В. Г. Дем’янишин,

Н. Л. Замкова,

Т. Д. Сіташ

ПЛАНУВАННЯ І ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ’Я: МЕТОДОЛОГІЯ І ПРАКТИКА

Монографія

Вінниця 2014

ББК 65.9 (4 Укр) 261.3

УДК 336.14

Рецензенти:

С.В. Михайленко, *доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри фінансів та кредиту Одеської філії Приватного вищого навчального закладу «Європейський університет»;*

О.О. Мороз, *доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри підготовки менеджерів Вінницького національного технічного університету;*

О.О. Прутська, *доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри фінансів та кредиту Вінницького національного аграрного університету.*

Дем'янишин В.Г., Замкова Н.Л., Сіташ Т.Д.

Планування і фінансування видатків на охорону здоров'я: методологія і практика: Монографія. – Вінниця: Центр підготовки навчальних та науково-методичних видань ВТЕІ КНТЕУ, 2014. – 256 с.

У монографії досліджено теоретико-методологічні засади та практичні підходи щодо планування і фінансування видатків на охорону здоров'я. Визначено економічну сутність видатків та специфіку просторової організації охорони здоров'я, розкрито зміст та структуру організаційно-економічного механізму цієї системи як сукупності форм, методів і механізмів, за допомогою яких узгоджується єдність та здійснюється функціонування галузі.

На основі комплексного підходу до оцінки стану системи охорони здоров'я, здійснено моніторинг її розвитку в розрізі регіонів України. Увагу приділено основним показникам діяльності закладів цієї галузі та особливостям медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Визначено необхідність здійснення послідовних і глибоких інституційних змін за всіма структурними елементами системи. Висвітлено стратегічні засади модернізації системи охорони здоров'я та планування видатків в умовах економічних реформ, розглянуто пріоритетні шляхи реформування галузі для підвищення її ефективності та зміцнення в сучасних умовах, а також обґрунтовано нову парадигму системи охорони здоров'я відповідно до вимог ринкової економіки.

Для науковців, працівників фінансової системи України, викладачів, аспірантів, магістрів та студентів економічних спеціальностей, а також усіх, хто прагне поглибити свої знання з фінансової теорії та практики.

Рекомендовано до друку Вченою радою
Тернопільського національного економічного університету
(протокол № 2 від 01 жовтня 2014 року)

ISBN 978-966-26-96-950

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПЛАНУВАННЯ І ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я 10

1.1. Теоретичні основи видатків на охорону здоров'я: специфіка та індикатори ефективності 10

1.2. Алгоритм планування та концептуальні підходи до фінансування видатків на охорону здоров'я 24

1.3. Планування і фінансування видатків на утримання лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я: організаційно-методологічні аспекти 44

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМАТИКА ПЛАНУВАННЯ І ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я 61

2.1. Реалії і проблеми планування видатків на охорону здоров'я 61

2.2. Аналіз основних показників діяльності закладів охорони здоров'я та оцінка медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини 78

2.2.1. Стан первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини 78

2.2.2. Особливості вторинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини 84

2.2.3. Характеристика третинної медико-санітарної допомоги 97

2.3. Практика фінансування та використання коштів на утримання охорони здоров'я 105

2.4. Аналітичний огляд охорони здоров'я у розрізі регіонів України 118

РОЗДІЛ 3. ПЛАНУВАННЯ І ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА УТРИМАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ: ПРАГМАТИКА І ПРІОРИТЕТИ 167

3.1. Стратегічні засади модернізації системи охорони здоров'я та планування видатків галузі в умовах економічних реформ 167

3.2. Перспективи реформування та нова парадигма фінансування системи охорони здоров'я 206

ВИСНОВКИ 232

ЛІТЕРАТУРА 239

ДОДАТКИ 257

ВСТУП

Трансформаційні процеси в Україні вимагають вирішення важливого завдання – створення власної дієвої системи охорони здоров'я шляхом системної перебудови галузі та вдосконалення механізмів її державного регулювання. В основі нової сучасної парадигми розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я має бути розуміння того, що вона не збиткова, а пріоритетна та перспективна сфера.

Для покращення становища в галузі охорони здоров'я потрібні зміни в системі планування, фінансування, координація робіт усіх служб та закладів охорони здоров'я з іншими галузями діяльності. У спадок від колишнього СРСР незалежній Україні дісталась потужна мережа органів і закладів охорони здоров'я із значним кадровим та матеріально-технічним потенціалом. Дуже прикро було б втратити ці ресурси, зруйнувати систему охорони здоров'я населення. Все вказує на те, що реформована, а тим більше в перспективі остаточно сформована система в цілому, а також складові її суб'єкти та їхні відносини не повинні входити в протиріччя із загальними конституційними основами держави та з конституційними гарантіями прав громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу. При виникненні та розкритті таких можливих протиріч необхідно привести систему охорони здоров'я і, зокрема, зовнішні і внутрішні форми та відносини між її суб'єктами у відповідність з основними умовами суспільного середовища. У цьому аспекті побудова потрібної системи охорони здоров'я є процесом активним, концептуальне окреслення якої, при відповідності визначеним цілям, розкритті та розумінні її об'єктивної сутності – наближає до становлення нової парадигми охорони здоров'я.

Дослідженню теоретичних і практичних аспектів щодо оптимізації функціонування системи охорони здоров'я як складової соціально-економічної системи країни присвячені наукові роботи багатьох вчених-економістів і практиків. Вагомий внесок здійснили такі науковці як О.І. Амоша, В.Ф. Беседін, О.Д. Василик, В.М. Геєць, Ю.Н. Гладкий, Б.М. Данилишин, М.І. Долішній, Е.М. Лібанова, В.К. Мамутов, В.Ф. Москаленко, В.М. Степанов,

Д.М. Стеченко, О.С. Чмир та ін. Важливе значення у вітчизняній та зарубіжній літературі відводиться питанням організації управління, фінансового забезпечення системи охорони здоров'я та їхнього реформування. Йдеться про праці А.І. Вялкова, З.С. Гладуна, В.В. Загороднього, О.П. Кириленко, Р.М. Корнацької, С.В. Михайленко, Г.І. Тріллєнберг, Я.Ф. Радиша, М.М. Шутова, І.М. Шеймана та ін. Але враховуючи наукову і практичну цінність опублікованих праць альтернативи щодо вдосконалення функціонування системи охорони здоров'я в Україні залишаються дискусійними, що обумовлює мету та вибір дослідження даної проблематики.

Система охорони здоров'я – важливий сегмент соціальної сфери, економіки держави в цілому. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" регламентує охорону здоров'я громадян як систему заходів, спрямованих на забезпечення, збереження й розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості життя.

Система охорони здоров'я – це сукупність всіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я. Для функціонування цієї системи необхідні кадрові ресурси, фінансові кошти, інформація, комунікації, керування, тощо. У рамках системи охорони здоров'я повинні надаватись послуги, що чуйно реагують на потреби та відчутно поліпшувати життя людей. В Україні кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Розкриваючи соціально-економічну сутність системи охорони здоров'я й визначаючи методи впливу на неї, в першу чергу виникає об'єктивна необхідність розуміння й розкриття специфічних сторін, як форми, так і управління системи охорони здоров'я в сучасних умовах розвитку суспільства. Такі дослідження сприяють формуванню нової парадигми охорони здоров'я.

Відкритим залишається питання дослідження й рішення проблем функціонування й розвитку системи охорони здоров'я в їхній діалектичній єдності, виявлення оптимальних параметрів вимог об'єктивних економічних законів, пізнання механізму їхнього використання. Таке розуміння сутності законів розвитку системи бачиться в напрямку дослідження властивих її протиріч, що дозволяє забезпечити перехід до наукових методів управління та регулювання охорони здоров'я, як системи в цілому, так і конкретних її організаційних структур на основі свідомого використання законів розвитку. З точки зору практики реалізація даного напрямку забезпечує якісну трансформацію класичної парадигми управління охороною здоров'я.

У сучасному підході до системи охорони здоров'я мають переважати правові характеристики універсальних відносин лікаря та пацієнта, у свою чергу визначені законодавчо. Адекватну модель такої системи, укладену в законодавчу "оболонку", доцільно будувати виходячи саме з такого принципового підходу.

З погляду наукової методології важливо те, щоб конкретна форма взаємин суб'єктів системи, з одного боку, не порушувала конституційних прав будь-якої особистості як громадянина і суб'єкта системи, а з іншого боку – дозволила побудувати модель системи охорони здоров'я, що за формою та за змістом відповідає логіці організаційно-правових аспектів. У зв'язку з цим, пропонується взяти за основу ринкові відносини суб'єктів системи та на основі цього спробувати представити типологію і характеристики систем охорони здоров'я. Такий підхід, вважаємо цілком закономірним і виправданим. Тим більше, що він дозволяє врахувати, зокрема, об'єктивні реалії наповнення сучасної вітчизняної системи охорони здоров'я економічними складовими.

Крім того, деякою мірою забезпечує дослідження систем охорони здоров'я на основі сполучення теоретичного і практичного її аспектів з науковими основами ринкових відносин, новітніми інформаційними технологіями математичного й економічного моделювання. Подібна інтеграція є одним з можливих шляхів сучасних підходів до розуміння об'єктивної сутності систем

охорони здоров’я, розробці та застосуванню новітніх форм і методів в управлінні (регулюванні) такими системами.

Орієнтиром останнього десятиріччя і на подальшу перспективу для вдосконалення охорони здоров’я в Європі та в кожній країні – учасника Європейського бюро ВООЗ визнано загальноєвропейську політику “Здоров’я для всіх”, яка передбачає, що всі країни повинні не тільки мати, але й здійснювати політику досягнення здоров’я для всіх людей на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних структур. Основна мета політики “Здоров’я для всіх” полягає в забезпеченні справедливості в галузі охорони здоров’я та високої якості життя, а її головний орієнтир – усунення відмінностей у стані здоров’я людей, які зумовлені соціально-економічними чинниками.

Об’єктивна логіка перетворень системи охорони здоров’я зіштовхується з високою інертністю існуючих моделей управління галуззю. Виникла необхідність зміни акцентів з врахуванням специфічних методів регулювання цієї системи, враховуючи внутрішню закономірну її еволюцію, визначену ступенем протиріч у рамках дії об’єктивних соціально-економічних і інших законів.

Підхід до постановки проблем дослідження та вибору шляхів вирішення дав змогу побудувати логічну схему наукового аналізу, покладену в основу структури монографії. У представленій праці процес наукового обгрунтування планування і фінансування видатків на охорону здоров’я, методологія і практика висвітлені у трьох взаємопов’язаних розділах, які обумовили групування проблем монографічного дослідження, їх послідовність і логічний взаємозв’язок.

Перший розділ роботи охоплює групу проблем, пов’язаних з науковим дослідженням теоретико-методологічних засад планування і фінансування видатків на охорону здоров’я. Ключовим даного розділу є науковий аналіз теоретичних положень, висновків і узагальнень вітчизняних економістів стосовно соціально-економічної сутності видатків на охорону здоров’я та

обгрунтування власних підходів до трактування вказаного поняття. У результаті наукового аналізу видатки на охорону здоров'я визначаємо як законодавчо визначені витрати бюджетних коштів, що забезпечують безперебійне функціонування охорони здоров'я та відображають економічні відносини, пов'язані з розподілом і перерозподілом частини ВВП, а також спрямовані на збереження й підвищення рівня здоров'я кожної людини і галузі діяльності держави для забезпечення кваліфікованою лікувально-профілактичною допомогою населення. Видатки лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я виступають отриманими державними платежами для надання медичних послуг, що не підлягають поверненню та є важливими показниками фінансово-господарської діяльності таких закладів.

Концентруючи в собі низку елементів наукових знань, охорона здоров'я характеризується як така, що належить до комплексу галузей соціальної сфери та є невід'ємною складовою економічної системи суспільства. Це надзвичайно важливий сектор соціальної сфери, який охоплює великий комплекс відносин – медичних, фінансових, управлінських, організаційних, які регулюються різними галузями законодавства. Поняття "охорона здоров'я" свідчить про комплексну систему соціально-економічних та медичних заходів, які орієнтовані на збереження й покращення рівня здоров'я кожної людини та населення загалом.

Дослідження планування і фінансування видатків на охорону здоров'я та утримання лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я зокрема, здійснено у другому розділі роботи заслуговує значної уваги, оскільки відображає, як цей процес залежить від внутрішніх можливостей таких закладів ефективно й раціонально використовувати ресурси, що перебувають у їх розпорядженні, та від зовнішніх умов, з врахуванням ринкової кон'юнктури і політики держави. На сучасному етапі розвитку економічних відносин охорона здоров'я функціонує в умовах неповноцінного фінансування, слабкого інформаційного та матеріального забезпечення. Інфляція та не досить чітке теоретичне обґрунтування окремих положень, що проявляються в

недосконалому механізмі практичного застосування, негативно впливають на процес діяльності лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я. До того ж, залишається невирішеною проблема незбалансованості конституційних зобов'язань і фінансових можливостей держави у забезпеченні медичних послуг населенню. Вимоги сьогодення обумовлюють потребу в якісній діяльності медичних закладів, що покращується у результаті систематичного аналізу використання їх матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

Третій розділ дослідження присвячений обгрунтуванню необхідності реалізації практичних заходів, коли при мінімальних витратах потрібно досягти максимальної медичної, соціальної та економічної ефективності, забезпечити доступність та якість основних видів медичної допомоги. Для цього запропоновано здійснити широкомасштабну реструктуризацію галузі охорони здоров'я, яка насамперед полягає у розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, як найближчої до населення та найбільш доступної; впровадженні нових управлінських і фінансових моделей та механізмів; перегляді та корекції норм потреб населення в різних видах медичної допомоги та нормативів навантаження медичних працівників різних спеціальностей; обґрунтованому впорядкуванні мережі лікувально-профілактичних закладів за рахунок скорочення непотрібних ланок, удосконалення їх структури, функцій тощо. Таким чином, побудова стратегії розвитку охорони здоров'я в Україні має бути оптимальним варіантом, який сприятиме забезпеченню інтегрального системного підходу до аналізу всіх процесів, які відбуваються у медичній галузі, та побудові на цих методологічних засадах практичних рекомендацій.

Отже, результати наукового дослідження та теоретичні обгрунтування сформульовані у даній роботі, можуть бути фундаментом для реалізації відповідних пропозицій у практичній діяльності держави, пов'язаної з плануванням і фінансуванням видатків на охорону здоров'я в Україні відповідно до сучасних вимог.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПЛАНУВАННЯ І ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні основи видатків на охорону здоров'я: специфіка та індикатори ефективності

Ринковий механізм господарювання сприяє формуванню адекватної системи соціальних гарантій населенню та змінює акценти у витрачанні державних коштів. Важливість видатків бюджету на фінансування охорони здоров'я, беззаперечна, адже піклування про здоров'я людей – одна з найважливіших соціальних функцій держави, а право на медичну допомогу закладено в Конституції України, яке гарантоване безплатною медичною допомогою, що надається громадянам, розширенням мережі закладів для лікування і зміцнення здоров'я населення. У такому ракурсі, відмітимо, що державні видатки визначають забезпеченість медичними послугами та рівень добробуту в державі.

