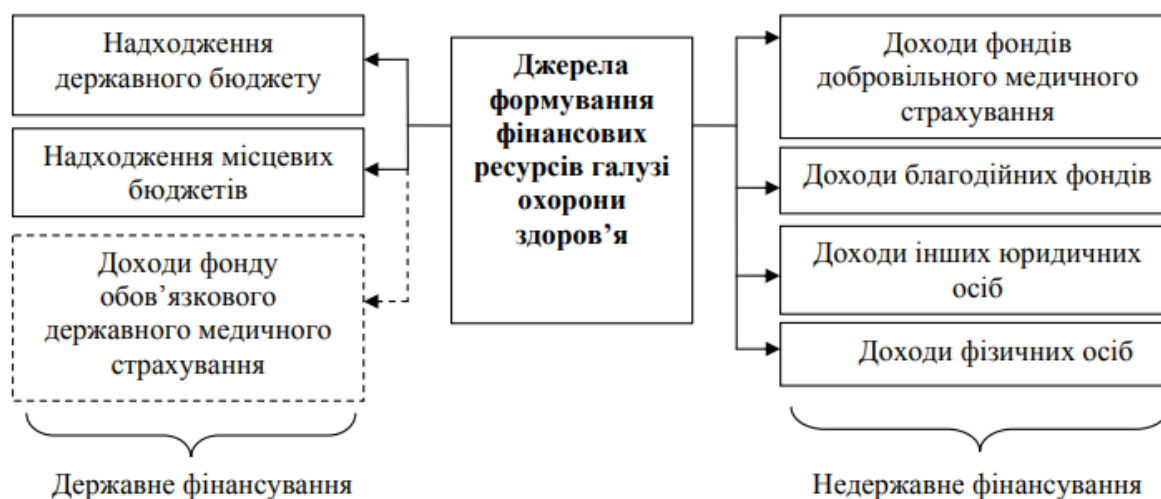


Рис.1.1. Джерела формування фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я в Україні

Як слушно зауважує В. Дем'янишин, бюджетне фінансування налічує такі риси: бюджетне фінансування є однією з найбільш вагомих форм виконання видатків бюджету; його сутність виражається в остаточному наданню бюджетних коштів юридичним і фізичним особам; надання цих коштів реалізується на виконання заходів, передбачених бюджетом; список цих заходів відгукується функціям країни; бюджетне фінансування з сторони держави є формою бюджетного механізму, а з сторони суб'єктів господарювання – однією з форм фінансового постачання [9, с.336].

Під бюджетним фінансуванням сфери охорони здоров'я доречно усвідомлювати комплекс грошових взаємин, обумовлених з розподілом і вжитком коштів централізованого грошового фонду країни, які здійснюються способом безповоротного і безоплатного надання бюджетних коштів розпорядникам бюджетних коштів в сфері охорони здоров'я на здійснення заходів, передбачених затвердженим бюджетом та розписом асигнувань бюджету.

У законі про Державний бюджет України вказуються обсяги субвенцій на охорону здоров'я нарізно для кожного місцевого бюджету.

Медична субвенція через головного розпорядника бюджетних коштів, Міністерство охорони здоров'я України, затверджується для надання таким місцевим бюджетам:

- обласним бюджетам;
- районним бюджетам;
- міським (м. Києва та міст обласного значення) бюджетам;
- бюджетам об'єднаних територіальних громад, що формуються чинно до закону та перспективним планом формування територій громад [3].

Розподіл медичної субвенції між місцевими бюджетами здійснюється із вжитком формульного підходу зі зважанням на такі параметри: чисельність населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці; коригуючі коефіцієнти, що зважають на розбіжності у вартості надання медичної допомоги; ознаки надання медичної допомоги у гірських населених пунктах [3].

Розпорядники медичної субвенції за місцевими бюджетами затверджуються ухваленнями про такі бюджети чинно до законодавства. Кошти місцевих бюджетів, одержані у формі медичної субвенції, скеровуються на проведення поточних видатків комунальних закладів охорони здоров'я. До головних особливостей застосування медичної субвенції у 2017 р. дозволено зарахувати [11]:

- неможливість проведення поточних видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв закладів охорони здоров'я через медичну субвенцію, позаяк для даних цілей завбачена додаткова дотація з державного бюджету місцевим на виконання переданих з державного бюджету видатків на утримання закладів освіти та охорони здоров'я;

- затвердження лімітів при розподілі медичної субвенції об'єднаними територіальними громадами.

Так, масштабу субвенції, що націлюється на первинну медичну допомогу, не дозволено перевершувати 40% валового діапазону субвенції для районів та об'єднаних територіальних громад, які на добровільній основі сполучили на базі районів, та 30% валового обсягу субвенції для міст обласного значення та об'єднаних територіальних громад, які добровільно звелися на базі міст обласного значення.

Не беручи до уваги на істотні зміни в діапазонах та організації бюджетного забезпечення охорони здоров'я, головною проблемою органів місцевого самоврядування в аспекті управління фінансами охорони здоров'я зостається незабезпеченість в належному обсязі коштами медичної субвенції розходів місцевих бюджетів на охорону здоров'я. Це спричинює потребу відволікання власних доходів місцевих бюджетів на постачання фінансовими ресурсами делегованих державою органам місцевого самоврядування повноважень.

У Бюджетному Кодексі України вказано, що бюджетна програма – це комплекс заходів, скерованих на звершення єдиної мети, завдань та бажаного результату, дефініцію і реалізацію яких виконує розпорядник бюджетних коштів чинно до покладених на нього функцій.

Таку ж дефініцію цього терміна зазначено в Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі [36]. Т. І. Єфименко, І. Б. Стефанюк та Н. І. Рубан вказують, що бюджетна програма є формою здійснення програмно-цільового методу в бюджетному процесі, ціллю вжитку якого є встановлення прямого зв'язку між призначенням бюджетних коштів і наслідками їх застосування [14, с. 67].

Мета бюджетної програми – валове визначення наслідків, яких має здобути заклад охорони здоров'я чи орган управління цією сферою в результаті проведення вказаної програми [29].

Ціль програми зобов'язана узгоджуватися з головною метою роботи головного розпорядника. Завдання бюджетної програми – це визначені вектори та заходи, які будуть проводитись впродовж певного періоду часу та які дозволено оцінити та виміряти за сприянням показників. Завдання мають постачати звершення цілей і передбачають реальні дії для здійснення вказаних цілей [33].

Усяка бюджетна програма зобов'язана мати паспорт [35]. Здійснення бюджетної програми має проводитись в рамках компетенції того, хто її виконуватиме. Для більшої дієвості оцінки проведення програми варто

застосовувати показники реалізації кожного з вказаних завдань окремо, а не індикатори виконання програми загалом [31].

За сприянням показників ефективності дозволено визначити дієвість витрачання бюджетних коштів та якість послуг, що надаються громадянам [32].

При розробці системи оцінки реалізації програми варто зважати на досвід діяльності тієї чи іншої сфери, щоб неупереджено сформулювати доцільність ужитку таких свідчень здійснення для оцінки програми. З ціллю оцінки реалізації програм і для одержання якомога більшого діапазону відомостей стосовно завдань програми, наслідків, які передбачається одержати, та коштів, які на це завдання планується вкласти, застосовується низка показників дієвості, а саме: показники затрат, ефективності та якості [36].

Оцінка результативності програм є зняряддям керівництва, який дає перспективу оцінити ефективність вживання головним розпорядником коштів на здійснення бюджетної програми для звершення її цілей та завдань. Індикатори виконання програм зобов'язані не перешкоджати один одному. Зважаючи, що головним важелем державного налагодження процесу розвитку охорони здоров'я є програмно-цільове планування й контроль над виконанням визначених програм, подальше поліпшення системи управління охороною здоров'я ведеться до формування горизонтальних зв'язків способом створення програмно-цільових груп управління й побудови на цій базі матричної організаційної структури.

Основним спрямуванням державної політики поліпшення організації охорони здоров'я являється постачання її цілісності через єдині підходи до планування, засадами якого мають стати цільові програми розвитку охорони здоров'я, що здійснюють цілі та завдання державної політики на певний час, а також застосовують валову методологію програмно-цільового підходу.

Рисами державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, та разом їх складностями, є, насамперед, не спланованість довгострокової дії програми, складність введення ресурсів на загальнодержавному рівні, потреба якісної не тільки медичної, але й фінансової освіти, значний рівень основоположних

технологій, зважання на міжнародний досвід, а також ефективність програми на рівні людей та їх здоров'я, що є найвагомим чинником.

1.2. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні

У Конституції України затверджено право кожного громадянина на охорону здоров'я, а ще вказано, що в державних і комунальних закладах медична допомога постачається державою і надається безкоштовно [9].

Із ціллю дефініції діапазону державного фінансування та ступеня безкоштовності медичної допомоги здійснено розгляд обсягів фінансування системи охорони здоров'я в 2012–2015 рр. за сприянням різних джерел. Безкоштовна медична допомога, гарантована державою, призначається закладами, до яких входять: заклади, що визначаються окремим списком Кабінету Міністрів України, знаходяться у загальнодержавній власності і є підпорядкуванням Міністерству охорони здоров'я України;

Результативне вживання бюджетних коштів зостається однією з вагомих проблем реалізації бюджету в більшості держав світу. Надто актуальне це питання для України, яка проводить бюджетну політику в умовах лімітованих бюджетних ресурсів. Зважаючи на це, негайним завданням є реформування наявної системи фінансового державного контролю як засобу підняття дієвості державного управління.

Обґрунтована потреба вжитку цільових бюджетних програм у системі охорони здоров'я як знаряддя для застосування бюджетних коштів з кращим наслідком і меншими розходами чинно до пріоритетів державної політики у галузі охорони здоров'я чи рішеннями територіальної громади. За даного підходу головна увага акцентується не на розвитку мережі та зростанні штатів установ, а на наслідках виконання програм і, як результат, – на піднятті якості надання медичної допомоги.

Суттєве значення таких благ, як життя і здоров'я людини, породжує потребу їх охорони. Постачання громадян лікувально-профілактичною

допомогою в належному обсязі та високої якості обумовлено від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, компетентності та кваліфікації медиків, керівників, психологічної готовності громадян турбуватися про стан свого здоров'я. Але однією з неухильних умов, що постачить принагідну якість медичних послуг, є фінансове забезпечення як один із головних факторів, що позначається на розвиток охорони здоров'я та соціально-економічну ефективність сфери.

