

**Львівський регіональний інститут державного управління
Національної академії державного управління
при Президентіві України**

**В. С. Загорський
З. М. Лободіна
Г. С. Лопушняк**

**УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ
РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

**Львів
ЛРІДУ НАДУ
2010**

УДК 351.77
ББК 51.1
З 143

Рецензенти:

М. В. Римар – Засл. діяч науки і техніки України, доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту Львівського державного інституту новітніх технологій та управління ім. В. Чорновола;

П. С. Березівський – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту організації ім. проф. Є. Храпливого Львівського національного аграрного університету;

О. П. Крайник – доктор економічних наук, доцент, завідувач кафедри економічної політики і фінансів Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України;

С. І. Скибиляк – перший заступник начальника Головного фінансового управління Тернопільської обласної державної адміністрації.

Схвалено до друку Вченою Радою

*Львівського регіонального інституту державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України
(протокол № 5/45 – 10 від 09 червня 2010 року)*

З 143 Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я [текст]: монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. – 276 с. - ISBN 978 – 966 – 8687 – 79 – 2

Досліджено економічний зміст дефініції „управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я” та з'ясовано організаційні й нормативно-правові засади управління фінансовими ресурсами зазначених медичних інституцій. Проаналізовано вітчизняну практику формування, розподілу та використання фінансових ресурсів медичних закладів загалом та закладів охорони здоров'я дітей зокрема, визначено методи управління фінансовими ресурсами. Запропоновано концептуальні підходи до удосконалення формування, розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

Висновки та пропозиції мають практичне значення і можуть бути реалізовані у діяльності органів державного управління з метою вдосконалення формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

Для фахівців-практиків фінансового профілю та державного управління, науковців, науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів, слухачів, студентів, аспірантів та докторантів.

ISBN 978 – 966 – 8687 – 79 – 2

УДК 351.77
ББК 51.1.

© В. С. Загорський, 2010
© З. М. Лободіна, 2010
© Г. С. Лопушняк, 2010
© ЛРІДУ НАДУ, 2010

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	6
--	----------

ПЕРЕДМОВА	7
------------------------	----------

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система охорони здоров'я в умовах глобальних суспільних трансформацій	10
1.2. Теоретичні засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я	22
1.3. Організаційне забезпечення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я	41
1.4. Правові засади державного управління фінансовими ресурсами у галузі охорони здоров'я	53

РОЗДІЛ 2. ПРАГМАТИКА І ПРОБЛЕМАТИКА УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка методів управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я	67
2.2. Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я	86
2.3. Особливості формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей	94
2.4. Закономірності та тенденції розподілу і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я	115
2.5. Особливості використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей	122

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Шляхи удосконалення формування, розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я	141
--	-----

3.2. Автономізація постачальників медичних послуг та перспективи запровадження контрактних відносин у галузь охорони здоров'я	158
3.3. Реформування механізму оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я	171

ПІСЛЯМОВА	195
------------------------	-----

ЛІТЕРАТУРА	202
-------------------------	-----

ДОДАТОК А. Характеристика моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я	218
ДОДАТОК Б. Структура державної системи охорони здоров'я України	220
ДОДАТОК В. Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах ...	222
ДОДАТОК Д Концептуальна структурно-функціональна модель єдиного медичного простору України	227
ДОДАТОК Е. Динаміка захворюваності дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., на 1000 дітей	228
ДОДАТОК Ж. Динаміка надходження фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр.	230
ДОДАТОК З. Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., %	232
ДОДАТОК И. Структура джерел фінансових ресурсів окремих закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр.	235
ДОДАТОК К.1. Динаміка бюджетного фінансування та основних показників діяльності Тернопільської, Вінницької та Хмельницької обласних дитячих лікарень	239
ДОДАТОК К.2. Економіко-математичні моделі взаємозв'язку між обсягом бюджетного фінансування та основними показниками діяльності Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні	240
ДОДАТОК Л. Динаміка доходів у розрахунку на 1 ліжкодень у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007рр., грн.	241

ДОДАТОК М. Структура видатків окремих закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр.	249
ДОДАТОК Н. Витрати на продукти харчування та медикаменти для однієї хворої дитини на день в лікувально-профілактичному закладі, грн.	254
ДОДАТОК П. Динаміка основних показників діяльності педіатричної служби системи МОЗ України у 2002–2007 рр.	257
ДОДАТОК Р. Порівняльна характеристика способів оплати медичної допомоги	258
ДОДАТОК С. Моделі фінансування охорони здоров'я і методи оплати стаціонарної допомоги в зарубіжних країнах	262
ДОДАТОК Т. Розрахунок вартості медичних послуг (досвід Російської Федерації)	264
ДОДАТОК У. Умови запровадження подушного фінансування ПМСД за схемою часткового фондотримання та фінансування стаціонарної допомоги за методом глобального бюджету	271

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АМНУ – Академія медичних наук України
АР Крим – Автономна Республіка Крим
ВВП – валовий внутрішній продукт
ВНП – валовий національний продукт
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРУ – Верховна Рада України
ЄС – Європейський Союз
КЕКВ – код економічної класифікації видатків
КМУ – Кабінет Міністрів України
КСГ – клініко-статистичні групи
КФКВ – код функціональної класифікації видатків
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
ОЕСР – Організація економічного співробітництва та розвитку
ОМС – обов'язкове медичне страхування
ООН – Організація Об'єднаних Націй
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
ЦМС – Центр медичної статистики

ПЕРЕДМОВА

“Шлях до підвищення ефективності охорони здоров'я як системи проходить, у першу чергу, через покращення якості менеджменту. Безумовно, реформи будь-якої країни залежать від її історії, економічної та соціальної інфраструктур, але навіть первинне обдумування реформ, не кажучи вже про їх створення та втілення в життя, слід розпочинати з переосмислення ролі і функцій менеджменту. Конструктивний менеджмент, підкріплений знанням економіки, – центр будь-якої реформи в охороні здоров'я, включаючи все необхідне для покращення здоров'я населення без підвищення ціни на послуги.”

G.Evans, 1995

Збереження і розвиток здоров'я населення, як вирішального чинника забезпечення економічного та соціального розвитку країни, є однією із найважливіших соціальних функцій держави. Саме на цьому наголошував ще в I ст. до н.е. видатний римський громадський діяч Гай Юлій Цезар, висловлюючись, що здоров'я народу – вища турбота держави. Реалізація зазначеної функції відбувається через діяльність галузі охорони здоров'я.

Здоров'я – це не лише багатство окремої людини, а й багатство всього суспільства. Саме від здоров'я населення будьякої країни залежить благополуччя кожного індивіда зокрема та суспільства в цілому. Як складова людського розвитку, здоров'я є найнеобхіднішою умовою повноцінного розвитку людини, досягнення всього розмаїття цілей індивіда та важливим показником майбутнього нації.

У сучасній Україні однією з найгостріших соціальних проблем є незадовільний стан здоров'я населення, що характеризується підвищенням рівня захворюваності, інвалідності і смертності. З огляду на це, розроблення та реалізація заходів щодо поліпшення здоров'я населення, від якого залежить формування трудового та інтелектуального потенціалу нашої країни, визнані пріоритетним напрямом державної політики охорони здоров'я.

Визначальним чинником забезпечення населення доступними та високоякісними медичними послугами і запорукою належного функціонування закладів охорони здоров'я є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Проте, незважаючи на зростання обсягів фінансування охорони здоров'я, ситуація в галузі суттєво не покращується, а законодавчо задекларована безоплатна медична допомога замінюється платною. Наслідком цього є обмеження доступу населення до медичних послуг, неповна реалізація їхнього права на охорону здоров'я. Отже, необхідність реформування управлінських та економічних засад вітчизняної системи охорони здоров'я і зміни її відповідно до сучасних запитів суспільства не викликає сумнівів.

Тим часом основні концептуальні підходи до вдосконалення функціонування медичного сектору й досі залишаються дискусійними, а намічені стратегічні плани – не реалізованими. Така невизначеність у майбутньому галузі не сприяє розв'язанню проблем підвищення якості та доступності медичних послуг дітям, поліпшенню їхнього здоров'я, зниженню рівня захворюваності й смертності, тому загрожує національній безпеці України та потребує негайного вирішення.

На наше глибоке переконання, в основу соціальних і економічних реформ нашої держави, повинно бути покладене розуміння того, що охорона здоров'я – це не просто складова соціальної сфери, що потребує бюджетного фінансування, а пріоритетна, найбільш перспективна та соціально-інвестиційна сфера, від якої залежить розвиток цієї держави. Інвестиції в охорону здоров'я мають інфраструктурний характер, тобто створюють умови для ефективної участі працівників у виробничому процесі (фізично здорові люди рідше хворіють, можуть працювати з повною віддачею). З впевненістю можемо стверджувати, що сьогодні інвестиції в людину, її потенціал набувають стратегічного значення.

Однією з важливих умов розвитку системи охорони здоров'я є вирішення проблем, пов'язаних з ефективним управлінням галузі, у тому числі й розробка та обґрунтування наукових підходів до розвитку механізмів державного управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я.

Викладене вище актуалізує дослідження теоретичних засад і практики формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, визначення пріоритетних напрямів реформування управління фінансами зазначених медичних інституцій.

В Україні дослідженню теоретичних і практичних аспектів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я присвячені праці В. Андрушенка, О. Василика, В. Войцехівського, В. Галайди, Д. Карамішева, Н. Карпишин, О. Кириленко, С. Кондратюка, В. Куценко, Н. Лакізи-Савчук, В. Лехан, С. Михайленко, В. Опаріна, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудого, Г. Трілленберг, О. Тулай, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін.

Однак у наукових працях згаданих учених недостатньо уваги приділено вирішенню проблем комплексного підходу до фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, а щодо закладів охорони здоров'я дітей, то в Україні практично не проводились дослідження з проблем управління їхніми фінансовими ресурсами. Вищевказане зумовлює актуальність, теоретичну і практичну важливість даного наукового дослідження.

Метою його є наукове обґрунтування теоретичних і прикладних засад формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я і визначення шляхів удосконалення управління фінансовими ресурсами зазначених інституцій.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система охорони здоров'я в умовах глобальних суспільних трансформацій

У всіх країнах, що володіють великим економічним і науково-культурним потенціалом, здоров'я людей – вища соціальна цінність, а його охорона є важливим напрямом діяльності держави і суспільства та інтегральним показником успішності функціонування державних інституцій.

Як зазначено в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (аб. 3, 4 та 12), «охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя», «охорона здоров'я – один із пріоритетних напрямків державної діяльності», ...один з головних чинників виживання та розвитку народу України [34, с. 60]». Всесвітня організація охорони здоров'я, наголошуючи на індивідуальній та суспільній значимості здоров'я, його впливі на стан національної безпеки країни, розглядає охорону здоров'я як «сукупність взаємозалежних заходів, що сприяють зміцненню здоров'я і проводяться вдома, у навчальних закладах, на робочих місцях, у громадських місцях, у громадах, у фізичному і психосоціальному оточенні, а також у секторі охорони здоров'я і зв'язаних з ним секторах [21]».

Усвідомлення значущості систем охорони здоров'я для забезпечення високого рівня якості життя населення, а також розуміння необхідності їх зміцнення для протистояння численним новим глобальним загрозам та викликам, обумовлюють активне реформування медичної сфери.

Відомо, що «реформа системи охорони здоров'я визначається як діяльність, пов'язана із змінами політики та інститутів охорони здоров'я, через які вони проводяться» [68, с. 53].

Цей процес передбачає встановлення цілей, окреслення пріоритетів, удосконалення політики та реформування інститутів.

В Україні функціонує національна або державна модель системи охорони здоров'я, яка заснована на принципах загальної доступності і безоплатності. Конституція України передбачає, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Законом України «Основи законодавства про охорону здоров'я» (ст. 184) визначено, що право на охорону здоров'я включає життєвий рівень, необхідний для підтримання здоров'я людини, сприятливе для життя довкілля, безпечні умови праці, побуту, навчання, правовий захист від будь-яких форм дискримінації. Проголосивши зазначене право, держава взяла на себе зобов'язання створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування шляхом забезпечення державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

В. М. Лобас стверджує, що здоров'я – це базова складова простого відтворення робочої сили в умовах інтелектуалізації суспільного розвитку. Тому в розвинутих країнах світу пріоритетною державною політикою, поряд із захистом життя, є політика охорони здоров'я [64, с. 11]. Проаналізувавши роль держави в розвитку медичної галузі, він вказує на ряд суттєвих особливостей ринку медичних послуг, через які закони та правила ринку не можуть абл.еалізуватися у цій сфері в повній мірі. Погоджуємось з Віталієм Михайловичем у необхідності зовнішнього регулювання, яке у повному обсязі може здійснити тільки держава.

Зважаючи на важливість стану здоров'я нації для країни та критичний стан медичної галузі України, роль держави у фінансуванні програм і заходів охорони здоров'я постійно зростає.

Підставою для обґрунтування зростаючої ролі держави у фінансовому забезпеченні та регулюванні галузі охорони здоров'я є:

- неспроможність ринкових механізмів протистояти негативним зовнішнім екстерналіям (ефектам), існуванням інформаційної асиметрії на користь постачальників медичних послуг

(теорія відмови функціонування ринку – Дж. Е. Стігліц, П. Самуельсон, Ш. Бланкарт);

- частковою приналежністю охорони здоров'я до суспільних благ, які характерні неподільністю, відсутністю властивостей виключення, суперництва при споживанні (теорія суспільних благ – У. Маццола, К. Віксель, Дж. Б'юкенен, Р. Масгрейв);

- трактування здоров'я людини як головної цінності суспільства та основи його економічного зростання, а витрат на охорону здоров'я – одного із видів інвестицій у «людський капітал» (теорія людського капіталу та концепція «інвестицій у людину» – Г. Беккер, Л. Туроу, К. Макконелл, К. Уінслоу);

- потреба суспільства, яке в умовах демократії визначає пріоритети державної політики охорони здоров'я (теорія суспільного вибору – Дж. Б'юкенен, Дж. Бреннан, Д. Мюллер, Р. Вагнер).

Досліджуючи наукові праці К. Ерроу [141], Г. Хеннеланда, Л. Рове [130] та інших зарубіжних і вітчизняних вчених, подібну думку підтримує і український науковець О.Длугопольський, зазначаючи, що «медичне обслуговування є специфічним товаром, особливості якого (табл. 1.1) не дозволяють надавати його на конкурентному ринку, а тому виникає необхідність державного фінансування та контролю за якістю медичних послуг [26, с. 348]».

Таблиця 1.1

Визначальні характеристики медичного обслуговування

Характеристика	Зміст
1	2
Природа попиту	Попит індивідів на медичне обслуговування є нестабільним, нерегулярним і непередбачуваним (медичні послуги приносять задоволення лише у випадку хвороби), а також пов'язаним з загрозою для повноцінності особистості (хвороба – дорогий ризик, навіть не враховуючи вартості медичного обслуговування).
Очікувана поведінка лікаря	Оскільки медичне обслуговування є товаром, для якого продукт і його виробництво ідентичні, то споживач не може перевірити продукт його споживання, і у відносинах присутній елемент довіри (на лікаря покладаються як на експерта у встановленні наявності хвороби).

Продовження табл. 1.

1	2
Довірчі блага (інформація про результати їх споживання стають доступними і очевидними лише протягом певного часу)	Споживач медичних послуг володіє обмеженою раціональністю щодо вибору обсягу та вартості медичних послуг у зв'язку із: відсутністю у нього необхідної компетенції для визначення характеру, кількості медичних процедур, очікуваних результатів від їх проведення, і, тим паче, – співвідношення вартості та якості медичних послуг; імовірністю його обмеженої дієздатності, екстремним характером споживання медичних послуг.
Невизначеність продукту	Виліковування хвороби так само є непередбачуваним процесом, як і сам факт її наявності (як лікар, так і пацієнт усвідомлюють інформаційну нерівність у їхніх взаємних стосунках).
Умови пропозиції	Оскільки "вхід" в галузь медицини обмежується ліцензуванням, то це автоматично підвищує вартість медичного обслуговування. Також затрати на освіту в медичній сфері набагато вищі, ніж в будь-якій іншій галузі професійної освіти.
Практика ціноутворення	Практика встановлення цін і пропозиція професії лікаря достатньо специфічні – широка цінова дискримінація за рівнем доходу (починаючи з нульового рівня для малозабезпечених пацієнтів) та настоювання на оплаті наданих послуг на протизагавансовим внескам.

* Складено на основі [141; 26, с. 349; 80, с. 143 – 148; 132, с. 27]

На сучасному етапі інвестиції в охорону здоров'я розглядаються як інвестиції у людський капітал, а, отже, – внесок в розвиток національної економіки та скорочення масштабів бідності. Як зазначає К. Павлюк, результати наукових досліджень К. Уінслоу показали, що до досягнення людиною 20-річного віку витрати на її здоров'я становлять приблизно 20 тис. дол. США, до 40-річного віку вона компенсує їх, а до 60 років прибуток від її праці дорівнює близько 20 тис. дол. США [80, с. 143 - 148].

Охорона здоров'я характеризується такими особливостями, які відносять медичні послуги до суспільних благ: споживання медичних послуг одним індивідуумом не зменшує доступність цих послуг для інших людей; надання

медичних послуг приносить користь третім особам; інші члени суспільства не виключаються із процесу споживання [132, с. 26]. При цьому виникає ситуація, коли споживачі медичних послуг оплачують одночасно з послугами, що отримують, ще й надання цих послуг третім особам. Але не всі медичні послуги можуть бути віднесені до суспільних благ. Велика їх частина індивідуальна і оплачується безпосередньо споживачем. Все це вимагає особливого підходу до управління фінансами галузі охорони здоров'я.

Підсумовуючи наведені аргументи, можна стверджувати, що охорона здоров'я є важливим соціальним компонентом держави загального добробуту, визначальною складовою її соціальної політики, яка покликана забезпечити доступність медичної допомоги для всіх членів суспільства.

Світова соціально-економічна криза негативно позначилася на медико-демографічній ситуації в країні, підтвердженням чого служить погіршення показників стану громадського здоров'я (життєздатності населення). До них відносять чисельність, смертність, народжуваність, захворюваність, поширеність хвороб, інвалідність населення тощо.

Важливими показниками стану здоров'я населення є первинна захворюваність (сукупність раніше не зареєстрованих, а вперше в поточному році виявлених серед населення захворювань) і загальна захворюваність або поширеність хвороб (сукупність усіх хвороб серед населення, вперше виявлених у поточному році, а також хвороб виявлених у попередні роки, але з приводу яких хворі звернулися за медичною допомогою в поточному році) [114, с. 103 - 109]. Захворюваність характеризує можливість адаптації населення до чинників довкілля, тоді як поширеність захворювань значною мірою відображає накопичення хронічної патології, і зростання цього показника зумовлено у тому числі й успіхами у лікуванні хвороб та подовженні тривалості життя хворих з гострими станами.

У 2008 р. кількість відвідувань з приводу вперше виявлених хвороб становила 32,5 млн. (70 285,6 відвідувань на 100 тис. всього населення) і була вищою порівняно з 2003 р. на 3,1% і нижчою порівняно з 2007 р. на 0,45% (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

**Динаміка захворюваності та поширеності хвороб
серед всього населення України у 2003–2008 рр.
(на 100 тис. осіб населення) [136, с. 34 - 35]**

Показники стану здоров'я		2003	2004	2005	2006	2007	2008
Захворюваність	абс.	32585321	32573428	32911979	32239554	32807274	32466559
	на 100 тис. осіб	68188,3	68659,4	69876,1	68962,8	70605,4	70285,6
Поширеність	абс.	78033951	79783415	81310961	81613534	83068293	83751304
	на 100 тис. осіб	163294,5	16170,1	172633,0	174577,5	178773,4	181310,1

Кількість відвідувань з приводу всіх хвороб за останні п'ять років коливалася від 78,0 млн. (163 294,5 на 100 тис. всього населення) у 2003 р. до 83,8 млн. (181 310,1) у 2008 р. Поширеність хвороб у період 2003–2008 рр. зросла на 11,0%, за попередній рік – на 1,4%.

Найвищі рівні захворюваності у 2008 р. зареєстровано у м. Києві (94 340,7 випадків на 100 тис.), Вінницькій (84 724,2), ІваноФранківській (84 410,3), Львівській (83 138,6) областях. Поширеність хвороб була найвищою у м. Києві (235 198,0 на 100 тис.), Вінницькій (218 176,6), Черкаській (208 294,5), Дніпропетровській (204 156,7), Харківській (199 968,4), Київській (199 046,0) областях.

У структурі захворюваності всього населення України найбільша частка належить хворобам органів дихання (42,1%), системи кровообігу (7,6%), травм та отруєнням (6,97%), хворобам сечостатевої системи (6,6%), шкіри та підшкірної клітковини (5,9%), ока та його придаткового апарату (4,9%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,8%), деяким інфекційним та паразитарним хворобам (4,8%). Сумарна частка цих хвороб у структурі захворюваності становить 82,5% [136, с. 34 - 35].

Одним із пріоритетів державної політики охорони здоров'я є розробка та реалізація заходів для покращення здоров'я дітей, від рівня якого великою мірою залежить формування майбутнього трудового та інтелектуального потенціалу України. Особливої актуальності дане питання набуває в умовах постійного погіршення здоров'я дітей та зростання їхньої смертності.

Моніторинг показників здоров'я цієї вікової категорії населення свідчить, що протягом 2000–2008 рр. спостерігалася негативна тенденція зростання первинної захворюваності дітей – на 11,1% (рис. 1.1) та поширеності хвороб – на 16,3%. У 2008 р. захворюваність була найвищою серед дітей 0–17 років, поширеність – серед осіб похилого віку.

Кількість хвороб на
100 тис. осіб
населення

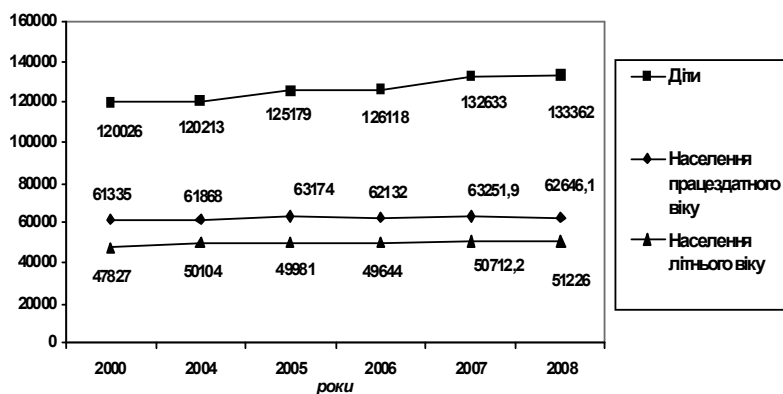


Рис. 1.1. Динаміка первинної захворюваності (на 100 тис. осіб населення) різних груп населення України у 2000р, 2004–2008 рр. *

*Складено на основі даних Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України за 2000р, 2004–2008рр.

Щодо окремих вікових груп, то у 2008 р. на 1000 тис. відповідного населення захворюваність дітей була вищою, ніж населення працездатного віку у 2,1 разу, ніж осіб похилого віку – у 2,6

разу. Поширеність хвороб серед дітей порівняно з іншими віковими групами була вищою, ніж у населення працездатного віку, на 29,4%, але нижчою порівняно з особами похилого віку – на 31,5%.

Показник смертності немовлят, який з 1985 р. по 1995 р. в Україні зростає, протягом останніх років почав знижуватися. У 2002 р. він становив 10,3 на 1000 народжених живими, а у 2008 р. – 10,8. Зазначений показник в нашій державі є дуже високим і майже у 1,6 раза перевищує аналогічний показник Європейського Союзу (6,64). В Чехії смертність немовлят становить 3,75, Словенії – 3,98, Литві – 7,89, Білорусії – 6,9 [136, с. 56].

Таким чином, аналіз стану здоров'я дітей свідчить про необхідність постійної підвищеної уваги до проблем дитячого населення та перенесення пріоритетів у фінансуванні саме на заклади, які забезпечують збереження та відновлення їхнього здоров'я.

Найважливішою складовою галузі охорони здоров'я є заклад охорони здоров'я.

Термін “заклад охорони здоров'я”, незважаючи на свою медичну спрямованість є все ж таки терміном загальноживим, який зустрічається як у законодавстві, так і в науковій, публіцистичній і художній літературі. Перші медичні заклади виникли ще в давні часи Древньої Греції і Древнього Риму внаслідок об'єктивних процесів збільшення знань про природу людини та її здоров'я і як наслідок цього “первинної спеціалізації медиків. Вже у Древній Греції при монастирях виникають перші лікувальні заклади, в яких поруч працюють медики різних профілів “ лікар-хірург, бабка-повитуха, знавець лікарських рослин і ліків та ін. З часом, внаслідок еволюційного розвитку, особливо у ХХ столітті, медичні заклади набувають сучасних форм комплексної профілактики і лікування захворювань людини [20].

Стаття 3 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801–ХІІ трактує заклади охорони здоров'я як “підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників [34]”.

У сучасній економічній, медичній та юридичній літературі можна знайти різні підходи до трактування терміну “заклад охорони здоров’я”.

Одним із найбільш вдалих є визначення З. Гладуна, який вважає, що заклад охорони здоров’я – це інституція (організація), метою діяльності якої є надання кваліфікованої медичної та фармацевтичної допомоги, що зареєстрована у встановленому законом порядку, яка одержала ліцензію на право надання певного виду (видів) медичної допомоги і в якій професійну діяльність здійснюють працівники охорони здоров’я [20].

Зважаючи на те, що Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” окреслює лише загальні засади організації діяльності закладу охорони здоров’я, вітчизняні науковці та практики вже тривалий час працюють над розробкою проекту закону України “Про заклад охорони здоров’я”, який мав би конкретизувати нормативно-правову базу із цих питань.

Наказ МОЗ України “Про затвердження переліків закладів охорони здоров’я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров’я” від 28.10.2002 р. № 385 встановлює такий перелік закладів охорони здоров’я:

Лікувально-профілактичні заклади.

1.1 Лікарняні заклади.

1.2. Амбулаторно-поліклінічні заклади.

1.3. Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги.

1.4. Санаторно-курортні заклади.

2. Санітарно-профілактичні заклади.

2.1. Санітарно-епідеміологічні заклади.

2.2. Заклади санітарної просвіти.

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади.

4. Інші заклади.

5. Заклади медико-соціального захисту [70].

Заклади системи Міністерства охорони здоров’я України, які надають медичні послуги населенню, пропонуємо згрупувати за класифікаційними ознаками, що сприятиме чіткішому розмежуванню

фінансових ресурсів, які надходять у їх розпорядження, та оцінці ефективності використання обмежених коштів:

- за формами власності: державні, комунальні, приватні;
- за територіальною ознакою: міські, районні, обласні, республіканські (Автономної Республіки Крим), державні (загальнодержавного значення і підпорядкування);
- за формами надання медичної допомоги: платні, безоплатні, частково платні;
- за характером діяльності: лікарняні, амбулаторно-поліклінічні, санаторно-курортні, медико-соціального захисту;
- залежно від рівня надання медичної допомоги: заклади первинного рівня (первинна медико-санітарна допомога), заклади вторинного рівня (спеціалізована медико-санітарна допомога), заклади третинного рівня (високоспеціалізована медико-санітарна допомога);
- за специфікою організації діяльності: амбулаторії загальної практики – сімейної медицини; фельдшерсько-акушерські пункти; лікарні (республіканська, обласна, районна, міська); спеціалізовані лікарні; диспансери; медичні центри; поліклініки (обласна, районна, міська); санаторно-курортні та фізкультурно-оздоровчі заклади; будинки дитини; науководослідні установи та інші.

Одна з найгостріших соціальних проблем у сучасній Україні – це незадовільний стан здоров'я дітей, що характеризується підвищенням рівня їхньої захворюваності, інвалідності і смертності немовлят. З огляду на це, доцільно, на нашу думку, більш детальноше зупинитись на закладах охорони здоров'я, які надають медичні послуги дітям.

Заклади охорони здоров'я дітей належать до закладів системи МОЗ України і створюються для надання медичних послуг тільки населенню віком від 0 до 17 років. Сюди відносяться:

- дитячі багатопрофільні та спеціалізовані лікарняні заклади;
- дитячі амбулаторно-поліклінічні заклади, будинки дитини, дитячі санаторно-курортні та фізкультурно-оздоровчі заклади.

Більш детально система закладів Міністерства охорони здоров'я України, які надають послуги у галузі охорони здоров'я дітей, наведена на рис. 1.2.

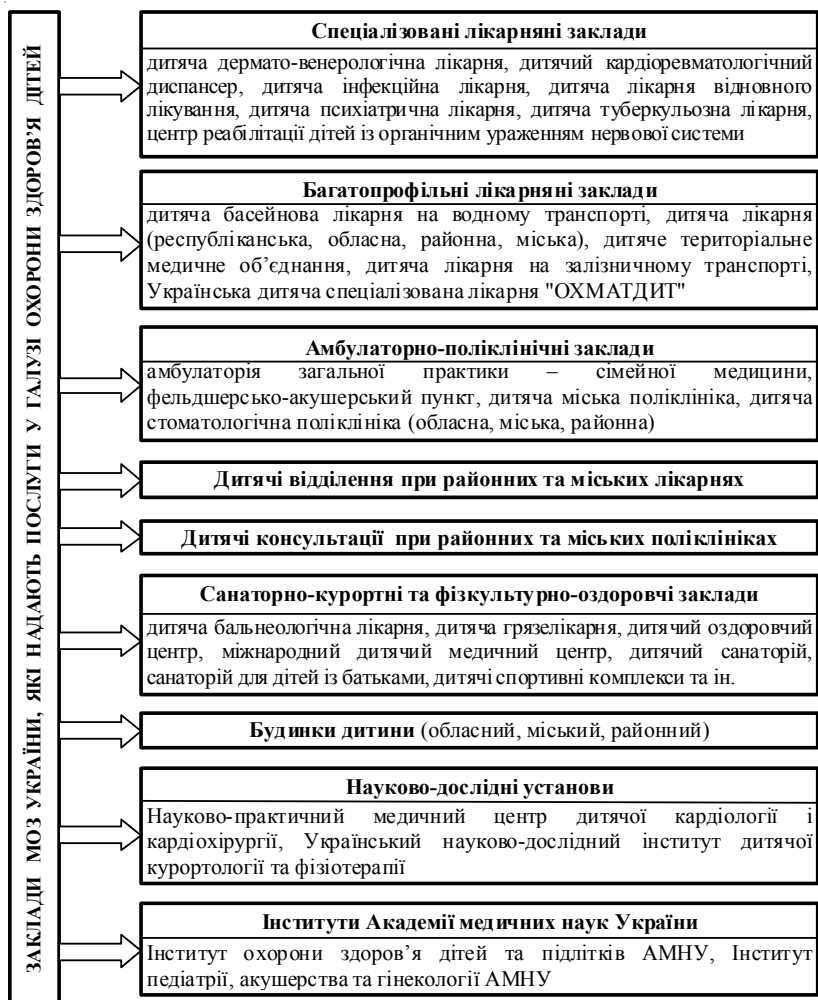


Рис. 1.2. Система закладів МОЗ України, які надають послуги у галузі охорони здоров'я дітей *

*Побудовано на основі [70]

У діючій законодавчій базі України відсутнє трактування поняття “заклад охорони здоров'я дітей”, хоча в багатьох правових актах, юридичній та медичній термінології широко вживаними є

поняття “дитяча лікарня”, “дитяча поліклініка”, “дитячий лікувально-профілактичний заклад”, “дитячий санаторій”, “дитячий медичний заклад” та ін.

Згідно із положеннями наказу МОЗ України “Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я” від 28.10.2002 р. № 385 дитяча лікарня, дитяча поліклініка, дитячий санаторій включені у групу “Лікувально-профілактичні заклади”, назва “дитячий медичний заклад” у зазначеному документі взагалі не зустрічається. Крім того, зважаючи на наявність окремої групи закладів медико-соціального захисту, до яких належать будинки дитини, поняття “дитячі лікувально-профілактичні заклади” не охоплює всіх груп закладів, які надають медичну допомогу виключно дітям.

Враховуючи викладене, у переліку закладів охорони здоров'я доцільно, на наш погляд, виокремити групу “Заклади охорони здоров'я дітей”, яка б охоплювала дитячі лікарняні заклади, дитячі амбулаторно-поліклінічні заклади, дитячі санаторно-курортні заклади і заклади медико-соціального захисту дітей, та відобразити під окремим кодом у бюджетній класифікації видатки на їх утримання.

У діючій бюджетній класифікації [75] видатки Державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я передбачають фінансування таких закладів і заходів:

1. Медична продукція та обладнання.
2. Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога (поліклініки загального профілю та амбулаторії, спеціалізовані поліклініки, стомат. поліклініки, станції швидкої та невідкладної допомоги, фельдшерсько-акушерські пункти).
3. Лікарні та санаторно-курортні заклади (лікарні загального профілю, спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади, пологові будинки, санаторно-курортні заклади).
4. Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади.
5. Дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я.
6. Інша діяльність у сфері охорони здоров'я (будинки дитини, станції переливання крові, інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я).

Запропоновані заходи, на наш погляд, дали б змогу контролювати грошові потоки та ефективність витрачання бюджетних коштів у процесі діяльності закладів охорони здоров'я дітей.

Таким чином, заклад охорони здоров'я дітей трактуємо як інституцію (організацію) будь-якої форми власності, основною діяльністю котрої є надання медичних послуг дітям (населенню віком від 0 до 17 років).

1.2. Теоретичні засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

Реалізація функцій, покладених на заклади охорони здоров'я, неможлива без надійної фінансової бази та ефективного управління нею. Зазначений процес охоплює розробку та реалізацію системи управлінських рішень щодо порядку формування, розподілу й раціонального використання фінансових ресурсів медичних закладів і потребує чіткої термінологічної визначеності дефініції “фінансові ресурси”.

Велику увагу дослідженню поняття “фінансові ресурси” приділяли ще радянські економісти, котрі трактували його як грошові нагромадження, амортизаційні відрахування та інші грошові кошти [105, с. 49]; грошові кошти [24, с. 1037]; виражену у грошах частину національного доходу, а за надзвичайних обставин – частину створеного в минулому національного багатства [9]. Одностайними погляди науковців були лише щодо джерела формування фінансових ресурсів як результату створення, розподілу та перерозподілу сукупного суспільного продукту та напрямку їх використання – на потреби простого і розширеного відтворення.

У сучасній українській та російській фінансовій літературі дублюється властиве для радянських часів розширене визначення фінансових ресурсів із заміною поняття “сукупний суспільний продукт” на “валовий внутрішній продукт”. Наприклад, у “Фінансовому словнику” наведено таке трактування: “Ресурси фінансові – сукупність коштів, що перебувають у розпорядженні держави і суб'єктів господарювання... Основним джерелом формування фінансових ресурсів є ВВП [33]”. У даному

твердженні фінансові ресурси характеризуються як результат створення ВВП й ототожнюються із грошовими коштами.

Л. Д. Буряк, Г. Г. Нам, А. М. Поддєрьогін під фінансовими ресурсами розуміють “грошові кошти, що є у розпорядженні підприємств. Таким чином, до фінансових ресурсів належать усі грошові фонди й та частина грошових коштів, яка використовується в нефондовій формі”. При цьому грошові фонди визначені як “частина грошових коштів, що мають цільове спрямування [124, с. 9]”. У наведеному визначенні “фінансові ресурси” та “грошові кошти” розглянуті як синоніми.

Дещо по-іншому трактує економічну сутність фінансових ресурсів російський економіст В. М. Родіонова, розглядаючи їх як “грошові доходи, нагромадження і надходження, що формуються в руках суб'єктів господарювання й держави і призначені для потреб розширеного відтворення, матеріального стимулювання працівників, задоволення соціальних потреб, потреб оборони і державного управління [128, с. 428]”. У цьому визначенні зроблена спроба конкретизувати призначення і належність фінансових ресурсів до суб'єктів фінансових відносин. Запропоновану позицію поділяє вітчизняний науковець О. П. Кириленко, акцентуючи увагу на джерелі формування фінансових ресурсів як на результаті розподілу ВВП [51, с. 9].

К. В. Павлюк вважає, що фінансові ресурси – це “грошові нагромадження і доходи, які утворюються в процесі розподілу й перерозподілу ВВП й зосереджуються у відповідних фондах для забезпечення безперервності розширеного відтворення і задоволення інших суспільних потреб [81, с. 24]”. Доповнив дане визначення М. М. Каленський, який зазначив, що фінансові ресурси створюються не тільки в процесі утворення, розподілу, перерозподілу та використання ВВП, а й національного багатства за рік [43, с. 11]. Наведене трактування відрізняється від попередніх тим, що фінансові ресурси тут розглянуті як грошові нагромадження й доходи, а не грошові кошти, і обмежені рамками “відповідних фондів” та певним періодом часу. Тлумачать фінансові ресурси як “грошові фонди” і автори наступних визначень.

О. Д. Василик вважає, що “фінансові ресурси – це грошові фонди, які створюються в процесі розподілу, перерозподілу і

використання ВВП країни, що створюється упродовж певного часу в державі”. Відповідно до джерел утворення, форми виявлення, цільового призначення він дав таке визначення: “фінансові ресурси – це грошові накопичення і доходи, що створюються в процесі розподілу й перерозподілу ВВП і зосереджуються у відповідних фондах для забезпечення безперервності розширеного відтворення та задоволення інших суспільних потреб [13, с. 75 - 76]”. Такої ж думки дотримується М. Г. Сичов, трактуючи їх як утворені підприємствами, об’єднаннями, організаціями, державою грошові накопичення та грошові фонди в порядку розподілу і перерозподілу суспільного продукту й національного доходу [32, с. 13].

На думку С. І. Юрія фінансові ресурси – це грошові фонди, які створюються в процесі розподілу і використання ВВП за певний період часу (макрорівень). Також він визначив досліджувану дефініцію “як акумульовані підприємством із різних джерел грошові кошти, які надходять у його обіг і призначені для покриття потреб підприємства (мікрорівень) [125, с. 28]”. Схожої думки дотримується С. В. Мочерний, зазначаючи, що фінансові ресурси – це грошові фонди, створені в процесі розподілу, перерозподілу і використання валового внутрішнього продукту країни [30, с. 821]. Проте дане трактування не дає відповіді на питання про цільове призначення фінансових ресурсів, час їх створення та використання.

На фондовому характері формування та використання фінансових ресурсів наголошують і окремі російські економісти. Так, за визначенням Г. Б. Поляка “фінансові ресурси – це сукупність фондів грошових коштів, що перебувають у розпорядженні господарюючих суб’єктів, держави, домашніх господарств, тобто це гроші, що обслуговують фінансові відносини [84, с. 62]”.

Автори наступних визначень вважають, що фінансові ресурси суб’єктів господарювання можуть перебувати як у фондовій, так і у нефондовій формах та мати або не мати цільового спрямування. Наприклад, на їхню думку, виконання фінансових зобов’язань перед бюджетом, банками, страховими організаціями здійснюється у нефондовій формі.

Зокрема, Л. А. Лахтіонова зазначила, що фінансові ресурси – “це грошові кошти у формі грошових фондів (статутний фонд, фонд оплати праці, резервний фонд) та у нефондовій формі (використання грошових коштів для виконання фінансових зобов'язань перед бюджетом і позабюджетними фондами, банками, страховими компаніями і т. д.). Основними джерелами фінансових ресурсів підприємств є власні й залучені кошти [58, с.16]”.

С. В. Хачатурян трактує фінансові ресурси як частину коштів підприємства у фондовій і нефондовій формі, яка формується у результаті розподілу виробленого продукту, залучається до діяльності підприємства з різних джерел і спрямовується на забезпечення розширеного відтворення виробництва [129, с.81].

П. А. Стецюк найсуттєвішою функцією фінансових ресурсів вважає забезпечення неперервності руху грошових потоків суб'єкта господарювання і на основі цієї концепції визначає фінансові ресурси як найбільш ліквідні активи суб'єкта господарювання, що забезпечують неперервність руху грошових потоків [115, с.143].

О. С. Білоус, В. М. Вовк, Р. В. Федорович під фінансовими ресурсами підприємства розуміють „кошти, за рахунок яких формуються власний і позиковий капітал, що використовується для придбання активів і здійснення звичайної діяльності з метою забезпечення економічної вигоди, а також застосовується у разі виникнення надзвичайних подій [8, с.10]”.

Отже, у наведених тлумаченнях фінансові ресурси визначають як: грошові кошти, або грошові нагромадження, або доходи, або фонди грошових коштів. При цьому в жодному визначенні не конкретизовано, чи вся сукупність грошових коштів (доходів, нагромаджень, фондів), чи лише їх частина становить фінансові ресурси. Оскільки поняття “грошові кошти” за змістом та обсягом значно ширше поняття “фінансові ресурси”, слід визначати, які саме кошти є ресурсами. Грошові надходження теж пов'язані з фінансовими ресурсами, але тільки як джерело їх відновлення і нарощування, однак вони можуть бути використані й на інші потреби. Фонди ж грошових коштів можна розглядати як засіб концентрації фінансових ресурсів, але, знову ж таки, у фондах можуть бути сконцентровані не тільки ці ресурси, а й доходи [122,

с.144]. Тобто, всі зазначені поняття між собою тісно пов'язані, але не тотожні.

Відома також точка зору, що фінансові ресурси є активами, проте ми не поділяємо таку думку, оскільки вважаємо, що активи характеризують напрямок використання фінансових ресурсів і не можуть бути тотожними їм.

Дещо по-іншому трактує фінансові ресурси В. М. Опарін, який не погоджується з їх характеристикою як результатом створення, розподілу і перерозподілу ВВП. Він вважає, що результат відображається не в ресурсах, а в отриманих доходах, тому фінансові ресурси з позицій їх продуктивного використання є передумовою виробництва, а, отже, – створення ВВП. Вони не гарантують ні відповідного обсягу ВВП, ні позитивних фінансових результатів. Отже, на думку В. М. Опаріна, “фінансові ресурси – це сума коштів, спрямованих в основні засоби та обігові кошти підприємства. Це авансовані кошти, що вкладаються в оборот і мають обов'язково повернутись. Але це не всі грошові кошти, а тільки ті гроші, які роблять гроші, тобто на основі використання яких формується додана вартість [77, с. 33]”. Дане визначення відповідає розумінню фінансових ресурсів як спорідненого з капіталом явища.

Такої ж думки дотримується і О. С. Філімоненко, який стверджує, що „фінансові ресурси – це власний, позиковий і залучений грошовий капітал, що використовується підприємствами для формування своїх активів і здійснення виробничо-фінансової діяльності з метою одержання відповідного доходу, прибутку [123, с. 351]”.

Трактування українськими та російськими науковцями сутності фінансових ресурсів та ресурсів взагалі дещо не співпадають із уявленнями західних економістів. Останні не надають такого істотного концептуального значення дефініціям, як вітчизняні науковці, а, користуючись суто діловим, прагматичним підходом, обмежуються, як кажуть, “робочими” назвами. Наприклад, для англійського економіста Р. Коха ресурси в цілому – це “люди, машини або комп'ютерні системи, котрі виконують роботу і на які затрачають гроші”. Він відносить до ресурсів “грошові кошти, співробітників, технології та інші активи [54]”.

А в категорійно-поняттєвому апараті відомого “Словника сучасної економіки Макміллана” [107] термін “ресурси” відсутній взагалі.

У Free Online Dictionary ресурси трактуються як будь-які доступні джерела багатства; новий або резервний запас, який можна використати в разі потреби; а фінансові ресурси визначаються як кошти, що забезпечують реалізацію проєктів [147]. У цьому розумінні надання або наявність фінансових ресурсів рівнозначні фінансовій допомозі, підтримці, фінансуванню.

Згідно зі словником Babylon, “фінансові ресурси – грошові кошти, доступні в формі готівки, цінних паперів, кредитів та ін., що перебувають у розпорядженні організації [142]”.

У словнику Vernimmen фінансові ресурси визначено як “фонди готівкових коштів, якими покривають дефіцит, що виникає у результаті розриву в часі між касовими надходженнями та грошовими витратами; фінансові ресурси надають різні інвестори (акціонери, кредитори) в обмін на винагороду у вигляді дивідендів, процентів, прибутку на капітал [142]”.

Автори словника статистичних термінів OECD, розглядаючи фінансові ресурси за галузевою ознакою, зазначили: “Фінансові ресурси сільськогосподарської ферми або її дохід складаються з ринкових доходів від аграрної продукції, позик, акціонерного капіталу, бюджетної підтримки у вигляді трансфертів, наданих у межах державної аграрної політики за рахунок платників податків, а також за рахунок споживачів (через регулювання ринкових цін) [146]”. Вочевидь, що подібну дефініцію можна поширити на будь-яку фінансову або субсидовану з бюджету галузь економіки.

Різної у тлумаченні дефініції “фінансові ресурси” трапився тому, що дану категорію розглядають фахівці різних галузей економічної науки та на різних рівнях. У монографії ми досліджуємо фінансові ресурси з позиції фінансового менеджменту на рівні бюджетних закладів соціальної сфери (мікрорівень), у зв'язку з чим варто взяти до уваги особливості функціонування бюджетних установ (основним джерелом їх фінансових ресурсів є бюджет, та фінансують дані установи згідно з кошторисом, де чітко визначені їх видатки). Тому, як справедливо зауважила Т. М. Писаренко, “фінансові ресурси бюджетної установи – це фонди грошових коштів цільового призначення, які виступають у формі

нагромаджень і надходжень ...концентруються в бюджетних установах та використовуються за основними напрямками їх діяльності [83, с. 6]”.

Що стосується терміну “фінансові ресурси закладів охорони здоров’я”, то він зустрічається в працях окремих вчених здебільшого як матеріальний носій фінансів закладів охорони здоров’я.

Так, російські науковці Л. Ю. Трушкіна, Р. А. Глепцєрішев, А. Г. Трушкін, Л. М. Дем’янова під фінансовими ресурсами лікувально-профілактичних закладів розуміють “сукупність грошових коштів (власних і залучених), що перебувають в господарському обороті та використовуються в процесі діяльності [32, с. 337]”.

Т. В. Акімова фінансові ресурси закладів охорони здоров’я визначає як “фонди сукупних грошових ресурсів, які вони мобілізують із різних джерел на здійснення і розвиток своєї діяльності, котра носить яскраво виражений соціальний характер [1, с. 19]”.

О. І. Тулай розглядає фінансові ресурси закладів охорони здоров’я як “грошові кошти, що є у розпорядженні суб’єкта господарювання і спрямовуються на задоволення його потреб [117, с. 29]”.

Отже, наведені твердження сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров’я розкриті в економічній літературі не повністю, нічим суттєвим не відрізняються від трактування дефініції “фінансові ресурси суб’єктів господарювання”, не враховують особливостей функціонування медичних установ, тому потребують подальшого дослідження і наукового уточнення.

Враховуючи викладене, доцільно, на наш погляд, розглянути характерні ознаки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров’я, що відрізняють їх від інших інституцій національної економіки і суттєво впливають на процес формування та використання фінансових ресурсів. Це, зокрема:

1. Яскраво виражений соціальний характер медичних послуг, що надають заклади охорони здоров’я, зафіксований в Конституції як право всіх громадян, на безкоштовну медичну допомогу.

2. Заклади охорони здоров’я створені в установленому порядку органами державної влади або місцевого самоврядування, фінансуються за рахунок коштів державного чи місцевих бюджетів та мають статус бюджетних установ.

3. Наявність різних за формою власності й характером діяльності закладів охорони здоров'я зі значним переважанням державних та комунальних установ.

4. Комплексне поєднання державних і недержавних джерел формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.

5. Незначний обсяг власних надходжень згаданих закладів через законодавчо обмежені можливості надання платних медичних послуг, а звідси – повна залежність даних інституцій від бюджетного фінансування.

6. Подвійність медичних послуг, що проявляється у поєднанні індивідуальних послуг зі суспільними.

7. Неоднорідний спектр і складність медичних послуг, що ускладнює їх визначення та вимірювання.

8. Життєва важливість медичних послуг дітям, що робить необхідним постійне функціонування закладів охорони здоров'я.

9. Фінансово-господарською діяльністю вищеназваних закладів управляють головні лікарі, а не менеджери охорони здоров'я.

Отже, на основі критичного аналізу наукових праць вітчизняних і зарубіжних вчених із даної проблематики та з урахуванням функціональних особливостей медичних закладів і необхідності змін у їх фінансово-господарській діяльності у зв'язку з ринковими умовами господарювання у нас сформувалося власне визначення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я – це грошові кошти у фондовій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню. Тим самим на стадії використання ВВП фінансові ресурси закладів охорони здоров'я матеріалізуються у суспільне благо охорони здоров'я, оскільки ВВП – це сукупна вартість обсягу кінцевих товарів і послуг, вироблених у країні.

Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801–ХІІ та Указ Президента України “Концепція розвитку охорони здоров'я населення України” від 7. 12. 2000 р. № 1313 / 2000 визначають основні джерела фінансування цієї галузі, залежно від яких можна виділити види та джерела фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я (рис. 1.3):

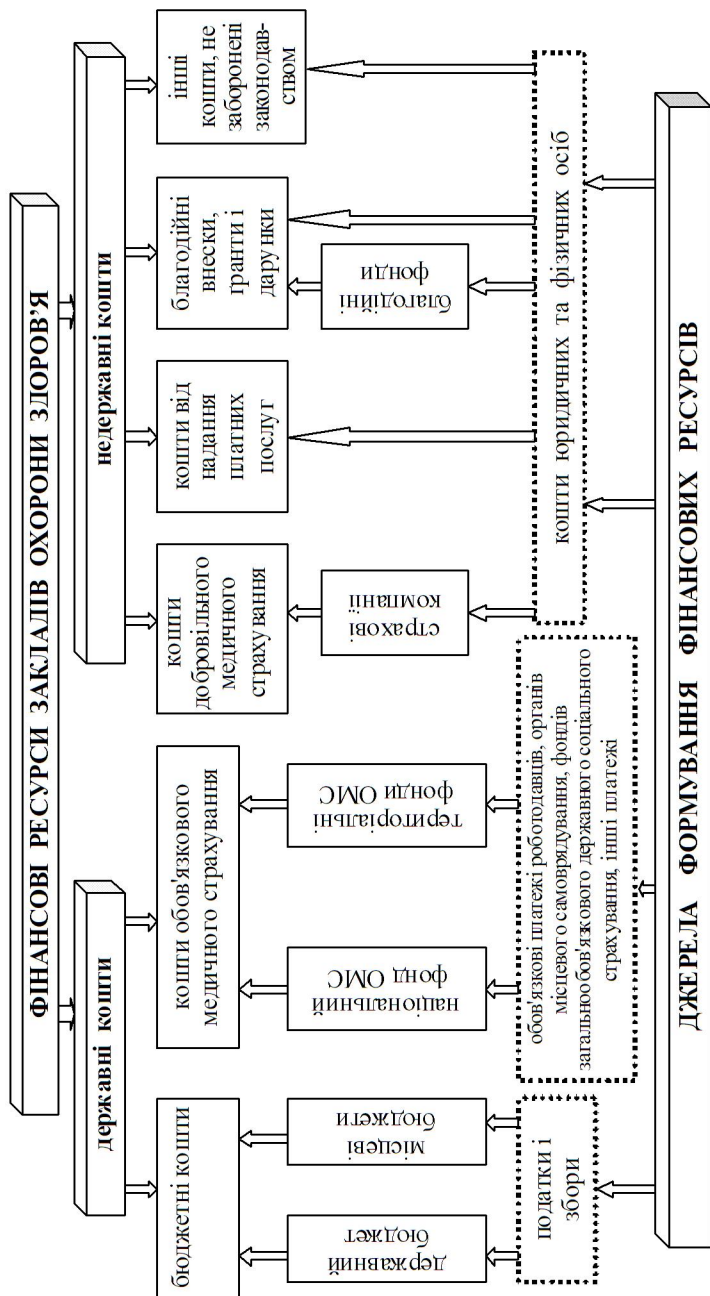


Рис. 1. 3. Види та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я *

*Розроблено автором на основі [34; 119]

На наш погляд, з метою розширення інформаційної бази для забезпечення ефективного управління фінансами закладів охорони здоров'я доцільно згрупувати їх фінансові ресурси за ознаками, наведеними у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Класифікація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Критерії класифікації	Види фінансових ресурсів
За способом формування	державні кошти; недержавні кошти.
За джерелами формування	кошти загального фонду державного бюджету; власні надходження або кошти спеціального фонду державного бюджету (кошти від надання платних послуг, благодійні внески, гранти, кошти, що надходять для виконання певних доручень); кошти загального фонду місцевого бюджету; власні надходження або кошти спеціального фонду місцевого бюджету.
За методами надходження	фінансові ресурси, сформовані з використанням фіскальних методів; фінансові ресурси, сформовані на добровільних і благодійних засадах.
За напрямками використання	фінансові ресурси, вкладені в необоротні активи; фінансові ресурси, вкладені в оборотні активи.
За характером діяльності	надходження від надання медичних послуг; надходження від надання послуг немедичного характеру.
За формами фінансового забезпечення	бюджетні кошти; кошти медичного страхування; кошти від надання платних послуг; благодійні внески.

Серед джерел фінансових ресурсів можна виділити:

- бюджетні кошти;
- внески на обов'язкове та добровільне медичне страхування;
- власні кошти юридичних та фізичних осіб, що надходять у вигляді плати за надані послуги та благодійних внесків.

Бюджетне фінансування характерне високою надійністю. Проте бюджет будь-якого рівня має безліч напрямків витрачання коштів, тому фінансове благополуччя галузі охорони здоров'я

залежить від рівня економічного розвитку та пріоритетів фінансової політики держави.

Страхові платежі є цільовими, що забезпечує гарантоване спрямування зібраних коштів на фінансування охорони здоров'я. Проте за рахунок страхових внесків акумулюють набагато менший обсяг коштів, ніж той, що може бути забезпечений за рахунок бюджетів. Окрім того, бюджет має перевагу в тому, що зменшення розміру податкових надходжень можна певною мірою компенсувати, збільшуючи обсяг інших видів доходів бюджету, а система страхування такої можливості позбавлена.

Приватні кошти як джерело фінансування безпосередньо пов'язані з національними традиціями, рівнем економічного розвитку держави і платоспроможністю фізичних та юридичних осіб.

Розглянуті нами джерела фінансових ресурсів безпосередньо стосуються процесу організації фінансування закладів охорони здоров'я і дають змогу виділити три основні моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я (рис. 1.4).

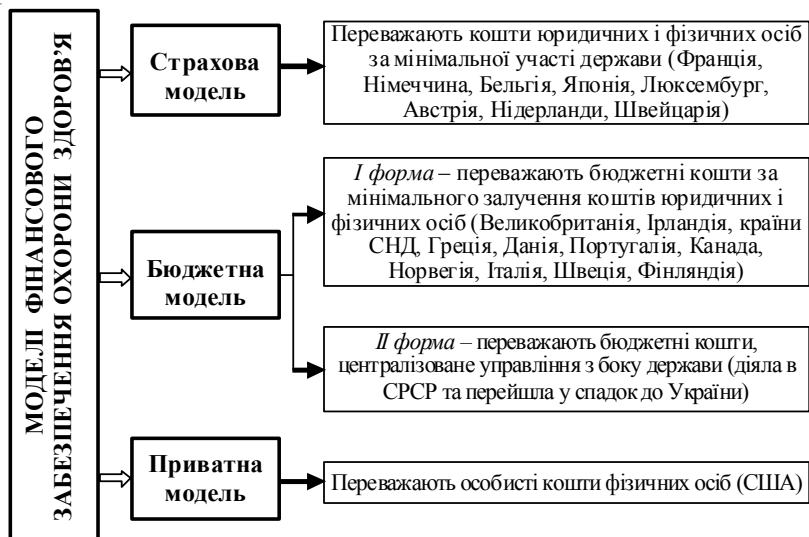


Рис. 1.4. Моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я *

* Складено на основі [57; 60; 131]

1. Страхова – модель Бісмарка (названа за іменем німецького державного діяча Отто Бісмарка (1815–1898), який уперше запровадив медичне обслуговування на страхових засадах) застосовується у країнах із поміркованим рівнем централізації ВВП у бюджеті – майже 35–45%.

2. Бюджетна (державна) модель використовується, як правило, у країнах із порівняно високим рівнем державної централізації ВВП – близько 50–60%. До неї відносяться модель Беверіджа (названа за іменем британського політика Уільяма Беверіджа (1879–1963), проект якого покладений в основу державної системи медичного обслуговування у Великобританії) та модель Семашко (її основоположником вважається радянський політик, академік Микола Семашко (1874–1949)).

3. Приватна (платна) модель застосовується у країнах із незначним рівнем бюджетної централізації ВВП – близько 2530%.

Бюджетна модель передбачає жорстку централізацію й фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я з державних джерел (бюджетів), здебільшого за рахунок податкових надходжень юридичних та фізичних осіб. Дана модель може бути у двох варіантах – із елементами страхування і без них. Варіант бюджетного фінансування з використанням державного страхування передбачає оплату медичних послуг не безпосередньо з бюджету до медичного закладу, а шляхом створення медичних страхових фондів, які зараховують суму страхового внеску, що оплачується бюджетом за кожного жителя, і ведуть поосібний облік витрат своїх клієнтів на медичні послуги. Згідно з другим варіантом – медичні заклади отримують кошти безпосередньо з бюджету і надають населенню безкоштовну медичну допомогу.

Страхову систему організації медичного обслуговування переважно використовують у країнах, де національні системи охорони здоров'я побудовані на недержавній основі. Основною характеристикою такої моделі є те, що держава для забезпечення гарантованою медичною допомогою більшості населення (за винятком найбагатших громадян, які оплачують лікування самостійно) в законодавчому порядку зобов'язує всіх працевлаштуваних громадян відраховувати частину доходів на медичне страхування,

а заклади охорони здоров'я забезпечувати населення медичною допомогою в рамках державних зобов'язань за посередництва страхових організацій (модель регульованого обов'язкового страхування). Медичне страхування фінансують із трьох джерел: страхові внески підприємців – відрахування від доходів, доходи працівників – відрахування із заробітної плати, бюджетні кошти, що акумулюються в спеціальних страхових фондах [104].

Привабливість страхової медицини – і у тому, що вона дає змогу економити бюджетні кошти, оскільки велика частина фінансового тягаря перекладена на страхувальника, а також робить медичну допомогу доступною для широкого кола осіб.

Приватна модель охорони здоров'я передбачає, що медичну допомогу оплачує пацієнт у вигляді платних медичних послуг або через систему добровільного медичного страхування. Держава турбується лише про малозабезпечені верстви населення, пенсіонерів, безробітних і т. п. Перевагами моделі є висока якість медичних послуг, безпосередня відповідальність страховика перед клієнтом, гарантія оплати при страховому випадку, високі доходи лікарів. Головний її недолік – значна вартість медичних послуг, недоступність медичної допомоги для більшості населення тощо.

Основні переваги та недоліки моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я наведено в додатку А.

У даний час жодна з розглянутих моделей не функціонує самостійно, що свідчить про відсутність яскраво виражених переваг будь-якої з них. Усі перераховані джерела фінансових ресурсів поєднуються, і можна говорити тільки про переважаючий тип фінансового забезпечення. На думку експертів ВООЗ, реформи системи охорони здоров'я, які зараз проходять у країнах СНД, Болгарії, Угорщині, Польщі мають на меті заміну бюджетної моделі страховою. В Іспанії здійснюється перехід у зворотному напрямку. У Великобританії бюджетну модель доповнюють ринковими елементами, а в Нідерландах та Франції – аналогічний процес проходить у рамках страхової моделі [131]. Таким чином, спостерігаються загальні тенденції щодо спроб запровадження багатоканальних систем гнучкого фінансування охорони здоров'я.

У даному контексті заслуговує на увагу підхід О. В. Баєвої, яка пропонує таку класифікацію моделей організації охорони здоров'я:

1) Ринкова модель – приватне фінансування галузі:

- приватні страхові фонди,
- приватні джерела,
- прямі виплати виробникам медичних послуг,
- комбіноване приватне фінансування;

2) Соціальна модель – фінансування із суспільних фондів:

- система Беверіджа,
- система Бісмарка,
- система Семашко;

3) Суспільно-приватна модель – фінансування із суспільних та приватних фондів:

- суспільні фонди + приватні страхові фонди,
- приватні страхові фонди + суспільні фонди для надання медичної допомоги специфічним групам населення,
- суспільні + приватні страхові фонди [3].

Сучасна система охорони здоров'я України, як прийнято вважати, побудована на основі бюджетної державно-комунальної моделі з елементами приватної медицини. Державні заклади охорони здоров'я мають загальнонаціональне значення і фінансуються з державного бюджету. Комунальні заклади перебувають у власності органів місцевого самоврядування, фінансуються з місцевих бюджетів і забезпечують охорону здоров'я населення на місцевому рівні. Приватні заклади охорони здоров'я нечисленні, надають медичні послуги на комерційних засадах та фінансуються з недержавних джерел.

Механізм фінансування закладів охорони здоров'я в Україні зображено на рис. 1.5.

Фінансове забезпечення діяльності державних та комунальних закладів охорони здоров'я здійснюється в Україні у таких формах: бюджетного фінансування, некомерційного самофінансування, добровільного медичного страхування, благодійництва.

Визначальною формою фінансового забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я виступає бюджетне фінансування, яке здійснюється органами Державного казначейства України у встановленому законодавством порядку.

В економічній літературі зустрічаються різні підходи до трактування сутності “бюджетного фінансування”. Як правило,

його розглядають з боку держави як елемент бюджетного механізму, або з боку суб'єктів господарювання – як форму фінансового забезпечення.

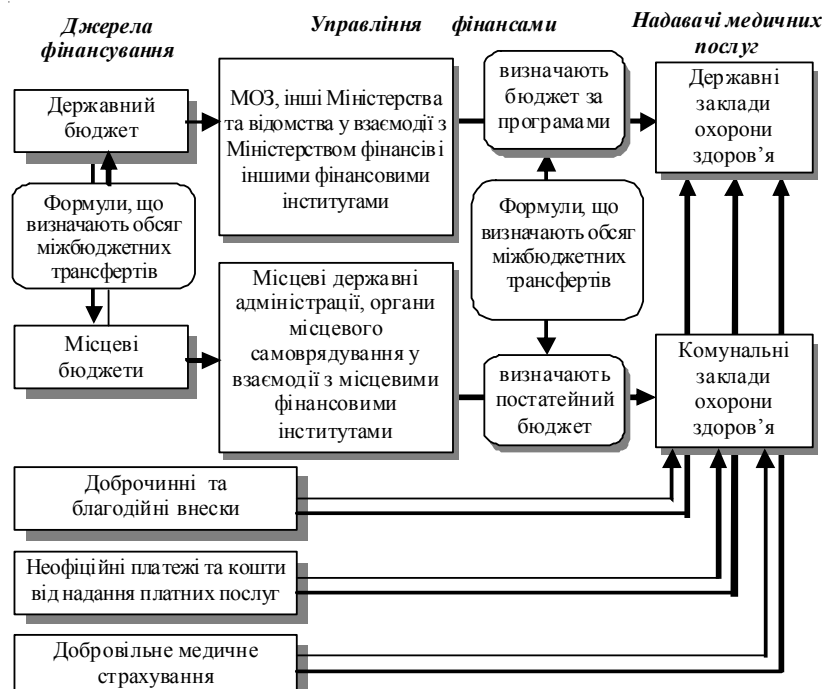


Рис. 1.5. Механізм фінансування закладів охорони здоров'я в Україні *

* Складено на основі [131, с.10]

Зокрема, автори економічного енциклопедичного словника за редакцією С. Мочерного під бюджетним фінансуванням розуміють "...надане в безповоротному порядку грошове забезпечення, виділення (асигнування) коштів із державного (місцевого) бюджету на витрати, пов'язані з виконанням державних замовлень, державних програм, утримання державних організацій [131, с. 550]".