Актуальність питань аналізу та оптимізації структури видатків бюджету на фінансування галузі охорони здоров'я зумовлена й тим, що задачі, обсяг і характер роботи закладів цієї сфери з різних причин постійно змінюються, що потребує прийняття рішень щодо перерозподілу фінансових ресурсів.

В Україні зростає інтерес вчених до теоретичних і практичних проблем, що стосуються видатків на охорону здоров'я, їх дослідженню присвячені праці таких науковців як Й.М. Бескид, С.А. Буковинський, О.Д. Василик, О.І. Величко, Р.М. Корнацька, О.П. Кириленко, В.М. Лехан, В.П. Лисак, Є.О. Малік, Н.С. Маяковська, В.В. Мортіков, С.В. Михайленко, В.М. Опарін, Б.І. Паламар, Ю.В. Пасічник, В.В. Рудень, В.М. Федосов, В.Г. Черненко, С.І. Юрій і ін. Але враховуючи наукову і практичну цінність праць ряд питань залишаються дискусійними.

Охорона здоров’я належить до комплексу галузей соціальної сфери, яка є невід’ємною складовою економічної системи суспільства. Характер і зміст охорони здоров’я на різних етапах суспільного розвитку визначався такими істотними факторами як спосіб виробництва, ступінь розвитку продуктивних сил, розвиток науки і техніки та медичної науки зокрема.

Під поняттям “охорона здоров’я” розуміють комплексну систему соціально-економічних та медичних заходів, які спрямовані на збереження й підвищення рівня здоров’я кожної людини і населення загалом. Така дефініція виникла як результат наукових досліджень даного поняття вченими-медиками, соціологами. Юристи ж конкретизували, звузили його виклавши на законодавчому рівні як систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя. Крім того, ст.ст. 4, 12 Основ законодавства України про охорону здоров’я визначають охорону здоров’я як “один із пріоритетних напрямків державної діяльності”, “...один із головних чинників виживання та розвитку народу України”. Саме тому охорона здоров’я населення є одним з найважливіших завдань і внутрішніх функцій сучасної держави, пріоритетною складовою її соціальної політики, відображеною у найважливіших державних програмах і законодавчих актах.

Що стосується дефініції „системи охорони здоров’я”, то її розуміють як сукупність елементів, спрямованих на діяльність у сфері охорони здоров’я, включаючи їх внутрішньосистемні зв’язки і відносини, діяльність допоміжних забезпечувальних елементів – підприємств хіміко-фармацевтичної, медичної і мікробіологічної промисловості, аптечних складів та ін. Основним елементом системи охорони здоров’я є різноманітні заклади охорони здоров’я як її основні об’єкти, певні робочі ланки. Другим елементом цієї системи є відповідні органи управління, які як суб’єкти державного чи комунального управління здійснюють керівництво закладами охорони здоров’я. Поєднання перших і

других в одній системі дає змогу здійснювати певну діяльність і виконувати поставлені перед нею завдання.

Спроби зробити охорону здоров'я більш ефективнішою галуззю, стримати або знизити державні витрати на її утримання при одночасній підтримці належної якості та доступності медичної допомоги, здійснюється у багатьох країнах. Питання оптимальної моделі видаткової частини бюджетів, їх розподілу між найважливішими для суспільства напрямами залишаються завжди актуальними, крім того на обсяги, склад і структуру видатків впливають обсяги і характер функцій держави, тому варто зосередити наукові підходи на трактуванні сутності видатків бюджетів, які у вітчизняній економічній літературі та законодавчих і нормативних актах суттєво відрізняються за змістом і формою.

Так, наприклад, згідно з Бюджетним кодексом видатки бюджету – це "... кошти, що спрямовуються на здійснення програм та заходів, передбачених відповідним бюджетом" [34]. Дане визначення не розкриває сутності поняття і на перше місце ставить не об'єктивне економічне явище, яким виступають видатки у системі розподільчих відносин, а витрати, що є механічним використанням коштів.

На практичному аспекті видатків зосереджують свою увагу В. Загорський, О. Вовчак, І. Благун, І. Чуй [264, с. 87] та інші науковці. Під видатками бюджетів вони розуміють "... законодавче визначені норми і напрями використання бюджетних коштів", тобто положення законодавчих і нормативних актів, які регламентують напрями, обсяги і порядок використання бюджетних ресурсів. Розкриваючи зміст такого прагматичного визначення, зазначені автори слушно, на наш погляд, підкреслюють, що соціально-економічна суть видатків визначається природою і функціями держави, рівнем розвитку країни тощо.

Інша група економістів під видатками бюджетів розуміють інструмент розподілу державних благ. Так, В. Опарін зазначає, що "... в основі сучасного розуміння сутності бюджетних видатків має бути суспільний вибір... Видатки

бюджету є інструментом досягнення вищого критерію справедливості у розподілі державних благ з метою досягнення граничного рівня добробуту для кожного члена суспільства" [164, с. 57]. О. Василик сформулював наступне визначення: "Видатки бюджетів за своєю економічною сутністю є інструментом розподілу і перерозподілу централізованого грошового фонду держави та його використання за цільовим призначенням для забезпечення суспільного добробуту" [41, с. 123].

Деякі економісти трактують видатки бюджетів як економічну категорію. Наприклад, Л. Василенко стверджує: "Як економічна категорія видатки державного бюджету - це економічні відносини, що пов'язані з розподілом та використанням централізованого фонду фінансових ресурсів держави" [33, с. 199]. М. Карлін у свою чергу зазначає: "видатки державного бюджету являють собою особливу економічну категорію, що визначає відносини з приводу розподілу централізованого фонду грошових коштів та його використання за цільовим призначенням" [76, с. 59]. Подібні визначення дають: О. Романенко "Видатки – об'єктивна категорія, яка має суспільне призначення – задовольняти загальнодержавні потреби" [194, с. 164], В. Базилевич, Л. Баластрик [11, с. 56] та інші. Підкреслюємо, що зазначені підходи вітчизняних вчених заслуговують на увагу, оскільки розкривають сутність видатків як об'єктивних економічних відносин, що виникають з приводу розподілу коштів бюджетного фонду держави та його використання за цільовим призначенням. Ми підтримуємо думку вказаних науковців у тому, що видатки як об'єктивне явище не можуть мати імперативного змісту, оскільки відображають об'єктивні розподільчі відносини, що є складовими сукупності бюджетних відносин як категоріального поняття.

На нашу думку, вдалими є запропоновані визначення видатків бюджетів А. Загороднім, Г. Вознюком, Т. Смовженко, С. Юрієм та іншими вітчизняними вченими. Так, автори фінансового словника під видатками бюджету розуміють "... економічні стосунки, що виникають у зв'язку з розподілом фонду грошових коштів держави та його використанням за галузевим, територіальним чи

цільовим призначенням” [84, с. 88]. Розглядаючи суть видатків бюджетів, виходимо з позицій, визначених більшістю економістів, що бюджетні видатки мають певний економічний зміст, зумовлений суспільним способом виробництва, природою та функціями держави, вони відіграють вирішальну роль у задоволенні потреб соціально-економічного розвитку країни.

У сучасній економічній літературі існують різні підходи до виокремлення і тлумачення певних ознак, якими характеризуються видатки бюджетів. Причому спостерігаються певні протиріччя при їх обгрунтуванні.

Наукову класифікацію видатків прийнято здійснювати за такими ознаками: роллю у виробництві ВВП та у відтворюючих процесах, соціально-економічним змістом та суспільним призначенням, рівнями бюджетної системи та повноважень, функціональним, відомчим, цільовим, програмним призначеннями, формами фінансування, характером проведення і списання.

За роллю і місцем видатків у виробництві ВВП їх можна поділити на дві групи: видатки пов’язані з розвитком виробничої сфери і видатки, за допомогою яких забезпечується функціонування і розвиток сфери суспільних послуг. Зазначені обидва напрями мають важливе значення для держави і є об’єктивно необхідними. Будучи організатором відносин у виробничій сфері та власником виробничих засобів, держава зобов’язана вкладати кошти у розвиток тих підприємств та галузей, які визначають її могутність. Одночасно значну частину бюджетних коштів держава вкладає у розвиток сфери суспільних послуг, що є основною умовою її функціонування. Так, освіта, охорона здоров’я, культура, соціальні гарантії, оборона, управління забезпечують існування та розвиток держави, якісне виконання нею своїх функцій.

Таким чином, можна зазначити, що за допомогою видатків бюджетів держава має змогу:

– регулювати розподіл грошових коштів між виробничою сферою і сферою суспільних послуг, впливати на вартісну структуру виробництва;

– стимулювати розвиток нових та пріоритетних галузей та виробництв, впливаючи й на зміцнення своєї економічної могутності.

За роллю у відтворюючих процесах видатки бюджетів поділяють на поточні й капітальні. Поточні видатки спрямовані на забезпечення простого відтворення, і стосуються поточної діяльності підприємств, організацій та установ, а капітальні видатки є видатками розвитку, які пов'язані з розширеним відтворенням і стосуються фінансування інвестиційної та інноваційної діяльності. Використовуючи такий поділ, Бюджетний кодекс України передбачає можливість формування поточного бюджету і бюджету розвитку.

Поділ видатків за соціально-економічним змістом та суспільним призначенням виокремлює групи, а саме: видатки на економіку, на соціально-культурні заходи, на соціальний захист населення, на оборону та видатки на управління. Це важливо для забезпечення бюджетними ресурсами всіх напрямів суспільної діяльності держави (економічної, соціальної, оборонної та управлінської) і створює базу для функціональної класифікації видатків.

За рівнями бюджетної системи можна виокремити видатки Державного бюджету України та видатки місцевих бюджетів. Тут відмітимо, що обсяги та спрямування видатків першої групи визначаються щорічними законами про Державний бюджет України, а другої – рішеннями місцевих рад. Розмежування видатків між бюджетами різних рівнів на потреби охорони здоров'я, ґрунтується на одному з основоположних принципів бюджетної системи України – принципі субсидіарності: видатки, які отримані всіма жителями області, закріплено за обласними бюджетами; видатки, розраховані на обслуговування населення певного району, – за районними бюджетами, а видатки на первинну медичну допомогу – за бюджетами територіальних громад. Крім того, при цьому Бюджетним кодексом України врегульовано порядок здійснення міжбюджетних трансфертів між місцевими бюджетами. У зв'язку з дотриманням вказаного принципу, з бюджетів сіл, селищ, міст здійснюються видатки на фінансування бюджетних установ та заходів, які забезпечують першочергове надання соціальних послуг і розташовані найближче до споживачів.

З бюджетів обласного значення, а також районних бюджетів здійснюються видатки на фінансування установ та заходів для забезпечення соціальних послуг, гарантованих для всіх громадян держави. Видатки на фінансування установ та заходів для окремих категорій громадян, або фінансування регіональних програм здійснюються обласних бюджетів. Зазначене, свідчить про те, що видатки на охорону здоров'я належать до видатків, які визначаються функціями держави, але передаються на виконання місцевому самоврядуванню. Ці видатки враховуються при визначенні обсягів міжбюджетних трансфертів, а держава регулює їх здійснення та зобов'язана забезпечувати місцеві бюджети необхідними ресурсами.

За функціональним призначенням видатки бюджетів відповідно до функцій держави згідно з Бюджетним кодексом України та функціональною класифікацією поділяють на групи. Окремі економісти пропонують у функціональній класифікації виділити в одну групу соціальну сферу, включивши туди охорону здоров'я, освіту та духовний і фізичний розвиток, як це зроблено стосовно економічної діяльності [65, с. 248], що заслуговує уваги.

За допомогою відомчої класифікації видатків бюджету можна здійснювати повний економічний аналіз і контроль за витрачанням бюджетних коштів, адже вона засвідчує, якому міністерству, відомству спрямовуються кошти, тобто містить перелік головних розпорядників бюджетних коштів. На її основі Державна казначейська служба України та місцеві фінансові органи ведуть реєстр формування і використання фінансових ресурсів розпорядниками бюджетних коштів.

За цільовим призначенням видатки бюджетів поділяють на конкретні види відповідно до економічної класифікації, що дає змогу забезпечувати ефективний фінансовий контроль за цільовим використанням коштів бюджету.

Програмне призначення передбачає поділ видатків за відповідними бюджетними програмами, які можуть бути довготерміновими, середньо-терміновими та річними. Перелік програм та обсягів різних видатків на їхнє

виконання визначаються щорічно законом про Державний бюджет України, рішеннями місцевих рад про відповідні бюджети.

За характером проведення і списання видатки бюджетів ділять на касові і фактичні. Касовими вважаються грошові видатки бюджету та бюджетних установ, тобто оплата з реєстраційних чи інших рахунків розпорядників бюджетних коштів іншим суб'єктам, виплата грошових коштів з каси на видатки, передбачені бюджетом. Фактичні видатки – це дійсні витрати установ. Як правило, касові і фактичні видатки не збігаються.

Відповідно до чинного законодавства України всі видатки бюджетів розподіляються між ланками бюджетної системи. Такий складний і суперечливий процес розмежування видатків має бути побудований на наукових принципах і врегульований чинним законодавством. Однак принципам розмежування в економічній літературі не приділяється належної уваги, внаслідок чого практика такого розмежування видатків є недосконалою.

На нашу думку, процес розподілу видатків між ланками бюджетної системи доцільно здійснювати за такими принципами (див. рис. 1.1):



Рис. 1.1. Принципи розподілу видатків між ланками бюджетної системи*

**Складено автором на основі [27; 65]*

Доцільно приділити увагу положенням основних теорій, концепцій, які обумовлюють зростаючу роль держави у фінансовому забезпеченні (а, отже, і фінансуванні видатків бюджетів на охорону здоров'я) та регулюванні цієї галузі (див. рис. 1.2).



Рис. 1.2. Основні теорії та концепції, що обумовлюють зростаючу роль держави у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я*

**Складено автором на основі [10; 16; 53]*

З цього погляду, до особливостей в охороні здоров'я можна віднести суспільні блага – медичні послуги, споживання яких одним індивідуумом не зменшує їх доступність для інших людей, а їх надання приносить користь третім особам, при чому інші члени суспільства не виключаються із процесу споживання. Тут виникає ситуація, коли споживачі медичних послуг оплачують з послугами їх надання третім особам, але необхідно враховувати, що частина таких послуг індивідуальна, а розрахунок за них здійснюється безпосередньо

споживачем. Очевидно, що така ситуація вимагає особливого підходу до управління фінансами галузі охорони здоров'я.

Узагальнюючи наведені аргументи, можна констатувати те, що охорона здоров'я є визначальною складовою соціальної політики держави та покликана забезпечити доступність медичної допомоги для всіх членів суспільства незалежно від рівня їх доходів. Основним елементом системи охорони здоров'я є різноманітні заклади охорони здоров'я як її основні об'єкти, певні робочі ланки. Другим елементом цієї системи є відповідні органи управління, які як суб'єкти державного чи комунального управління здійснюють керівництво закладами охорони здоров'я. Поєднання перших і других в одній системі дає змогу проводити певну діяльність і виконувати поставлені перед нею завдання. Звернемо увагу на те, що охорона здоров'я як складна система може містити кілька видів систем, зокрема:

− концептуальні – ідеї, плани керівників різних рангів; концепції науки медичної галузі щодо надання різних видів медичної допомоги; погляди на організацію та управління у сфері охорони здоров'я;

− емпіричні – конкретні лікувально-профілактичні заклади;

− організаційні – різні рівні органів управління охороною здоров'я та моделі фінансування тощо.