Поняття "фінансове забезпечення" є різноаспектним і повинно аналізуватися у економічному та правовому планах, тому аби його визначити, варто проаналізувати і тотожні поняття, а саме: бюджетне фінансування, кошторисне фінансування, самофінансування, благодійництво, страхування, що дасть можливість означити поняття фінансового забезпечення охорони здоров'я як окремого об'єкта правового регулювання та визначити його специфічні особливості.

У вітчизняній науці аналізують фінансове забезпечення як метод фінансового механізму, який використовують у ході розподілу та перерозподілу сформованого в соціумі національного продукту. Даний підхід, де фінансове забезпечення вказаний як один із методів фінансового механізму, зумовлений постачати розподільчі та перерозподільні процеси з ціллю формування доходів і фондів грошових коштів, характерний науковим роботам О. Кириленко, С. Юрія. Схожого міркування додержується В. Опарін, який твердить, що фінансове забезпечення - це комплексна підсистема фінансово-кредитного механізму. Крім того, він окреслює фінансове забезпечення як сукупність джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної галузей соціуму [2, с. 72].

Фінансове забезпечення - це метод фінансового механізму, за сприянням якого продукують та застосовують фонди грошових коштів і який означає зміст діяння фінансів на різні площини суспільних правовзаємин. Фінансове забезпечення охорони здоров'я - це метод фінансового механізму, що окреслює принципи, джерела і правові прийоми фінансування суб'єктів господарювання,

робота яких націлена на охорону, збереження, укріплення та відновлення здоров'я населення.

Охорона здоров'я - це функція країни, а збереження здоров'я - це функція і країни, і кожної громадянина зокрема. Фінансове забезпечення охорони здоров'я не здатна бути здійснена без належного правового механізму. Правовий механізм фінансового постачання охорони здоров'я - це сукупність методів та форм, важелів та знарядь, які застосовуються для опори і функціонування охорони здоров'я за сприянням нормативно-правового та інформаційного постачання. Норми законів є базою правового механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Фінансово-правові норми - це неухильні розпорядження державних органів стосовно мобілізації розподілу і вжитку централізованих і децентралізованих фондів, вказаних в категоричній формі й постачаються вимушеною силою закону. Фінансово правові норми діляться на такі типи: норми, що зобов'язують; норми, що забороняють; норми, що уповноважують. Фінансові важелі є вагомим елементом правового механізму фінансового постачання охорони здоров'я.

Одним із видів фінансових важелів є принципи і нормативи. Суттєве значення норм і нормативів постає в тому, що майже всі фінансові регламенти й розрахунки в сфері охорони здоров'я базуються на певних затверджених нормах, нормативах. Безпідставні або невзаємопов'язані норми і нормативи спроможні перелаштувати діяльність найдосконалішого механізму. Фінансові заохочення теж мають істотне значення для діяльності правового механізму фінансового постачання охорони здоров'я. Це комплекс податкових пільг, прибуткова оренда, невисокі ставки відсотків за кредити, премії, моральні заохочення та інше. Правовий механізм фінансового постачання охорони здоров'я повинен бути забезпечений дієвим фінансовим контролем та потрібними відомостями.

Фінансовий контроль в сфері охорони здоров'я - це контроль за діянням правового механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я. Інформаційне

постачання має неупереджено відтворювати дані про стан фінансового забезпечення охорони здоров'я на будь-який термін часу і з будь-яким рівнем деталізації. Правовий механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні функціонує поряд із загальними рисами фінансового і бюджетного механізму, останньому властиві свої особливості. У першу чергу, бюджетний механізм - це сукупність певних видів бюджетних відносин, специфічних методів мобілізації та використання бюджетних коштів.

Бюджетний механізм повинен бути реальним втіленням основ бюджетної політики, відображаючи певну спрямованість бюджетних коштів на вирішення економічних і соціальних завдань на певному етапі розвитку держави.

Виступаючи складовою ланкою загальної системи управління економікою, бюджетний механізм зводиться до виконання двох основних функцій: фінансове регулювання економіки, соціальних процесів і фінансове їх забезпечення. Проте, щоб фінансово забезпечити відповідні заходи та програми відповідними грошовими коштами необхідно визначити прийоми, методи та форми мобілізації ресурсів, застосовуючи інструментарій руху бюджетних коштів та утворення відповідних фондів.

Враховуючи особливості загального бюджетного механізму та його підсистем, наявність якісного законодавства та нормативно-правових актів, основні методи його формування та вдосконалення. Тому, з одного боку, без належного законодавчого та нормативного забезпечення неможлива цивілізована організація державного бюджетного процесу та механізму його виконання. Тому створення цієї підтримки відноситься до вхідної підсистеми бюджетного механізму. З іншого боку, функціонування бюджетного механізму на кожній стадії бюджетного процесу та чіткий взаємозв'язок між підсистемами, важелями та елементами регулюється лише чинним законодавством країни та іншими нормативно-правовими актами, що регулюють бюджетні відносини.

Якісне законодавство та інші нормативні документи створюють умови для ефективної роботи служб бюджетного механізму та кінцевої підсистеми, а

також її впливу на рівень розвитку суспільства для досягнення високих результатів. Головними формами фінансової підтримки охорони здоров'я України є: бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування, благодійність, інвестиції та кредити. Також, при переході до ринкової економіки державним і комунальним закладам охорони здоров'я допускається займатися некомерційною господарською діяльністю (медичною та немедичною), залучаючи тим самим додаткові фінансові ресурси. Як наслідок, такі форми фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування, набули поширення.

Традиційно найважливішим джерелом фінансової підтримки охорони здоров'я є державний та місцеві бюджети, а кошти, отримані з інших джерел, є лише додатковим фінансовим ресурсом. Тому головною формою фінансового забезпечення охорони здоров'я є бюджетні кошти. У юридичній та економічній літературі процес виділення бюджетних ресурсів розпорядникам бюджетних коштів під час виконання бюджету називають бюджетним фінансуванням. З бюджетним фінансуванням пов'язане поглиблене теоретичне вивчення процесу розподілу та організації грошових відносин централізованих фондів країни. У процесі залучення коштів на призначення державного бюджету він зосереджується на державних функціях, корисності цих функцій для суспільства, стратегічній спрямованості та траєкторії розвитку суспільства, пов'язаних з ними тенденціях і розвитку [4, с.151].

В Енциклопедії вітчизняного господарства бюджетне фінансування визначається як безповоротне грошове забезпечення. Кошти виділяються з державного (місцевого) бюджету на видатки, пов'язані з виконанням загальнодержавних розпоряджень, національних планів, утриманням національних організацій. Визначення вітчизняних юристів і фінансистів у вітчизняних підручниках і монографіях за змістом дуже близькі до наведеного пояснення.

Академік Л. Воронова вважає, що: "Бюджетне фінансування - це безповоротний безвідплатний від пуск коштів з Державного та місцевих

бюджетів на виконання загальнодержавних функцій, функцій місцевого самоврядування та забезпечення функціонування бюджетних підприємств, установ та організацій" [3, с. 335].

Отже, бюджетне фінансування - це цільове, планомірне та безоплатне перерахування державних коштів з бюджетів усіх рівнів на певні цілі, завдання та виконання державних функцій. Дія механізму бюджетного фінансування пов'язана із застосуванням різноманітних форм і методів. У вітчизняній літературі зазначають такі форми бюджетного фінансування: бюджетне фінансування, бюджетні інвестиції, бюджетні позики, державні трансфертні платежі. Аналізуючи наведені форми, можна побачити, що деякі з них лише частково відповідають принципу бюджетного фінансування. Найпоширенішою формою є бюджетне фінансування, у тому числі виділення бюджетних коштів органами соціальної культури, оборони та управління в межах їх кошторисів доходів і видатків. За останні роки у зв'язку з реформуванням бюджетної сфери та формуванням нової системи економічних відносин функціонування бюджетного фінансування та інших форм бюджетного фінансування зазнало певних змін.

Сьогочасний бюджетний заклад є суб'єктом господарювання, якому відведено право мобілізувати кошти способом надання платних послуг та виконання іншої господарської діяльності, допустимої законодавством. Власні надходження, які одержує бюджетний заклад, вводять до спеціального фонду кошторису і застосовують на його знадоби за цільовим призначенням.

На рівні бюджетних установ здійснюється процес сполучення бюджетного фінансування із системою некомерційного самофінансування для проведення ними вказаних завдань і функцій. Некомерційна діяльність бюджетних установ і організацій не вбачає за ціль одержання прибутку, її проводять у загальнодержавних інтересах для включення додаткових фінансових ресурсів.

Бюджетні заклади, які впродовж довгого часу практично повністю були обумовлені від одного джерела доходів - бюджету, нині одержали здатність

заробляти кошти та фінансувати власні знадоби. Безперечно, фінансова свобода бюджетних закладів є умовною, у законодавстві затверджено зв'язок джерел надходження коштів до спеціального фонду з спрямуваннями їх застосування, і заклад не здатний вільно, на свій розсуд керуватися ними. Кошти, які вводять бюджетні заклади охорони здоров'я до спеціального фонду кошторису, поки що не виконують вагової ролі в їх фінансовому постачанні [2, с. 75].

Кредитні ресурси застосовуються приватними закладами охорони здоров'я. Бюджетним установам чинно до БК України ст. 21 кредити недозволені. На наш погляд, платні послуги здатні надаватися належним структурними підрозділами бюджетних медичних закладів на введення до безкоштовної медичної допомоги або як альтернатива на госпрозрахункових засадах, скерована на ширше введення до надання цих послуг існуючих ресурсів, головних засобів та внутрішніх резервів. Тобто надання платних послуг бюджетними медичними закладами має бути націлене на пошук додаткових резервів для покращення медичного обслуговування громадян.

Одним із векторів підняття дієвості охорони здоров'я в Україні та оптимальним джерелом фінансового забезпечення сфери є поступове введення системи медичного страхування, яка має постачати формування принципово сучасної, пристосованої до ринкової економіки, соціальної інфраструктури, сформувані прозорі механізми правових, соціально-економічних і фінансових взаємин між виробниками та споживачами медичного обслуговування.