Вітчизняний науковець А. Берлач визначає бюджетне фінансування як фінансування бюджетних установ, котрими є

установа чи організація, створені в установленому порядку органами державної влади, органами влади АРК чи органами місцевого самоврядування та повністю утримувані за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевих бюджетів [6, с. 219].

Л. Воронова вважає, що бюджетне фінансування – це безповоротний безвідплатний відпуск коштів з Державного та місцевих бюджетів на виконання загальнодержавних функцій, функцій місцевого самоврядування та забезпечення функціонування бюджетних підприємств, установ та організацій [18, с. 235].

Подібну думку розвиває і О. Башняк, яка трактує бюджетне фінансування як “...безповоротний та безоплатний відпуск коштів з державного та місцевих бюджетів на виконання загальнодержавних функцій і функцій муніципальних органів й забезпечення діяльності бюджетних установ та організацій [5, с. 148]”.

На думку О. Василика, бюджетне фінансування – це надання юридичним особам із державного бюджету фінансових ресурсів у вигляді безповоротних безоплатних коштів та інвестицій на розвиток економіки, соціально-культурні заходи, оборону й інші громадські потреби [14, с. 231]. Запропоновану позицію поділяють вітчизняні науковці-фінансисти С. Юрій та Й. Бескид, які також трактують бюджетне фінансування як “...безповоротне, безвідплатне виділення коштів з бюджету [139, с. 193]”.

Найбільш повно та змістовно зазначену дефініцію трактує В. Дем'янишин. На його думку, бюджетне фінансування – це сукупність грошових відносин, пов'язаних з розподілом і використанням коштів централізованого грошового фонду держави, які реалізуються шляхом безповоротного й безоплатного надання бюджетних коштів юридичним і фізичним особам на проведення заходів, передбачених бюджетом [25, с. 338].

Розподіл видатків на фінансування охорони здоров'я між державним та місцевими бюджетами (табл. 1.4) регламентується статтею 87 Бюджетного кодексу України.

Таким чином, законодавство встановлює, що більшість закладів охорони здоров'я фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів.

**Розподіл видатків на фінансування галузі охорони
здоров'я між бюджетами в Україні ***

Державний бюджет України
Видатки на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (багатопрофільні лікарні та поліклініки); спеціалізовану, високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, спеціалізовані медико-санітарні частини, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки); санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів Великої Вітчизняної війни); санітарно-епідеміологічний нагляд (санітарно-епідеміологічні станції, дезінфекційні станції, заходи боротьби з епідеміями); інші програми в галузі охорони здоров'я.
Бюджет АР Крим, обласні бюджети
Видатки, які враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, на: первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення); спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні, центри, диспансери, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, будинки дитини, станції переливання крові); санаторно-курортну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації); інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, інші програми і заходи).
Районні бюджети, бюджети міст республіканського АР Крим та обласного значення
Видатки, які враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, на: первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, пологові будинки, станції швидкої та невідкладної медичної допомоги, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки); програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи по санітарній освіті).
Бюджети місцевого самоврядування
Видатки, які враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, на: первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти)

*Складено на основі [12]

Бюджетне фінансування базується і здійснюється на основі наукових принципів:

- безповоротність;
- безоплатність;
- безстроковість, плановість;
- цільовий характер;
- фінансування не під план, а в міру виконання планів за виробничими показниками, мережі, штатах і контингентах;
- ефективне використання коштів;
- фінансування в міру надходження доходів;
- оптимальне поєднання усіх джерел фінансування;
- дотримання режиму економії;
- повнота;
- справедливість і неупередженість;
- публічність та прозорість;
- контрольованість.

Як справедливо зазначає В. Дем'янишин, при формуванні цих принципів та їх трактуванні доцільно опиратися на принципи бюджетної політики, адже бюджетне фінансування є інструментом її реалізації.

Основною формою бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я є кошторисне фінансування. Це виділення державним та комунальним закладам охорони здоров'я на цілі, передбачені основним фінансовим планом – кошторисом, бюджетних коштів державою з державного бюджету на основі Закону України “Про Державний бюджет України на відповідний рік” та органами місцевого самоврядування з місцевих бюджетів на підставі рішень про затвердження відповідних місцевих бюджетів та бюджетних розписів відповідно державного та місцевого бюджетів.

До переваг кошторисного фінансування відноситься можливість достатньо чіткого прогнозування видатків (за відсутності інфляції), контролю за цільовим витрачанням коштів і обмеження їх абсолютного розміру. Однак, зазначена форма не пов'язує обсяги витрачених фінансових ресурсів із досягнутими результатами, не дозволяє оперативного змінювати розміри коштів, необхідних для виконання певного обсягу робіт у разі його зміни,

та маневрувати коштами, перекидаючи їх з одного коду економічної класифікації на інший. Зважаючи на вищевикладене, на наш погляд, необхідно удосконалити бюджетне фінансування охорони здоров'я шляхом відмови від кошторисної форми бюджетного фінансування медичних закладів на користь такої, яка б враховувала обсяг, структуру, якість медичних послуг.

Впровадження механізмів некомерційного самофінансування як форми фінансового забезпечення в діяльність закладів охорони здоров'я стало вимушеним кроком через дефіцит бюджетних ресурсів і неспроможність держави повноцінно утримувати даний сектор. Некомерційна діяльність бюджетних установ не має на меті отримання прибутку, здійснюється з метою залучення додаткових фінансових ресурсів від надання платних послуг та іншої некомерційної діяльності, дозволеної законодавством, тому власні надходження закладів охорони здоров'я суттєвої ролі у формуванні їх фінансового потенціалу не відіграють.

Добровільне медичне страхування передбачає надходження від юридичних і фізичних осіб страхових внесків та оплату за їх рахунок медичних послуг, які надаються закладами охорони здоров'я різних форм власності чи приватно практикуючими лікарями. Зазначена форма фінансового забезпечення через низький рівень платоспроможності населення в Україні активно не розвивається.

Благодійництво передбачає добровільне, безкорисливе надання фізичними та юридичними особами благодійної допомоги у грошовому чи натуральному виразі медичним інституціям. Незважаючи на добровільність зазначеної форми фінансового забезпечення, заклади охорони здоров'я часто використовують її для відшкодування вартості медичних послуг пацієнтам, які законодавець не відносить до платних, що оцінюється нами як негативне явище.

Однією з найважливіших функцій держави є забезпечення ефективного управління тими фінансовими ресурсами, якими вона володіє. Це стосується і сфери охорони здоров'я.

Побудова системи управління фінансовими ресурсами галузі охорони здоров'я, на нашу думку, має розпочинатися з побудови окремих її складових, а забезпечення гармонійного розвитку такої

системи можливе лише за умови впровадження на локальному рівні сучасних медичних стандартів та відповідних інструментів управління на рівні головних розпорядників коштів або відповідальних виконавців бюджетних програм.

Враховуючи все вищенаведене у даному підрозділі, пропонуємо під управлінням фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я розуміти сукупність дій органів законодавчої і виконавчої влади та фінансових інституцій відповідно до їх повноважень, пов'язаних із формуванням і використанням грошових коштів у фондовій формі призначених для надання медичних послуг населенню.

Основними аспектами, на яких базується система управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я є їх організаційне та правове забезпечення, яке ми розглянемо у наступних підрозділах монографії.

1.3. Організаційне забезпечення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

Важливою передумовою ефективного функціонування закладів охорони здоров'я є вироблення дієвого управлінського механізму для найповнішої мобілізації і раціонального використання фінансових ресурсів зазначених інституцій, визначальна складова якого – організаційне забезпечення. Воно передбачає створення та функціонування органів, котрі приймають управлінські рішення щодо обсягу та руху фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я.

На основі територіально-адміністративного поділу України лікувально-профілактичну допомогу населенню надають на трьох рівнях (рис. Б.1 додатку Б). Перший рівень – первинна медико-санітарна допомога – передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, спрямування пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів. Вторинна (спеціалізована) медична допомога – це кваліфіковане консультування, профілактика та лікування, які здійснюють лікарі-спеціалісти. Зазначені види медичної допомоги надають в

амбулаторіях, сільських дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях. Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу надають лікарі у спеціалізованих і багатопрофільних лікарнях, діагностичних та медичних центрах, диспансерах [108, с. 97]. Сьогодні в Україні функціонує триланкова система управління охороною здоров'я національного, обласного та місцевого рівнів (рис. Б.2 додатку Б).

Стратегічне управління фінансовими ресурсами (рис. 1.6) здійснюють згідно зі статтями 13 та 14 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” Верховна Рада України, Верховна Рада АР Крим, Президент України, Кабінет Міністрів України, Рада Міністрів АР Крим.

Верховна Рада України формує основи державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів та пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних й інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я в АР Крим, місцеві та регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою АР Крим, органами місцевого і регіонального самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях.

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладена на органи державної виконавчої влади. За це відповідає Президент України, який виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади та втілює у життя державну політику охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України організовує розроблення та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я й створює економічні, правові та організаційні механізми для стимулювання їх діяльності, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо [36].

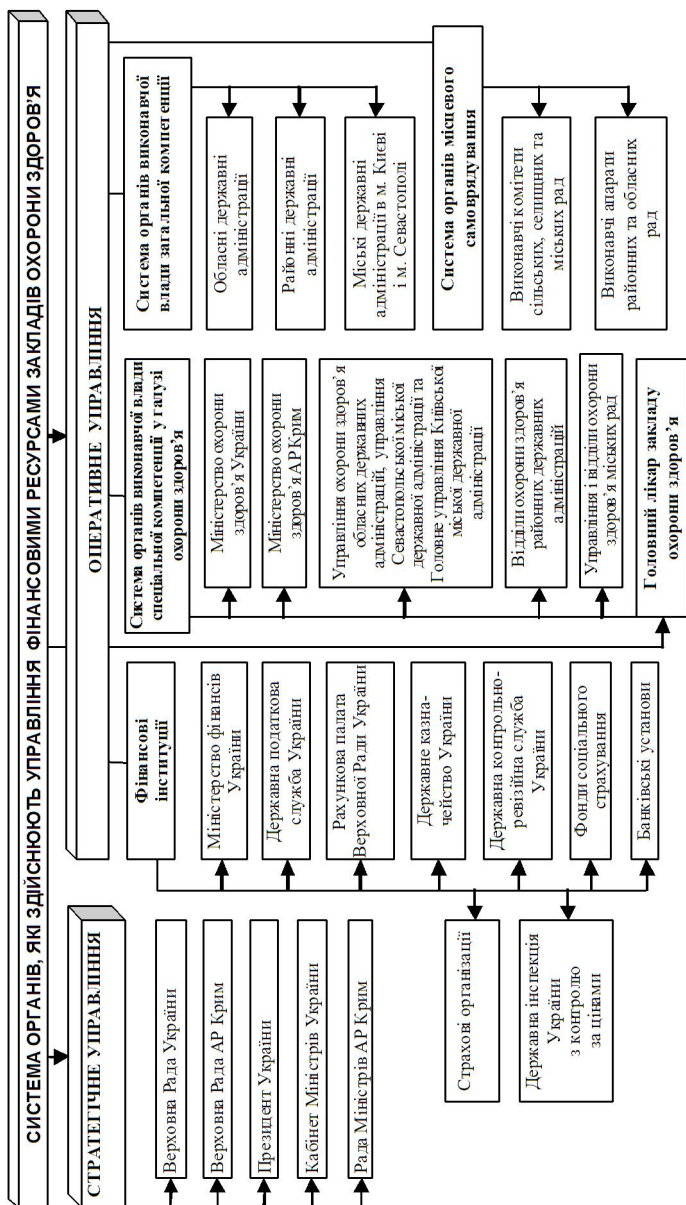


Рис. 1.6. Система організаційного забезпечення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

* Складено автором на основі даних: (додаток В [20; 34; 36; 37; 125, с. 49–52; 140, с. 123–134])

Оперативне управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я здійснюють:

1) Органи виконавчої влади спеціальної компетенції у галузі охорони здоров'я.

На державному рівні управлінням фінансовими ресурсами медичних інституцій займається Міністерство охорони здоров'я України, яке забезпечує дотримання закладами охорони здоров'я права громадян на охорону здоров'я; бере участь у розробленні проектів Державної програми економічного і соціального розвитку України, Державного бюджету України, Програми діяльності КМУ; готує пропозиції щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує реалізацію державних програм охорони здоров'я; управляє об'єктами державної власності у межах наданих повноважень; здійснює державну акредитацію закладів охорони здоров'я та проводить заходи щодо розвитку підприємницької діяльності закладами охорони здоров'я; аналізує і прогнозує показники стану здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини; бере участь у розробленні й затверджує державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я тощо [86].

Міністерство охорони здоров'я АР Крим займає проміжне становище між МОЗ України та органами управління охороною здоров'я районного рівня в АР Крим і за обсягом наділених повноважень нагадує управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, однак із урахуванням існування у складі України автономії називається міністерством.

Для керівництва закладами охорони здоров'я на обласному рівні створені управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Вони, з одного боку, є спеціалізованим органом виконавчої влади області і їх утворює обласна державна адміністрація, а з іншого – як галузевий орган вони вступають у службові відносини з МОЗ України, належать до системи органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління охороною здоров'я. “Двоїстість” юридичної природи управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації проявляється у поєднанні в його діяльності як загальнодержавних, так і територіальних засад,

і саме тому воно є головним “робочим” органом реалізації державної політики охорони здоров'я в області [20].

Управління охорони здоров'я наділене такими повноваженнями:

- готує та подає на розгляд держадміністрації пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку території, проектів місцевого бюджету, забезпечує їх виконання;

- в межах своєї компетенції сприяє органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку відповідної території;

- подає пропозиції та погоджує проекти планів приватизації закладів охорони здоров'я;

- здійснює організаційне і методичне керівництво роботою вищезазначених інституцій із питань надання лікувальнопрофілактичної допомоги та забезпечення санітарноепідемічного благополуччя населення на відповідній території;

- здійснює фінансування закладів охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласних бюджетів, бюджетів міст Києва та Севастополя, визначає потребу у фінансових, матеріальних, трудових ресурсах та контролює ефективне їх використання;

- вживає заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я, прогнозує її розвиток тощо [87].

Для забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я та координації діяльності закладів охорони здоров'я на рівні району в складі районних державних адміністрацій створені відділи охорони здоров'я. Вони розробляють пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку районів та проектів місцевих бюджетів, забезпечують їхнє виконання; планують розвиток мережі закладів охорони здоров'я району; вивчають потребу зазначених суб'єктів господарювання у фінансових, матеріальних, кадрових ресурсах та аналізують ефективність їх використання; організують закупівлі медичного обладнання, лікарських засобів, спеціальних санітарних транспортних засобів, що централізовано постачаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів тощо [88]. Зазначений орган є головним

розпорядником коштів районного бюджету, передбачених на фінансування охорони здоров'я, та має право здійснювати управління фінансовими ресурсами безпосередньо закладів охорони здоров'я, які фінансуються із районного бюджету, – районних лікарень (а їх у районі, як правило, не більше одної). Фактично, продубльовані функції відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації та головного лікаря щодо управління фінансами районної лікарні. Тому, на наш погляд, у сучасних умовах функціонування зазначеного структурного підрозділу є недоцільним. Проте із запровадженням контрактної моделі закупівель медичних послуг його діяльність стане необхідною.

2) Своєрідне продовження організаційної системи управління у галузі охорони здоров'я – виконавчі органи місцевого самоврядування, головні лікарі міських, сільських і селищних медичних закладів та їх заступники. Для керівництва охороною здоров'я населення міста у складі виконавчих комітетів деяких міських рад створені міські відділи (управління) охорони здоров'я, які є структурними підрозділами органів самоврядування, а не місцевих органів державної виконавчої влади. При цьому, виконуючи делеговані державою повноваження, згадані органи підконтрольні місцевим державним адміністраціям. Основними завданнями міських відділів (управлінь) охорони здоров'я щодо управління закладами охорони здоров'я є організація лікувально-профілактичної допомоги, забезпечення належної діяльності та здійснення керівництва комунальними закладами охорони здоров'я, розподіл коштів міського бюджету, виділених на забезпечення діяльності вищезазначених інституцій, вивчення стану здоров'я людей, розроблення заходів для профілактики та зниження рівня захворюваності, інвалідності, смертності та ін.

Безпосереднє керівництво діяльністю закладу охорони здоров'я відповідно до ст. 16 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801–XII здійснює головний лікар, який контролює правильність витрат матеріалів і медикаментів, відповідає за санітарний стан, за підбір і розстановку кадрів, є розпорядником бюджетних коштів, відповідає за їх раціональне та цільове використання. Організаційна структура управління закладом охорони здоров'я будується, як

правило, за лінійнофункціональним принципом і включає чотири рівні управління:

I. Головний лікар.

II. Заступник головного лікаря з основних ресурсів (кадри, фінанси, лікувальні технології, матеріально-технічне забезпечення).

III. Заступники головного лікаря з основних напрямів лікувальної діяльності (хірургія, педіатрія, гінекологія, амбулаторна допомога тощо).

IV. Завідувачі спеціалізованими відділеннями з напрямів лікувальної діяльності (завідувач хірургічного відділення, завідувач соматичного відділення, завідувач консультативно-діагностичної поліклініки і т. д.) [29, с. 50].

3) Фінансові інституції.

Центральним спеціалізованим органом виконавчої влади з управління фінансами є Міністерство фінансів України, яке:

- визначає основні організаційно-методичні засади та керує роботою у сфері бюджетного планування;

- розробляє і доводить до головних розпорядників бюджетних коштів інструкції з підготовки бюджетних запитів;

- складає проект і затверджує розпис державного бюджету, забезпечує його відповідність бюджетним призначенням, визначаючи при цьому обсяг фінансових ресурсів на потреби закладів охорони здоров'я, які фінансуються з державного бюджету; контролює у межах своїх повноважень цільове використання бюджетних коштів;

- проводить у в бюджетних установах та організаціях, в т. ч. і закладах охорони здоров'я, перевірки фінансово-бухгалтерських документів, звітів, планів, кошторисів та інших документів щодо зарахування, перерахування і використання бюджетних коштів, а також отримує пояснення, довідки й дані з питань, що виникають під час перевірки тощо [120, с. 1-7].

Місцеві фінансові органи займаються стратегічним прогнозуванням і плануванням показників видаткової частини місцевих бюджетів, складають проекти та бюджетні розписи місцевих бюджетів, визначаючи при цьому обсяг фінансових ресурсів на потреби закладів охорони здоров'я; здійснюють контроль за цільовим, економним й ефективним використанням

бюджетних коштів даними закладами, створенням належних фінансових умов для виконання функцій місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування.

Органи державної податкової служби у закладах охорони здоров'я контролюють дотримання законодавства щодо обчислення і сплати податків та інших обов'язкових платежів.

Рахункова палата, як конституційний орган парламентського контролю, проводить ревізії та перевірки у закладах охорони здоров'я за витрачанням коштів Державного бюджету України і державних позабюджетних фондів.

Повноваженнями щодо управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я наділені органи Державного казначейства України, які ведуть мережу розпорядників бюджетних коштів; здійснюють оперативне прогнозування і касове планування видатків бюджету, в т. ч. на потреби закладів охорони здоров'я; відкривають рахунки для операцій із бюджетними коштами даним закладам та здійснюють їх розрахунково-касове обслуговування; контролюють відповідність кошторисів медичних закладів розписам бюджетів; ведуть облік їх зобов'язань; зараховують на рахунки даних закладів виділені їм бюджетні асигнування; здійснюють контроль бюджетних повноважень при зарахуванні надходжень, прийнятті зобов'язань та проведенні платежів; оплачують витрати бюджетних коштів закладів охорони здоров'я тощо [140, с. 135].

Завданням Державної контрольно-ревізійної служби є здійснення державного контролю за витрачанням коштів і матеріальних цінностей, їх збереженням, станом і достовірністю бухгалтерського обліку й звітності в міністерствах, державних комітетах, державних фондах, бюджетних установах (до яких належать заклади охорони здоров'я), а також на підприємствах та в організаціях, котрі отримують кошти з бюджетів усіх рівнів і державних валютних фондів; розроблення пропозицій щодо усунення виявлених вад та порушень і запобігання їм у подальшому [35, с. 110 - 115].

Фонди соціального страхування також наділені відповідними повноваженнями щодо управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я усіх форм власності. Вони можуть перевіряти фінансово-бухгалтерські документи, плани, кошториси та інші

документи щодо правильності обчислення і сплати зборів у відповідні фонди, а також цільового використання їхніх коштів.

Банківські установи приймають від платників готівкою кошти для здійснення розрахунків із закладами охорони здоров'я за надані послуги; здійснюють готівкове та безготівкове обслуговування цих закладів.

Страхові організації беруть участь в управлінні закладами охорони здоров'я у частині формування їх фінансових ресурсів, здійснюючи посередницьку діяльність в організації та фінансуванні страхових програм медичної допомоги дітям; а також розраховуються із закладами охорони здоров'я за надані медичні послуги через страхові фонди, сформовані за рахунок внесків страхувальників.

Повноваження Державної інспекції України з контролю за цінами щодо управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я випливають із таких завдань інспекції: здійснення державного контролю за дотриманням встановленого порядку затвердження й застосування цін і тарифів у закладах охорони здоров'я; перевірка обґрунтованості затверджених міністерствами та відомствами України, організаціями, в межах їхньої компетенції, незалежно від форм власності й господарювання, цін і тарифів, стану організації та ефективності роботи відомчого контролю за цінами [4, с. 134].

4) Система органів виконавчої влади загальної компетенції.

Обласна державна адміністрація здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення області через спеціально створений галузевий орган виконавчої влади – управління охорони здоров'я. Її керівний вплив поширюється на заклади охорони здоров'я державної форми власності, а через механізм делегування повноважень із боку обласної ради – також на медичні заклади обласної комунальної власності. До повноважень обласної державної адміністрації в галузі охорони здоров'я належить: вжиття заходів щодо збереження та прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я; розроблення проектів програм соціально-економічного розвитку, заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям та їх ліквідації, організація роботи медичних закладів із надання допомоги населенню, надання встановлених пільг і допомоги,

пов'язаної з охороною материнства та дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей [37, с. 190 - 191].

Районна державна адміністрація через створений у її складі відділ охорони здоров'я здійснює загальне керівництво охороною здоров'я населення району, до об'єктів управління якої через делегування повноважень районною радою належать районні лікарні та інші заклади охорони здоров'я районного підпорядкування.

Повноваження міських державних адміністрацій у містах Києві та Севастополі подібні до обласних державних адміністрацій і передбачають утворення у їх складі Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації і управління охорони здоров'я Севастопольської міської державної адміністрації.

До функцій місцевих адміністрацій у сфері фінансів належить забезпечення виконання відповідних обласних, районних та міських бюджетів, а також державних і регіональних програм соціально-економічного розвитку; забезпечення здійснення контролю за відповідністю бюджетному законодавству показників затверджених бюджетів відповідних адміністративно-територіальних одиниць, бюджетних розписів та кошторисів бюджетних установ тощо.

5) Органи місцевого самоврядування реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я, формують та реалізують місцеву і регіональну політику в межах своїх територіальних громад. До функцій органів місцевого самоврядування належить управління комунальною власністю (створення, ліквідація, реорганізація, перепрофілювання та фінансування комунальних закладів охорони здоров'я). Зокрема, зазначені органи затверджують програми соціально-економічного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць, місцевий бюджет, у якому передбачають і фінансування діяльності комунальних закладів охорони здоров'я, вносять зміни до нього, затверджують звіт про виконання відповідного бюджету.

Управління закладами охорони здоров'я, в т. ч. і їх фінансовими ресурсами, здійснюють виконавчі комітети сільських, селищних та міських рад і виконавчі апарати районних й обласних

рад. Виконавчі органи сільських, селищних та міських рад забезпечують реалізацію власних (управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування і харчування у закладах освіти, культури, фізкультури та спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм) та делегованих (забезпечення розвитку, доступності й безоплатності всіх видів медичного обслуговування, вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я всіх форм власності; вирішення питань про повне державне утримання дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків, у школах-інтернатах, дитячих будинках; реєстрація статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я та інші) повноважень [36].

Міська рада здійснює загальне керівництво закладами охорони здоров'я міської комунальної власності через спеціально утворюваний нею виконавчий орган – управління охорони здоров'я. Ці ж питання, тільки вищих рівнях місцевого самоврядування – районному й обласному, належать до повноважень районних і обласних рад, які вони повинні безпосередньо виконувати. Це, зокрема, затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку, бюджетів, розподіл переданих із державного бюджету коштів у вигляді дотацій, субвенцій відповідно між районними бюджетами, місцевими бюджетами міст обласного значення, сіл, селищ, міст районного значення, управління об'єктами комунальної власності, які забезпечують спільні потреби територіальних громад сіл, селищ, міст та інші питання.

Ми погоджуємося з думкою В. Пашкова, який зазначив, що діяльність органів місцевого самоврядування щодо управління комунальними закладами охорони здоров'я схожа до державного управління. Це стосується, насамперед, владно-управлінської діяльності, що спрямована на повне і своєчасне втілення в життя суспільних потреб та інтересів й одночасно характеризується

окремими, власними ознаками, з допомогою яких її можна розглядати як окремий самостійний різновид владно-управлінської діяльності [82, с. 31].

Аналіз функцій перерахованих державних інституцій дає підстави стверджувати, що в Україні відсутній спеціально уповноважений орган, який займався б тільки управлінням фінансами закладів охорони здоров'я. Проте, на сучасному етапі функціонує достатня кількість інституцій, наділених повноваженнями щодо управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. На наш погляд, можна виділити недоліки, що виникають у процесі реалізації їхньої управлінської компетенції на різних рівнях:

- органи державної влади загальної та спеціальної компетенції в галузі охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування недостатньо уваги приділяють проблемам здоров'я населення, оскільки не мають для цього відповідної інформації, повноважень і адекватного потребам обсягу фінансових ресурсів;

- зазначені органи через нестачу фахівців та необізнаність мало займаються економічними проблемами, до яких належить і управління фінансами, закладів охорони здоров'я;

- в управлінні фінансовими ресурсами медичних закладів переважають адміністративні методи;

- відсутнє чітке розуміння різниці між інтенсивним та екстенсивним шляхами здійснення фінансово-господарської діяльності.

Цілком можливо, що в умовах децентралізації управління охороною здоров'я можуть виникнути нові організаційні структури або буде розширена компетенція вже існуючих органів, які братимуть участь у керівництві фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. Проте ефективність такого управління визначається, насамперед, не кількістю відповідних інституцій, а якістю ухвалених ними управлінських рішень щодо формування та використання фінансових ресурсів, розмежуванням функцій і прав центральних, регіональних та місцевих органів управління, управлінською та фінансовою автономією закладів охорони здоров'я як найнижчої ланки управління.

1.4. Правові засади державного управління фінансовими ресурсами у галузі охорони здоров'я

Державна політика відіграє надзвичайно важливу роль у суспільному житті. Саме вона покликана своєчасно виявляти назрілі проблеми розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення, складнощі, суперечності та знаходити шляхи розв'язання цих проблем. Подальше вдосконалення системи медичного забезпечення населення України в нових соціально-економічних умовах нерозривно пов'язане з необхідністю підвищення дієвості державної політики в галузі охорони здоров'я [55, с.3].

Формування та реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я населення у першу чергу визначається якістю та змістом законодавчої бази. У зв'язку з цим, на наш погляд, доцільно проаналізувати діючі нормативно-правові акти з питань управління та фінансування закладів зазначеної галузі (рис. 1.7).

Право на охорону здоров'я належить до категорії основних прав людини, визнається ООН, передовою світовою громадськістю та закріплене в таких міжнародно-правових актах:

- Женевська Декларація прав дитини (1924 р.);
- Загальна Декларація прав людини (1948 р.);
- Декларація про соціальні і правові принципи, що стосуються захисту і благополуччя дітей, особливо у разі передачі дітей на виховання та їх усиновлення, на національному і міжнародному рівнях (1986 р.);
- Конвенція про права дитини (1989 р.);
- Всесвітня декларація про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей (1990 р.);
- Європейська стратегія “Здоров'я дітей та підлітків” (2005 р.) та ін.

Конституція України від 28. 06. 1996 р. № 254 визначає концептуальні підходи до управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я, у ст. 49 якої закріплене право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, яке забезпечується державним фінансуванням.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
Конституція України	
Ратифіковані Україною міжнародні правові акти: Женевська Декларація прав дитини; Загальна Декларація прав людини; Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права; Декларація про соціальні і правові принципи, що стосуються захисту і благополуччя дітей, особливо при передачі дітей на виховання та їх усиновлення, на національному і міжнародному рівнях; Конвенція про права дитини; Всесвітня декларація про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей, Європейська стратегія "Здоров'я дітей та підлітків".	
Бюджетний кодекс України; Цивільний кодекс України; Господарський кодекс України; Закони України, прийняті ВРУ ("Основи законодавства України про охорону здоров'я", "Про страхування", "Основи законодавства про загальнообов'язкове державне страхування", "Про благодійництво і благодійні організації", "Про охорону дитинства", "Про місцеве самоврядування в Україні", "Про місцеві державні адміністрації", "Про Державний бюджет України на 2008 рік та про внесення змін до деяких законодавчих актів України", "Про державну контрольно-ревізійну службу в Україні" та ін.); Постанови ВРУ.	
Укази Президента України ("Положення про Міністерство охорони здоров'я України", "Положення про Міністерство фінансів України", "Концепція розвитку охорони здоров'я населення України", "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" (Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я) та ін.); розпорядження.	
Постанови Кабінету Міністрів України ("Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я", "Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації", "Положення про Державне казначейство України", "Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти", "Про затвердження Положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти", "Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямів використання", "Про затвердження формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами", "Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)", "Про прогноз показників зведеного бюджету України за основними видами доходів, видатків і фінансування на 2008–2010 роки", "Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року", "Про затвердження Міжгалузеві комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки" та ін.); розпорядження КМУ.	
Накази Міністерства охорони здоров'я України ("Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізирських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я", "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я", "Про впровадження умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення" та ін.); положення, списки, інструкції МОЗ та ін.	
Підзаконні нормативно-правові акти інших центральних органів виконавчої влади (наказ Міністерства фінансів України "Про бюджетну класифікацію та її запровадження" та ін.).	
Рішення місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування.	

Рис. 1.7. Нормативно-правові акти у сфері управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

“Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і

комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу надають безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [53]". Цією статтею фактично скасовано положення Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо можливості скорочення мережі закладів охорони здоров'я та створення базового пакета медичних послуг для надання населенню безоплатної медичної допомоги за рахунок публічних джерел фінансування.

Приписи цієї статті стали гальмівними чинниками подальших реформ у системі охорони здоров'я, оскільки реорганізація мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я є ефективним інструментом раціонального використання ресурсів, а базовий пакет медичних по-слуг, забезпечений коштами, – інструментом нормування державних гарантій безоплатності їх надання населенню в державних і комунальних закладах охорони здоров'я [134, с. 102].

Поряд із закріпленням гарантії на надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я стаття 49 Конституції України визначає право кожного на медичне страхування, тобто цією статтею регламентовані можливі додаткові джерела фінансування галузі охорони здоров'я. За роз'ясненням Конституційного Суду України, безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я не унеможливує фінансування цієї галузі за рахунок розвитку позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у т. ч. і шляхом створення лікарняних кас, діяльність яких має бути врегульована законом [96].

Одним із недоліків національного законодавства є суперечність між задекларованим у ст. 49 Конституції правом на безоплатну медичну допомогу та нормою ст. 95 Конституції, згідно з якою видатки на загальносуспільні потреби, їх розмір та цільове спрямування визначаються виключно законом про державний бюджет, тобто враховуючи фінансові можливості держави на певний час щодо забезпечення безкоштовного медичного обслуговування населення. Як підтверджує світова практика, жодна з економічно розвинутих країни, в яких витрати на охорону здоров'я коливаються в межах 6,5% ВВП (Великобританія) – 15% ВВП (США) не

гарантує безоплатність усіх видів медичної допомоги, на відміну від України, де зазначений показник становить близько 3%.

Базовими для галузі охорони здоров'я є Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801-ХІІ, що визначив основні принципи державної політики у зазначеній сфері та створив правові засади, спрямовані на розбудову системи охорони здоров'я. Зокрема, задекларовано можливість багатоканального фінансування галузі (статті 4 та 18) за рахунок коштів бюджету, медичного страхування, власних коштів громадян, благодійних внесків та інших не заборонених законом джерел фінансування, створення базового пакета медичних послуг, які надають безоплатно; функціонування системи медичного страхування.

У статті 12 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” зазначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу [34]. Законодавче закріплення чіткої ставки національного доходу для фінансування галузі охорони здоров'я суперечить статті 95 Конституції України та реалізується не сповна. Вважаємо за доцільне також зауважити, що фінансування в межах нормативу, котрий визначають як частку від національного доходу, не є повністю обґрунтованим, оскільки в сучасній економічній практиці для характеристики макроекономічних процесів використовують переважно показник валового внутрішнього продукту.

Важливі для проведення реформ у галузі охорони здоров'я закони – “Про страхування” (1996 р.) та “Основи законодавства про загальнообов'язкове державне страхування” (1998 р.) створили передумови для здійснення добровільного медичного страхування та розроблення законопроекту про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

Поступове формування ринку платних медичних послуг в Україні, а також позитивний досвід його функціонування у зарубіжних країнах сприяли скасуванню заборони щодо надання платних послуг. Постановою КМУ від 17. 06. 1996 р. № 1138 (із змінами та доповненнями, внесеними постановами КМУ від

11. 07. 2002р. № 989 та від 02. 09. 2005р. № 862) затверджено перелік платних послуг, які можуть надаватися закладами охорони здоров'я. До цього переліку належать 3 групи послуг [92]: послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я; послуги з провадження господарської та/або виробничої діяльності; послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами (додаток В).

Проаналізувавши цей перелік платних послуг, доцільно зауважити, що закладам охорони здоров'я дітей дозволено надавати лише незначну кількість послуг, які віднесені здебільшого до другої групи (всі інші види платних послуг розраховані переважно на дорослого пацієнта). У зв'язку з цим платні медичні послуги не можуть бути важливим джерелом фінансових ресурсів зазначених інституцій і є доповненням до бюджетного фінансування.

Надходження від спонсорських і благодійних внесків розглядаються як “інвестиції в соціальну сферу” взагалі та в охорону здоров'я зокрема, і їх слід здійснювати в порядку, передбаченому Законом України “Про благодійництво і благодійні організації” від 13. 09. 1997 р. № 531-97/ВР. Він закріплює основні принципи та форми благодійності, напрямки діяльності благодійних організацій.

Із метою прискорення та ефективного здійснення реформ у галузі охорони здоров'я указом Президента України затверджено “Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” від 7. 12. 2000 р. № 1313 / 2000. Вона спрямована на забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя і передбачає створення правових, економічних й управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги; формування керованого ринку платних медичних послуг; сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, ефективне використання кадрових,

фінансових і матеріальних ресурсів; солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад й окремих юридичних та фізичних осіб у фінансуванні послуг із надання громадянам медичної допомоги [134, с. 104]. У цьому ж році затверджені комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я та визначено порядок отримання бюджетними установами охорони здоров'я благодійних внесків.

Із моменту вступу в дію Закону України “Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” (із змінами та доповненнями) (2000 р.), а після втрати його чинності – Постанови КМУ “Про затвердження Положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” від 17. 10. 2008 р. № 921, закупівлю товарів, робіт і послуг державні та комунальні заклади охорони здоров'я здійснюють через оголошення тендерів. Проте, незважаючи на всі позитиви зазначених правових актів, на практиці медичні інституції позбавлені можливості нормально здійснювати господарську діяльність і проводити тендери на закупівлю необхідних лікарських засобів, товарів та послуг. Причин цьому кілька: терміни проведення торгів збільшують час, необхідний для придбання товарів; у регіонах не завжди можна знайти трьох учасників торгів; у кошторисах закладів охорони здоров'я не передбачені кошти на оплату витрат консалтингових агентств, тому вартість згаданих послуг перекладають на учасників торгів, що призводить до відмови від участі у них. Великі труднощі у закладах охорони здоров'я виникають у зв'язку з проведенням тендерів на невеликі суми. Розв'язання зазначених проблем є актуальним і потребує внесення змін до законодавства.

Закон України “Про охорону дитинства” від 26. 04. 2001 року за № 2402–III визначає охорону дитинства як стратегічний загальнонаціональний пріоритет і з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист та всебічний розвиток встановлює основні засади державної політики у цій сфері. У статті 6 зазначеного Закону закріплене гарантоване державою право дитини на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, створення безпечних умов для життя та здорового розвитку

дитини, раціонального харчування, формування навичок здорового способу життя [38, с. 142].

Бюджетний кодекс України від 21. 06. 2001 р. № 2542 – III регламентує порядок фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів, встановлює розподіл видатків на охорону здоров'я між бюджетами різних рівнів. Статтею 21 Бюджетного кодексу України передбачено можливість отримання бюджетних коштів не лише державними та комунальними закладами охорони здоров'я, а й фізичними та юридичними особами, які не мають статусу бюджетної установи [12]. Це стосується приватних медичних закладів та індивідуально практикуючих медичних працівників, які можуть виступати в ролі одержувачів бюджетних коштів і бути уповноважені розпорядниками бюджетних коштів на виконання програм чи надання послуг у сфері охорони здоров'я. Однак, незважаючи на наявні правові умови, в Україні відсутня практика здійснення державних закупівель медичних послуг на основі договорів між розпорядниками державних коштів та постачальниками послуг.

Згідно з Бюджетним кодексом України, видатки на охорону здоров'я слід враховувати при визначенні обсягів міжбюджетних трансфертів (статті 89 та 90), тому що, будучи функцією держави, передаються для виконання АР Крим та місцевому самоврядуванню. Оскільки у статті 85 Бюджетного кодексу зазначено, що держава може передати Раді Міністрів АР Крим чи органам місцевого самоврядування право на здійснення видатків лише за умови відповідної передачі бюджетних ресурсів у вигляді закріплених за відповідними бюджетами загальнодержавних податків і зборів або їх частки, а також трансфертів із Державного бюджету України [90], вона регулює видатки на охорону здоров'я та зобов'язана забезпечувати місцеві бюджети відповідними ресурсами. Наведені положення суперечать статті 32 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” від 21. 05. 1997 р. № 280/97–ВР, де зазначено, що управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, а також організація матеріальнотехнічного та фінансового забезпечення цих закладів

належать до власних (самоврядних) повноважень виконавчих органів сільських, селищних та міських рад і статті 44 цього документа, яка регламентує фінансування районних та обласних медичних закладів [36]. Така ситуація призводить до неоднозначного розуміння того, до якого типу видатків (видатки на виконання власних повноважень чи видатки на виконання делегованих державних повноважень) належать видатки на охорону здоров'я, і є одним із гальмівних чинників підвищення ефективності управління ресурсами системи охорони здоров'я та запровадження контрактної моделі закупівель медичних послуг.

Окрім того, статтю 21 Бюджетного кодексу України передбачено, що “бюджетна установа не має права здійснювати запозичення у будь-якій формі [12]”, що позбавляє медичні заклади можливості формувати фінансові ресурси за рахунок кредитів.

Отже, незважаючи на всі позитиви, внесені Бюджетним кодексом у регулювання діяльності бюджетної сфери, цей документ не сповна врахував особливості функціонування системи охорони здоров'я і не визначив рівень децентралізації фінансування медичних закладів.

Для забезпечення справедливих та рівних умов фінансування різних регіонів прийнято постанову КМУ “Про затвердження формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами” від 5. 09. 2001 р. № 1195, яка регулює порядок розподілу обсягів міжбюджетних трансфертів між бюджетами різних рівнів, в основі визначення котрих лежать фінансові нормативи бюджетної забезпеченості та коригуючі коефіцієнти до них у розрахунку на особу населення [91]. Проте при визначенні видатків на охорону здоров'я з відповідного бюджету не враховується фактична потреба у фінансових ресурсах закладів охорони здоров'я дітей, які фінансуються з нього, та кількість дітей, які реально потребують медичної допомоги і яким її фактично надають у зазначених закладах. Це породжує парадоксальну ситуацію – при зменшенні чисельності дітей знижуються показники реального фінансування системи охорони здоров'я дітей, незважаючи на те, що рівень

первинної захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення підвищується.

Для вдосконалення формування та використання власних надходжень бюджетних установ, до яких належать державні та комунальні заклади охорони здоров'я, КМУ 17. 05. 2002 р. прийняв постанову № 659 “Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямів використання”. Згідно з цим документом власні надходження бюджетних установ поділяють на дві групи:

1. Плата за послуги, що надаються бюджетними установами:

- плата за послуги, що надаються бюджетними установами згідно з їх функціональними повноваженнями, тобто це кошти, які надійшли бюджетним установам як плата за послуги, надання яких пов'язане з виконанням основних функцій та завдань бюджетних установ;

- надходження бюджетних установ від господарської та/або виробничої діяльності;

- плата за оренду майна бюджетних установ;

- надходження бюджетних установ від реалізації майна.

2. Інші джерела власних надходжень бюджетних установ:

- благодійні внески, гранти та дарунки;

- кошти, які отримують бюджетні установи для виконання окремих конкретних доручень від підприємств, організацій чи фізичних осіб, від інших бюджетних установ [89, с. 42 - 46].

У 2003 р. ВРУ прийняла Цивільний кодекс України та Господарський кодекс України, що дали імпульс для реалізації заходів із реформування системи охорони здоров'я України. Зокрема, Цивільним кодексом договір про надання медичних послуг віднесено до категорії публічних договорів; Господарський кодекс передбачає таку форму діяльності закладів охорони здоров'я, як державне або комунальне некомерційне підприємство, що на послуги соціального характеру, до яких належать також медичні послуги, встановлюються державні фіксовані або регульовані ціни. Однак перелік медичних послуг, охоплених державними гарантіями, досі не визначено, відповідно не встановлені державні фіксовані або регульовані ціни, немає також затвердженого типового договору щодо поставки медичних послуг [134, с. 105].

У січні 2005 р. ВРУ внесла зміни до Бюджетного кодексу України, що передбачають фінансування первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського АР Крим і міст обласного значення, оскільки малопотужні сільські й міські територіальні громади не можуть забезпечити необхідний обсяг фінансових ресурсів для надання медичної допомоги у цих закладах. Проте з 2006 р. дія таких правових норм призупинена, а у 2008 р. згідно із Законом України “Про Державний бюджет України на 2008 рік та про внесення змін до деяких законодавчих актів України” від 28. 12. 2007 р. № 107-VI вони втратили чинність.

Наприкінці 2005 р. Президент України видав Указ “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення” (Дорожня карта реформування системи охорони здоров’я), що передбачає здійснення заходів із розвитку сімейної медицини в Україні, створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги, підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення, впровадження обґрунтованих державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги, ефективної та прозорої моделі фінансування галузі, що орієнтована на реальні потреби пацієнтів, розроблення та впровадження в діяльність закладів охорони здоров’я стандартів медичної допомоги, раціоналізації використання ресурсів, удосконалення системи управління галуззю [121]. Ключовим питанням залишається оптимізація мережі закладів охорони здоров’я, оновлення їхньої матеріально-технічної бази і забезпечення діяльності в єдиному медичному просторі держави (додаток Д).

У 2010 р. Постановою Кабінету Міністрів “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров’я” від 17.02.2010 р. № 208 затверджено концептуальні напрями реформування системи охорони здоров’я з метою поліпшення стану надання медичної допомоги шляхом інституційного розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги та запровадження нового господарсько-фінансового механізму в діяльності закладів охорони здоров’я.

Таким чином, аналіз національної нормативно-правової бази дає змогу зробити висновок, що законодавство України, яке стосується управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я, характерне достатнім рівнем систематизації, наявністю розроблених із урахуванням основних міжнародних вимог законодавчих та підзаконних актів. Тому, незважаючи на певні недоліки, воно придатне для реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я.

Однак національну правову базу нині ще не можна вважати досконалою, оскільки поліпшення потребує практика реалізації законів, що регулюють фінансування та управління закладами охорони здоров'я. Так, окремі правові норми суперечать одна одній, є загальними, що призводить до неоднозначного їх тлумачення, і потребують уточнення й адаптації з урахуванням специфіки управління фінансовими ресурсами згаданих закладів.

У законодавстві також відсутня відповідність між обсягами надання безоплатної медичної допомоги, гарантованої державою, та виділеними бюджетними коштами на реалізацію зазначеної функції, не врегульовано дії закладів охорони здоров'я у разі їх недофінансування згідно з потребами. Це призводить до того, що медичні заклади не можуть безкоштовно надавати достатні за обсягом, високоякісні та доступні медичні послуги населенню, оскільки заклад охорони здоров'я не має права відмовити пацієнтові у медичній допомозі, а бюджет неспроможний відшкодувати необхідні для цього витрати.

Не вирішеними у національній законодавчій базі залишаються правові норми, пов'язані із формуванням регульованого ринку медичних послуг. Це стосується, зокрема, таких проблем:

- меж та етапів децентралізації управлінських функцій, у т. ч. щодо фінансової автономності, розвитку ефективніших механізмів управління на рівні закладу охорони здоров'я шляхом підвищення правової компетентності їхніх керівників, впровадження сучасних інформаційних систем;

- розроблення стратегій стримування витрат на медичну допомогу та раціонального використання ресурсів;

- розроблення науково-обґрунтованого механізму визначення пріоритетів та на його основі – Програми соціальних гарантій медичної допомоги в обсягах коштів, передбачених у бюджеті;

- визначення стратегічних підходів до реформування стаціонарної медичної допомоги та інтенсифікації розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;
- забезпечення обґрунтованого співвідношення між принципами солідарності та конкуренції;
- системи оплати праці виробників медичних послуг із урахуванням їх результативності;
- захисту прав пацієнтів та визначення правових засад щодо практики співучасті населення в оплаті вартості медичних послуг [135, с. 12].

Від розв'язання окреслених проблем значною мірою залежать подальша структура органів управління системою охорони здоров'я, обсяг і характер управлінських фінансових повноважень основних учасників цієї системи, а також визначення характеру й черговості нормативно-правових та практичних заходів щодо її реформування.

Актуальним залишається створення нормативно-правової бази для регулювання обов'язкового медичного страхування в Україні, доцільність запровадження якого викликає широку дискусію в урядових колах, у представників медичної громадськості, науковців, економістів, страховиків та інших категорій населення. За роки незалежності здійснена не одна спроба ухвалити закон про обов'язкове медичне страхування, було напрацьовано одинадцять законопроектів із цих питань, але жоден із них не затвердила ВРУ. Зазначені законопроекти базуються або на концепції соціального страхування і передбачають створення одного національного страхового фонду, або – на концепції обов'язкового цивільного (комерційного) страхування та орієнтовані на формування конкурентного ринку обов'язкового медичного страхування за участю багатьох комерційних страхових компаній. Концептуальні відмінності моделей медичного страхування наведені в табл. 1.5.

На наш погляд, основними причинами неприйняття у парламенті закону про медичне страхування є наступні:

- відсутність консенсусу серед осіб, які впливають на прийняття політичних рішень, щодо вибору моделі медичного страхування;
- підвищення податкового тиску на юридичні та фізичні особи у зв'язку зі сплатою ними страхових внесків, унаслідок чого може

знизитися конкурентоспроможність продукції і посиляться тенденція “тінізації” економіки;

- недостатньо високий рівень економічної активності суб'єктів господарювання, поширення практики видачі заробітної плати “в конвертах”, високий рівень безробіття, що перешкоджатиме акумуляції в достатньому розмірі коштів на медичне страхування;

- впровадження обов'язкового медичного страхування суперечить конституційному праву людини на вільний вибір системи медичного страхування;

- відсутність ефективної системи взаємозв'язку між кількістю та якістю наданої медичної допомоги, оплатою праці медичного персоналу, фінансуванням закладів охорони здоров'я, які б забезпечували прозорість та ефективність функціонування медичного страхування;

- у законопроектах не передбачено вигоди для медичних працівників у зв'язку із запровадженням медичного страхування.

Таблиця 1.5

Характерні ознаки моделей обов'язкового медичного страхування [16а, с. 33]

Модель за концепцією соціального медичного страхування	Модель за концепцією обов'язкового цивільного (комерційного) медичного страхування
<ul style="list-style-type: none">– солідарність фінансування;– універсальна програма послуг для всіх застрахованих (справедливість);– неконкурентна універсальна страхова система, що унеможлиблює селекцію страхових ризиків і негативний вплив на справедливість;– порівняно простий механізм управління системою.	<ul style="list-style-type: none">– регресивність фінансування (бідні платять більше, ніж багаті);– різні програми послуг залежно від суми страховки;– створення конкурентних страхових ринків, за яких неминуче „зняття вершків” і зменшення справедливості;– складний із точки зору реалізації механізм управління.

Враховуючи переваги та недоліки різних моделей медичного страхування і національні особливості України, констатуємо, що для нашої держави неприйнятною є модель за концепцією цивільно-

правового обов'язкового медичного страхування, яка передбачає наявність конкурентного страхового ринку, стабільної економічної ситуації, налагодженого державного механізму, незалежної судової системи (в Україні всі ці ознаки поки що відсутні) та, крім Швейцарії та Нідерландів, більше ніде в розвинених країнах світу не застосовується. У зв'язку з цим, на увагу заслуговує концепція соціального медичного страхування, пропозиції щодо запровадження якої викладені у законопроектах “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування” № 1040 від 27. 11. 2007 р., № 1040-1 від 18. 12. 2007 р., “Про внесення змін до деяких законів України (щодо запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування)” № 1040-2 від 8. 01. 2008 р. та “Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування в Україні” № 4744 від 30. 06. 2009 р.

Отже, на сучасному етапі доцільно визначитись із майбутньою моделлю розбудови обов'язкового медичного страхування, надавши перевагу концепції соціального медичного страхування, та створити сприятливе організаційно-правове поле для її ефективної реалізації. Здійснення зазначеної реформи має сприяти збільшенню обсягу фінансування системи охорони здоров'я і забезпечити раціональний розподіл та використання фінансових ресурсів закладів даної галузі.

РОЗДІЛ 2

ПРАГМАТИКА І ПРОБЛЕМАТИКА УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка методів управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

За несприятливої демографічної ситуації, що зберігається в Україні, підвищення рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед людей особливої значимості набуває створення умов для формування, збереження і зміцнення їхнього здоров'я.

Важлива роль у забезпеченні реалізації пріоритетної державної політики у даному напрямі належить закладам охорони здоров'я, мережа яких станом на початок 2009 р. охоплювала 9422 заклади охорони здоров'я системи МОЗ України та 693 відомчих закладів охорони здоров'я (табл. 2.1 та 2.2).

Таблиця 2.1

Динаміка змін мережі та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України у 2004–2008 рр.

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2004, %
1	2	3	4	5	6	7
<i>Показники динаміки мережі</i>						
Число						
– амбулаторно-поліклінічних закладів	6660	6692	6792	6842	6888	3,4
– закладів, які мають денні стаціонари	4368	4659	4800	4910	5047	15,5
– закладів, які мають стаціонари вдома	4094	4214	4420	4629	4586	12,0
– лікарняних закладів	2668	2636	2622	2574	2537	- 4,9
– диспансерів	378	372	371	369	369	- 2,4
– лікарняних ліжок (усього)	412606	407464	406870	404212	402955	- 2,3
– на 10 тис. населення	87,6	87,2	87,6	87,51	87,67	0,1

Продовження табл.2.1

1	2	3	4	5	6	7
Кількість						
– ліжок у денних стаціонарах (усього)	59152	61933	63514	65160	66105	11,8
– на 10 тис. населення	12,6	13,2	13,7	14,1	14,4	14,3
<i>Показники зміни кадрового потенціалу</i>						
Чисельність						
– лікарів, включаючи зубних, (усього)	197031	197116	198235	195555	198358	0,7
– на 10 тис. населення	41,8	42,3	42,7	42,3	43,16	3,3
– лікарів, без зубних (усього)	194597	194731	195956	195555	196198	0,8
– на 10 тис. населення	41,3	41,7	42,0	42,3	42,69	3,4
– середніх медичних працівників (усього)	464752	438781	435686	433445	430090	-7,5
– на 10 тис. населення	98,7	98,7	93,8	93,8	93,6	-5,2

* Складено на основі: [138, с.75]

Аналіз наведених даних свідчить про зростання у 2008 р. амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України на 228 закладів (3,4%) порівняно із 2004 р., закладів, які мають денні стаціонари – на 679 (15,5%), закладів, які мають стаціонари вдома – на 492 (12%) відповідно та зменшення кількості лікарняних закладів на 131 або 4,9%, диспансерів – на 9 закладів (2,4%). Така ситуація є наслідком реформування вітчизняної медичної галузі шляхом впровадження заходів щодо удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини тощо.

Аналізуючи мережу і потужність закладів охорони здоров'я України за відомчою підпорядкованістю, відмітимо, що у 2008 році, крім МОЗ України (2537 закл. або 90,87%), у своєму підпорядкуванні лікувальні заклади мали: департамент з питань виконання покарань (82 закл. або 2,94%), Міністерство транспорту та зв'язку (80 закл. або 2,87%), МВС (32 закл. або 1,15%), АМН (29 закл. або 1,04%), Міністерство оборони (26 закл. або 0,93%), Міністерство праці (3 закл. або 0,11%) та МОН, ДУС, НАН (по 1 закладу). Що ж стосується амбулаторно-поліклінічних закладів, то їх структура за відомчою ознакою не дуже відрізняється від структури лікарняних закладів (див. табл. 2.2).

Зважаючи на те, що останнім часом найвищий рівень захворюваності спостерігається серед дітей вікової групи 017 років, не можна оминати увагою і мережу закладів охорони здоров'я дітей. Вона охоплює Українську спеціалізовану лікарню "Охматдит", 28 обласних дитячих лікарень, 97 дитячих міських, 6 інфекційних, 4 туберкульозні лікарні для дітей, 48 будинків дитини, 58 дитячих поліклінік, 3,3 тис. медичних закладів, що мають дитячі відділення чи кабінети, 23 загальнодержавних спеціалізованих санаторно-курортних закладів на 9346 ліжок та ін. В усіх стаціонарах країни у 2008 р. налічувалося 54828 ліжок для дітей, це близько 13,56% від ліжкового фонду закладів системи МОЗ України.

Таблиця 2.2

Мережа і потужність закладів охорони здоров'я України за відомчою підпорядкованістю у 2008 р.

Відомство	Лікарняні заклади				Амбулаторно-поліклінічні заклади			
	К-сть закладів		К-сть ліжок		К-сть закладів		К-сть відвідувань на зміну	
	од.	%	шт.	%	од.	%	шт.	%
МОЗ	2537	90,87	402955	92,33	6888	94,06	890730	93,06
Департамент з питань виконання покарань	82	2,94	10953	2,51	128	1,75	5826	0,61
Міністерство транспорту та зв'язку	80	2,87	10763	2,47	183	2,5	39921	4,17
МВС	32	1,15	3119	0,71	52	0,71	11760	1,23
АМН	29	1,04	7522	1,72	34	0,46	4985	0,52
Міністерство оборони	26	0,93	-	-	27	0,37	-	-
Міністерство праці	3	0,11	224	0,05	1	0,01	20	-
МОН	1	0,03	10	-	5	0,07	959	0,1
ДУС	1	0,03	550	0,13	2	0,03	1771	0,19
НАН	1	0,03	340	0,08	3	0,04	1145	0,12
Усього	2792	100	436436	100	7323	100	957117	100

* Складено на основі: [138, с.76]

Однак, незважаючи на позитивні тенденції, сучасний стан мережі закладів охорони здоров'я є одним із чинників неефективного використання ресурсів галузі. В Україні, за розрахунками експертів, має функціонувати приблизно 7 тис. ФАПів, а працює – близько 15,1 тис. Європейські орієнтири відсутні (дороги, автомобіль для роботи медсестер, телефонний зв'язок). Кількість сільських лікарських амбулаторій має становити 5–6 тис., а налічується лише 3 628. Одна сільська лікарська амбулаторія обслуговує 1,5–3 тис. прикріпленого сільського населення [138, с. 74 - 75].

Функціонування закладів охорони здоров'я у рамках цілей і завдань, визначених державною політикою, забезпечується через певну сукупність фінансових методів управління, на вибір яких впливають форма власності та господарсько-правовий статус закладів охорони здоров'я. Оскільки найбільш чисельними є бюджетні заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, детальніше розглянемо особливості управління саме їх фінансовими ресурсами.

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я відповідно до законодавства є бюджетними установами, основною метою діяльності яких є надання високоякісних медичних послуг дітям. Згідно з Бюджетним кодексом України від 21. 06. 2001 р. № 2542 – III бюджетна установа – це орган, установа чи організація, визначена Конституцією України, а також організація, створена в установленому порядку органами державної влади, органами влади АРК чи органами місцевого самоврядування, яка повністю утримується за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевих бюджетів [12]. Проте, на наш погляд, із даним визначенням не можна погодитись, оскільки в сучасних умовах державні та комунальні заклади охорони здоров'я фінансуються не тільки за рахунок бюджетних коштів, а отримують власні надходження. Тому вважаємо за доцільне трактувати бюджетну устанovu охорони здоров'я як організацію, створену в установленому порядку органами державної влади, органами влади АРК чи органами місцевого самоврядування, яка утримується за рахунок відповідно державного чи місцевих бюджетів і/або власних надходжень від некомерційної діяльності.

Одним із методів управління фінансами закладів охорони здоров'я є фінансове планування і прогнозування, в процесі якого визначають обсяги фінансових ресурсів, що перебуватимуть у розпорядженні медичної інституції.

Планування видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я передбачає розробку бюджетного запиту головного розпорядника бюджетних коштів галузі охорони здоров'я (Міністерства охорони здоров'я України) та бюджетних програм (програмно-цільовий метод бюджетного планування). Зазначені документи складаються на основі державних цільових програм та визначених урядом прогнозних показників. Основними бюджетними програмами у галузі охорони здоров'я є такі як: “Планування сім'ї”, “Забезпечення медичних заходів по боротьбі з туберкульозом, профілактики та лікування СНІДу, лікування онкологічних хворих”, “Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки”, “Діти України”, “Цільова комплексна програма генетичного моніторингу”, “Про затвердження комплексних заходів розвитку дитячої кардіохірургічної служби”, “Поліпшення становища жінок, охорони материнства і дитинства”, “Здоров'я нації на 2002–2011 роки” та інші.

Зважаючи на те, що охорона здоров'я населення – це повноваження держави, делеговане органам місцевого самоврядування для виконання, видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я є видатками, які враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів між державним бюджетом та місцевими.

Планування видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я здійснюється із використанням формульного підходу, суть якого полягає у розрахунку обсягу видатків на основі фінансових нормативів бюджетної забезпеченості та коригувальних коефіцієнтів до них (зазначені коефіцієнти визначаються з розрахунку на одну душу населення).

Порядок розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету Автономної Республіки Крим, обласного бюджету, бюджету міста республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, міст Києва та Севастополя, бюджету

району визначений постановою Кабінету Міністрів України “Про затвердження Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами” від 5.09.2001 р. № 1195, дію якої було відновлено постановою Кабінету Міністрів України від 23.04.2010 р. № 327 “Деякі питання врегулювання міжбюджетних відносин”.

Порядок розрахунку обсягу видатків на охорону здоров’я бюджетів сіл, селищ, міст районного значення та їх об’єднань визначений постановою Кабінету Міністрів України “Деякі питання врегулювання міжбюджетних відносин” від 31.12.2004 р. № 1782, дію якої також у вересні 2009 року спочатку було скасовано, а в квітні 2010 року відновлено.

Від якості та обґрунтованості планування видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров’я залежить можливість виконання затверджених планів у процесі бюджетного фінансування. Як свідчать дані рис. 2.1., план фінансування галузі охорони здоров’я з місцевих бюджетів України перевиконано на 1,3% у 2006 р., 1,7 % у 2007 р. та 0,23% у 2009 р., проте у 2008 р., як негативне явище, відмітимо недофінансування зазначеної галузі на 0,5%.

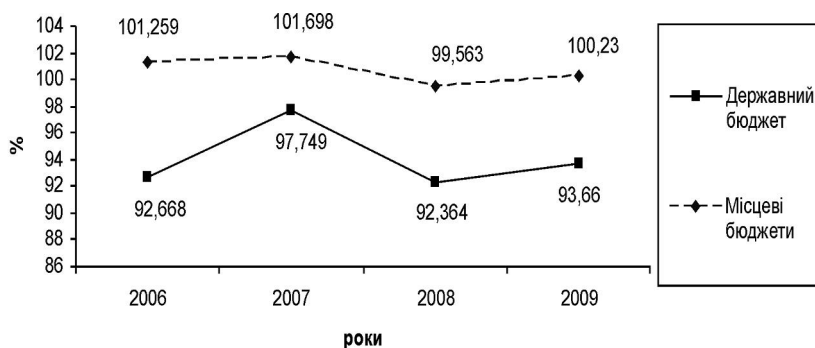


Рис. 2.1. Динаміка виконання плану фінансування галузі охорони здоров’я за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів України у 2006–2009 рр., %*

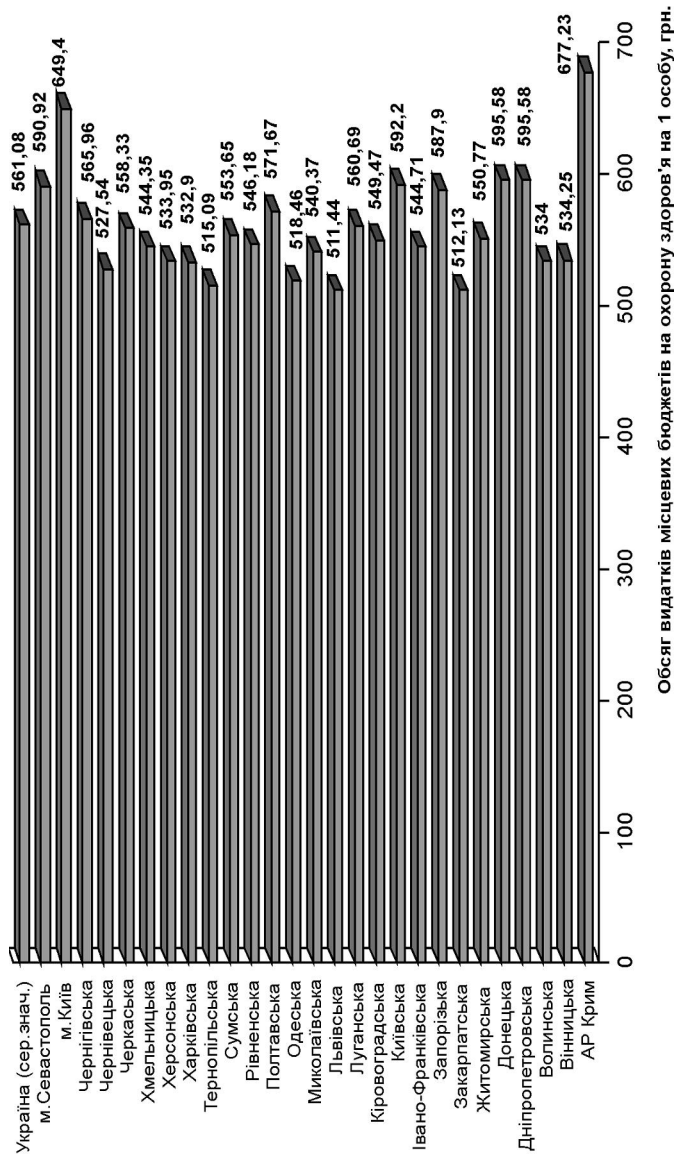
* Розраховано та побудовано на основі [126]

Що стосується фінансування галузі охорони здоров'я України за рахунок коштів державного бюджету, то упродовж 2006–2009 рр. спостерігалось щорічне невиконання плану фінансування зазначеної галузі на 7,3%, 2,3%, 7,6% та 6,34% відповідно.