Система охорони здоров'я України нині функціонально поєднує державну і комунальну системи, враховуючи окремі медичні заклади приватної і колективної форм власності та індивідуальну діяльність окремих медичних працівників. Звернемо увагу на те, що організація системи охорони здоров'я здійснюється на ґрунтовній правовій основі, що закріплено нормами Конституції України (ст. 49), Основами законодавства України про охорону здоров'я, законодавчими та іншими підзаконними актами, зокрема, нормативно-правовими актами (наказами, інструкціями, положеннями, правилами та ін.) Міністерства охорони здоров'я України.

Постановою Кабінету Міністрів України № 1149 від 08.12.2010 р. "Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів", якою визначено

формулу розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами, розрахунковий показник обсягу видатків на охорону здоров'я вираховується залежно від чисельності наявного населення адміністративно-територіальної одиниці та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на одного жителя з урахуванням коригуючих коефіцієнтів та специфічних видатків (додаток А).

Склад видатків на охорону здоров’я відповідно до чинного законодавства України розглянемо за допомогою таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Видатки на охорону здоров’я Державного та місцевих бюджетів згідно з чинним законодавством України

Видатки на охорону здоров’я, що здійснюються з Державного бюджету України	Видатки на охорону здоров’я, що здійснюються з місцевих бюджетів України
а) первинна медико-санітарна, амбулаторно-поліклінічна та санітарна медична допомога (багато профільні лікарні та поліклініки, що здійснюють виконання специфічних загально-державних функцій, згідно з переліком, затвердженим КМУ); б) спеціалізована, амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога (спеціалізовані лікарні, центри, поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки згідно з переліком, затвердженим КМУ); в) санаторно-реабілітаційна допомога (загальнодержавні спеціалізовані санаторії); г) санітарно-епідеміологічний нагляд (дезінфекційні та санітарно-епідеміологічні станції); д) інші програми галузі охорони здоров’я, що забезпечують виконання загально-державних функцій, відповідно до переліку затвердженого КМУ).	а) первинна медико-санітарна, амбулаторно-поліклінічна та санітарна допомога (лікарні широкого профілю, пологові будинки, станції швидкої та невідкладної медичної допомоги, поліклініки і амбулаторії, лікарні обласного та республіканського АР Крим значення); б) спеціалізована амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога (спеціалізовані лікарні, поліклініки, враховуючи стоматологічні центри, диспансери, станції переливання крові); в) санітарно-курортна допомога (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей підлітків та інвалідів, санаторії медичної реабілітації); г) інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, центри медичної статистики, інші програми); д) програми медико-санітарної освіти.

Далі відзначимо, що видатки на охорону здоров’я з державного та місцевого бюджетів здійснюються шляхом бюджетного фінансування, обсяги

якого визначаються за науково обґрунтованими нормами і нормативами, виходячи з кількості лікарняних ліжок за профілем захворювань; кількості лікарських посад, кількості лікарських відвідувань; кількості ліжко-днів. Проте, як засвідчує світова практика фінансування цієї галузі, такий спосіб фінансування є морально застарілим та економічно невиправданим.

Специфіка видатків на охорону здоров'я полягає у тому, що вони мають, з одного боку, базуватися на показниках соціальних стандартів і нормативів, а з іншого – враховувати пріоритети витрачання коштів та суттєво впливають на загальні соціальні процеси в державі.

Складність оцінювання ефективності видатків на охорону здоров'я полягає у багатоаспектності ефекту, отриманого від їх здійснення. Найважливішим критерієм оцінювання ефективності таких видатків є формування адекватної системи оціночних показників, здатних об'єктивно відобразити динаміку запланованих та отриманих результатів. На думку американського науковця Р. Хакета, оціночні показники мають об'єктивно характеризувати ефективність використання бюджетних коштів; визначати результати; порівнювати результати програм бюджетних видатків у диніміці за роками та між головними розпорядниками бюджетних коштів; вказувати на зміни у групі споживачів, зміни у проблемах, на вирішення яких спрямовані видатки бюджету. враховуючи зазначене, система оціночних показників ефективності видатків на охорону здоров'я, має відповідати певним вимогам, а саме:

– релевантності – виконувати своє призначення – забезпечувати комплексну оцінку результатів здійснення видатків;

– повноти – системи показників – передбачати наявність характеристик для всестороннього вивчення процесів, пов'язаних зі здійсненням видатків бюджетів соціального призначення;

– об'єктивності – процес оцінювання має передбачати неупереджене відображення результатів здійснення видатків на охорону здоров'я;

– зіставності – показники ситеми оцінювання ефективності видатків мають передбачати можливість їхнього порівняння у розрізі років. Зіставність

забезпечується за рахунок коректного підбору оціночних індикаторів відповідно до необхідності безперервного накопичення даних і забезпечення порівняння даних у динаміці та з показниками суміжних завдань;

– економічності – система оціночних показників має будуватись на підборі звітних даних для вимірювання ефективності здійснення з мінімальними витратами та з використанням наявних схем акумулювання інформації.

Як зазначає Т. Федченко, у зарубіжних країнах платформу для виміру соціально-економічних результатів діяльності суб'єктів державного сектору формують показники ефективності та результативності. В Україні відповідно до норм Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі та підзаконних актів, розроблених на її виконання, визначення показників ефективності є одним з аспектів оцінювання результатів бюджетних програм, інкатори результативності введені до їхнього складу (див. рис. 1.3).

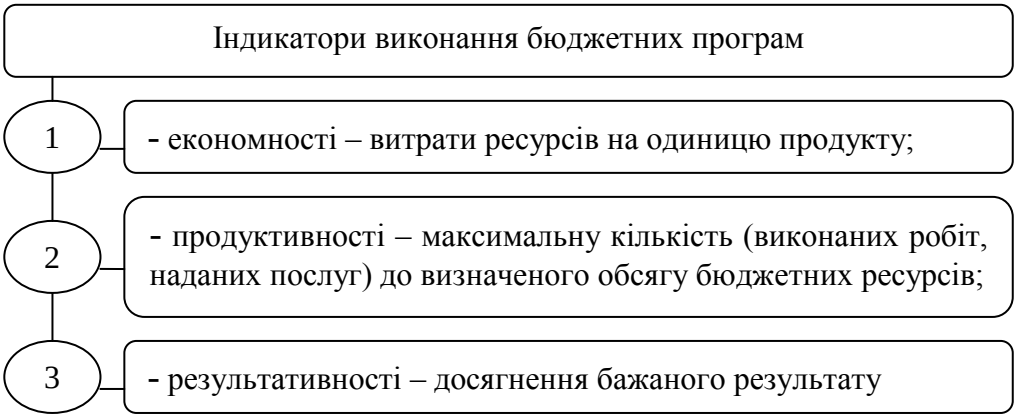


Рис. 1.3. Індикатори виконання бюджетної програми

**Складено автором на основі [78; 80; 91]*

Наведені індикатори, характеризують винятково економічний ефект від здійснення видатків бюджету, тоді як соціальні наслідки не враховуються. Оцінка ефективності видатків на охорону здоров'я має передбачати формування комплексного уявлення про їхні результати, а тому має об'єднувати як показники економічної, так і соціальної ефективності.

Індикатори наведені у Типовому переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання у залузі "Охорона здоров'я", доцільно

доповнити індикаторами економічності та корисності, як пропонує О. Сукач.

На її думку, відносним показником економії є показник економічності як відношення передбачуваної програмою видатків вартості чинників чи ресурсів до її фактичної величини, а його значення має коливатись у межах 0,2–0,4. Водночас показником корисності запропоновано характеризувати суспільну користь від виконання відповідної програми видатків.

Загалом визнаючи раціональність використання пропонованих показників, можна погодитись з позицією О. Сукач щодо завершеності переліку індикаторів ефективності. Вважаємо, що оцінка ефективності видатків на охорону здоров'я на основі показників, закріплених у чинному законодавстві, а також запропонованих науковцями, не у повній мірі забезпечує об'єктивність результатів оцінювання. Тому існуючий перелік варто доповнити індикаторами, які вказують на ступінь відповідності обсягів видатків бюджету і результатів отриманих від них. Кількісне вираження цієї відповідності можна встановити через розрахунок показників, які характеризують рівень задоволення громадян результатами, отриманих від здійснення видатків. Крім того, мають бути чітко сформульовані такі основні аспекти: цільовий сегмент споживачів певної суспільної послуги; перелік заходів, які мають бути реалізовані в ході надання послуги; витрати, які необхідно провести при наданні послуги; прогнозована якість послуги; очікувані результати від її надання та методика оцінювання ефективності використання коштів.

Враховуючи вищерозглянуте, можна говорити про виняткову значущість видатків на охорону здоров'я, розмір яких має базуватися на потребі населення у медичних послугах й економічній ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, яка була б показником їх обсягу та якості, а не на необхідності утримувати людські та матеріально-технічні ресурси.

1.2. Алгоритм планування та концептуальні підходи до фінансування видатків на охорону здоров'я

На сучасному етапі одним із основних напрямів трансформації економіки України є подальше реформування системи охорони здоров'я. Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів цієї галузі, професіоналізму лікарів. Важливим чинником, що впливає на розвиток охорони здоров'я та її соціально-економічну результативність у системі заходів, спрямованих на успішне розв'язання з боку держави економічних і соціальних завдань відводиться місце бюджетному плануванню як одному з найважливіших елементів бюджетного механізму та своєрідному інструменту системи фінансового управління, що дозволяє підвищити ефективність, дієвість та прозорість державного сектору та здійснюється встановленням бюджетних цілей на наступний (плановий) рік і на перспективу.

У вітчизняній економічній літературі окремі аспекти бюджетного планування розглянуто такими вченими-фінансистами як, В. Андрущенко, О. Василик, О. Кириленко, В. Опарін, Ю. Пасічник, В. Федосов, С. Юрій та ін. Особлива увага у більшості публікацій зосереджена на практичних питаннях, пов'язаних з організацією бюджетного планування в Україні, а менша – на теоретичних. Бюджетне планування розглянуто з різних точок зору та іноді викликає дискусію щодо його сутності, характеристики та сфери застосування.

Бюджетне планування за сутністю можна визначити як науково обгрунтований процес встановлення джерел і обсягів формування та напрямів використання централізованого фонду грошових коштів держави.

За формою бюджетне планування виступає як процес складання, розгляду і затвердження основного фінансового плану – державного бюджету.

За змістом бюджетне планування – це особлива сфера фінансової діяльності держави, що пов'язана з обгрунтуванням певних управлінських рішень стосовно фінансового забезпечення держави [65; 146].

Особливості бюджетного планування вбачаємо у тому, що держава з його допомогою визначає рівень централізації фінансових ресурсів у процесі розподілу та перерозподілу ВВП, методи мобілізації грошових коштів відповідно до засад економічної політики держави. Бюджетне планування займає центральне місце у фінансовому плануванні, оскільки пов'язане з показниками фінансових планів підприємств, організацій та установ різних форм власності та рівнів підпорядкування, крім того у процесі його здійснення аналізують кількісні та якісні показники окремих галузей економіки, економічних регіонів, що дає змогу врахувати максимальну кількість пропозицій стосовно зміцнення дохідної бази бюджету, забезпечення держави та органів місцевого самоврядування необхідним обсягом фінансових ресурсів для виконання функцій, визначених Конституцією України.

Бюджетне планування наділене специфічними ознаками (див. рис. 1.4).



Рис. 1.4. Специфічні ознаки бюджетного планування*

**Складено автором на основі [65; 148; 201]*

Результативне використання бюджетного планування у регулюванні соціально-економічних процесів залежить від якісного виконання завдань, що можуть бути вирішені за допомогою бюджетного планування. До них можна

віднести стратегічні й тактичні (див. рис. 1.5).

Загалом як стратегічні, так і тактичні завдання потрібно вирішувати одночасно. До того ж, виконання визначених перед бюджетним плануванням завдань, а також забезпечення належної організації бюджетного планування, які б чітко відповідали вимогам ринкової економіки, при умові дотримання наукових принципів. У сучасній економічній літературі немає одностайності щодо визначення принципів бюджетного планування.



Рис. 1.5. Завдання бюджетного планування*

**Складено автором на основі [65; 148]*

На нашу думку, до основних можна віднести наступні принципи: політичного підходу, взаємозв'язку, забезпечення, єдності, стабільності, директивності, безперервності, повноти та гласності (див. рис.1.6).

Загальні засади бюджетного планування визначено Конституцією України, Бюджетним кодексом України, загальне керівництво ним покладено на Кабінет Міністрів України, а безпосередню роботу з організації планування бюджетів усіх рівнів виконує Міністерство фінансів України.

Демократичні перетворення в Україні вимагають використання в бюджетному плануванні нових прогресивних технологій, головне місце серед яких відводиться застосуванню програмно-цільового методу, який доречний при середньо-терміновому і довготерміновому плануванні. В основі методу – поєднання можливостей бюджету з найефективнішим використанням бюджетних коштів для отримання конкретних результатів. При розробці показників бюджету на плановий рік формування бюджетних програм здійснюється у розрізі головних розпорядників бюджетних коштів згідно

програмної класифікації видатків. В Україні до цього питання був використаний спрощений підхід, а саме, об'єднання функціональної, відомчої та економічної класифікацій. З певними недоліками застосування методик створено новий програмно-цільовий підхід, однак у не найкращому варіанті, без належного теоретичного і методологічного обгрунтування, що призвело до виникнення проблем, пов'язаних із фінансуванням бюджетних програм.



Рис. 1.6. Принципи бюджетного планування*

**Складено автором на основі [65; 102;148; 201]*

Планування видатків відповідно до бюджетних програм передбачає чітке визначення певних виконавців програм, сприяє підвищенню відповідальності за використання бюджетних коштів. Вважаємо позитивним запровадження паспортів бюджетних програм для кожного головного розпорядника бюджетних коштів, що сприяє поліпшенню бюджетного контролю.

Основні напрями бюджетного планування охорони здоров'я наведено на рис. 1.7, з якого бачимо, що поточна діяльність медичного закладу повинна бути забезпечена фінансовими ресурсами з урахуванням інтересів перспективного розвитку, визначення та оцінки ефективності їх використання, а також постійним здійсненням контролю за фінансовим станом закладу.