Медичне страхування (невпинне страхування здоров'я) - це підгалузь власне страхування, у якій об'єктами страхування є майнові інтереси, обумовлені зі здоров'ям застрахованої особи, а точніше - з витратами на одержання застрахованою особою потрібної медичної допомоги.

Медичне страхування (постійне страхування здоров'я) і страхування здоров'я у разі хвороби створюють новітню систему фінансування охорони здоров'я - страхову медицину. Страхова медицина - це система організації фінансування охорони здоров'я за сприянням коштів, що нагромаджуються у

резервах спеціалізованих страхових компаній, які виконують медичне страхування [1, с. 236].

Ми міркуємо, що обов'язкове медичне страхування являється одним із альтернативних джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я і його введення є обов'язковим. Законом України "Про страхування" (редакція 2001 р.) вказано проведення, крім неухильного медичного страхування, доповнюючої його форми - непримусового медичного страхування. Соціально економічне роль добровільного медичного страхування постає у тому, що воно добавляє гарантії, надані в обсягах соціального забезпечення і соціального страхування до гранично імовірних у модерних умовах стандартів (оплата дороговартісних видів лікування і діагностики; вжиток найбільш новітніх медичних технологій; постачання комфортних умов лікування тощо). Цей вид медичного страхування здатний реалізовуватись за трьома різновидами: невинне страхування здоров'я; страхування здоров'я у разі хвороби; страхування медичних затрат (т.з. "медичний асистанс").

1.3. Етапи та строки реалізації медичних реформ в контексті фінансових та правових аспектів

Здійснення концепцій в галузі охорони здоров'я дозволено визначати за трьома етапами: підготовчий етап (2017 рік), етап введення (2018-2019 роки) та етап інтеграції (2020 рік і по нині).

Підготовчий етап (2017 рік). Ціллю підготовчого етапу (2017 рік) є заснування правових та інституційних підстав для нової системи фінансування охорони здоров'я, уведення сучасної моделі фінансування первинної медичної допомоги та почин налагодження мережі закладів, що уділяють вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу через формування госпітальних округів.

На підготовчому етапі зазначається:

– сформулювати проекти та ухвалити нормативно-правові акти, які продукують законодавчу базу для діяльності нової системи фінансування

охорони здоров'я та єдиного національного замовника медичних послуг; а також розробити проекти законів, що розкриватимуть модель державного гарантованого пакета медичної допомоги, механізм реалізації співоплати за надані медичні послуги, лад надання медичних послуг на платній основі;

- спродувати єдиного національного замовника медичних послуг як центральний орган виконавчої влади, виконати його державну реєстрацію та постачити розбудову його кадрових та інституційних сил (підбір та підготовка кадрового складу, робота із статистичними показниками тощо);

- опрацювати та скоординувати із заінтересованими сторонами модель державного гарантованого пакета медичної допомоги;

- ухвалити нормативно-правові акти стосовно надання управлінської та фінансової незалежності бюджетним закладам охорони здоров'я, що віщують реорганізацію закладів охорони здоров'я до початку етапу введення;

- розпочати хід реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я способом трансформації їх на державні та комунальні некомерційні підприємства;

- ввести національну систему реімбурсації лікарських засобів для конкретного списку медичних станів;

- проаналізувати уніфіковані клінічні протоколи для списку найбільш розповсюджених медичних станів;

- сформувати потрібні електронні реєстри (а саме пацієнтів, постачальників медичних послуг, медичних станів);

Вести нову модель фінансування на рівні первинної медичної допомоги, що окреслює такі заходи:

- постачити впродовж I кварталу 2017 р. введення компонентів електронної системи обміну медичними відомостями, потрібних для запуску сучасної моделі фінансування на первинному рівні медичної допомоги;

- постачання перспективи укладення договорів про надання первинної медичної допомоги між особами та вільно зазначеними ними лікарями загальної практики - сімейними лікарями;

- виконання упродовж січня - червня 2017 р. загальнонаціональної “приписної кампанії”, протягом якої дані про таку перспективу буде активно розповсюджена серед громадян та медичної спільноти;

- формування та затвердження впродовж I кварталу 2017 р. деталізованого списку послуг, що включаться до державного гарантованого пакета медичної допомоги для первинної ланки медичної допомоги на 2017 рік, а ще єдиного рівня капітаційної ставки для оплати належних послуг у 2017 році;

- постачити перспективи укладення єдиним національним замовником медичних послуг угод з постачальниками первинної медичної допомоги не зважаючи на їхні організаційно-правової форми господарювання та форми власності (центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, амбулаторіями, медичними працівниками, які ведуть господарську роботу з медичної практики як фізичні особи - підприємці);

- введення починаючи з 1 липня 2017 р. контрактних взаємин між єдиним національним замовником медичних послуг та постачальниками первинної медичної допомоги; введення нового механізму оплати постачальникам первинної медичної допомоги на базі капітаційної ставки - єдиного тарифу на одну особу, з яким постачальник уклав угоду про надання первинної медичної допомоги;

- почати підготовку до введення нової моделі фінансування на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що визначає такі заходи:

- розробку і затвердження упродовж першого півріччя 2017 р. деталізованого списку послуг, що включаться до державного гарантованого пакета медичної допомоги в частині вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги і будуть перенесені на фінансування за діагностично-спорідненими групами зступаючи з 2018 року, а також єдиного рівня тарифів для оплати та співоплати належних послуг у 2018 році;

- розроблення методики вжитку діагностично-споріднених груп для обрахунку наданої медичної допомоги для закладів охорони здоров'я, що

постачають стаціонарну медичну допомогу та започаткування її практичного введення;

- розпочати процес налагодженості мережі закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу способом:

- формування госпітальних округів, які сполучають постачальників вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги всіх рівнів;

- продукування перспективних планів піднесення мережі стаціонарних закладів у рамках госпітальних округів на базі локальних протоколів медичної допомоги та курсів пацієнтів, а також дефініція перспективних закладів охорони здоров'я, облаштування яких вимагають розвитку;

- введення програми підтримки багатонадійних закладів охорони здоров'я, а також процесу перепрофілювання інших закладів охорони здоров'я у рамках госпітальних округів за рішенням належних громад.

Первинна медична допомога на підготовчому етапі буде фінансуватися наступними шляхами: впродовж першого півріччя 2017 р. - з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, що формуються чинно до закону та перспективного плану формування територій громад, впродовж другого півріччя 2017 р. - через єдиного національного замовника медичних послуг із введенням оплати постачальникам на договірній базі з застосуванням капітаційної ставки.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога на підготовчому етапі буде забезпечуватися з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, що формуються відповідно закону та перспективного плану формування територій громад, та обласних бюджетів із підготовкою до введення оплати постачальникам на договірній базі за методом поділу на діагностично-споріднені групи.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога на підготовчому етапі буде забезпечуватися з державного бюджету та обласних бюджетів із

підготовкою до введення оплати за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Етап введення (2018-2019 роки). Ціллю даного етапу (середньострокового етапу) є введення в дію державного гарантованого пакета медичної допомоги на всіх ступенях медичної допомоги та започаткування його фінансування через єдиного національного замовника медичних послуг. На даному етапі передбачається:

- підготувати проекти та ухвалити нормативні акти, які формують законодавчу базу для введення державного гарантованого пакета медичної допомоги на всіх її ступенях, а також способів співоплати за медичні послуги;
- ввести в повному діапазоні систему реімбурсації лікарських засобів у рамках державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- почати вводити співоплати медичних послуг в закладах охорони здоров'я та лікарських засобів;
- ухвалити уніфіковані клінічні протоколи для найбільш розповсюджених медичних станів;
- сформуванати та затвердити систему тарифікації медичних послуг, визначити тарифи на компенсацію медичних послуг у рамках державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- спродукувати та ухвалити нормативно-правові документи, які постачають однакові умови для доступу закладів охорони здоров'я всіх форм власності до укладення договорів з єдиним національним замовником медичних послуг у рамках державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- сформуванати та ухвалити нормативно-правові акти, які регламентують введення добровільного медичного страхування для співоплати медичних послуг та лікарських засобів;
- ввести електронні інструменти обміну медичними, фінансовими та статистичними відомостями, що потрібні для функціонування єдиного загальнонаціонального медичного простору;

- почати реорганізацію мережі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в рамках госпітальних округів чинно до розроблених бажаних планів;
- ввести широке застосування методу розподілу на діагностично-споріднені групи для обліку наданої медичної допомоги для закладів охорони здоров'я, що уділяють стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу;
- розпочати оплату постачальникам медичних послуг за положенням оплати за пролікований випадок з вжитком методу розподілу на діагностично-споріднені групи для закладів охорони здоров'я, що вділяють стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Первинна медична допомога на стадії введення буде фінансуватися способом укладення угод з єдиним національним замовником медичних послуг у рамках державного гарантованого пакета медичної допомоги на базі капітаційної ставки на одну особу, з яким було укладено угоду про надання первинної медичної допомоги, з планомірним введенням доплат за якість послуг.

Вторинна (спеціалізована) допомога на цій стадії буде забезпечуватися способом поступового переходу на укладення договорів з єдиним національним замовником медичних послуг у рамках державного гарантованого пакета медичної допомоги за принципом оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Третинна (високоспеціалізована) допомога на стадії введення буде фінансуватися способом планомірного переходу на укладення договорів з єдиним національним замовником медичних послуг у рамках державного гарантованого пакета медичної опори за принципом оплати за пролікований випадок за методом розподілу на діагностично-споріднені групи.

Етап інтеграції (2020 рік) Ціллю стадії інтеграції є регулювання повноцінного функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я в діапазоні всієї держави. На цьому етапі зазначається:

- постачити фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги (разом з реімбурсацією лікарських засобів) через єдиного національного замовника медичних послуг в повному масштабі; мають бути укладені договори на надання медичної допомоги між єдиним національним замовником медичних послуг та всіма постачальниками медичних послуг, які приймають участь у державній системі фінансування медичних послуг;
- постачити функціонування єдиного медичного простору на основі інструментів електронної охорони здоров'я;
- забезпечити істинне діяння механізму співоплати за медичні послуги та лікарські засоби;
- постачити у взаєминах між єдиним національним замовником медичних послуг та постачальниками медичних послуг вжиток сучасних механізмів оплати медичних послуг (для первинної медичної допомоги - механізму оплати на основі капітаційної ставки на одну особу; для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги - механізм оплати за пролікований випадок з застосування методу розподілу на діагностично-споріднені групи);
- здійснити оцінку введення новітньої моделі фінансування системи охорони здоров'я та спроектувати план розвитку системи на майбутні п'ять років.