Перевиконання плану бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я безумовно є позитивним явищем, однак, зважаючи на те, що у 2009 р. видатки бюджетів України на охорону здоров'я лише на 65,3% забезпечили мінімальну потребу галузі у фінансових ресурсах для надання якісної медичної допомоги (на 2009 р. потреба була визначена у розмірі 56 млрд. грн. [66]), є підстави припустити, що в процесі бюджетного планування реальну потребу галузі охорони здоров'я у фінансових ресурсах не було повністю враховано.

Не применшуючи позитиви від запровадження формульного підходу до розрахунку видатків місцевих бюджетів, метою якого було формування прозорого механізму планування видатків місцевих бюджетів та забезпечення однакового обсягу бюджетного фінансування суспільно необхідних потреб у розрахунку на душу населення у різних адміністративних територіях, не можемо не зупинитись на проблемах, через які важко організувати надання якісних медичних послуг. Найважливішою із них у сфері бюджетного планування видатків на охорону здоров'я, на наш погляд, є нерівномірність розподілу видатків місцевих бюджетів на фінансування закладів зазначеної галузі між регіонами (рис. 2.2).

Обсяг видатків на охорону здоров'я на одного жителя у Автономній Республіці Крим становить 677,23 грн., в м. Києві – 649,40 грн., у Дніпропетровській області – 595,58 грн., у Київській – 592,20 грн., а у Львівській області – тільки 511,44 грн., у Закарпатській – 512,13 грн., у Тернопільській – 515,09 грн. На нашу думку, така ситуація є результатом “ручного” управління бюджетними коштами та недосконалості методики формульного розрахунку видатків місцевих бюджетів, зокрема на охорону здоров'я (до недоліків можна, також, віднести і непрозорість, щорічні зміни порядку розрахунку окремих показників формули тощо).



Обсяг видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я на 1 особу, грн.

Рис. 2.2. Видатки місцевих бюджетів України на охорону здоров'я на одного жителя у розрізі адміністративно-територіальних одиниць у 2008 р., грн.*

*Складено на основі: [11]

Погоджуємось із думкою Н. Карпишин, яка зазначає, що:

– у формулі розрахунку обсягів витратків місцевих бюджетів на охорону здоров'я не передбачено коригувальних коефіцієнтів щодо диференціації рівня витрат місцевих бюджетів залежно від екологічної ситуації в регіоні;

– додаткові витатки на охорону здоров'я плануються лише для територій, що мають статус гірських населених пунктів, а для курортних зон, де в літній період значно зростає кількість населення за рахунок відпочиваючих, а, отже, зростає потреба у медичних послугах та збільшуються витрати на їх надання, цей аспект не враховано [67, с. 268 - 269].

Розгляд практики кошторисного планування у закладах охорони здоров'я дає змогу стверджувати, що воно здебільшого необ'єктивне і не має належного наукового підґрунтя, оскільки не розроблено нової системи норм та нормативів, яка б реально враховувала та відображала потребу в ліжковому фонді, а, отже, і фінансових ресурсах закладів охорони здоров'я. Прикладом може служити ситуація з реструктуризацією ліжкового фонду для дітей. Так, в умовах зростаючої захворюваності дітей за 2000–2007 рр. на 10,5% та поширеності хвороб – на 15,9% зменшено кількість лікарняних ліжок для дітей зі 59297 до 54828 (на 0,8%), дитячих санаторіїв та ліжок у них. Дані заходи здійснюють для підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, що виділяються на утримання закладів охорони здоров'я дітей, проте належно не обґрунтовані щодо доцільності такого скорочення, не підкріплені розвитком ланки ПМСД дітям і суттєво не поліпшують фінансовий стан медичних закладів. Ми розцінюємо це як негативну тенденцію, оскільки згадані заходи призводять до необ'єктивного формування штатів посад медичного персоналу (визначається на підставі кількості ліжок), погіршення якості медичних послуг, відсутності доступності та можливості забезпечення зростаючої потреби дітей у медичній допомозі. Погоджуємось із Т. Грузевою, яка вважає, що спроби реформування галузі охорони здоров'я шляхом скорочення ліжкового фонду і штатів медичних працівників окремих закладів охорони здоров'я первинного рівня здійснені без будь-яких організаційних змін і призвели лише до

порушення напрацьованих схем їх роботи. При цьому економічний ефект, очікуваний від здійснених заходів, зведений нанівець збільшенням навантаження на лікувальні заклади вторинного і третинного рівнів, лікування в яких коштує дорожче, ніж у закладах первинного рівня [23, с. 62]. Крім того, у регіонах із високою захворюваністю населення спостерігається надмірна інтенсивність роботи ліжок закладів охорони здоров'я.

Недосконалість діючих норм і нормативів та відсутність нових, що враховували б сучасні реалії, призводить до необґрунтованості планування видатків за основними кодами економічної класифікації видатків кошторису закладів охорони здоров'я.

Проаналізуємо порядок кошторисного планування видатків на оплату праці в закладах охорони здоров'я, оскільки в структурі видатків названих суб'єктів господарювання на фінансування даного КЕКВ кошторису разом із нарахуваннями на оплату праці припадає близько 65% коштів.

Базовим для розрахунку фонду оплати праці медичного закладу є типовий штатний розпис, який формується на підставі Наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 “Штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”. В основу розрахунку посад лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу покладено для лікарняних та санаторно-курортних закладів – показник кількості ліжок, для амбулаторно-поліклінічних закладів – кількість населення, яке прикріплене до поліклініки, для будинків дитини – кількість дітей, що в них перебувають.

Тобто, кількість посад лікарів у відділеннях лікарняних, санаторно-курортних закладів, будинків дитини визначається, виходячи із нормативу кількості ліжок на одного лікаря, кількість посад середнього і молодшого медичного персоналу – залежно від кількості ліжок за нормою і кількості посад на один черговий пост. Кількість посад середнього і молодшого медичного персоналу на один черговий пост розраховують шляхом ділення загальної кількості робочих годин на рік на річну норму робочого часу.

Кількість посад лікарів у амбулаторно-поліклінічних закладах визначається на основі нормативу кількості посад на відповідну чисельність прикріпленого населення, кількість посад середнього

і молодшого медичного персоналу – виходячи з нормативу чисельності посад на 1 лікарську посаду.

Наприклад, у дитячих лікарнях (обласних, міських) та дільничних лікарнях 1 посада лікаря-педіатра педіатричного відділення встановлюється на 20 ліжок; кількість цілодобових постів для розрахунку посад медичних сестер визначається за нормативом 20 ліжок (при трьохступеневій системі обслуговування) / 15 ліжок (при двохступеневій системі обслуговування) на 1 цілодобовий пост, для розрахунку посад молодших медичних сестер – 20 ліжок / 30 ліжок на 1 цілодобовий пост. У дитячих поліклініках та поліклінічних відділеннях дільничних лікарень встановлюються 1,25 посади лікаря-педіатра на 1000 дітей; посади дільничних медичних сестер – 1,5 посади на кожну посаду лікаря-педіатра; посади молодших медичних сестер лікарських кабінетів – 1 посада на кожні три посади лікарів-педіатрів дільничних [73].

Наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 “Штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” також визначено граничну штатну чисельність працівників цих закладів, а їх керівникам у разі виробничої потреби на-дано право змінювати штати окремих структур-них підрозділів у межах однієї категорії персоналу, не перевищуючи при цьому визначений у кошторисі фонд оплати праці. Отже, керівник закла-ду охорони здоров'я позбавлений права з власної ініціативи замінити, наприклад, непотрібну з погляду виробничої необхідності того чи іншого клінічного підрозділу посаду лікаря до-цільнішою посадою медичної сестри або ж, на-приклад, замінити посаду фактично зайнятої лише прибиранням приміщень молодшої ме-дичної сестри (санітарки) “дешевшою” з точки зору оплати праці та цілком підходящої для виконання такої роботи кваліфікації – посадою прибиральниці [99, с. 115].

Практика засвідчує, що зазначений порядок визначення штатів працівників закладів охорони здоров'я не враховує кількості пролікованих у стаціонарі пацієнтів чи пацієнтів, які відвідали поліклініку, тобто кількість фактично наданих медичних послуг, і призводить до неефективного витрачання фінансових ресурсів (керівники закладів зацікавлені у зростанні ліжкового фонду, оскільки це збільшує обсяг виділених із бюджету коштів на їх утримання) у даних закладах через простої ліжок, роздування штатів тощо.

Суттєвою проблемою галузі охорони здоров'я залишається низький рівень заробітної плати працівників медичних закладів. У 2009 р. середньомісячна номінальна заробітна плата в галузі охорони здоров'я становила 1307 грн. (що у 9,5 раза більше, ніж у 2000 р.), ще нижчою вона була у працівників закладів готельного і ресторанного бізнесу – 1267 грн., галузях сільського господарства – 1206 грн. та рибальства – 1028 грн. Окрім того, спостерігається негативна тенденція зниження рівня середньої заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я щодо відповідного показника в промисловості. Наприклад, якщо у 1995 р. різниця між середньою заробітною платою в охороні здоров'я і промисловості становила 14 грн., то у 2009 р. – вже 810 грн. (рис. 2.3.).

Середньо-місячний
рівень зарплати, грн

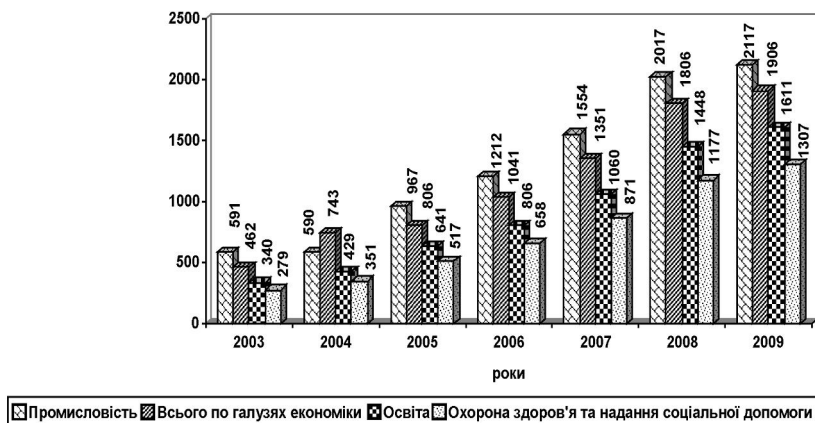


Рис. 2.3. Динаміка змін рівня оплати праці за видами економічної діяльності у 2003 – 2009 рр., грн.*

*Складено за офіційними даними Державного комітету статистики України [99]

Номінальна заробітна плата в охороні здоров'я зросла за 2000–2009 рр. у 9,5 раза. Вищим зазначений показник за цей період був у працівників закладів культури, спорту, відпочинку, розваг – 13,9 раза, авіаційного транспорту – 11,5 раза, сільського господарства, мисливства – 10,9 раза, освіти – 10,3 раза. Окрім

того, система заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я характеризується відсутністю оптимальних міжпосадових співвідношень. Наприклад, посадовий оклад лікаря-хірурга вищої кваліфікаційної категорії на 1.04.2010 р. встановлений на рівні 1372,14 грн., лікаря іншої спеціальності та провізора аптеки тієї ж категорії – 1287,09 грн., медичної сестри тієї ж категорії – 1031,94 грн., молодшої медичної сестри – 720,09 грн. [74].

Звичайно, така диференціація є несправедливою і, враховуючи рівень відповідальності й складність роботи, викликає невдоволення у висококваліфікованих фахівців. Не витримує порівняння і розмір заробітної плати працівників бюджетних та приватних закладів охорони здоров'я (в останніх гонорар медичного персоналу в кілька разів вищий).

Описані вище підходи до планування чисельності персоналу закладів охорони здоров'я та розміру витрат на їхню оплату праці не можна вважати раціональними, оскільки вони не сприяють підвищенню економічної ефективності роботи зазначених інституцій, встановленню контролю за витратами та не відображають реальні медичні потреби населення. Тому одним із пріоритетів реформування системи охорони здоров'я має стати впровадження нових форм оплати праці, що дали б змогу отримувати працівникам закладів охорони здоров'я легальний і адекватний затраченій праці заробіток.

Що стосується планування видатків за іншими КЕКВ кошторису вищезазначених закладів, то розрахунок обсягів асигнувань для їхнього фінансування базується на фактичних даних минулого року з незначними коригуваннями. Нормативний метод планування практично не використовується, оскільки через нестачу фінансових ресурсів визначені обсяги витрат (потреба) закладів охорони здоров'я на 100% не фінансуються.

Наприклад, видатки на продукти харчування в закладах охорони здоров'я дітей розраховують на основі вартості встановленого на одного хворого добового набору продуктів харчування, диференційованого за профілем відділень і віковими групами дітей та кількістю ліжко-днів. Проте фактично вони фінансуються із врахуванням фінансових можливостей відповідного бюджету та не відповідають реальній потребі закладів охорони здоров'я дітей.

Діючі нормативи, що регулюють ключові показники ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я, не враховують наукових і технологічних інновацій у медицині, що мало б бути відображено у відповідних змінах напрямків потоків ресурсів. Наприклад, методи ендоскопічної хірургії дали змогу здійснювати менш травматичні хірургічні втручання і відповідно скоротили період післяопераційної реабілітації. Проте це не відобразилось на нормативах, що пов'язують між собою кількість ліжок хірургічних, гінекологічних та інших оперативних відділень із кількістю штату, який працює в них.

На основі викладеного можна зробити висновок, що проблема розроблення науково-обґрунтованих норм і нормативів, які використовують у процесі планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, залишається актуальною на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я і потребує розв'язання.

Необхідною передумовою функціонування закладів охорони здоров'я є фінансове забезпечення їх діяльності, яке здійснюється у таких формах (рис. 2.4): бюджетного фінансування, некомерційного самофінансування, добровільного самофінансування, добровільного медичного страхування, благодійництва.



Рис. 2.4. Форми фінансового забезпечення державних та комунальних закладів охорони здоров'я

Н. Карпшин до основних форм фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, крім вищеперелічених, відносить кредитування [49, с. 67].

На наш погляд, кредитування є формою фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я приватної форми власності. Проте, для державних та комунальних медичних закладів (бюджетних установ) кредити не можуть бути джерелом формування фінансових ресурсів, оскільки згідно із статтею 21 Бюджетного кодексу України бюджетні установи не мають права здійснювати запозичення у будь-якій формі або надавати за рахунок бюджетних коштів позички юридичним та фізичним особам, крім випадків передбачених законом про Державний бюджет України.

Кошторисне фінансування є основною формою фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.

Програмно-цільовий метод фінансування передбачає визначення об'єктів, чіткої мети фінансування і необхідних ресурсів, сприяє уникненню нецільового використання бюджетних коштів, спрямований на результативне їх витрачання та передбачає персональну відповідальність керівників закладів охорони здоров'я за досягнення соціальних результатів бюджетних програм. Цінність зазначеного методу фінансування в тому, що він дозволяє підходити до реалізації програми комплексно; негативною особливістю є те, що фінансування за програмно-цільовим методом здійснюється за залишковим принципом. У сучасних умовах на основі програмно-цільового методу фінансуються лише видатки з державного бюджету, тому актуальною проблемою є його запровадження на місцевому рівні.

Фінансування за надані медичні послуги є найточнішим методом визначення витрат, здійснюється при добровільному медичному страхуванні та некомерційному самофінансуванні закладів охорони здоров'я як від передбачуваного (планованого), так і від фактичного обсягу наданих послуг і пов'язане з розрахунком цін (тарифів). Формування механізму ціноутворення на медичні послуги є однією з найважливіших проблем функціонування ринку медичних послуг в Україні, оскільки, з одного боку, вартісна оцінка медичної допомоги стала необхідною у зв'язку з переходом до нових форм господарювання, а з іншого – медичне страхування може бути впроваджене тільки за наявності показників вартості медичних послуг, що визначають величину страхових внесків. У той же час проблеми, пов'язані з ціноутворенням, далеко

не розв'язані й стосуються: відсутності єдиного методичного підходу до формування цін; розбіжності в питанні про те, який вид витрат має бути в основі визначення рівня цін (фактичні або такі, що забезпечують стандарти лікування хворих і т. д.), та яку одиницю обрати для виміру обсягу наданих медичних послуг. Спірним залишається питання про те, чи ціни повинні бути єдиними для однакових видів медичних послуг, чи їх слід диференціювати залежно від рівня надання, економічних умов функціонування медичного закладу, чи встановлювати для кожного закладу охорони здоров'я індивідуально. Недоліком методу оплати за надані медичні послуги є те, що в умовах інфляції доводиться часто переглядати ціни.

Одним із методів управління фінансами закладів охорони здоров'я є фінансовий контроль – це комплекс заходів, що вживають законодавчі та виконавчі органи влади всіх рівнів, а також спеціально створені установи для забезпечення законності й ефективності формування, володіння та використання фінансових ресурсів із метою захисту фінансових інтересів держави, місцевого самоврядування, суб'єктів господарювання та громадян, а також успішного досягнення намічених цілей у сфері фінансів [140, с.581]. Організація фінансового контролю передбачає вплив суб'єкта контролю на об'єкт (рис. 2.5).

Робота контролюючих органів у закладах охорони здоров'я зводиться переважно до контролю за цільовим використанням бюджетних коштів, їх збереженням, максимальним відшкодуванням збитків винними особами, мобілізацією до бюджету платежів й інших надходжень, що були приховані в обліку та звітності.

Проте чинний інститут фінансового контролю не може сповна запобігти розбазарюванню бюджетних коштів, зловживанням із фінансовими і матеріальними ресурсами у закладах охорони здоров'я, а, отже, потребує реформування. Підтвердженням цього є інформація щодо результатів діяльності органів ДКРС. Так, наприклад, за даними ДКРС у Тернопільській області протягом 2004–2009 рр. кількість виявлених фінансових порушень у медичних закладах у цій області збільшились в 2,09 рази. Негативною тенденцією є зменшення частки усунутих

фінансових порушень у загальній сумі виявлених порушень із 96,9% у 2005 р. до 89,2% у 2009 р.¹, що підтверджує зниження ефективності прийнятих управлінських рішень у напрямку реалізації результатів контрольних заходів.

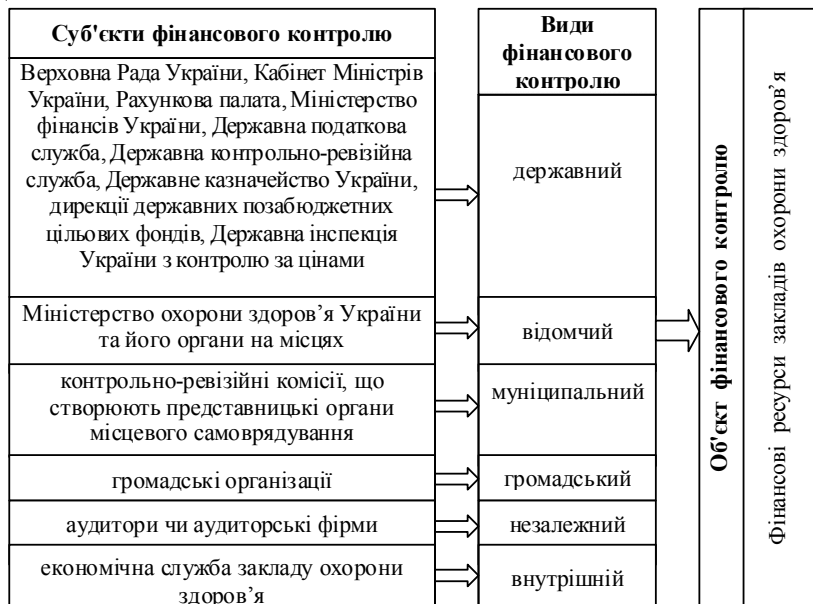


Рис. 2.5. Схема здійснення фінансового контролю у закладах охорони здоров'я *

* Побудовано на основі: [114, с. 51- 60; 140, с. 584 - 596]

Суттєвою проблемою залишається і правова неврегульованість контролю за ефективним використанням фінансових ресурсів, які надходять у розпорядження закладів охорони здоров'я. Так, у Бюджетному кодексі України хоч і порушується проблема контролю за ефективним витрачанням бюджетних коштів, відповідальність учасників бюджетного процесу за бюджетні правопорушення настає тільки у випадку нецільового використання

¹ Розраховано на підставі звітів відділу контролю у сфері охорони здоров'я та соціального захисту населення Контрольно-ревізійного управління у Тернопільській області за 2004 – 2009 роки.

бюджетних коштів, порушення розпорядниками бюджетних коштів вимог щодо прийняття ними бюджетних зобов'язань тощо.

При виконанні кошторисів закладів охорони здоров'я виникає потреба в оперативному управлінні фінансово господарською діяльністю даних закладів, метою якого є досягнення запланованих результатів та ліквідація недоліків, що можуть виникнути в процесі формування і використання фінансових ресурсів. Найбільшою компетенцією у питаннях оперативного управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я наділений головний лікар, оскільки він може у першу чергу виявити недоліки у фінансово-господарській діяльності та прийняти управлінські рішення щодо їх усунення. Однак, як доводить практика, керівники медичних закладів та їх заступники через низький рівень управлінської та фінансової автономії обмежені у правах самостійно приймати рішення щодо формування та використання фінансових ресурсів, зокрема через жорсткі постатейні обмеження кошторису вони не можуть оперувати коштами, що перебувають у їх розпорядженні. Така ситуація зумовлена тривалою централізацією управління вітчизняною системою охорони здоров'я із застосуванням адміністративних методів. Як правильно зазначають дослідники проблем організації охорони здоров'я, раніше вважалося, що для ефективного управління галуззю необхідне застосування лише авторитарного впливу керівника [76, с. 39], високої вимогливості до підлеглих, звичайного управління [94], інтуїції. Проте практика показує, що дотримання таких поглядів себе не виправдовує, і “зараз неможливо ефективно виконувати функції планування, організації, мотивації та контролю, опираючись на власний емпіричний досвід [76, с. 39]”.

Ще однією проблемою сучасної системи охорони здоров'я є відсутність сучасного кадрового потенціалу менеджерів, здатних еволюційно змінювати консервативні форми застарілої системи надання медичної допомоги, формувати структури та відносини в охороні здоров'я на основі економічних, ринкових закономірностей, забезпечити ефективне управління і регулювання ринків медичних послуг [7]. Дуже часто керівники закладів охорони здоров'я недосконало знають сучасні форми і методи менеджменту, в т. ч. фінансового, оскільки основною їх освітою є медична, і не можуть адаптуватися до ринкових умов господарювання. За даними

соціологічних досліджень, лише 50% керівників закладів охорони здоров'я готові до роботи в нових економічних умовах діяльності зазначених закладів. До того ж, готовність до такої роботи зменшується зі збільшенням віку і стажу роботи керівника та зростанням потужності медичного закладу [106, с. 63]. За цих умов актуальною є зміна якісних форм, методів і змісту управління фінансами закладів охорони здоров'я дітей, оскільки без цього неможливо буде побудувати адекватну сучасним запитам модель фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Для організації управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я необхідні:

- нормативно-правове забезпечення, яке представлено законами, підзаконними актами, нормами, інструкціями тощо;

- інформаційне забезпечення – сукупність різного роду інформації, необхідної для ефективного управління фінансовою діяльністю закладу. Якість управлінських рішень у сфері охорони здоров'я залежить від повноти інформації, що використовують у процесі їх прийняття – чим повніша і достовірніша інформація, тим глибша обґрунтованість і вища потенційна результативність управлінських рішень [45, с. 54]. Проте сучасна система управління закладами охорони здоров'я характеризується низьким рівнем інформаційного забезпечення, невідповідністю та поверховістю даних, на чому в своїх публікаціях акцентують увагу науковці [17, с. 66; 22, с. 81; 45, с. 53]. У зв'язку з цим нагальним є впровадження нової концепції інформаційного забезпечення охорони здоров'я, що враховувала б потреби в інформації всіх рівнів управління медичними закладами і стала підґрунтям для прийняття ефективних управлінських рішень щодо формування й використання їх фінансових ресурсів;

- організаційне забезпечення – система органів, які розробляють і приймають управлінські рішення у процесі формування й використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та відповідають за результати даних рішень;

- технічне забезпечення – сукупність устаткування, необхідного для ефективної роботи органів управління;

- програмне забезпечення – наявність відповідного пакета прикладних програм для роботи персональних комп'ютерів із метою розроблення та прийняття ефективних управлінських рішень у процесі

фінансової діяльності закладу охорони здоров'я, зокрема можливість застосування сучасних і перспективних методів ситуативного моделювання на основі комп'ютерних технологій і систем штучного інтелекту [7].

Викладене свідчить, що ефективність управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я залежить від вибору методів управління, які мають бути взаємопов'язані, узгоджені й спрямовані на оптимізацію формування і раціональне використання фінансових ресурсів зазначених інституцій із метою задоволення потреб населення у високоякісних та доступних медичних послугах.

2.2. Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

В умовах переходу галузі охорони здоров'я до багатоканальної моделі фінансового забезпечення актуальним є вирішення питання про порядок формування та структуру джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, оскільки від цього залежать можливість реалізації конституційного права людини на охорону здоров'я та фінансова стійкість обраної моделі фінансового забезпечення зазначеної галузі.

Згідно з нормативно-правовою базою покриття витрат, пов'язаних із наданням гарантованого обсягу медичної допомоги, передбачається за рахунок бюджетних коштів і коштів фондів обов'язкового медичного страхування. Фінансове забезпечення медичних послуг понад базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги здійснюється за рахунок коштів добровільного медичного страхування, благодійних внесків та інших джерел.

Сучасна модель фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я є бюджетною із залишковим принципом фінансування, який базується на показниках ресурсного забезпечення, не враховує кінцеві результати діяльності вищеназваних суб'єктів господарювання та не має механізмів залучення коштів, які б могли значно покращити їх фінансовий стан. Така ситуація викликана природою бюджетних медичних закладів, підставою для виділення коштів яким є факт їх існування, а не те, наскільки успішно вони підтримують або поліпшують стан здоров'я населення. Основні переваги та недоліки діючого кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я наведено на

рис 2.6. З даного рисунку бачимо, що, на жаль, недоліків діючого порядку фінансування як лікарняних, так і амбулаторно-поліклінічних закладів є більше, аніж переваг. Тому реформа системи охорони здоров'я повинна, на нашу думку, в першу чергу включати удосконалення порядку фінансування медичних установ, що в свою чергу дозволить покращити якість надання послуг у даній галузі в цілому.

	ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
Амбулаторно-поліклінічні заклади	<ul style="list-style-type: none"> - Витрати на надання медичної допомоги порівняно передбачувані через їх обмеженість; - За відсутності в охороні здоров'я тіньових відносин у медичного персоналу немає зацікавленості в наданні непотрібних пацієнтові медичних послуг; - Адміністративні витрати фінансуючої сторони мінімальні. 	<ul style="list-style-type: none"> - Виникає прагнення до нарощування ресурсних показників; - Відсутність економічної зацікавленості медичних працівників у: <ul style="list-style-type: none"> - поліпшенні здоров'я населення, яке обслуговують, а, отже, в ранньому виявленні захворювань та здійсненні профілактичних заходів; - підвищенні якості медичного обслуговування; - інтенсифікації діяльності, розширенні функцій первинної ланки; - раціональному використанні ресурсів – немає орієнтації на вибір найефективніших варіантів надання допомоги. - За наявності неформальних відносин із пацієнтами виникає зацікавленість медиків у наданні зайвих медичних послуг; неформальні договірні відносини з фарм-фірмами зацікавлюють лікарів у призначенні дорогих ліків. - Відсутність економічного взаємозв'язку між рівнями медичної допомоги, що призводить до перекладання на спеціалістів і стаціонар порівняно трудомістких випадків лікування захворювань, появи надмірних звертань пацієнтів до швидкої допомоги в зв'язку з їх несвочасним обслуговуванням удома.
Лікарняні заклади	<ul style="list-style-type: none"> - Витрати на надання медичної допомоги плануються і порівняно передбачувані у зв'язку з їх лімітуванням; - У медичного персоналу немає зацікавленості в наданні непотрібних пацієнтові медичних послуг; - Адміністративні витрати фінансуючої сторони мінімальні. 	<ul style="list-style-type: none"> - Виникає прагнення забезпечити завантаження ліжкового фонду незалежно від реальної потреби населення в стаціонарній допомозі; - Відсутність економічної зацікавленості медичних працівників у: <ul style="list-style-type: none"> - скороченні тривалості лікування у стаціонарі, використанні ресурсозберігаючих технологій; - підвищенні якості медичного обслуговування; - інтенсифікації діяльності, збільшенні кількості пролікованих хворих; - пошуку нових, альтернативних стаціонарним, форм надання медичної допомоги. - Підвищується ймовірність приписок; - Є "протилегне мотивування" витратити весь бюджет, оскільки нема змоги заощадити позитивний залишок на наступний бюджетний рік.

Рис. 2.6. Переваги та недоліки фінансування амбулаторнополіклінічних та лікарняних закладів на основі показників потужності *

* Складено на основі [60]

Перш ніж перейти до обґрунтування рекомендацій щодо удосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я, на наш погляд, доцільно проаналізувати діючу практику формування фінансових ресурсів закладів зазначеної галузі.

Так, упродовж 2004–2009 рр. обсяг видатків зведеного бюджету України на фінансування галузі охорони здоров'я зріс у 3 рази (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Динаміка видатків бюджетів України на охорону здоров'я у 2004–2009 рр. *

Роки	Обсяг видатків				
	Зведений бюджет, тис. грн.	Державний бюджет		Місцеві бюджети	
		всього, тис. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %	всього, тис. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %
2004	12159398,7	3447836,5	28,4	8711562,2	71,6
2005	15476470,3	3508078,8	22,7	11968391,5	77,3
2006	19737731,2	4099666,5	20,8	15638064,7	79,2
2007	26717561,3	6321020,1	23,7	20396541,2	76,3
2008	33559899,6	7365508,3	21,9	26194391,3	78,1
2009	36564906,3	7534954,7	20,6	29029951,6	79,4

* Розраховано та побудовано на основі [126]

Основним джерелом фінансових ресурсів зазначеної галузі залишалися кошти місцевих бюджетів, абсолютна величина яких щороку збільшувалася. Спостерігалася тенденція до зменшення частки коштів державного бюджету з 28,4% у 2004 р. до 20,6% у 2009 р. і зростання питомої ваги коштів місцевих бюджетів з 71,6% у 2004 р. до 79,4% у 2009 р. у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Упродовж 2004–2009 рр. як негативну тенденцію можна відмітити зменшення питомої ваги видатків на охорону здоров'я у загальному обсязі видатків зведеного бюджету України із 11,99% у 2004 р. до 11,89% у 2009 р. (рис. 2.7).

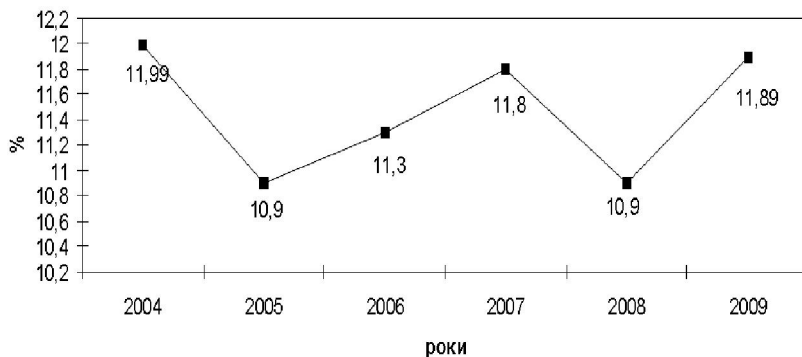


Рис. 2.7. Питома вага витратів на охорону здоров'я у загальному обсязі витратів зведеного бюджету України у 2004 – 2009 рр., % *

* Розраховано та побудовано на основі [126]

Така ситуація свідчить про зниження пріоритетності бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні і, на наш погляд, не є виправданою, оскільки в умовах зростаючої захворюваності та смертності українського населення зростає його потреба у високоякісній та доступній медичній допомозі.

Незважаючи на зростання обсягів витратів бюджетів на охорону здоров'я і у відсотках до ВВП (з 2,8% у 2004 р. до 4% у 2009 р.), дані показники залишаються в Україні майже у 2–3 рази нижчими порівняно з країнами-членами Європейського Союзу і не належать до числа соціальних пріоритетів держави, оскільки за рекомендаціями ВООЗ для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні витрати на охорону здоров'я повинні становити 7–10% від ВВП (у країнах Європейського регіону зазначений показник становить близько 7,7%, країнах-членах Європейського Союзу – 8,7%).

Це підтверджує, також, неможливість держави виконувати фінансові зобов'язання щодо забезпечення бюджетними коштами політики охорони здоров'я на рівні, "... не менше 10% національного

доходу [34]”. Незважаючи на це, Україна продовжує декларувати безкоштовну медицину.

Дослідження джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дає змогу констатувати, що важливе значення для організації і розвитку охорони здоров'я має її приватне фінансування. Співвідношення державних і приватних видатків на потреби даної галузі наведено на рис. 2.8.

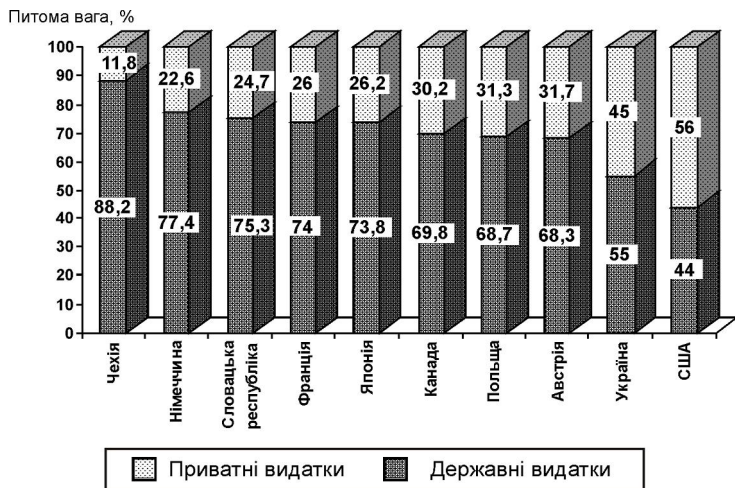


Рис. 2.8. Джерела фінансування охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах, %*

* Побудовано на основі: [2; 137]

Дані рис. 2.8 свідчать про те, що питома вага коштів фізичних і юридичних осіб (внески у лікарняні каси, на придбання полісів добровільного медичного страхування, оплата населення за надані медичні послуги, придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення) у структурі джерел фінансування національної системи охорони здоров'я становить 45%. Зазначений показник в Україні вищий, ніж у європейських країнах, Японії, Канаді та починає наближатися до аналогічного показника в США – країні із приватною (платною) моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Наведені статистичні дані дають підставу припустити, що в Україні де-юре бюджетна модель організації та фінансування охорони здоров'я, яка дісталася нашій державі у спадок від існуючої в СРСР моделі Семашко, де-факто трансформується в систему, яка поєднує суспільні та приватні джерела фінансування.

Для зняття навантаження з бюджетів різних рівнів і поліпшення фінансування закладів охорони здоров'я залучалися їхні власні надходження, обсяги яких у 2008 р. становили 2947,5 тис. грн., що на 19,7% більше за обсяги 2007 р (рис. 2.9).

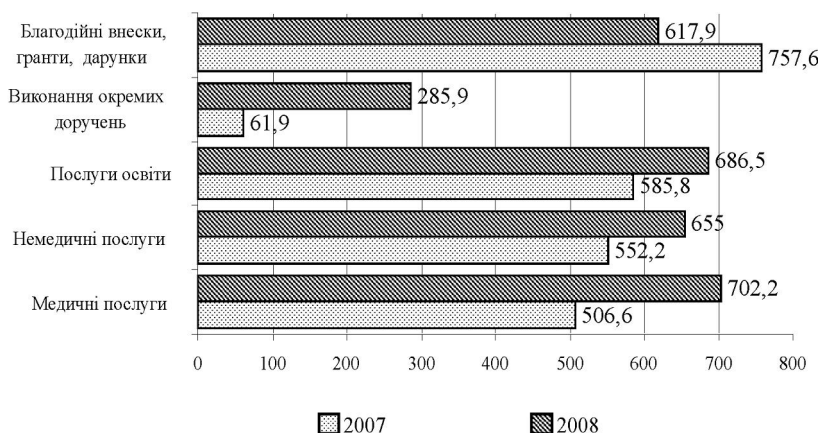


Рис. 2.9. Динаміка власних надходжень закладів охорони здоров'я у 2007–2008 рр., тис. грн. [138, с.47]

У розрахунку на одного жителя власні надходження порівнювали 36,34 грн (у 2007 р. – 29,44 грн., у 2006 р. – 24,13 грн., у 2004 р. – 18,50 грн.). У загальній сумі витрат місцевих бюджетів питома вага власних надходжень у 2008 р. становила майже 13% проти 7,5% у 2007 р. Найбільше коштів залучено у м. Києві (59,68 грн. у розрахунку на одного жителя), АР Крим (65,36 грн.), Волинській області (45,69 грн.), найменше – у Львівській (20,47 грн.) і Тернопільській областях (24,45 грн. у розрахунку на одного жителя) [138, с. 45].

Отже, у 2008 р. обсяги власних надходжень від надання платних медичних послуг зросли порівняно із 2007 р. – на 38,6%,

немедичних послуг – 18,6%, освітніх послуг – 17,2%, зменшилися обсяги залучених коштів, отриманих за рахунок благодійних внесків, грантів, дарунків – на 18,4%.

Практику ширшого залучення додаткових фінансових ресурсів за рахунок надання різних видів платних послуг гальмує недосконалість законодавства. Зокрема, неврегульовано порядок надання платних послуг, відсутня єдина методика розрахунку вартості медичних послуг, невеликий перелік послуг, що можуть надавати саме заклади охорони здоров'я дітей, у зв'язку з чим медичні інституції практично позбавлені можливості збільшувати власні надходження.

Інститут медичного страхування в Україні тільки починає розвиватися й функціонує у вигляді добровільного медичного страхування та лікарняних кас. Страхові компанії пропонують такі види добровільного медичного страхування як страхування здоров'я на випадок хвороби і безперервне страхування здоров'я. Базові програми медичного страхування охоплюють: амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, стоматологічні послуги, стаціонарне лікування, медичне обслуговування вдома, швидку та невідкладну медичну допомогу. Страхова сума при страхуванні здоров'я на випадок хвороби коливається від 1,5 до 15 тис. дол. США (страхові внески становлять 0,5–5% від цієї суми); при безперервному страхуванні здоров'я – 7 20 тис. дол. США (страхові внески 0,5–0,8% зазначеної суми). За бажанням страхувальника, крім базових програм до страхового полісу можуть належати додаткові страхові програми (вакцинація дітей, медична допомога при поїздках територією України чи за її межами на відпочинок та інші) [133]. Особливість ДМС дітей у тому, що за них платять страхові внески страхувальники – або це батьки (якщо договір страхування укладено з фізичною особою), або страхувальники їх батьків (якщо юридична особа-працедавець застрахувала працівників).

Як підтверджує практика, добровільне медичне страхування в Україні повноцінно не розвивається, оскільки для більшості страхових компаній не забезпечує значного прибутку через високі страхові виплати. Крім того, через низький рівень купівельної

спроможності населення воно доступне лише для багатих людей або суб'єктів господарювання, які включають медичне страхування у "соціальний" пакет для своїх працівників. У 2008 р. в Україні уклали договори добровільного медичного страхування з лікувально-профілактичними закладами понад 100 страхових компаній.

Обсяги коштів, одержаних закладами охорони здоров'я від страхових організацій за медичну допомогу, надану застрахованим за добровільним медичним страхуванням, становили 34 ,2 млн. грн. (у 2007 р. – 46,3 млн. грн., або із зростанням на 2,1 млн. грн.).

У 2008 р. звернулись за медичною допомогою до медичних закладів майже 300 тис. осіб, застрахованих за добровільним медичним страхуванням (у 2007 р. – 371,5 тис. осіб). Витрати коштів, пов'язані із наданням медичної допомоги, у розрахунок на одного застрахованого у середньому по Україні у 2008 р. склали 114 грн. (у 2007 р. – 124 грн., у 2006 р. – 108 грн., у 2005 р. – 65 грн.) [138, с. 48].

В Україні також поширеною є негативна тенденція, коли страховики під виглядом медичного страхування намагаються легалізувати надання закладами охорони здоров'я неофіційних "платних медичних послуг" пацієнтам.

Одним із вагомих додаткових джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я протягом останніх років стали кошти лікарняних кас, які використовують на поліпшення медикаментозного забезпечення їхніх учасників. Це свого роду громадські добровільні нагромаджувальні фонди, які створюються з ініціативи громадян та лікарів-активістів. У сучасних умовах спостерігається позитивна динаміка розвитку лікарняних кас, загальна кількість членів яких у 2008 р. становила близько 779,3 тис. осіб, що на 20,8 тис. менше порівняно із 2007 р. За їх рахунок на потреби закладів охорони здоров'я у 2008 р. надійшло понад 59,7 млн. грн. Якщо аналізувати за регіонами, то найбільше коштів до лікарняних кас надійшло у Житомирській (18,6 млн. грн.), Миколаївській (6,5 млн. грн.) та Чернігівській (6,6 млн. грн.) областях.

У 2008 р. медикаменти отримали 459,8 тис. осіб, або 59,0% від загальної кількості членів лікарняних кас, у т.ч. в розрахунок на одного члена лікарняної каси, який потребував такого лікування, – 105,8 грн. (у 2006 р. – 77,9 грн., у 2007 р. – 91,2 грн.) [138, с. 47].

Існують різні точки зору щодо доцільності діяльності таких інституцій. Противники створення лікарняних кас вважають, що цей процес законодавчо не врегульований та неконтрольований з боку держави, що стає причиною зловживань, фінансових порушень і тому не може бути ефективним. На наш погляд, поки в Україні не буде впроваджено обов'язкове медичне страхування як доповнення до бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, доцільно залучати кошти лікарняних кас, що можна формувати за рахунок внесків населення та роботодавців. Як підтверджує вітчизняний і зарубіжний досвід, діяльність зазначених інституцій сприятиме ефективному використанню фінансових ресурсів, оскільки до контролю залучаються члени лікарняних кас, що підвищує його результативність та забезпечує цільове спрямування наявних коштів.

2.3. Особливості формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей

Одна з найгостріших соціальних проблем у сучасній Україні – це незадовільний стан здоров'я дітей, що характеризується підвищенням рівня їхньої захворюваності, інвалідності і смертності немовлят. З огляду на це, розроблення та реалізація заходів щодо поліпшення здоров'я дитячого населення, від якого залежить формування трудового та інтелектуального потенціалу нашої країни, визнані пріоритетним напрямом державної політики охорони здоров'я.

Визначальним чинником забезпечення дітей доступними та високоякісними медичними послугами і запорукою належного функціонування закладів охорони здоров'я є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Проте,

незважаючи на зростання обсягів фінансування охорони здоров'я, ситуація в галузі суттєво не покращується, а законодавчо задекларована безоплатна медична допомога замінюється платною. Наслідком цього є обмеження доступу дітей до медичних послуг, неповна реалізація їхнього права на охорону здоров'я.

Викладене вище актуалізує дослідження теоретичних засад і практики формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей.

Розглянемо особливості формування фінансових ресурсів цих закладів на прикладі Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей. Основним джерелом фінансового забезпечення зазначених інституцій є кошти місцевих бюджетів, що свідчить про перенесення акцентів у фінансуванні охорони здоров'я дітей саме на регіональний рівень. За рахунок коштів державного бюджету в Тернопільській, Вінницькій та Хмельницькій областях фінансуються централізовані заходи, до яких належать:

- заходи щодо забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я дітей медикаментами, медичним обладнанням, які мають вирішальне або першочергове значення у розв'язанні проблем профілактики та лікування окремих видів захворювань;

- зміцнення їхньої матеріально-технічної бази;

- заходи, що здійснюються в рамках цільових програм.

Аналіз даних, наведених у табл. 2.4., засвідчує позитивну тенденцію зростання обсягів фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей протягом 2001–2007 рр. Проте, незважаючи на зростаючий рівень захворюваності дитячого населення (рис. Е.1 та Е.2 додатку Е), і, відповідно, збільшення їхньої потреби у медичних послугах, фінансування закладів охорони здоров'я дітей не є пріоритетним напрямом витрачання бюджетних коштів, оскільки частка видатків на утримання згаданих медичних інституцій у загальному обсязі видатків зведених бюджетів областей є незначною і впродовж 2001–2007 рр. становила у середньому в Тернопільській та Вінницькій областях – 10%, у Хмельницькій обл. – 7%.

Таблиця 2.4

**Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей зі
зведених бюджетів Тернопільської, Вінницької та
Хмельницької областей у 2001–2007 рр. ***

Роки	Тернопільська область			Вінницька область			Хмельницька область		
	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %
2001	94632,3	9413,9	9,95	81423,5	10569,3	13,00	153863,4	10862,8	7,06
2002	113957,3	11073,2	9,72	93773,5	13182,2	14,10	176730,6	12512,5	7,08
2003	149945,9	15262,5	10,18	225500,0	32104,1	14,2	198421,6	13968,9	7,04
2004	181971,2	18539,4	10,19	263200,0	20692,1	7,90	236776,0	16622,6	7,02
2005	254048,6	24224,8	9,54	399265,0	27001,8	6,80	320468,0	22880,1	7,14
2006	320401,0	31201,2	9,74	542887,7	38612,0	7,10	429733,0	31315,4	7,29
2007	430512,5	44520,2	10,34	686452,9	49482,6	7,21	549796,2	37376,1	6,80

*Складено на основі фінансових звітів Головних фінансових управлінь Вінницької, Тернопільської, Хмельницької обласних державних адміністрацій за 2001–2007 роки, фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки та джерела [39].

Найвищий темп приросту фінансових ресурсів у 2001–2007 рр. зафіксований у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – його середнє значення становило 29,56 %. Децто нижчим він був у закладах Вінницької обл. – 29,34 % і найнижчим – у закладах Хмельницької обл. – 22,9 %. Згадані суб'єкти господарювання утримуються здебільшого за рахунок надходжень із обласного бюджету.

Протягом 2001–2007 рр. надходження із обласного бюджету закладам охорони здоров'я дітей зросли у Тернопільській обл. – у 5,2 раза, Вінницькій обл. – 4,7 раза, Хмельницькій обл. – 3,8 раза (табл. 2.5).

Таблиця 2.5
Фінансування закладів охорони здоров'я дітей у розрізі місцевих бюджетів Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр.*

Роки	Тернопільська область				Вінницька область				Хмельницька область			
	Видатки з обласного бюджету, тис. грн.	Частка видатків із обласного бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, тис. грн.	Видатки з міського бюджету, тис. грн.	Частка видатків із міського бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з обласного бюджету, тис. грн.	Частка видатків із обласного бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з міського бюджету, тис. грн.	Частка видатків із міського бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з обласного бюджету, тис. грн.	Частка видатків із обласного бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з міського бюджету, тис. грн.	Частка видатків із міського бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %
2001	6315,4	67,09	3098,5	32,91	7727,1	73,11	2842,26	26,89	5196,1	47,83	5666,7	52,17
2002	7497,1	67,70	3576,1	32,30	9598,0	72,81	3584,23	27,19	6137,9	49,05	6374,6	50,95
2003	10180,9	66,71	5081,6	33,29	27221,4	84,79	4882,68	15,21	6779,5	48,53	7189,4	51,47
2004	12929,9	69,74	5609,5	30,26	15516,8	74,99	5175,22	25,01	8209,5	49,39	8413,2	50,61
2005	16137,4	66,62	8087,3	33,38	19977,4	73,99	7024,41	26,01	11976,4	52,34	10903,7	47,66
2006	22292,6	71,45	8908,7	28,55	28367,2	73,47	10244,83	26,53	16040,1	51,22	15275,3	48,78
2007	32800,4	73,68	11719,8	26,32	36147,6	73,05	13335,01	26,95	19496,8	52,16	17879,3	47,84

* Розраховано на основі річних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Дещо повільнішими темпами зростали також видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей і з міського бюджету: надходження з бюджету міста Тернополя збільшились у 3,8 раза, бюджету міста Вінниці – 4,7 раза, бюджету міста Хмельницького – 3,2 раза.

Порівнюючи темпи приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей (рис. 2.10), можна відзначити щорічне підвищення згаданого показника у медичних інституціях усіх областей (за винятком закладів Вінницької обл. – від'ємний приріст фінансових ресурсів –36,5 % у 2003 р.).

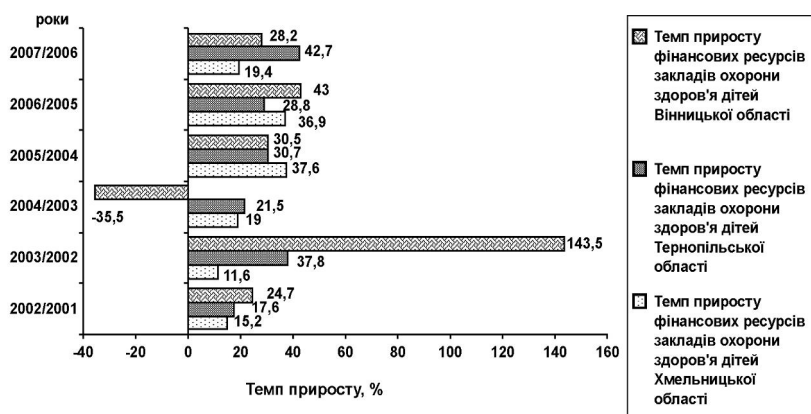


Рис. 2.10. Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., % *

*Розраховано на основі річних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки.

Спостерігається позитивна тенденція до зростання частки видатків із обласного бюджету в загальному обсязі видатків на заклади охорони здоров'я дітей із зведеного бюджету Тернопільської обл. на 6,59%, Хмельницької обл. – на 4,33% та негативна тенденція до зменшення – із зведеного бюджету Вінницької обл. – на 0,06%. Питома вага надходжень із міського бюджету на фінансування згаданих закладів у 2007 р. зростає на

0,06% порівняно із 2001 р. у Вінницькій обл. і становила 26,95% та знизилася у Тернопільській обл. – на 6,59%, Хмельницькій обл. – 4,33% і становила відповідно 26,32% і 47,84%.

Аналіз даних щодо обсягів фінансування закладів охорони здоров'я дітей у розрізі загального і спеціального фондів місцевих бюджетів, наведених у табл. 2.6, дає змогу констатувати:

– видатки на заклади охорони здоров'я дітей із загального фонду місцевих бюджетів протягом 2001–2007 рр. збільшились у Тернопільській обл. в 4,3 рази, Вінницькій обл. – 5,01 рази, Хмельницькій обл. – 3,5 рази. Питома вага коштів зазначеного фонду в загальній сумі видатків із зведеного бюджету Вінницької обл. зросла з 87,8% у 2001 р. до 94,5% у 2007 р., Хмельницької обл. – зросла з 95,6% у 2001 р. до 96,8% у 2007 р., Тернопільської обл. – знизилася на 8,8% порівняно із 2001 р. і у 2007 р. становила 88,5%.

– обсяг коштів спеціального фонду місцевих бюджетів, за рахунок яких формували фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей, упродовж 2001–2007 рр. у Тернопільській обл. зріс у 20,1 рази, Вінницькій обл. – 2,09 рази, Хмельницькій області – 2,5 рази. Оскільки частка коштів зазначеного фонду в загальній сумі видатків із зведеного бюджету кожної області залишалася порівняно низькою (у 2007 р. у Тернопільської обл. – 11,5%, Вінницької обл. – 5,5%, Хмельницької обл. – 3,2%), власні надходження закладів охорони здоров'я дітей суттєвої ролі у формуванні їх фінансових ресурсів не відіграють.

У Тернопільській обл. план фінансування закладів охорони здоров'я дітей перевиконали: у 2002 р. – на 1%, 2003 р. – 6,5%, 2004 р. – 1%, 2007р. – 11%; у Вінницькій обл. – у 2001 р. – на 7,7%, 2006 р. – 0,03%, 2007 р. – 11,7%; у Хмельницькій обл. – у 2001 р. – на 8,2%, 2002 р. – 2,8%, 2003 р. – 2,4%.

Перевиконання планових показників відбулось переважно за рахунок незапланованих надходжень спеціального фонду. У середньому рівень виконання плану щодо фінансування закладів охорони здоров'я дітей за рахунок коштів місцевих бюджетів становив: у Тернопільській обл. – 102,4% (по загальному фонду – 99,7%), Вінницькій обл. – 101,6% (100,7%) та Хмельницькій обл. – 100,7% (101,5%).

Таблиця 2.6

Динаміка фінансування закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у розрізі загального і спеціального фондів місцевих бюджетів у 2001–2007 рр.*

Роки	Загальний фонд				Спеціальний фонд				Разом				
	План	Факт	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду у видатках, %	План	Факт	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду у загальній сумі видатків, %	План	Факт	% виконання
2001	9317,8	9159,0	98,3	-	97,3	122,1	254,8	208,7	-	2,7	9439,9	9413,9	99,7
2002	10585,7	10429,9	98,5	+13,9	94,2	378,6	169,9	+152,4	-	5,8	10964,3	11073,2	101,0
2003	13506,0	13849,1	102,5	+32,8	90,7	830,4	1413,4	170,2	+119,7	9,3	14336,4	15262,5	106,5
2004	16419,0	16600,8	101,1	+19,9	89,5	1931,6	1938,6	100,4	+37,2	10,5	18350,5	18539,4	101,0
2005	22850,7	22555,7	98,7	+35,9	93,1	1726,7	1669,0	96,7	-13,9	6,9	24577,4	24224,8	98,6
2006	30279,8	29955,0	98,9	+32,8	96,0	1317,7	1246,2	94,6	-25,3	4,0	31597,5	31201,2	98,7
2007	39396,3	39389,4	99,98	+36,2	88,5	697,0	5130,8	736,1	+113,8	11,5	40093,3	44520,2	111,0
Видатки в жовтеному бюджеті Тернопільської області, тис. грн.													
2001	9587,2	9276,8	96,8	-	87,8	227,6	1292,6	567,9	-	12,2	9814,8	10569,4	107,7
2002	11856,5	11730,2	98,9	26,4	89,0	1430,7	1452,1	101,5	12,3	11,0	13287,2	13182,3	99,2
2003	15319,4	15250,4	99,5	30,0	47,5	1689,8	16853,8	99,7	1060,7	52,5	32216,2	32104,2	99,7
2004	19362,4	19320,6	99,8	26,7	93,4	2137,6	1371,5	64,2	-91,9	6,6	21500,0	20692,1	96,2
2005	26264,2	25480,5	97,0	31,9	94,4	1664,2	1521,2	91,4	10,9	5,6	27928,4	27001,7	96,7
2006	37080,3	37043,6	99,9	45,4	95,9	1520,7	1568,4	103,1	3,1	4,1	38601,0	38612,0	100,03
2007	41499,4	46776,2	112,7	26,3	94,5	1801,1	2706,4	96,6	72,6	5,5	44300,5	49482,6	111,7
Видатки в жовтеному бюджеті Хмельницької області, тис. грн.													
2001	9517,6	10389,9	109,2	-	95,6	522,1	472,9	90,6	-	4,4	10039,7	10862,8	108,2
2002	11593,7	11970,6	103,3	+15,2	95,7	578,6	541,9	93,7	+14,6	4,3	12172,3	12512,5	102,8
2003	13006,0	13334,2	102,5	+11,4	95,5	630,4	634,7	100,7	+17,1	4,5	13636,4	13968,9	102,4
2004	15487,8	15310,5	98,9	20,4	92,1	1668	1312,1	78,7	+106,7	7,9	17155,8	16622,6	96,9
2005	22128,1	21515,5	97,2	+40,5	94,0	1454,5	1364,6	93,8	+4,0	6,0	23582,6	22880,1	97,0
2006	29035,6	28915,2	99,6	+34,4	92,3	2982,5	2400,2	80,5	+75,9	7,7	32018,2	31315,4	97,8
2007	36244,4	36187,6	99,8	+25,2	96,8	1251,1	1188,5	95,0	-50,5	3,2	37495,5	37376,1	99,7

* Розраховано на основі річних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей у 2001-2007 роках

Оскільки в сучасних умовах зазначених суб'єктів господарювання фінансують у середньому на 70 відсотків від потреби у фінансових ресурсах, така ситуація ще більше погіршує фінансовий стан медичних закладів.

Аналіз структури власних надходжень закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. (табл. 2.7) свідчить про щорічне зростання абсолютного розміру та часток надходжень від надання платних медичних послуг (із 0,4% у 2001 р. до 6,4% у 2007 р.) та орендної плати (від 4% до 4,7%). Вагоме значення для формування фінансових ресурсів медичних закладів мали надходження від благодійної діяльності – у 2007 р. їх надійшло 3947,3 тис. грн. (76,9%), що на 3934,1 тис. грн. (71,7%) більше, ніж у 2001 р. Незважаючи на зростання абсолютного розміру коштів, отриманих закладами охорони здоров'я дітей для виконання окремих конкретних доручень та надходжень від господарської діяльності, їх частка у загальному обсязі власних надходжень у звітному році зменшились до 9,4% та 2,5% відповідно.

Зростали власні надходження закладів охорони здоров'я дітей і Вінницької обл.: з 1292,6 тис. грн. у 2001 р. до 2706,4 тис. грн. у 2007 р. Найбільшу питому вагу в структурі власних надходжень у 2007 р. займали благодійні внески – 74,4%. У 2007 р. їх надійшло на суму 2013,1 тис. грн., що на 1725,0 тис. грн. більше, ніж у 2001 р. Частка орендної плати має тенденцію до зниження на протигагу надходженням від надання платних медичних послуг, сум за дорученнями, надходженням від господарської діяльності та реалізації майна, питома вага яких у 2007 р. зросла до 3,4%, 14,7%, 1,5% та 2,4%.

Упродовж 2001–2006 рр. спостерігалася позитивна тенденція зростання власних надходжень закладів охорони здоров'я дітей Хмельницької обл.: із 472,9 тис. грн. у 2001 р. до 2400,2 тис. грн. у 2006 р., проте у 2007 р. вони зменшилися на 1211,6 тис. грн. У структурі коштів спеціального фонду згаданих закладів у 2007 р. кошти, отримані для виконання окремих конкретних доручень, займали 30,6%, благодійні внески – 46,5%. Значно меншою залишалася частка орендної плати – 22,4% та взагалі незначною – частка надходжень від господарської діяльності – 0,4%. Таких джерел фінансових ресурсів, як надходження від платних медичних послуг та реалізації майна, у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької області нема взагалі.

Таблиця 2.7
Власні надходження закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

Роки	Плата за медичні послуги		Надходження від господарської діяльності		Оренда платі		Надходження від реалізації майна		Благодійні внески		Суми за дорученнями		Разом власні надходження, тис. грн.
	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області													
2001	1,0	0,4	19,8	7,8	10,3	4,0	12,0	4,7	13,2	5,2	198,5	77,9	254,8
2002	30,0	4,7	33,3	5,2	32,2	5,0	115,0	17,9	413,2	64,2	19,6	3,0	643,3
2003	30,0	2,1	43,9	3,1	56,6	4,0	20,0	1,4	449,8	31,8	813,1	57,5	1413,4
2004	180,0	9,3	42,5	2,2	104,1	5,4	105,1	5,4	1130,7	58,3	376,2	19,4	1938,6
2005	180,0	10,8	49,6	3,0	141,8	8,5	408,4	24,5	50,0	3,0	839,2	50,3	1669,0
2006	194,8	15,6	170,4	13,7	175,3	14,1	125,6	10,1	327,1	26,2	253,1	20,3	1246,2
2007	329,5	6,4	129,1	2,5	243,4	4,7	-	-	3947,3	76,9	481,6	9,4	5130,9
2001	+328,5	+6,0	+109,3	-5,3	+233,1	+0,7	-12,0	-4,71	+3934,1	+71,8	+283,1	-68,5	+4876,1
2002	+299,5	+1,8	+95,8	-2,7	+211,2	-0,3	-115,0	-1,79	+3534,1	+12,7	+462,0	+6,3	+4487,6
2003	+299,5	+4,3	+85,2	-0,6	+186,8	0,7	-20,0	-1,42	+3497,5	+45,1	-331,5	-48,1	+3717,5
2004	+149,5	-2,9	+86,6	+0,3	+139,3	-0,6	-105,1	-5,42	+2816,6	+18,6	+105,4	-10,0	+3192,3
2005	+149,5	-4,4	+79,5	-0,5	+101,6	-3,8	-408,4	-2,45	+3897,3	+73,9	-357,6	-40,9	+3461,9
2006	+134,7	-9,2	-41,3	-11,2	+68,1	-9,3	-125,6	-10,1	+3620,2	+50,7	+228,5	-10,9	+3884,6
Заклади охорони здоров'я дітей Вінницької області													
2001	31,3	2,4	16,0	1,2	794,3	61,4	-	-	288,1	22,3	162,9	12,6	1292,6
2002	747,5	51,5	19,3	1,3	4,3	0,3	11,8	0,8	523,8	36,1	145,4	10,0	1452,1
2003	69,4	0,4	35,5	0,2	15,9	0,1	0,8	0,005	1541	9,1	15191,1	90,1	16853,8

Продовження табл. 2.7

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	2004	58,6	4,3	18,5	1,4	37,6	2,7	1,0	0,1	1244,8	90,8	10,9	0,8	1371,5
	2005	70,5	4,6	12,0	0,8	61,4	4,0	2,4	0,2	1199,4	78,8	175,4	11,5	1521,2
	2006	74,2	4,7	14,8	0,9	38,3	2,4	0,5	0,03	1314,4	83,8	126,2	8,0	1568,4
	2007	92,2	3,4	39,5	1,5	99,1	3,7	64,3	2,4	2013,1	74,4	398,2	14,7	2706,4
Відхилення 2007 р. до	2001	+60,9	+1,0	+23,5	+0,2	-695,2	-57,8	+64,3	+2,4	+1725,0	+52,1	+235,3	+2,1	+1413,9
	2002	-655,3	-48,1	+20,2	+0,1	+94,8	+3,4	+52,5	+1,6	+1489,3	+38,3	+252,8	+4,7	+1254,4
	2003	+22,8	+3,0	+4,0	+1,2	+83,2	+3,6	+63,5	+2,4	+472,1	+65,2	-	-75,4	-14147,3
	2004	+33,6	-0,9	+21,0	+0,1	+61,5	+0,9	+63,3	+2,3	+768,3	-16,4	+387,3	+13,9	+1335,0
	2005	+21,7	-1,2	+27,4	+0,7	+37,7	+0,4	+61,9	+2,2	+813,7	-4,5	+222,8	+3,2	+1185,2
	2006	+18,0	-1,3	+24,7	+0,5	+60,8	+1,2	+63,8	+2,3	+698,7	-9,4	+272,0	+6,7	+1138,0
Заклади охорони здоров'я дітей Хмельницької області														
	2001	-	-	2,3	0,5	58,0	12,3	-	-	172,6	36,5	240,0	50,8	472,9
	2002	-	-	2,9	0,5	75,5	13,9	-	-	215,9	39,8	247,6	45,7	541,9
	2003	-	-	3,0	0,5	100,0	15,8	-	-	278,1	43,8	253,6	40,0	634,7
	2004	-	-	3,8	0,3	111,5	8,5	-	-	736,3	56,1	460,5	35,1	1312,1
	2005	-	-	9,5	0,7	167,5	12,3	-	-	768,8	56,3	418,8	30,7	1364,6
	2006	-	-	8,6	0,4	197,4	8,2	-	-	1032,8	43,0	1161,4	48,4	2400,2
	2007	-	-	5,2	0,4	266,7	22,4	-	-	552,6	46,5	364,1	30,6	1188,6
Відхилення 2007 р. до	2001	-	-	+2,9	-	+208,7	+10,2	-	-	+380,0	+10,0	+124,1	-20,1	+715,7
	2002	-	-	+2,3	-0,1	+191,2	+8,5	-	-	+336,7	+6,7	+116,5	-15,1	+646,7
	2003	-	-	+2,2	-	+166,7	+6,7	-	-	+274,5	+2,7	+110,5	-9,3	+553,9
	2004	-	-	+1,4	+0,1	+155,2	+13,9	-	-	-183,7	-9,6	-96,4	-4,5	-123,5
	2005	-	-	-4,3	-0,3	+99,2	+10,2	-	-	-216,2	-9,8	-54,7	-0,1	-176,0
	2006	-	-	-3,4	+0,1	+69,3	+14,2	-	-	-480,2	+3,5	-797,3	-17,8	-1211,6

* Розраховано на основі річних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей у 2001 – 2007 роках

Незначна частка власних надходжень у структурі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей (табл. 2.8) свідчить про майже повну залежність фінансового потенціалу зазначених інституцій від бюджетних коштів та про низький рівень залучення ними фінансових ресурсів за рахунок інших джерел. Найбільшу питому вагу в структурі джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей протягом 2001–2007 рр. займали бюджетні кошти, частка яких коливається від 87,77 до 97,29% (за винятком закладів Вінницької обл. – 47,5% (2003 р.)). Питома вага інших джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей є незначною і у 2007 р. становила: благодійні внески, гранти та дарунки – 1,48–8,87%; кошти, отримані для виконання окремих конкретних доручень – 0,33–1,08%; плата за медичні послуги – 0,19–0,74%; плата за оренду майна – 0,1–0,71%; надходження від господарської діяльності – 0,01–0,29%; кошти від реалізації майна – не більше 0,4%. Як досить рідкісне явище у практиці формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької обл., в 2003 р. відзначена висока частка коштів, отриманих для виконання окремих доручень.