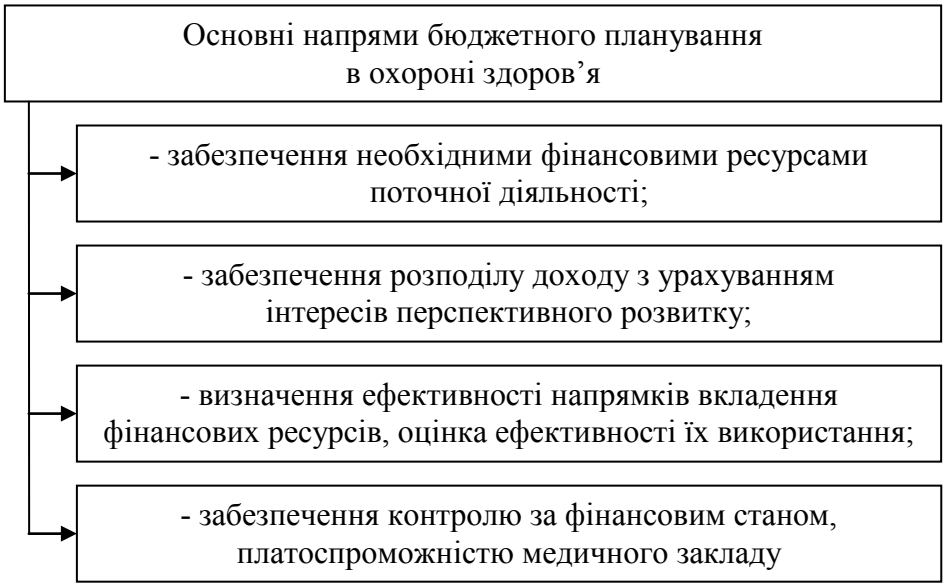


Рис. 1.7. Основні напрями бюджетного планування в охороні здоров'я

** Складено автором на основі [65;201]*

Бюджетне планування, на нашу думку, доцільно здійснювати з обґрунтуванням ефективності управлінських рішень та визначенням забезпеченості джерелами фінансування, оптимізації витрат і позитивних економічних результатів. Тому планування видатків пропонуємо проводити згідно принципів: об'єктивної потреби, комплексності, науковості.

Далі нагадаємо, що кошторисне фінансування закладів бюджетної сфери полягає у забезпеченні витрат за рахунок зовнішнього фінансування і здійснюється за такими принципами, як плановість, підзвітність, цільовий характер та виділення коштів залежно від фактичних показників діяльності установи. За такої ситуації, важливо відзначити ту обставину, що бюджетному плануванню закладів охорони здоров'я притаманна доцільність стратегічного (перспективного) планування, яке повинно бути першим етапом фінансового та визначало б основні напрямки поточного планування.

Стратегічне планування (Strategic Planning) – це довгострокове планування на основі проміжних цілей. Стратегія визначається головною та проміжними цілями, які дозволяють досягнути основної цілі, а також визначає, звідки взяти ресурси для досягнення цілей і як їх розподілити.

В узагальненому випадку, стратегія виглядає так [136]:

Для досягнення цілі G, необхідно досягнути проміжні цілі G_1, G_2 та G_3.

Для досягнення цілі G_1, взяти (забрати) ресурси r_1, r_2, r_3 ... і вкласти їх у завдання T_1, T_2, T_3.

Для досягнення цілі G_2, взяти (забрати) ресурси r_4, r_5, r_6 ... і вкласти їх у завдання T_4, T_5, T_6.

Для досягнення цілі G_3, взяти (забрати) ресурси r_7, r_8, r_9 ... і вкласти їх у завдання T_7, T_8, T_9.

Стратегічне планування базується на загальній стратегії розвитку охорони здоров'я, є її частиною та носить підпорядкований характер. З іншого боку, фінансова стратегія суттєво впливає на загальну стратегію розвитку, оскільки дає можливість забезпечити галузь необхідними фінансовими ресурсами.

Стратегічне планування в охороні здоров'я здійснюється у чотири етапи (див. рис. 1.8).

Перший етап – окреслення періоду формування перспективних планів. Період перспективного планування визначається терміном загальної стратегії розвитку і не повинен виходити за його межі. В умовах загальної нестабільної економічної ситуації період стратегічного планування обмежується трьома-п'ятьма роками, а при умові досягнення економічної стабільності може бути збільшений до десяти років.

Другий етап – формування стратегічних цілей фінансової діяльності полягає в забезпеченні фінансовими ресурсами загальної стратегії розвитку закладу охорони здоров'я та оптимальному управлінні фінансовими ресурсами.



Рис. 1.8. Стратегічне планування в охороні здоров'я*

** Складено автором на основі [136]*

Бюджетна стратегія реалізується через встановлення ряду бюджетних нормативів, що зумовлюють послідовне досягнення поставленої мети, збільшення бюджетного фінансування, виявлення та освоєння нових джерел фінансування. Стабільність розвитку досягається встановленими нормативами стабільності та платоспроможності.

Третій етап – конкретизація показників бюджетної стратегії по окремих періодах її реалізації передбачає поетапне досягнення цільових нормативів. Бюджетні показники повинні бути погодженні між собою та з загальними економічними показниками розвитку медичного закладу.

Четвертий етап – розробка бюджетної політики по окремих аспектах фінансової діяльності.

Другою складовою бюджетного планування є поточне планування, яке полягає в розробленні конкретних фінансових планів на рік з поквартальною розбивкою. Це планування дозволяє закладу охорони здоров'я сформувати структуру доходів та витрат на поточний рік. Плановим документом виступає кошторис медичного закладу. Для складання поточного фінансового плану використовуються наступні показники:

– цільові фінансові нормативи по основних напрямках діяльності на поточний період;

– плановий об’єм медичної допомоги та лікувально-профілактичних заходів;

– система розроблених у закладах охорони здоров’я нормативів витрат економічних ресурсів [14; 136; 146].

Поряд з цим виділяють відповідний етап оперативного планування фінансової діяльності, який вкрай необхідне закладу охорони здоров’я для контролю за фактичним надходженням коштів на рахунок, витрачанням коштів в процесі господарської діяльності та виконанням поточного плану.

Окремо відзначимо, що бюджет установи, за підходами зарубіжної фінансової науки, – це оперативний фінансовий план, що складається у формі балансу доходів і витрат на короткостроковий період і забезпечує ефективний контроль за надходженням та витрачанням коштів медичного закладу. Він є внутрішнім фінансовим документом, який не має стандартизованої форми. Бюджети можуть бути різні за формою та змістом – одні бюджети характеризують діяльність медичного закладу за окремими напрямками і структурними підрозділами, інші складаються з інтегрованих індивідуальних бюджетів і відображають діяльність закладу охорони здоров’я в цілому.

З огляду на зазначене, пропонуємо поглянути на бюджетування у нашій країні як на завдання оптимізації витрат, яке повинно бути складовою мережі фінансових планів, що дозволить ефективно скласти кошторис відповідно до встановлених пріоритетів, а головне – проводити аналіз чутливості, тобто у разі невідповідності поточних фактичних результатів плановим показникам, бюджетування повинно виявити ланку, яка стала причиною відхилень, що дозволить обрати оптимальний варіант перерозподілу витрат кошторису для усунення проблеми. В основному бюджетування на нашу думку, може бути спрямоване на виконання двох завдань:

1) визначення обсягу та складу поточних витрат, пов’язаних з наданням медичних послуг на медикаменти, реактиви, одноразовий інструментарій тощо;

2) забезпечення покриття витрат фінансовими ресурсами.

Бюджет установ за цих умов базуватиметься як на загально визначених вимогах та процедурах, так і розроблених самостійно закладом охорони здоров'я. До загальних вимог відносимо:

– розробку бюджетів всіма підрозділами, що сприятиме поліпшенню координації діяльності медичного закладу;

– забезпечення єдиного порядку підготовки, аналізу та затвердження бюджетів;

– координацію всіх структурних підрозділів закладу охорони здоров'я в процесі складання бюджетів;

– обґрунтованість бюджетів досягнути відповідно до результатів, тенденцій, економічних чинників та напрямків розвитку медичного закладу.

Завдання цілком вкладаються у концепцію формальної математичної оптимізаційної проблеми: максимізація функції результату за умови обмежень, що накладаються на витрати. Обмеження можуть накладатися на весь бюджет в цілому та на окремі його складові у вигляді як строгих, так і нестрогих нерівностей. Справжня складність даної проблеми не в її вирішенні, а в формулюванні, оскільки, у неприбутковому секторі до якого відносимо і діяльність бюджетних установ охорони здоров'я, жодну функцію результату не можна прямо виміряти у грошовому виразі. Зокрема, впровадження програмно-цільового методу призведе до наявності ряду цільових показників, які вимірюються у різних одиницях. Тому для формалізації оптимізаційного завдання всі ці показники необхідно звести до одного та фактично поставити чіткі кількісні пріоритети між ними.

Далі для об'єктивної оцінки фінансового планування, слід пам'ятати, що воно передбачає поєднання матеріальних, трудових і грошових ресурсів. В процесі його здійснення використовуються різні методи, тобто конкретні способи і прийоми планових розрахунків. Найпоширенішим є балансовий, нормативний, розрахунково-аналітичний (рис. 1.9).

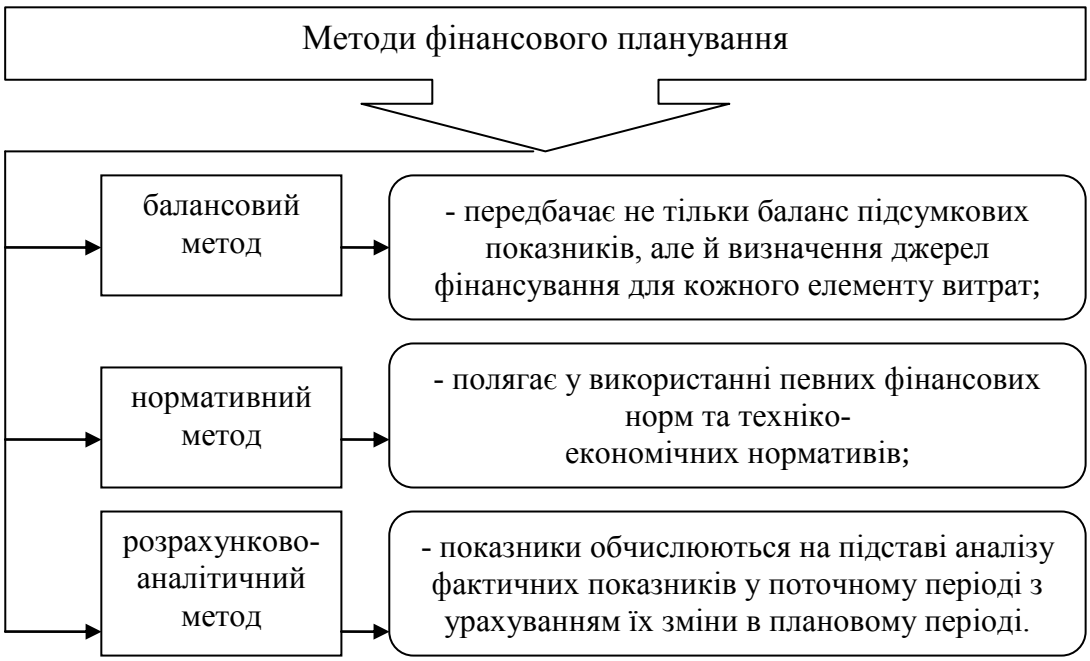


Рис. 1.9. Методи фінансового планування

** Складено автором на основі [14; 62; 91]*

Балансовий метод розрахунку передбачає не тільки баланс підсумкових показників, але й визначення джерел фінансування для кожної статті витрат.

Сутність нормативного методу полягає у використанні певних фінансових норм та техніко-економічних нормативів. У разі використання розрахунково-аналітичного методу планування показники обчислюються на підставі аналізу фактичних показників у поточному періоді з урахуванням їх зміни в плановому періоді.

Всі методи в процесі планування застосовуються комплексно. Використання фінансового планування державними закладами охорони здоров'я, які отримують кошти від позабюджетної діяльності, допоможе оптимально визначити обсяги та джерела фінансування, а також раціонально і ефективно використовувати фінансові ресурси, здійснювати розвиток матеріально-технічної бази та покращити якість надання медичних послуг.

Пошук якісно нових підходів до управління, заснованих на створенні цінностей для людини, а не на короткостроковій вигоді для бюджету галузі є гарантією розвитку охорони здоров'я. Цей принцип тісно пов'язаний з питанням адаптаційності її служб і підрозділів до національних умов. Така

адаптація забезпечується відповідними технологіями прийняття управлінських рішень відповідно до умов, що змінюються, як самої системи, так і середовища (сфери) її функціонування.

Таким чином, удосконалення бюджетного планування в умовах демократичних перетворень потребує нових теоретичних, методологічних та організаційно-правових підходів, зокрема: уточнення змісту бюджетного планування, його специфічних ознак, стратегічних і тактичних завдань, принципів; забезпечення узгоджених дій законодавчої та виконавчої влади; приведення чинних законів та підзаконних актів у відповідність до вимог демократичної держави; розробки нових науково-обгрунтованих методик розрахунків доходів, видатків, міжбюджетних трансфертів, фінансових нормативів бюджетної забезпеченості. Вирішення проблем бюджетного планування частково може бути забезпечене за допомогою відповідних нових технологій, зокрема програмно-цільового методу, що сприяє ефективному розподілу та використанню бюджетних коштів.

Відповідно до чинників, від яких залежить обсяг фінансування окремо взятого закладу, доречно вести мову про бюджетне планування видатків на охорону здоров’я на державному та місцевому рівнях. Відповідно до Бюджетного кодексу України бюджетне планування є частиною бюджетного процесу в основі якого кошторисне планування. Особливою складовою бюджетного планування є аналіз факторів, які впливають на фінансові ресурси охорони здоров’я з урахуванням конкретних джерел їх формування. Планування видаткової частини за кошторисами відбиває економічні відносини між державою і певними закладами охорони здоров’я з визначення розміру фінансових ресурсів, що виділяються для виконання покладених на них функцій. Отже, алгоритм планування в системі охорони здоров’я передбачає перехід на систему функціонального управління, аналіз ситуації, формування політики та стратегії охорони здоров’я, ініціювання законодавчих передбачень, вирішення економічних і фінансових проблем галузі, а також забезпечення якості медичної допомоги.

За різних умов забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави, її системи охорони здоров'я, що наголошено в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів. Цілі та завдання, що стоять перед системою охорони здоров'я, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення населення доступною й якісною медичною допомогою відповідно до рівня технологічного розвитку, реальних потреб і згідно з дотриманням принципів рівності та справедливості.

Система охорони здоров'я – найбільш чутлива соціальна, політична та економічна сфера будь-якої держави, що є частиною національної культури й має відношення до всього суспільства. На відміну від усіх інших галузей охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від державного бюджетного фінансування, яке виступає одним із найважливіших регуляторів соціально-економічних процесів у суспільстві.