Фінансування медичної допомоги на стадії інтеграції реалізовуватиметься у рамках державного гарантованого пакета медичної допомоги за рахунок єдиного національного замовника медичних послуг для постачальників медичних послуг всіх рівнів. Будуть застосовуватись такі методи оплати медичних послуг: для первинної медичної допомоги - оплата на базі капітаційної ставки на одного громадянина; для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги - оплата за пролікований випадок з вжитком методу розподілу на діагностично-споріднені групи.

Здійснення Концепції дасть спроможу спродувати модерну модель фінансування системи охорони здоров'я європейського взірця. Вона постачить

дієве застосування лімітованих державних ресурсів у системі охорони здоров'я способом скерування їх на покриття вартості фактично надаваних громадянам медичних послуг (принцип “гроші ходять за пацієнтом”).

Реалізація Концепції добродіятиме:

- збільшенню спроможності країни постачати фінансовий захист для осіб у випадку хвороби;
- більш результативному та справедливому розподілу публічних ресурсів у системі охорони здоров'я;
- зменшенню прямих платежів населення на оплату медичних послуг та лікарських засобів, скорочення рівня неформальних платежів;
- появленню конкуренції постачальників всіх форм власності на ринку медичних послуг;
- появі ринку праці медичних працівників, підняттю рівня оплати їх роботи;
- приведенню мережі закладів охорони здоров'я у чинність з реальними знадобами громадян у медичних послугах;
- підняттю рівня якості надання медичних послуг, їх фізичної та фінансової доступності;
- здійснення принципу вільного вибору для всіх членів системи охорони здоров'я (для пацієнта, лікаря, закладу охорони здоров'я, замовника медичних послуг);
- формування умов для входження приватного сектору до системи охорони здоров'я;
- підняттю рівня прозорості та підзвітності вжитку бюджетних коштів.

Обсяги та джерела фінансування

Фінансування заходів з здійснення Концепції відбувається за сприянням коштів державного та місцевих бюджетів, інших джерел, а також за опорою міжнародної технічної та фінансової допомоги.

Конкретні масштаби фінансових, матеріально-технічних і трудових ресурсів для постачання реалізації Концепції будуть вказані у ході розроблення плану заходів стосовно реалізації Концепції.

Висновок до розділу 1

Через брак бюджетного фінансування охорони здоров'я в Україні варто розвивати інші джерела фінансового забезпечення сфери. Головною умовою зміни охорони здоров'я громадян є укріплення фінансової бази, нарощення фінансових ресурсів за сприянням поліпшення правового механізму фінансового постачання охорони здоров'я.

Ми міркуємо, що обов'язкове медичне страхування являється одним із альтернативних джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я і його введення є обов'язковим. Законом України "Про страхування" (редакція 2001 р.) вказано проведення, крім неухильного медичного страхування, доповнюючої його форми - непримусового медичного страхування. Соціально економічне роль добровільного медичного страхування постає у тому, що воно добавляє гарантії, надані в обсягах соціального забезпечення і соціального страхування до гранично імовірних у модерних умовах стандартів (оплата дороговартісних видів лікування і діагностики; вжиток найбільш новітніх медичних технологій; постачання комфортних умов лікування тощо).

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ НАДАННЯ ЕФЕКТИВНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Аналіз фінансування видатків на охорону здоров'я в Україні

Перед будь-якою державою світу виникає завдання забезпечення охорони здоров'я населення. Втім це вимагає надання належного рівня матеріально-технічного постачання закладів охорони здоров'я, підпора принагідного рівня професіоналізму та кваліфікації медичних робітників та забезпечення безпеки при здійсненні їх праці.

Для забезпечення належних умов медичного обслуговування входить фінансове забезпечення, яке являється одним з найвагоміших факторів, які позначаються на розвиток охорони здоров'я та дієвість цієї галузі. Однак, складне політичне та економічне становище в Україні є мотивами невисокого рівня фінансового забезпечення послідні роки. В Україні діє національна або державна модель системи охорони здоров'я, яка побудована на положеннях загальної доступності і безкоштовності. Конституція України зазначає, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1].

Право на охорону здоров'я вводить життєвий рівень, потрібний для підтримання здоров'я людини, достойне для життя довкілля, принагідні умови праці, побуту, навчання, кваліфіковану медичну допомогу, правовий захист від будь-яких нелегальних форм дискримінації [2]. Проголосивши вказане право, країна взяла на себе відповідальність сформуванню умови для результативного і доступного для всіх людей медичного обслуговування способом постачання державним фінансуванням належних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровче-профілактичних програм.



Рис. 2.1. Джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я

Чинно до концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я головним джерелом фінансування модерної системи залишаються кошти Державного бюджету України, одержані із загальнодержавних податків (рис. 2.1) [3].

Зважаючи на значущість цього джерела фінансування, воно, на жаль, нездатне у повному діапазоні забезпечити усі знадоби галузі охорони здоров'я. Позаяк коштів замало, слід ввести додаткові джерела фінансування способом широкого вжитку державного медичного страхування, не забираючи розвиток добровільного медичного страхування і приватної медицини.

Знадоба у діянні Фонду медичного страхування спричинена тим, що лад розподілу коштів, які скеровуються з державного бюджету на охорону здоров'я, має в Україні залишковий характер, що зумовлює фінансові негаразди в установах цієї галузі.

На нинішній день більшість більша частина громадян повноцінно оплачує ліки для амбулаторного та стаціонарного лікування. Формування фінансових ресурсів державних і комунальних закладів охорони здоров'я відбувається чинно до перспектив бюджету та зі зваженням знадоб бюджетних установ, на

базі затвердженого бюджету, розпису бюджету, кошторису, плану асигнувань та інших актів, які застосовуються у бюджетному процесі, зі зважанням на певні вимоги – положення бюджетного фінансування. Планування розходів бюджетів на охорону здоров'я віщує дефініцію валового обсягу бюджетних призначень для сфери при розробленні проєктів державного та місцевих бюджетів, призначення бюджетних асигнувань розпорядникам бюджетних коштів на базі і в рамках затвердженого розпису бюджету та невіддільно оумовлене із кошторисним плануванням на рівні закладів охорони здоров'я. Опрацьовуючи динаміку затрат на охорону здоров'я впродовж останніх п'яти років, то допустимо помітити їх зростання як державного так і місцевих бюджетів (рис. 2.2.).

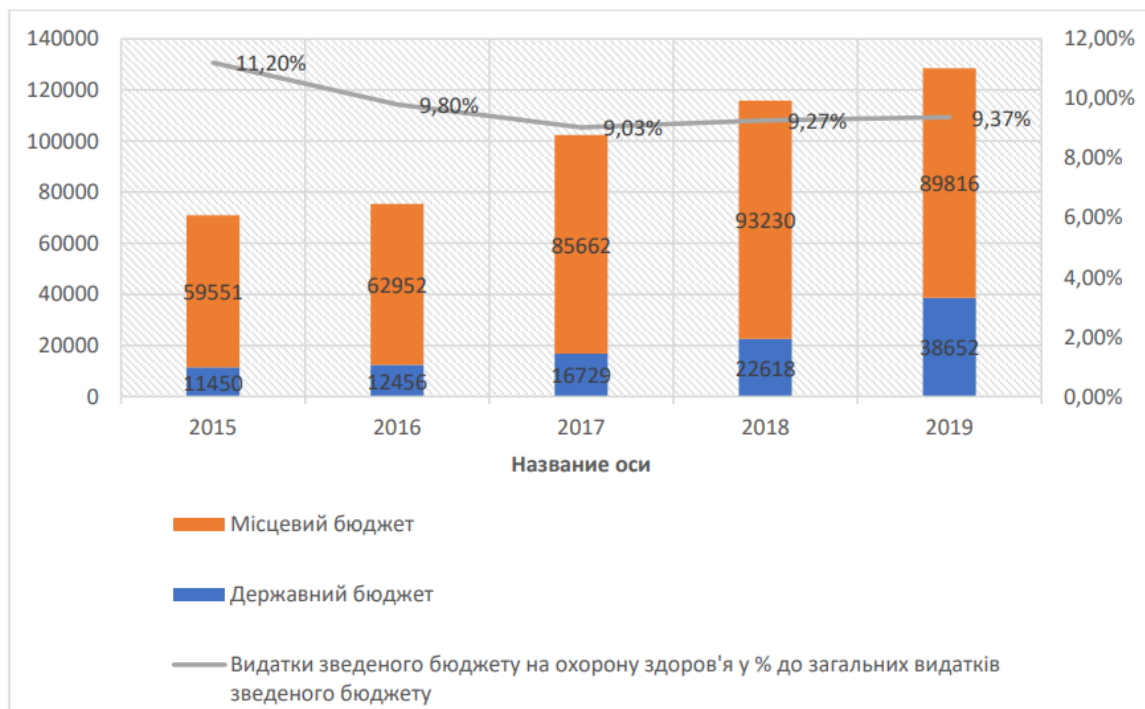


Рис. 2.2 Динаміка видатків на медицину в Україні протягом 2015-2019 рр., млн. грн.

У 2015–2019 роках видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я зросли на 44,73%. Так, видатки з Державного бюджету України на галузь охорони здоров'я у 2019 році дорівнювали 38652 млн. грн., що на 16034 млн. грн. або на 141,5% більше в зіставленні з 2018 роком, втім сума місцевих

бюджетів скоротилась на 3414 млн. В свою чергу, затрати з місцевих бюджетів України на галузь охорони здоров'я впродовж 2015-2019 років збільшилися на 46661 млн. грн. Слід зауважити, що розходи на охорону здоров'я у 2019 році склали 3,59% у структурі валових видатків Державного бюджету України, що на 1,2% більше відносно з 2018 роком, коли дана частка складала 2,3%. Не зважаючи на доволі стрімке зростання фінансування системи охорони здоров'я в Україні із року в рік простежується брак ліків в лікарнях, затримки виплат медичним робітникам та зношеність та застарілість медичного устаткування. Даний стан породжений тим, що на відміну від усіх інших сфер охорона здоров'я в Україні практично повністю обумовлена від державного бюджетного фінансування.