Детальніше проаналізуємо стан фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей за даними додатку Ж.

Із зведеного бюджету Тернопільської обл. фінансуються 8 закладів охорони здоров'я дітей із ліжковим фондом 1105 ліжок, Вінницької обл. – 13 закладів із ліжковим фондом 1140 ліжок та Хмельницької обл. – 8 закладів із ліжковим фондом 1035 ліжок.

Надходження фінансових ресурсів зазначених суб'єктів господарювання щорічно збільшуються. За 2001–2007 рр. обсяг фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької обл. зріс на 38913,3 тис. грн. (4,7 раза). Зокрема, фінансування Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні збільшилось на 14766 тис. грн. або 4,4 раза, Тульчинського обласного будинку дитини – 1488,9 тис. грн. (3,6 раза), Вінницького обласного спеціалізованого будинку дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки – 4116,4 тис. грн. (6,1 раза), Вінницького обласного дитячого кардіоревматологічного санаторію – 1038 тис. грн. (4,3 раза), Маньковецького обласного дитячого санаторію – 1090,6 тис. грн. (4,8 раза), Кашперівського підліткового туберкульозного санаторію “Лісова пісня” – 1467,2 тис. грн. (4,5 раза), Тульчинського дитячого

ортопедичного санаторію – 1745,9 тис. грн. (5,4 раза), Могилів-Подільського дитячого легеневого туберкульозного санаторію – 1159,4 тис. грн. (5,6 раза), Заболотненського дитячого психоневрологічного санаторію – 1548,1 тис. грн. (6,1 раза), Вінницької міської дитячої поліклініки №1 – 3218,8 тис. грн. (5,0 раза), Вінницької міської дитячої поліклініки №2 – 2991,3 тис. грн. (4,3 раза), Вінницької міської дитячої поліклініки №3 – 2268 тис. грн. (4,6 раза), Вінницької міської клінічної дитячої лікарні – 2014,7 тис. грн. (4,9 раза).

Таблиця 2.8

Структура джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

Роки	Джерела фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей (%)						
	Бюджетні асигнування	Плата за медичні послуги	Надходження від господарської діяльності	Плата за оренду майна	Надходження від реалізації майна	Благодійні внески	Кошти для виконання окремих доручень
1	2	3	4	5	6	7	8
Заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області							
2001	97,29	0,01	0,21	0,11	0,13	0,14	2,11
2002	94,19	0,27	0,30	0,29	1,04	3,73	0,18
2003	90,74	0,20	0,29	0,37	0,13	2,95	5,33
2004	89,54	0,97	0,23	0,56	0,57	6,10	2,03
1	2	3	4	5	6	7	8
2005	93,11	0,74	0,20	0,59	1,69	0,21	3,46
2006	96,01	0,62	0,55	0,56	0,40	1,05	0,81
2007	88,48	0,74	0,29	0,55	-	8,87	1,08
Заклади охорони здоров'я дітей Вінницької області							
2001	87,77	0,30	0,15	7,51	-	2,73	1,54
2002	88,98	5,67	0,15	0,03	0,09	3,97	1,10
2003	47,50	0,22	0,11	0,05	0,003	4,80	47,32
2004	93,37	0,28	0,09	0,18	0,005	6,02	0,05
2005	94,37	0,26	0,04	0,23	0,01	4,44	0,65
2006	95,94	0,19	0,04	0,10	0,001	3,40	0,33
2007	94,53	0,19	0,08	0,20	0,13	4,07	0,80
Заклади охорони здоров'я дітей Хмельницької області							
2001	95,65	-	0,02	0,53	-	1,59	2,21
2002	95,67	-	0,02	0,60	-	1,73	1,98

Продовження табл. 2.8

1	2	3	4	5	6	7	8
2003	95,46	-	0,02	0,72	-	1,99	1,82
2004	92,11	-	0,02	0,67	-	4,43	2,77
2005	94,04	-	0,04	0,73	-	3,36	1,83
2006	92,34	-	0,03	0,63	-	3,30	3,71
2007	96,82	-	0,01	0,71	-	1,48	0,97

*Розраховано на основі річних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. зросли на 35106,3 тис. грн. (4,7 раза). Так, упродовж 2001–2007 рр. фінансування Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні збільшилося на 17306 тис. грн. або у 6 разів, Тернопільського обласного комунального спеціалізованого будинку дитини – 2564,8 тис. грн. (4,3 раза), Кременецького обласного комунального дитячого психоневрологічного санаторію – 1182,8 тис. грн. (5,6 раза), Заліщицького обласного комунального дитячого санаторію – 1902,8 тис. грн. (5,7 раза), Бережанського обласного дитячого санаторію – 1382,3 тис. грн. (4,5 раза), Яблунівського обласного комунального дитячого туберкульозного санаторію – 2146,2 тис. грн. (3,2 раза), Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні – 8166,5 тис. грн. (4 раза), Тернопільської комунальної дитячої стоматологічної поліклініки – 454,8 тис. грн. (2,2 раза).

Найменше зросли надходження фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Хмельницької області – на 6513,3 тис. грн. (3,4 раза): Хмельницької обласної дитячої лікарні – на 4913,4 тис. грн. або у 3,5 раза, Хмельницького спеціалізованого будинку дитини “Берізка” – 3658,6 тис. грн. (4,1 раза), Староушицького обласного дитячого санаторію “Дністер” – 1754,8 тис. грн. (3,8 раза), Малієвцького обласного дитячого туберкульозного санаторію “Світанок” – 1581 тис. грн. (4,1 раза), Великожванчицького обласного дитячого пульмонологічного санаторію – 1054,5 тис. грн. (3 раза), Кам'янець-Подільського обласного дитячого туберкульозного санаторію – 549,7 тис. грн. (3,7 раза), Куявського обласного дитячого психоневрологічного

санаторію – 789 тис. грн. (4,9 раза), Хмельницької міської дитячої лікарні – 12212,6 тис. грн. (3,2 раза).

Найвищий темп приросту фінансових ресурсів спостерігався:

– у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні – 302,8% (2002 р.), Тульчинському обласному будинку дитини – 37,5% (2005 р.), Вінницькому обласному спеціалізованому будинку дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки – 54,8% (2006 р.), Вінницькому обласному дитячому кардіоревматологічному санаторію – 45,2% (2004 р.), Маньковецькому обласному дитячому санаторію – 43,8% (2005 р.), Кашперівському підлітковому туберкульозному санаторію „Лісова пісня” – 56,1% (2005 р.), Тульчинському дитячому ортопедичному санаторію – 49,3% (2002 р.), Могилів-Подільському дитячому легеневого туберкульозному санаторію – 62,5% (2006 р.), Заболотненському дитячому психоневрологічному санаторію – 44,1% (2005 р.), Вінницькій міській дитячій поліклініці №1 – 44,8% (2002 р.), Вінницькій міській дитячій поліклініці №2 – 47,1% (2006р.), Вінницькій міській дитячій поліклініці №3 – 52,9% (2003 р.), Вінницькій міській клінічній дитячій лікарні – 65,3% (2006 р.) (рис. 3.2 додатку 3);

– у Тернопільській обласній комунальній дитячій клінічній лікарні – 60,1% (2007 р.), Тернопільському обласному комунальному спеціалізованому будинку дитини – 38,4% (2005 р.), Кременецькому обласному комунальному дитячому психоневрологічному санаторію – 43,3% (2004 р.), Заліщицькому обласному комунальному дитячому санаторію – 44,9% (2005 р.), Бережанському обласному дитячому санаторію – 53,3% (2006 р.), Яблунівському обласному комунальному дитячому туберкульозному санаторію – 34,5% (2006 р.), Тернопільській міській дитячій комунальній лікарні – 48% (2005 р.), Тернопільській комунальній дитячій стоматологічній поліклініці – 43% (2007 р.) (рис. 3.1 додатку 3);

– у 2005 р. в Хмельницькій обласній дитячій лікарні – 37,5%, Хмельницькому спеціалізованому будинку дитини “Берізка” – 45,2%, Староушицькому дитячому санаторію “Дністер” – 44,2%, Малієвецькому обласному дитячому туберкульозному санаторію “Світанок” – 90,9%, Великожванчицькому обласному дитячому пульмонологічному санаторію – 37,6% та у 2006 р. у Кам’янець-Подільському обласному дитячому туберкульозному

санаторію – 46%, Куявському обласному дитячому психоневрологічному санаторію – 96,5%, Хмельницькій міській дитячій лікарні – 40,1% (рис.3.3 додатку 3).

Аналізуючи структуру джерел формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей досліджуваних областей у 2001–2007 рр. у розрізі окремих закладів, наведену в додатку 3, можна відзначити, що у фінансовому забезпеченні кожної медичної інституції бюджетні асигнування відіграють вирішальну роль і коливаються в межах – 84–99%.

У 2001–2007 рр. найбільша частка бюджетних коштів, як видно із рис. 2.11, спрямовувалась на фінансування дитячих лікарняних закладів – 44,7–68,1%.

На утримання спеціалізованих дитячих санаторіїв виділялось 20,3–21% коштів загального фонду зведеного бюджету області, будинків дитини – 8,5–13,4%. Питома вага бюджетних коштів, призначених для фінансування видатків Тернопільської комунальної дитячої стоматологічної поліклініки, є незначною і становить 2,9%. Для утримання дитячих поліклінік у Вінницькій області виділялось у середньому 21,6% від обсягу коштів загального фонду зведеного бюджету Вінницької області.

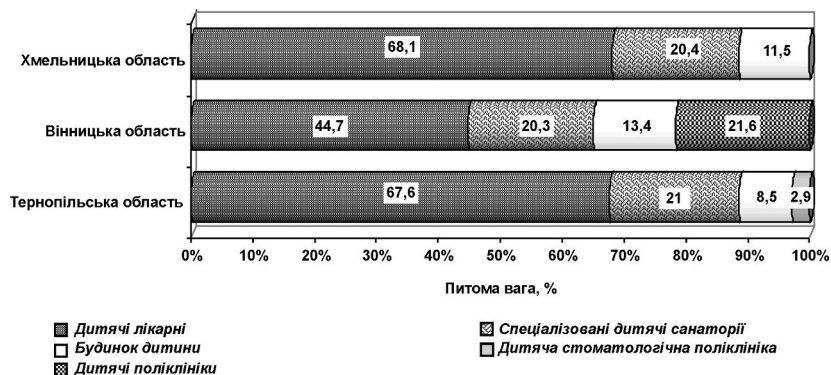


Рис. 2.11. Розподіл бюджетних коштів між закладами охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей (середній показник за 2001–2007 рр.), % *

* Розраховано на основі річних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

В умовах діючого кошторисного порядку фінансування закладів охорони здоров'я дітей обсяг бюджетних коштів, необхідних для їх утримання, визначають, базуючись на оперативно-сітьових показниках діяльності зазначених суб'єктів господарювання. На основі статистичної інформації (додаток К.1), що характеризує діяльність Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні впродовж 2001–2007 рр., та з допомогою ПЕОМ, статистичного пакета опрацювання даних STADIA створені й представлені в додатку К.2 економіко-математичні моделі залежності обсягу бюджетного фінансування та основних показників діяльності зазначених лікарняних закладів. Проведений аналіз свідчить про щільний взаємозв'язок між обсягом бюджетних коштів Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні з кількістю виконаних ліжко-днів, зайнятістю лікарняного ліжка та кількістю госпіталізованих дітей до даного закладу (значення коефіцієнтів кореляційного зв'язку створених моделей лежать у діапазоні 0,8630,9755 для Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та 0,6703–0,9992 – для Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні). Обернені залежності до попередніх моделей підтверджують стійкий функціональний зв'язок між досліджуваними показниками. У процесі вивчення аналогічних показників діяльності Хмельницької обласної дитячої лікарні не встановлено взаємозв'язків між досліджуваними показниками, що свідчить про низький рівень фінансового планування та невідповідність виділених бюджетних коштів оперативно-сітьовим показникам зазначеного закладу.

Таким чином, одержані нами результати дають підстави констатувати, що обсяг бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я дітей прямо пропорційно залежить від кількості відвідувань поліклінік та числа ліжко-днів, проведених хворими у стаціонарах. З одного боку, це свідчить про відповідність практики планування фінансових ресурсів діючим вимогам, а з іншого – не підвищує зацікавленість зазначених інституцій покращувати здоров'я пацієнтів чи зменшувати терміни їх

лікування, а, навпаки, – стимулює до невинного затягування термінів лікування, госпіталізації хворих без істотної потреби, реєстрації фіктивних відвідувань у поліклініках. Враховуючи викладене, одним із пріоритетів реформування управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей вважаємо вдосконалення практики планування фінансових ресурсів та зміну методів оплати медичних послуг, що надають зазначені медичні інституції.

Незважаючи на щорічне зростання обсягів надходжень від надання платних медичних послуг у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської та Вінницької областей, частка зазначеного джерела фінансових ресурсів, як свідчать дані додатку І, у 2007 р. не перевищувала 14,3%. Однією із причин такої ситуації є відсутність фінансових ресурсів для закупівлі високо-технологічного медичного обладнання та облаштування приміщень відповідно до медичних стандартів (наприклад, для ультразвукової діагностики, лікувальних та оздоровчих масажів тощо).

Позитивна тенденція до зростання надходжень від господарської та/або виробничої діяльності спостерігається у Бережанському обласному дитячому санаторії, Кременецькому обласному комунальному дитячому психоневрологічному санаторії, Заліщицькому обласному комунальному дитячому санаторії. В інших медичних закладах частка зазначеного джерела фінансових ресурсів залишається невеликою.

Незначним джерелом фінансового забезпечення дитячих лікарняних закладів є плата від здачі в оренду належних їм приміщень. Її частка не перевищує 1%, за винятком Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні, Хмельницької міської дитячої лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні.

Вагому частку в структурі джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей займають благодійні внески, гранти та дарунки у формі грошових коштів, товарів (медикаментів, продуктів харчування), медичного обладнання та інших основних засобів. У 2007 р. найбільше благодійної допомоги надійшло до Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні –

16,9%, найменше – до Бережанського і Маньковецького обласних дитячих санаторіїв – 0,2%.

Як позитивну тенденцію можна відзначити зростання питомої ваги коштів, що заклади охорони здоров'я дітей отримують для виконання окремих конкретних доручень, у загальному обсязі їх фінансових ресурсів.

Упродовж 2001–2007 рр. зріс обсяг бюджетних коштів, залучених закладами охорони здоров'я дітей, у розрахунку на 1 ліжко-день (рис. 2.12). Найбільше бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день отримали заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області, дещо менше – Хмельницької, найменше – Вінницької області. У 2007 р. цей показник становив 120,27 грн., 105,63 грн. та 103,86 грн. відповідно в областях.

Серед закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської області найбільше бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день, як видно із рис. К.1 додатку К, надійшло до Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні – від 49,13 грн. у 2001 р. до 184,81 грн. у 2007 р. та Тернопільського обласного комунального спеціалізованого будинку дитини – від 33,46 грн. (2001 р.) до 135,99 грн. (2007 р.). Найменше профінансовано із бюджету Бережанський обласний дитячий санаторій – від 16,21 грн. на 1 ліжко-день (2001 р.) до 72,88 грн. (2007 р.).

Найбільше бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у Вінницькій області (рис. К.2 додатку К) отримали Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня – від 28,98 грн. у 2001 р. до 144,15 грн. у 2007 р., Тульчинський обласний будинок дитини – від 25,47 грн. (2001 р.) до 95,24 грн. (2007 р.); найменше – Тульчинський дитячий ортопедичний санаторій - від 11,14 грн. (2001 р.) до 69,06 грн. (2007 р.).

У 2001–2007 рр. у Хмельницькій області, як свідчить аналіз рис. Л.3 додатку Л, найвищий обсяг бюджетного фінансування у розрахунку на 1 ліжко-день був у Хмельницькій міській дитячій лікарні – від 43,15 грн. (2001 р.) до 135,34 грн. (2007 р.) та Хмельницькому спеціалізованому будинку дитини “Берізка” – 32,52 грн. (2001 р.) до 129,83 грн. (2007 р.); найнижчий – у Великожванчицькому обласному дитячому пульмонологічному санаторію – 20,72 грн. у 2001 р. та 69,41 грн. у 2007 р.

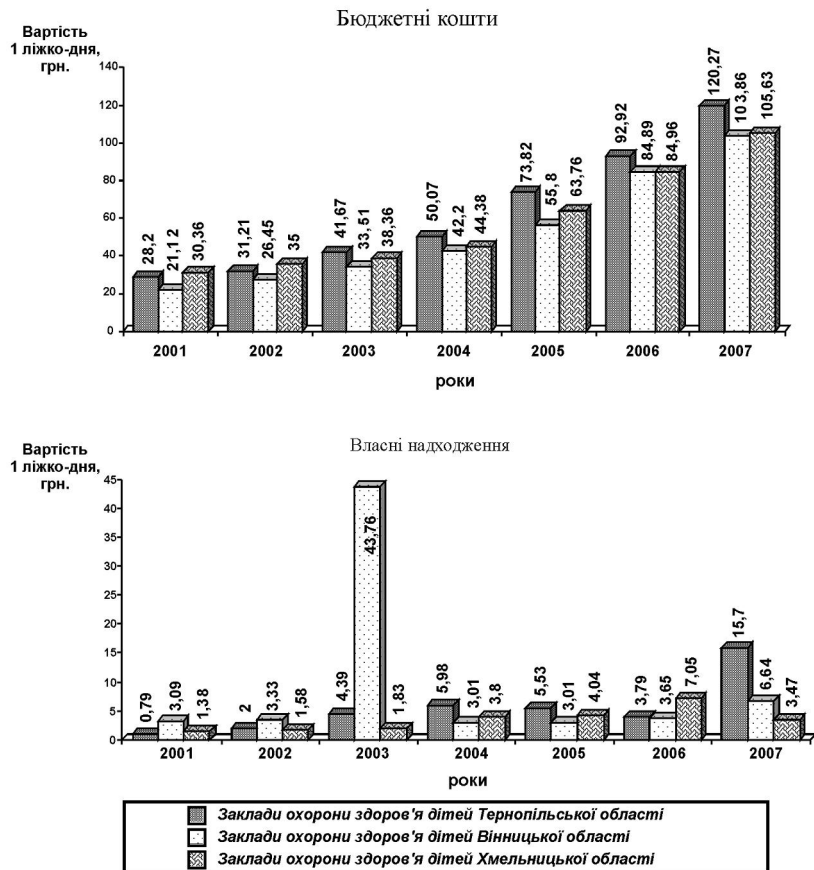


Рис. 2.12. Вартість 1 ліжка-дня в розрізі коштів загального і спеціального фондів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007рр., грн. *

* Розраховано на основі річних звітів про виконання плану по мережі, штатах і контингентах установ Вінницької, Тернопільської, Хмельницької ОДА за 2001–2007 роки; фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Протягом 2001–2007 рр. пріоритет при виділенні бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжка-день надавали:

– у Тернопільській обл. – дитячим лікарняним закладам, оскільки середнє значення досліджуваного показника у них становило 81,17 грн. на 1 ліжко-день, на другому місці за обсягом виділених коштів – будинок дитини: 72,17 грн. на 1 ліжко-день, найменше коштів надійшло до дитячих спеціалізованих санаторіїв – 42,63 грн. на 1 ліжко-день;

– у Вінницькій обл. – дитячим лікарняним закладам: середнє значення бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день становить 57,06 грн., дитячі будинки дитини та спеціалізовані санаторії отримали 43,22 грн. та 42,72 грн. відповідно;

– у Хмельницькій обл. – будинку дитини: середнє значення виділених бюджетних коштів на 1 ліжко-день становило 64,88 грн., у дитячі лікарняні заклади надійшло 60,42 грн. бюджетних коштів на 1 ліжко-день, найменше коштів отримали дитячі спеціалізовані санаторії – 43,43 грн. на 1 ліжко-день.

У 2001–2007 рр. обсяг бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у міських закладах охорони здоров'я дітей майже вдвічі перевищував аналогічний показник в обласних закладах охорони здоров'я дітей (рис. Л.7 та Л.8 додатку Л). Середнє значення обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей, які фінансуються із обласних та міських бюджетів, становило відповідно у Тернопільській обл. – 50,73 грн. та 100,62 грн., Хмельницькій обл. – 46,89 грн. та 74,65 грн. Це свідчить про кращі фінансові можливості міських бюджетів, порівняно з обласними, щодо задоволення потреб закладів охорони здоров'я дітей у фінансових ресурсах та про пріоритетність витрат бюджетних коштів саме на розв'язання проблем охорони здоров'я дитячого населення на місцевому рівні. Інша ситуація була у Вінницькій обл.: середнє значення обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день в обласних закладах охорони здоров'я становило 46,34 грн., а в міських закладах – 39,88 грн.

Протилежною є ситуація щодо залучення власних надходжень у розрахунку на 1 ліжко-день закладами охорони здоров'я дітей (див. рис. 2.12). Найвище середнє значення даного показника – у Вінницькій області – 9,5 грн., дещо нижче – у Тернопільській області – 5,45 грн. і найнижче – у Хмельницькій області – 3,3 грн. Найбільше власних надходжень у розрахунку на

1 ліжко-день у Тернопільській області, як свідчать дані рис. Л.4 додатку Л, зуміли залучити у Тернопільській міській дитячій комунальній лікарні – від 0,87 грн. (2001 р.) до 9,05 грн. (2007 р.) та Тернопільській обласній комунальній дитячій клінічній лікарні – від 1,42 грн. (2001 р.) до 26,69 грн. (2007 р.); найменше – у Яблунівському обласному комунальному дитячому туберкульозному санаторії – від 0,13 грн. (2001 р.) до 0,54 грн. (2007 р.).

Серед закладів охорони здоров'я дітей Вінницької області коштів від неосновної діяльності у розрахунку на 1 ліжко-день (рис. Л.5 додатку Л) найбільше надійшло до Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні – від 6,4 грн. у 2001 р. до 11,3 грн. у 2007 р., Тульчинського обласного будинку дитини – від 3,77 грн. (2001 р.) до 6,67 грн. (2007 р.); найменше – до Заболотненського дитячого психоневрологічного санаторію – від 0,31 грн. (2003 р.) до 0,38 грн. (2007 р.).

Активно залучали власні надходження і заклади охорони здоров'я дітей Хмельницької області (рис. Л. 6 додатку Л). Найбільше власних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день надійшло до Куявського обласного дитячого психоневрологічного санаторію – від 1,97 грн. у 2001 р. до 9,41 грн. у 2007 р. Найнижчим зазначений показник був у Малієвецькому обласному дитячому туберкульозному санаторію “Світанок” – 0,41 грн. (2001 р.) – 1,93 грн. (2007 р.).

Отже, результати аналізу фінансування закладів охорони здоров'я, в тому числі і закладів охорони здоров'я дітей, дають підстави констатувати майже повну залежність фінансового потенціалу зазначених інституцій від бюджетних асигнувань, що не можуть повністю задовольнити їх потреби. Розвиток і залучення альтернативних джерел фінансових ресурсів стримується недосконалістю чинного законодавства щодо запровадження обов'язкового медичного страхування, надання платних послуг, розрахунку вартості медичних послуг. Через неспроможність держави усунути негативні наслідки впливу ринкових механізмів на функціонування галузі охорони здоров'я стрімко розвивається “тіньовий” сектор у закладах цієї галузі, який породжує небажані явища:

– економічні: грошові потоки, що формуються за рахунок неофіційних платежів пацієнтів за надані медичні послуги, не інвестуються у розвиток закладів охорони здоров'я (запровадження нових медичних технологій, підвищення якості медичних послуг тощо), не оподатковуються, чим обмежують можливості органів державної влади та місцевого самоврядування збільшувати бюджетні кошти на їх утримання;

– соціальні: не сповна забезпечено конституційне право людей на безоплатну медичну допомогу, через зростання вартості медичних послуг знижується їх доступність для населення з низьким рівнем доходу, виникають соціальна напруженість і невдоволення ситуацією, що склалася, у пацієнтів та медичного персоналу.

2.4. Закономірності та тенденції розподілу і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Реалізація функцій закладів охорони здоров'я залежить не тільки від оптимізації формування фінансових ресурсів, а й від раціонального розподілу та ефективного використання коштів, передбачених для фінансового забезпечення даної галузі.

Бюджетні кошти, призначені для фінансування медичних закладів, перед тим, як надійти у їх розпорядження, розподіляються головними розпорядниками бюджетних коштів – МОЗ України (асигнування з державного бюджету) та органами управління охороною здоров'я на обласному, районному й місцевому рівнях (асигнування з місцевого бюджету). Від того, настільки ефективним буде розподіл фінансових ресурсів медичного сектору, залежать фінансовий потенціал закладів охорони здоров'я та можливість надання ними доступних і якісних медичних послуг населенню.

Про необґрунтованість діючого порядку розподілу фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я свідчать результати аналізу обсягу видатків на охорону здоров'я на одного жителя (див. рис. 2.2). Згідно з наведеними статистичними даними, спостерігається розбіжність між обсягом видатків на охорону

здоров'я на одного жителя у різних адміністративно-територіальних одиницях.

Суттєвою проблемою моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я є диспропорція між потребами населення у медичній допомозі та розподілом фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я, які надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу. Пріоритетною досі залишається стаціонарна допомога, яка потребує найбільше витрат, однак через нестачу коштів не має змоги використовувати дорогі й ефективні методи дослідження (ангіографію, імплантацію кардіостимуляторів, ендоскопічні втручання тощо). Значну частину цих втручань можна здійснювати амбулаторно, а заощаджені на утримання таких стаціонарів кошти можна витратити для забезпечення високоякісної медичної допомоги [135, с. 25].

Структура видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я у 2005–2009 рр. відображена у табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Структура видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я у 2005–2009 рр.

Роки		Медична продукція та обладнання	Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	Лікарні та санаторно-курортні заклади	Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	Дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я	Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	Разом видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2005	млн. грн.	-	2150,2	10882,9	784,3	99,96	1559,2	15476,5
	пит. вага, %	-	13,9	70,3	5,1	0,6	10,1	100
2006	млн. грн.	-	2749,4	13907,9	998,9	129,0	1952,5	19737,7
	пит. вага, %	-	13,9	70,5	5,1	0,7	9,9	100

Продовження табл. 2.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2007	млн. грн.	-	3637,9	18461,1	1247,7	180,4	3190,5	26717,6
	пит. вага, %	-	13,6	69,1	4,7	0,7	11,9	100
2008	млн. грн.	-	4643,4	23627,9	1566,4	231,5	3490,7	33559,9
	пит. вага, %	-	13,8	70,4	4,7	0,7	10,4	100
2009	млн. грн.	26,3	5050,4	25494,7	2325,7	248,9	3418,9	36564,9
	пит. вага, %	0,1	13,8	69,7	6,4	0,7	9,4	100

* Розраховано та побудовано на основі [126]

Дані табл. 2.9 свідчать, що упродовж 2005–2009 рр. найбільша частка бюджетних коштів спрямовувалась на фінансування лікарень та санаторно-курортних закладів – 69,770,5%, дещо менша – на утримання поліклінік, амбулаторій, швидкої і невідкладної допомоги – 13,8–13,9% та фінансування іншої діяльності у сфері охорони здоров'я – 9,4–14,2%, найменша – на фінансування досліджень і розробок у сфері охорони здоров'я – 0,6 – 0,7%.

Експерти ВООЗ довели, що об'єктивно потреба населення у медичній допомозі відповідає моделі побудови пірамід. Із кожної тисячі осіб протягом місяця у 750 виникають проблеми зі здоров'ям, з них 250 чоловік потребують консультації лікаря первинної ланки, з числа яких 5-ти необхідна консультація фахівця, 9-ти – госпіталізація і лише одному – допомога у високоспеціалізованому центрі [28].

Таким чином, потреба в первинній допомозі – найбільша, у спеціалізованій – менша, а у високоспеціалізованій – ще менша. Проте, як показує рис. 2.13, піраміда розподілу фінансових ресурсів виявляється перевернутою.

В Україні 80% усіх фінансових ресурсів спрямовують на спеціалізовану стаціонарну допомогу, 15% – на спеціалізовану амбулаторну допомогу і лише 5% – на первинну медикопрофілактичну допомогу. Водночас у 90% випадків медична

допомога може бути надана на первинному рівні. Для порівняння: в країнах-членах ЄС загальна частка витрат на дорожчу стаціонарну допомогу в загальній структурі витрат на охорону здоров'я набагато нижча і, наприклад, у 2002 р. в Іспанії становила (показник – най-нижчий серед країн-членів ЄС) 27,6%, в Латвії (показник – найвищий серед країн-членів ЄС) – 56%. В інших країнах зазначеної групи він коливається в межах 30 – 40%.

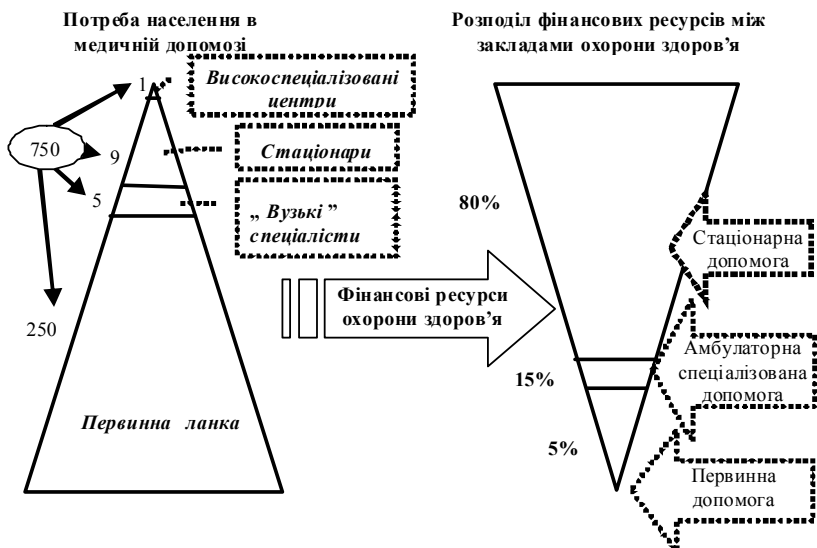


Рис. 2.13. Взаємозв'язок структури споживання медичних послуг та розподілу фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я [28]

Набагато вищими в Україні продовжують залишатися і відносні показники кількості лікарів, стаціонарних ліжок, середньої тривалості перебування на ліжку, кількості госпіталізацій тощо [99, с. 140]. Зокрема, співвідношення лікарів ПМСД та лікарів вузьких спеціальностей становить 1:4, тоді як у зарубіжних країнах лікарі ПМСД контролюють 70–80% загальних витрат на охорону здоров'я, а на їхню власну діяльність витрачають близько 20% бюджетних коштів. Кваліфікований фахівець ПМСД може істотно зменшити загальні витрати на лікування хворого [135, с. 25].

На основі викладеного можна зробити висновок, що в процесі розподілу фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я доцільно переносити пріоритети у фінансуванні саме на заклади охорони здоров'я, які забезпечують надання первинної медико-санітарної й амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню.

Для ефективного управління фінансами закладів охорони здоров'я доцільно проаналізувати видатки (рис. 2.14), які здійснюють зазначені суб'єкти господарювання в процесі своєї фінансово-господарської діяльності, оскільки якість та доступність медичної допомоги населенню залежить не тільки від обсягу фінансових ресурсів, а й від раціонального їх використання постачальниками медичних послуг.

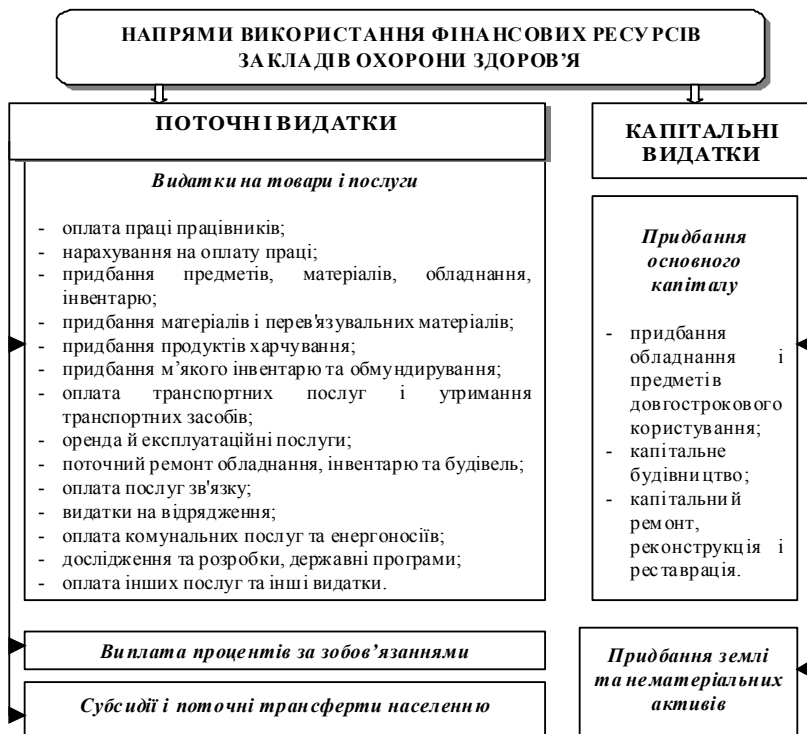


Рис. 2.14. Напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я *

* Розроблено на основі [75]

Аналіз видатків закладів охорони здоров'я засвідчив, що до сьогодні в Україні не зуміли змінити тенденцію щодо перенесення акцентів із фінансування видатків на оплату праці та утримання зазначених закладів на забезпечення, зокрема медикаментозне, лікувального процесу, що підтверджено аналізом економічної структури видатків зведеного, державного та місцевих бюджетів.

За рахунок надходжень до державного та місцевих бюджетів у 2006–2008 рр. профінансовано: поточні видатки на суму 17736,4 млн. грн. у 2006 р., 23158,1 млн. грн. у 2007 р. та 30133,6 млн. грн. у 2008 р. (з них видатки на заробітну плату з нарахуваннями на суму 11652,9 млн. грн., 15398,6 млн. грн. та 20418,2 млн. грн., видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 1198,4 млн. грн., 1684,3 млн. грн. та 2129,5 млн. грн., придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки – 4361,6 млн. грн., 5469,9 млн. грн. та 6780,2 млн. грн. у 2006 р., 2007 р. та 2008 р. відповідно) та капітальні видатки на суму 2001,3 млн. грн. у 2006 р., 3559,4 млн. грн. у 2007 р. та 3426,3 млн. грн. у 2008 р.

Структуру видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я у 2006–2008 рр. за економічною класифікацією наведено на рис. 2.15.

Дані рис. 2.15 свідчать про те, що найбільшу питому вагу в структурі видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я займають видатки на оплату праці з нарахуваннями – від 59,1% у 2006 р. до 60,9% у 2008 р., дещо меншу – видатки на придбання предметів постачання і матеріалів, оплату послуг, видатки на відрядження – від 22,3% у 2006 р. до 20,4% у 2008 р.

Найбільшу питому вагу в структурі видатків закладів охорони здоров'я, які фінансуються з державного бюджету, займають захищені видатки (оплата праці з нарахуваннями, медикаменти та перев'язувальні матеріали, продукти харчування, оплата комунальних послуг і енергоносіїв) – 63,3% [40].

Питома вага капітальних видатків є незначною. Однією із причин такої ситуації є те, що з бюджетних інвестицій, які спрямовують у сферу охорони здоров'я, лише частину фінансових ресурсів надають закладам, що підпорядковані МОЗ України (у

2003 р. зазначений показник становив 46,5% бюджетних капіталовкладень у галузь, у 2004 р. – 59,4%, у 2005 р. – 62,7%). Крім того, порівняно стабільну частку інвестицій надавали АМНУ, обсяг якої у 2003–2005 рр. коливався в межах 15–17%. Іншу частину бюджетних асигнувань капітального характеру (від 38% у 2003 р. до 22,2% у 2005 р.) спрямували у відомчі заклади охорони здоров'я з метою надання медичних послуг кращої якості працівникам окремих органів державної влади [52, с. 117].

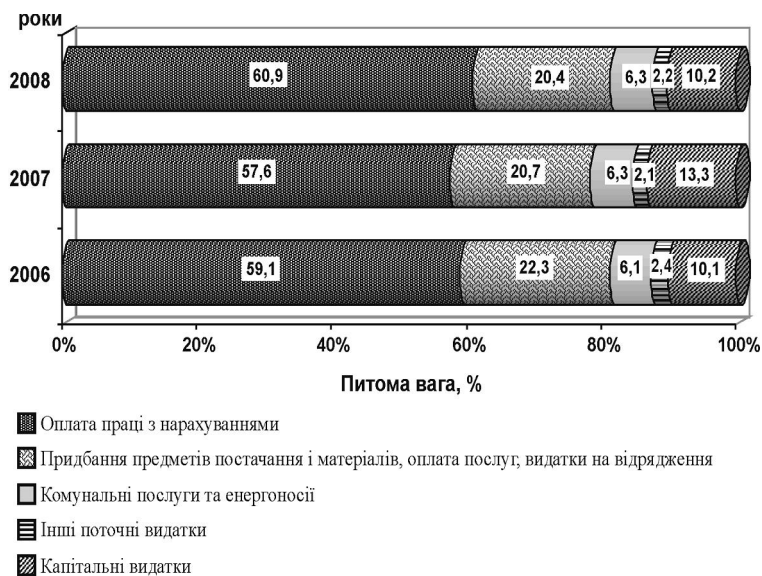


Рис. 2.15. Структура видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я за економічною класифікацією, у 2006–2008 рр. % *

* Складено на основі [11, с.106 – 107]

Аналогічна тенденція й у структурі видатків закладів охорони здоров'я, які фінансуються із місцевих бюджетів. Питома вага видатків на оплату праці й нарахування на неї у 2007 р. зросла на 6,8% порівняно з 2000 р. і становила 69,9% [135, с. 49 - 51].

Зменшилися частки витрат на медикаменти (з 8,3% у 2000 р. до 7,7% у 2007 р.) та оплату комунальних послуг і енергоносіїв (з 11,2% у 2000 р. до 7,5% у 2007 р.). Питома вага капітальних видатків залишилася незначною (у 2007 р. – 5,3%), однак у номінальному вираженні їх обсяг зріс порівняно з попередніми роками.

Проведений нами аналіз розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дав змогу виявити, що в результаті недосконалого розподілу бюджетних коштів недофінансовують зазначені інституції, обсяги видатків на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя в окремих регіонах суттєво коливаються. Пріоритетними напрямками витрачання фінансових ресурсів є соціально захищені статті видатків.

Саме тому доцільно, на нашу думку, забезпечити децентралізацію управління галуззю охорони здоров'я, підвищення ступеня адаптації діяльності медичних закладів до ринкових умов господарювання та поліпшення якості управлінських рішень щодо формування і використання їхніх фінансових ресурсів.

2.5. Особливості використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей

У зв'язку з погіршенням стану здоров'я дітей, високим рівнем смертності немовлят охорона здоров'я дітей визнана в Україні загальнодержавним пріоритетом. Наведені положення відображені у Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” на 2002–2011 рр. та інших правових актах, а в Національному плані розвитку системи охорони здоров'я України закладено засади розбудови якісно нової системи охорони здоров'я. Проте, незважаючи на задекларовані заходи, судити про пріоритетність фінансування охорони здоров'я дітей важко, оскільки у функціональній класифікації видатків державного та місцевих бюджетів не відображено окремою статтею видатки, призначені для закладів охорони здоров'я дітей (наприклад, у звітності про виконання

місцевого бюджету видатки на утримання дитячої лікарні віднесені до коду функціональної класифікації видатків 080101 “Лікарні”, дитячої поліклініки – коду 080300 “Поліклініки і амбулаторії” і т. д.).

Не забезпечено пріоритетність фінансування закладів охорони здоров'я дітей і при розподілі бюджетних коштів на локальному рівні. Незважаючи на те, що формульний порядок розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я із місцевих бюджетів передбачає фіксований обсяг бюджетних асигнувань на одного жителя (фінансовий норматив бюджетної забезпеченості) та через коригувальні коефіцієнти враховує диференціацію потреб населення певної адміністративної території у медичній допомозі залежно від віку й статі, заклади охорони здоров'я фінансують на основі оперативно-сітьових показників їх потужності. При цьому не беруться до уваги кількість і якість наданих медичних послуг, вид медичного закладу залежно від вікової структури пацієнтів, які обслуговуються. Така ситуація призводить до недофінансування закладів охорони здоров'я дітей через невідповідність між чисельністю дитячого населення та обсягом фінансових ресурсів, призначених для задоволення потреб дітей у медичній допомозі (табл. 2.10).

Результати порівняння частки дітей у загальній чисельності населення з часткою видатків на заклади охорони здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я із зведених бюджетів Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей (враховуючи питому вагу видатків на заклади охорони здоров'я для дорослого населення, в яких функціонують дитячі відділення та консультації, у Тернопільській – 1,8%, Вінницькій – 4,7% та Хмельницькій – 4,8% областях) дають підстави стверджувати про недосконалість практики фінансування закладів охорони здоров'я дітей на основі показників їх потужності, оскільки названі медичні інституції недоотримали у Тернопільській області від 33,3% до 53,9%, Вінницькій області – 13,49–41,53%, Хмельницькій області – 40,6–44,8% грошових коштів, призначених для надання медичних послуг дітям.

Статистичні дані, наведені на рис. 2.16, свідчать про щорічне зростання обсягів видатків закладів охорони здоров'я дітей протягом 2001–2007 рр. у досліджуваних областях.

Таблиця 2.10
**Співвідношення кількості дітей до загальної чисельності населення України та обсягу
 видатків на заклади охорони здоров'я дітей до загального обсягу видатків на охорону здоров'я
 із зведених бюджетів Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2002–2007 рр.***

Роки	Тернопільська область				Вінницька область				Хмельницька область			
	Чисельність населення, осіб	Чисельність дітей, осіб	Питома вага дітей у загальній чисельності населення, %	Питома вага видатків на заклади охорони здоров'я дітей, %	Чисельність населення, осіб	Чисельність дітей, осіб	Питома вага дітей у загальній чисельності населення, %	Питома вага видатків на заклади охорони здоров'я дітей, %	Чисельність населення, осіб	Чисельність дітей, осіб	Питома вага дітей у загальній чисельності населення, %	Питома вага видатків на заклади охорони здоров'я дітей, %
2002	1133200	268720	23,71	9,72	1751600	389091	22,21	14,1	1413300	314325	22,24	7,08
2003	1130411	258193	22,84	10,18	1745054	374188	21,44	14,2	1408006	303316	21,54	7,04
2004	1123100	250408	22,30	10,19	1728200	362033	20,95	7,9	1394600	294012	21,08	7,02
2005	1115900	242243	21,71	9,54	1710900	348397	20,36	7,3	1380700	283770	20,55	7,14
2006	1108800	235288	21,22	9,74	1694000	336722	19,88	7,1	1367400	273872	20,03	7,29
2007	1102113	229186	20,8	10,34	1679382	326558	19,45	7,21	1358205	265733	19,57	6,8

* Розраховано на основі джерел: [115]

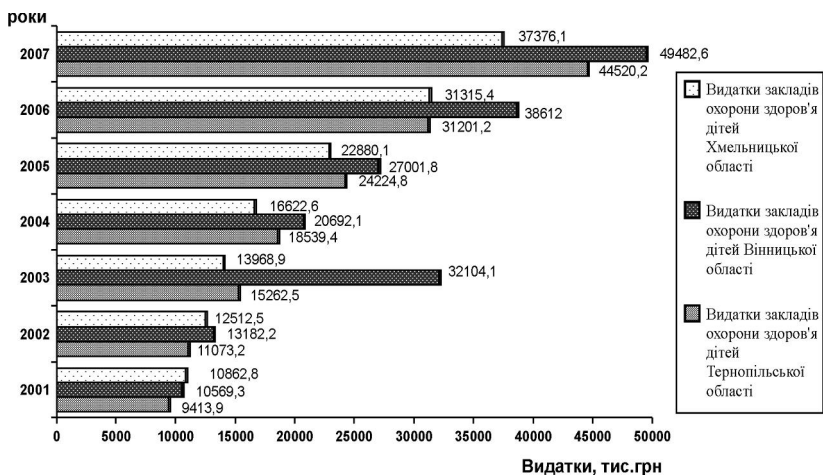


Рис. 2.16. Динаміка витраток закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., тис. грн. *

*Складено на основі даних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Частка витраток за рахунок коштів загального фонду в закладах Тернопільської обл. у середньому за даний період становила 92,8%, а за рахунок коштів спеціального фонду – 7,2%, у Вінницькій обл. – 86,07% і 13,93%, у Хмельницькій обл. – 94,6% і 5,4% відповідно.

Упродовж 2001–2007 рр. у структурі витраток закладів охорони здоров'я дітей найбільшу питому вагу займали поточні витрати (табл. 2.11).

У Тернопільській області їхня питома вага становила: із загального фонду – від 95,47% у 2001 р. до 91,74% у 2007 р. та зі спеціального фонду – від 55,74% (2001 р.) до 20,66% (2007 р.); у Вінницькій області – із загального фонду – від 96,65% (2001 р.) до 91,36% (2007 р.) та зі спеціального фонду – від 88,34% (2001 р.) до 44,37% (2007 р.); у Хмельницькій області – із загального фонду – від 96,56% (2001 р.) до 95,77% (2007 р.) та зі спеціального фонду – від 90,5% (2001 р.) до 58,97% (2007 р.).

Таблиця 2.11

Структура видатків із загального і спеціального фондів кошторисів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

Роки		Видатки закладів охорони здоров'я дітей (%)											
		Оплата праці з нараховув-ннями		Медика-менти		Продукти харчування		Комунальні послуги та енергоносії		Інші поточні видатки		Капітальні видатки	
		спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області													
2001	64,69	-	3,52	27,71	7,69	21,20	12,23	1,00	7,34	5,84	4,53	44,26	
2002	69,38	-	3,08	9,78	5,16	22,01	10,51	0,70	7,91	7,55	3,96	59,96	
2003	65,25	-	3,24	2,86	5,91	2,72	9,28	0,50	7,15	3,45	9,17	90,46	
2004	70,08	-	3,91	24,02	6,41	5,70	8,18	1,35	5,90	18,44	5,53	50,49	
2005	74,21	-	3,53	46,45	4,89	6,06	7,07	2,51	5,52	10,58	4,78	34,40	
2006	68,97	0,58	5,19	26,87	5,52	16,44	7,28	4,11	5,32	31,63	7,72	20,37	
2007	67,26	0,32	5,73	3,8	5,19	3,66	8,34	0,95	5,23	11,93	8,26	79,34	
Заклади охорони здоров'я дітей Вінницької області													
2001	66,20	0,33	4,27	64,16	8,01	7,77	11,72	0,43	6,46	15,64	3,35	11,66	
2002	67,44	1,50	4,89	52,07	8,14	7,50	9,89	1,80	7,29	26,27	2,35	10,86	
2003	66,60	0,05	3,93	8,96	6,97	0,99	11,21	0,20	6,71	2,26	4,57	87,55	
2004	68,75	0,05	3,78	47,33	6,48	10,93	8,67	1,52	6,24	15,51	6,08	24,65	

Продовження табл. 2.11

Заклади охорони здоров'я дітей Хмельницької області												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2005	73,43	-	3,69	41,69	6,98	7,89	6,83	2,26	5,97	18,19	3,10	29,97
2006	68,09	-	4,59	43,60	5,34	9,02	5,84	0,36	7,06	25,62	9,08	21,40
2007	68,64	-	5,10	17,52	5,33	6,98	5,58	5,01	6,70	14,87	8,64	55,63
2001	60,06	-	9,63	44,48	12,95	20,32	7,82	1,27	6,09	24,42	3,44	9,50
2002	60,13	-	9,18	40,26	12,43	20,80	8,32	1,52	6,08	26,55	3,86	10,87
2003	60,40	-	8,81	30,25	12,26	22,48	8,43	1,45	6,19	27,42	3,92	18,40
2004	61,66	0,1	8,15	26,21	11,90	13,94	8,20	0,29	5,96	15,91	4,13	43,55
2005	67,91	0,49	6,49	31,84	11,65	11,01	6,74	1,20	4,93	22,24	2,29	33,22
2006	66,75	-	5,80	35,59	10,03	6,72	6,20	0,66	5,16	10,74	6,06	46,30
2007	68,2	0,44	5,44	7,24	9,14	15,98	7,73	1,87	5,26	33,44	4,23	41,03

*Розраховано на основі даних Фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки.

Частка капітальних видатків у загальному обсязі коштів загального фонду у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської області становила 4,53% у 2001 р. та 8,26% у 2007 р., а зі спеціального фонду – 44,26% та 79,34% відповідно, Вінницької області – із загального фонду – 3,35% та 8,64%, а зі спеціального фонду – 11,66% та 55,63% відповідно, Хмельницької області – із загального фонду – 3,44% та 4,23%, а зі спеціального фонду – 9,5% та 41,03% відповідно.

Найбільшу частку коштів у закладах охорони здоров'я дітей витрачають на оплату праці персоналу (див. табл. 2.10): у Тернопільській обл. – 45,9% від загального обсягу видатків у 2001 р. до 43,8% у 2007 р. (64,69% від обсягу видатків загального фонду в 2001 р. до 67,26% у 2007 р.), Вінницькій обл. – 42,4% від загального обсягу видатків у 2001 р. до 47,8% у 2007 р. (66,2% від обсягу видатків загального фонду в 2001 р. до 68,64% у 2007 р.) та Хмельницькій обл. – від 42,5% (2001 р.) до 48,5% (2007 р.) (60,06% від обсягу видатків загального фонду у 2001 р. до 68,2% у 2007 р.). Виплачували її переважно за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у загальному обсязі видатків на оплату праці щороку становила: в закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 100% (за винятком 2006 р. – 99,97% та 2007 р. – 99,94%), Вінницької обл. – 100% (за винятком 2001 р. – 99,93%, 2002 р. – 99,72%, 2003 р. – 99,93%, 2004 р. – 99,99%), Хмельницької обл. – 100% (за винятком 2004 р. – 99,99%, 2005 р. – 99,96%, 2007 р. – 99,98%) (табл. 2.11).

Найвищий рівень середнього темпу приросту видатків на оплату праці упродовж 2001–2007 рр. був у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. – 31,9%, дещо нижчий – у Тернопільській обл. – 28,56% і найнижчий – у Хмельницькій обл. – 25,57%.

Питома вага нарахувань на фонд оплати праці в загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей має тенденцію до зростання у Вінницькій обл. – 15,7% (2001 р.) – 17,1% (2007 р.) і Хмельницькій обл. – 14,9% (2001 р.) – 17,6% (2007 р.) та до зменшення – у Тернопільській обл. – 17% (2001 р.) – 15,7% (2007 р.).

Протягом 2001–2007 рр. у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської та Вінницької областей нарахування на оплату праці

зростали повільніше, ніж фонд оплати праці – середній темп приросту становив 27,82% та 31,2% відповідно. У згаданих інституціях Хмельницької області спостерігалася протилежна ситуація – щорічно темп приросту видатків на нарахування на оплату праці перевищував темп приросту видатків на оплату праці – середнє значення зазначеного показника дорівнювало 26,27 %.

Таблиця 2.12

Динаміка видатків на оплату праці працівників і нарахувань на неї у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

1	2	Роки							
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Тернопільська область	Оплата праці	тис. грн.	4323	5299	6694	8465	1220	15171	19518
		Питома вага в загальному обсязі видатків, %	45,9	47,9	43,9	45,7	50,4	48,6	43,8
	Нарахування на оплату праці	тис. грн.	1603	1938	2343	3169	4518	5495	6992
		Питома вага в загальному обсязі видатків, %	17,0	17,5	15,4	17,1	18,7	17,6	15,7
Вінницька область	Оплата праці	тис. грн.	4483	5831	7453	97,28	13705	18589	23632
		Питома вага в загальному обсязі видатків, %	42,4	44,5	23,2	47,0	50,8	48,1	47,8
	Нарахування на оплату праці	тис. грн.	1663	2102	2711	3555	5004	6634	8478
		Питома вага в загальному обсязі видатків, %	15,7	15,9	8,4	17,2	18,5	17,2	17,1

Продовження табл. 2.12

1	2		3	4	5	6	7	8	9
Хмельницька область	Оплата праці	тис. грн.	4621	5266	5856	6853	10630	13996	18121
		Питома вага в загальному обсязі видатків, %	42,5	42,1	41,9	41,2	46,5	44,7	48,5
	Нарахування на оплату праці	тис. грн.	1620	1931	2198	2589	3987	5304	6565
		Питома вага в загальному обсязі видатків, %	14,9	15,4	15,7	15,6	17,4	16,9	17,6

* Розраховано на основі даних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки.

Найбільша частка видатків на оплату праці й нарахувань на неї, як підтверджує додаток М, у 2007 р. зафіксована серед закладів охорони здоров'я дітей: Тернопільської обл. – у Тернопільській міській дитячій комунальній лікарні – 58,95 та 21,34 %; Вінницької обл. – у Вінницькій міській дитячій поліклініці № 3 – 64,02 % та 22,9 % відповідно, Вінницькій міській дитячій поліклініці № 2 – 57,95 % та 20,61 %; Хмельницької обл. – у Хмельницькій міській дитячій лікарні – 51,62 % та 19,07 %, відповідно. Упродовж 2001–2007 рр. спостерігалася тенденція до зростання питомої ваги видатків на оплату праці персоналу і нарахувань на неї у багатьох закладах охорони здоров'я дітей, що свідчить не лише про абсолютне зростання розміру видатків на оплату праці з нарахуваннями, а й про зниження обсягу фінансових ресурсів, які використовують для фінансування інших потреб медичних закладів.

Медикаментозне забезпечення є вагомою складовою системи якісного та адекватного медичного обслуговування [60, с.144], проте, незважаючи на щорічне зростання абсолютного розміру видатків на медикаменти та перев'язувальні засоби, питома вага зазначеної статті видатків у загальному обсязі

видатків залишається невеликою (рис. 2.17): найбільшим зазначений показник є у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької обл. (максимальне значення зафіксовано у 2001 р. – 11,2%), дещо меншим – у закладах Вінницької обл. (максимальне значення – 11,6% у 2001 р.) і найменшим – у закладах Тернопільської обл. (максимальне значення – 6,5% у 2005 р.).

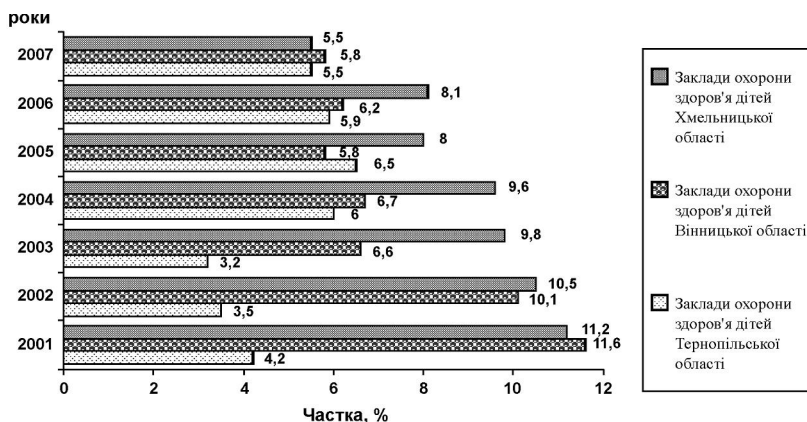


Рис. 2.17. Питома вага витратів на медикаменти та перев'язувальні засоби у загальному обсязі витратів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., %

* Складено на основі даних Фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Протягом 2001–2007 рр. у Тернопільській та Хмельницькій областях купували медикаменти здебільшого за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у вартості медикаментів (середнє значення) становила у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 77,4%, Хмельницької обл. – 81,25%.

У закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. спостерігалася протилежна ситуація – середнє значення питомої ваги коштів загального фонду становило у вартості медикаментів 53,04%. Проте частка зазначеного КЕКВу у загальному обсязі коштів загального фонду має позитивну тенденцію до зростання у

зкладах Тернопільської обл. – з 3,52% у 2001 р. до 5,73% у 2007 р. та Вінницької обл. – з 4,27% (2001 р.) до 5,1% (2007 р.) та негативну тенденцію до зменшення у закладах Хмельницької обл. – з 9,63% у 2001 р. до 5,4% у 2007 р. (див. табл. 2.11).

Найвищий рівень середнього темпу приросту витратків на медикаменти та перев'язувальні засоби впродовж 2001–2007 рр. спостерігався у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 35,7% , дещо нижчий – у Вінницькій обл. – 15,2% та найнижчий – у Хмельницькій обл. – 9,2%.

Протягом 2001–2007 рр. спостерігалася позитивна тенденція до зростання витратків на медикаменти у розрахунку на 1 ліжко-день (рис. 2.18).

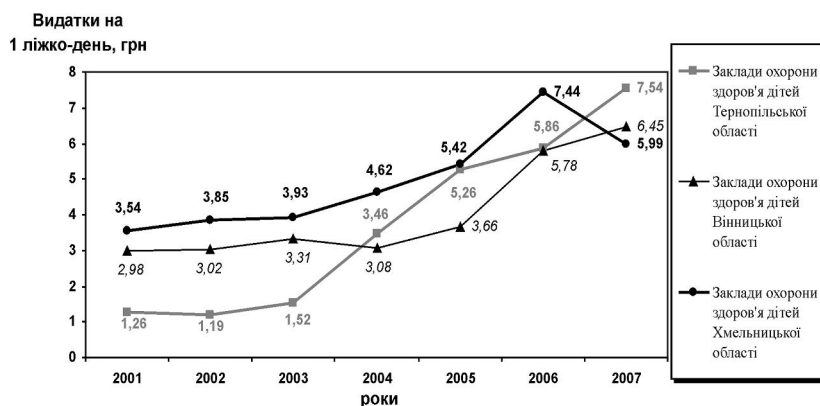


Рис. 2.18. Динаміка витратків на медикаменти та перев'язувальні засоби на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., грн. *

* Розраховано на основі річних звітів про виконання плану по мережі, штатах і контингентах установ, що знаходяться на місцевих бюджетах, управлінні охорони здоров'я Вінницької, Тернопільської, Хмельницької обласних державних адміністрацій за 2001–2007 роки; фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

У закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. зазначений показник збільшився на 6,3 грн., Вінницької обл. – на 3,5 грн. та Хмельницької обл. – на 2,5 грн. Обсяг витратків на

медикаменти за рахунок коштів загального фонду на 1 ліжко-день у 2001–2007 рр. також зростав і був майже однаковий за розміром у всіх областях: Тернопільська область – 1,01; 0,98; 1,37; 1,99; 2,64; 4,88; 6,99 грн.; Вінницька область – 1,04; 1,44; 1,47; 1,74; 2,23; 4,19; 5,45 грн.; Хмельницька область – 2,92; 3,21; 3,38; 3,62; 4,14; 4,93; 5,74 грн.

У 2001–2007 рр. середнє значення обсягу видатків на медикаменти та перев'язувальні засоби на 1 ліжко-день за рахунок бюджетних коштів у дитячих лікарнях Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей становило 3,68; 3,6 та 5,58 грн. відповідно; спеціалізованих дитячих санаторіях – 0,95; 0,86 та 0,97 грн.; будинках дитини – 1,58 грн.; 0,62 та 3,11 грн. Із обласних бюджетів на закупівлю медикаментів передбачалося у Тернопільській області – 1,63 грн., Вінницькій – 1,34 грн. та Хмельницькій – 1,93 грн., із бюджетів міста Тернополя – 2,96 грн., міста Вінниці – 1,57 грн. та міста Хмельницького – 5,57 грн.

Незважаючи на те, що видатки на медикаменти є однією із соціально захищених статей видатків бюджету, виділені бюджетні кошти лише на 20–30% забезпечують потребу закладів охорони здоров'я дітей у фінансових ресурсах на зазначені цілі. Підтвердженням цього є результати порівняння розглянутих вище показників із обсягами витрат на придбання лікарських препаратів, необхідних для однодобового лікування різних за рівнем важкості дитячих хвороб (хронічний бронхіт, пієлонефрит, гостра пневмонія), що потребують госпіталізації у стаціонар (табл. Н.2 додатку Н). А якщо врахувати те, що видатки по КЕКВ 1132 “Медикаменти та перев'язувальні матеріали” охоплюють видатки не лише на придбання лікарських препаратів, необхідних для лікування пацієнта, а й на закупівлю дезінфекційних засобів, дрібного медичного інвентарю тощо (для забезпечення організації процесу надання медичної допомоги), то показник невідповідності між виділеними фінансовими ресурсами і необхідністю у них на зазначені потреби буде ще вищим.