Дослідженню теоретичних і практичних аспектів щодо оптимізації моделі фінансування охорони здоров'я як складової соціально-економічної системи країни присвячені наукові роботи багатьох вчених-економістів і практиків. Так, вагомий внесок здійснили такі науковці як О.І. Амоша, В.Ф. Беседін, О.Д. Василик, В.М. Геєць, Ю.Н. Гладкий, Б.М. Данилишин, М.І. Долішній, Е.М Лібанова, В.К. Мамутов, В.Ф. Москаленко, В.М. Степанов, Д.М. Стеченко, О.С. Чмир та ін. Важливе значення у вітчизняній та зарубіжній літературі відводиться питанням організації управління, фінансового забезпечення системи охорони здоров'я та їхнього реформування. Йдеться про праці А.І. Вялкова, З.С. Гладуна, В.В. Загороднього, Ф.Н. Кадирова, О.П. Кириленко, В.І. Куценко, Г.І. Трілленберг, Я.Ф. Радиша, У.Я. Садової, М.М. Шутова, І.М. Шеймана, С.І. Юрія та ін. Але враховуючи наукову і практичну цінність опублікованих праць основні концептуальні засади та альтернативи щодо вдосконалення системи фінансування охорони здоров'я в Украні залишаються дискусійними, що й обумовлює дослідження даної проблематики.

Найважливішою невирішеною проблемою бюджетного фінансування є

невідповідність його сучасних форм і методів науковим принципам. Не визначені пріоритетні напрями фінансування, часто держава його використовує для вирішення переважно поточних питань, внаслідок чого не виконуються перспективні завдання.

Науковці бюджетне фінансування розглядають у широкому та вузькому розумінням. Широке трактування стосується визначення його місця та ролі у регулюванні соціально-економічних процесів. Так, Е. Ковжарова підкреслює, що бюджетне фінансування – "... основний метод формування та вдосконалення народногосподарських пропорцій у галузевій структурі економіки; здійснюється шляхом надання бюджетних коштів об'єднанням, підприємствам, організаціям та установам на проведення заходів, передбаченим планом" [121, с. 65]. В. Опарін зазначає, що бюджетне фінансування видатків, "... відбиваючи перерозподіл отриманих державних доходів, відображається у формуванні вторинних, а в окремих випадках – первинних доходів юридичних і фізичних осіб" [164, с. 122].

У вузькому значенні бюджетне фінансування розглядається з боку держави як форма бюджетного механізму, а з боку суб'єктів господарювання – як форма фінансового забезпечення. У першому випадку, розглядаючи бюджетне фінансування з боку держави, вітчизняні вчені акцентують свою увагу на те, що саме за допомогою цієї форми бюджетного механізму здійснюються видатки бюджетів. Так, А. Загородній, Г. Вознюк, Т. Смовженко стверджують, що бюджетне фінансування – це "... форма централізованого виділення з державного бюджету фінансових ресурсів у вигляді безповоротного, безоплатного надання коштів, інвестицій на розвиток економіки, соціально-культурні заходи, оборону та інші громадські потреби" [84, с. 47]. Подібні визначення дають В. Загорський, О. Вовчак, І. Благун, І. Чуй [264, с. 112] та інші економісти.

Дещо розширені визначення наводять такі вчені, як О. Василик: "Бюджетне фінансування – це надання юридичним особам із бюджетів різних рівнів фінансових ресурсів у вигляді безповоротних коштів на розвиток

економіки, соціальної сфери, державне управління, оборону тощо" [41, с. 137], автори економічної енциклопедії та економічного енциклопедичного словника: "Бюджетне фінансування – надане в безповоротному порядку грошове забезпечення, виділення (асигнування) грошових коштів із державного (місцевого) бюджету на витрати, пов'язані з виконанням державних замовлень, державних програм, утримання державних організацій. Здійснюється у формі виділення грошових коштів (бюджетних асигнувань) за певним призначенням для досягнення загальнодержавних цілей або для покриття витрат галузей, підприємств, які перебувають на повному або частковому державному грошовому забезпеченні" [63, с. 34; 118, с. 268] та інші науковці.

О. Романенко бюджетним фінансуванням називає процес "... надання грошових коштів юридичним і фізичним особам на проведення заходів, передбачених бюджетом" [194, с. 170].

Друга група економістів, зокрема В. Опарін [164, с. 59], С. Юрій [249, с. 41], О. Кириленко [249, с. 42], М. Карлін [76, с. 65] та інші, розглядають бюджетне фінансування з боку суб'єктів господарювання як елемент їх фінансового (грошового) забезпечення. Наприклад, М. Карлін зазначає, що бюджетне фінансування - це "... надання грошового забезпечення підприємствам на видатки, пов'язані зі здійсненням державних замовлень, виконання державних програм, утриманням державних і комунальних установ та організацій" [76, с. 68]. Вважаємо такі підходи обґрунтованими. Дійсно, держава за допомогою бюджетного фінансування, як форми бюджетного механізму, здійснює фінансування всіх заходів, що пов'язані із виконанням її функцій. Оптимальне поєднання важелів, інструментів цього механізму та раціональне використання усіх наявних елементів сприятиме відповідному рівню соціально-економічного розвитку суспільства, забезпечить виконання стратегічних завдань.

З наведених визначень можна зробити висновок, що бюджетному фінансуванню властиві такі ознаки:

– зміст бюджетного фінансування проявляється у безповоротному наданні

бюджетних коштів юридичним і фізичним особам на проведення заходів, передбачених бюджетом;

– з боку держави бюджетне фінансування є формою бюджетного механізму, а з боку суб'єктів господарювання – формою фінансового забезпечення.

На нашу думку, бюджетне фінансування можна розглядати, як об'єктивне економічне поняття та як матеріальне вираження цього поняття. Таким чином, під бюджетним фінансуванням ми розуміємо сукупність грошових відносин, пов'язаних із розподілом і використанням коштів централізованого грошового фонду держави, які реалізуються безоплатним і безповоротним наданням бюджетних коштів юридичним та фізичним особам для проведення заходів, що передбачені бюджетом.

Процес бюджетного фінансування здійснюється у встановленому Бюджетним кодексом України порядку органами Державної казначейської служби України, його основою є затверджений бюджет та бюджетний розпис.

Окремо зазначимо, що бюджетне фінансування базується і здійснюється на основі наукових принципів до яких ми відносимо: безстроковість; безповоротність; безоплатність; 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 (див. рис. 1.10).

На нашу думку, при формуванні цих принципів доцільно опиратися на принципи бюджетної політики, адже бюджетне фінансування є інструментом її реалізації. У теорії та практиці бюджетного фінансування особливе значення має правильний вибір й обгрунтування відповідних його форм. У науковій літературі трапляються різні підходи до вирішення цього питання.



Рис. 1.10. Принципи бюджетного фінансування*

**Складено автором на основі [65;100; 115]*

Так, О. Василик виокремлює чотири форми бюджетного фінансування: кошторисне, державне фінансування інвестицій, надання дотацій, надання субвенцій і субсидій [42, с.139]; В. Загорський, О. Вовчак, І. Благун, І. Чуй – теж чотири, але інших за змістом (проектне фінансування, бюджетні кредити, кошторисне фінансування, бюджетні трансферти) [264, с. 112]; Л. Сафонова,

В. Опарін – бюджетні інвестиції, бюджетні кредити, кошторисне фінансування, державні трансферти [37, с. 35; 164, с. 122].

Вважаємо, що під формами бюджетного фінансування слід розуміти способи надання бюджетних коштів на заходи, передбачені у бюджеті відповідно до наукових принципів. У зв'язку з цим найбільш вдалим до вибору таких форм можна вважати підхід О. Василика. Доцільним є за наведеними критеріями виокремити три найважливіші форми бюджетного фінансування: кошторисне, бюджетне інвестування та бюджетні трансферти.

В економічній літературі роль основної форми бюджетного фінансування відводиться кошторисному, оскільки саме за його допомогою здійснюється переважна більшість видатків бюджетів, забезпечується функціонування виробничої та соціальної інфраструктур, оборони та управління. Вітчизняні економісти, зокрема С. Юрій та С. Булгакова, під кошторисним фінансуванням розуміють "... забезпечення державними грошовими коштами установ і організацій соціально-культурної сфери, оборони, органів державного управління" [22, с. 122; 32, с. 200].

Подібні визначення дають А. Загородній, Г. Вознюк та Т. Смовженко: "Фінансування кошторисно-бюджетне – це надання державою коштів на утримання установ, що перебувають на бюджетному фінансуванні, здійснюване за фінансовими планами – кошторисами витрат" [84, с. 472], В. Опарін кошторисне фінансування визначає як виділення коштів з бюджету на основі спеціального планового документа – кошторису [164, с. 123] та інші науковці.

З наведених визначень, відмітимо, що кошторисне фінансування характеризується такими ознаками:

– виділенням коштів з бюджету та їх наданням установам і організаціям соціально-культурної сфери, оборони, органів державного управління, які перебувають на бюджетному фінансуванні;

– основним документом для надання бюджетних коштів, є кошторис установи.

На нашу думку, найбільш узагальненим визначенням можна вважати таке.

Кошторисне фінансування – це виділення державою коштів відповідно до затверджених бюджетів та бюджетних розписів суб'єктам господарювання (бюджетним установам) на цілі, передбачені їх основними фінансовими планами – кошторисами. На відміну від попередніх, у запропонованому нами визначенні вказується джерело коштів (затверджений бюджет), документ, яким регулюється розподіл коштів (бюджетний розпис), одержувачі коштів (суб'єкти господарювання, які належать до бюджетних установ, враховуючи різні галузі виробничої сфери та сфери послуг) та основний документ, який відображає цілі, на які виділяються кошти (кошторис бюджетної установи).

Особливості бюджетного фінансування в сучасних умовах пов'язані із реалізацією засад бюджетної реформи, розробкою основних напрямів конституційної реформи та трансформацією соціально-економічних процесів у суспільстві. Принципи фінансування галузі охорони здоров'я не відповідають вимогам ринкової економіки. Формування обсягів видатків на цю галузь з розрахунку нормативу на одного жителя є наслідком того, що медичні заклади фінансуються за кількістю лікарняних ліжок та штатних посад. Кошти, таким чином, виділяються не з урахуванням якісних показників діяльності закладу охорони здоров'я, а виходячи з формальних цифр, що характеризують його розміри. Існуюча модель системи охорони здоров'я України продемонструвала свою неефективність, про це свідчать показники її діяльності, які характеризуються низькою доступністю і якістю медичної допомоги, незадовільним станом здоров'я населення.

За умов, які склались, очевидною є потреба суттєвого перегляду державної політики в галузі охорони здоров'я та реалізації широкого спектру контрольних заходів для підвищення ефективного використання людських, матеріально-технічних ресурсів для забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я. Відомо, що у світі існують різні моделі систем охорони здоров'я, що відрізняються цілями, цінностями, принципами і співвідношенням окремих їх елементів. На нашу думку, тип моделі, крім цілей, принципів, співвідношення окремих елементів системи, визначається також суспільним устроєм,

політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією, іншими чинниками, включаючи специфічну для кожної країни систему спеціальних компенсаторів. Загальноприйнятою є така класифікація моделей систем охорони здоров'я: переважно з державною (національною) системою охорони здоров'я; переважно з системою охорони здоров'я, заснованою на принципах страхової медицини; переважно з приватною системою. Типовими представниками країн першої групи є Великобританія, Греція, Данія, Ірландія, Іспанія, Італія, Норвегія, Португалія, Швеція та інші, другої – Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Франція, Швейцарія, Японія, деякі країни Латинської Америки тощо, третьої – США, Південна Корея та інші [179; 185; 260].

Відповідно до іншої типології моделі класифікуються на універсалістські, соціального страхування або континентальні, "південні", інституційні або соціально-демократичні, "скандинавські моделі", ліберальні і консервативні корпоративні. Для універсалістської моделі або залишкового соціального забезпечення основним джерелом фінансування є загальні податкові надходження національних бюджетів. Вказаний тип моделі функціонує у Великобританії, Ірландії, Данії. Модель соціального страхування, або модель Бісмарка, протягом багатьох років результативно працює в Німеччині, Австрії, Франції, Нідерландах, Бельгії, Люксембурзі. Її фінансове забезпечення здійснюється переважно за рахунок страхових внесків. Для "південної" моделі характерним є змішаний тип фінансування, що реалізується в Іспанії, Португалії, Греції, Італії. Особливістю інституційної або соціал-демократичної моделі, найповніше представленої в Швеції і Фінляндії, є переважне фінансування з податкових надходжень регіональних бюджетів. У ліберальних моделях домінують приватні джерела фінансування, що яскраво демонструється в США, Південній Кореї, деяких інших країнах. Прикладом країни з консервативною корпоративною моделлю фінансування є Японія. Основним джерелом фінансування там служать обов'язкові відрахування, пов'язані з рівнем доходів.

Ми можемо констатувати, що головною метою будь-якої моделі системи охорони здоров'я, як і будь-якої держави та суспільства, є забезпечення доступності і якості медичної допомоги або медичної послуги, тобто сукупності характеристик, що підтверджується відповідним наданням медичної допомоги наявним потребам пацієнта, відповідно сучасному рівню розвитку медичної науки та практики. В основі політики охорони здоров'я є дотримання паритету інтересів між моральним імперативом, що включає солідарність і соціальну справедливість, з одного боку, і бюджетно-фінансовим імперативом – з іншого. При порушенні вказаного паритету виникає конфлікт інтересів, що викликає необхідність перегляду моделі системи охорони здоров'я і пошук альтернативних стратегій для ефективнішого фінансування і медичного обслуговування, що й проілюструємо на рис. 1.11.

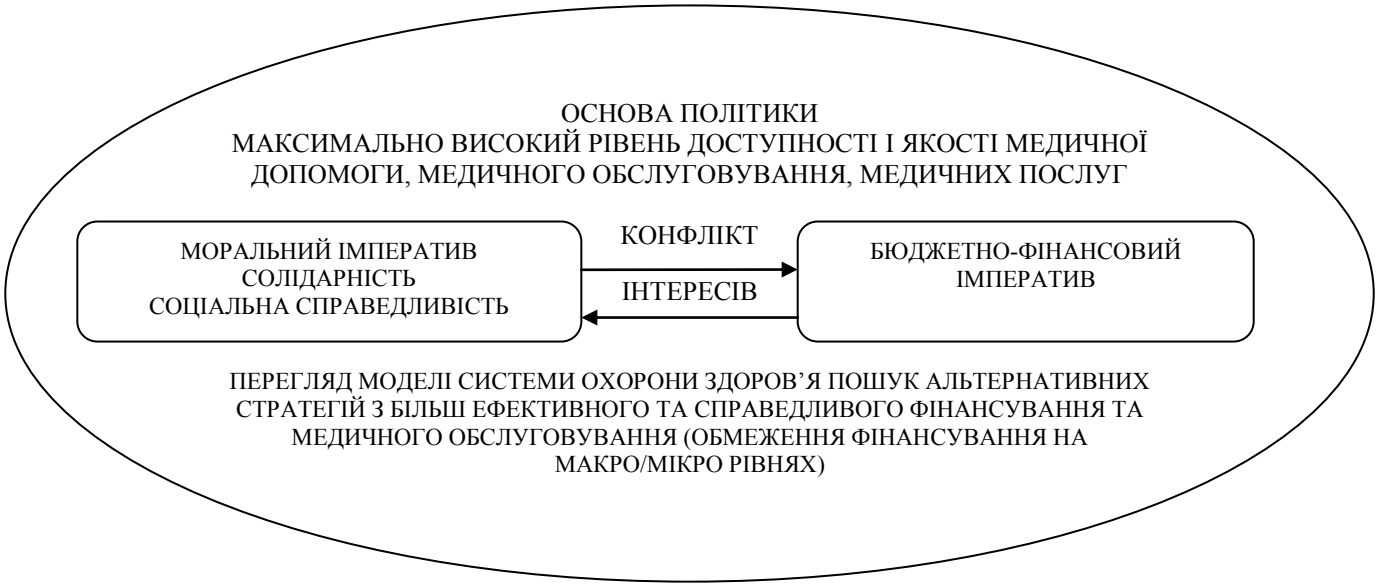


Рис. 1.11. Схема побудови політики охорони здоров'я*

**Складено автором на основі [258; 259; 267]*

Визначальними характеристиками якості медичного обслуговування є адекватність, доступність, безперервність, безпека, результативність, ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення потреб, стабільність процесу і результату, постійне вдосконалення та покращення. Класичною методологією забезпечення якості медичної допомоги вважається тріада А. Донабедіана (1976 р.), що включає якість структури, якість технологій, якість результату. Виходячи з

передумов досягнення високої якості медичного обслуговування, що передбачають відповідне фінансове забезпечення, економічні аспекти функціонування системи охорони здоров'я набувають особливого значення.