Розвиток та введення інших джерел фінансування задержується недостатньою заінтересованістю приватного сектора та трохи заперечливим ставленням з сторони державних органів керівництва охороною здоров'я до підприємництва у галузі охорони здоров'я загалом.

Отож, у галузі фінансування галузі охорони здоров'я негайною проблемою є брак державних коштів, що підводить до зниження обсягів безоплатної медичної допомоги. Брак фінансування не допускає проводити доречне оновлення морально і фізично застарілого устаткування, а заробітна плата медичних робітників зостається невисокою і не обумовлена від діапазону та якості наданих медичних послуг. Тут дозволено зазначити, що ця причина є основним мотивом постійного підняття неофіційних платежів громадян лікарям [6, с. 166].

Отож, нинішній стан фінансування системи охорони здоров'я України за рахунок бюджету є доволі недостатнім і не продукує передумов для здійснення якісної медичної допомоги в потрібних об'ємах. В умовах обмеженого фінансування охорони здоров'я України, тільки майже 40% від знадоб сфер фінансується з бюджету. Одним з головних завдань реформи системи медичної допомоги є цілісна перебудова її фінансування. З даною ціллю слід

застосовувати всі вірогідні для мобілізації необхідних засобів, як за рахунок державного бюджету, так і додаткових позабюджетних джерел фінансування.

Лише за рахунок бюджетного фінансування сфер не здатна діяти. Отож, багато фахівців допускають, що подолати дефіцит у вітчизняній медицині ймовірно, ввівши багатоканальне фінансування охорони здоров'я, а саме і за рахунок неухильного державного медичного страхування [8, с. 73].

Розгляд світового досвіду засвідчує те, що в державах Західної Європи використовується система фінансування медичних установ, де діапазон надання медичних послуг людині, що приймає участь у системах страхування, не обумовлена від величини внесків до фондів медичного страхування, оскільки у формуванні цих фондів приймають участь працюючі, підприємці, країна, однак питома вага їх участі різна. Приміром, країна – 85%; працюючі громадяни – 10-12%; застрахована особа – 8-10%. Втім ці дані у ході розвитку системи медичного страхування здатні змінюватися залежно від розвитку і соціально-економічного становища в державі: чим заможніша країна, а отже і вищий рівень життя громадян, тим більшу частину виконує приватне медичне обслуговування: державне – 65%; приватне некомерційне – 20%; приватне комерційне – 15%. В

Україні нині діє ряд економічних, правових і соціальних факторів, діяння яких загальмовує розвиток медичного страхування. До них передусім допустимо вказати:

- у громадян відсутній схвальний досвід кооперації із страховими компаніями;
- у соціумі є наявним соціальна невизначеність статусу і можливостей медичного страхування;
- феноменальна колізія безоплатності медичної допомоги і реалій практично сформованого ринку платних медичних послуг формує серед більшості громадян ілюзію не значущості медичного страхування;

– податкове законодавство майже зводить нанівець страховий інтерес працедавця в здійсненні медичного страхування робітників підприємств і членів їх сімей;

– перспективу здійснення медичного страхування за сприянням засобів громадян різко лімітована низьким рівнем реальних доходів громадян, затримками з виплатою заробітної плати, збільшенням кількості непрацюючого населення [8, с. 71].

В таких умовах вкрай складно компенсувати недостачу засобів за сприянням медичного страхування і постачити високий рівень медичної допомоги застрахованим. За статистичними відомостями, на нині в Україні застраховано тільки майже 10% ризиків, тоді як у більшості держав цей індикатор складає 90–95%. Частка українського страхового ринку в загальноєвропейському масштабі страхових послуг рівний тільки 0,1%, і це при тому, що в Україні мешкає 7% громадян Європи. Найбільшим попитом послуговуються послуги не зі страхування здоров'я, а з добровільного страхування майна (71% від валового обсягу страхових послуг). Страхування життя як безпечне джерело довгострокових інвестиційних ресурсів складає в Україні мінімальну частку на ринку страхових послуг (1%), втім в державах з розвинутою економікою – 50–60%.

Накопичений багаторічний світовий досвід у сфері медичного страхування вказує на високу дієвість різних моделей і систем медичного страхування [7, с. 104-112]. Окрім впровадження страхової медицини, вірогідні й інші варіанти більш широкого вжитку додаткових джерел фінансування охорони здоров'я:

– ймовірно введення цільового податку на тютюнові і алкогольні вироби, що дозволено також тлумачити як часткову оплату споживачів цю продукцію за додаткову медичну допомогу, яка потенційно потрібна для нейтралізації ризиків їх здоров'ю;

– іншим варіантом впровадження вище спричиненого податку є виділення у числі акцизного податку цільової частини для охорони здоров'я;

– надання державних гарантій закордонним компаніям фармацевтичної і медичної промисловості з ціллю введення інвестицій, також розвитку приватного бізнесу в охороні здоров'я[8, с. 71].

На нинішній день фінансування система охорони здоров'я перебуває у процесі реформування, втім більша частина фінансування прибуває як і швидше з державного та місцевих бюджетів, що є в край неналежним для постачання якісної медичної допомоги на принагідному рівні.

У концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я вказано вагомість введення системи медичного страхування громадян, але за 3 роки введення реформи керівництво країни не зробило ніяких кроків для заохочення громадян до страхування.

Способом введення страхової медицини як альтернативної моделі організації охорони здоров'я в нашій державі, має стати державно-приватне партнерство, що спроможне постачити введення до системи соціального страхування додаткових фінансових ресурсів, і, спільно з тим, ефективний контроль за цільовим вжитком існуючих коштів.

В модерний час в державах Європи і світу виразно визначилася тенденція до зниження участі країни і зростання участі приватних страховиків в постачанні соціального і, а саме, медичного захисту населення.

Введення системи страхової медицини в Україні є вкрай істотним та потрібним. Вона є не тільки компонентом соціального захисту громадян кожної розвиненої держав, а й аналізується як альтернативна модель організації охорони здоров'я. Неухильне медичне страхування дає можливість раціональніше застосовувати кошти, призначені для постачання охорони здоров'я, і побіжно з тим, піднімати якість цих послуг і ступінь забезпеченості ними громадян.

2.2. Інноваційні підходи щодо оцінки фінансування системи охорони здоров'я

Забезпечення дієвої системи охорони здоров'я є основним завданням державного керівництва. Якраз через систему охорони здоров'я країна постачає здійснення основних конституційних прав громадян. «В умовах побудови правової та демократичної держави з соціально-орієнтованою ринковою економікою актуалізуються питання забезпечення реалізації конституційного права людини на охорону здоров'я. Провідну роль у підвищенні доступності та якості надання медичних послуг населенню, гарантованих державою, відіграють фінансові ресурси, які надходять у розпорядження галузі охорони здоров'я» [1, с. 73]. Реформування системи охорони здоров'я України потребує зміни механізмів державного управління. Надто гостро питання постає стосовно фінансового забезпечення як реформ так і їх векторів, що актуалізує пошук шляхів поліпшення системи фінансового забезпечення.

У галузі охорони здоров'я в Україні простежується безліч суперечливих тенденцій, що є наслідком системної кризи всієї галузі охорони здоров'я. На противагу іншим сферам, охорона здоров'я в Україні практично зовсім обумовлена від державного бюджетного фінансування. Розвиток та введення інших джерел фінансування гальмується недостатнім зацікавленням приватного сектора та дещо суперечливим ставленням з сторони державних органів керівництва охороною здоров'я до підприємництва у галузі охорони здоров'я загалом.

Отож, у сфері фінансування галузі охорони здоров'я негайною проблемою є брак державних коштів, що провадить до зниження масштабів безоплатної медичної допомоги. За плановими індикаторами державного бюджету на 2020 р., валовий обсяг видатків складав 115 889,9 млн. грн.

Головними векторами видатків державного бюджету було фінансування таких спрямувань:

- апарат Міністерства охорони здоров'я України (табл. 2.3.);

- Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (табл. 2.4.);
- Національна служба здоров'я України (табл. 2.5.);
- Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні затрати та кредитування) (табл.2.3.)

Таблиця 2.3.

Загальний обсяг видатків на функціонування апарату Міністерства охорони здоров'я України

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Апарат Міністерства охорони здоров'я України</i>	<i>25 789,4</i>	<i>100</i>
Керівництво та управління у сфері охорони здоров'я	93,4	0,36
Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров'я	161,7	0,63
Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	3721,4	14,43
Підготовка і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка наукових та науково-педагогічних кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти	6088,4	23,61
Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка наукових та науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти	429,0	1,66
Загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти	364,5	1,41
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1093,8	4,24
Реалізація державного інвестиційного проекту «Удосконалення молекулярно-генетичної діагностики онкологічних захворювань в Україні»	106,2	0,41
Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України	1712,2	6,64
Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків з соматичними захворюваннями	502,5	1,95
Спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна та стоматологічна допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я	177,2	0,69

Модернізація та оновлення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування	1000,0	3,88
Виконання боргових зобов'язань за кредитами, залученими ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, для реалізації інвестиційного проекту, оплата податкових зобов'язань (з урахуванням штрафних санкцій), що виникли в рамках реалізації інвестиційного проекту	319,8	1,24
Організація і регулювання діяльності установ та окремі заходи у системі охорони здоров'я	107,0	0,41
Лікування громадян України за кордоном	1089,9	4,23
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	8071,9	31,30
Функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження та популяризація історії медицини	45,5	0,18
Реалізація пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів	112,0	0,43
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	92,9	0,36
Реалізація державного інвестиційного проекту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит»	500,0	1,94

Вказаний валовий обсяг видатків на діяльність апарату Міністерства охорони здоров'я України в табл. 2.3. вказує на те, що максимальна частка державних видатків постає на постачання медичних заходів певних державних програм та системних заходів програмного характеру та являє 8071,9 млн.грн, або ж 31,30% питомої ваги у будові видатків. Варто зауважити, що на підготовку і підвищення кваліфікації кадрів у галузі охорони здоров'я, підготовку наукових та науково-педагогічних кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти вказано 6088,4 млн.грн. державних коштів, або ж у відсотковому еквіваленті масова частка становить 23,61%. Частка виділених державних коштів на громадське здоров'я та заходи протидії епідемії являє 14,43%, або ж 3721,4 млн.грн.