Упродовж 2001–2007 рр. зріс абсолютний розмір видатків на продукти харчування, проте питома вага зазначеного виду видатків у загальному обсязі видатків залишалася невеликою (рис. 2.19): найбільшим зазначений показник (середнє значення)

був у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької обл. – 11,66% (максимальне значення зафіксовано у 2001 р. – 13,3%), дещо меншим – у закладах Вінницької обл. – 6,37% (максимальне значення – 8,1% у 2002 р.) і найменшим – у закладах Тернопільської обл. – 6% (максимальне значення – 8,1% у 2001 р.).

Частка, %

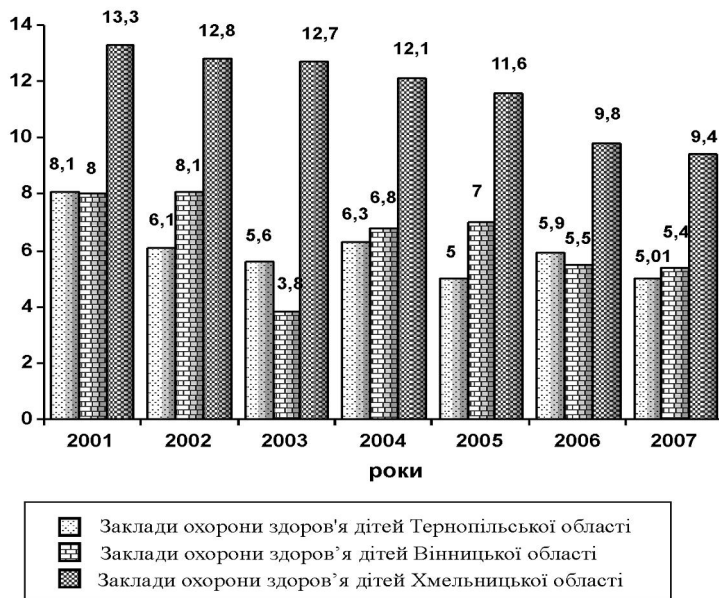


Рис. 2.19. Питома вага видатків на продукти харчування в загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001-2007 рр., % *

* Складено на основі даних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки.

У 2001–2007 рр. медичні заклади закупляли продукти харчування здебільшого за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у загальному обсязі видатків на продукти харчування (середнє значення) становила в закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 90,19%, Вінницької обл. –

90,51%, Хмельницької обл. – 93,25%. Проте, за 2001–2007 рр. частка зазначеного КЕКВ у загальному обсязі коштів загального фонду мала негативну тенденцію до зменшення (див. табл. 2.10). Найвищий рівень середнього темпу приросту видатків на продукти харчування впродовж 2001–2007 рр. спостерігався у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. – 21,27%, дещо нижчий – у Тернопільській обл. – 19,7%, та найнижчий – у Хмельницькій обл. – 15,92%.

Протягом 2001–2007 рр. спостерігалася позитивна тенденція до зростання видатків на продукти харчування у розрахунку на 1 ліжко-день (рис. 2.20): у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. зазначений показник збільшився на 4,51 грн., Вінницької обл. – на 5,05 грн. та Хмельницької обл. – на 6,0 грн.

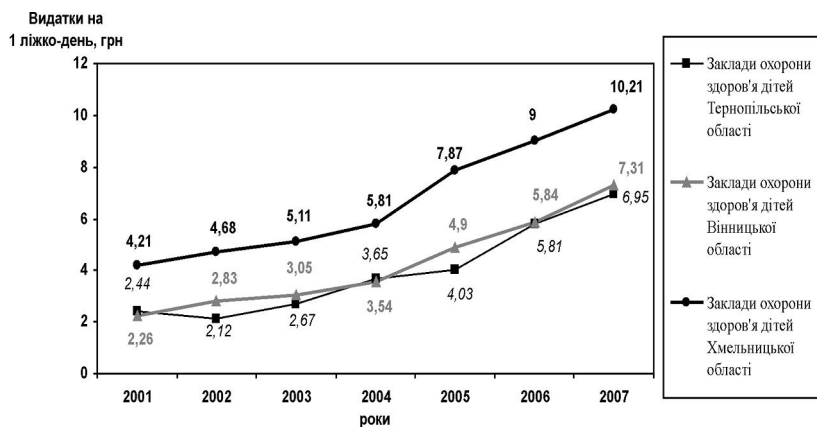


Рис. 2.20. Динаміка видатків на продукти харчування на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., грн. *

* Розраховано на основі річних звітів про виконання плану по мережі, штатах і контингентах установ, що знаходяться на місцевих бюджетах, управлінь охорони здоров'я Вінницької, Тернопільської, Хмельницької обласних державних адміністрацій за 2001–2007 роки; фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки.

Обсяг видатків на продукти харчування за рахунок коштів загального фонду на 1 ліжко-день у 2001–2007 рр. також мав тенденцію до зростання в усіх областях. Найвище значення даного показника було у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької обл. – 3,93; 4,35; 4,7; 5,28; 7,43; 8,52; 9,66 грн. на 1 ліжко-день, дещо нижче у Вінницькій обл. – 2,06; 2,65; 2,77; 3,31; 4,76; 5,64; 7,05 грн. і найнижче у Тернопільській обл. – 2,26; 1,68; 2,55; 3,31; 3,69; 5,22; 6,36 грн.

Упродовж 2001–2007 рр. середнє значення обсягу видатків на продукти харчування на 1 ліжко-день за рахунок бюджетних коштів у дитячих лікарнях Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей становило 2,33; 2,43 та 5,11 грн. відповідно; спеціалізованих дитячих санаторіях – 5,19; 5,74 та 7,72 грн.; будинках дитини – 6,0; 3,82 та 8,64 грн. Із обласних бюджетів на придбання продуктів харчування передбачали у Тернопільській області – 4,87 грн., Вінницькій – 5,09 грн. та Хмельницькій – 7,5 грн., із бюджетів міста Тернополя – 2,16 грн., міста Вінниці – 1,17 грн. та міста Хмельницького – 4,95 грн.

Результати аналізу свідчать, що в усіх закладах охорони здоров'я дітей у 2001–2007 рр. сумарна величина видатків загального і спеціального фондів на придбання продуктів харчування була невисокою і за останній рік коливалася в межах 6,95 – 10 грн. на 1 ліжко-день. Порівняння даних показників із вартістю рекомендованого фахівцями набору продуктів харчування для однієї дитини на день – 15,75 грн. (табл. Н.1 додатку Н), дає підстави стверджувати, що видатки на продукти харчування фінансують лише на 36,9–57,14% від рекомендованої потреби.

Така ситуація призводить до того, що заклади охорони здоров'я дітей не можуть закупити потрібний асортимент продуктів харчування у необхідній кількості, в результаті чого втрачається ефект від лікування хворих. Адже дієтичне (лікувальне) харчування у лікувально-профілактичних закладах сприяє поліпшенню профілактики захворювань серед дітей, становить фон, на якому здійснюють усі види лікування, та протидіє токсичним проявам медикаментозного лікування [48].

Однією із соціально захищених статей видатків є оплата комунальних послуг та енергоносіїв, абсолютний розмір якої впродовж 2001–2007 рр. щорічно зростав. Однак частка зазначеної статті видатків постійно зменшується, що свідчить про збільшення обсягів фінансування інших потреб закладів охорони здоров'я дітей.

Найбільша питома вага видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв (середнє значення) у 2001–2007 р., як видно із рис. 2.21, зафіксована у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 8,45% (максимальне значення спостерігалось у 2001 р. – 11,9%), дещо менша – у закладах Хмельницької обл. – 7,28% (максимальне значення – 8,1% у 2003 р.) і найменша – у закладах Вінницької обл. – 7,24% (максимальне значення – 10,3% у 2001 р.).

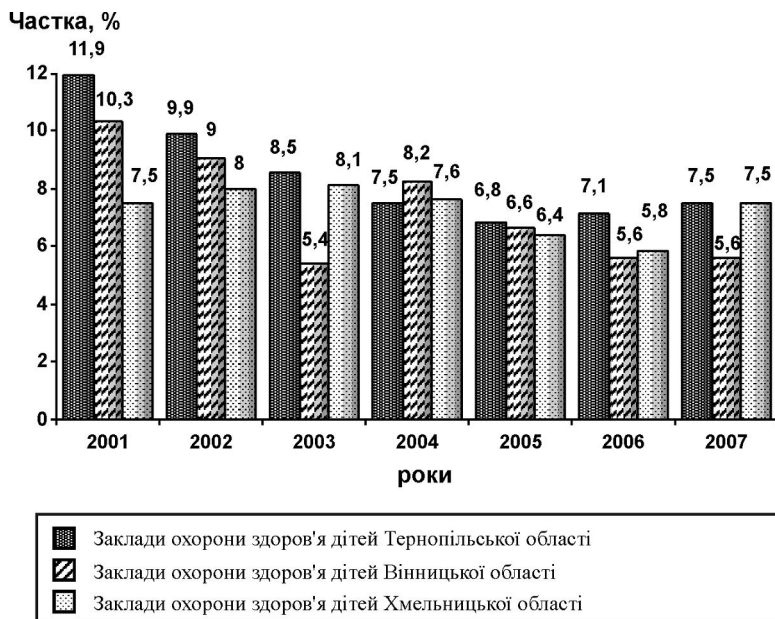


Рис. 2.21. Питома вага видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв у загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., % *

* Складено на основі даних Фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Протягом 2001–2007 рр. оплата комунальних послуг та енергоносіїв закладами охорони здоров'я дітей проводилася

здебільшого за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у загальному обсязі витрат на оплату комунальних послуг та енергоносіїв становила у середньому в закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 98,69%, Вінницької обл. – 98,14%, Хмельницької обл. – 99,22%. Проте, як видно з табл. 2.11, у протягом 2001–2007 рр. частка зазначеного виду видатків у загальному обсязі коштів загального фонду зменшилася в закладах усіх областей.

Найвищий рівень середнього темпу приросту видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв упродовж 2001–2007 рр. спостерігався в закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької обл. – 22,9%, дещо нижчий – у Тернопільській обл. – 19,89% та найнижчий – у Вінницькій обл. – 16,6%.

Протягом 2001–2007 рр. частка видатків на придбання предметів і матеріалів, м'якого інвентарю й обмундирування, оплату транспортних послуг та утримання транспортних засобів, поточного ремонту обладнання, інвентарю і будівель, оплату послуг зв'язку, видатків на відрядження, поточних трансфертів населенню у загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей не перевищувала 8%. Така ситуація пояснюється обмеженими фінансовими можливостями бюджетів, на утриманні яких перебувають заклади охорони здоров'я дітей.

Капітальні видатки, незважаючи на задеклароване у розділі 2 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України „...першочергове оснащення дитячих закладів лікувально-діагностичною апаратурою [119]”, через дефіцит фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я дітей не є пріоритетними. Так, упродовж 2001–2007 рр. частка капітальних видатків у загальному обсязі видатків залишається невеликою (рис. 2.22): найбільшим зазначений показник був у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. – 12,64% (максимальне значення зафіксовано у 2003 р. – 48,1%), дещо меншим – у закладах Тернопільської обл. – 10,22% (максимальне значення зафіксовано у 2003 р. – 16,7%) і найменшим – у закладах Хмельницької обл. – 5,48% (максимальне значення – 9,1% у 2005 р.).

Протягом 2001–2007 рр. капітальні видатки здійснювали здебільшого за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких

у загальному обсязі капітальних видатків становила у середньому в закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 60,71%, Вінницької обл. – 62,9%, Хмельницької обл. – 71,54%. Найвищий рівень середнього темпу приросту капітальних видатків упродовж 2001–2007 рр. спостерігався у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. – 51,36%, дещо нижчий – у Тернопільській обл. – 55,0% і найнижчий – у Хмельницькій обл. – 30,8%.

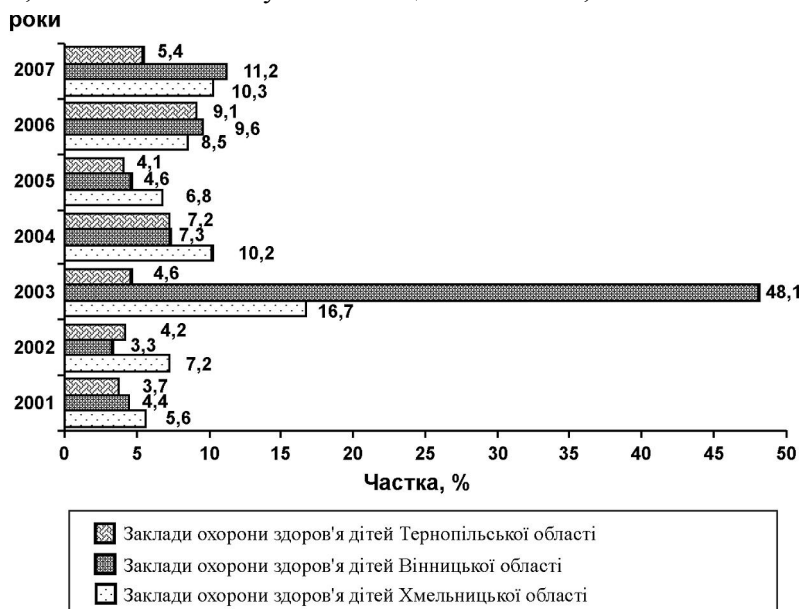


Рис. 2.22. Питома вага капітальних видатків у загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., % *

* Складено на основі даних Фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Така ситуація викликана насамперед обмеженням обсягом бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я дітей. У результаті цього зазначені суб'єкти господарювання позбавлені можливості оновлювати власну матеріально-технічну базу,

підвищувати рівень оснащення медичною технікою й обладнанням, а натомість користуються морально застарілою та фізично зношеною апаратурою. Тому, найбільш актуальною проблемою для закладів охорони здоров'я дітей є їх переоснащення сучасним медичним обладнанням, зокрема рентген-діагностичною та дихально-реанімаційною апаратурою, системними кардіомоніторами, кюветами й іншою технікою [135, с. 199, 318, 345].

Матеріально-технічний потенціал, а також такі показники, як рівень забезпеченості ліжковим фондом, тривалість лікування, кількість амбулаторних відвідувань у розрахунку на одного жителя та рівень госпіталізації, дає змогу визначити тип розвитку медичної допомоги та медичного обслуговування дітей (високоінтенсивний, середньоінтенсивний, екстенсивний) [57, с. 125].

Діючу в Україні систему надання медичної допомоги дітям можна вважати екстенсивною з окремими ознаками середньоінтенсивного типу. У галузі охорони здоров'я не забезпечується оптимальне використання ресурсного потенціалу, стаціонарозамінні та інші ресурсозберігаючі технології розвиваються повільно. Пріоритетним є надання стаціонарної допомоги при зростанні зайнятості ліжка із практично незмінним обсягом амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям, унаслідок чого виникла диспропорція у фінансуванні стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів. Як позитивну тенденцію, що наближає вітчизняну систему надання медичної допомоги дітям до середньоінтенсивного типу, є скорочення середньої тривалості госпіталізації хворого (додаток П).

На основі аналізу видатків закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей ми прийшли до висновку, що незважаючи на пріоритетність фінансування поточних видатків, їх все ж недофінансовують відповідно до потреби. Низький рівень фінансування капітальних видатків призводить до неможливості постійного оновлення у зазначених інституціях власної матеріально-технічної бази. Враховуючи це, у процесі реформування галузі охорони здоров'я доцільно вжити заходів щодо вдосконалення діючої практики управління фінансами закладів охорони здоров'я дітей.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Шляхи вдосконалення формування, розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Здійснення в Україні політичних та соціально-економічних реформ у контексті переходу до ринкових відносин не привело до адекватних новим умовам перетворень у закладах охорони здоров'я, у фінансово-господарській діяльності яких ще зберігаються рудименти адміністративно-командної економіки. Останнє пояснює неефективність їх управлінської діяльності та фінансової розбалансованості.

Обмежений доступ до медичних послуг, незадовільний стан здоров'я населення, майже повна відсутність сучасного лікувально-діагностичного обладнання у закладах охорони здоров'я, соціальна незахищеність медичних працівників та зростання масштабів “тіньових” розрахунків за послуги викликає негативне ставлення до існуючої системи надання медичної допомоги населенню. При цьому загальні ресурси галузі охорони здоров'я України перевищують показники деяких розвинутих країн [41, с. 17]. Саме тому проблеми вдосконалення управління медичним сектором постійно перебувають у центрі уваги держави і переслідують мету покращення обґрунтування і прийняття управлінських рішень та ефективної їх реалізації при раціональному використанні обмежених ресурсів [85, с. 5].

За останні роки автори багатьох наукових праць висловлювали численні пропозиції щодо реформування національної системи охорони здоров'я, проте основні концептуальні підходи і досі залишаються дискусійними, а визначені стратегії – нереалізованими.

Погляди науковців сьогодні розділяються: одні з них вважають, що головною проблемою охорони здоров'я є недостатнє фінансування, інші – доводять, що збільшення обсягу фінансових ресурсів без підвищення ефективності їх використання не поліпшить

стан справ у галузі. Ми дотримуємося позиції останніх, оскільки вважаємо, що з розвитком та впровадженням новітніх лікувально-діагностичних технологій, зростанням цін на медичне обладнання і препарати коштів для системи охорони здоров'я завжди не вистачатиме (про це свідчить досвід США, де незважаючи на фінансування охорони здоров'я в обсязі 15% ВВП країни, галузь усе ж відчуває дефіцит ресурсів), тому актуальним є здійснення реформ, спрямованих на покращення фінансового забезпечення галузі шляхом ефективнішого розподілу та використання обмежених фінансових ресурсів.

Незважаючи на численні нормативно-правові акти, прийняті для реалізації намічених заходів, ситуація з надання медичних послуг населенню суттєво не покращилася. У зв'язку з цим доцільно розглянути підходи до організації управління фінансовими ресурсами медичних закладів, які застосовують у світовій практиці (рис. 3.1), та котрі можуть бути використані в Україні.

До першої групи належать заходи подолання кількісного дефіциту фінансових ресурсів, спрямовані на безпосереднє збільшення обсягів фінансування, і охоплюють:

- перерозподіл ресурсів на користь системи охорони здоров'я шляхом зменшення фінансування інших секторів бюджетної сфери;
- запровадження нового податку чи збору на соціальне медичне страхування [102].

Наведені заходи можна використовувати й одночасно, однак через ряд соціально-політичних та макроекономічних причин їх застосування не завжди можливе. Наприклад, унаслідок використання першої рекомендації в умовах обмежених бюджетних ресурсів погіршиться фінансування інших бюджетних програм, що також мають важливе суспільне значення. Крім того, за низького рівня розвитку економіки держава не завжди готова збільшувати асигнування на охорону здоров'я у більшому розмірі, ніж це дозволяють її фінансові можливості.

Збільшення обсягів фінансування медичного сектору можна досягти і шляхом запровадження нових податків, що дасть змогу уникнути недофінансування інших статей видатків бюджету. Однак, це суперечитиме політиці зменшення податкового тиску і тому не знайде належної підтримки серед більшості населення.

За таких обставин основним шляхом подолання дефіциту фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я України та підвищення ефективності їх використання може стати введення соціального медичного страхування, переваги та недоліки якого відображені у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Переваги та недоліки соціального медичного страхування [16, с. 15]

Переваги	Недоліки
<ul style="list-style-type: none">– можливість отримання стабільного джерела фінансування;– забезпечення наочності притоку ресурсів у систему охорони здоров'я;– можливість забезпечення становлення прав пацієнтів як споживачів медичних послуг;– можливість комбінації об'єднання ризиків і взаємної підтримки: надання послуг згідно з потребами та розподіл фінансового навантаження відповідно до можливості здійснювати оплату;– певна незалежність від держави та одночасна з цим можливість участі у реалізації державної політики охорони здоров'я;– можливість сприяння ефективному наданню медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none">– високий рівень адміністративних витрат;– наявність проблем у сфері стримування витрат;– наявність проблем із забезпеченням охоплення страхуванням працівників сільського господарства та працівників, які отримують заробітну плату у "конверті"

Соціальне медичне страхування має сприяти досягненню цілей політики охорони здоров'я і може бути успішно втілене лише за наявності в країні відповідних умов [145]. Ми поділяємо думку науковців, які вважають, що недоцільно впроваджувати соціальне медичне страхування за таких обставин [16]:

- недофінансування та неможливість збільшення витрат на охорону здоров'я через недостатній рівень економічного розвитку;
- невисокий рейтинг галузі в переліку національних пріоритетів;
- відсутність належної законодавчої бази й адміністративних механізмів для реалізації медичного страхування;
- значний рівень безробіття та високий розмір відрахувань від доходу;

– переважання неформального сектору економіки над формальним і значні масштаби неофіційних розрахунків за медичні послуги;

– неготовність наявної інфраструктури системи охорони здоров'я до надання відчутних переваг при отриманні медичних послуг застрахованими особами, не обмежуючи при цьому доступ до невідкладної медичної допомоги населенню, яке не охоплене страхуванням.

Значна частина перерахованих вище умов спостерігається і в Україні. У даний час держава фінансує систему охорони здоров'я, враховуючи реальні економічні можливості, й надіятися на суттєве збільшення витратів на дану галузь практично неможливо. Одна із причин зазначеної ситуації – надзвичайно потужний неофіційний сектор економіки, який, за оцінками експертів, становить близько 50–60% ВВП [16, с. 20], що призводить до дефіциту бюджетних коштів та недофінансування державних програм, зокрема в галузі охорони здоров'я.

Окрім того, внески на соціальне медичне страхування формуватимуться за рахунок відрахувань від доходу працівників та нарахувань на фонд заробітної плати для роботодавців, розмір яких і так порівняно високий (наприклад, нарахування на фонд оплати праці сьогодні становлять біля 40% фонду оплати праці, а відрахування від заробітної плати – близько 20%). Результатом запровадження додаткових нарахувань може бути незацікавленість працедавців в утриманні персоналу з наступним зростанням рівня безробіття або ж поширення практики видачі заробітку в “конверті”. Вже сьогодні багато громадян офіційно є безробітними (за даними Державного комітету статистики України на 1.01.2010 р. – 531,6 тис. осіб [93]), а документально засвідчений розмір заробітної плати працівників комерційного сектору у більшості випадків занижений і не відповідає реальності. Тому, гарантуючи всім певний пакет послуг за умови сплати податків із заробітної плати, неможливо буде забезпечити задекларовані гарантії, оскільки реально держава, за підрахунками експертів, зможе зібрати тільки 20% коштів, які необхідно було б зібрати, якщо враховувати, що всі, кому буде гарантовано послуги в рамках програми, їх отримуватимуть [47, с. 98]. За таких обставин система

медичного страхування виявиться неспроможною, і її не підтримає населення.

Не сприяє запровадженню соціального медичного страхування й відсутність менеджерів, здатних ефективно забезпечувати управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. Ми поділяємо думку О. Баєвої, що організація роботи лікувально-профілактичних установ потребує керівників двох якісних рівнів: керівників лікувально-профілактичною діяльністю установи та керівників, які забезпечують організацію планово-економічної та фінансової роботи зазначеної інституції [3, с. 233]. В охороні здоров'я має відбутися поступовий перехід від інтуїтивних, досвідно-прагматичних методів управління галуззю до науково-обґрунтованих методів і форм класичного менеджменту із формуванням та використанням якісно нового кадрового ресурсу менеджерів охорони здоров'я [7]. Тому для України актуальним є вирішення в законодавчому порядку питання про надання професійним менеджерам охорони здоров'я права на управління медичними закладами (нормативно-правова база забороняє керувати закладом охорони здоров'я особі без медичної освіти).

Отже, зважаючи на викладені вище обставини, на нашу думку, система медичного страхування в Україні виявиться нежиттєздатною, і її не підтримає населення.

Враховуючи найважливіше правило проведення реформ – їх послідовне та детально сплановане впровадження – на наш погляд, доцільно звернути увагу на схожу із системою Семашко модель Беверіджа. Вона передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів згідно із принципом – гроші слідує за пацієнтом, характеризується високим рівнем державних гарантій медичного забезпечення, доступністю медичної допомоги для всього населення країни. Заклади охорони здоров'я перебувають в основному у державній та комунальній власності. Медичні послуги надаються та фінансуються згідно із укладеними контрактами між провайдером цих послуг (медичними закладами, самостійно практикуючими лікарями) та стороною-платником – державними органами управління охороною здоров'я. Вартість окремих медичних послуг відшкодовується фізичними особами за власний

рахунок. Пріоритет у фінансуванні – ланка первинної медико-санітарної допомоги: сімейні лікарі отримують фіксовану суму коштів на одну зареєстровану в них особу для забезпечення надання ними узгодженого переліку послуг. Вони володіють винятковим правом направляти пацієнтів на госпіталізацію у лікарняні заклади та зацікавлені самі надати якомога більший обсяг медичних послуг, дозволених в умовах амбулаторії, з використанням найменш затратних технологій, контролюючи таким чином витрати на охорону здоров'я. Оплата праці медичного персоналу залежить від обсягу виконаної роботи (кількості наданих медичних послуг), кваліфікації.

Звичайно, модель Беверіджа не позбавлена недоліків. До них можна віднести відсутність ринкових стимулів економічної ефективності, слабку мотивацію підвищення якості надання медичних послуг, необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я [2]. Кожна країна, у якій запроваджена система Беверіджа, намагаючись усунути зазначені недоліки, коректує засади організації та фінансування галузі охорони здоров'я. Саме тому системи охорони здоров'я Великобританії, Канади, скандинавських країн, країн Південної Європи дещо відрізняються, хоча і ґрунтуються на принципах моделі Беверіджа.

Таким чином, в умовах соціально-економічних трансформацій, які відбуваються в Україні, оптимальною, на наш погляд, є побудова національної системи охорони здоров'я на засадах моделі Беверіджа. Вона довела свою ефективність у багатьох країнах, схожа із діючим в нашій державі різновидом бюджетної моделі організації охорони здоров'я, а тому не потребує таких кардинальних змін, як, наприклад, запровадження системи медичного страхування.

Варто зазначити, що необхідність збільшення фінансування охорони здоров'я не викликає сумніву, проте не завжди причиною незадовільного стану справ у закладах охорони здоров'я є лише кількісний дефіцит фінансових ресурсів. Так, незважаючи на низьку питому вагу видатків на охорону здоров'я (близько 4% ВВП) порівняно з розвинутими країнами світу, видатки на дану галузь у структурі видатків зведеного бюджету України досягають 11,89%

(2009 р.), що не так уже й мало, враховуючи необхідність фінансування й інших сфер діяльності держави. Крім того, за 2004–2009 рр. обсяги отриманих галуззю охорони здоров'я фінансових ресурсів зросли у три рази, проте ситуація з надання медичних послуг населенню суттєво не покращилася.

За таких умов доцільно застосовувати заходи, спрямовані на подолання якісного дефіциту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, забезпечення фінансової стабільності та підвищення економічної ефективності системи медичного обслуговування. Їх поділяють на [102]:

– заходи, спрямовані на стримування витрат (або контролю за витратами), передбачають вплив на попит та на пропозицію медичних послуг;

– заходи, спрямовані на ефективний розподіл і використання ресурсів.

Заходи впливу на попит на медичні послуги передбачають співучасть населення у витратах на медичну допомогу і встановлення базового пакета медичних послуг, що покриваються за рахунок бюджетних коштів, але застосування їх в Україні стримується недоліками у законодавстві. Стаття 49 Конституції України та рішення Конституційного Суду України від 29. 05. 2002 р. передбачають безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я без будь-яких обмежень, надання всіх без винятку медичних послуг усім громадянам без будь-якого фінансового відшкодування з їх боку на користь медичного закладу [96, с. 107 - 112]. При цьому навіть найбагатші країни неспроможні забезпечити надання всіх медичних послуг усім без винятку членам суспільства за рахунок державних фінансів. Тому загальне визнання й підтримку протягом останніх кількох десятиліть отримала доктрина нормування державних гарантій у сфері медичного обслуговування, що базується на парадигмі базового пакета послуг [102].

Окрім того, якщо держава не може забезпечити повну безоплатність медичної допомоги, потрібна цивілізована форма участі населення у відшкодуванні вартості наданих послуг, один із прикладів чого демонструє Фінляндія [57, с. 113]. Залучають

I. Пацієнти можуть відшкодувати лише витрати на лікувальне харчування та перебування в приміщенні закладу охорони здоров'я (готельні послуги і послуги підвищеної комфортності), а частину інших витрат, необхідних для надання медичної послуги, покриватимуть за рахунок бюджетних та інших надходжень.

II. Зважаючи на те, що найдорожчими є перші дні перебування хворого на стаціонарному лікуванні, відшкодування витрат на надання медичних послуг за рахунок співоплати населення можна застосовувати для оплати кінцевих днів госпіталізації пацієнта в лікарняному закладі понад установлений нормативами (відповідно до медичних стандартів) термін стаціонарного лікування.

Запровадження співучасті населення у витратах на охорону здоров'я, на нашу думку, сприятиме усуненню неофіційних розрахунків у закладах охорони здоров'я, диверсифікації джерел фінансових ресурсів і дасть змогу більшій кількості населення отримати якісну медичну допомогу. Успішна реалізація описаного заходу за умови збереження бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я можлива лише за умови забезпечення бюджетними коштами витрат на надання гарантованого державою базового обсягу медичних послуг та потребує вдосконалення національної нормативно-правової бази. Держава має чітко визначити, які соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я вона спроможна фінансувати за рахунок бюджетних коштів, а які – доцільно забезпечувати за рахунок інших джерел фінансування.

Невід'ємною складовою процесу реформування фінансово-економічних відносин у галузі охорони здоров'я є вдосконалення системи оплати праці медичного персоналу. Метою даного заходу, як зазначив Д. Ділноїдж, є створення таких соціальних умов у сфері охорони здоров'я, за яких професійна поведінка лікарів на мікрорівні забезпечила б контроль за витратами на макрорівні [143]. Для цього доцільно:

1) підвищити рівень винагородження лікарів та іншого медичного персоналу;

2) виробити механізми оплати праці, що сприяють зростанню ефективності використання ресурсів охорони здоров'я.

Вітчизняний та світовий досвід свідчить, якщо лікарі отримують менше, ніж заслуговують, вони знаходять способи неофіційного стягнення плати з пацієнтів. Без підвищення розміру

зарплати медичному персоналові неможливо викоринити “приховані” виплати. Отже, оптимізація системи оплати праці має сприяти досягненню таких стратегічних цілей: орієнтованості на високі кінцеві результати, ефективного використання ресурсів і координації між різними медичними службами, спрямованості на забезпечення доступності та високої якості медичної допомоги. При виборі методів оплати праці слід враховувати їх тісний зв'язок із прийнятими підходами до фінансування відповідних медичних служб [60, с. 108].

Основою змін в оплаті праці лікарів первинної ланки має стати перехід від моделі, за якою лікар, котрого найняла держава, працює за зарплату, до договірних відносин, за яких працю лікарів оплачується згідно з визначеними у контракті умовами. Найоптимальнішою для України була б змішана модель, що передбачає комбінацію гонорарного (10–15%), подушового (5560%) і покладного (25–40%) методів фінансування. Фіксована оплата повинна складати невелику частку і забезпечувати соціальний захист спеціалістів. Основна частина оплати – подушна залежить від обсягу лікарської практики (кількості прикріпленого населення), що стимулює інтенсифікацію діяльності через залучення додаткового числа пацієнтів, пропорційно до зростання яких лікар має отримувати надбавки. Гонорарну частку можна використовувати для стимулювання надання ефективних та ощадливих профілактичних послуг, розширення стаціонарозамінних послуг, надання яких зменшує звернення пацієнтів до лікарняного сектору [50, с. 77].

У процесі реформування системи оплати праці лікарів у стаціонарах на відміну від існуючих жорстких посадових окладів, що не залежать від результатів роботи, доцільно формувати оклад лікаря з двох частин: постійної і змінної. У змінній частці (4050%) доцільно враховувати обсяг, складність втручань, ведення амбулаторного прийому, надання стаціонарозамінних послуг тощо. Якість надання медичних послуг рекомендовано оцінювати з допомогою моделей кінцевих результатів, які передбачають застосування санкцій при рівні, нижчому за контрольні значення [60, с. 109].

Здійснення ефективної кадрової політики має передбачати усунення кадрового дисбалансу між лікарями та середнім і молодшим медичним персоналом, співвідношення між якими в

Україні становить 1:1,5–2 (у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей близько 1:3,6) і не відповідає сучасним вимогам (у європейських країнах таке співвідношення дорівнює 1:5–6). У зв'язку з недостатньою кількістю середнього та молодшого медичного персоналу сестринські обов'язки часто змушені виконувати лікарі, оплата праці яких потребує значно більших витрат. Зазначені проблеми доцільно врахувати при розробленні нормативів для визначення штатів медичного персоналу.

Реалізація таких заходів, як скорочення кількості лікарів та ліжкового фонду в медичних закладах, контроль за витратами на матеріально-технічні й кадрові ресурси залежить, на наш погляд, від наукової обґрунтованості планування ресурсного потенціалу закладів охорони здоров'я. Наукові підходи щодо організації процесу планування мають базуватися на ме-дичних потребах населення й економічній ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, пов'язаній із обсягом та якістю послуг, що надаються населенню [99, с. 117].

Механізм фінансового планування в закладах охорони здоров'я також потребує вдосконалення. Це стосується насамперед системи норм і нормативів, що відіграють вирішальну роль у процесі планування фінансових ресурсів, проте на сучасному етапі залишаються необґрунтованими та неактуальними. Перегляду потребують і основні оперативно-сітьові показники закладів охорони здоров'я. На наш погляд, планувати і виділяти фінансові ресурси згаданим інституціям із бюджету варто, враховуючи кількість наданих медичних послуг або пролікованих хворих, а не число ліжко-днів, показники яких не завжди достовірні.

Удосконалення потребує і методика формульного розрахунку витатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів. Зважаючи на пріоритетність охорони здоров'я дітей у державній політиці охорони здоров'я України та відчутну різницю між показниками захворюваності дитячого й дорослого населення, на наш погляд, доцільно окремо визначати видатки на охорону здоров'я з бюджету для даних категорій пацієнтів та фінансувати заклади, які надають їм медичну допомогу, враховуючи отримані суми. Частка витатків на охорону здоров'я дітей (OZ_d) у загальному обсязі витатків на охорону здоров'я (OZ) з бюджету локального рівня, на наш погляд,

має бути не меншою, ніж питома вага чисельності дітей (ЧД) у загальній чисельності населення (ЧН) і частка загальної захворюваності дітей ($З_д$) у загальній захворюваності населення ($З_н$) відповідної території:

$$\frac{OЗ_д}{Oз} \geq \frac{ЧД}{ЧН}, \quad \frac{OЗ_д}{Oз} \geq \frac{З_д}{З_н}.$$

Розрахунок оптимального діапазону частки видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я із зведеного бюджету Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей наведено у табл. 3.2.

Розподіл фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я пропонуємо здійснювати залежно від фінансового стану зазначених інституцій, обсягу і характеру їх діяльності.

Таблиця 3.2

Розрахунок оптимального діапазону частки видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я із місцевого бюджету (на прикладі Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей у 2004–2007 рр.), %

Роки	Чисельність населення, осіб	Чисельність дітей, осіб	Питома вага дітей у загальній чисельності населення, %	Загальна захворюваність населення, кількість випадків хвороб	Загальна захворюваність дітей, кількість випадків хвороб	Питома вага загальної захворюваності дітей у загальній захворюваності населення, %	Оптимальний діапазон частки видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків зведеного бюджету області на охорону здоров'я, %
<i>Вінницька область</i>							
1	2	3	4	5	6	7	8
2004	1728200	362033	20,95	3530700	740575	20,98	20,95–20,98
2005	1710900	348397	20,36	3559965	731320	20,54	20,36–20,54
2006	1694000	336722	19,88	3579219	717955	20,06	19,88–20,06
2007	1679382	326558	19,45	3636584	718970	19,77	19,45–19,77

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Тернопільська область</i>							
2004	1123100	250408	22,30	1810255	400292	22,11	22,11–22,30
2005	1115900	242243	21,71	1838377	396782	21,58	21,58–21,71
2006	1108800	235288	21,22	1850665	366273	19,79	19,79–21,22
2007	1102113	229186	20,80	1904681	379770	19,94	19,94–20,80
<i>Хмельницька область</i>							
2004	1394600	294012	21,08	2187487	486602	22,24	21,08–22,24
2005	1380700	283770	20,55	2227396	481370	21,61	20,55–21,61
2006	1367400	273872	20,03	2259847	485761	21,50	20,03–21,50
2007	1358205	265733	19,57	2295598	484461	20,93	19,57–20,93

Ключовими заходами забезпечення ефективного розподілу ресурсів є запровадження контрактних відносин і автономізація постачальників медичних послуг, перспективи здійснення яких розглянемо в наступних параграфах монографії.

За допомогою реалізації заходів, спрямованих на забезпечення раціональної фармацевтичної політики, можна стримувати видатки на охорону здоров'я за рахунок впливу на попит та пропозицію медикаментів і раціонального вибору ліків із урахуванням співвідношення ціни й терапевтичного ефекту. Необхідність таких дій обумовлена причинами відсутності: системи раціонального медикаментозного забезпечення населення; офіційних механізмів залучення особистих коштів громадян для оплати стаціонарного лікування, в результаті чого пацієнти купують ліки у роздрібній мережі за цінами на 25–30% вищими, ніж оптові, що встановлюють при закупівлі партій медичних препаратів для закладів охорони здоров'я; єдиного механізму формування цін на ліки вітчизняного виробництва та недосконалістю системи дистрибуції лікарських засобів.

Незважаючи на декларації щодо запровадження зазначених заходів у вітчизняну практику, в Україні досі не створено справді ефективного нормативно-правового підґрунтя для її належного застосування. Тому нагальним є: запровадження державної реєстрації цін на життєво необхідні лікарські засоби вітчизняних і зарубіжних виробників; вдосконалення механізму регулювання граничних рівнів оптових та роздрібних надбавок на основні ліки, аналіз їх економічної обґрунтованості [60, с. 166].

Заходи, спрямовані на підвищення ефективності капіталовкладень передбачають: закриття чи перепрофілювання

стаціонарів і спрямування інвестицій в амбулаторний сектор чи на профілактику захворювань; уникнення запровадження високовартісних технологій та методів лікування, ефективність яких не доведена [102].

Для поліпшення обслуговування пацієнтів, раціоналізації використання лікувально-діагностичного обладнання й одночасного перенесення пріоритетів у фінансуванні на первинну медико-санітарну допомогу варто поширювати практику створення регіональних діагностичних центрів [56, с. 294] і надавати перевагу впровадженню профілактичних та реабілітаційних технологій, а не, як сьогодні, – дорогих спеціалізованих і високоспеціалізованих.

Для зменшення необґрунтованих витрат на медичну допомогу населенню органам виконавчої влади та місцевого самоврядування доцільно активізувати запровадження стаціонарозамінних технологій, що, за розрахунками експертів, дають змогу зекономити 50–70% загальних витрат на лікування одного хворого без погіршення якості медичних послуг. Пояснюється це тим, що лікування в умовах цілодобового стаціонару коштує значно (у сім разів!) дорожче, ніж у денному стаціонарі поліклініки.

Недофінансування закладів охорони здоров'я призвело до відсутності оновлення та модернізації основних фондів, що зумовило необхідність використання близько 80% більш як на половину фізично та морально застарілого обладнання і загрожує безпеці пацієнтів і медичного персоналу. Виходом із окресленої ситуації може бути фінансовий лізинг – як один із інструментів кредитування операцій із купівлі обладнання та інших високовартісних товарів медичного призначення. Його основна перевага в тому, що він суттєво не впливає на статті видатків та в умовах динамічного розвитку ринку медичної техніки дає змогу закладам охорони здоров'я уникнути морального зношення основних засобів та протягом короткого терміну вирішити питання власного ресурсозабезпечення [46, с. 193].

Альтернативною можливістю зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я може бути скасування законодавчої заборони бюджетним установам здійснювати запозичення і надання державою пільгових кредитів медичним установам на придбання й переоснащення лікувально-діагностичної апаратури та обладнання.

Необхідна передумова реалізації розглянутих вище шляхів удосконалення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я – формування належної нормативно-правової бази, яка б створила підґрунтя для ефективного реформування фінансового забезпечення медичних інституцій.

На наш погляд, нагальним є усунення суперечностей між такими основними законодавчими документами України:

– статтею 49 Конституції України, статтею 6 Закону України “Про охорону дитинства”, де визначено гарантоване державою право дитини на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я;

– статтею 95 Конституції України, в якій відзначено, що виключно законом про Державний бюджет України визначаються види і розміри видатків держави на загально-носуспільні потреби;

– статтею 12 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, де зазначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу.

Для ефективного регулювання бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я нагальним є, на наш погляд, усунення неоднозначності трактування норм Бюджетного кодексу України і Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” щодо рівня децентралізації фінансування медичного сектору, делегування повноважень із одного рівня на інший.

Підсумовуючи викладене, констатуємо, що в сучасних умовах Україна не готова до запровадження страхової моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Тому, не очікуючи прийняття закону про обов'язкове медичне страхування, на який покладають основні надії щодо розв'язання проблем у медичному секторі, в процесі реформування системи охорони здоров'я доцільно не лише збільшувати обсяги її фінансування, а й здійснювати заходи, спрямовані на стримування витрат та ефективне використання ресурсів. Отже, для вдосконалення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я пропонуємо здійснити комплекс заходів (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Концепція реформування управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

<i>Вектори реформи</i>	<i>Заходи для реалізації</i>
1	2
<i>Відмова від декларацій держави щодо забезпечення всіх громадян усіма видами безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я</i>	Визначення базового пакета гарантованого державою обсягу безоплатних медичних послуг і забезпечення адекватного розміру фінансових ресурсів для організації їх надання
<i>Усунення неофіційних розрахунків населення за надану медичну допомогу дітям</i>	Введення співучасті населення в оплаті медичних послуг
<i>Зміна господарсько-правового статусу бюджетних закладів охорони здоров'я</i>	Надання управлінської та фінансової автономії закладам охорони здоров'я шляхом перетворення їх на некомерційні підприємства
<i>Законодавче врегулювання здійснення некомерційної діяльності закладами охорони здоров'я.</i>	Розширення переліку платних послуг, зокрема і тих, які можуть надавати безпосередньо заклади охорони здоров'я дітей, розроблення методики визначення їх вартості
<i>Зміна характеру фінансових відносин між фінансуючою стороною і провайдерами медичних послуг населенню</i>	Відмова від принципу фінансування витрат (утримання) закладів охорони здоров'я та перехід до контрактних закупівель медичних послуг за моделлю блок-контракту
<i>Зміна методів оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я</i>	Відмова від кошторисного методу фінансування закладів охорони здоров'я та запровадження: подушного фінансування за моделлю часткового фондо-тримання – для оплати медичних послуг амбулаторно-поліклінічних закладів та фінансування за методом глобального бюджету – для лікарняних закладів
<i>Зміна пріоритетів у розподілі фінансових ресурсів</i>	Перенесення пріоритетів у фінансуванні на заклади охорони здоров'я, які забезпечують надання первинної медико-санітарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню

Продовження табл. 3.3

1	2
<i>Вдосконалення системи оплати праці медичного персоналу.</i>	Для лікарів ланки ПМСД оптимальною була б змішана модель оплати праці (комбінація покладного, подушового і гонорарного методів); оплата праці лікарів стаціонарного сектору медичної допомоги має складатися з постійної і змінної частин; усунення міжпосадових диспропорцій.
<i>Диверсифікація джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я</i>	Формування багатоканальної моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я із залученням бюджетних коштів як основного джерела фінансових ресурсів, коштів від медичного страхування, надання платних медичних і немедичних послуг, благодійних внесків, кредиту, лізингу та інших джерел, не заборонених законом-давством
<i>Підвищення ефективності використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я</i>	Впровадження стаціонарозамінних та ресурсозберігаючих технологій, оптимізація потужності медичних закладів, підвищення ефективності капіталовкладень
<i>Зміни у складі управлінського персоналу закладів охорони здоров'я</i>	Залучення до управління закладами охорони здоров'я менеджерів охорони здоров'я, здатних забезпечувати ефективне управління фінансовими ресурсами

Реалізація запропонованих заходів сприятиме поліпшенню якості, доступності, ефективності й прозорості нинішньої системи медичного обслуговування населення та підготовці її інфраструктури до майбутнього впровадження моделі соціального медичного страхування.

3.2. Автономізація постачальників медичних послуг та перспективи запровадження контрактних відносин у галузь охорони здоров'я

Пусковим механізмом для забезпечення ефективного розподілу фінансових ресурсів та контролю за витратами у секторі

медичного обслуговування є підвищення рівня фінансової та управлінської автономії постачальників медичних послуг [65, с. 6] і запровадження контрактних закупівель даних послуг. Використання зазначених заходів – основна відмінність, що відрізняє орієнтовані на фінансування за рахунок загальних податків чи соціального медичного страхування контрактні моделі систем охорони здоров'я ряду європейських країн (наприклад, Великобританія, Скандинавські країни, Італія тощо) від системи охорони здоров'я України, що досі базована на характерній для радянських часів інтегрованої моделі розподілу ресурсів, в якій відсутні контрактні відносини [102].

Необхідність автономізації вітчизняних постачальників медичних послуг обумовлена: неефективністю діяльності бюджетних медичних закладів; впливом кваліфікованих кадрів у приватний сектор; недостатньою прозорістю і поширеною корупцією в бюджетних медичних закладах; недоступністю допомоги для малозабезпечених осіб унаслідок дефіциту фінансування медичних бюджетних установ та зростанням неформальних платежів; фактичною відсутністю реальних заохочень і санкцій за якість роботи медичного персоналу [118, с. 292].

Автономія (управлінська та фінансова самостійність) постачальників медичних послуг – один із проявів здатності закладів охорони здоров'я гнучко й оперативно реагувати на вимоги оточення і пристосовуватися до них на основі відповідних внутрішніх та зовнішніх мотивацій. Автономію забезпечують наданням професійним медичним працівникам і медичним закладам свободи у прийнятті фахових медичних, управлінських та фінансових рішень, і, серед іншого, вона охоплює право постачальників медичних послуг застосовувати у своїй діяльності не заборонені законодавством альтернативні підходи до організації власної господарської діяльності, лікування, обстеження та інших видів обслуговування пацієнтів.

Процес підвищення рівня управлінської та фінансової автономії постачальників медичних послуг передбачає зміну господарсько-правового статусу цих суб'єктів із метою створення передумов для забезпечення ширших і вільніших можливостей у

прийнятті управлінських та фінансових рішень, пов'язаних із організацією їх діяльності [195, с. 7] (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Цілі зміни господарського статусу закладів охорони здоров'я та взаємозв'язок між ними [101, с. 11]

Основний зміст стратегії автономізації закладів охорони здоров'я та очікувані від її запровадження позитивні можливості, базуючись на зарубіжному досвіді, можна підсумувати у вигляді табл. 3.4.

Як свідчить досвід більшості зарубіжних країн, автономізацію постачальників медичних послуг – фізичних осіб забезпечують наданням їм права на підприємницьку діяльність – приватну медичну практику.

Автономізація постачальників медичних послуг – юридичних осіб потребує зміни господарсько-правового статусу медичних закладів, що вимагає прийняття відповідних управлінських рішень власників цих закладів. Найвищий ступінь свободи державним та комунальним закладам охорони здоров'я міг би бути наданий шляхом їх перетворення на приватні підприємницькі структури. Однак такий підхід негативно сприймається суспільством і спричиняє високі ризики конфлікту між підприємницькою поведінкою, основною мотивацією якої є отримання прибутку, та соціальною функцією, котру мають виконувати лікарні.

Стратегія автономізації постачальників медичних послуг [65, с. 7]

Зміст стратегії	Очікувані позитивні можливості
Обмеження адміністративних прав органів державної влади та місцевого самоврядування і передача керівникам медичних закладів права самостійного розпорядження ресурсами.	<ul style="list-style-type: none"> – перехід від постатейного бюджетного утримання медичних закладів до самостійного визначення ними пріоритетних напрямів витрат і фінансування – збільшення обсягу наданих платних медичних послуг, використання отриманих від них доходів і зекономлених державних коштів для матеріального заохочення персоналу та інвестицій – запровадження контрактних відносин із стороною-платником, фінансування за допомогою методу глобального бюджету та інших нових методів відшкодування – створення стимулів та мотивацій для надання високоякісних послуг та ефективного використання ресурсів – запобігання виникненню конфлікту між соціальною функцією підприємства та комерційним інтересом

Крім того, приватизація публічних медичних закладів в Україні заборонена статтею 49 Конституції України, де відзначено, що „...існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена [53]”. Тому в багатьох країнах світу публічні заклади охорони здоров'я функціонують за концепцією регульованого ринку (“внутрішнього ринку”) або моделлю “соціального підприємництва”, яка передбачає збереження медичних закладів у державній (муніципальній, комунальній) власності з наданням їм більшого рівня самостійності та можливості запровадження характерних для підприємництва механізмів, що сприяють підвищенню ефективності та якості діяльності. Це дає змогу збалансувати використання ринкових стимулів та державного контролю за державним сектором охорони здоров'я й оптимізувати якість, доступність і економічну ефективність медичного обслуговування.

В Україні необхідність застосування ринкових інструментів у галузі охорони здоров'я та формування “внутрішнього ринку” викликана низьким рівнем фінансування медичних закладів, невідповідністю інституційних структур зазначеної галузі й економіки в цілому, зниженням мотиваційного механізму в поведінці виробників медичних послуг, ослабленням контролю за якістю діагностики та лікування, наявністю значного за масштабами “тіньового” ринку медичних послуг і неефективною структурою їх надання в легальному сегменті, яка виражається в переважанні високовитратного стаціонарного сектору [44, с. 18].

Для впровадження моделі “соціального підприємництва” у вітчизняну практику необхідна відповідна законодавча база. Проте в Україні поки що немає закону, що спеціально врегулював би господарський статус публічних медичних закладів, надаючи при цьому їм достатній ступінь управлінської та фінансової автономії. У зв'язку з цим нині єдиним можливим шляхом автономізації зазначених інституцій є використання чинного законодавства [100, с. 2, 14 -16].

Як випливає з положень Господарського кодексу України, найбільший ступінь самостійності притаманний такому видові суб'єкта господарювання, як підприємство (найбільшим він є у приватних підприємств, дещо меншим – у державних та комунальних комерційних підприємств, найменшим – у казенних та комунальних некомерційних підприємств), правовий статус якого порівняно з бюджетною установою дає змогу ефективніше використовувати ресурси та підвищувати якість діяльності.

Що стосується безпосередньо закладів охорони здоров'я, то стаття 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я надає їм право здійснювати свою господарську діяльність у формі підприємства. Згадана стаття, зокрема, трактує заклад охорони здоров'я як „підприємство, установу та організацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників [34]”. Таким чином, правове поле в Україні дає змогу здійснювати реформи у галузі

охорони здоров'я в напрямку перетворення публічних медичних закладів у підприємства – суб'єкти господарювання, що мають значно вищий, аніж бюджетні установи, ступінь управлінської та фінансової самостійності.

Ми погоджуємось із думкою В. Рудого, який вважає, що прийнятнішою для України, зважаючи на законодавчу заборону приватизації медичних закладів, є модель автономізації закладів охорони здоров'я шляхом їх перетворення з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства (для закладів комунальної форми власності) й казенні підприємства (для закладів державної форми власності), за якими має бути закріплений статус неприбуткових організацій. Економічні показники, що відображають раціональність використання у закладах охорони здоров'я фінансових ресурсів, мають бути провідними критеріями оцінки ефективності фінансово-господарської діяльності зазначених інституцій [101].

Така модель дає змогу уникнути конфлікту між бажанням підприємства отримувати максимальний прибуток і виконанням дорученої медичним закладам суспільнокорисної функції, що полягає в забезпеченні населення безоплатною медичною допомогою у рамках встановлених державою гарантій. Проте на шляху зазначеного процесу є суттєві перешкоди, пов'язані з проблемами реєстрації некомерційного підприємства як неприбуткової установи й оподаткування податком на прибуток підприємств, земельним податком та відсутністю примірного статуту для медичних підприємств; методичного забезпечення запровадження та використання нових методів оплати діяльності провайдерів, орієнтованих на врахування обсягів та якості роботи; адміністраторів і менеджерів на місцях для забезпечення ефективної роботи медичних закладів із урахуванням зміни господарського статусу; відповідних знань та політичної волі до запровадження реформ у представників місцевої влади та місцевого самоврядування [100, с. 14].

Невід'ємною складовою реформи системи охорони здоров'я є здійснення закупівель медичних послуг та запровадження довірних відносин між платниками та постачальниками цих послуг, які служитимуть альтернативою інтегрованій моделі

розподілу ресурсів. Домінуючу роль договірних відносин підкреслює спеціальна резолюція Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я "Про роль контрактних відносин у поліпшенні діяльності систем охорони здоров'я" (травень, 2003 р.).

Контракти є важливим інструментом впливу покупців на постачальників послуг, оскільки в них зазначені умови надання, перелік, обсяг медичних послуг. Окрім того, договірні відносини сприяють створенню рівних можливостей укладення контрактів, які фінансують за рахунок бюджетних коштів, для публічних та приватних постачальників медичних послуг, і дозволяють активізувати такі управлінські стратегії:

- децентралізація управління для делегування частини повноважень від вищих органів управління до закладів охорони здоров'я [135, с. 13];

- розділення функцій платника та постачальника медичних послуг, зміна типу відносин між ними з ієрархічних на партнерські;

- формування економічної зацікавленості медичних інституцій у забезпеченні максимально можливої результативності власної діяльності – високої якості послуг за якомога менших витрат;

- підвищення рівня адміністративної та фінансової автономії, гнучкості постачальників медичних послуг та рівня їх відповідальності за якість наданих послуг;

- посилення відповідальності платника за організацію фінансування;

- формування пацієнтів як обізнаних, добре інформованих споживачів медичних послуг, які здатні цивілізовано захищати свої визначені законом права та реально впливати на поліпшення якості системи охорони здоров'я [102].

Процес контракування передбачає ведення переговорів та укладення угоди між покупцем і постачальником на конкурентних засадах, і дає змогу покупцям забезпечувати контроль за витратами на макрорівні, а також підвищувати результативність роботи закладів охорони здоров'я [97, с. 224]. Контрактні закупівлі медичних послуг дозволяють формалізувати процес планування й управління, зробити прозорими та чіткими зобов'язання сторін договору щодо досягнення конкретних цілей і виконання визначених

завдань. А саме це і є ключем для забезпечення правових та економічних стимулів підвищення ефективності використання ресурсів [100, с. 15].

У світовій практиці трапляються різні моделі контракції медичних послуг, що мають певні переваги та недоліки:

– Блок-контракти передбачають виконання наступних умов: закупівельник виплачує надавачеві узгоджену суму за можливість направляти пацієнтів на лікування; обмежень в обсягах діяльності не передбачено. Блок-контракти характерні простотою складання та зручністю виконання, якщо історично склалися певні типи пацієнтів та майже не змінюється “коефіцієнт направлення до спеціалістів”.

Перевагами блок-контрактів для надавачів медичних послуг є гарантований дохід для покриття витрат незалежно від фактично вкладеної праці та можливість планувати обсяги власної діяльності. До недоліків блок-контрактів можна віднести безоплатне виконання послуг, якщо їх обсяги перевищують очікувані, й надмірні витрати, якщо випадок захворювання виявиться важчим, аніж передбачали.

Щоби запобігти некомпенсованим витратам, провайдери можуть наполягати на встановленні в блок-контракті верхніх меж на певні обсяги та види послуг за контрактом.

Переваги блок-контрактів для закупівельників медичних послуг полягають у простоті виконання й гарантії отримання певного обсягу послуг за фіксовану плату. Серед недоліків блок-контрактів можна відзначити недостатню їх гнучкість, якщо послуг виконано менше, ніж очікували (у випадку меншої кількості пологів у зв'язку із меншою народжуваністю), та, як наслідок, перевищення фактичних витрат над необхідними.

Для ліквідації зазначених недоліків у контракти доцільно вводити положення, що враховували б як недостатні, так і надлишкові медичні послуги, оскільки закупівельник отримає вигоду у випадку збільшення обсягів виконаної роботи, проте зазнає втрат, якщо обсяги виявляться меншими за передбачувані.

Досвід використання блок-контрактів показує, що вони найпридатніші для порівняно легко прогнозованих випадків невідкладної допомоги, наприклад, травми або захворювання, що виникають у певні періоди року, сезонні епідемії. Також вважають

доцільним використанням блок-контрактів для оплати послуг пологових будинків, де попит також є більш-менш передбачуваним. Небажано застосовувати блок-контракти для оплати послуг косметичної хірургії, якщо не встановлено верхні межі на кількість наданих послуг.

Контракти на узгоджену вартість та обсяг медичної допомоги передбачають виконання таких умов: закупівельник платить надавачеві за узгоджений обсяг медичних послуг; оплату здійснюють за кожний пролікований випадок понад узгоджений обсяг.

У разі відхилення від зазначених у контракті обсягів медичних послуг недовиконані роботи можна не оплачувати. Також на практиці інколи встановлюють так званий “рівень толерантності” – визначений відсоток відхилення від встановленого обсягу медичних послуг не спричиняє додаткових витрат для закупівельників чи штрафів для надавачів [97].

Контракти за вартістю та обсягом мають перевагу для закупівельників у тому, що вони передбачають оплату лише за фактично надані медичні послуги. Недолік цієї форми контрактації – можливість суттєвого перевищення обсягів витрат порівняно зі законтракованими, що може викликати необхідність встановлення у договорах максимального обсягу діяльності для запобігання “накручуванню” витрат і надання непотрібних послуг.

Для надавачів контракти за вартістю та обсягом мають наступні переваги:

– гарантію мінімального обсягу діяльності з уникненням проблем на випадок перевищення рівня навантаження, встановленого у контракті;

– можливість (якщо не помітить закупівельник) помістити менш витратні випадки в елемент обсягу, а більш витратні – в елемент оплати за пролікований випадок.

Контракти за вартістю та обсягом підходять для тих випадків, коли попит можна точно передбачити, і є максимально гнучкими як для провайдерів, так і для закупівельників медичних послуг [78, с. 6].

– Контракти із зазначеною вартістю пролікованого випадку передбачають, що закупівельник оплачує узгоджену суму за кожний

епізод діяльності, тобто кожне надходження пацієнта на лікування оплачують на основі індивідуального контракту. Зазначена модель контрактації є найдоцільнішою за невеликих обсягів діяльності, їх невизначеності або тенденції до зниження і застосовується до провайдерів медичних послуг, які обслуговують місцевості з низькою чисельністю населення.

Перевагою контрактів за вартістю пролікованого випадку є максимум гнучкості у встановленні обсягів послуг, недоліками – високий рівень трансакційних витрат, проблематичність визначення знижок, вимушеність покупців приймати ціну (а не впливати на неї) як наслідок монопольного становища надавачів послуг, потреба у надто великій кількості детальної інформації, через що контракти за вартістю пролікованого випадку поки що не знайшли широкого застосування у зарубіжних країнах.

Більшість сучасних експертів вважають, що найпридатнішою формою контрактації послуг системи охорони здоров'я в країнах, де відчувають нестачу інформації про ресурси, процеси та результати діяльності внаслідок нерозвиненості інформаційних систем, до яких належить і Україна, є застосування блокконтрактів [78, с. 6]. Схематично основні складові такого договору відображені на рис. 3.3.

Механізм контрактних закупівель медичних послуг в Україні слід запроваджувати відповідно до “Положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти”, затвердженого постановою КМУ від 17. 10. 2008 р. № 921. Підтвердженням цього є включення медичного обслуговування до поняття “послуги” у пункті 2 даного нормативно-правового акта. Зазначений документ відкриває можливості для конкуренції за кошти державного та місцевих бюджетів між закладами охорони здоров'я різних форм власності, а визначені у ньому процедури можна було б застосовувати й при подальшому запровадженні в Україні соціального медичного страхування. Крім того, згідно з даним правовим актом потенційними постачальниками медичних послуг можуть бути як юридичні, так і фізичні особи, що створює умови для подальшого розвитку індивідуальної приватної медичної практики.



Рис. 3.3. Складові договору про надання медичних послуг за моделлю блок-контракту *

*Складено на основі джерела [65, с. 20]

Пункт 19 “Тимчасового положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” передбачає такі процедури закупівель, як відкриті торги, торги з обмеженою участю, двоступеневі торги, запит цінових пропозицій (котирувань), торги зі зменшенням ціни (редукціон), закупівля в одного постачальника (учасника) [90, с. 6 – 9]. Перші п’ять із перерахованих процедур потребують конкурентного середовища, якого, для прикладу, в сучасних умовах між закладами охорони здоров’я дітей майже нема. Підтвердження цього – ситуація на ринку медичних послуг дітям: на рівні міста обласного значення медичні послуги дітям надає лише одна міська дитяча лікарня, на рівні району та міста районного значення – заклади охорони здоров’я дітей взагалі відсутні, медичні послуги дітям надають дитячі відділення та консультації районних та міських лікарень, на обласному рівні – функціонують будинок дитини й одна обласна дитяча лікарня, за винятком Львівської, Харківської та Чернівецької областей. Що стосується дитячих санаторіїв, то враховуючи різну спеціалізацію кожного з них, їх важко назвати конкурентами. Діють також

небагато приватних лікарських практик і приватних дитячих лікарень, здатних конкурувати з публічними медичними закладами за державний чи муніципальний контракт.

Фактично, як правильно зазначає В. Рудий, виникла ситуація, коли, з одного боку, платник (тобто в нинішніх умовах – розпорядник бюджетних коштів) не має змоги обрати іншого провайдера, а, з іншого боку, монопольний постачальник медичних послуг об'єктивно обмежений у можливості отримати інші, ніж бюджетні, кошти, необхідні для власної діяльності [100, с. 16]. Враховуючи викладене, у даний час для закладів охорони здоров'я дітей найбільший інтерес становить процедура закупівлі в одного учасника, відповідно до якої після переговорів із провайдером замовник укладає договір про закупівлю медичних послуг дітям. Саме відсутність конкуренції, згідно з пунктом 83 “Тимчасового положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти”, – одна з умов застосування зазначеної процедури закупівель.

У перспективі, з розвитком приватного сектору системи охорони здоров'я дітей, можливим стане використання конкурентних процедур закупівлі медичних послуг дітям. Проте за умови впровадження єдиних державних тарифів на медичні послуги (а досвід багатьох розвинутих країн свідчить про доцільність використання такого підходу) цінова конкуренція між постачальниками згаданих послуг втратить актуальність, і на першому плані буде конкуренція на основі якості послуг.

Для впровадження контрактних відносин у галузь охорони здоров'я України, на наш погляд, доцільно вжити ряд заходів:

- розмежувати поняття “медична послуга” і “медична допомога” та законодавчо врегулювати контрактні закупівлі медичних послуг;

- визначити обсяг державних гарантій безоплатної медичної допомоги – “базовий пакет” медичних послуг;

- забезпечити точність інформації про стан здоров'я та потреби населення у медичній допомозі;

- розробити медико-економічні стандарти і запровадити методiku розрахунку вартості медичних послуг, що мають стати основою єдиного механізму ціноутворення;

– удосконалити систему оплати медичних послуг та створити правове підґрунтя для запровадження контрактної моделі оплати праці медичних працівників.