Як можна помітити, жодна з розглянутих моделей не функціонує самостійно, що вказує на відсутність у них яскраво виражених переваг. У сучасних умовах для досягнення високої якості медичного обслуговування необхідне відповідне фінансове забезпечення, тому економічні аспекти функціонування системи охорони здоров'я набувають особливого значення. У такій ситуації найважливішими показниками, що характеризують рівень економічного добробуту, є обсяг валового внутрішнього продукту (ВВП) і його показник з розрахунку на душу населення, що впливають на обсяги витрат на охорону здоров'я. Збільшення рівня доходів громадян, поліпшення якості життя в багатьох країнах світу зумовлює підвищення попиту на якісну медичну допомогу, а впровадження нових вартісних технологій і ліків збільшує потребу у фінансових ресурсах, що спричиняє пошук додаткових джерел та альтернативних шляхів фінансування.

1.3. Планування і фінансування видатків на утримання лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я: організаційно-методологічні аспекти

Конституцією України визначено, що найвищою соціальною цінністю в державі є людина, її життя та здоров'я, при цьому кожна людина має природне невід'ємне й непорушне право на охорону здоров'я. Велике значення таких благ, як життя та здоров'я, зумовлює необхідність їх охорони. Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів [125]. Серед обов'язкових умов належної якості медичного обслуговування належить плануванню і фінансуванню видатків на утримання лікувально-профілактичних

закладів, один із основних чинників, що впливає на розвиток охорони здоров'я й соціально-економічну результативність галузі.

Відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я надання медичної допомоги населенню організовано за трьома рівнями – первинним, вторинним і третинним, що відповідає міжнародним стандартам і вимогам Всесвітньої організації охорони здоров'я. Тут відзначимо, що система охорони здоров'я будь-якої країни відзначається універсальними критеріями (ієрархічною будовою, налагодженими управлінськими зв'язками між суб'єктами й об'єктамами управління, ресурсами), а також враховує особливості стану здоров'я населення країни, його захворюваність. За різних умов, для запобігання та лікування певних захворювань у системі охорони здоров'я створюються окремі медичні заклади чи їх структурні підрозділи, які в сукупності складають медичні служби з точно визначеною внутрішньою структурою, підпорядкованістю й керівництвом.

У такому ракурсі доречно відзначити, що заклад охорони здоров'я є важливою ланкою системи охорони здоров'я, яка практично забезпечує всі основні результати її діяльності. Нині є чимало закладів охорони здоров'я різних типів і видів: поліклініка, диспансер, фельдшерсько-акушерський пункт, лікарня, амбулаторія, та ін. Їх перелік затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. №385 та зареєстрований у Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 р. №892/7180.

Створюючи механізм забезпечення медичного обслуговування населення, слід взяти до уваги, що сам пацієнт, його захворювання, як і характер медичної допомоги, ніколи не бувають однаковими, процес лікування є індивідуальним, а медична допомога завжди різна за обсягом. Ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлює, що існують три види лікувально-профілактичної допомоги: первинна, спеціалізована і високо-спеціалізована. Чинний Перелік закладів охорони здоров'я (затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 28.10.2002 № 385) поділяє їх на 5 видів (деякі види класифікуються детальніше – на підвиди та типи (див. додаток Б)).

Однією з важливих особливостей здійснення управління у сфері охорони здоров'я є природа його об'єктів – закладів охорони здоров'я. Ці заклади часто називають унікальними або відмінними від інших типів організацій, також вони відрізняються від виробничих та інших комерційних підприємств та організацій. Основні відмінності вбачаємо у тому, що:

– робота, що виконується різноманітна та складна;

– складно визначити та виміряти результати;

– більша частина роботи є терміновою та невідкладною;

– праця не допускає невизначеності та помилок;

– виробнича діяльність взаємозв'язана з іншими видами роботи та потребує високого ступеня координації дій різних професійних груп;

– робота відзначається надзвичайно високим ступенем спеціалізації.

Згідно чинного законодавства України заклад охорони здоров'я як первинна ланка системи охорони здоров'я є самостійним суб'єктом права, що наділений статусом юридичної особи, має право самостійно планувати та здійснювати передбачену статутом діяльність, укладати господарські угоди від свого імені, набувати майно, засновувати інші господарські підприємства та організації, разом з іншими суб'єктами права, у тому числі із закордонними, вести спільну діяльність, користуватися іншими правами і виконувати обов'язки, а також нести юридичну відповідальність за свої дії.

Актуальність питань аналізу, оцінки та оптимізації структури видатків бюджету на фінансування лікувальних закладів зумовлена тим, що обсяг і характер роботи бюджетних установ охорони здоров'я з різних причин змінюються, що потребує змін щодо перерозподілу фінансових ресурсів. Бюджетне фінансування ЛПЗ здійснюється в обмежених розмірах та ускладнює їх функціонування.

Заклади охорони здоров'я, класифікація яких проілюстрована на рис. 1.12, фінансуються повністю чи за рахунок державного або місцевих бюджетів, вони виступають гарантами конституційних прав громадян України, а їх діяльність спрямована не на отримання прибутку, а надання суспільно-необхідних послуг.

Також зазначимо, що бюджетні установи мають свої особливості діяльності, а ефективність праці в них є не тільки економічним, але й соціальним показником. Підкреслимо, що величина витрат на утримання установ бюджетної сфери визначається кошторисом, планування витрат за яким є складовою частиною бюджетного планування, що відбиває певні економічні відносини між державою і бюджетними установами з визначення обсягу фінансових ресурсів, які виділяються для виконання покладених на них функцій. Крім того, відмітимо, що видатки конкретної установи звичайно фінансуються з одного бюджету, залежно від:

– територіального розміщення установи;

– підпорядкованості та її значення;

– доцільності віднесення видатків на певний вид бюджетів відповідно до економічних і соціальних державних функцій.

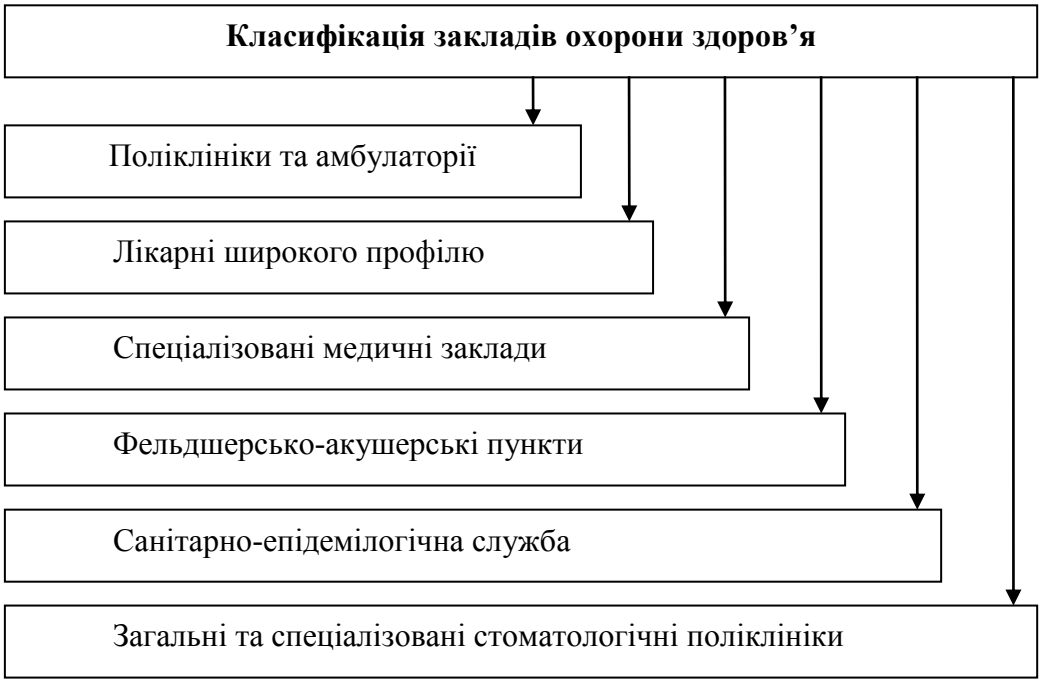


Рис. 1.12. Класифікація закладів охорони здоров'я*

**Складено автором на основі [88; 127]*

Варто виділити, що фінансування бюджетних установ здійснюється через органи Державної казначейської служби на принципах цільового спрямування, безповоротності, безвідплатності, ефективного використання коштів, в міру виконання планів та на принципі здійснення постійного контролю.

Відповідно до ступеня підпорядкованості і обсягу наданих прав розпорядників поділяють на головних розпорядників бюджетних коштів та розпорядників нижчого рівня. Виключний перелік головних розпорядників встановлюється одночасно з прийняттям відповідного бюджету. Розпорядники коштів мають ряд функцій, серед яких розробка плану діяльності установи, що здійснюється виходячи з завдань необхідних результатів використання бюджетних коштів, розробка кошторису і бюджетних запитів та подання фінансовим органам, затвердження кошторисів, управління і контроль бюджетними коштами, отримання звітів від установ і аналіз ефективності використання їх коштів.

Порядок фінансування закладів охорони здоров'я через органи Державної казначейської служби України та надання коштів з бюджету в розпорядження розпорядникам зображено на рис. 1.13.

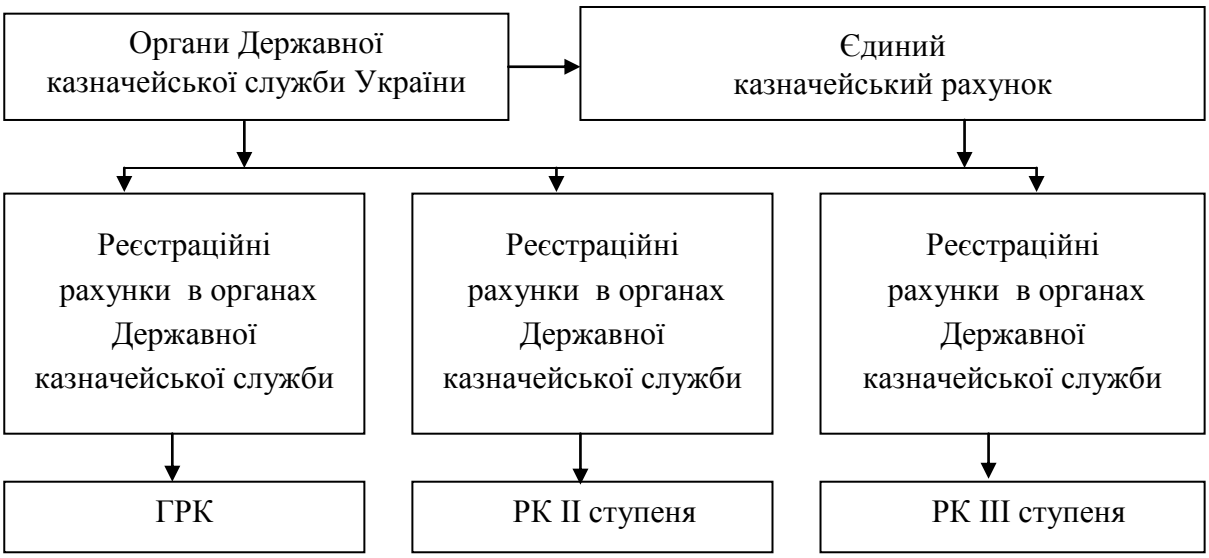


Рис. 1.13. Порядок фінансування закладів охорони здоров'я через органи Державної казначейської служби України*

**Складено автором на основі [60; 115; 133]*

Зазначимо, що фінансування закладів охорони здоров'я, здійснюється на підставі вищезгаданих принципів і має плановий характер бюджетних асигнувань. Єдина бюджетна класифікація забезпечує цільове призначення видатків, а також становить систематизоване згрупування доходів і видатків та фінансування бюджету за ознаками економічної сутності, функціональної

діяльності, організаційного устрою та рядом інших ознак відповідно до законодавства України. Крім того, бюджетна класифікація надає системності даним окремих кошторисів та є важливим організаційним документом, який лежить в основі планування видатків та впливає на організацію обліку в установі, складання звітності, а також є основою для визначення результатів виконання кошторису доходів і видатків.

Порядок складання, розгляду, затвердження та основні вимоги до складання кошторисів бюджетних закладів затвердженні постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2002 року № 228, яким керуються у своїй діяльності установи охорони здоров'я, визначає кошторис доходів і видатків як основний плановий документ, що наділяє повноваженнями бюджетну установу щодо отримання доходів та здійснення видатків, визначає обсяг та напрям коштів для виконання установою функцій визначених на рік відповідно до бюджетних призначень встановлених законом України "Про Державний бюджет". Помісячний розподіл коштів установи, проводиться в плані асигнувань із загального фонду бюджету на рік по скороченій економічній класифікації, він регламентує отримання установою зобов'язань. План асигнувань є невід'ємною частиною кошторису доходів і видатків установи і затверджується разом з ним.

При визначені обсягів видатків враховується об'єктивна потреба в коштах кожної установи охорони здоров'я, зважаючи на її основні виробничі показники і контингенти, обсяг виконуваної роботи, штатної чисельності, необхідної реалізації окремих програм та заходів.

При плануванні видатків на охорону здоров'я, зосереджується увага на розрахунок середньорічних показників, які характеризують діяльність ЛПЗ: кількість ліжок у них і період їх функціонування; число лікарських посад; число лікарських відвідувань по амбулаторно-поліклінічній мережі.

Середньорічна кількість ліжок у лікувальних закладах (К) визначається за формулою:

$$К = П + В \times М : 12, \qquad (1.1)$$

де П – перехідна кількість ліжок на початок планового року;

В – кількість нових ліжок, які вводяться в дію в плановому році;

М – число місяців функціонування нових ліжок, які вводяться.