На діагностику і лікування захворювань із введенням експериментальних та сучасних медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України надано більше 1712,2 млн.грн, або ж 6,64% масової частки в валовій структурі видатків. Слід зазначити, що на спеціалізовану та

високоспеціалізовану медичну допомогу, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я вказано з державного бюджету більше 1093,8 млн. грн, або ж 4,24% частки питомої ваги всіх затрат.

На лікування українців за рубежом виділено з державного бюджету майже 1089,9 млн.грн, а на осучаснення та оновлення матеріально - технічної бази багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування надано більше 1000,0 млн.грн, що складають 3,88% питомої ваги розходів. Більше, ніж 500,00 млн.грн. надато з державного бюджету коштів на санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків з соматичними захворюваннями та на здійснення державного інвестиційного проєкту «Будівництво сучасного лікувальнодіагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». Розходи з державного бюджету більше 3918,8 млн.грн передбачено для здійснення боргових зобов'язань за кредитами, введеними ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, для здійснення інвестиційного проєкту, оплати податкових неухильних (зі зважанням штрафних санкцій), що постали в рамках здійснення інвестиційного проєкту. На підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації кадрів у галузі охорони здоров'я, підготовку наукових та науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти та на загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти уділено більше як 429,00 млн.грн та 364,50 млн.грн відповідно.

Більше 106 млн.грн. державних видатків, що посідають 0,41% у загальній структурі, вказано урядом на організацію і налагодження діяльності установ та окремі заходи у структурі охорони здоров'я та на здійснення державного інвестиційного проєкту «Удосконалення молекулярногенетичної діагностики онкологічних захворювань в Україні». А саме, на наукову і науково-технічну діяльність у шалузі охорони здоров'я та на спеціалізовану консультативну амбулаторнополіклінічну та стоматологічну допомогу, що призначається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я розприділено з державного бюджету майже 161,7 млн.грн (0,63% питомої ваги) та 177,20 млн.грн (0,69%).

На покращення охорони здоров'я на службі у людей, на керівництво та управління у галузі охорони здоров'я призначено понад 92,9 млн.грн та 93,4 млн.грн, що у відсотковому еквіваленті складає 0,36% питомої ваги. Мінімальну частку серед державних видатків посідають видатки на діяльність Національної наукової медичної бібліотеки, збереження та популяризація історії медицини, так як призначено урядом тільки 45,5 млн.грн, що у валовій структурі видатків налічує тільки 0,18% питомої ваги серед інших статей видатків.

Таблиця 2.4.

Загальний обсяг видатків на функціонування Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
<i>Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками</i>	104,6	100
Керівництво та управління у сфері лікарських засобів та контролю за наркотиками	104,6	

На 2020 р. державним бюджетом було передбачено 104,6 млн. грн на фінансування системи управління Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

Таблиця 2.5.

Загальний обсяг видатків на функціонування Національної служби здоров'я України

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
<i>Національна служба здоров'я України</i>	72289,3	100
Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	288,8	0,40
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	72000,5	99,60

Діапазон розходів на функціонування Національної служби здоров'я України складає більше 72289,3 млн.грн. А саме, на керівництво та управління у галузі державних фінансових гарантій медичного обслуговування громадян призначено тільки 288,80 млн.грн, або ж 0,40% питомої ваги у валовій структурі видатків. Практично вся частка державних видатків призначена на здійснення програми державних гарантій медичного обслуговування громадян, адже урядом уділено більше 72000,5 млн. грн, що складає 99,60% питомої ваги всіх передбачених державних коштів.

Таблиця 2.6.

Загальнодержавні видатки та кредитування Міністерства охорони здоров'я

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	17 706,6	100
Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	14 582,8	82,36
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання	80,8	0,46
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на розвиток системи екстреної медичної допомоги	922,6	5,21
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я	1450,6	8,19
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Львівської обл. на погашення кредиторської заборгованості, що утворилася за придбане у 2012 р. медичне обладнання (мамографічне, рентгенологічне та апарати ультразвукової діагностики) вітчизняного виробництва	10,8	0,06
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	659,1	3,72

Отже, з вказаних показників в табл. 2.6. простежуємо, що загальнодержавні затрати та кредитування Міністерства охорони здоров'я складають понад 17706,6 млн. грн. Варто зауважити, що максимальну суму

видатків призначено на медичну субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам, це більше 14582,8 млн.грн, що налічує 82,36% питомої ваги всіх розходів.

Стосовно субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам на проведення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я, то на це спрямування видатків завбачено суму у величині 1450,6 млн.грн, яка налічує 8,19% питомої ваги всіх державних видатків. На розвиток системи екстреної допомоги урядом уділено медичні субвенції у обсязі 922,6 млн.грн, а на реформування регіональних систем охорони здоров'я для реалізації заходів з проведення спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» величина субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам налічує 659,1 млн.грн. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні суттєво змінилась в умовах ініційованої реформи у 2015 р., яку було введено після зміни політичної влади. «У 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з кишені» шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування.

Комплексна стратегія передбачала першочергове здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я для того, щоб прискорити перетворення у сфері надання медичних послуг (як для окремих осіб, так і для населення) та впровадити інформаційні технології в якості каталізаторів.

Стратегію фінансування системи охорони здоров'я було сформульовано в концептуальному документі, який було затверджено Кабінетом Міністрів України [2, с. 3]. Важливе значення в реформуванні системи охорони здоров'я мало прийняття на законодавчому рівні Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [3] (Розпорядження Кабінету міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013- р). «Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я та ряду законів, підписаних

Президентом України у грудні 2017 року, із 2018 року розпочалося втілення масштабної трансформації фінансування системи охорони здоров'я. Нова модель фінансування ставить пацієнта у центр уваги, забезпечує виконання державних гарантій щодо медичної допомоги та дозволяє чітко визначити ролі та зобов'язання Уряду, органів місцевого самоврядування та керівництва медичних закладів. Оскільки первинна медична допомога (далі – ПМД) є найважливішим елементом національної системи охорони здоров'я, першими у нові умови фінансування входять саме заклади охорони здоров'я, які надають ПМД. Заклади отримують самостійність у питаннях внутрішнього управління та налагодження бізнес процесів» [4, с. 3]. Розглядаючи даний текст концепції [3] окреслимо, що її ціль обумовлена із розв'язанням таких проблем системи охорони здоров'я України:

1. Катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів;
2. Низька якість та дієвість надання послуг;
3. Нерезультативне витрачання бюджетних коштів.

Для вирішення вказаних проблем в концепції було окреслено наступні вихідні положення (табл. 2.6.).

Сучасні інструменти збору та аналізу відомостей теж дозволять НСЗУ напрацювати набагато вагоміші аргументи для додаткових асигнувань на охорону здоров'я, побудовані на даних стосовно результатів роботи надавачів медичних послуг та фінансових даних, обумовлених з договорами. А саме, закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» потребує від уряду формування незалежної Ради громадського контролю для аналізу даних та рекомендацій НСЗУ. Тільки цей орган стане діяти, він зможе підняти надійність та якість розгляду даних, залучаючи моніторинг результатів діяльності.

У 2019 році Україна здійснила перші огляди витрат бюджету, а також два огляди програм у сфері охорони здоров'я (медичної освіти та управління медичними закладами Міністерства охорони здоров'я). Дана методологія була

введена як частина середньострокової бюджетної реформи в якості знаряддя підняття дієвості витрат та орієнтованості на державну політику.

У 2020 році уряд планував огляд витрат за програмою централізованих закупівель лікарських засобів, медичних виробів і послуг (Кабінет Міністрів України, 2020). Перші огляди, здійснені у 2019 році, не були враховані Міністерством охорони здоров'я через постійні політичні зміни. Втім, вони допомогли накопичити велике число доказових відомостей стосовно ефективності витрат та сформулювати рішучі пропозиції стосовно трансформацій.

Висновок до розділу 2

Здійснення бюджету в Україні історично є вкрай передбачуваним та доволі контрольованим, що дає змогу загалом прогресивній системі УДФ держави збільшити бюджетний простір в рамках чинної системи асигнувань. Декілька вагомих поліпшень в УДФ у плані охорони здоров'я здійснились у 2017-2019 роках і суттєвою мірою були обумовлені з реформою фінансування системи охорони здоров'я та введення нових методів фінансування, якими послуговуватиметься НСЗУ.

Ключова трансформація – перехід до орієнтованих на результат методів фінансування охорони здоров'я, вказаних концепцією ПМГ, що добродіятимуть вивільненню додаткового бюджетного простору для охорони здоров'я, адаптуючи канали фінансування до знадоб, щоб збільшити дієвість надання послуг закладами охорони здоров'я.

Вжиток заснованої на доказах матриці результатів для визначення бюджетних пропозицій дасть змогу Міністерству охорони здоров'я надалі розширювати бюджетний простір. Вдосталь аргументовані політики та розрахунки витрат було б легше вводити, базуючись на середньострокову бюджетну рамку з граничними видатками, прийнятими на більш ранній стадії бюджетного процесу.

РОЗДІЛ 3 ЕФЕКТИВНІ НАПРЯМИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Трансформація фінансування системи охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країн

Система охорони здоров'я є найбільш чутливою соціальною, політичною та економічною сферою будь-якої країни, є частиною національної культури і тісно пов'язана з усім суспільством [6]. У розвинених державах значущу роль у соціальному захисті відіграє система охорони здоров'я. Вони знижують ризики для здоров'я та фінансові ризики, а також роблять значний внесок у соціальне та економічне благополуччя. В умовах фінансових труднощів головним завданням Європейської Ради є забезпечення фінансової стійкості медичної системи без шкоди для спільних цінностей країн ЄС: повного охоплення населення, фінансової єдності, рівного доступу до медичної допомоги та високого рівня якісних медичних послуг.

Особливості фінансування сфери охорони здоров'я у розвинених державах визначаються такими суттєвими факторами, як:

- значення країни у процесі фінансування охорони здоров'я;
- джерела фінансування охорони здоров'я;
- рівень життя громадян держави;
- фінансова система країни тощо.