Заважає ефективному запровадженню системи контрактних державних закупівель медичних послуг та потребує законодавчого врегулювання проблема взаєморозрахунків між місцевими бюджетами за надання медичної допомоги громадянам, які не проживають постійно на території, за рахунок бюджетних коштів котрої було надано таку медичну допомогу. Необхідність цього зумовлена тим, що бюджетні видатки на охорону здоров'я населення певної території затверджують на підставі нормативів бюджетного фінансування з розрахунку на одного постійного жителя, і не враховують випадків фактичного незапланованого надання медичної допомоги громадянам, які тимчасово перебувають на території населеного пункту, району чи області. Особливо велике значення ця проблема має для великих міст, куди громадяни-нерезиденти приїздять для отримання якіснішої допомоги у медичних закладах, котрі фінансуються з міських бюджетів цих міст. При цьому, внаслідок особливостей статті 49 Конституції України про безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та відповідних норм Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо права громадянина на вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я, утворюється ситуація, коли водночас відсутні:

– фінансові ресурси на відшкодування вартості медичного обслуговування додатковій кількості пацієнтів у місцевому бюджеті за місцем надання допомоги нерезиденту;

– право та можливість закладу охорони здоров'я, що опинився перед необхідністю надати допомогу громадянину-нерезиденту, відмовити йому в наданні послуг чи, надавши допомогу, стягнути плату для відшкодування вартості фактично наданих послуг безпосередньо з такого пацієнта;

– право бюджетного медичного закладу, який надав допомогу громадянину-нерезиденту, вимагати відшкодування витрат за фактично надані медичні послуги з бюджету, що має фінансувати фактичне надання медичної допомоги пацієнту-нерезиденту за місцем його постійного проживання.

Така ситуація сприяє практиці неофіційних платежів у секторі охорони здоров'я і не може бути розв'язана за допомогою передбаченого статтею 104 Бюджетного кодексу механізму надання на до-говірній основі субвенцій на утримання об'єктів спільного користування [99, с.136].

Для збільшення фінансової самодостатності бюджетів територіальних громад доцільно в законодавчому порядку врегулювати механізм передачі видатків у вигляді міжбюджетних трансфертів між різними рівнями бюджетів. Для ефективної організації сімейної медицини, поліпшення фінансового забезпечення сільських, селищних та міст районного значення дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських і фельдшерських пунктів варто відновити редакцію статей 88 та 89 Бюджетного кодексу України, що передбачали консолідацію видатків на охорону здоров'я на рівні району та фінансування зазначених медичних інституцій із районного бюджету. Необхідність цього зумовлена фінансовою неспроможністю територіальних громад сіл, селищ та міст районного значення забезпечити необхідний для надання первинної медико-санітарної допомоги дорослому і дитячому населенню обсяг фінансових ресурсів.

Таким чином, із метою забезпечення прозорості економічних відносин у секторі охорони здоров'я, підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами та створення умов для запровадження обов'язкового медичного страхування доцільно реалізувати стратегію автономізації закладів охорони здоров'я та здійснення контрактних закупівель медичних послуг населенню за найпростішою моделлю – блок-контракту.

3.3. Реформування механізму оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я

Оптимальна система оплати медичних послуг передбачає: ефективне використання ресурсів, забезпечення доступної і високоякісної медичної допомоги, свободу вибору для пацієнта, професійну незалежність лікаря, профілактичну спрямованість

охорони здоров'я [104, с. 322]. Проте в жодній країні світу не існує ідеального методу оплати медичних послуг, що забезпечував би результативне досягнення перерахованих пріоритетів і враховував би чисельні фактори та особливості організації системи охорони здоров'я. Тому кожна держава обирає для себе таку модель фінансування закладів охорони здоров'я, яка б давала змогу компенсувати недоліки окремих моделей і поєднати їх переваги.

Вибір методу фінансування структур первинної медикосанітарної допомоги має особливе значення для підвищення ефективності використання ресурсів, оскільки їх діяльність багато в чому визначає обсяг витрат на інших етапах надання медичної допомоги [60, с.83].

У світовій практиці відомі різні методи оплати первинної медико-санітарної допомоги: кошторисне фінансування, оплата за відвідування, за медичну послугу, пролікованого хворого, подушне фінансування з урахуванням статеві-вікової структури (табл. Р.1 додатку Р). Для оцінки правильності вибору способу оплати первинної медико-санітарної допомоги використовують такі критерії, як зацікавленість первинної ланки у: збереженні здоров'я закріпленого населення і зменшення частоти звертань за медичною допомогою; найефективнішому використанні ресурсів; наданні максимального обсягу допомоги власними силами і засобами та зменшенні кількості направлень до вузьких спеціалістів і в стаціонар [104, с. 330].

Найбільше перерахованим критеріям відповідає такий метод оплати медичних послуг, як подушне фінансування, за якого амбулаторно-поліклінічним закладам періодично виплачують фіксовану суму коштів на одну зареєстровану в них особу для забезпечення надання ними узгодженого переліку послуг. Медичні інституції перебирають фінансовий ризик надання медичних послуг, тому вони зацікавлені в їх наданні з найменшими затратами. Розмір фінансування визначають на основі оцінки очікуваного обсягу діяльності, що стимулює до ефективнішого використання ресурсів у амбулаторно поліклінічних закладах. Однак зазначений метод не формує зацікавленості лікарів у наданні основної частини медичної допомоги, не перекладаючи її на спеціалістів і стаціонари.

Модифікацією класичного подушного методу є подушне фінансування первинної ланки на весь обсяг позалікарняної допомоги і частку обсягу стаціонарної допомоги (часткове фондотримання) або подушне фінансування на загальний обсяг медичної допомоги (повне фондотримання). Основна ідея фінансування за схемою фондотримання – мотивувати лікарів первинної ланки перебрати відповідальність за організацію всіх видів медичної допомоги прикріпленому населенню з використанням найменш витратних технологій лікування залежно від складності захворювання й на цій основі підвищити ефективність використання ресурсів і забезпечити реальний захист інтересів пацієнтів [131, с. 94]. Фонд отримання передбачає, що поліклініка отримує кошти для надання всього обсягу амбулаторної допомоги прикріпленому населенню і володіє винятковим правом направляти пацієнтів на госпіталізацію у лікарняні заклади. Якщо ж вона неспроможна надати окремі види допомоги (в т.ч. і дозволеної в амбулаторних умовах стаціонарної), то поліклініка їх купує у інших закладах за рахунок наданих коштів. При цьому кошти акумулюються на рахунку або поліклініки, або платника, який може їх використати тільки за вказівкою цього закладу.

Із огляду на наведені характеристики переваг та недоліків різних способів оплати найоптимальнішим методом фінансування ПМСД в Україні є подушне фінансування за моделлю часткового фондотримання (рис. 3.4).

Важливою умовою в моделі подушного фінансування за схемою часткового фондотримання є надання права амбулаторно-поліклінічному закладові розпоряджатися частиною коштів, передбачених для оплати стаціонарної допомоги. При цьому доцільно визначити тарифи на медичні послуги стаціонару, які б економічно стимулювали лікарів поліклінік не направляти хворих у лікарняні заклади, якщо їх можна пролікувати в амбулаторних умовах, у денному чи домашньому стаціонарі. Зекономлені кошти, заплановані для оплати стаціонарної допомоги, спрямовують для стимулювання поліклініки, в т.ч. матеріального стимулювання персоналу [104, с. 338].

Однак при передачі секторові ПМСД широких фінансових повноважень у рамках повного фондотримання є ризик

недостачання спеціалізованої допомоги через намагання закладів зазначеної ланки заощадити і залишити у своєму розпорядженні якомога більше коштів. Розв'язання цієї проблеми потребує розроблення і запровадження дієвих механізмів контролю за якістю надання медичних послуг.



Рис. 3.4. Модель подушного фінансування первинної ланки медико-санітарної допомоги за схемою фондотримання [60, с. 89]

Одним із найдорожчих видів медичної допомоги населенню є стаціонарна, збільшення обсягів якої зумовлює значне зростання витрат на охорону здоров'я. Саме тому в процесі реформування зазначеної галузі, на наш погляд, особливу увагу доцільно приділяти питанням оплати стаціонарної допомоги і намагатися розробити таку систему, щоби перемістити надання максимально можливих медичних послуг на амбулаторний рівень. При цьому важливо, щоби заклади ПМСД були готові пролікувати додаткову кількість пацієнтів. В іншому випадку відбудеться обмеження доступності медичної допомоги населенню або підвищення витрат на охорону здоров'я у зв'язку з необхідністю оплати зростаючих обсягів стаціонарної допомоги.

У світовій практиці використовують наступні методи оплати медичних послуг лікарняних закладів:

а) ретроспективну оплату – витрати відшкодовують за фактично наданий обсяг послуг (оплата за проведений ліжко-день; за окремі медичні послуги; пролікованого хворого згідно з тарифами, побудованими на основі клініко-статистичних груп або медико-економічних стандартів);

б) проспективну оплату – відшкодовують не фактичний, а заздалегідь узгоджений сумісно з фінансуючою стороною і надавачем послуг обсяг медичних послуг (кошторисне фінансування, глобальний бюджет) (табл. Р.2 додатку Р).

Для оцінки методів оплати стаціонарної медичної допомоги населенню використовують такі критерії: зацікавленість у скороченні термінів госпіталізації; стримуванні витрат; максимально ефективному використанні наявних ресурсів; скороченні невикористовуваних потужностей і кадрового потенціалу [104, с.30].

Досвід зарубіжних країн свідчить, що застосування ретроспективних методів оплати стаціонарної допомоги не забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів, оскільки стаціонари через скорочення термінів лікування та збільшення кількості госпіталізацій отримують економічні стимули до нарощування обсягу робіт. Це провокує зростання загальних витрат на стаціонарну допомогу, тому зазначені методи оплати можуть посилити проблему структурних диспропорцій у системі надання медичних послуг. За цих умов актуальним є вибір проспективних методів, серед яких переліченим вище критеріям найбільше відповідає модель глобального бюджету – спосіб оплати стаціонарної допомоги, за якого заклад охорони здоров'я у результаті переговорів отримує від фінансуючої сторони під узгоджений обсяг медичних послуг відповідно до стандартів їх якості фіксований річний бюджет, розмір котрого не залежить від ресурсних показників та потужності медичного закладу.

На сучасному етапі більшість країн світу використовують зазначений метод оплати медичних послуг лікарняних закладів (додаток С), оскільки він належить до найрезультативніших інструментів стимулювання лікарень до оптимізації обсягу і

структури стаціонарної допомоги та сприяє ефективному використанню фінансових ресурсів для забезпечення досягнення потреб замовника. Жорсткість вимог фінансуючої сторони до обґрунтованості госпіталізацій мотивує стаціонари об'єктивно оцінювати направлення поліклінік, відмови від випадків, що не потребують госпіталізації, створення стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги, пошуку шляхів кооперації з поліклінічними службами аж до створення власних підрозділів амбулаторного прийому. Оскільки нема “прив’язування” фінансування до числа ліжок, лікарняні заклади можуть самостійно скорочувати і перепрофільовувати ліжковий фонд [59, с. 5].

Основною метою (і перевагою) глобального бюджету є контроль витрат у межах загальної суми, що виділяють на певну програму, види послуг чи окремому закладові охорони здоров’я. Проте бюджети можна деталізувати для забезпечення гнучкішого використання фінансових ресурсів.

Глобальний бюджет формує фінансова установа (“замовник”) на основі принципу рівності, який передбачає складання бюджету, виходячи з еквіва-лентної кількості витрат на лікування для оди-ниці охопленого населення (із ура-хуванням демографічних, епідеміологічних та соціально-економічних факторів, що впливають на попит у галузі охорони здоров’я), та не виходить за межі обсягу державних гарантій забезпечення населення безоплатною медичною допомогою. Глобальний бюджет є загаль-ним лімітом витрат медичного закладу, тому на основі вартості медичної послуги, він визначає обсяг послуг, що мають бути надані населенню. Зважаючи на те, що бюджет є фіксованою сумою, а витрати потрібно стримувати в його межах, при зміні вартості слід пропорційно відкоригувати загальний обсяг послуг, що надають за рахунок цього бюджету. Тому дані, які дозволять встановити обсяг та вартість медичних послуг, є необхідними для обчислення глобального бюджету [65, с. 24].

Визначення обсягу і структури медичних послуг населенню, що надають тільки клінічні відділення закладу, здійснюють на основі аналізу його роботи за попередній рік із урахуванням можливостей скорочення частки випадків, при котрих не потрібна госпіталізація, та тривалості перебування хворого у стаціонарі. Із

метою реальної оцінки медичних послуг, що профінансує замовник, визначають вартість зазначених послуг.

Для розрахунку вартості медичних послуг їх доцільно класифікувати за спеціальностями, підрозділи закладу охорони здоров'я поділяти на основні й допоміжні, а витрати – на прямі та непрямі.

До основних підрозділів медичного закладу належать профільні відділення стаціонарів, відділення (кабінети) поліклінік, діагностичні центри, параклінічні відділення, в яких пацієнтам надають медичні послуги. До допоміжних підрозділів – загальнолікарняні служби, котрі забезпечують діяльність лікувально-діагностичних відділень (адміністрація, відділ кадрів, бухгалтерія, кабінет медичної статистики, реєстратура, аптека, стерилізаційна, господарські служби та ін.) [10, с.78]. Із урахуванням викладеного основними функціональними центрами витрат закладу охорони здоров'я будуть: клінічні відділення (стаціонарні (хірургічне, терапевтичне, пульмонологічне та ін.), поліклінічне і параклінічне); служби підтримки (харчування, ремонт, транспорт, енергетичне забезпечення, прибирання); управління.

Стаціонарні, поліклінічні й параклінічні відділення закладу охорони здоров'я є кінцевими центрами витрат, оскільки вони безпосередньо надають медичні послуги пацієнтам. Служби забезпечення називаються вихідними чи посередницькими центрами витрат, оскільки вони виробляють послуги переважно для кінцевих центрів витрат.

Для обчислення собівартості медичних послуг, доцільно насамперед визначити, що саме є медичною послугою. Ми поділяємо думку Е. Ліннакко, який охарактеризував медичну послугу як будь-який вид діяльності, спрямованої на підтримку життєвих функцій пацієнта, отримання знань про стан здоров'я хворого та його поліпшення (обстеження, лікування, операції, аналізи, призначення медикаментозного лікування, послуги стаціонарного догляду пацієнтів). Вилікованого пацієнта (чи розв'язану медичну проблему) можна вважати „кінцевим результатом виробництва” в лікарнях, це становить основу для контролю витрат, у той час, коли продукти виробництва (ліжко-дні, лабораторні дослідження чи операції) є лише проміжними

складовими кінцевої послуги [63, с.3] або медичними процедурами.

При визначенні вартості медичних послуг доцільно, на думку В. Галайди, використовувати такі принципи:

– Розрахунок складових собівартості медичної послуги – вираженої у грошовій формі вартості поточних витрат закладу охорони здоров'я, пов'язаних із наданням лікувально-діагностичних, профілактичних, оздоровчих, реабілітаційних та інших видів медичних послуг населенню. В основу визначення собівартості медичної послуги має бути покладено розрахунок собівартості медичної процедури, витрат на стаціонарне лікування окремих нозологічних одиниць, сумарних витрат підрозділів закладу охорони здоров'я і загальних затрат усього медичного закладу. Під медичною процедурою слід розуміти технологічно та організаційно відокремлену частину лікувального процесу, яку здійснюють один працівник або бригада медичних працівників на одному робочому місці за незмінного складу засобів праці. Витрати клінічного підрозділу – це його поточні витрати за весь обсяг медичних процедур, що виконує персонал за певний звітний період. Витрати закладу охорони здоров'я – сумарні поточні витрати медичної установи за всі медичні послуги, що надають у всіх підрозділах закладу за певний період.

– Чіткий розподіл затрат на прямі (основні) та непрямі (накладні), змінні й умовно-постійні, поточні та одноразові. До перших відносять витрати, безпосередньо пов'язані з наданням медичної послуги (процедури) – вартість лікарських засобів, харчування хворих, вартість основних та допоміжних матеріалів (шприців, систем для інфузій, катетерів, зондів тощо), заробітна плата персоналу, залученого до виконання медичної процедури. Ці витрати можуть бути безпосередньо закладені у собівартість медичної послуги. Непрямі – витрати, що неможливо чітко віднести до вартості конкретного випадку надання медичної допомоги: утримання та експлуатація обладнання, у т. ч. немедичного призначення, адміністративні, загальнопромислові й загальногосподарські витрати. До змінних витрат відносять ті, абсолютна величина яких зростає пропорційно до збільшення обсягу наданих медичних послуг. Витрати, абсолютна величина

яких суттєво не залежить від обсягів медичних послуг, вважають умовно-постійними. Поточні – це витрати, періодичність обігу яких менше місяця. Одноразовими є витрати, періодичність обігу яких більше місяця, для функціонування визначених видів діяльності медичного закладу [19].

На основі дослідження зарубіжної та вітчизняної практики калькулювання витрат (видатків) закладу охорони здоров'я пропонуємо згрупувати та розрахувати їх за функціональними підрозділами так:

1. Оплату праці працівників встановлюють у розрізі груп персоналу (лікарі, середній та молодший медичний персонал, адміністративно-управлінський та обслуговуючий персонал), і вона охоплює:

– основну заробітну плату, яку розраховують на основі кількості ставок та посадових окладів для певної групи персоналу;

– доплати за суміщення професій, роботу в нічний час, науковий ступінь та інші доплати, що встановлюють у відсотках від посадового окладу працівника;

– надбавки за тривалість безперервної роботи, почесні звання, знання та використання у роботі іноземної мови, за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість у роботі, інші надбавки, що визначають у відсотках від посадового окладу працівника.

Оскільки кожен окремий член колективу працює в одному з підрозділів закладу охорони здоров'я, витрати на оплату праці персоналу і нарахування на неї доцільно обліковувати за функціональними центрами витрат.

Річний фонд заробітної плати (ЗП) розраховують за формулою:

$$ЗП = 12 \sum_{i=1}^I ПО_i \cdot C_i + \sum_{i=1}^I \sum_{l=1}^L Д_{il} \cdot ПО_i \cdot C_{il} \cdot П_{il} + \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J Н_{ij} \cdot ПО_i \cdot C_{ij} \cdot П_{ij},$$

$$i = \overline{1, I}, \quad l = \overline{1, L}, \quad j = \overline{1, J},$$

де $ПО_i$ – посадовий оклад працівника i -ої спеціалізації;

C_i – кількість ставок заробітної плати персоналу i -ої спеціалізації;

I – кількість видів спеціалізації персоналу;

D_{il} – відсоток l -го виду доплати до основної заробітної плати персоналу i -ої спеціалізації;

C_{il} – кількість ставок заробітної плати персоналу i -ої спеціалізації для яких передбачена l -та доплата;

P_{il} – період, за який встановлюють l -го виду доплату для персоналу i -ої спеціалізації;

L – кількість видів доплат до основної заробітної плати персоналу;

H_{ij} – відсоток j -го виду надбавки до основної заробітної плати персоналу i -ої спеціалізації;

C_{ij} – кількість ставок заробітної плати персоналу i -ї спеціалізації, для яких передбачена j -го виду надбавка;

P_{ij} – період, за який встановлюють j -го виду надбавку для персоналу i -ої спеціалізації;

J – кількість видів надбавок до основної заробітної плати персоналу.

2. Нарахування на заробітну плату працівників закладу охорони здоров'я (НЗП) – це витрати на оплату збору на обов'язкове державне пенсійне страхування (Znc) та зборів на всі види обов'язкового соціального страхування (Zcc), розмір (відсоткові ставки) і порядок сплати яких передбачені законодавством і розраховуються за формулою:

$$НЗП = ЗП \cdot \frac{Znc + Zcc}{100}$$

В умовах реорганізації постатейного бюджету закладу охорони здоров'я у глобальний визначення витрат, не пов'язаних із заробітною платою, залежатиме від даних фінансового обліку. Організація обліку витрат на рівні функціональних підрозділів, на наш погляд, дасть змогу сформувати глобальний бюджет відділень та підвищити ефективність використання фінансових ресурсів, що надходять у їх розпорядження.

3. У зарубіжній та вітчизняній практиці фінансового планування відомі три варіанти розрахунку таких КЕКВ як “Медикаменти та перев'язувальні матеріали” і “Продукти харчування”: за фактичними затратами; за розрахунковими вартісними нормами; за натуральними нормами видатків [104].

На наш погляд, найоптимальнішим є третій спосіб розрахунку, що базований на використанні встановлених норм видатків окремих медикаментів (продуктів харчування) на 1 хворого на день за ліжками різної спеціалізації та ціни на них. Цей спосіб дає змогу найповніше врахувати потребу хворих у медикаментах і продуктах харчування.

Із огляду на це, розмір видатків на медикаменти та перев'язувальні матеріали для стаціонарних відділень (M_c) (із ліжками різної спеціалізації) можна визначити за формулою:

$$M_c = \sum_{k=1}^K \sum_{f=1}^F C_f \cdot H_{c_{kf}} \times L_k \cdot D_k, \quad k=\overline{1,K}, f=\overline{1,F},$$

де C_f – ціна одиниці медикаменту та перев'язувального матеріалу f -го виду;

$H_{c_{kf}}$ – індивідуальна натуральна норма витрат f -го виду медикаменту та перев'язувального матеріалу на 1 хворого на день для ліжок k -ої спеціалізації;

L_k – кількість ліжок k -ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я;

D_k – кількість днів функціонування ліжка k -ої спеціалізації на рік;

K – кількість видів спеціалізації ліжка;

F – кількість видів медикаменту та перев'язувального матеріалу.

Для поліклінічного відділення обсяг видатків на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів (M_n) розраховуватимуть за формулою:

$$M_n = \sum_{v=1}^V \sum_{f=1}^F C_f \cdot H_{n_{vf}} \times \frac{P\partial_v \cdot T\partial_v}{H_{c_v}} \cdot C_{л_v}, \quad v=\overline{1,V}, f=\overline{1,F},$$

де C_f – ціна одиниці медикаменту та перев'язувального матеріалу f -го виду;

$H_{n_{vf}}$ – індивідуальна натуральна норма витрат f -го медикаменту та перев'язувального матеріалу на 1 хворого на одне відвідування лікаря v -ої спеціальності;

Rd_v – кількість робочих днів лікаря v -ої спеціальності на рік;
 Td_v – тривалість робочого дня лікаря v -ої спеціальності (год);
 Hc_v – норми витрат часу на прийом одного хворого для лікаря v -ої спеціальності (год);

Sl_v – кількість ставок лікаря v -ої спеціальності у поліклінічному відділенні;

V – кількість видів спеціальності лікаря;

F – кількість видів медикаментів та перев'язувальних матеріалів.

Для параклінічного відділення видатки на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів ($Mл$) можна визначити за формулою:

$$Mл = \sum_{f=1}^F C_f \cdot K_f, \quad f = \overline{1, F},$$

де C_f – ціна одиниці медикаменту та перев'язувального матеріалу f -го виду;

K_f – кількість необхідних для відповідного відділу закладу охорони здоров'я одиниць медикаменту та перев'язувального матеріалу f -го виду;

F – кількість видів медикаменту та перев'язувального матеріалу.

4. Видатки на придбання продуктів харчування ($ПХ$) для стаціонарних відділень закладу охорони здоров'я визначають за формулою:

$$ПХ = \sum_{k=1}^K \sum_{n=1}^N C_n \cdot H_{kn} \times L_k \cdot D_k, \quad k = \overline{1, K}, \quad n = \overline{1, N},$$

де C_n – ціна одиниці продукту харчування n -го виду;

H_{kn} – середньодобова натуральна норма витрат n -го виду продукту харчування на 1 хворого на день для ліжка k -ої спеціалізації;

L_k – кількість ліжок k -ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я;

D_k – кількість днів функціонування ліжка k -ої спеціалізації на рік;

K – кількість видів спеціалізації ліжка;

N – кількість видів продукту харчування.

5. Величину видатків за КЕКВ “М’який інвентар і обмундирування” можна визначати: за фактичними затратами; за вартісними нормами на придбання м’якого інвентарю; за натуральними нормами забезпечення закладу охорони здоров’я м’яким інвентарем. Найоптимальнішим, на наш погляд, є останній спосіб розрахунку, оскільки він передбачає стовідсоткове забезпечення реальної потреби у зазначених засобах функціональних відділень.

Ураховуючи викладене, видатки на придбання м’якого інвентарю та обмундирування визначають за формулою:

– для стаціонарних відділень (МІОс):

$$MIOc = \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot Hl_{km} \cdot L_k + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot Hm_{im} \cdot C_i,$$

$$k=\overline{1,K}, m=\overline{1,M}, i=\overline{1,I},$$

– для поліклінічного (параклінічного) відділення (МІОн):

$$MION = \sum_{s=1}^S \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot Hk_{sm} \cdot Kk_s + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot Hm_{im} \cdot C_i,$$

$$s=\overline{1,S}, m=\overline{1,M}, i=\overline{1,I},$$

де Π_m – ціна одиниці м’якого інвентарю та обмундирування m -го виду;

Hl_{km} – норматив забезпечення м’яким інвентарем та обмундируванням m -го виду на одне ліжко k -ої спеціалізації у натуральному виразі;

L_k – кількість ліжок k -ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров’я;

K – кількість видів спеціалізації ліжка;

M – кількість видів м’якого інвентарю та обмундирування;

Hm_{im} – норматив забезпечення м’яким інвентарем та обмундируванням m -го виду на одну ставку персоналу i -ої спеціалізації;

C_i – кількість ставок персоналу i -ої спеціалізації;

I – кількість видів спеціалізації персоналу;

$H_{K_{sm}}$ – норматив забезпечення м'яким інвентарем та обмундируванням m -го виду на один кабінет у поліклінічному (параклінічному) відділенні s -ої спеціалізації у натуральному виразі;

K_s – кількість кабінетів s -ої спеціалізації у поліклінічному (параклінічному) відділенні закладу охорони здоров'я;

S – кількість видів спеціалізації кабінетів.

– для інших відділів (МІОу):

$$MIOy = \sum_{m=1}^M C_m \cdot K_m, \quad m=\overline{1, M},$$

де C_m – ціна одиниці м'якого інвентарю та обмундирування m -го виду;

K_m – кількість необхідних для відповідного відділу закладу охорони здоров'я м'якого інвентарю та обмундирування m -го виду;

M – кількість видів м'якого інвентарю та обмундирування.

Амортизаційні відрахування на м'який інвентар та обмундирування (AB_{MIO}) для включення у вартість медичної послуги, на наш погляд, доцільно розраховувати за формулою:

$$AB_{MIO} = \sum_{m=1}^M BB_m \cdot HA_m, \quad m=\overline{1, M},$$

де BB_m – балансова вартість m -го виду м'якого інвентарю та обмундирування із урахуванням їх придбання, ремонту, індексації;

HA_m – річна норма амортизації для m -го виду м'якого інвентарю та обмундирування, %.

6. Одним з найвагоміших і найдинамічніших елементів видатків за економічною класифікацією закладу охорони здоров'я є КЕКВ “Придбання предметів, матеріалів та обладнання короткотермінового користування” (ПМОк), який доцільно розраховувати з урахуванням нормативів забезпеченості відділень зазначеними активами:

$$PMOK = \sum_{r=1}^R C_r \cdot PMO_r, \quad r=\overline{1, R},$$

де C_r – ціна одиниці r -го виду предметів, матеріалів та обладнання;

$ПМО_r$ – кількість необхідних для функціональних відділень закладу охорони здоров'я предметів, матеріалів та обладнання r -го виду (згідно з нормативами);

R – кількість видів предмету, матеріалу та обладнання короткотермінового користування.

7. Розмір видатків на оплату електроенергії (OEE) залежить від площі освітлювальних приміщень, їх функціонального призначення, кількості годин природного освітлення, потужності й терміну використання апаратури, діючих норм й тарифів, та його визначають за формулою:

$$OEE = \left(\sum_{c=1}^C ПОП_c \cdot Нее_c + \sum_{b=1}^B ПА_b \cdot ГРА_b \right) \cdot Цее, \quad c=\overline{1,C}, \quad b=\overline{1,B},$$

де $ПОП_c$ – площа освітлювальних приміщень c -го функціонального призначення, m^2 ;

$Нее_c$ – натуральні норми витрат електроенергії на $1 m^2$ площі освітлювальних приміщень c -го функціонального призначення на рік, кВт;

C – кількість видів освітлювальних приміщень за функціональним призначенням; $ПА_b$ – потужність медичної апаратури b -го виду, кВт/год;

$ГРА_b$ – кількість годин роботи медичної апаратури b -го виду на рік, год;

B – кількість видів медичної апаратури;

$Цее$ – тариф за 1 кВт електроенергії, грн.

8. Видатки на оплату тепlopостачання (природного газу) (OT) залежать від норм витрат палива, площі опалювальних приміщень, тривалості опалювального сезону, тарифів на паливо (природний газ) та розраховуються за формулою:

$$OT = ПП \cdot Нп \cdot ТОС \cdot Цп,$$

де $ПП$ – об'єм опалювальних приміщень, m^3 ;

$Нп$ – натуральні норми витрат палива (природного газу) на одиницю об'єму опалювального приміщення на рік, m^3 ;

$ТОС$ – тривалість опалювального сезону в місяцях;

$Цп$ – тариф за одиницю ($1 m^3$) палива (природного газу) (в тариф за природний газ включається також тариф за його транспортування), грн.

9. Видатки на оплату водопостачання та водовідведення функціональних відділень закладу охорони здоров'я залежать від кількості персоналу, пролікованих хворих, тарифів на оплату, що ми пропонуємо взяти за основу при розподілі зазначених витрат між центрами витрат:

– для стаціонарних відділень ($ОВВс$):

$$ОВВс = \frac{КХс + КПс}{КХ + КП} \cdot (ХВ \cdot (Цхв + Цвв) + ГВ \cdot (Цгв + Цвв)),$$

– для інших центрів витрат ($ОВВв$):

$$ОВВв = \frac{КПв}{КП} \cdot (ХВ \cdot (Цхв + Цвв) + ГВ \cdot (Цгв + Цвв)),$$

де $КХс$ – кількість хворих окремого стаціонарного відділення;
 $КХ$ – кількість хворих, які перебувають у всіх стаціонарних відділеннях закладу охорони здоров'я;

$КПс$ – кількість персоналу окремого стаціонарного відділення;

$КП$ – загальна кількість персоналу закладу охорони здоров'я;

$КПв$ – кількість персоналу іншого функціонального відділення;

$ХВ$ – об'єм спожитої холодної води у закладі охорони здоров'я за рік (згідно з нормативами), $м^3$;

$ГВ$ – об'єм спожитої гарячої води у закладі охорони здоров'я за рік (згідно з нормативами), $м^3$;

$Цхв$ – тариф за $1 м^3$ холодної води, грн.;

$Цгв$ – тариф за $1 м^3$ гарячої води, грн.;

$Цвв$ – тариф за $1 м^3$ водовідведення, грн.

10. Видатки на оплату природного газу ($ОПГ$) для приготування їжі визначають за формулою:

$$ОПГ = \sum_{k=1}^K Л_k \cdot Д_k \times Цг \cdot Нг, \quad k = \overline{1, K},$$

де $Цг$ – тариф за $1 м^3$ природного газу (із врахуванням тарифу за його транспортування), грн.;

$Нг$ – норма витрат природного газу для приготування їжі на 1 хворого на день, $м^3$;

L_k – кількість ліжок k -ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я;

D_k – кількість днів функціонування ліжка k -ої спеціалізації на рік;

K – кількість видів спеціалізації ліжка.

11. Видатки на оплату інших комунальних послуг (*ОКП*) визначають так:

$$ОКП = \sum_{g=1}^G КП_g \cdot H_g, \quad g=\overline{1,G},$$

де H_g – норма видатків на оплату комунальних послуг g -го виду у вартісному виразі, грн.;

$КП_g$ – кількість необхідних для закладу охорони здоров'я комунальних послуг (згідно з нормативами) g -го виду;

G – кількість видів комунальних послуг.

12. Розмір видатків на оплату послуг зв'язку (*ОПЗ*) розраховують:

$$ОПЗ = ЗТР + I + ВЗ,$$

де $ЗТР$ – оплата зовнішніх телефонних розмов, грн.;

I – оплата за користування глобальною електронною мережею Інтернет, грн.;

$ВЗ$ – видатки на обслуговування внутрішнього зв'язку, грн.

13. Видатки на утримання автотранспортних засобів і оплату транспортних послуг (*ТЗ*) визначають за формулою:

$$ТЗ = \sum_{t=1}^T \sum_{p=1}^P ПММ_{tp} \cdot \Pi_t \cdot A_t \cdot Ц_{пмм_p} + \sum_{t=1}^T \sum_{h=1}^H Пp_{th} \cdot A_t + \sum_{z=1}^Z ЗЧ_z \cdot Цзч_z + IB$$

$$t=\overline{1,T}, \quad p=\overline{1,P}, \quad h=\overline{1,H}, \quad z=\overline{1,Z},$$

де $ПММ_{tp}$ – норма витрат необхідного паливо-мастильного матеріалу p -го виду для t -го автотранспортного засобу в натуральному виразі;

Π_t – плановий пробіг t -го автотранспортного засобу на рік, тис. км;

A_t – кількість автотранспортних засобів t -го виду;

$Ц_{пмм_p}$ – ціна одиниці паливо-мастильного матеріалу p -го виду, грн.;

P – кількість видів паливо-мастильного матеріалу;

T – кількість видів автотранспортного засобу;
 PP_{th} – видатки на поточний ремонт h -го виду для t -го автотранспортного засобу, грн.;
 H – кількість видів поточного ремонту;
 $ЗЧ_z$ – запасні частини z -го виду;
 $Цзч_z$ – ціна запасних частин z -го виду;
 Z – кількість видів запасних частин;
 IB – сума інших витрат (на техогляд, страхування, реєстрацію в ДАІ, податок із власників транспортних засобів).

14. Видатки на відрядження (BB) розраховують:

$$BB = \sum_{u=1}^U (T_u \cdot (Доб + Кв) + Пр_u), \quad u = \overline{1, U},$$

де T_u – тривалість u -го відрядження, дні;
 $Доб$ – оплата добових, грн.;
 $Кв$ – оплата квартирних, грн.;
 $Пр_u$ – оплата за проїзд по u -му відрядженню, грн.;
 U – запланована кількість службових відряджень за рік.

15. Обсяг видатків на ремонт будівель, обладнання та інвентарю ($РБОI$) визначають за формулою:

$$РБОI = \sum_{w=1}^W ВРБ_w \cdot ПП + ВРО \cdot ВВО, \quad w = \overline{1, W},$$

де $ВРБ_w$ – видатки w -го виду на ремонт будівель (згідно з нормативами), грн.;
 $ПП$ – площа будівель, у яких здійснюють ремонт, м²;
 W – кількість видів видатків на ремонт будівель;
 $ВРО$ – відсоток видатків на ремонт обладнання та інвентарю (згідно з нормативами), %;
 $ВВО$ – балансова вартість обладнання та інвентаря, грн.

16. У закладах охорони здоров'я КЕКВ “Придбання обладнання і предметів довготермінового користування” ($ОП\partial$) охоплює суму коштів, необхідних для купівлі зазначених активів і розраховується так:

$$ОП\partial = \sum_{x=1}^X Ц_x \cdot ОП\partial_x, \quad x = \overline{1, X},$$

де C_x – ціна одиниці обладнання та предметів довготермінового користування x -го виду;

OPD_x – кількість необхідного для функціональних відділень закладу охорони здоров'я обладнання та предметів довготермінового користування x -го виду (згідно з нормативами);

X – кількість видів обладнання та предметів довготермінового користування.

Однак у такому розмірі видатки за зазначеним КЕКВ не можна включати у ціну медичної послуги, тому що обладнання використовується кілька років і свою вартість у тарифи на медичні послуги переносить поступово. Оскільки в сучасних умовах бюджетні заклади охорони здоров'я розраховують знос, а не амортизацію основних засобів, що ускладнює фінансування процесу оновлення зношеного обладнання, пропонуємо визначати амортизаційні відрахування на реально функціонуючі основні засоби, періодично їх переоцінювати з урахуванням інфляції та постійного подорожчання. Це дасть змогу забезпечити заміну застарілого обладнання за рахунок коштів, що надходять як відшкодування вартості наданих медичних послуг відповідним відділенням медичного закладу.

Розмір амортизаційних відрахувань ($AB_{Oпo}$) доцільно, на наш погляд, визначати за формулою:

$$AB_{Oпo} = \sum_{x=1}^X BB_x \cdot HA_x, \quad x=\overline{1, X},$$

де BB_x – балансова вартість x -го виду основних засобів із урахуванням їх придбання, продажу, капітального ремонту, модернізації, ліквідації, індексації;

HA_x – річна норма амортизації для x -го виду основних засобів, %.

17. У процесі діяльності заклади охорони здоров'я можуть здійснювати, крім розглянутих, інші видатки (IB), специфіка розрахунку яких залежить від виду таких видатків.

Завершальним етапом процедури розрахунку видатків структурних підрозділів лікарняного закладу буде побудова матриці видатків даного медичного закладу (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Матриця видатків лікарняного закладу за структурними підрозділами

Структурні підрозділи	КЛІНІЧНІ ВІДДІЛЕННЯ						СЛУЖБИ ПІДТРИМКИ						УПРАВЛІННЯ	Разом за елементами видатків
	Стационарні відділення				Поліклінічне відділення	Параклінічне відділення	Харчування	Ремонт	Транспорт	Енергетичне забезпечення	Прибирання			
	Терапевтичне	Хірургічне	Похионеврологічне	Інші										
	Основні підрозділи						Допоміжні підрозділи							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Оплата праці працівників	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	Всв ₁
Нарахування на заробітну плату	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	Всв ₂
Медикаменти та перш'язувальні матеріали	Мс	Мс	Мс	Мс	Мп	Мл								Всв ₃
Продукти харчування	ПХ	ПХ	ПХ	ПХ										Всв ₄
Амортизація м'якого інвентарю та обмундирування	АВ _{мло}	АВ _{мло}	АВ _{мло}	АВ _{мло}	АВ _{мло}	АВ _{мло}						АВ _{мло}	АВ _{мло}	Всв ₅
Предмети, матеріали, обладнання короткостримового користування	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	Всв ₆
Оплата електроенергії	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	Всв ₇
Оплата теплопостачання	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	Всв ₈
Оплата водопостачання і водовідведення	ОВВс	ОВВс	ОВВс	ОВВс	ОВВв	ОВВв	ОВВв	ОВВв	ОВВв	ОВВв	ОВВв	ОВВв	ОВВв	Всв ₉
Оплата природного газу	ОПГ	ОПГ	ОПГ	ОПГ										Всв ₁₀
Оплата інших ком. послуг												ОКП		Всв ₁₁
Оплата послуг зв'язку	ОПЗ	ОПВ	ОПЗ	ОПЗ	ОПЗ	ОПЗ	ОПЗ	ОПЗ	ОПЗ	ОПЗ	ОПЗ	ОПВ	ОПЗ	Всв ₁₂
Транспортні послуги, утримання автотранспортних засобів										ТЗ				Всв ₁₃
Видатки на відрядження													ВВ	Всв ₁₄
Ремонт будівель, обладнання та інвентарю									РБОІ					Всв ₁₅

Продовження табл. 3.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Амортизація обладнання і предметів довготермінового користування	$AB_{обв}$	$AB_{обл}$	$AB_{обв}$	$AB_{обл}$	$AB_{обл}$	$AB_{обв}$	$AB_{обв}$	$AB_{обл}$	$AB_{обл}$	$AB_{обл}$	$AB_{обв}$	$AB_{обл}$	$Vc_{в16}$
Інші видатки	IB	IB	IB	IB	IB	IB	IB	IB	IB	IB	IB	IB	$Vc_{в17}$
Разом видатків за функціональними підрозділами	Прямі витрати (ПВ)						Непрямі витрати (НВ)						Σ
	Vcn_1	Vcn_2	Vcn_3	Vcn_4	Vcn_5	Vcn_6	Vcn_7	Vcn_8	Vcn_9	Vcn_{10}	Vcn_{11}	Vcn_{12}	

Умовні позначення:

Σ – загальна сума видатків закладу охорони здоров'я.

За допомогою матриці можна розрахувати та проаналізувати:

– прямі (видатки клінічних відділень) витрати (ПВ) лікарняного закладу:

$$ПВ = \sum_{i=1}^I ВКВ_i,$$

де $ВКВ_i$ – розмір видатків i -го клінічного відділення лікарняного закладу;

I – кількість клінічних відділень лікарняного закладу.

– непрямі (видатки допоміжних підрозділів) витрати (НВ) лікарняного закладу:

$$НВ = \sum_{j=1}^J ВДП_j,$$

де $ВДП_j$ – розмір видатків j -го допоміжного підрозділу лікарняного закладу;

J – кількість допоміжних підрозділів лікарняного закладу.

– видатки окремого структурного підрозділу (Vcn) лікарняного закладу:

$$Vcn = \sum_{n=1}^N B_n,$$

де B_n – розмір n -го елементу видатків за економічною класифікацією структурного підрозділу лікарняного закладу;

N – кількість елементів видатків за економічною класифікацією структурного підрозділу лікарняного закладу.

– розмір окремого елемента видатків за економічною класифікацією (B_{sv}) лікарняного закладу:

$$B_{sv} = \sum_{k=1}^K B_k,$$

де B_k – розмір окремого елемента видатків за економічною класифікацією k -го структурного підрозділу лікарняного закладу;
 K – кількість структурних підрозділів лікарняного закладу.

Для розрахунку вартості медичної послуги після визначення видатків функціональних підрозділів лікарняного закладу непрямі витрати доцільно розподілити між клінічними підрозділами, безпосередньо залученими до надання медичних послуг населенню.

У сучасній економічній літературі [15; 19; 60] є різні пропозиції щодо розподілу накладних витрат, проте всіх їх можна звести до таких основних методів: групування, пропорційного розподілу, ступінчатого розподілу, багатостороннього розподілу. Ми поділяємо думку багатьох науковців, які вважають, що саме метод багатостороннього розподілу доцільно використовувати у вітчизняній системі охорони здоров'я, коли медичні заклади повністю працюватимуть за ринковими принципами.

Поки що в Україні відсутня законодавча база для визначення вартості медичної послуги, тому на увагу заслуговує вивчення досвіду зарубіжних країн, зокрема Російської Федерації.

Об'єктом визначення вартості медичної послуги є медична допомога, що може бути представлена переліком простих медичних послуг (окремі діагнози, маніпуляції, процедури, оперативні втручання), складних медичних послуг (ліжко-дні в профільних відділеннях стаціонару) чи комплексних медичних послуг за завершеними випадками поліклінічного і стаціонарного лікування (медико-економічні стандарти) [42, с.48-52].

Розрахунок вартості простої та складної медичної послуги наведено у додатку Т.

Зазначена методика розрахунку вартості медичної послуги не позбавлена недоліків (зокрема, витрати на медикаменти включають до вартості медичної послуги, базуючись на тривалості її надання), проте вона може служити основою для впровадження

процесу визначення вартості медичних послуг у вітчизняну практику.

Враховуючи викладене, схему фінансування лікарняних закладів за методом глобального бюджету можна показати на рис. 3.5.

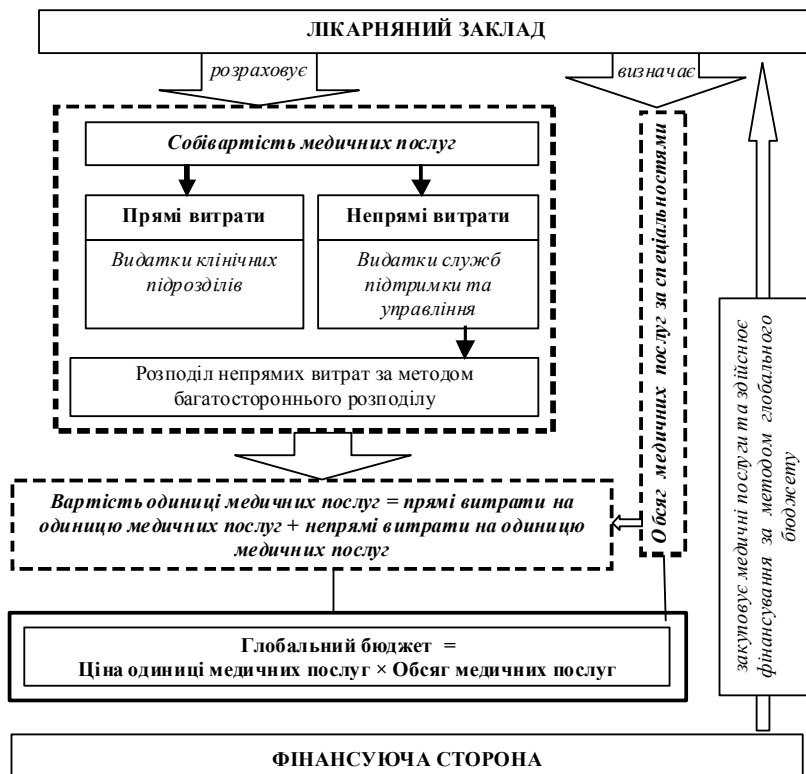


Рис. 3.5. Модель фінансування стаціонарної медичної допомоги населенню за методом глобального бюджету

Результати аналізу методів оплати медичних послуг дають змогу зробити висновок, що пріоритетним напрямком фінансування первинної медико-санітарної допомоги населенню в Україні є запровадження подушного фінансування за моделлю часткового фондотримання, а метод глобального бюджету належить до найефективніших інструментів стимулювання лікарняних закладів

до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги. Тому в процесі реформування системи фінансування закладів охорони здоров'я доцільно надати перевагу названим методам та створити необхідні для їх запровадження умови (додаток У).

Реалізація викладених положень сприятиме ефективному переходу від постатейного бюджетування до раціональніших методів оплати медичних послуг.

ПІСЛЯМОВА

Дослідження концептуальних і практичних засад управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я у контексті світового та вітчизняного досвіду дало змогу виявити актуальні проблеми зазначеного процесу в Україні та сформулювати низку пропозицій щодо їх розв'язання в умовах соціально-економічних трансформацій.

Суть основних науково-теоретичних результатів, відображених у монографії, можна звести до такого.

1. Охорона здоров'я населення є однією з найважливіших складових соціальної політики держави та визнана в Україні загальнонаціональним пріоритетом, оскільки від рівня здоров'я людей великою мірою залежить формування трудового та інтелектуального потенціалів України. Зважаючи на високий рівень захворюваності та смертності населення, нами аргументовано доцільність забезпечення закладів охорони здоров'я необхідним та адекватним потребі для надання високоякісних і доступних медичних послуг обсягом бюджетних коштів та здійснення ефективного управління ними.

2. У результаті дослідження різних наукових підходів до трактування сутності фінансових ресурсів та з урахуванням особливостей функціонування медичних закладів у монографії пропонуємо трактувати дефініцію “фінансові ресурси закладів охорони здоров'я” як грошові кошти у фондовій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг населенню.

3. Враховуючи власне визначення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я та у результаті дослідження теоретичних аспектів управління пропонуємо під управлінням фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я розуміти сукупність дій органів законодавчої і виконавчої влади та фінансових інституцій відповідно до їх повноважень, пов'язаних із формуванням і використанням грошових коштів у фондовій формі призначених для надання медичних послуг населенню.

4. Із метою розширення інформаційної бази для забезпечення ефективного управління фінансами закладів охорони здоров'я нами виділено критерії класифікації фінансових ресурсів зазначених інституцій за: способом формування; джерелами формування; методами надходження; напрямками використання; характером діяльності; формами фінансового забезпечення.

5. Аргументовано, що основними формами фінансового забезпечення державних та комунальних закладів охорони здоров'я є бюджетне фінансування, некомерційне самофінансування, добровільне медичне страхування, благодійництво, тому вважаємо за доцільне трактувати бюджетну установу охорони здоров'я як організацію, створену у встановленому порядку органами державної влади, органами влади Автономної Республіки Крим чи органами місцевого самоврядування, яка утримується за рахунок відповідно державного чи місцевих бюджетів і/або власних надходжень від некомерційної діяльності.

6. У процесі аналізу законодавства України з питань охорони здоров'я, не зважаючи на достатній рівень його систематизації та відповідності міжнародним вимогам, нами виявлено ряд недоліків, що негативно впливають на фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я. У зв'язку з цим запропоновано удосконалити нормативно-правове забезпечення управління фінансовими ресурсами згаданих інституцій шляхом:

6.1. Усунення суперечностей між статтями 49, 95 Конституції України від 28. 06. 1996 р. № 254/96 ВР, статтею 6 Закону України "Про охорону дитинства" від 26. 04. 2001 р. № 2402–III і статтею 12 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19. 11. 1992 р. № 2801–XII з метою узгодження гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги населенню та бюджетних коштів, виділених на реалізацію зазначеної функції;

6.2. Усунення неоднозначності трактування норм Бюджетного кодексу України від 21. 06. 2001 р. № 2542 – III і Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні" від 21. 05. 1997 р. № 280/97–ВР щодо приналежності права на управління організаційно-економічними засадами діяльності комунальних

закладів охорони здоров'я до власних чи делегованих державою повноважень органів місцевого самоврядування для забезпечення можливості з'ясування рівня децентралізації та відповідальності за організацію фінансування закладів охорони здоров'я;

6.3. Відновлення редакції статей 88 і 89 Бюджетного кодексу України, де було передбачено фінансування з районного бюджету сільських, селищних та міст районного значення дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів, що дозволить забезпечити ефективну організацію сімейної медицини та покращити фінансове забезпечення згаданих медичних інституцій;

6.4. Регулювання механізму здійснення взаєморозрахунків між місцевими бюджетами за надання медичної допомоги громадянам, які не проживають постійно на території, за рахунок бюджетних коштів котрої було надано медичну допомогу. Це дасть змогу закладові охорони здоров'я відшкодувати вартість незапланованого обсягу медичних послуг для додаткової кількості пацієнтів, які не належать до зони обслуговування цього закладу;

6.5. Розмежування понять “медична послуга” і “медична допомога” та розроблення алгоритму визначення вартості медичної послуги, що дозволить закладам охорони здоров'я в ринкових умовах господарювання планувати обсяги власної діяльності з урахуванням економічної доцільності надання різних видів медичних послуг;

6.6. Спрощення процедур закупівлі товарів, робіт та послуг державними і комунальними закладами охорони здоров'я;

6.7. Надання переваги при побудові національної системи охорони здоров'я моделі Беверіджа та створення сприятливого організаційно-правового поля для її ефективної реалізації, що дозволить розширити джерела фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я та підвищити ефективність використання її фінансових ресурсів.

Основні висновки та результати практичного характеру:

1. Нами з'ясовано, що чинна система управління галуззю охорони здоров'я характеризується високим рівнем централізації із застосуванням адміністративних методів, що унеможлиблює ефективне управління фінансовими ресурсами закладів охорони

здоров'я та відображає низький ступінь адаптації керівників медичних закладів до ринкових умов господарювання. У зв'язку з цим запропоновано активізувати підготовку професійних менеджерів охорони здоров'я та вирішити в законодавчому порядку питання про надання їм права на управління медичними закладами, що сприятиме підвищенню якості управлінських рішень у сфері фінансів.

2. Ураховуючи те, що охорона здоров'я дітей визнана в Україні пріоритетним напрямком державної політики і спостерігається відчутна різниця між показниками захворюваності дитячого та дорослого населення, у монографії запропоновано:

Виокремити в переліку закладів охорони здоров'я групу "заклади охорони здоров'я дітей", яка б охоплювала дитячі лікарняні заклади, дитячі амбулаторно-поліклінічні заклади, дитячі санаторно-курортні заклади і заклади медико-соціального захисту дітей, була б відображена під окремим кодом у бюджетній класифікації, що дозволить контролювати грошові потоки та ефективність витрачання коштів у процесі діяльності закладів охорони здоров'я дітей;

Удосконалити порядок планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів шляхом визначення видатків на охорону здоров'я окремо для дитячого та дорослого населення з наступним диференційованим фінансуванням закладів, які надають їм медичну допомогу, виходячи з отриманих сум. На нашу думку, частка видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я з бюджету локального рівня має бути не меншою, ніж питома вага чисельності дітей у загальній чисельності населення і частка загальної захворюваності дітей у загальній захворюваності населення відповідної території. Це забезпечить рух бюджетних коштів "за пацієнтом" та спрямування фінансових ресурсів, призначених для охорони здоров'я дітей, на фінансування закладів, які її забезпечують;

Розподіляти бюджетні кошти між закладами охорони здоров'я залежно від обсягу і характеру їх діяльності та переносити пріоритети у фінансуванні на медичні інституції, які надають первинну медико-санітарну і амбулаторно-поліклінічну допомогу, що значною мірою сприятиме підвищенню ефективності використання їх фінансових ресурсів.

3. Виявлено невідповідність діяльності вітчизняної системи охорони здоров'я ринковим умовам господарювання, що проявляється в низькому рівні управлінської та фінансової автономії медичних інституцій, нераціональній кадровій і фармацевтичній політиці, зношеності матеріально-технічної бази, майже повній відсутності сучасного лікувально-діагностичного обладнання в закладах охорони здоров'я, соціальній незахищеності медичних працівників та призводить до обмеження доступу пацієнтів до високоякісних медичних послуг в умовах зростаючої захворюваності населення та зростання масштабів “тіньових” розрахунків за надані послуги. З'ясовано, що причиною зазначеної ситуації є відсутність єдиної вираженої стратегії реформування організаційно-економічних засад системи охорони здоров'я, спрямованої на покращення фінансового забезпечення галузі, що орієнтована на реальні потреби пацієнтів, із одночасним раціональним використанням фінансових ресурсів.

4. Встановлено, що залежність обсягу бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я від оперативно-сітьових показників їх діяльності не стимулює зазначені суб'єкти господарювання покращувати результативність власної роботи. З огляду на це, нами запропоновано комплекс заходів щодо підвищення ефективності використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я:

4.1. Підвищити рівень фінансової та управлінської автономії медичних закладів шляхом перетворення їх на некомерційні підприємства, що забезпечить можливість самостійного визначення ними пріоритетних напрямів витрачання ресурсів, планування обсягів власної діяльності та формування економічної зацікавленості медичних інституцій у забезпеченні високоякісних медичних послуг за найменших витрат;

4.2. Запровадити контрактні закупівлі медичних послуг за моделлю блок-контракту, що сприятиме децентралізації управління та переходу до фінансування медичних закладів на основі кінцевих результатів їх діяльності;

4.3. Для оплати медичних послуг амбулаторно-поліклінічних закладів запровадити подушне фінансування за моделлю часткового фондотримання, що дозволить мотивувати лікарів

первинної ланки взяти відповідальність за організацію всіх видів медичної допомоги прикріпленому населенню з використанням найменш витратних технологій лікування залежно від складності захворювання, зменшити частоту звернень пацієнтів за медичною допомогою, в т. ч. до “вузьких” спеціалістів, і на цій основі підвищити ефективність використання ресурсів та забезпечити реальний захист інтересів пацієнтів;

4.4. Для фінансування медичних послуг лікарняних закладів доцільно використовувати метод глобального бюджету, що дасть змогу оптимізувати обсяг та структуру стаціонарної допомоги, посилити зацікавленість у зменшенні термінів госпіталізації, ефективному використанні ресурсів, скороченні невикористовуваного ліжкового фонду і кадрового потенціалу;

4.5. Розробити систему норм і нормативів, яка б відображала реальну потребу медичних інституцій у матеріальних, трудових та фінансових ресурсах та враховувала наукові і технологічні інновації у медицині, що суттєво сприятиме забезпеченню високої якості та наукової обґрунтованості планування ключових показників ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я;

4.6. Забезпечити контроль за закупівлями та експлуатацією високовартісного і високотехнологічного обладнання, активізувати запровадження стаціонарозамінних технологій, що сприятиме зменшенню витрат на лікування без погіршення якості медичних послуг та підвищенню ефективності інвестицій в охорону здоров'я.

5. Зважаючи на обмеженість бюджетних ресурсів та неможливість держави суттєво збільшити видатки на охорону здоров'я, з метою покращення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я нами запропоновано диверсифікувати джерела їх фінансових ресурсів шляхом:

5.1. Скасування законодавчої заборони бюджетним установам здійснювати запозичення, що надасть можливість медичним закладам використовувати фінансовий лізинг для уникнення морального зношення основних засобів і протягом короткого терміну вирішити питання власного ресурсозабезпечення;

5.2. Залучення населення до участі в оплаті за медичні послуги (готельні послуги, послуги підвищеної комфортності,

витрати на госпіталізацію понад встановлений нормативами термін лікування), у зв'язку з чим розроблено алгоритм розрахунку величини часткової оплати населення за стаціонарну медичну допомогу населенню, засновану на відшкодуванні хворими частини витрат за лікування з урахуванням надходження фінансових ресурсів до закладу охорони здоров'я із різних джерел, що сприятиме усуненню неофіційних розрахунків у медичних інституціях.

6. У монографії розроблено матрицю видатків лікарняного закладу у розрізі структурних підрозділів (клінічні відділення, допоміжні підрозділи), яка дасть змогу визначити розміри прямих і непрямих витрат, видатки окремого структурного підрозділу, розмір окремого елемента видатків за економічною класифікацією медичного закладу і слугуватиме основою для розрахунку собівартості медичної послуги.

7. З'ясовано, що кадрова політика закладів охорони здоров'я характеризується дисбалансом між лікарським та середнім і молодшим медичним персоналом, унаслідок чого сестринські обов'язки змушені виконувати лікарі, оплата праці яких потребує значно більших витрат, а також відсутністю оптимальних міжпосадових співвідношень при організації оплати праці персоналу, неадекватним до затраченої праці розміром оплати. З огляду на це, нами запропоновано врахувати потребу в працівниках при розробленні нормативів для визначення штатів медичного персоналу; запровадити контрактну модель оплати праці медичних працівників. Це сприятиме підвищенню рівня винагородження кваліфікованого персоналу, забезпеченню оплати праці з урахуванням її результативності, покращенню доступу та підвищенню якості медичних послуг, ефективному використанню фінансових ресурсів охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акімова Т. В. Финансовые ресурсы системы здравоохранения в России: дис. ... кандидата экон. наук: 08.00.10 / Акімова Татьяна Валентиновна. – Саратов, 2004. – 179 с.
2. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібн. / О. В. Баєва. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
3. Баєва О. Формування напряму та стратегії підготовки менеджерів для галузі охорони здоров'я / О. Баєва // Вісник Української академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 1. – С. 233–236.
4. Басанцов І. В. Система фінансового контролю в Україні / І. В. Басанцов // Фінанси України. – 2005. – № 11. – С. 132 – 139.
5. Башняк О. С. Фінансове право: навч. посібник / О. С. Башняк. – Тернопіль: ПП Шпак В.Б., 2007. – 248 с.
6. Берлач А. І. Фінансове право України: навч. посібник [для дистанційного навчання] / А. І. Берлач. – К.: Університет України, 2006. – 248 с.
7. Білінська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я [Електронний ресурс] / М. М. Білінська, Т. П. Попченко // Державне управління: теорія та практика. – 2006. – № 1. – Режим доступу до журн.: <http://nbuv.gov.ua/e%2Djournals/DUTP/2006%2D1>.
8. Білоус О. Аналіз формування і використання фінансових ресурсів підприємства: методичний аспект / О. Білоус, В. Вовк, Р. Федорович. – Тернопіль: Астон, 2005. – 224 с.
9. Бирман А. М. Очерки теории советских финансов: в 3 вып. / А. М. Бирман. – М.: Финансы, 1972. Вып. 2. – 1972. – 224 с.
10. Бутова В. Предпринимательская деятельность медицинских организаций: практ. Руков. / В. Бутова, В. Ковальський, Т. Манашеров. – М.: СТВООК, 2006. – 239 с.
11. Бюджет України за 2008 рік: Статист. зб. Міністерства фінансів України. – К.: Міністерство фінансів України, 2009. – 295 с.
12. Бюджетний кодекс України. Закон України від 21. 06. 2001 р. № 2542 - III (із змінами та доповненнями) // Нормативні акти. – 2001. – № 18. – С. 3–64.

13. Василик О. Д. Теорія фінансів: підруч. / О. Д. Василик. – К. : НІОС, 2001. – 416 с.

14. Василик О. Д. Бюджетна система України: підручник / О.Д. Василик, К.В. Павлюк. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 544 с.

15. Васишин Р. Й. Технології розрахунку собівартості і цін медичних процедур та нозологічної одиниці. Алгоритми визначення коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат у закладах охорони здоров'я – основа для створення медико-економічних стандартів / Р. Й. Васишин // Український медичний часопис. – 2006. – № 6. – С. 28–34.

16. Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні: посіб. / [А. Драгомірістану, А. Малагардіс, В. Рудий, М. Мучник]. – Серія „Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні””: у 12 кн., кн. 2. - К., 2006. – 67 с.

17. Вишневський В. Інформатизація системи охорони здоров'я / В. Вишневський, А. Голунов, А. Коньков // Персонал. – 2005. – № 12. – С. 66 – 69.

18. Воронова Л. К. Фінансове право: навчальний посібник [для студ. ВНЗ] / за заг. ред. Л. К. Воронової. – Київ: Правова єдність, 2009. – 395 с.

19. Галайда В. Методи визначення витрат надавачів медичних послуг в Україні [Електронний ресурс] / В. Галайда // Аптека. – 2004. – № 45. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/archives/466/21313.html>.

20. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративноправові проблеми формування і реалізації): монограф. / З. С. Гладун. – Тернопіль: Екон. думка, 2005.– 460 с.

21. Глоссарий терминов, исполъзуемых в серии “Здоровье для всех” [Електронний ресурс]. – № 1–8. – Женева: ВООЗ. – 1984. – Режим доступу: <http://www.who.int>

22. Голяченко О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. Голяченко, А. Сердюк, О. Приходський. – Тернопіль: Джюра, 1997. – 328 с.

23. Грузева Т. С. Наукове обґрунтування розробки державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою / Т. С. Грузева // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. – 2001. – № 2. – С. 61- 63.

24. Грязнова А. Финансово-кредитный энциклопедический словарь / А. Грязнова. – М., 2002. – 1168 с.

25. Дем'янишин В. Г. Теоретична концептуалізація і практична реалізація бюджетної доктрини України: монограф. / В. Г. Дем'янишин. – Тернопіль: ТНЕУ, 2008. – 496 с.

26. Длугопольський О. В. Теорія економіки державного сектора: навч. посіб. / О. В. Длугопольський. – К.: ВД «Професіонал», 2007. – 292 с.

27. Долот В. Домінанти державної політики України в галузі охорони здоров'я: нова парадигма / В. Долот, Л. Радиш, Я. Радиш // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2006. – № 1. – С. 207 – 211.

28. Доповідь Міністра охорони здоров'я України Поліщука М. Є. „Стан охорони здоров'я та завдання щодо виконання програми КМУ „На зустріч людям”, 26 квіт. 2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=3479>.

29. Дорошенко Г. Менеджмент в здравоохранении: уч. пособ. / Г. Дорошенко, Н. Литвинова, Н. Пронина. – [2-е изд., испр. и доп.]. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. – 160 с.

30. Економічна енциклопедія: у 3 т. / редкол.: ...С. В. Мочерний (відп. ред.) [та ін.]. – К.: Академія, 2002. Т. 3. – 2002. – 952 с.

31. Економічний енциклопедичний словник: у 2 т. / [Мочерний С. В., Ларіна А. Я., Устенко О. А., Юрій С. І.]; за заг. ред. С. В. Мочерного. – Т.1. – Львів: Світ, 2005.– 616 с.

32. Экономика и управление здравоохранением: уч. пособ. / [Л. Ю. Трушкина, Р. А. Тлепцеришев, А. Г. Трушкин, Л. М. Демьянова]. – 2-е изд. – Ростов-на-Дону: Феникс, – (Серия “Среднее профессиональное образование”) - 2004.– 384 с.