Необхідно підкреслити, що по амбулаторно-поліклінічних закладах число лікарських посад визначається на основі штатних нормативів, які в свою чергу затверджуються Міністерством охорони здоров'я України. Крім того, річний фонд заробітної плати працівників медичного закладу (Фр) розраховується за формулою:

$$Фр = \sum_{i=1}^{n} Зсі \times Ссі \times 12 \qquad (1.2)$$

де Зсі – середньомісячна ставка заробітної плати, визначена для і-ї групи медичного персоналу за тарифікаційним списком, а для адміністративно-господарських та інших працівників – виходячи зі штатного розпису і встановлених посадових окладів;

Ссі – середньорічна кількість посад по і-ій групі працівників;

n – 4 (чотири групи персоналу: лікарі, середній медичний персонал, молодший медичний персонал, адміністративно-господарський та інший персонал).

У плануванні видатків бюджету в розрізі окремих напрямів кодів видатків (за економічною класифікацією) вони визначаються однотипно за формулою:

$$В = М \times Р, \qquad (1.3)$$

де В – витрати на поточне утримання закладів за певним кодом видатків;

М – сітьові показники, прийняті за розрахункову одиницю для даного коду видатків;

Р – середні видатки на розрахункову одиницю за певним видом видатків.

Витрати на фінансування закладів охорони здоров'я включають видатки на лікувально-профілактичні заклади (лікарні, поліклініки, диспансери, станції швидкої).

Сутність кошторисного фінансування установ охорони здоров'я, полягає у виділенні бюджетних асигнувань на основі кошторису на принципах, які можна розглянути на рис. 1.14. Визначення обсягів фінансування ґрунтується на:

1) оперативно-сітьових показниках (характеризують кількісні параметри діяльності бюджетної установи);

2) нормативах видатків у розрахунку на певний кількісний показник.

В свою чергу, оперативно-сітьові показники поділяють на дві групи:

а) виробничі показники, які відзначають профільну діяльність установи та розмежовуються на:

– вихідні тобто об'єктивно існуючі на певний період;

– похідні, які вираховуються за певними нормами;

б) загальні показники – характеризують будівлю бюджетної установи.

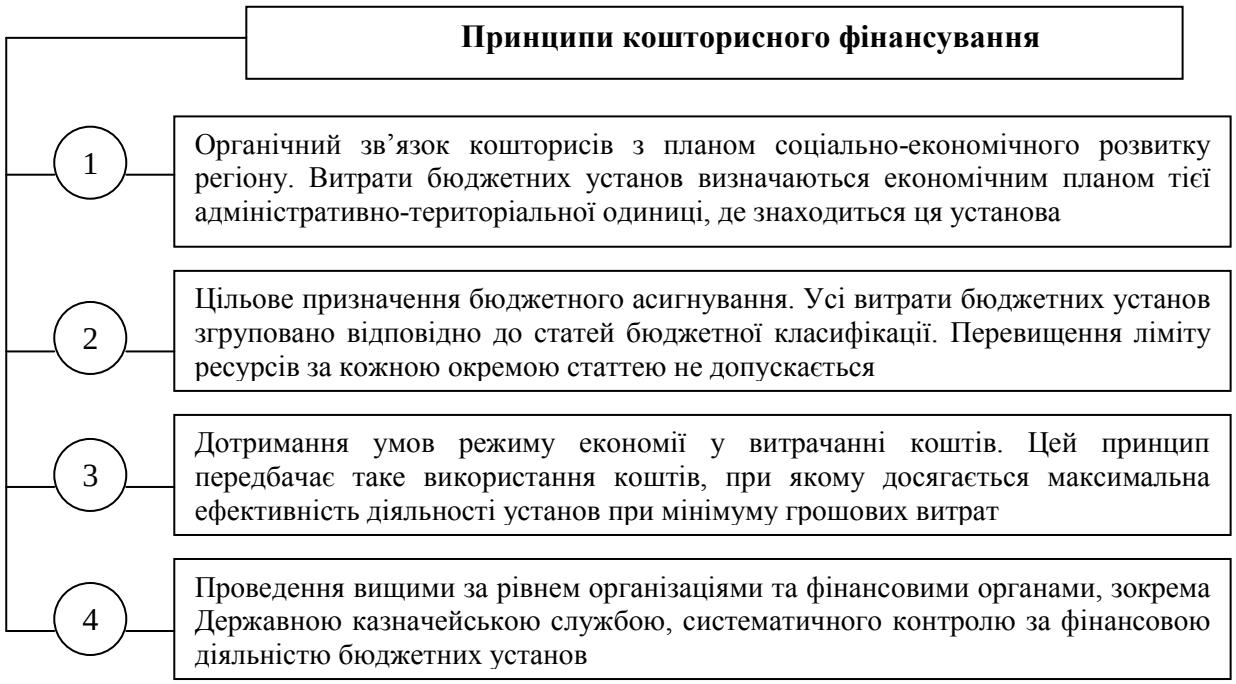


Рис. 1.14. Принципи кошторисного фінансування*

**Складено автором на основі [137;167]*

Норми витрат – це обсяг витрат на одну розрахункову одиницю. Узагальнені норми відображають обсяг витрат з усіх статей на окремий виробничий показник, наприклад норми видатків на охорону здоров'я на одного жителя. Постатейні норми є нормами витрат у розрізі окремих статей. Крім того, норми поділяються за методом обчислення, які розраховані на основі

фізіологічних потреб і статистичних спостережень та за характером використання обов'язкові (встановлюються органами державної влади та управління) і факультативні (визначаються галузевими органами чи бюджетними установами).

Кошторисне фінансування закладів охорони здоров'я базується на показниках:

– по стаціонару – кількість ліжок і ліжко-днів;

– по поліклініках – кількість лікарських відвідувань.

Доречно підкреслити, що показники діяльності установ охорони здоров'я виступають як основа планування видатків, базою для визначення розміру асигнувань за основними статтями на утримання таких установ є показники відображені на рис. 1.15.

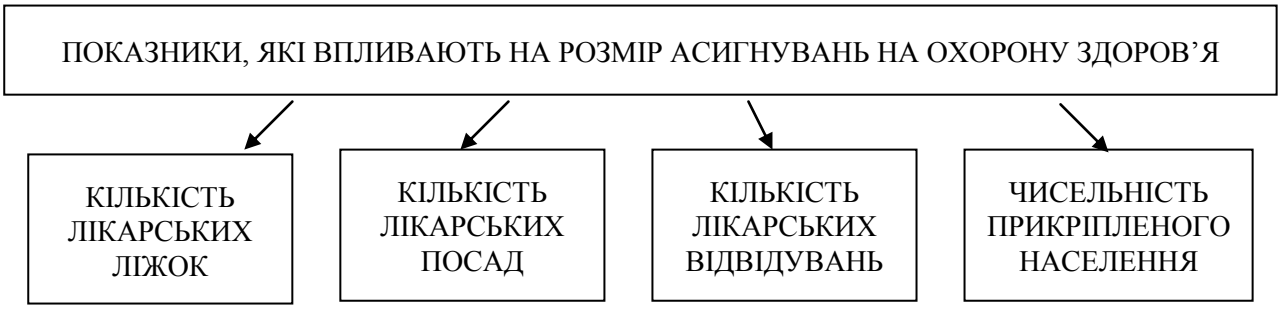


Рис. 1.15. Показники, які впливають на розмір асигнувань на охорону здоров'я*

**Складено автором на основі [166; 169]*

Одним з показників є кількість ліжок, що характеризують лікарняні місця. Розрізняють нормативну потребу в ліжках і фактичну їх наявність. Слід відзначити, що нормативна потреба розраховується виходячи з чисельності жителів і показника госпіталізації на рік. Фактична наявність обумовлена кількістю встановлених в медичному закладі ліжок. Цей показник необхідний для вирахування витрат на утримання стаціонарних лікарень, крім того, відповідно до кількості ліжок визначають штати лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу. Кількість лікарських посад – показник для визначення витрат з амбулаторно-поліклінічного обслуговування населення та встановлюється відповідно до чинних норм на кількість населення. Визначення

кількості лікарських відвідувань здійснюється шляхом ділення чисельності жителів у районі, що обслуговується на середню кількість відвідувань лікарні на рік (приблизно 30 раз), у свою чергу, загальна кількість відвідувань розподіляється за окремими спеціалістами – хірурги, терапевти, і ін. Показником витрат при амбулаторному обслуговуванні населення є кількість лікарських відвідувань, який визначають враховуючи кількість середньорічних лікарських посад, затверджених кошторисом, кількість годин роботи лікаря цієї спеціальності за день, норм прийому хворих на годину та робочих днів на рік.

Показник кількості ліжко-днів визначають як добуток від множення кількості ліжок на кількість днів функціонування одного ліжка на рік.

Видатки в закладах охорони здоров'я плануються на основі: середньорічної кількості працівників та середньої заробітної плати на одного працівника. Середньорічну кількість працівників розраховують в розрізі окремих категорій, а кількість штатних посад визначається на основі виробничих показників установ охорони здоров'я, згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я" від 23 лютого 2000 року № 33.

До виробничих показників, які впливають на штати установи і фонд оплати праці, відносять середньорічну кількість ліжок в розрізі їх профілю і середньорічне значення функціонування одного ліжка. Система заробітної плати функціонує в розрізі категорій: лікарі, середній та молодший медичний персонал, адміністративно-управлінський та обслуговуючий персонал.

Розрахунок фонду заробітної плати здійснюється множенням кількості посад на середню ставку зарплати, яка для медичного персоналу встановлюється на підставі тарифікаційного списку.

Слід зазначити, що підставою для визначення показників кошторису закладів охорони здоров'я є: у лікарнях усіх видів, санаторіях і будинках дитини - число ліжок, кількість ліжко-днів, в амбулаторно-поліклінічних закладах - число відвідувань хворих до лікарів, чисельність працівників, площа приміщень тощо. Для вирахування числа днів роботи ліжка в кошторисі

установи на плановий рік використовується нормативний показник по різних профілях звітних даних за попередні роки, з урахуванням можливостей поліпшення їх використання та удосконалення структури. Також важливим показником діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів (структурних підрозділів) є кількість відвідувань хворих до лікарів.

Перед прийняттям рішення щодо формування показників кошторису доцільно: по-перше, здійснити аналіз причин низького фактичного використання ліжкового фонду (якщо такі факти мають місця); по-друге, врахувати середній час простою, що необхідний для підготовки ліжка до прийняття наступного хворого відповідно до нормативів. Для розрахунку амбулаторних відвідувань враховуються всі лікарські посади, що мають амбулаторний прийом та кількість робочих годин на рік.

Видатки на утримання транспортних засобів закладів охорони здоров'я плануються за прямим призначенням з дотримуванням норм витрат паливно-мастильних матеріалів, обґрунтованості списання автозапчастин, правильності заповнення шляхових листів та доцільності їх виписування.

При плануванні канцелярських та поштово-телеграфних враховується максимальна ощадливість у їх використанні та недопущення оплати особистих міських та міжміських телефонних розмов за державні кошти.

Правильності оплати фактично виконаних обсягів робіт та розцінок з урахуванням чисельності штатних працівників ремонтно-будівельних професій дотримуються при проведенні видатків на поточний ремонт.

Планування витрат на відрядження працівникам ЛПЗ здійснюється відповідно до діючих нормативних актів в межах затверджених бюджетних асигнувань на цю мету, виходячи з потреби, встановлених термінів та доцільності відрядження тощо.

Видатки на оплату за енергоносії та комунальні послуги плануються з врахуванням їх фактичного споживання за попередні роки в натуральних показниках та встановлених цін і тарифів.

Видатки теплопостачання плануються з дотриманням теплового ланцюга

по кожному відділенню окремо, для видатків водопостачання і водовідведення враховуються фактичні показники лічильників за попередні роки.

Норми чинного законодавства України вказують, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я функціонують як бюджетні установи, статус яких суттєвим чином звужує набір управлінських інструментів. Наприклад, обмеженими є права керівників закладів охорони здоров'я – бюджетних установ:

– визначати оптимальну штатну структуру закладу, так як існування нормативів штатного забезпечення, що розробляються МОЗ України та ліжковий фонд для стаціонарних відділень закладу нормативно прив'язаний до цього показника чисельності штату;

– запроваджувати додаткові стимули для персоналу закладу через дію жорстких тарифних ставок та нормативних обмежень щодо можливості залучення додаткових фінансових надходжень до бюджетного закладу.

Окремо зазначимо, що чинним законодавством України передбачено існування закладів охорони здоров'я у вигляді державних некомерційних підприємств, їх функціонування визначається господарським законодавством і позбавленням багатьох обмежень, які властиві бюджетним установам. Також законодавством передбачена можливість розвитку інших форм господарювання закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній чи комунальній власності. Однак дане питання у правовому полі не врегульовано системно, що у свою чергу не дозволяє проводити ефективну державну політику в галузі охорони здоров'я та забезпечити її подальший розвиток.

Заклади охорони здоров'я, що відносимо до форми власності державної та комунальної мають рівні права на доступ до державного фінансування, залежно від власності поділимо їх на:

– державні – їх майно є державною власністю, фінансування яких відбувається за рахунок державного бюджету та знаходяться в управлінні центрального органу виконавчої влади в сфері охорони здоров'я та інших таких органів виконавчої влади, а також заклади, які є власністю організацій;

– комунальні заклади охорони здоров'я, що здійснюють діяльність на основі комунальної власності територіальної громади;

– приватні заклади охорони здоров'я – на основі приватної власності.

Загалом поділ закладів охорони здоров'я залежно від способу фінансування та організаційно-правового статусу зобразимо на (рис. 1.16).

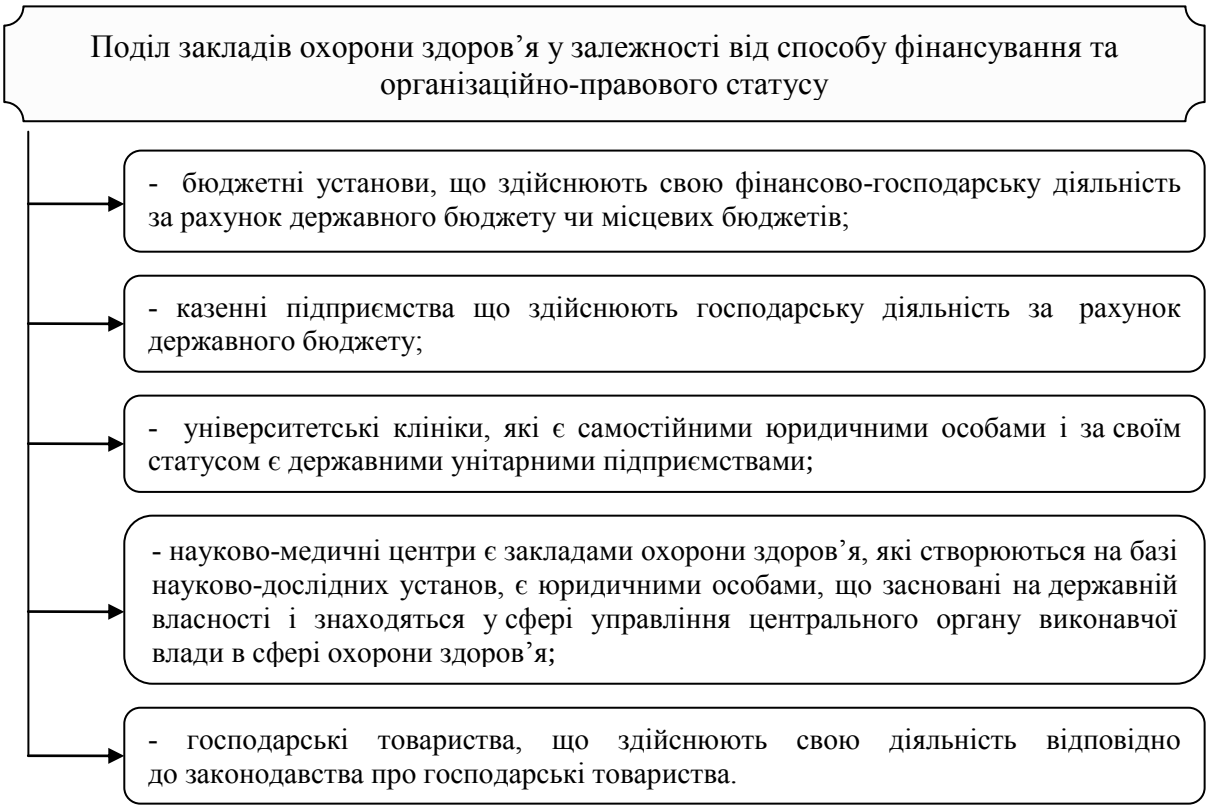


Рис. 1.16. Поділ закладів охорони здоров'я залежно від способу фінансування та організаційно-правового статусу*

**Складено автором на основі [88; 170]*

Залежно від способу отримання доходу виділимо: прибуткові та неприбуткові.