Зважаючи на більшість з вищевказаних факторів, виокремимо такі основні моделі фінансування сфери охорони здоров'я [4]:

- державна (бюджетна) медицина з бюджетною системою фінансування, система охорони здоров'я, що базується на принципах соціального страхування і налагодження ринку з багатоканальною системою фінансування;

- платна (ринкова) медицина, в базі якої ринкові положення з вжитком переважно приватного медичного страхування.

Зосередимо увагу, що державна охорона здоров'я з бюджетною системою фінансування на основі концепції Беверіджа (відома як модель Семашка в колишньому Радянському Союзі) в основному фінансується з бюджетних джерел за рахунок корпоративних та фізичних податків. Населення країни має безкоштовний доступ до медичних послуг, але деякі специфічні медичні послуги все ще мають бути платними. У цій моделі держава виступає як постачальник і покупець медичних послуг. Роль ринку є другорядною, а заклади охорони здоров'я належать чи контролюються державою.

До позитивних рис цієї моделі можна віднести централізоване фінансування, яке забезпечує близько 90% усіх витрат на охорону здоров'я та стримує зростання витрат на лікування. Недоліком цієї моделі є те, що якість медичних послуг неминуче знизиться, а споживачі не контролюють діяльність закладів охорони здоров'я. Ця модель використовується в наступних державах: Великобританія, Данія, Португалія, Італія, Греція, Іспанія та ін [7; 8]. Система державного фонду охорони здоров'я (концепція Бісмарка) базується на принципах соціального страхування.

Фінансування галузі охорони здоров'я здійснюється за рахунок цільових пожертвувань підприємців, працівників та державних субсидій. Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків до фонду охорони здоров'я. Внесок залежить від платоспроможності, а доступ до послуг залежить від попиту. Медичні фонди, як правило, незалежні від держави, але діють у межах закону.

Соціальне страхування гарантує право на отримання заздалегідь визначеного виду послуги та встановлює частку внеску на рівні, що гарантує використання цього права. За цією моделлю держава відіграє роль гаранта забезпечення соціально необхідних медичних потреб усіх громадян, незалежно від рівня доходів.

Роль ринку медичних послуг полягає у задоволенні потреб споживачів вище рівня захисту. Взагалі кажучи, багатоканальна система фінансування (з прибутку страхових організацій, відрахувань від заробітної плати, Державного бюджету) формує необхідну гнучкість і стабільність фінансової основи

соціально-страхової медицини. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає у Німеччині, Франції, Швейцарії, Японії та інших країнах [7; 8].

У приватній медичній моделі приватні страхові компанії займають лідируючі позиції на ринку медичної допомоги. При цьому основні фонди (житло, медичне обладнання) перебувають у приватній власності, а держава дбає про потреби малозабезпечених, пенсіонерів та безробітних.

Недоліком такої моделі оплати є те, що ринок медичних послуг не врегульований, тому держава не може впливати на сферу охорони здоров'я. Такі системи діють у США, Південній Кореї та інших країнах. Слід зазначити, що сектор охорони здоров'я в усіх державах фінансується з таких основних джерел:

- оподаткування;
- внесок у систему соціального страхування;
- внесок на добровільне медичне страхування;
- оплата безпосередньо населенню. Відповідно до практики в державі та за кордоном до функцій фінансування медицини та охорони здоров'я належать: фінансування, загальне планування, закупівля послуг та надання послуг. Країни ЄС покладаються на цілі ВООЗ під час фінансування охорони здоров'я[7; 8]:

- фінансовий захист (загальний захист від фінансових ризиків, пов'язаних із поганим здоров'ям);

- принцип соціальної справедливості у фінансуванні вимагає від багатих платити більше на медичні витрати, ніж від бідних;

- рівний доступ до медичної допомоги (залежно від потреби, а не спроможності платити);

- підвищення прозорості та підзвітності системи охорони здоров'я (боротьба з корупцією, контроль діяльності медичних закладів, оцінка якості їх діяльності);

- винагороджувати якісні медичні послуги та формулювати стимули для економічно ефективних організацій медичного обслуговування;

- підтримувати ефективність управління (зменшити дублювання функцій у сфері фінансування охорони здоров'я та уникнути витрат, які не призначені для досягнення вищезазначених цілей).

Процес фінансування охорони здоров'я у розвинених державах, зазвичай, постає зі збору ресурсів, який налічується з джерел фінансування, механізмів збору ресурсів та угруповань, які є відповідальними за їх збір.

Джерелами фінансування сфери охорони здоров'я закордонних держав постають:

- національні та міжнародні неурядові благодійні організації;
- керівництво інших держав і багатосторонні агенства;
- приватні особи, сім'ї, наймані працівники;
- корпорації та роботодавці.

Що торкається механізмів збору ресурсів, то їх виокремлюють на державні та приватні. Державні механізми призначаються законом, є неухильними і покривають як загрози у галузі здоров'я, так і фінансові ризики. До них входять: прямі податки та відрахування на соціальне страхування. Приватні механізми збору ресурсів діють на добровільній базі і опираються на передоплаті та на оплаті в момент вжитку певною послугою. Вони налічуються з наступних елементів:

- внесків приватного медичного страхування;
- ощадних рахунків медичного страхування;
- прямих платежів громадян.

У багатьох європейських державах проводиться переоцінка національних систем охорони здоров'я і доцільності вжитку наявних підходів до питань фінансування.

Процеси реформування медичної сфери торкаються нормативного, економічного, організаційного та інших плаів діяльності. Старання здобути кращої дівості й ефективності сполучаються з додержанням етичних імперативів. Вирішення проблем охорони здоров'я у різних державах проводиться з урахуванням соціально-економічних, демографічних, медико-

організаційних, територіальних та інших ознак, національних звичаїв тощо. Невід'ємними компонентами введення системних змін є партнерство в усіх аспектах реформування, а також і фінансовому, встановлення конкретних пріоритетів, постачання профілактичного напрямку розвитку, введення моніторингу зрушень, показників оцінки та контролю, а ще широка поінформованість соціуму й відкритість системи охорони здоров'я. У такому плані заслуговують на увагу розбудовчі процеси, засновані в системі охорони здоров'я України, які добродіяли її трансформації в результаті змін у:

- механізмах попиту, конкуренції.
- у формах власності (плюралізм), управління (децентралізація), організації;
- у законодавчому постачанні.

Побіжно зазначимо, що здійснені зміни стали мотивом багатьох деструкцій у системі охорони здоров'я, а саме:

- втрата монополії країни на певні ланки функціонування цієї сфери, що зумовило до деструкції сталості системи охорони здоров'я;
- недостатність і нестабільність фінансування;
- ліквідація окремих механізмів, що в минулому постачали відносно стійкий стан сфери (система матеріально-технічного забезпечення тощо);
- нерівноправність в отриманні та недостатність гарантій якості медичних послуг;
- погіршення матеріальних умов робітників системи охорони здоров'я, а отже, кваліфікованих фахівців.

Одним із найбільш вагомих питань реформування вітчизняної системи охорони здоров'я сьогодні є не тільки підняття дієвості вжитку фінансових ресурсів, але й шукання додаткових джерел фінансування. Головними завданнями реформування галузі охорони здоров'я в Україні вказано:

- підняття якості та доступності медичних послуг;
- покращення дієвості державного фінансування;

– продукування заохочень для здорового способу життя громадян й безпечних прагматичних умов праці.

З позицій системного підходу реформи мають бути цілісними, постачати дієву діяльність всіх складових системи та її налагоджену взаємодію із зовнішнім соціальним осередком.

Зважаючи на стратегічне значення галузі охорони здоров'я для розвитку економіки України та покращення здоров'я громадян, а також беручи до уваги потребу вжиття невідкладних заходів стосовно комплексного вирішення проблем цієї галузі, реформування повинно включати:

- фінансово-економічну;
- організаційно-управлінську;
- нормативно-правову сферу;
- механізми оптимізації діяльності громадської охорони здоров'я.

Максимально дієвим способом поліпшення фінансування галузі охорони здоров'я у більшості держав світу допускають відмову від бюджетного фінансування і перехід на модель медичного страхування (добровільного чи обов'язкового).

Головною перевагою введення неухильного соціального медичного страхування (ОСМС) є цільовий характер внесків. Це постачає зміцнення фінансової бази СОЗ і значний рівень солідарності, незалежно від фінансових перспектив громадянина.

Основні кроки поліпшення фінансово-економічного механізму охорони здоров'я налічують [3; 5]:

- 1) контрактну модель управління та фінансування, яку слід виконувати способом введення договірних взаємин при закупівлі послуг з охорони здоров'я та зміни принципу фінансування;
- 2) вироблення «глобального бюджету» для постачання надання медичної допомоги на вторинному та третинному рівнях на бюджетний період, який варто формувати зі зважанням діапазону, структури та якості послуг, вказаних

договором про здійснення бюджетної програми залежно від знадоб громадян з урахуванням кількості і структури захворювань;

3) аналіз принципу розподілу коштів між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги.

З вищевказаного переконуємося, що для поліпшення функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я потрібне здійснення таких кроків [1; 2]:

- поліпшення законодавчого забезпечення системи охорони здоров'я (на законодавчому рівні окреслити гарантований пакет надання медичних послуг, що в майбутньому стане основним для введення медичного страхування);

- збільшення ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я;

- заохочення розвитку добровільного медичного страхування (застосовувати ресурси приватних медичних закладів);

- підняття якості послуг з охорони здоров'я та кадрового постачання цієї системи.

3.2. Створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я

Чинно до статті 32 Закону України “Про місцеве самоврядування” до повноважень місцевого самоврядування входить управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового постачання, організація медичних послуг та харчування в комунальних оздоровчих закладах, постачання в рамках наданих повноважень доступності і безкоштовності медичного обслуговування на визначеній території, а також розвиток всіх видів медичного обслуговування, а саме розвиток мережі закладів охорони здоров'я, та добродія підготовці і підвищенню кваліфікації спеціалістів.

Органи місцевого самоврядування натрапляють на низку перепон для дієвої реалізації вказаних повноважень. Виділення значних коштів з місцевих бюджетів на фінансування медицини недобровільно націлюється

на співоплату поточних розходів для надання основних медичних послуг, а не на розвиток комунальних закладів охорони здоров'я та їх кадрового складу працівників.