33. Загородній А. Фінансовий словник / А. Загородній, Г. Вознюк, Т. Смовженко. – [3тє вид., випр. та доп.]. – К.: Знання: КОО, 2000. – 404 с.

34. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 р. № 2801-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://zakon1.rada.gov.ua>.

35. Закон України “Про державну контрольно-ревізійну службу в Україні” від 26.01.1993 р. № 2939-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 13. – С. 110–115.

36. Закон України “Про місцеве самоврядування в Україні” від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР (із змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – С. 379429.

37. Закон України “Про місцеві державні адміністрації” від 09.04.1999 р. № 586-XIV (із змінами та доповн.) // Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 20–21. – С. 190–191.

38. Закон України “Про охорону дитинства” від 26.04.2001 р. № 2402-III // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 30. – С. 142.

39. Звіт-виставка на базі МОЗ України “Стан та перспективи розвитку галузі охорони здоров'я”, Вінницька область – 2006 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/hcare/mrep>

40. Звіт про діяльність галузі охорони здоров'я у 2006 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=7600>.

41. Інформаційно-аналітичні матеріали МОЗ України: ін форм. підгот. на викон. постанови ВРУ № 2606-IV „Про проведення парламентських слухань на тему: “Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування та їх розв'язання”. – К., 2005. – 17 с.

42. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг: утв. приказами Министра здравоохранения Российской Федерации Ю. Л. Шевченко от 10.11.1999 г. № 01-23/4-10 и Президента Российской академии медицинских наук В. И. Покровского от 10.11.1999 г. № 01-02/41 // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1. – С. 47–58.

43. Каленський М. Контрольно-ревізійна служба – суб'єкт державного фінансового контролю підприємницької діяльності: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / М. Каленський, І. Стефанюк. – К.: Ін-т регіон. дослідж. НАН України, 2001. – 203 с.

44. Камінська Т. М. Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я / Т. М. Камінська // Економічна теорія. – 2006. – № 6. – С. 12 – 24.

45. Карамишев Д. Аналітично-організаційне забезпечення прийняття рішень в умовах асиметричної інформації – складова інноваційної парадигми управління системою охорони здоров'я / Д. Карамишев, А. Дегтяр // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2005. – № 3. – С. 51 – 55.

46. Карамишев Д. Можливості застосування лізингових операцій у вирішенні питань ресурсозабезпечення галузі охорони здоров'я / Д. Карамишев // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2006. – № 2. – С. 188 - 193.

47. Карамишев Д. Соціальне страхування в системі охорони здоров'я: суперечності та перспективи / Д. Карамишев, Я. Радиш // 36. наук. праць НАДУ при Президентіві України. – 2006. – Вип. 1. – С. 95 -105.

48. Карпенко П. О. Шляхи удосконалення організації лікувально-профілактичного та дієтичного харчування в Україні [Електронний ресурс]. / П. О. Карпенко, В. В. Вознюк, Н. О. Мельничук // Проблеми харчування. – 2003. – № 1. – Режим доступу до журн.: http://www.medved.kiev.ua/arh_nutr/art_2003/n03_1_5.htm.

49. Карпишин Н. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я / Наталія Карпишин // Світ фінансів. - 2007. - Вип. 2. - С. 63 - 72.

50. Карпишин Н. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні / Наталія Карпишин // Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в постстабілізаційний період: наук. конф. проф.-викл. складу, 18 квіт. 2007 р.: тези доп. / відп. ред.: С. І. Юрій. – Тернопіль, 2007. – С. 75 -78.

51. Кириленко О. Фінанси: навч. посіб. / О. Кириленко. – [2-ге вид., перероб. і доп.]. – Тернопіль: Екон. думка, 1998. – 163 с.

52. Кириленко О. Теорія і практика бюджетних інвестицій: монограф. / О. Кириленко, Б. Малиняк. – Тернопіль: Екон. думка, 2007. – 288 с.

53. Конституція України. – Серія видань “Офіційний документ”. – К.: Велес, 2006. – 48с.

54. Кох Р. Менеджмент и финансы от А до Я / Р. Кох; [пер. с англ. В. Біленького]. – СПб.: Питер, 1999. – 496 с.

55. Кризина М.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми управління та реалізації: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня докт. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Кризина Наталія Павлівна; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2008. – 31 с.

56. Куценко В. Менеджмент сфери послуг: монограф. / В. Куценко, Г. Трілленберг. – К., 2007. – 459 с.

57. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: монограф. / В. І. Куценко, Г. І. Трілленберг. – К., 2005. – 366 с.

58. Лахтіонова Л. Фінансовий аналіз суб'єктів господарювання: монограф. / Л. Лахтіонова. – К.: КНЕУ, 2001. – 387 с.

59. Лехан В. М. Нові механізми оплати медичних послуг та умови їх запровадження / В. М. Лехан // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – 176 с.

60. Лехан В. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. Лехан, Н. Лакіза-Савчук, В. Войцехівський. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.

61. Лікувально-профілактична допомога дітям в Україні: [стат. дані за 2006 р.]. – К.: Центр мед. статистики МОЗ України, 2007. – 249 с.

62. Ліннакко Е. Критичний аналіз напрямків фінансування та продуктивності у сфері охорони здоров'я країн ЄС [Електронний ресурс] / Е. Ліннакко. – Режим доступу до докум.: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/analisis_u.htm.

63. Ліннакко Е. Обчислення собівартості медичних послуг / Е. Ліннакко // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 3 – 4.

64. Лобас В. М. Теоретичні основи і розвиток державного соціально-орієнтованого управління: автореф. дис. докт. наук з держ. управл.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Лобас Віталій Михайлович; Донецька державна академія управління. – Донецьк, 2004. – 40 с.

65. Малагардіс А. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях: посіб. Серія „Реформування системи охорони здоров’я в Україні: досвід проекту ЄС “Фінансування та управління у сфері охорони здоров’я в Україні””: у 12 кн., кн. 7/ А. Малагардіс, В. Рудий. – К., 2006. – 61 с.

66. Матеріали Парламентських слухань “Шляхи реформування охорони здоров’я та медичного страхування в Україні” від 20 травня 2009 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу до докум.: http://www.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/SL200509.htm.

67. Модернізація місцевих фінансів України в умовах економічних і соціальних трансформацій: монограф. / За ред. О.П. Кириленко. – Тернопіль: ТНЕУ, “Економічна думка”, 2008. – 346 с.

68. Москаленко В. Ф. Основні напрями реформ фінансування систем охорони здоров’я у Європі / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров’я України. – 2009. – № 2 (34). – С. 53.

69. Наказ Міністерства охорони здоров’я СРСР від 14.06.1989 р. № 369 “Про зміну та доповнення наказу Міністерства охорони здоров’я СРСР від 23.04.1985 р. № 540 “Про поліпшення організації лікувального харчування у лікувальнопрофілактичних закладах”” [Електронний ресурс]. - Режим доступу до докум.: <http://www.moz.gov.ua>

70. Наказ МОЗ України “Про затвердження переліків закладів охорони здоров’я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров’я” від 28.10.2002 р. № 385 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.moz.gov.ua>

71. Наказ Міністерства охорони здоров’я „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю „Дитяча нефрологія”.

72. Наказ Міністерства охорони здоров’я „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю „Дитяча пульмонологія” від 13.01.2005 р. № 18 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=3977>

73. Наказ Міністерства охорони здоров’я України “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я” від

23.02.2000 р. № 33 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=6518>.

74. Наказ Міністерства праці та соціальної політики і Міністерства охорони здоров'я „Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення” від 15.03.2006 р. № 285/12159 (із останніми змінами та доповненнями станом на 31.05.2010 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=5581>.

75. Наказ Міністерства фінансів України “Про бюджетну класифікацію та її запровадження” від 27.12.2001 р. № 604 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.legal.com.ua/document/kodeks/0CH560604201-01.html>.

76. Нечаїв С. До питання про формування керівників системи охорони здоров'я / С. Нечаїв // Українські медичні вісті. – 1997. – № 2–3. – С. 39.

77. Опарін В. Фінансова система України (теоретико-методологічні аспекти): монограф. / В. Опарін. – К.: КНЕУ, 2005. – 240 с.

78. Орел Є. Запровадження контрактних відносин – інструмент покращення показників ефективності діяльності постачальників медичних послуг / Є. Орел // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 6.

79. Офіційні статистичні матеріали Державного комітету статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://www.ukrstat.gov.ua>

80. Павлюк К. В. Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу / К. В. Павлюк // Формування ринкових відносин в Україні. – 2006. – № 9 (64). – С. 143-148.

81. Павлюк К. В. Фінансові ресурси держави: монограф. / К. В. Павлюк. – К.: НІОС, 1997. – 176 с.

82. Пашков В. Господарська компетенція органів виконавчої влади та місцевого самоврядування щодо управління комунальними закладами охорони здоров'я / В. Пашков // Господарське право. – 2006. – № 3. – С. 28 – 31.

83. Писаренко Т. М. Облік, аналіз і контроль ефективності використання фінансових ресурсів у бюджетних установах (на

матеріалах установ охорони здоров'я Волинської області): автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. екон. наук: спец. 08.06.04 “Бух. облік, аналіз та аудит” / Т. М. Писаренко. – Тернопіль, 2001. – 20 с.

84. Поляк Г. Б. Финансы. Денежное обращение. Кредит: учеб. / Г. Б. Поляк. – [2-е изд.]– М.: Юнити - ДАНА, 2002. – 512 с.

85. Пономаренко В. М. Проблеми удосконалення системи управління в галузі охорони здоров'я і шляхи їх вирішення / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 5 – 8.

86. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України” від 02.11.2006 р. № 1542 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

87. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації” від 20.12.2000 р. № 1845 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

88. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації” від 28.11.2007 р. № 1364 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

89. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямів використання” від 17.05.2002 р. № 659 (із змінами та доповненнями)// Офіційний вісник України. – 2002. – № 21. – С. 42–46.

90. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” від 17.10.2008 р. № 921 // Урядовий Кур'єр. – 2008. – № 197. – С. 6–9.

91. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами” від 5.09.2001 р. № 1195 (із змінами та доповненнями) // Офіційний вісник України. – 2001. – № 38. – С. 9–26.

92. Постанова Кабінету Міністрів України “Перелік платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” від 17.08.1996 р. № 1138 (із змінами та доповненнями, внесеними постановами КМ від 11.07.2002 р. № 989 та від 02.09.2005 р. № 862) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1138-96-%EF>.

93. Про соціально-економічне становище України за 2009 рік. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. - Режим доступу до докум.: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

94. Радиш Я. Мистецтво результативного управління: [пробл. лекції] / Я. Радиш, О. Щербак. – К.: Віпол, 2000. – 172 с.

95. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Я. Ф. Радиш. – К., 2001. – 360 с.

96. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 56 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 23. – С. 107–112.

97. Рожкова І. Договірні відносини як механізм ефективного управління ресурсами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні / Інга Рожкова // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2008. – Вип. 1. – С. 223 - 230.

98. Романенко О. Р. Фінанси: підруч./ О. Р. Романенко. – К.: Центр навч. л-ри, 2004. – 312 с.

99. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні: монограф. / В. М. Рудий. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.

100. Рудий В. Нормативно-правові та управлінські аспекти автономізації постачальників медичних послуг та запровадження договірних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні / В. Рудий // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 14 - 16.

101. Рудий В. Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні : посіб. / В. Рудий. – (Серія “Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС “Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні”: у 12 кн., кн. 3) – К., 2006. – 62 с.

102. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / В. Рудий. – Режим доступу до докум.: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm.

103. Салтман Р. Б. Реформи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.

104. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения: уч. пособ. / В. Ю. Семенов. – М.: МЦФЭР, 2004. – 656 с.

105. Сенчагов В. К. Финансовые ресурсы народного хозяйства (проблемы формирования и использования) / В. К. Сенчагов. – М.: Финансы и статистика, 1982. – 320 с.

106. Слабкий Г. О. Про готовність керівників закладів охорони здоров'я до впровадження ринкових відносин в організацію стаціонарної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 2. – С. 61 – 63.

107. Словник сучасної економіки Макміллана / [пер. з англ. А. В. Дорошенко]. – К.: АртЕк, 2000. – 640 с.

108. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підруч. / [Ю. Вороненко, Л. Прус, А. Чуйко та ін.]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 332 с.

109. Стан здоров'я дітей та підлітків в Україні та надання їм медичної допомоги за 2002 рік: [стат.-аналіт. довідник МОЗ України]. – К., 2003. – 210 с.

110. Стан здоров'я дітей та підлітків в Україні та надання їм медичної допомоги за 2003 рік: [стат.-аналіт. довідник МОЗ України]. – К., 2004. – 191 с.

111. Стан здоров'я дітей та підлітків в Україні та надання їм медичної допомоги за 2004 рік: [стат.-аналіт. довідник МОЗ України]. – К., 2005. – 199 с.

112. Стан здоров'я дітей та підлітків в Україні та надання їм медичної допомоги за 2005 рік: [стат.-аналіт. довідник МОЗ України]. – К., 2006. – 210 с.

113. Стан здоров'я дітей 0–17 років включно та надання їм медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України: [аналіт.-стат. довідник МОЗ України за 2007 р.]. – К., 2008. – 391 с.

114. Статистика охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. [для самост. вивч. дисц.] / Г.С. Столяров, Ю.В. Вороненко, М. В. Голубчиков . – К.: КНЕУ, 2000. – 187 с.

115. Стецюк П. А. Економічна сутність фінансових ресурсів / П. А. Стецюк // Фінанси України. – 2007. – № 1. – 129 - 143.

116. Сычев М. Г. Финансы СССР / М. Г. Сычев. – М.: Финансы и статистика, 1984. – 286 с.

117. Тулай О. І. Фінансове забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в умовах трансформаційної економічної системи: дис. ... кандидата екон. наук: 08.04.01 / Тулай Оксана Іванівна. – Тернопіль, 2005. – 179.

118. Тулай О. Економічне обґрунтування необхідності реорганізації бюджетних установ охорони здоров'я України в контексті Європейської інтеграції / Оксана Тулай // Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації : IV Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених, 22–23 лют. 2007 р.: зб. тез доп. Ч. 2. / відп. за вип. : Г. Л. Монастирський. – Тернопіль : Екон. думка, 2007. – С. 291 - 293.

119. Указ Президента України “Концепція розвитку охорони здоров'я населення України” від 7.12.2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісник України. – 2001.– № 49. – С. 5–13.

120. Указ Президента України „Положення про Міністерство фінансів України” від 26.08.1999 р. № 1081/99 // Офіційний вісник України. – 1999.– № 35. – С. 1–7.

121. Указ Президента України „Про невідкладні заходи реформування системи охорони здоров'я” (Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я) від 6.12.2005 р. № 1694/2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

122. Федосов В. Фінансова реструктуризація в Україні: проблеми і напрями: монограф. / В. Федосов, В. Опарін, С. Львовчкін; [за наук. ред. В. Федосова]. – К.: КНЕУ, 2002. – 387 с.

123. Філімоненко О. С. Фінанси підприємств: навч. посіб. / О. С. Філімоненко. – К.: Ельга: Ніка-Центр, 2002. – 360 с.

124. Фінанси підприємств: підруч. / [А. М. Поддєрьогін, Л. Д. Буряк, Г. Г. Нам та ін.]; за наук. ред. А. М. Поддєрьогіна. – [3-тє вид., перероб. та доп.]. – К.: КНЕУ, 2000. – 460 с.

125. Фінанси: вишкіл студії: навч. посіб. / [С. І. Юрій, Т. О. Кізіма, Н. П. Злепко, М. М. Тріпак]; за ред. С. І. Юрія. – Тернопіль: Карт-Бланш, 2002. – 357 с.

126. Фінансова звітність про виконання Державного, місцевих, зведеного бюджетів України за 2004–2009 рр. Офіційний сайт Комітету Верховної Ради України з питань бюджету. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://budget.rada.gov.ua>.

127. Фінансові звіти Головних фінансових управлінь Вінницької, Тернопільської, Хмельницької обласних державних адміністрацій за 2001–2007 роки; Фінансові звіти закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки.

128. Финансы / [В. М. Родионова, Ю. Я. Вавилов, Л. И. Гончаренко и др.]; под ред. В. М. Родионовой. – М.: Финансы и статистика, 1995. – 432 с.

129. Хачатурян С. В. Сутність фінансових ресурсів та їх класифікація / С. В. Хачатурян // Фінанси України. – 2003. – № 4. – с. 77 - 81.

130. Хеннеланд Г. Здоровье как международная политика – борьба с инфекционными заболеваниями в регионе Балтийского моря [Електронний ресурс] / Хеннеланд Г., Рове Л. – Режим доступу: <http://www.epinorth.org>.

131. Черненко В. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / В. Черненко, В. Рудий. – К.: Академпрес, 2002. – 112с.

132. Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении: монограф. / И. М. Шейман. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.

133. Щеглова К. Добровільне медичне страхування [Електронний ресурс] / К. Щеглова. – Режим доступу до докум.: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/smi/kor_01.htm.

134. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарноепідеміологічну ситуацію. 2005 рік / [за ред. Ю. Поляченка]. – К., 2006. – 226 с.

135. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік / [за ред. Ю. Гайдаєва]. – К., 2007. – 414 с.

136. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарноепідемічну ситуацію. 2008 рік / [за ред. В. Князевича]. – К., 2009. – 360 с.

137. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 р. / [за ред. В. Князевича]. – К., 2008. – 277 с.

138. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік / [за ред. В. Князевича]. – К., 2009. – 384 с.

139. Юрій С. І. Бюджетна система України: навч. посібн. / С.І. Юрій, Й.М. Бескид. – К.: НІОС, 2000. – 396 с.

140. Юрій С. І. Казначейська система: підруч. / С. І. Юрій, В. І. Стоян, О. С. Даневич. – [2-ге вид. змін. й доп.]. – Тернопіль: Карт-Бланш, 2006. – 818 с.

141. Arrow K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care / Arrow K.J. // American Economic Review. – 1963. – № 53. – р. 941–973.

142. Babylon: vocabulary [Електронний ресурс]. – Режим доступу до словника: http://www.babylon.com/definition?Financial_Resources/English.

143. Delnoij D. M. J. Physician Payment Systems and Cost Control / D. M. J. Delnoij. – Utrecht : Nivel, 1994. – 256 p.

144. Lekhan V. Health care systems in transition Ukraine / V. Lekhan, V. Rudiy, E. Nolte. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – P.18.

145. Normand С. Социальное страхование здоровья: [руков. по планированию] / С. Normand, А. Weber; ВОЗ Междунар. бюро труда. – Женева, 1994. – 243 с.

146. OECD Glossary of Statistical Terms [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=939>.

147. Free Online Dictionary [Электронный ресурс]. – Режим доступа до словн.: <http://www.thefreedictionary.com/> resource.

ДОДАТКИ

Додаток А
Характеристика моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я *

Державна модель		Страхова модель		Приватна модель	
Основні ознаки	Проблеми	Основні ознаки	Проблеми	Основні ознаки	Проблеми
1	2	3	4	5	6
<p>⇒ централізоване та регіональне планування;</p> <p>⇒ централізоване фінансування;</p> <p>⇒ відсутність приватного сектору в галузі охорони здоров'я;</p> <p>⇒ управління системою охорони здоров'я через медичних працівників;</p> <p>⇒ контроль за якістю медичних послуг з боку держави та медичних працівників;</p>	<p>◆ відсутність зацікавленості в економії всіх видів ресурсів та стимулів до підвищення якості та задоволення по треб споживачів;</p> <p>◆ держава стримує зростання витрат за допомогою макроекономічних методів;</p> <p>◆ недостатньо комфортні умови госпіталізації;</p> <p>◆ обмеження контактів пацієнтів і медичного персоналу стінами закладів охорони здоров'я;</p>	<p>⇒ децентралізоване фінансування охорони здоров'я;</p> <p>⇒ право вибору пацієнтом страхового медичного фонду чи компанії;</p> <p>⇒ конкуренція між різними страховими компаніями і фондами;</p>	<p>◆ нерівність у доступі до медичної допомоги для окремих верств населення або адміністративних територій;</p> <p>◆ необґрунтоване зростання витрат та вартості медичних послуг;</p> <p>◆ недостатній контроль за роботою персоналу;</p>	<p>⇒ високий рівень професіоналізму медичних працівників та застосування в їх діяльності новітніх медичних технологій;</p>	<p>◆ висока вартість медичних послуг;</p> <p>◆ постійне підвищення сукупних витрат на охорону здоров'я, яке дуже важко стримати;</p> <p>◆ низький доступ до медичної допомоги мало забезпечених верств населення;</p> <p>◆ судові процеси – один з основних інструментів контролю за якістю медичних послуг;</p>

Продовження додатку А

1	2	3	4	5	6
<p>⇒ низька оплата праці;</p> <p>⇒ велика залежність галузі охорони здоров'я від бюджетних коштів;</p> <p>⇒ загальний доступ всіх верств населення до медичних послуг та справедливий географічний розподіл ресурсів;</p> <p>⇒ низькі адміністративні витрати.</p>	<p>◆ для пацієнта право вибору лікаря обмежене;</p> <p>◆ позиція спеціалістів із централізованого планування обмежує новаторство колективів закладів охорони здоров'я, не сприяє інтереси та зацікавленість споживачів;</p> <p>◆ пріоритетне фінансування закладів, які надають спеціалізовану медичну допомогу;</p> <p>◆ державна монополія в охороні здоров'я;</p> <p>◆ черги в закладах охорони здоров'я, що призводять до звертання забезлечених верств населення до послуг приватно-практичних лікарів;</p> <p>◆ слабкі зв'язки між центром та периферією, бюрократична, авторитарна система управління.</p>	<p>⇒ контроль за якістю медичних послуг та витратами закладів охорони здоров'я зі сторони страхових компаній чи фондів;</p> <p>⇒ широкий вибір комфортних умов госпіталізації;</p> <p>⇒ високий рівень відповідальності та чіткий поділ повноважень між державою, органами, що здійснюють фінансування та закладами охорони здоров'я.</p>	<p>◆ нехтування інтеграцією пацієнтів, які належать до групи високого ризику для здоров'я, приваляють час перебування у стаціонарі або заплановані поза системою соціального страхування (5-10% населення);</p> <p>◆ недостатня увага до стратегічного планування;</p> <p>◆ значні адміністративні витрати (особливо на аналіз інформації та фінансові розрахунки);</p> <p>◆ недостатня увага до громадської охорони здоров'я, профілактичної роботи, пропаганди здорового способу життя.</p>	<p>⇒ широкий вибір та висока якість медичних послуг, що відповідає особистим потребам переважної більшості пацієнтів; відсутність черг у закладах охорони здоров'я;</p> <p>⇒ гарантія доступу до спеціалізованої медичної допомоги;</p> <p>⇒ конфіденційність лікування, увага до пацієнта;</p> <p>⇒ комфортні умови госпіталізації.</p>	<p>◆ недостатня увага до профілактичних заходів та надання медичної допомоги в домашніх умовах;</p> <p>◆ обмежена кількість робочих місць в приватних клініках;</p> <p>◆ невелика кількість допоміжного персоналу, що здійснюють догляд за хворими, трудінощі в регулюванні та контролі за якістю медичних послуг.</p>

* Розроблено на основі джерел [20; 103; 104; 131]

Додаток Б
Структура державної системи охорони здоров'я України

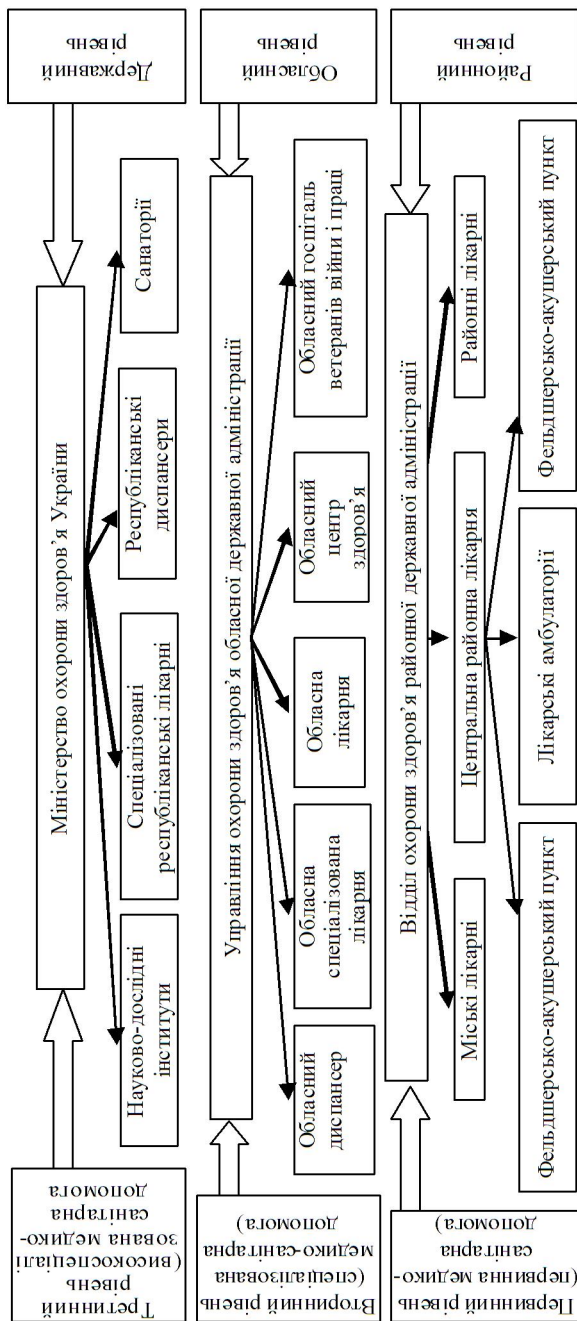


Рис. Б.1. Структура державної системи охорони здоров'я України за адміністративно-територіальною ознакою*

* Складено на основі джерела [95, с.50]

Продовження додатку Б

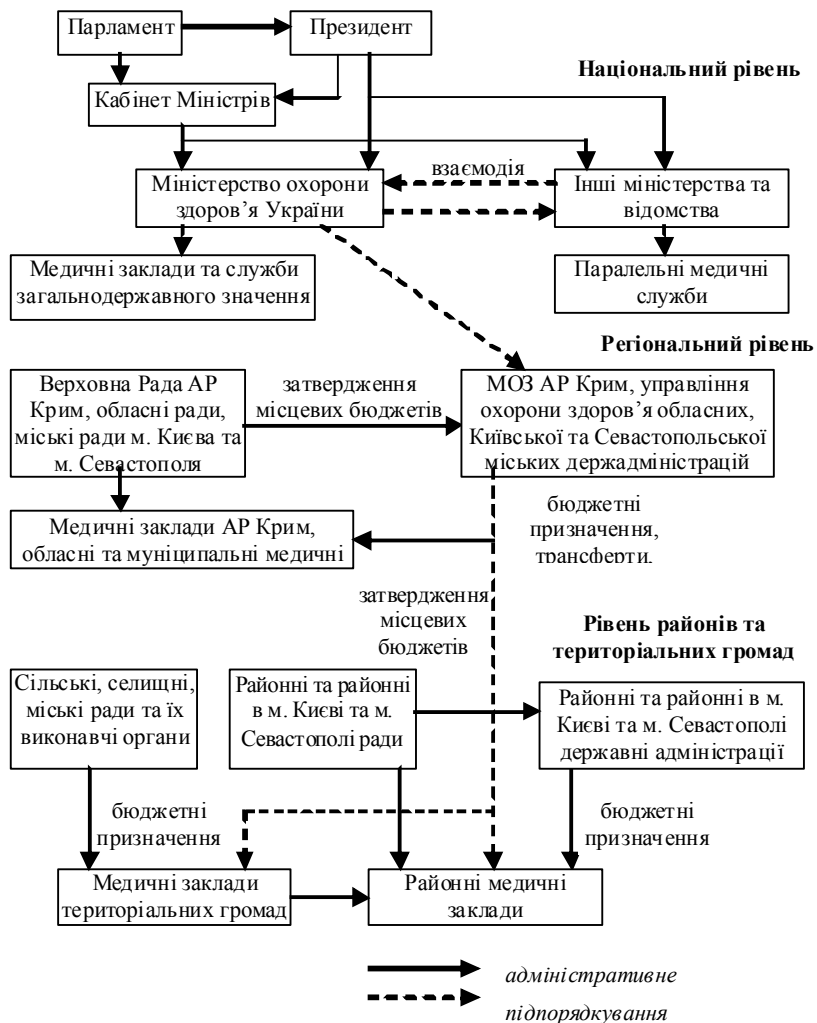


Рис. Б.2. Організаційна структура системи охорони здоров'я України

Додаток В

Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах (після 02.09.2005 р.)

1) послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я

1. Косметологічна допомога, крім тієї, що подається за медичними показаннями.

2. Анонімне обстеження та лікування хворих, заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ та СНІД).

3. Лікування безпліддя, включаючи хірургічні методи, штучне запліднення та імплантацію ембріона.

4. Оздоровчий масаж, гімнастика, бальнеологічні процедури з метою профілактики захворювань та зміцнення здоров'я дорослого населення.

5. Консультування і лікування осіб з вокальними порушеннями або з метою їх профілактики, подання фоніатричної допомоги.

6. Лікування логоневрозів у дорослих.

7. О перації штучного переривання вагітності в амбулаторних умовах (методом вакуум-аспірації у разі затримки менструації терміном не більш як на 20 днів) та у стаціонарі (до 12 тижнів вагітності), крім абортів за медичними і соціальними показаннями.

8. Медичні огляди: для отримання виїзної візи (крім службових відряджень державних службовців та при виїзді на лікування за наявності відповідних медичних документів); попередні профілактичні медичні огляди при прийнятті на роботу та для отримання посвідчення водія транспортних засобів (крім випадків, коли медичні огляди проводяться за направленнями органів державної служби зайнятості), медичні огляди для отримання дозволу на право отримання та носіння зброї громадянами, а також відповідні періодичні профілактичні медичні огляди.

9. Протезування в тому числі зубне, слухове та очне.

10. Корекція зору за допомогою окулярів та контактних лінз.

Продовження додатку В

11. Стоматологічна допомога, що подається населенню госпрозрахунковими відділеннями, кабінетами закладів охорони здоров'я.

12. Медичне обслуговування закладів відпочинку всіх типів, спортивних змагань, масових культурних та громадських заходів тощо.

13. Лабораторні, діагностичні та консультативні послуги за зверненнями громадян, що надаються без направлення лікарів.

14. Медична допомога хворим удома (діагностичне обстеження, процедури, маніпуляції, консультування, догляд), крім осіб, які за станом здоров'я та характером хвороби не можуть відвідувати заклад охорони здоров'я.

15. Перебування у стаціонарі батьків у зв'язку з доглядом за дітьми віком понад 6 років, якщо це не зумовлено станом хворої дитини.

16. Перебування батьків разом з дітьми в дитячих санаторіях та надання їм послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру.

17. Надання санаторно-курортних послуг (реалізація путівок).

18. Проведення профілактичних щеплень особам, які від'їжджають за кордон за викликом, для оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах, у туристичні подорожі тощо за власним бажанням або на вимогу сторони, що запрошує.

19. Проведення профілактичних щеплень усім особам, які бажають їх зробити поза схемами календаря профілактичних щеплень в Україні.

20. Діагностика, профілактика та лікування в госпрозрахункових кабінетах народної і нетрадиційної медицини.

21. Медичне обслуговування за договорами із суб'єктами господарювання, страховими організаціями (в тому числі з Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України).

22. Медичне обслуговування іноземних громадян, які тимчасово перебувають на території України, в тому числі за договорами страхування.

23. Обстеження, консультування та лікування хворих із сексуальними розладами, за винятком тих, які є симптомами тяжких психічних розладів.

Продовження додатку В

24. Проведення судово-психіатричної експертизи за межами територіального розподілу.

25. Проведення судово-медичної та судово-психіатричної експертизи у цивільних справах.

26. Надання висновку фахівця з питань судово-медичної та судово-психіатричної експертизи на запити юридичних і фізичних осіб.

27. Проведення судово-медичних досліджень за замовленням іноземних громадян.

28. Реалізація компонентів та препаратів, виготовлених з донорської крові.

29. Видача бланків особистої медичної книжки.

30. Стажування лікарів (провізорів) - інтернів у базових закладах та установах охорони здоров'я, якщо ці лікарі (провізори) - інтерни: закінчили недержавні вищі медичні (фармацевтичні) заклади освіти; закінчили державні вищі медичні (фармацевтичні) заклади освіти на умовах контракту; прийняті на роботу в недержавні заклади охорони здоров'я (недержавні фармацевтичні заклади, підприємства); повторно проходять інтернатуру; бажають отримати другу спеціальність в інтернатурі.

31. Підготовка і навчання з відповідною видачею сертифіката працівників немедичних спеціальностей (громадян за їх бажанням) практичним навичкам подання невідкладної медичної допомоги.

32. Видача копії медичної довідки, витягу з історії хвороби.

2) послуги з провадження господарської та/або виробничої діяльності

1. Послуги пралень за договорами.

2. Транспортні послуги (перевезення вантажів), здійснення вантажних робіт.

3. Надання в користування автомобільних стоянок, паркування автомобілів та інших транспортних засобів.

4. Перебування громадян за їх бажанням у медичних закладах з поліпшеним сервісним обслуговуванням.

5. Виготовлення, вирощування та реалізація продукції підсобними господарствами, лікувально-виробничими та виробничими майстернями, молочними кухнями, закладами громадського харчування.

Продовження додатку В

6. Послуги з підготовки тіла покійного до поховання або кремації (послуги перукаря, косметолога, бальзамування).

7. Утримання тіл померлих у холодильній камері патолого-анатомічного бюро після дослідження понад норми перебування, а також тих, що знаходяться на зберіганні.

3) послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами

1. Отримання вищої медичної освіти у випадках, коли абітурієнт уже одержав вищу освіту з іншої спеціальності.

2. Навчання іноземних і вітчизняних студентів на умовах контракту з фізичними та юридичними особами у межах ліцензованого обсягу підготовки.

3. Поглиблене навчання окремих предметів понад обсяг навчального плану, вивчення різних напрямів нетрадиційної медицини.

4. Відпрацювання студентами державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти практичних, лабораторних та семінарських занять з клінічних та медико-біологічних дисциплін, що були ними пропущені без поважних причин.

5. Консультації докторантів та аспірантів з навчальних закладів, що не підпорядковані МОЗ.

6. Переводи з одного до іншого медичного вузу та поновлення на навчання студентів, які були раніше відчислені, понад план державного замовлення, у тому числі на перший курс.

7. Ліквідація студентами академічної різниці у разі їх переводів та поновлень у державних вищих медичних (фармацевтичних) закладах освіти, яка виникає внаслідок розбіжностей навчальних планів.

8. Повторне проходження відрахованими студентами з державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти окремих дисциплін і курсів з наступним складанням іспитів.

9. Прийом кандидатських іспитів у осіб, які не працюють у державному медичному (фармацевтичному) закладі освіти. Навчання в аспірантурі фахівців, які працювали поза системою МОЗ.

10. Навчання іноземних громадян у клінічній ординатурі, аспірантурі, докторантурі, їх стажування.

Продовження додатку В

11. Проведення циклів підвищення кваліфікації лікарів і провізорів та стажування з освоєння окремих методів діагностики і лікування понад державне замовлення на госпрозрахункових засадах.

12. Навчання лікарів-інтернів (провізорів), які закінчили недержавні вищі медичні (фармацевтичні) заклади освіти, або навчались на умовах контракту з юридичними та фізичними особами.

13. Надання послуг по легалізації документів про медичну (фармацевтичну) освіту.

14. Повторне навчання в інтернатурі на очному циклі лікаря (провізора)інтерна.

15. Отримання другої спеціальності в інтернатурі або магістратурі.

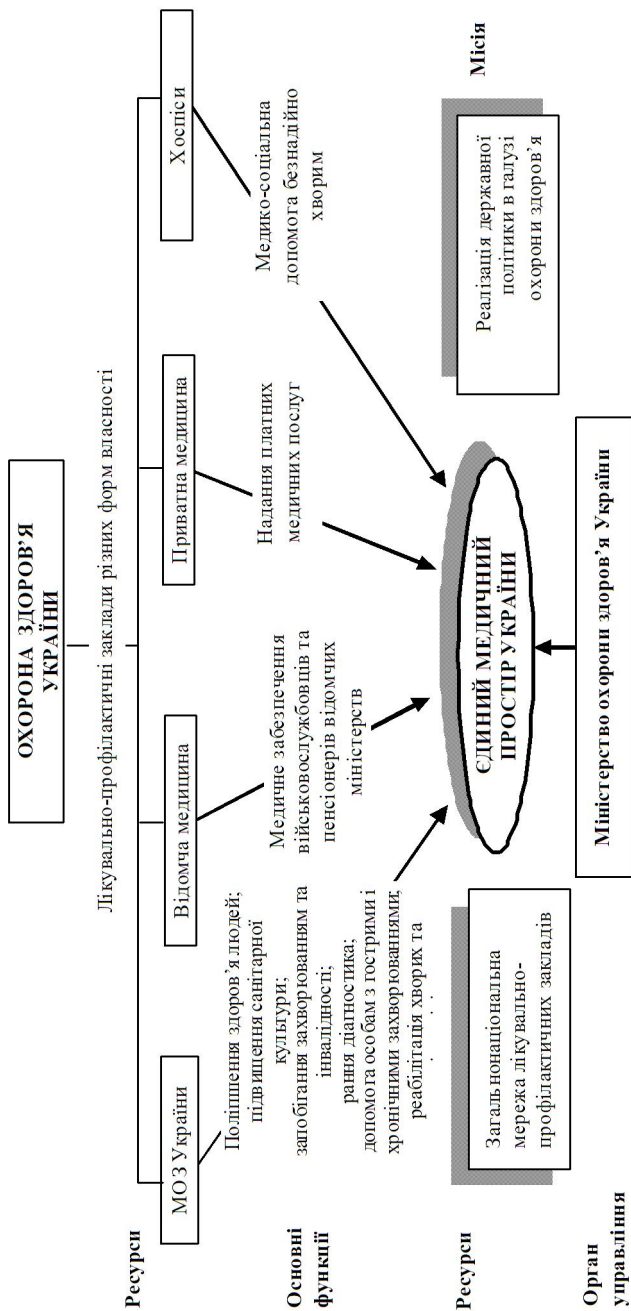
16. Проведення наукових досліджень сторонніми юридичними та фізичними особами на базі державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти або державних закладів післядипломної освіти.

17. Інші платні послуги, передбачені постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 38 “Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися державними навчальними закладами”.

18. Виконання науково-дослідних, дослідно-конструкторських та консультативно-методичних робіт на договірних умовах.

19. Проведення наукової та науково-технічної експертизи.

Додаток Д
**Концептуальна структурно-функціональна модель
 єдиного медичного простору України [27, с.210]**



Додаток Е

Динаміка захворюваності дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2002–2007 рр., на 1000 дітей *

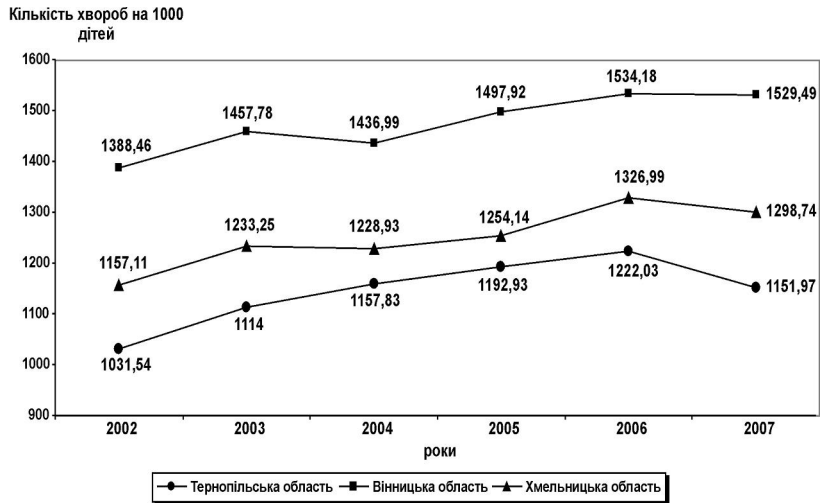


Рис. Е.1. Динаміка первинної захворюваності дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей (на 1000 дітей) у 2002–2007 рр.

*Складено на основі джерел: [61; 109; 110; 111; 112; 113]

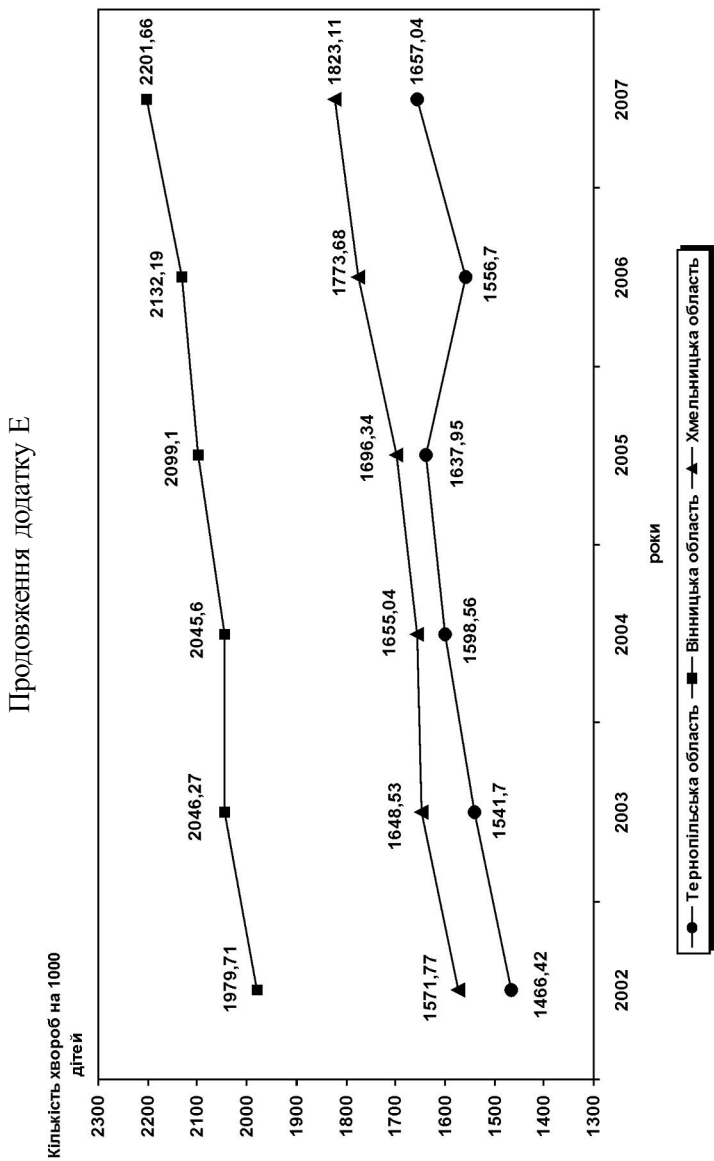


Рис. Е.2. Динаміка загальної захворюваності (поширеності хвороб) дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей (на 1000 дітей) у 2002–2007 рр.

Додаток Ж
Динаміка надходження фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської,
Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

(тис. грн.)

Заклади охорони здоров'я дітей	Років										Абсолютне відхилення 2007 року до				
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006		
Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня	3491,2	4283,9	6107,8	7762,1	9289,9	12992,0	20797,2	+17306	+16513,3	+146894	+13035,1	+11507,3	+7805,2		
Тернопільський обласний комунальний спеціалізований будинок дитини	783,1	875,6	1196,9	1438,9	1991,9	2727,0	3348,0	+2564,9	+2472,4	+2151,1	+1909,1	+1356,1	+621		
Кременецький обласний комунальний дитячий психоневрологічний санаторій	257,7	326,8	460,8	660,2	871,5	1075,1	1440,6	+1182,9	+1113,8	+979,8	+780,4	+569,1	+365,5		
Запільський обласний комунальний дитячий санаторій	407,8	534,3	665,7	852,3	1234,8	1620,6	2310,7	+1902,9	+1776,4	+1645	+1458,4	+1075,9	+690,1		
Береканський обласний комунальний дитячий санаторій	389,9	462,0	573,3	706,6	908,2	1394,0	1772,2	+1382,3	+1310,2	+1198,9	+1065,6	+869	+378,2		
Яблунівський обласний комунальний дитячий туберкульозний санаторій	985,6	1014,5	1176,4	1509,9	1846,1	2488,8	3131,8	+2146,2	+2117,3	+1955,4	+1621,9	+1285,7	+648		
Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня	2705,1	3175,0	4628,8	5115,3	7570,7	8315,3	10871,6	+8166,5	+7696,6	+6242,8	+5756,3	+3300,9	+2556,3		
Тернопільська комунальна дитяча стоматологічна поліклініка	393,4	401,1	452,8	494,3	516,6	593,3	848,2	+454,8	+447,1	+395,4	+353,9	+331,6	+254,9		
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня	4391,4	5433,6	21884,5	8808,2	10596,4	15226,1	19157,4	+14766	+13723,8	-2727,1	+10349,2	+8561	3931,3		
Тульчинський обласний будинок дитини	563,7	749,3	845,5	907,6	1248,3	1619,2	2052,6	+1488,9	+1303,3	+1207,1	+1145	+804,3	+433,4		
Вінницький обласний спеціалізований будинок дитини з урядовим пенітенціарною мережею системи та порушеннями психіки	805,8	935,4	1364,0	1813,2	2502,6	3873,1	4922,2	+4116,4	+3986,8	+3558,2	+3109	+2419,6	+1049,1		

Продовження додатку Ж

Вінницька область	Вінницький обласний дитячий кардіоревматологічний санаторій	313,4	390,6	435,1	631,6	802,4	1129,1	1351,4	+1088	+960,8	+916,3	+719,8	+549	+222,3
	Маньковський обласний дитячий санаторій	287,3	378,2	498,5	588,8	846,4	1200,1	1377,9	+1090,6	+999,7	+879,4	+789,1	+531,5	+177,8
	Каширський підлітковий туберкульозний санаторій «Лісова пісня»	414,5	452,5	623,8	692,6	1081,1	1290,3	1881,7	+1467,2	+1429,2	+1257,9	+1189,1	+800,6	+591,4
	Тульчинський дитячий ортопедичний санаторій	394,9	589,4	694,3	834,0	1207,3	1601,8	2140,8	+1745,9	+1551,4	+1446,5	+1306,8	+933,5	+539
	Мопидів-Подільський дитячий легеневий туберкульозний санаторій	251,7	274,5	371,5	539,3	681,8	1108,0	1411,1	+1159,4	+1136,6	+1039,6	+871,8	+729,3	+303,1
	Заболотненський дитячий психоневрологічний санаторій	304,4	394,5	504,2	701,6	1011,1	1319,5	1852,5	+1548,1	+1458	+1348,3	+1150,9	+841,4	+533
	Вінницька міська дитяча поліклініка №1	797,4	1154,6	1447,0	1594,9	2203,7	3028,5	4016,2	+3218,8	+2861,6	+2569,2	+2421,3	+1812,5	+987,7
	Вінницька міська дитяча поліклініка №2	894,8	1083,7	1563,3	1571,5	2014,7	2964,6	3886,1	+2991,3	+2802,4	+2322,8	+2314,6	+1871,4	+921,5
	Вінницька міська дитяча поліклініка №3	628,4	730,5	1117,1	1184,6	1609,1	2273,0	2896,4	+2268	+2165,9	+1779,3	+1711,8	+1287,3	+623,4
	Вінницька міська клінічна дитяча лікарня	521,6	615,4	755,3	824,2	1196,8	1978,8	2536,3	+2014,7	+1920,9	+1781	+1712,1	+1339,5	+557,5
Хмельницька область	Хмельницька обласна дитяча лікарня	1931,6	2356,9	2496,5	3237,6	4464,3	5656,0	6845,0	+4913,4	+4488,1	+4348,5	+3607,4	+2380,7	+1189
	Хмельницький спеціалізований будинок дитини «Вітерка»	1187,6	1368,4	1529,2	1758,3	2552,7	3662,3	4846,2	+3658,6	+3477,8	+3317	+3087,9	+2293,5	+1183,9
	Староушицький обласний дитячий санаторій «Дністер»	632,7	743,8	837,0	1020,3	1471,1	1989,4	2387,5	+1754,8	+1643,7	+1550,5	+1367,2	+916,4	+398,1
	Малпєвський обласний дитячий туберкульозний санаторій «Світанок»	505,1	592,9	707,1	757,2	1445,8	1676,8	2086,1	+1581	+1493,2	+1379	+1328,9	+640,3	+409,3
	Велкожванчівський обласний дитячий пульмонологічний санаторій	531,2	581,0	621,5	718,3	988,1	1201,6	1585,7	+1054,5	+1004,7	+964,2	+867,4	+597,6	+384,1
	Кам'янець-Подільський обласний дитячий туберкульозний санаторій	206,2	233,3	264,8	308,6	430,4	628,1	755,9	+549,7	+522,6	+491,1	+447,3	+325,5	+127,8
	Кутявський обласний дитячий психоневрологічний санаторій	201,5	261,6	323,5	409,3	623,9	1225,9	990,5	+789	+728,9	+667	+581,2	+366,6	+235,4
	Хмельницька міська дитяча лікарня	5666,7	6374,6	7189,4	8413,2	10908,7	15275,3	17879,3	+12212,6	+11504,7	+10689,9	+9466,1	+6975,6	+2604

* Розраховано на основі даних фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Додаток 3

Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., % *

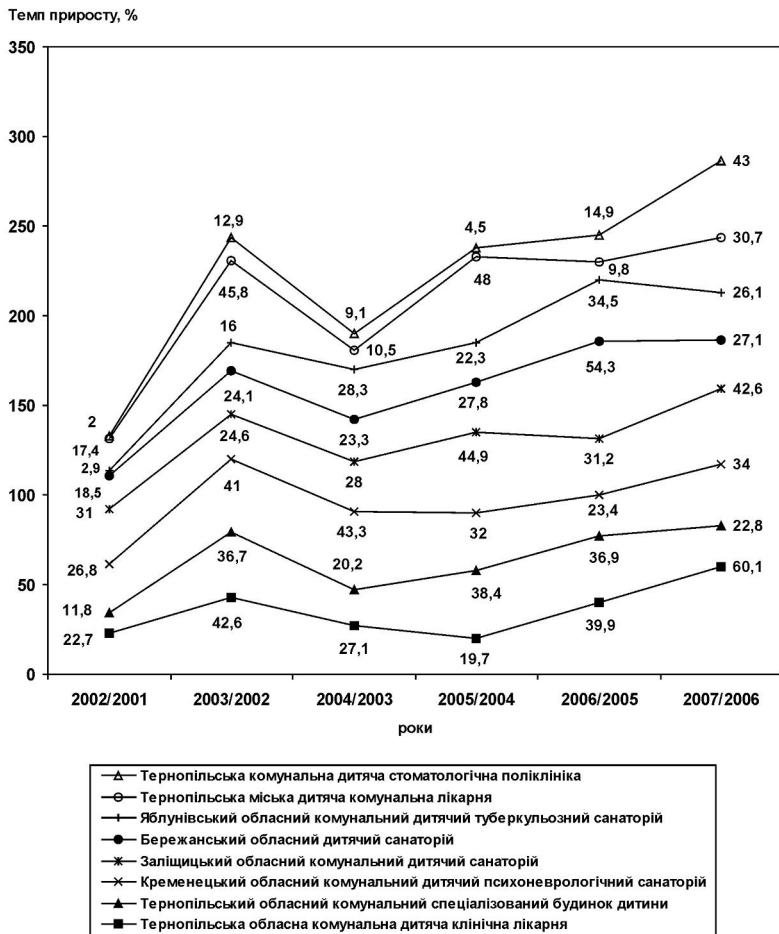


Рис. 3.1. Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської області у 2001–2007 рр., %

* Побудовано на основі даних Фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Продовження додатку 3
**Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони
 здоров'я дітей Вінницької області у 2001–2007 рр., %**

Найменування закладу	Роки					
	2002/ 2001	2003/ 2002	2004/ 2003	2005/ 2004	2006/ 2005	2007/ 2006
Вінницька міська дитяча лікарня	18	22,7	19,1	45,2	65,3	28,2
Вінницька міська дитяча поліклініка №3	16,2	52,9	6,0	35,8	41,3	27,4
Вінницька міська дитяча поліклініка №2	21,1	44,2	0,5	28,2	47,1	31,1
Вінницька міська дитяча поліклініка №1	40,8	25,3	10,2	38,2	37,4	32,6
Заболотненський психоневрологічний санаторій	29,6	28,0	39,2	44,1	30,5	40,4
Могилів-Подільський дитячий легеневий туберкульозний санаторій	9,1	35,3	45,2	26,4	62,5	27,4
Тульчинський дитячий ортопедичний санаторій	49,3	17,8	20,1	44,8	32,7	33,6
Кашперівський підлітковий туберкульозний санаторій "Лісова пісня"	9,2	37,9	11,0	56,1	19,4	45,8
Маньковецький обласний дитячий санаторій	31,6	31,8	18,1	43,8	41,8	14,8
Вінницький обласний дитячий кардіоревматологічний санаторій	24,6	11,4	45,2	27,1	40,7	19,7
Вінницький спеціалізований будинок дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки	16,1	45,8	32,9	38,0	54,8	27,1
Тульчинський обласний будинок дитини	32,9	12,8	7,3	37,5	29,7	26,8
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня	23,7	302,8	-59,8	20,3	43,7	25,8

Продовження додатку 3

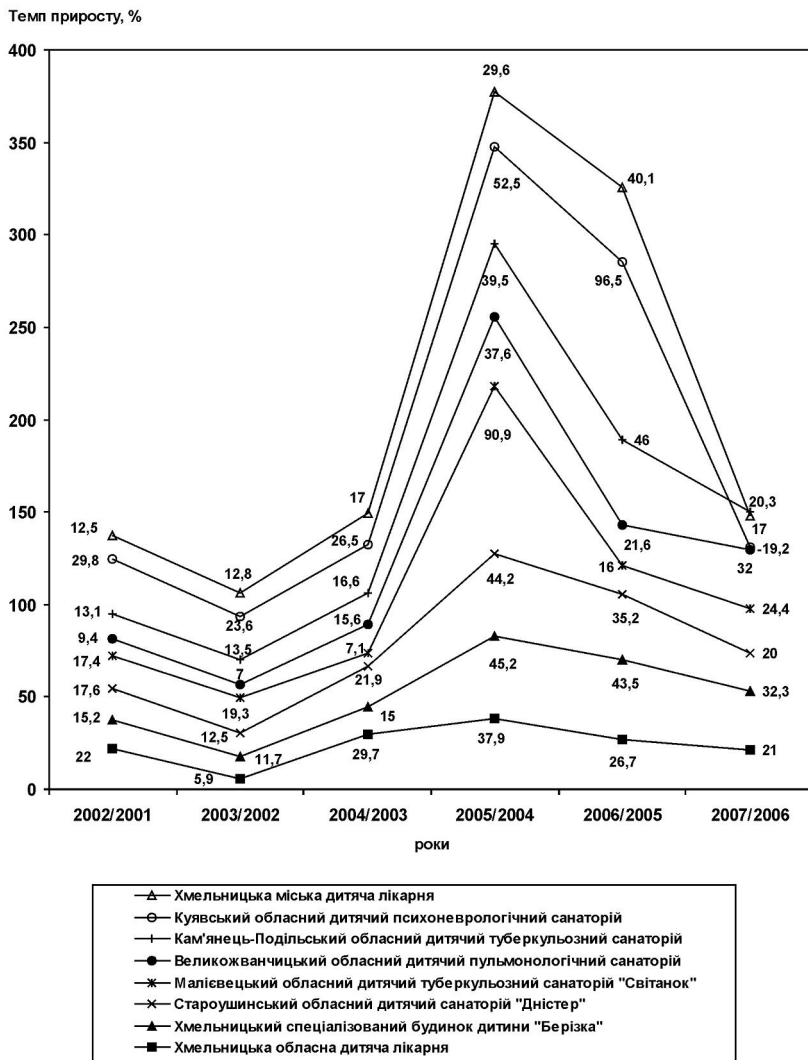


Рис. 3.2. Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Хмельницької області у 2001–2007 рр., %

Додаток И

Структура джерел фінансових ресурсів окремих закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр.*

Джерела фінансування	Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня							Тернопільський обласний комунальний спеціалізований будинок дитини							Кременецький обласний комунальний дитячий психоневрологічний санаторій						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Бюджетні кошти	94,8	91,4	88,7	85,4	99,1	98,6	81,9	99,9	99,9	99,8	99,7	99,8	93,8	94,1	97,8	96,9	97,4	84,1	87,4	94,0	93,8
Плата за медичні послуги	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від господарської діяльності	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	3,1	2,6	2,3	2,3	3,4	-
Плата за оренду майна	-	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від реалізації майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Благодійні внески	-	8,2	0,8	9,6	0,2	1,0	16,9	0,1	0,2	-	-	5,4	4,7	-	-	-	-	-	-	6,2	-
Кошти для виконання окремих доручень	5,2	-	10,3	4,7	0,2	0,2	0,8	-	0,1	-	0,3	0,2	0,8	1,2	-	-	-	-	-	-	-
	Заліщицький обласний комунальний дитячий санаторій							Бережанський обласний дитячий санаторій							Яблунівський обласний комунальний дитячий туберкульозний санаторій						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Бюджетні кошти	99,8	91,6	93,2	89,4	92,7	88,6	80,4	98,9	98,6	98,3	97,9	97,8	91,7	99,4	99,4	99,3	99,3	99,3	99,6	99,1	99,3
Плата за медичні послуги	0,2	5,6	4,5	10,6	7,3	10,3	14,3	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,7	0,7	0,7	0,4	0,9	0,7
Надходження від господарської діяльності	-	2,8	2,3	-	-	-	4,3	-	-	1,2	2,1	2,2	7,9	0,4	0,6	0,7	0,7	0,7	0,4	0,9	0,7
Плата за оренду майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від реалізації майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Благодійні внески	-	-	-	-	1,1	1,0	1,1	1,4	-	-	-	0,3	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Кошти для виконання окремих доручень	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня							Тернопільська комунальна дитяча стоматологічна поліклініка							Хмельницька обласна дитяча лікарня						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Бюджетні кошти	98,3	93,5	86,2	88,9	82,3	94,5	95,3	98,0	99,8	99,5	97,3	96,8	92,2	89,5	96,2	96,8	97,7	90,3	98,5	97,2	96,1
Плата за медичні послуги	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Продовження додатку И

	Хмельницька міська дитяча лікарня							Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня							Тульчинській обласній будинок дитини						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Бюджетні кошти	95,5	95,5	95,0	91,1	91,0	87,8	97,3	81,9	87,1	29,8	91,4	93,9	94,7	92,7	87,1	70,9	76,5	84,3	93,3	93,6	93,5
Плата за медичні послуги	-	-	-	-	-	-	-	-	12,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від господарської діяльності	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Плата за оренду майна	1,0	1,2	1,4	1,3	1,5	1,3	1,5	18,1	-	-	0,3	0,4	0,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від реалізації майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,5	0,3	7,5	18,5	17,1	15,7	6,7	6,4	6,3
Благодійні внески	0,8	0,9	1,1	5,0	4,8	5,0	0,6	-	-	1,3	8,3	5,7	5,1	6,5	0,8	1,85	1,71	1,57	6,7	6,4	6,3
Кошти для виконання окремих доручень	2,6	2,4	2,5	2,6	2,8	5,9	0,7	-	-	6,89	-	-	-	-	5,4	10,6	6,4	-	-	-	0,2
	<i>Вінницький обласний спеціалізований будинок дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки</i>							<i>Вінницький обласний дитячий кардіореєматологічний санаторій</i>							<i>Маньковецький обласний дитячий санаторій</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Бюджетні кошти	93,1	92,8	93,4	96,0	98,0	98,3	95,5	96,8	95,9	94,6	96,7	96,6	96,2	97,2	99,4	99,3	98,5	99,2	99,4	99,5	98,7
Плата за медичні послуги	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від господарської діяльності	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-	0,2	-	-	0,6	0,7	1,5	0,3	0,2	0,2	1,1
Плата за оренду майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від реалізації майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Благодійні внески	6,9	7,2	6,6	4,0	2,0	1,7	4,5	3,2	4,1	4,3	3,2	0,9	2,2	1,3	-	-	-	0,5	0,5	0,3	0,2
Кошти для виконання окремих доручень	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	1,3	1,3	-	-	-	-	-	-	-
	<i>Кашипереській підлітковий туберкульозний санаторій «Лісова пісня»</i>							<i>Тульчинській дитячий ортопедичний санаторій</i>							<i>Могилів-Подільській дитячий легеневої туберкульозний санаторій</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Бюджетні кошти	100	96,0	88,9	95,6	84,1	98,0	81,1	92,9	92,1	97,6	98,6	98,9	98,7	98,9	81,4	94,4	96,6	96,6	98,2	88,7	93,1
Плата за медичні послуги	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від господарської діяльності	-	3,7	3,7	2,4	0,9	1,0	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Плата за оренду майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Продовження додатку І

	<i>Заболотненський дитячий психоневрологічний санаторій</i>							<i>Вінницька міська дитяча поліклініка №1</i>							<i>Вінницька міська дитяча поліклініка №2</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Надходження від реалізації майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Благодійні внески	-	-	0,3	2,0	5,3	-	2,0	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кошти для виконання окремих доручень	-	-	0,3	2,0	5,3	-	2,0	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бюджетні кошти	100	100	98,9	100	99,9	99,9	99,5	84,8	82,3	72,7	88,4	84,0	92,4	92,3	88,2	90,9	74,7	95,5	97,3	98,8	98,9
Плата за медичні послуги	-	-	-	-	-	-	0,3	3,9	3,9	4,2	3,4	3,2	2,5	2,1	-	-	0,5	0,3	-	-	-
Надходження від господарської діяльності	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Плата за оренду майна	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	1,0	1,0	0,4	0,2
Надходження від реалізації майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Благодійні внески	-	-	0,7	-	-	-	0,1	11,1	13,5	22,7	7,7	12,5	5,1	5,4	-	7,6	23,3	3,2	1,6	0,7	0,8
Кошти для виконання окремих доручень	-	-	0,4	-	-	-	-	0,2	0,2	0,4	0,6	0,2	0,1	0,2	1,15	-	0,4	-	0,1	0,1	-
Бюджетні кошти	98,0	99,2	80,3	97,8	98,1	97,6	99,0	91,4	90,8	93,1	96,2	94,0	97,4	98,6	-	-	-	-	-	-	-
Плата за медичні послуги	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від господарської діяльності	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Плата за оренду майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Надходження від реалізації майна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Благодійні внески	-	0,8	19,7	2,2	1,9	2,4	1,0	8,6	9,2	6,8	3,6	6,0	2,6	1,4	-	-	-	-	-	-	-
Кошти для виконання окремих доручень	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Побудовано на основі даних Фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Додаток К.1

Динаміка бюджетного фінансування та основних показників діяльності Тернопільської, Вінницької та Хмельницької обласних дитячих лікарень у 2001–2007 рр. *

Роки	Обсяг бюджетного фінансування, грн.	Виконані ліжко-дні	Індекс зайнятості ліжка	Кількість госпіталізованих, чол.
<i>Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня</i>				
2001	3309466	128064	0,8663	10084
2002	3916634	129573	0,8765	10449
2003	5415700	130373	0,8819	10686
2004	6632128	134486	0,9098	11694
2005	9207653	134812	0,9120	12145
2006	12806259	133701	0,9045	12495
2007	17037587	140859	0,9529	13619
<i>Хмельницька обласна дитяча лікарня</i>				
2001	1857583	78420	0,9341	6657
2002	2280571	78591	0,9362	6924
2003	2440348	80891	0,9636	7197
2004	2922497	78987	0,9409	6081
2005	4399251	78522	0,8964	7401
2006	5494832	81600	0,9315	7809
2007	6576400	80280	0,9164	6520
<i>Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня</i>				
2001	3597222	124129	0,9191	10423
2002	4731300	125583	0,9299	10985
2003	6517111	129557	0,9101	11245
2004	8051363	131007	0,9203	11850
2005	9948956	131045	0,9206	12057
2006	14420289	118945	0,8356	11799
2007	17765119	123240	0,8658	11858

* Розраховано на основі річних звітів про виконання плану по мережі, штатах і контингентах установ, що знаходяться на місцевих бюджетах, управлінні охорони здоров'я Вінницької, Тернопільської, Хмельницької обласних державних адміністрацій за 2001–2007 роки; фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки

Додаток К.2

Економіко-математичні моделі взаємозв'язку між обсягом бюджетного фінансування та основними показниками діяльності Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні

	Економіко-математична модель, y – обсяг бюджетного фінансування, грн., x – впливовий показник	Економіко-математична модель, y' – залежний фактор, x – обсяг бюджетного фінансування, грн.
<i>Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня</i>		
Виконані ліжко-дні	$y = e^{-4.743 + 0.000154 x}, R = 0.8630$ $y = e^{-224.5} \cdot x^{20.37}, R = 0.8641$	$y' = e^{11.22} \cdot x^{0.0367}, R = 0.8641$
Зайнятість ліжка	$y = e^{17.97} \cdot x^{20.34}, R = 0.8643$ $y = e^{-4.711 + 22.81x}, R = 0.8631$	$y' = e^{-0.6889} \cdot x^{0.03676}, R = 0.8643$ $y' = 0.9287 - \frac{2.05 \cdot 10^5}{x}, R = 0.9099$
Кількість госпіталізованих	$y = -3.178 \cdot 10^7 + 3434x, R = 0.9450$ $y = e^{9.936 + 0.0005062x}, R = 0.9755$ $y = 4.514 \cdot 10^7 - \frac{4.28 \cdot 10^{11}}{x}, R = 0.9327$	$y' = 9496 + 0.00026 \cdot x, R = 0.9450$ $y' = e^{9.168 + 2.296 \cdot 10^{-8}x}, R = 0.9390$ $y' = e^{6.718} \cdot x^{0.1668}, R = 0.9740$ $y' = 1.325 \cdot 10^4 - \frac{1.107 \cdot 10^{10}}{x}, R = 0.9647$
<i>Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня</i>		
Виконані ліжко-дні	$y = e^{1.59} \cdot x^{-12.18}, R = 0.6712$ $y = e^{27.95 - 9.498 \cdot 10^{-5}x}, R = 0.6703$	$y' = e^{12.34} \cdot x^{-0.037}, R = 0.6712$ $y' = 1233 \cdot 10^2 + \frac{315 \cdot 10^8}{x}, R = 0.6821$
Зайнятість ліжка	$y = 2.99 \cdot 10^5 + 4.464 \cdot 10^7 x, R = 0.9989$ $y = e^{14.83 + 5.57x}, R = 0.9733$ $y = e^{17.59} \cdot x^{0.9628}, R = 0.9992$	$y' = -0.006305 + 2.235 \cdot 10^{-8}x, R = 0.9989$ $y' = e^{-2.907 + 1.2974 \cdot 10^{-7}x}, R = 0.9759$ $y' = e^{-18.25} \cdot x^{1.017}, R = 0.9992$ $y' = 0.322 - \frac{1039 \cdot 10^3}{x}, R = 0.9086$
Кількість госпіталізованих	$y = -4.926 \cdot 10^4 + 5015x, R = 0.7957$ $y = e^{7.529 + 0.007238x}, R = 0.8969$ $y = 6338 \cdot 10^4 - \frac{6307 \cdot 10^8}{x}, R = 0.7939$	$y' = 104 \cdot 10^2 + 0.000126x, R = 0.7958$ $y' = e^{7.778} \cdot x^{0.09896}, R = 0.8976$ $y' = 12590 - \frac{7685 \cdot 10^6}{x}, R = 0.9475$

Додаток Л

Динаміка доходів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007рр., грн. *

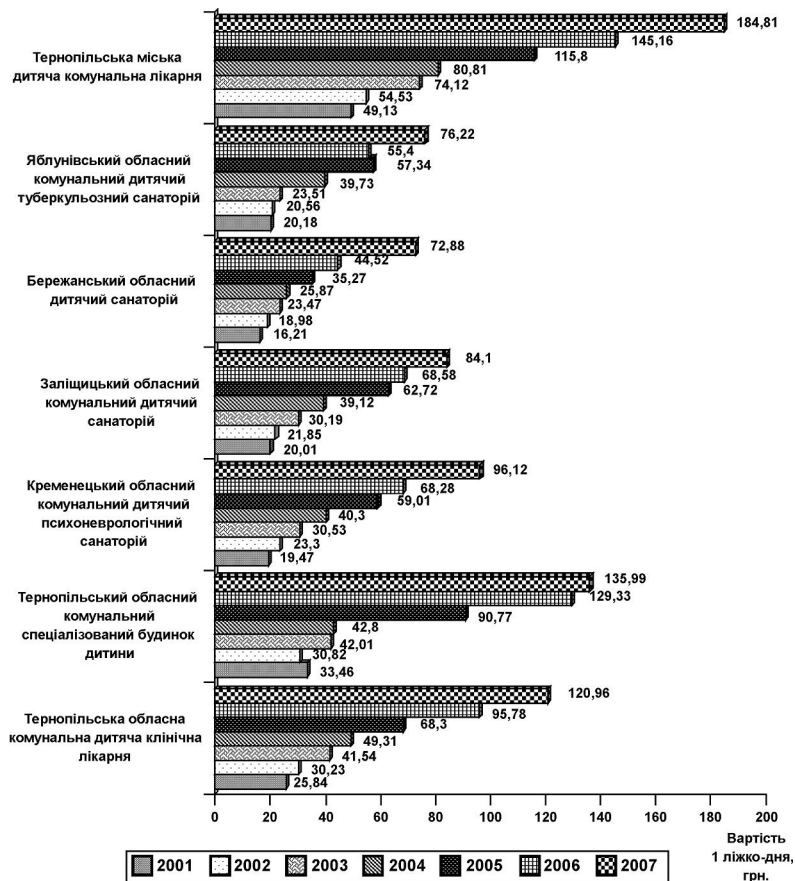


Рис. Л.1. Динаміка бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської області у 2001–2007рр., грн.

* Розраховано на основі річних звітів про виконання плану по мережі, штатах і контингенттах установ, що знаходяться на місцевих бюджетах, управлінні охорони здоров'я Вінницької, Тернопільської, Хмельницької обласних державних адміністрацій за 2001–2007 роки; фінансових звітів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської, Хмельницької областей за 2001–2007 роки.

Продовження додатку Л

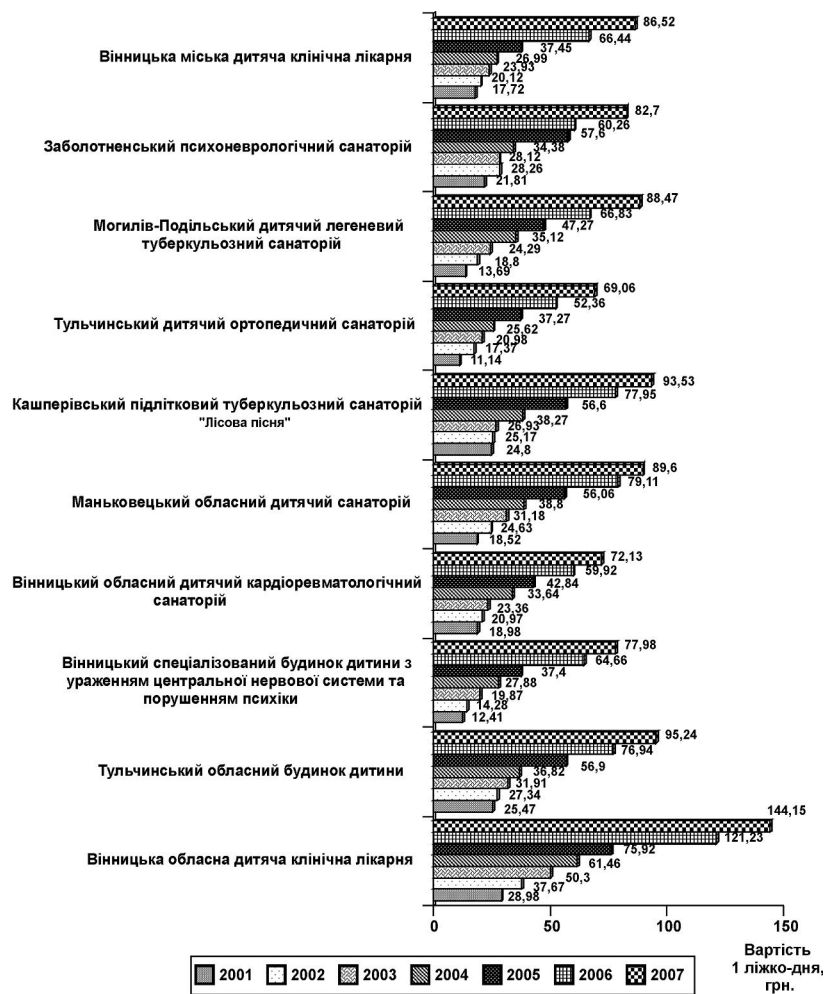


Рис. Л.2. Динаміка бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької області у 2001–2007 рр., грн.

Продовження додатку Л

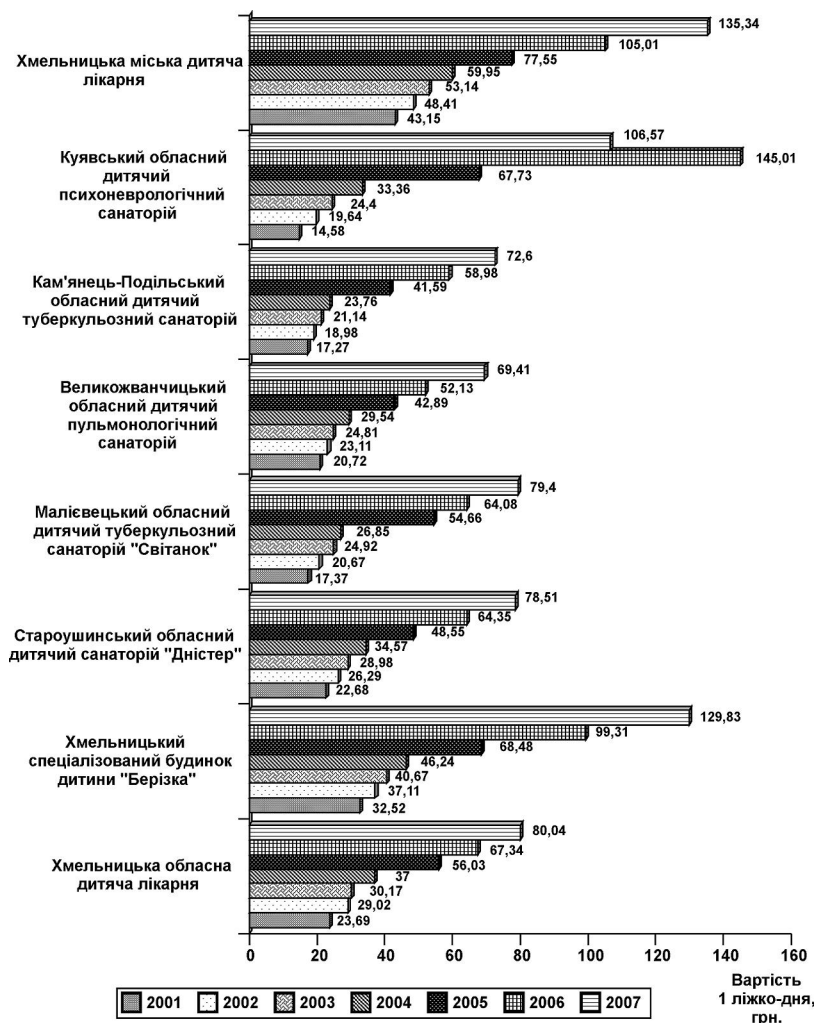


Рис. Л.3. Динаміка бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької області у 2001-2007 рр., грн.

Продовження додатку Л
 Динаміка власних надходжень у розрахунку на 1 ліжкодень у
 закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської області
 у 2001–2007 рр., грн.

(грн.)

Найменування закладу	Роки						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня	0,87	3,77	11,91	10,12	24,86	8,49	9,05
Яблунівський обласний комунальний дитячий туберкульозний санаторій	0,13	0,15	0,18	0,29	0,25	0,5	0,54
Бережанський обласний дитячий санаторій	0,18	0,27	0,42	0,56	0,8	4,01	0,47
Заліщицький обласний комунальний дитячий санаторій	0,05	2,01	2,19	4,62	4,93	8,83	20,53
Кременецький обласний комунальний дитячий психоневрологічний санаторій	0,43	0,74	0,82	7,62	8,52	4,36	6,4
Тернопільський обласний комунальний спеціалізований будинки дитини	0,04	0,04	0,09	0,15	0,18	8,49	8,54
Тернопільська обласна комунальна дитяча лінійна лікарня	1,42	2,83	5,31	8,4	0,61	1,39	26,69

Продовження додатку Л
Динаміка власних надходжень у розрахунку на
1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької
області у 2001–2007 рр., грн.

(грн.)

Найменування закладу	Роки						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Вінницька міська дитяча клінічна лікарня	1,67	2,05	1,78	1,05	2,39	1,8	1,25
Заболотненський психоневрологічний санаторій	–	–	–	0,31	0,03	0,08	0,38
Могилів-Подільський дитячий легеневий туберкульозний санаторій	3,12	1,12	0,87	1,25	0,89	8,53	6,56
Тулчинський дитячий ортопедичний санаторій	0,85	1,5	0,52	0,38	0,43	0,7	0,78
Кашперівський підлітковий туберкульозний санаторій "Лісова пісня"		1,05	3,35	1,78	10,73	1,61	21,77
Маньковецький обласний дитячий санаторій	0,11	0,16	0,47	0,3	0,35	0,36	1,14
Вінницький обласний дитячий кардіоревматологічний санаторій	0,62	0,89	1,34	1,13	1,5	2,35	2,05
Вінницький спеціалізований будинок дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки	0,92	1,11	1,4	1,17	0,76	1,11	3,7
Тулчинський обласний будинок дитини	3,77	11,21	9,82	6,83	4,07	5,29	6,67
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня	6,4	5,59	118,62	5,76	4,94	6,77	11,3

Продовження додатку Л

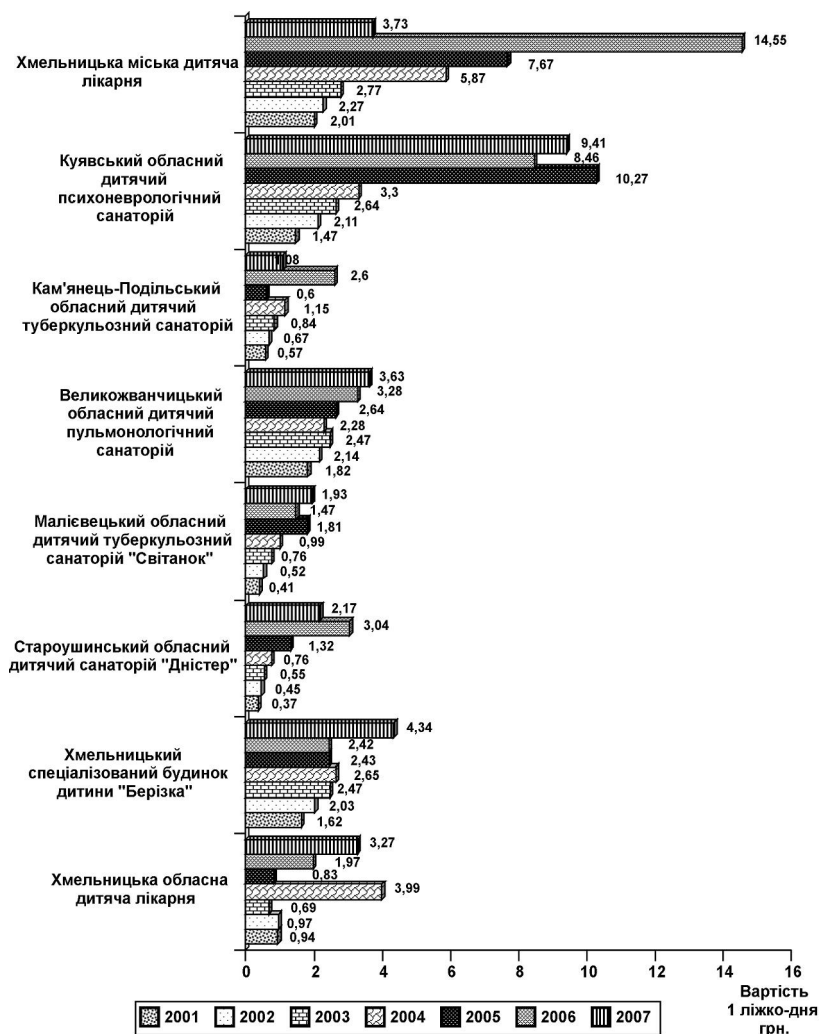


Рис. Л.4. Динаміка власних надходжень у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької області у 2001–2007 рр., грн.

Продовження додатку Л

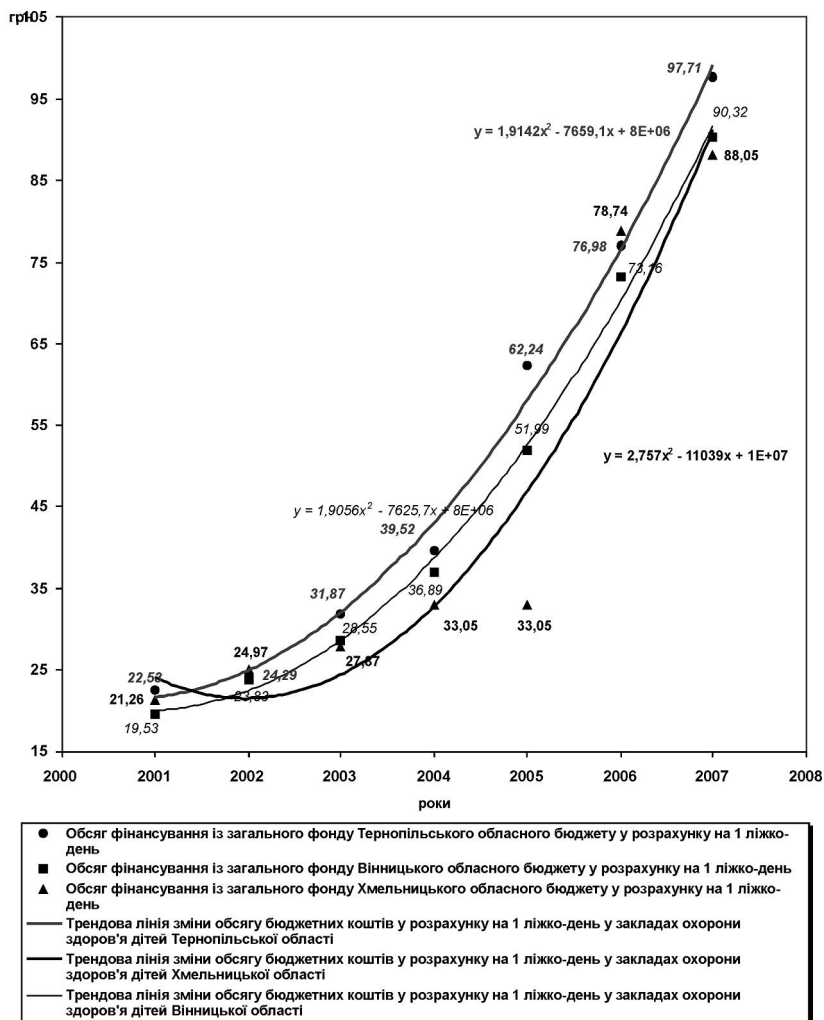
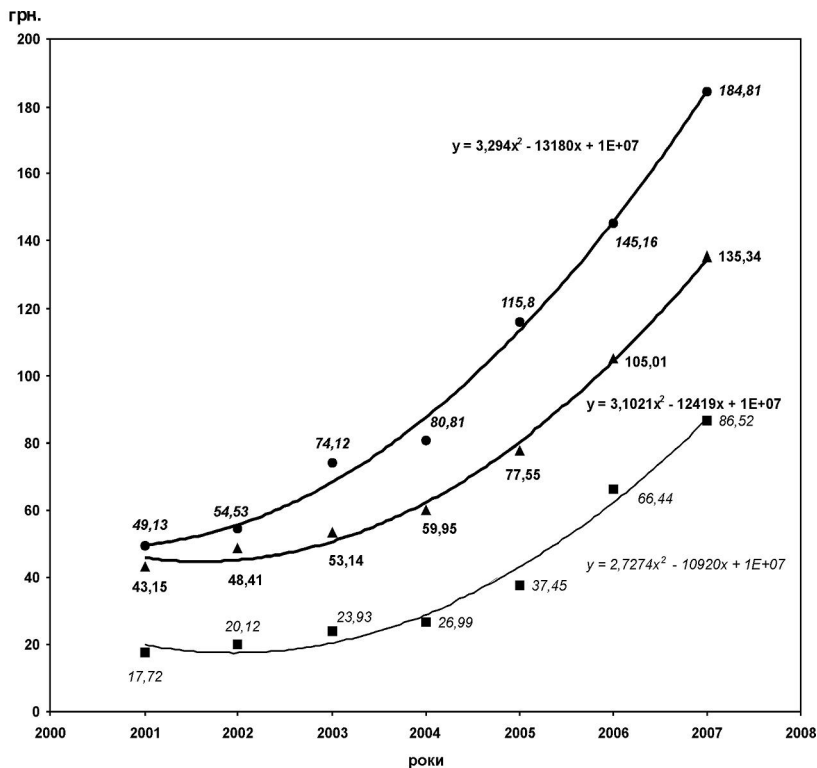


Рис. Л.5. Динаміка обсягу бюджетного фінансування із обласних бюджетів у розрахунку на 1 ліжко-день закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., грн.

Продовження додатку Л



- Обсяг фінансування із загального фонду бюджету міста Тернополя у розрахунку на 1 ліжко-день
- Обсяг фінансування із загального фонду бюджету міста Вінниці у розрахунку на 1 ліжко-день
- ▲ Обсяг фінансування із загального фонду бюджету міста Хмельницька у розрахунку на 1 ліжко-день
- Трендова лінія зміни обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської області
- Трендова лінія зміни обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької області
- Трендова лінія зміни обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької області

Рис. Л.6. Динаміка обсягу бюджетного фінансування із міських бюджетів у розрахунку на 1 ліжко-день закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., грн.

Додаток М

**Структура видатків окремих закладів охорони здоров'я
дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької
областей у 2001–2007 рр.***

(%)

Видатки	Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня							Тернопільський обласний комунальний спеціалізований будинок дитини							Кременецький обласний комунальний дитячий психоневрологічний санаторій						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	42,16	43,37	41,22	40,49	50,11	44,44	35,32	47,43	51,62	49,63	51,05	53,14	48,41	49,36	46,4	47,43	41,73	36,73	41,09	41,35	39,25
Нарахування на оплату праці	15,64	16,34	13,94	15,08	18,55	15,94	12,54	16,23	17,8	16,52	18,46	18,88	16,49	16,58	16,59	16,37	14,3	13,65	14,93	14,79	14,25
Медикаменти	7,23	5,09	4,71	5,84	5,53	9,14	8,15	1,79	1,49	1,97	1,97	2,42	2,71	2,57	1,73	1,15	1,65	2,05	2,19	3,27	2,75
Продукти харчування	5,33	5,69	4,14	3,75	3,47	4,1	3,34	12,15	9,16	11,15	9,82	7,66	7,72	8,21	12,48	11,62	10,87	15,39	12,28	12,7	7,64
Комунальні послуги та енергоносії	14,92	11,4	9,4	8,16	8,2	8,04	7,83	10,91	11,18	9,45	8,74	7,52	7,62	9,19	14,53	11,15	9,82	8,1	8,81	9,05	4,8
Інші погонні видатки	6,87	7,96	6,72	8,33	6,35	6,35	5,14	9,63	6,82	7,66	7,56	6,8	9,23	11,66	7,15	7,74	13,92	14,7	7,74	12,17	14,6
Капітальні видатки	7,84	10,15	19,87	18,35	7,79	11,99	27,69	1,86	1,93	3,62	2,4	3,59	7,83	2,44	1,11	4,55	7,72	9,39	12,97	6,66	16,71
	Заліщицький обласний комунальний дитячий санаторій							Бережанський обласний дитячий санаторій							Яблунівський обласний комунальний дитячий туберкульозний санаторій						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	43,17	43,42	41,83	43,9	44,45	42,15	37,21	42,17	45,91	44,36	42,94	50,99	41,43	44,05	31,45	43,95	42,36	42,51	30,32	46,66	45,18
Нарахування на оплату праці	15,84	16,28	14,56	16,44	16,95	16,57	13,59	15,38	17,06	15,94	16,16	19,26	15,25	16,19	11,8	15,26	15,73	15,85	18,84	16,87	16,88
Медикаменти	1,07	0,94	1,25	1,44	1,06	1,57	0,75	1,36	1,59	2,09	2,36	2,35	4,65	3,67	2,54	1,83	1,71	3,7	2,43	3,23	2,75
Продукти харчування	17,84	13,6	13,7	13,45	12,19	14,53	15,25	18,32	18,01	18,94	21,0	9,65	17,65	11,35	23,41	8,35	8,85	17,04	13,34	12,88	12,76
Комунальні послуги та енергоносії	14,08	10,41	10,99	8,06	7,31	7,53	9,77	10,68	8,05	6,61	6,17	5,27	5,88	6,21	15,22	15,02	14,29	11,4	8,57	9,2	10,86
Інші погонні видатки	4,72	7,12	5,3	8,59	4,63	6,35	13,81	7,78	7,64	5,19	5,56	5,2	7,25	6,11	10,71	15,35	14,93	8,17	6,38	6,67	6,45
Капітальні видатки	3,28	8,24	12,37	8,12	13,41	11,3	9,61	4,32	2,64	6,86	5,8	7,26	7,89	12,41	4,87	0,24	2,13	1,32	0,11	4,49	5,12

Продовження додатку М

	<i>Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня</i>							<i>Тернопільська комунальна дитяча стоматологічна поліклініка</i>							<i>Хмельницька обласна дитяча лікарня</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	53,93	53,04	44,63	53,03	51,32	58,41	58,95	63,65	64,81	64,65	63,19	62,89	59,92	57,86	45,37	41,82	41,0	39,42	44,67	43,23	48,12
Нарахування на оплату праці	20,5	19,29	16,14	20,23	19,01	21,47	21,34	23,27	23,7	23,64	23,11	23,0	21,92	20,37	14,56	14,43	14,93	14,42	16,48	16,0	16,83
Медикаменти	2,95	3,5	2,62	10,17	11,83	4,38	3,98	1,8	1,82	1,93	2,79	3,12	4,0	3,74	18,2	17,03	16,13	17,1	11,4	11,55	10,03
Продукти харчування	2,59	2,44	2,53	2,36	1,81	1,89	1,82	-	-	-	-	-	-	-	12,92	12,91	13,23	12,09	11,49	9,92	9,36
Комунальні послуги та енергоносії	7,99	6,9	5,72	5,26	4,44	5,2	5,76	3,35	3,41	3,41	3,49	3,31	3,3	3,03	1,32	6,27	6,62	6,01	5,13	4,93	6,86
Інші поточні видатки	7,03	6,76	4,8	4,39	5,17	4,25	3,23	1,96	1,98	2,11	3,21	2,91	3,4	2,57	5,65	5,6	5,94	5,32	5,1	6,97	5,48
Капітальні видатки	5,0	8,07	23,55	4,39	6,42	4,51	4,91	5,97	4,28	4,26	4,21	4,76	7,48	12,43	1,98	1,94	2,14	5,65	5,72	7,4	3,33
	<i>Хмельницький спеціалізований будинок дитини «Берізка»</i>							<i>Староушицький обласний дитячий санаторій «Дністер»</i>							<i>Млісєвцький обласний дитячий туберкульозний санаторій «Світязь»</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	43,35	43,75	43,09	43,32	46,82	50,21	49,35	33,25	36,36	36,14	38,88	41,55	40,97	42,82	39,31	38,81	39,66	40,69	38,48	38,97	40,42
Нарахування на оплату праці	14,96	14,92	15,73	16,08	17,06	19,14	17,68	12,07	13,27	13,33	14,42	15,38	15,05	15,18	14,35	14,28	14,72	15,24	14,25	14,09	14,51
Медикаменти	6,15	6,05	5,86	5,56	4,87	4,46	3,66	3,18	3,04	3,27	2,89	2,54	2,01	2,15	3,76	3,39	3,34	3,38	1,77	1,77	1,42
Продукти харчування	15,13	14,98	13,71	14,35	14,38	12,45	11,33	29,29	26,42	25,53	23,64	18,65	16,81	18,75	20,95	19,36	18,15	22,44	25,67	22,14	17,92
Комунальні послуги та енергоносії	8,31	8,22	9,17	8,91	7,04	5,73	7,76	15,25	13,47	13,81	12,48	8,98	12,37	9,45	8,06	7,85	7,24	8,47	5,65	5,71	5,54
Інші поточні видатки	11,47	11,36	11,76	11,78	9,83	7,43	8,79	6,46	6,76	7,1	6,91	9,71	6,41	9,72	9,52	9,74	10,0	9,77	8,36	9,99	9,90
Капітальні видатки	0,63	0,72	0,68	-	-	0,59	1,43	0,51	0,67	0,81	0,78	3,19	6,37	1,93	4,06	6,56	6,89	-	5,81	7,33	10,29
	<i>Великожванцький обласний дитячий пульмонологічний санаторій</i>							<i>Кам'янець-Подільський обласний дитячий туберкульозний санаторій</i>							<i>Кужєвський обласний дитячий психоневрологічний санаторій</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	34,38	33,6	32,42	31,77	35,83	35,7	34,8	44,33	42,33	39,76	40,9	42,82	40,15	42,61	43,65	38,99	42,29	42,23	46,66	29,77	47,07

Додаток Н

Витрати на продукти харчування та медикаменти для однієї хворої дитини на день в лікувально-профілактичному закладі, грн.

Таблиця Н.1

Вартість середньодобового набору продуктів харчування для однієї хворої дитини (2007 р.) *

	Назва продукту	Норма, г	Ціна за 1 кг	Вартість, грн.
1	2	3	4	5
1	Хліб житній	150	1,56	0,234
2	Хліб пшеничний	200	2,78	0,556
3	Борошно пшеничне	15	2,45	0,037
4	Крохмаль картопляний	5	12,00	0,06
5	Макаронні вироби	20	3,94	0,079
6	Крупа гречана	15	5,28	0,079
7	Геркулес вівсяний	15	18,00	0,27
8	Манка	15	3,41	0,051
9	Рис	15	3,85	0,058
10	Пшоно	5	2,65	0,013
11	Перлова крупа	5	3,20	0,016
12	Пшенична крупа	5	3,00	0,015
13	Кукурудзяна крупа	3	4,50	0,014
14	Саго	2	4,30	0,009
15	Картопля	400	2,39	0,956
16	Буряк	55	3,00	0,165
17	Капуста свіжа або квашена	200	3,00	0,6
18	Цибуля ріпчаста	20	3,19	0,064
19	Зелена цибуля	15	10,00	0,15
20	Петрушка, кріп	15	12,00	0,18
21	Морква	60	3,43	0,206
22	Огірки, помідори	10	8,00	0,08
23	Горошок зелений консервований	25	9,50	0,238
24	Свіжі фрукти	100	7,00	0,7
25	Сухофрукти	30	15,00	0,45
26	Соки фруктові	100	5,00	0,5
27	Яловичина	125	26,92	3,365
28	Птиця	25	12,69	0,317
29	Сосиски, ковбаси	10	17,06	0,171

Продовження додатку Н

Продовження табл. Н.1

1	2	3	4	5
30	Риба	100	12,00	1,2
31	Сир	70	18,80	1,316
32	Сир твердий	15	25,00	0,375
33	Яйце	1 шт.	5,19	0,519
34	Кефір	100	6,00	0,6
35	Молоко	300	3,49	1,047
36	Масло вершкове	40	3,49	0,14
37	Олія	20	9,21	0,184
38	Сметана	20	12,50	0,25
39	Цукор, варення, печиво	60	3,30	0,198
40	Чай	2	20,00	0,04
41	Кава, какао	1	46,00	0,046
42	Желатин	0,5	16,00	0,008
43	Дріжджі	1	5,00	0,005
44	Сіль	6	0,76	0,005
45	Томатна паста	3	5,20	0,016
46	Шипшина	20	8,30	0,166
	Разом	×	×	15,745

* Розраховано на основі джерела [69] та цін на продукти харчування

Таблиця Н.2

Витрати на медикаменти для однієї дитини на день для лікування хронічного бронхіту, пієлонефриту, гострої пневмонії, грн. (2007 р.) *

Назва медикаменту	Добова потреба	Вартість, грн.
1	2	3
<i>Хронічний бронхіт</i>		
Цефотаксим (цефтріаксон)	2 флакони	9,20
Сольбугамол	3 вприскування	1,28
Лазолван	3 чайні ложки	3,71
Бромгексин №25	3 таблетки	0,46
Полівітаміни супрадіні №30	1 таблетка	1,26
Авістам №6	1 таблетка	1,16
Хілак (краплі)	30 крапель	0,73
Біфі-форм №30	2 капсули	2,90
Разом	×	20,70

Продовження додатку Н

Продовження табл. Н.2

1	2	3
<i>Пієлонефрит</i>		
Цефотаксим (цефпіром)	2 флакони	9,20
Ентеросгель	3 десертні ложки	5,25
Глюкоза	1 флакон 200 мг	3,40
Фізрозчин	1 флакон 200 мг	3,30
Вітамін С 500мг №12	1 таблетка	0,16
Парацетамол №10	3 таблетки	0,09
Лінекс	3 капсули	4,26
Біфі-форм №30	2 капсули	3,00
Агістам (тавегіл) №6	1 таблетка	1,16
Разом	×	29,82
<i>Гостра пневмонія</i>		
Цефотаксим	2 флакони	9,20
Біфі-форм №30	2 капсули	3,00
Хілак	30 крапель	0,73
Лазолван 100мг	3 чайні ложки	3,71
Вітамін С 500мг №12	1 таблетка	0,16
Авістам №6	1 таблетка	0,16
Разом	×	16,96

*Розраховано на основі джерел [71; 72] та цін на медикаменти

Додаток П

Динаміка основних показників діяльності педіатричної служби системи МОЗ України у 2002–2007 рр. *

Показники	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Відхилення 2007 р. до 2002 р.
<i>Україна</i>							
1. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тисяч дитячого населення, ліжка	73,14	75,38	77,14	78,73	80,99	64,23	-8,91
2. Середня зайнятість ліжка на рік, дні	295,38	303	309,43	311,53	310,67	316,48	+21,1
3. Середня тривалість перебування хворого на ліжку, дні	12,34	12,11	11,8	11,29	11,14	10,72	-1,62
<i>Тернопільська область</i>							
1. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тисяч дитячого населення, ліжка	61,03	63,23	65,38	67,12	70,24	56,46	-4,57
2. Середня зайнятість ліжка на рік, дні	314,01	316,05	320,4	318,52	319,37	320,91	+6,9
1. Середня тривалість перебування хворого на ліжку, дні	12,66	12,29	11,87	11,54	11,42	11,04	-1,62
<i>Вінницька область</i>							
2. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тисяч дитячого населення, ліжка	60,24	62,24	64,38	67,01	69,17	55,58	-4,66
3. Середня зайнятість ліжка на рік, дні	316,08	328,28	327,89	332,4	318,94	321,91	+5,83
4. Середня тривалість перебування хворого на ліжку, дні	11,61	11,41	11,27	10,59	10,74	10,37	-1,24
<i>Хмельницька область</i>							
1. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тисяч дитячого населення, ліжка	65,72	66,62	67,67	70,72	74,61	60,51	-5,21
2. Середня зайнятість ліжка на рік, дні	287,88	329,86	322,74	325,84	320,03	325,61	+37,73
3. Середня тривалість перебування хворого на ліжку, дні	11,35	11,24	10,85	10,61	10,64	10,25	-1,1

* Складено на основі джерел: [61; 109; 110; 111; 112; 113]

Додаток Р
Порівняльна характеристика способів оплати медичної допомоги

Таблиця Р.1

Порівняльна характеристика способів оплати первинної медико-санітарної медичної допомоги [104, с.133]

Переваги	Недоліки
1	2
<i>Кошторисне фінансування (постатейний бюджет)</i>	
1. Наперед передбачувані витрати. 2. Мінімальні адміністративні витрати.	1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів. 2. Неможливість повного контролю за приписуваннями. 3. Намагання медичних працівників направити пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я та інших спеціалістів. 4. Недостатньо інформації для поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надають. 5. Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам.
<i>Оплата за відвідування</i>	
1. Зацікавленість медичних працівників у наданні медичних послуг максимальному числу пацієнтів. 2. Невеликі адміністративні витрати.	1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів. 2. Неможливість повного контролю за приписуваннями. 3. Намагання медичних працівників направити пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я та інших спеціалістів. 4. Недостатньо інформації для поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надають. 5. Обсяг фінансування непередбачуваний.
<i>Оплата за окрему медичну послугу (гонорарний метод)</i>	
1. Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові. 2. Дозволяє зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги.	1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів. 2. Пацієнтам надаються непотрібні послуги. 3. Неможливість повного контролю за приписуваннями. 4. Обсяг фінансування непередбачуваний. 5. Відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами допомоги. 6. Значні адміністративні витрати через необхідність опрацювання великого обсягу інформації.

Продовження додатку Р

Продовження табл. Р.1

1	2
Бальна оплата окремих медичних послуг	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові. 2. Дозволяє зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги. 3. Витрати на надання медичної послуги наперед передбачувані. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів. 2. Пацієнтам надають непотрібні послуги. 3. Неможливість повного контролю за приписуваннями. 4. Відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами допомоги. 5. Значні адміністративні витрати через необхідність опрацювання великого обсягу інформації.
Оплата за завершений випадок лікування (пролікованого хворого)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. У деякій мірі обмежуються загальні витрати. 2. Порівняно невеликий обсяг опрацьовуваних рахунків. 3. Медичні працівники зацікавлені у скороченні термінів лікування. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів. 2. Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам. 3. Обсяг фінансування непередбачуваний. 4. Відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами лікування. 4. Можливі випадки завищення важкості захворювань.
Подушне фінансування з урахуванням статевовікової структури	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Медичні працівники зацікавлені у покращенні здоров'я прикріпленого населення. 2. Медичні працівники зацікавлені в ефективному використанні ресурсів. 3. Передбачувані витрати. 4. Мінімальні адміністративні витрати. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам. 2. Недостатньо інформації для поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надається. 3. У медичних працівників може не бути стимулів для інтенсифікації праці.

Продовження додатку Р

Таблиця Р.2

**Порівняльна характеристика методів оплати
стаціонарної медичної допомоги ***

Переваги	Недоліки
1	2
<i>Кошторисне фінансування (постатейний бюджет)</i>	
<p>1. Передбачувані витрати. 2. Мінімальні адміністративні витрати.</p>	<p>1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів. 2. Неможливість повного контролю за приписуваннями. 3. Намагання медичних працівників направити пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я та інших спеціалістів. 4. Недостатньо інформації для поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надають. 5. Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам.</p>
<i>Оплата за проведений ліжко-день</i>	
<p>1. Невеликі адміністративні витрати.</p>	<p>1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників ефективно використовувати ресурси. 2. Обсяг фінансування непередбачуваний.</p>
<i>Оплата за окремі медичні послуги</i>	
<p>1. Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові. 2. Дозволяє зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги.</p>	<p>1. У медичних працівників немає стимулів ефективно використовувати ресурси. 2. Пацієнтам можуть надаватися непотрібні послуги. 3. Обсяг фінансування непередбачуваний. 4. Значні адміністративні витрати через необхідність опрацювання великого обсягу інформації.</p>

Продовження додатку Р

Продовження табл. Р.2

Оплата за пролікованого хворого	
1	2
<ol style="list-style-type: none"> 1.Невеликий обсяг адміністративних витрат. 2.Медичні працівники зацікавлені у скороченні термінів лікування. 3.Певною мірою передбачувані витрати. 4.Відсутність стимулів у лікарів для гіпердіагностики. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам. 2.З'являються стимули у лікарів маніпулювати діагнозами для віднесення пацієнтів до високо вартісних груп оплати. 3.Можлива відмова важкохворим, лікування яких буде обходитися дорожче, ніж передбачено тарифами. 4.Недостатньо інформації для детального аналізу структури медичної допомоги, що надають.
Глобальний бюджет	
<ol style="list-style-type: none"> 1.Передбачувані та обмежені витрати. 2.Простіше і дешевше управління. 3.Мінімальні адміністративні витрати. 4.Фінансова стабільність та відсутність напруги, характерної для умов постатейного бюджетування. 5.Покращення координації та планування послуг і відмова від надання тих послуг, що не є необхідними. 6.Децентралізація та місцева автономія щодо використання ресурсів системи охорони здоров'я. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Можливі випадки зменшення обсягів та якості наданих медичних послуг окремим пацієнтам. 2.Лікарі не зацікавлені в скороченні термінів лікування. 3.Можуть бути відсутні стимули у медичних працівників для інтенсифікації праці та конкуренції.

* Складено на основі джерел: [65, с. 25; 104, с. 340]

Додаток С

Моделі фінансування охорони здоров'я і методи оплати стаціонарної допомоги в зарубіжних країнах *

Країна	Модель фінансування охорони здоров'я і джерела оплати стаціонарної допомоги	Домінуючі підходи до оплати стаціонарної допомоги в лікарнях інтенсивного лікування	
		Проспективна оплата	Ретроспективна оплата
Данія	Децентралізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Англія	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Поєднання попередньої оплати з оплатою за фактичні обсяги послуг	
Фінляндія	Децентралізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень		Оплата фактичного обсягу допомоги за середньопрофільними ставками
Франція	Централізована система соціального медичного страхування	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Німеччина	Децентралізована система соціального медичного страхування	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Угорщина	Централізована система соціального медичного страхування		Оплата фактичного обсягу допомоги за ставками у розрізі КСГ
Ірландія	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Італія	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів, розрахованих на базі тарифів КСГ	
Латвія	Поєднання соціального медичного страхування і загальних бюджетних надходжень		Оплата фактичного обсягу допомоги на ліжко-день і за окремі послуги
Нідерланди	Централізована система соціального медичного страхування	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Норвегія	Децентралізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Поєднання попередньої оплати з оплатою за фактичні обсяги послуг	

Продовження додатку С

Словаччина	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень		Оплата фактичного обсягу допомоги за ставками на ліжко-день
Словенія	Централізована система соціального медичного страхування		Оплата фактичного обсягу допомоги за ставками на ліжко-день і за окремі послуги
Швеція	Децентралізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Поєднання попередньої оплати з оплатою за фактичні обсяги послуг	
Росія	Децентралізована бюджетно-страхова система		Фінансування лікарень за кошторисом витрат і оплата фактичного обсягу допомоги на основі різних методів
Польща	Поєднання соціального медичного страхування і загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	Оплата фактичного обсягу допомоги за ставками окремі послуги в бальній оцінці
Чеська республіка	Децентралізована система соціального медичного страхування		
США	Приватне медичне страхування	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів, розрахованих на базі тарифів КСГ	
Канада	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	

* Розроблено на основі джерел: [60, с. 100; 131, с. 64]

Додаток Т
**Розрахунок вартості медичних послуг (досвід Російської
Федерації) ***

1. Розрахунок вартості простої медичної послуги (C) здійснюється за формулою:

$$C = C_n + C_k = 3m + H_z + M + I + O + P,$$

де C_n – прямі витрати; C_k – непрямі витрати; $3m$ – витрати на оплату праці; H_z – нарахування на оплату праці; M – витрати на медикаменти, перев'язувальні засоби; I – знос м'якого інвентарю; O – знос обладнання; P – інші витрати.

Для визначення затрат на оплату праці ($3m$) необхідні такі показники:

– затрати робочого часу медичного персоналу на виконання кожної медичної послуги;

– річний бюджет робочого часу по кожній категорії медичного персоналу;

– коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу на проведення лікувально-діагностичної діяльності.

Для розрахунку витрат по зазначеній статті окремо обчислюється основна ($3m_{осн}$) і додаткова ($3d$) заробітна плата основного (лікарі та середній медичний персонал) та загальнолікарняного (працівники допоміжних підрозділів, завідувачі відділень, старші медичні сестри, молодший медичний персонал, медичні реєстратори) персоналу.

Додаткова заробітна плата включається у затрати через коефіцієнт (Kd) і розраховується відносно до основної заробітної плати усього персоналу:

$$Kd = 3d / 3m \text{ всього персоналу.}$$

Фонд оплати праці основного персоналу ($3m_{осн}$) являє собою суму витрат на оплату праці лікарів ($3m_{вр}$) і середнього медичного персоналу ($3m_{сп}$):

$$3m_{осн} = 3m_{вр} + 3m_{сп}.$$

Розрахунок витрат на оплату праці по конкретній медичній послугі здійснюється окремо по кожній категорії персоналу на основі середньої заробітної плати працівників підрозділу відповідно

Продовження додатку Т
з тарифікаційними списками і встановленими нормативами
трудозатрат на надання цих послуг:

$$Зт.осн = \frac{Зт.вр}{Фр.вр \cdot Кисп.вр} \cdot twв + \frac{Зт.ср}{Фр.ср \cdot Кисп.ср} \cdot tcc,$$

де Зт.вр, Зт.ср – фонд оплати праці лікарів та середнього медичного персоналу відповідно за розрахунковий період; Фр.вр, Фр.ср – фонд робочого часу лікарів та середнього медичного персоналу відповідно, розрахований в умовних одиницях трудомісткості, за розрахунковий період; twв, tср – час надання медичної послуги лікарями і середнім медичним персоналом відповідно в умовних одиницях трудомісткості; Кисп.вр, Кисп.ср – нормативний коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу безпосередньо на проведення лікувально-діагностичної роботи, експериментів, процедур.

Трудомісткість вимірюється затратами часу на надання медичної послуги і визначається в умовних одиницях трудомісткості (УОТ) – 1 УОТ дорівнює 10 хвилинах.

$$Кисп = \frac{Фисп.вр}{Фр.вр},$$

де Фисп.вр – фонд використання часу на безпосереднє проведення лікувальнодіагностичної роботи; Фр.вр – встановлений фонд робочого часу медичного персоналу відповідно до законодавства на розрахунковий період.

Коефіцієнти використання робочого часу наведені в таблиці 1.

Таблиця Т.1
Коефіцієнти використання робочого часу

Посада	Коефіцієнт
1	2
Лікар амбулаторного прийому, відділення стаціонару	0,923
Лікар-лаборант	0,750
Лаборант, фельдшер-лаборант	0,800
Лікар-рентгенолог, рентгенолаборант	0,900
Лікар-радіолог	1,000
Лікар функціональної діагностики	0,840
Лікар ультразвукової діагностики	0,850
Лікар-ендоскопіст	1,000

Продовження додатку Т
Закінчення табл. Т.1

1	2
Лікар, інструктор по лікувальній фізкультурі	0,923
Лікар-фізіотерапевт	0,923
Медична сестра з масажу	0,770
Медична сестра з фізіотерапії	1,120
Лікар-психіатр, лікар-нарколог	0,923
Лікар-судмедексперт	0,900
Психолог	0,923
Логопед	1,000

В загальному витрати на оплату праці по конкретній медичній послугі розраховуються:

$$Zm.us = Zm.osn \cdot (1 + Ky) \cdot (1 + Kd),$$

де Ky – коефіцієнт заробітної плати загальнолікарняного персоналу; Kd – коефіцієнт додаткової заробітної плати.

Розрахунок нарахувань на заробітну плату ($Hз$) встановлюється у відсотках від фонду оплати праці ($Пн$):

$$Hз = Zm.us \cdot Пн$$

Затрати на медикаменти по конкретній медичній послугі (Muc) визначаються:

$$Muc = \frac{M}{Sвр \cdot \Phiр.вр \cdot Kисп.вр + Scр \cdot \Phiр.ср \cdot Kисп.ср} \cdot (tвр + tср),$$

де $Sвр$, $Scр$ – число посад лікарів та середнього медичного персоналу відділення; $\Phiр.вр$, $\Phiр.ср$ – фонд робочого часу лікарів та середнього медичного персоналу відповідно, розрахований в умовних одиницях трудомісткості, за розрахунковий період; $tвр$, $tср$ – час надання медичної послуги лікарями і середнім медичним персоналом відповідно в умовних одиницях трудомісткості; $Kисп.вр$, $Kисп.ср$ – нормативний коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу безпосередньо на проведення лікувально-діагностичної роботи, експериментів, процедур; M - затрати на медикаменти.

Розрахунок витрат на м'який інвентар (Iuc) проводиться по його зносу:

Продовження додатку Т

$$O_{yc} = \frac{Ic}{S_{вр} \cdot \Phi p.вр \cdot K_{исп.вр} + S_{ср} \cdot \Phi p.ср \cdot K_{исп.ср}} \cdot (t_{вр} + t_{ср}),$$

де $S_{вр}$, $S_{ср}$ – число посад лікарів та середнього медичного персоналу відділення; $\Phi p.вр$, $\Phi p.ср$ – фонд робочого часу лікарів та середнього медичного персоналу відповідно, розрахований в умовних одиницях трудомісткості, за розрахунковий період; $t_{вр}$, $t_{ср}$ – час надання медичної послуги лікарями і середнім медичним персоналом відповідно в умовних одиницях трудомісткості; $K_{исп.вр}$, $K_{исп.ср}$ – нормативний коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу безпосередньо на проведення лікувально-діагностичної роботи, експериментів, процедур; Ic – знос м'якого інвентарю (по списанню).

Знос обладнання в розрахунку на медичну послугу (O_{yc}) визначається пропорційно до часу надання послуги:

$$O_{yc} = \frac{Bo \cdot Ni}{Si \cdot \Phi p.i \cdot K_{исп.i}} \cdot ti,$$

де Bo – балансова вартість основних засобів; Ni – норма зносу; Si – кількість посад персоналу, які надаючи послугу, використовують зазначене обладнання; $\Phi p.i$ – річний фонд робочого часу персоналу; $K_{исп.i}$ – коефіцієнт використання робочого часу персоналу; ti – час надання медичної послуги.

В загальному вигляді знос всього обладнання ($\sum Soy$), що припадає на послугу визначається:

$$O_{yc} = \frac{\sum_i Soy}{S_{вр} \cdot \Phi p.вр \cdot K_{исп.вр} + S_{ср} \cdot \Phi p.ср \cdot K_{исп.ср}} \cdot (t_{вр} + t_{ср}),$$

де $S_{вр}$, $S_{ср}$ – число посад лікарів та середнього медичного персоналу відділення; $\Phi p.вр$, $\Phi p.ср$ – фонд робочого часу лікарів та середнього медичного персоналу відповідно, розрахований в умовних одиницях трудомісткості, за розрахунковий період; $t_{вр}$, $t_{ср}$ – час надання медичної послуги лікарями і середнім медичним персоналом відповідно в умовних одиницях трудомісткості; $K_{исп.вр}$, $K_{исп.ср}$ – нормативний

Продовження додатку Т

коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу безпосередньо на проведення лікувально-діагностичної роботи, експериментів, процедур.

Непрямі витрати (C_k) – це витрати закладу на здійснення господарської діяльності, управління, надання послуг, які не можуть бути прямо віднесені на їх вартість.

Заробітна плата загальнолікарняного персоналу (Z_y) враховується в процесі розрахунку затрат на медичну послугу через коефіцієнт заробітної плати загальнолікарняного персоналу (K_y) до основної заробітної плати основного персоналу ($Z_{m.осн}$):

$$Z_y = Z_{m.осн} \cdot K_y$$

Нарахування на заробітну плату загальнолікарняного персоналу (H_{zy}) визначаються аналогічно нарахуванням на оплату праці основного персоналу:

$$H_{zy} = Z_y \cdot P_n$$

Для включення непрямих витрат у вартість медичної послуги розраховується їх коефіцієнт ($K_{кр}$):

$$K_{кр} = C_k / C_n,$$

$$C_{кyc} = C_n \cdot K_{кр},$$

де C_n – прямі витрати; $C_{кyc}$ – непрямі витрати враховані у вартість конкретної медичної послуги.

Вартість конкретної медичної послуги визначається шляхом додавання результатів по усіх видах затрат:

$$C_{yc} = Z_{m_{yc}} + H_{z_{yc}} + M_{yc} + I_{yc} + O_{yc} + C_{кyc}$$

2. Медична послуга «ліжко-день» (C) відноситься до складних, оскільки включає в себе ряд простих послуг відповідно до класифікатора «Прості медичні послуги» та розраховується за формулою:

$$C = Z_m + H_z + M + P + I + O + C_k$$

де Z_m – витрати на оплату праці на 1 ліжко-день; H_z – нарахування на оплату праці; M – витрати на медикаменти, перев'язувальні засоби; P – витрати на харчування; I – знос м'якого інвентарю; O – знос обладнання; C_k – непрямі витрати.

Продовження додатку Т

Розрахунок витрат на оплату праці по складній медичній послугі «ліжко-день» ($Zm_{\kappa/\partial}$) проводиться окремо по кожній категорії персоналу підрозділу чи кількох однопрофільних відділень згідно із штатним розписом та тарифікаційним списком.

Коефіцієнт використання робочого часу на 1 ліжко-день дорівнює 1.

$$Zm_{\kappa/\partial} = \frac{Zo.проф \cdot (1 + Ky) \cdot (1 + K\partial)}{N_{\kappa/\partial}},$$

де $Zo.проф$ – основна заробітна плата основного персоналу відділення у розрахунковому періоді; Ky – коефіцієнт заробітної плати загальнолікарняного персоналу; $K\partial$ – коефіцієнт додаткової заробітної плати; $N_{\kappa/\partial}$ – планова кількість ліжко-днів у розрахунковому періоді.

Розрахунок нарахувань на заробітну плату ($Hз_{\kappa/\partial}$) встановлюється у відсотках від фонду оплати праці ($Пн$):

$$Hз_{\kappa/\partial} = Zm_{\kappa/\partial} \cdot Пн.$$

При визначенні затрат на медикаменти згідно медико-економічного стандарту у вартість ліжко-дня профільного відділення затрати на медикаменти не включаються, а розраховуються прямим способом по медико-економічному стандарті. Загальні затрати на медикаменти по медико-економічному стандарті визначаються як сума затрат профільного відділення на завершений випадок лікування і затрат на медикаменти по всіх простих послугах, включених у медико-економічні стандарти.

У вартості ліжко-дня затрати на медикаменти ($M_{\kappa/\partial}$) визначаються за формулою:

$$M_{\kappa/\partial} = M / N_{\kappa/\partial},$$

де M – планові затрати відділення на медикаменти у розрахунковому періоді; $N_{\kappa/\partial}$ – планова кількість ліжко-днів у відділенні у розрахунковому періоді.

Затрати на харчування ($П_{\kappa/\partial}$) хворих відносяться на ліжко-день згідно встановлених норм на основі добових продуктових наборів залежно від профілю ліжка та розраховуються за формулою:

Продовження додатку Т

$$П_{к/д} = П / N_{к/д},$$

де $П$ – планові затрати відділення на харчування у розрахунковому періоді; $N_{к/д}$ – планова кількість ліжко-днів відділення у розрахунковому періоді.

Розрахунок витрат на м'який інвентар ($I_{к/д}$) проводиться по його зносу:

$$I_{к/д} = Ис / N_{к/д},$$

де $Ис$ – знос м'якого інвентарю у відділенні у розрахунковому періоді; $N_{к/д}$ – планова кількість ліжко-днів відділення у розрахунковому періоді.

Сума зносу обладнання ($So_{к/д}$) в розрахунку на 1 ліжко-день визначається за формулою:

$$So_{к/д} = So / N_{к/д},$$

де So – знос обладнання у відділенні у розрахунковому періоді; $N_{к/д}$ – планова кількість ліжко-днів відділення у розрахунковому періоді.

Для включення непрямих витрат ($Cк_{к/д}$) у вартість ліжко-дня розраховується коефіцієнт непрямих витрат ($Ккр$):

$$Ккр = Cк / Cп,$$

$$Cк_{к/д} = Cп \cdot Ккр,$$

де $Cп$ – прямі витрати; $Cк$ – непрямі витрати враховані у вартість ліжко-дня.

Таким чином, вартість «ліжко-дня» ($C_{к/д}$) визначається шляхом додавання отриманих результатів по кожному виду затрат:

$$C_{к/д} = 3m_{к/д} + Hz_{к/д} + M_{к/д} + П_{к/д} + I_{к/д} + O_{к/д} + Cк_{к/д},$$

де $3m_{к/д}$ – витрати на оплату праці на 1 ліжко-день; $Hz_{к/д}$ – нарахування на оплату праці на 1 ліжко-день; $M_{к/д}$ – витрати на медикаменти, перев'язувальні засоби на 1 ліжко-день; $П_{к/д}$ – витрати на харчування на 1 ліжко-день; $I_{к/д}$ – знос м'якого інвентарю на 1 ліжко-день; $O_{к/д}$ – знос обладнання на 1 ліжко-день; $Cк_{к/д}$ – непрямі витрати на 1 ліжко-день.

* Складено на основі джерел: [42, с. 47 - 58]

Додаток У
Умови запровадження подушного фінансування ПМСД за схемою часткового фондотримання та фінансування стаціонарної допомоги за методом глобального бюджету

<i>Подушне фінансування первинної медико-санітарної допомоги за схемою часткового фондотримання</i>	<i>Економічні умови</i>	<i>Організаційні умови</i>
<ul style="list-style-type: none"> — Економічна незалежність або автономність первинної ланки – право управління фінансовими ресурсами та пацієнтами; — Потужність обсягів і структури медичної допомоги з очкуваними фінансовими ресурсами; — Передбачуваність надходження коштів; — Розроблення уніфікованих вимог до ціноутворення, які виключають перекладання на покупців послуг витрат із утримання не використовуваних потужностей, прийняття єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг; — Визначення тарифів для оплати послуг субпідрядників: консультативі спеціалістів, окремих діагностичних і лікувальних заходів, закінчених випадків лікування; — Формування сучасної системи управлінського обліку, в т. ч. з переглядом системи обліку витрат із фіксованою витрат по всьому технологічному циклу надання медичної допомоги від первинної ланки до служб до лікування і реабілітації; — Розподіл фінансової відповідальності (ризиків) між ланкою ПМСД і фінансуючою стороною у разі відхилення фактичних обсягів медичної допомоги від запланованих; — Наявність системи заходів на забезпечення фінансової сталості ланкою первинної допомоги і раціоналізації обсягів і структур медичних послуг, які вони кунують (визначення мінімальної чисельності населення для набуття статусу фондотримача тощо); — Розроблення жорстко регламентованого механізму договірних відносин між фондотримачем і іншими ланками надання медичної допомоги (субпідрядниками) за змішаним варіантом: оновлений обсяг робіт фінансується на основі попереднього платіжку за узгодженою частиною подушного нормативу, а решту – за фактичний обсяг; — Наявність системи заходів з координації дій і узгодження замовлень на стаціонарну допомогу між фінансуючою стороною і лікарями загальної практики – фондотримачами. 	<ul style="list-style-type: none"> — Формування кортусу керівників, які підтримують ідею щодо реформи і здатні здійснювати фінансове планування, виконувати функції покупців медичної допомоги; — Перегляд нормативно-правових актів, що регламентують використання консультацій спеціалістів, стаціонарної допомоги; — Вільний вибір лікаря ПМСД, що стимулює конкуренцію лікарів і є сильним засобом боротьби з деформованими економічними мотивами, які шкодять хворим; — Обов'язковість направлення лікаря первинної ланки для отримання амбулаторної спеціалізованої допомоги, планової госпіталізації; — Чіткі критерії направлень на інші рівні медичного обслуговування; — Розробка програм навчання населення методами само- і взаємодопомоги; — Наявність системи забезпечення якості медичної допомоги; — Створення ланками ПМСД власної інформаційної бази для ведення взаєморозрахунків; — Наявність відкритої процедури звертань, пацієнтів до фінансуючої сторони при виникненні спірних випадків щодо направлень на інші рівні медичної допомоги; — Створення системи моніторингу й оцінки наслідків використання методу фондотримання і виконання договорівніх зобов'язань. 	

Продовження додатку У

Фінансування стаціонарної допомоги методом глобального бюджету		
<ul style="list-style-type: none"> — Економічна незалежність — право стаціонарів вступати у договірні відносини і розпоряджатися економічними в результаті оптимізації структури робіт коштами; — Надання лікарям права вільно розпоряджатися фінансово не забезпеченими або тими, що вивільнюються, потужностями; право надання платних послуг і послуг за договорами добровільного медичного страхування понад узгоджені обсяги медичної допомоги; — Погоlogenість обсягів і структури медичної допомоги з очікуваними фінансовими ресурсами; — Передбачуваність надходження коштів; — Розподіл фінансової відповідальності (ризиків) між стаціонаром і фінансуючою стороною у разі відхилення фактичних обсягів медичної допомоги від запланованих; — Розробка уніфікованих вимог до ціноутворення, які виключають перекладання на покупців послуг витрат з утримання невикористовуваних потужностей, прийняття єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг; — Формування сучасної системи управлінського обліку, що дозволяє отримати загальну витратну картину надання медичної допомоги. 		<ul style="list-style-type: none"> — Формування корпусу керівників, які підтримують ідеологію реформи і здатні здійснювати фінансове планування, виконувати функції покупців медичної допомоги; — Наявність чітких вимог до обсягу і якості стаціонарної допомоги; — Створення системи моніторингу за виконанням договірних зобов'язань стаціонару перед фінансуючою стороною; — Наявність детальної медичної і фінансової інформації про пролікованих хворих; — Ліцензування і акредитація стаціонарів; — Наявність системи експертизи якості стаціонарної допомоги із застосуванням штрафних санкцій.

*Складено на основі джерел: [60, с. 190; 104, с. 331]

– для нотаток –

– для нотаток –

– для нотаток –

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

**Володимир Степанович Загорський
Зоряна Миколаївна Лободіна
Галина Степанівна Лопушняк**

**УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

Редактор
Дизайн обкладинки
Комп'ютерна верстка

*Возьна Інна
Шабала Юрій
Гошівський Володимир*

Підписано до друку 14.07.2010 року
*Форма 60x84/16 Папір офсетний,
гарнітура «Times New Roman».*
Друк різнографічний. Ум. друк. арк 15,92
Наклад: 300 примірників

Видавництво “Карт бланш”
вул. Дорошенка, 16
м. Тернопіль, 46011
тел. (0352) 43-55-44