Введення нової моделі фінансування системи охорони здоров'я віщує збереження повноважень органів місцевого самоврядування у даному секторі і формування перспектив для їх повноцінного здійснення. Насамперед це буде здобуто способом прозорого відмежування фінансової відповідальності державного рівня влади. Кабінетом Міністрів України буде вказано конкретний, лімітований перелік послуг державного гарантованого пакета медичної допомоги, надання яких буде абсолютно постачатися за рахунок коштів державного бюджету. Місцева влада не зобов'язана буде шукати кошти для надання таких послуг.

Органи місцевого самоврядування одержать спромогу скеровувати кошти місцевого бюджету (у випадку рішення відповідних громад) на керівництво та розвиток комунальних закладів охорони здоров'я, а саме на закупівлю медичного устаткування та інші капітальні видатки. А також, місцева влада буде здатна витратити кошти місцевих бюджетів на оплату для жителів громади додаткових медичних послуг, що на цей час не налічуються до державного гарантованого пакета медичної допомоги (тобто розвиток медичного обслуговування).

За органами місцевого самоврядування ще буде закріплено функцію постачання громадського здоров'я на місцевому рівні, обумовлену із збереженням та укріпленням здоров'я жителів громади, профілактикою захворюваності.

Введення нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка віщує перехід до оплати роботи постачальників медичної допомоги на базі конкретних результатів їх діяльності, вимагає принципової зміни характеру взаємин між постачальником послуг та їх замовником - розпорядником бюджетних коштів.

На зміну командно-адміністративній моделі взаємин між такими суб'єктами має бути контрактна модель взаємин, в рамках якої такі взаємини налагоджуються договорами стратегічної закупівлі медичної допомоги (медичних послуг) з конкретно окресленими параметрами фінансування та результату. В рамках вказаних договорів розпорядник бюджетних коштів працюватиме в інтересах пацієнтів (платників податків) як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики являтимуться як постачальники послуг.

Базою нової моделі фінансування системи охорон здоров'я повинен бути перехід від фінансування постатейних кошторисів державних та комунальних закладів охорони здоров'я - бюджетних установ, визначених ступаючи з потреби утримання існуючої інфраструктури цих закладів (такої як число ліжок, положення забезпечення персоналом тощо), до оплати результатів функціонування цих закладів як самостійних суб'єктів господарської діяльності, тобто до оплати практично наданої ними пацієнтам медичної допомоги.

Подібний принцип повинен бути вжитий і стосовно налагодження взаємин з аптеками, що являтимуться як постачальники прописаних лікарями лікарських засобів, що налічуватимуться до державного гарантованого пакета медичної допомоги.

Методи оплати діяльності (компенсація витрат) постачальників медичної допомоги повинні бути визначені таким способом, щоб постачати збалансування системи доходів та затрат і формувати у постачальників заохочення, потрібні для того, щоб покращити якість та більш дієво надавати послуги.

На початку введення вказаного методу оплати застосовуватиметься проста формула дефініції нормативу на одну особу з коефіцієнтами корекції загроз за віком та статтю. Планомірно до такої оплати на базі вказаного принципового підходу додаватимуться додаткові складові, які дадуть змогу здійснити капітаційний метод оплати якомога більш неупередженим та справедливим і

добродіяти гранично вірогідному формуванню у постачальників позитивних для соціуму заохочень, що спонукають до підняття якості, доступності та економічної дієвості послуг первинної медичної допомоги.

Система оплати постачальників первинної медичної допомоги передбачатиме постійне пристосування до умов та пріоритетів національної політики охорони здоров'я.

Замовник послуг первинної медичної допомоги здійснюватиме прямі договори про надання послуг первинної медичної допомоги з ліцензованими та акредитованими МОЗ постачальниками даного виду медичної допомоги. Сумарна оплата за договором про надання первинної медичної допомоги окреслюватиметься числом громадян, приписаного до відповідного надавача первинної медичної допомоги, а також індикаторами ефективності.

Для оплати роботи (відшкодування витрат) постачальників вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги застосовуються неоднакові методи.

Фінансування постачальників спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторної допомоги узалежнено від виду послуг проводиться на базі оплати з розрахунку на одну особу, оплати за послугу чи оплати за пролікований випадок (для амбулаторних послуг, що проводяться у лікарнях, таких як хірургія одного дня).

Введення такої методології оплати є важким і тривалим процесом, його здійснення (за досвідом інших держав) може вимагати кількох років, а також для забезпечення належної підготовки різних категорій робітників сфери охорони здоров'я. Отож, на початковій стадії реформи, до переходу на оплату стаціонарної медичної за методом виділення на діагностично-споріднені групи, фінансування лікарень здійснюватиметься за скороченою формою економічної класифікації видатків бюджету із дефініцією діапазону послуг та належних показників результативності цих закладів.

Розвиток і у випадку знадоби реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що проводять вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу,

виконуватиметься через госпітальні округи, які чинно до вимог Основ законодавства України про охорону здоров'я мають бути сформовані в порядку, затвердженому Кабінетом Міністрів України.

Ціллю утворення госпітальних округів є налагодження мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, який би дав змогу забезпечити якість і своєчасність надання медичної допомоги громадянам, а також дієвий вжиток бюджетних коштів для постачання надання спеціалізованої допомоги мешканцям відповідних територій.

Продуктування єдиного загальнонаціонального медичного простору віщує введення інструментів електронної охорони здоров'я, таких як електронні реєстри, протоколи обміну відомостями, системи кодування діагнозів та процедур та інше. Головною умовою для результативного функціонування системи фінансування є введення системи унікальної ідентифікації пацієнтів.

МОЗ повинно постачити формування загальних стандартів обміну відомостями між усіма сторонами - членами процесу надання та фінансування медичної допомоги.

Висновок до розділу 3

Отож, реформування системи охорони здоров'я України на основі продуктування сучасної моделі зі зважанням досвіду закордонних держав, потребує формування належної нормативно-правової бази, що окреслює її організаційно-управлінські засади. Цей процес постає передусім у дефініції та законодавчому закріпленні правових засад, що регулюють взаємини між пацієнтами, медичними робітниками та страховиками, у формуванні умов і введення механізмів постачання якості та доступності медичного обслуговування чинно до існуючих ресурсів та бажань пацієнтів.

Дієвість функціонування сфери істотною мірою визначається принагідним фінансовим забезпеченням, що потребує зростання асигнувань на охорону здоров'я адекватно до мінімально-оптимальних конкретних потреб та їх дієвого застосування.

Інформатизація закладів охорони здоров'я є завданням їх власників (громад, приватних інвесторів) та зі зваженням перехідного етапу неухильною умовою участі в сучасній системі фінансування та одержання коштів через механізм державного медичного страхування. При цьому ще передбачається введення міжнародної технічної та фінансової допомоги.

ВИСНОВКИ

Дослідивши теоретичні основи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, а також навівши напрями управління фінансами в закладах охорони здоров'я, можемо зробити наступні висновки:

1. За неоднакових умов забезпечення принагідного рівня здоров'я громадян є пріоритетним завданням будь-якої країни, її системи охорони здоров'я (СОЗ), про що акцентовано в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів. Мета та завдання, що виникають перед системою охорони здоров'я, націленої на збереження та зміцнення здоров'я, постачання населення доступною й якісною медичною допомогою чинно до рівня технологічного розвитку, конкретних знадоб і згідно з додержанням принципів рівності та справедливості. Система охорони здоров'я – максимально чутлива соціальна, політична та економічна галузь будь-якої країни, що є частиною національної культури й має стосунок до всього суспільства. Система охорони здоров'я в Україні – це цілісна сфера, яка має базуватися на принципах дієвого взаємодіяння багатьох центральних органів влади на рівні Міністерств охорони здоров'я, фінансів, економіки, праці та соціальної політики, освіти і науки, з питань надзвичайних ситуацій та інших міністерств та відомств.
2. Фінансові ресурси сфери охорони здоров'я формуються за рахунок багатьох джерел. Чинно до закону України «Основи законодавства

України про охорону здоров'я» № 2801–ХІІ від 19.11.1992 р. виділяють державні (надходження державного та місцевих бюджетів, доходи фонду обов'язкового державного медичного страхування) та недержавні (доходи фондів добровільного медичного страхування, благодійних фондів, організацій, підприємств, громадян) джерела фінансових ресурсів медичної сфери.

3. Обов'язкове медичне страхування являється одним із альтернативних джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я і його введення є обов'язковим. Законом України "Про страхування" (редакція 2001 р.) вказано проведення, крім неухильного медичного страхування, доповнюючої його форми - непримусового медичного страхування. Соціально економічне роль добровільного медичного страхування постає у тому, що воно добавляє гарантії, надані в обсягах соціального забезпечення і соціального страхування до гранично імовірних у модерних умовах стандартів.
4. Право на охорону здоров'я вводить життєвий рівень, потрібний для підтримання здоров'я людини, достойне для життя довкілля, принагідні умови праці, побуту, навчання, кваліфіковану медичну допомогу, правовий захист від будь-яких нелегальних форм дискримінації. Проголосивши вказане право, країна взяла на себе відповідальність сформуванню умови для результативного і доступного для всіх людей медичного обслуговування способом постачання державним фінансуванням належних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровче-профілактичних програм.
5. У галузі фінансування галузі охорони здоров'я негайною проблемою є брак державних коштів, що підводить до зниження обсягів безоплатної медичної допомоги. Брак фінансування не допускає проводити доречне оновлення морально і фізично застарілого устаткування, а заробітна плата медичних робітників зостається невисокою і не обумовлена від діапазону та якості наданих медичних послуг. Тут дозволено зазначити,

що ця причина є основним мотивом постійного підняття неофіційних платежів громадян лікарям.

6. Сучасні інструменти збору та аналізу відомостей дозволять НСЗУ напрацювати набагато вагоміші аргументи для додаткових асигнувань на охорону здоров'я, побудовані на даних стосовно результатів роботи надавачів медичних послуг та фінансових даних, обумовлених з договорами. А саме, закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» потребує від уряду формування незалежної Ради громадського контролю для аналізу даних та рекомендацій НСЗУ. Тільки цей орган стане діяти, він зможе підняти надійність та якість розгляду даних, залучаючи моніторинг результатів діяльності.