За організаційними формами заклади охорони здоров'я проілюструємо за допомогою рис. 1.17.

За профілями роботи заклади охорони здоров'я виділимо:

– лікувальні – що забезпечують лікувальний процес пацієнтам;

– науково-педагогічні – поєднують лікування із науковою та педагогічною діяльністю, включають науково-дослідні інститути, інститути підвищення

кваліфікації, медичні університети, університетські клініки, науково-медичні (лікувальні) центри тощо;

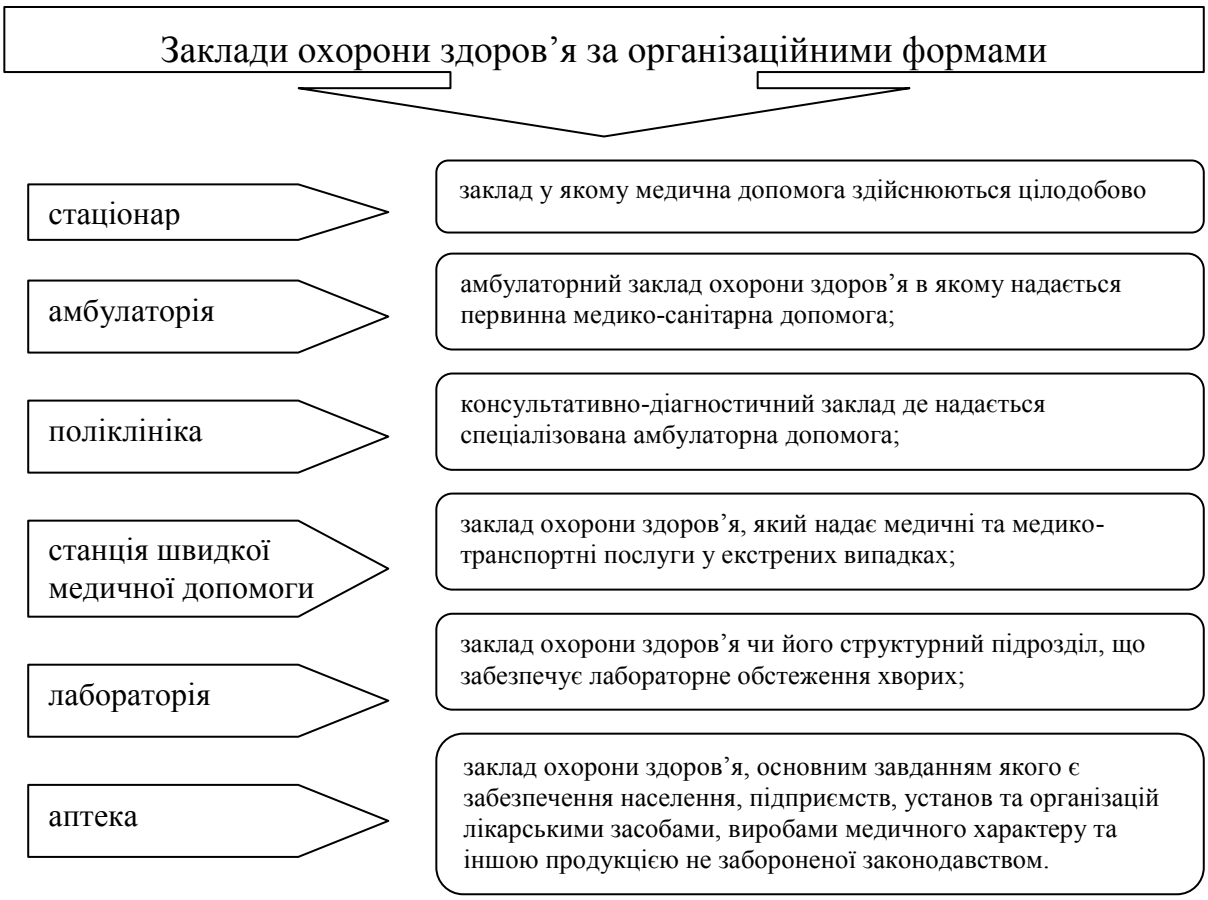


Рис. 1.17. Поділ закладів охорони здоров'я за організаційними формами*

**Складено автором на основі [88; 169; 170]*

– лікувально-діагностичні – здійснюють профілактичну та лікувально-діагностичну діяльність, включають спеціалізовані центри та лабораторії;

– установи і заклади державної санітарно-епідеміологічної служби - здійснюють діяльність направлену на проведення санітарно-епідеміологічних та профілактичних заходів, здійснюють контроль і нагляд за дотриманням санітарного законодавства і включають дезінфекційні та протичумні станції, санітарно-епідеміологічні, діяльність яких регулюється спеціальним (санітарним) законодавством;

– медико-соціальні заклади охорони здоров'я забезпечують хворих поряд з медичною допомогою соціальними послугами (харчування, перебування,

соціальна реабілітація тощо), включають заклади для лікування хворих у термінальних станах хвороби (хосписи), заклади медичного догляду, заклади для лікування хворих окремими хворобами (лепрозорії), заклади соціально-медичної реабілітації, заклади медико-соціальної експертизи;

– санаторно-оздоровчі заклади охорони здоров'я проводять діяльність з оздоровлення, реабілітації, профілактики захворювань тощо, включають санаторії, курорти, реабілітаційні центри, профілакторії тощо;

– фармацевтичні – заклади охорони здоров'я, що виробляють, зберігають та/або реалізують медичні товари, в тому числі лікарські засоби є: аптеки, медичні магазини, бази, склади тощо;

– спеціалізовані заклади охорони здоров'я – бюро судово-медичної експертизи, центри медичної статистики тощо.

Інші установи та заклади в яких надаються послуги (товари, роботи) в сфері охорони здоров'я, що не заборонені законодавством і які не являються закладами в цій сфері. Більша частина державних видатків здійснюється через органи місцевого самоврядування, однак вони мають обмежений контроль над їх розподілом, тут акцентуємо увагу на те, що:

– нормативи у сфері охорони здоров'я, встановлені МОЗ, обмежують постачання медичних послуг і перешкоджають ефективному управлінню закладами охорони здоров'я;

– система надання медичних послуг орієнтована на спеціалізацію, що є досить дорогим і непродуктивним підходом;

– на органи місцевого самоврядування покладено жорсткі обмеження у прийомі працівників на роботу, що перешкоджає розподілу бюджетних ресурсів;

– середня тривалість перебування хворих у лікарні в державі становить приблизно 15 днів, що перевищує середній показник для країн СНД та є більшим середнього показника для ЄС, який дорівнює 9 дням.

Враховуючи це практика переконує, що кошторисний порядок планування і фінансування бюджетних установ потребує удосконалення, оскільки

розширились джерела фінансування і частка бюджету у ньому зменшується. Жорсткий розподіл коштів, що надходять до системи охорони здоров'я за бюджетними статтями кошторису, паралізує пошук внутрішньо-галузевих резервів. У результаті, національна система охорони здоров'я має дві складні проблеми - брак ресурсів та їх нераціональне використання.

В Україні система охорони здоров'я офіційно фінансується переважно із двох джерел: державного та місцевих бюджетів, згідно з правилами Бюджетного кодексу України. Бюджет вираховується за подушним нормативом (формулою) залежно від чисельності населення, що мешкає на відповідній території з врахуванням обсягу видатків за минулий рік, потужності медичних закладів. У Великобританії, де діє подібна до української система охорони здоров'я, яка фінансується із загальних податків, у розрахунку подушного нормативу фінансування, окрім кількості населення, враховується статево-вікова структура та коефіцієнт смертності [170].

Розподіл бюджетних коштів відбувається згідно переліку дозволених статей, які грунтуються на нормах, встановлених МОЗ України за критеріями, а саме норм: кількості ліжок у стаціонарах, кількості відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах та кількості персоналу на відповідну кількість населення, що обслуговується. Надані кошти головним розпорядникам відповідно до повноважень витрачаються через Державну казначейську службу України. Бюджетні кошти розподіляються за статтями: на заробітну плату, виплати персоналу, утримання будівель, медикаменти й медичне обладнання та харчування. Кількість персоналу закладів охорони здоров'я залежить від кількості та структури лікарняних ліжок для стаціонарів і від кількості відвідувань – для амбулаторної ланки, тобто базується на прогнозних показниках потужності закладів без врахування обсягу та якості виконаної ними роботи. Що стосується бюджету системи охорони здоров'я України, то він формується за жорсткими вимогами та нормативами. Зважаючи на розглянуте, основні причини недоречностей в охороні здоров'я вбачаємо у: невідпрацьованості організаційно-економічного механізму формування і

використання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я, а також відсутності дієвих стимулів щодо реструктуризації медичної допомоги і раціонального використання ресурсів тощо.

Охорона здоров'я як складна система може включати кілька видів систем:

– концептуальні – ідеї, концепції медичної науки щодо надання різних видів медичної допомоги; погляди на організацію та управління у сфері охорони здоров'я;

– емпіричні – конкретні лікувально-профілактичні заклади;

– організаційні – різні рівні органів управління охороною здоров'я та моделі фінансування тощо. Головною умовою існування будь-якої системи є сумісність підсистем, що входять до неї. Під сумісністю розуміють відсутність нездоланних суперечностей між підсистемами.

Система охорони здоров'я України за формами власності включає:

– підсистему державних закладів охорони здоров'я;

– підсистему комунальних закладів охорони здоров'я;

– мережу приватних закладів охорони здоров'я з наданням платних медичних послуг, які доповнюють діяльність двох попередніх.

Отже, лікувально-профілактичні заклади є структурними елементами системи охорони здоров'я, що здійснюють діяльність з використанням ресурсного потенціалу, медичних технологій, сучасних стандартів, клінічних протоколів у гармонійному зв'язку з соціальними та економічними факторами розвитку.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМАТИКА ПЛАНУВАННЯ І ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

2.1. Реалії і проблеми планування видатків на охорону здоров'я

Внаслідок динамічних трансформацій в державі, враховуючи розвиток процесів світової економічної глобалізації, що ведуть до організаційних змін в органах управління та закладах охорони здоров'я, важлива роль відводиться ефективному та раціональному плануванню у галузі охорони здоров'я, що дозволить досягнути цілей: підвищення ефективності, продуктивності та здійснити задоволення потреб споживачів.

Дослідження планування видатків в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я заслуговує значної уваги, оскільки відображає, як цей процес залежить від внутрішніх можливостей таких закладів ефективно та раціонально використовувати ресурси, що перебувають у їх розпорядженні, та від зовнішніх умов, з врахуванням ринкової кон'юнктури та політики держави. До того ж, сучасні вимоги обумовлюють потребу в якісній діяльності медичних закладів, що покращується у результаті систематичного аналізу використання їх матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

Стан та проблеми планування видатків на утримання охорони здоров'я висвітлено такими вченими як І. Артюхов, Е. Юрьева, М. Болюх, А. Заросило, М. Баканов, А. Шеремет, В. Іващенко. У цих працях розроблені основи методології використання моделювання в охороні здоров'я, визначені обов'язкові умови формування стратегії планування за принципом оцінювання можливих змін у перспективі, показана важливість вибору для різних медичних закладів і галузі в цілому, розроблені методики розрахунків їх прогнозних значень.

Дослідивши теоретичні аспекти можна визначити планування важливим заходом у здійсненні дій будь-якого суб'єкта або системи для досягнення мети їх діяльності, що обов'язково враховує суспільну важливість на умовах ефективного використання ресурсів.

Ми вважаємо, що у широкому значенні поняття "планування" – це передбачення майбутнього, побудова моделі бажаного стану системи (суб'єкта) при одночасному встановленні шляхів, способів, засобів і строків його досягнення. Усі програми планування розподілено за цілями: стратегічні, тактичні та оперативні.

Функціонування бюджетної системи України вимагає виокремлення трьох аспектів бюджетного планування – зведеного, територіального та адресного. Що стосується зведеного бюджетного планування, то його активно використовують у процесі складання проектів бюджетів для забезпечення їхнього збалансування на всіх рівнях, але його роль знижується з посиленням ролі територіального бюджетного планування, коли кожен орган представницької та виконавчої влади самостійно складає, розглядає і затверджує свій бюджет, який є основним елементом їх фінансової бази.

Нині в умовах обмеженості фінансових ресурсів адресне бюджетне планування забезпечується, з одного боку, централізацією за принципом "зверху-вниз", а з іншого – тісним зв'язком та узгодженістю показників бюджету із показниками зведених фінансових планів головних розпорядників бюджетних коштів. У такому контексті доцільно сказати про організацію бюджетного планування, яка передбачає проходження трьох етапів: складання, розгляд і затвердження бюджетів. Не зупиняючись на детальній їх характеристиці зазначимо, що на кожному з етапів виникає низка проблем, пов'язаних з відсутністю нового законодавства, неузгодженістю методик ряду розрахунків, недотриманням бюджетних процедур.

Процес демократичних перетворень в Україні вимагає використання в бюджетному плануванні нових прогресивних технологій, особливе місце серед яких займає програмно-цільовий метод. Його можна використовувати як при

поточному, середньостроковому так і при довгостроковому плануванні. В основі цього методу – поєднання можливостей бюджету з ефективним використанням бюджетних коштів для отримання конкретних результатів.

Застосування програмно-цільового методу в Україні вважаємо найефективнішим при середньостроковому бюджетному плануванні на основі стратегічних планів та прогнозів головних розпорядників бюджетних коштів. Тут передумовою може бути встановлення для всіх розпорядників бюджетних коштів граничних розмірів видатків, планування яких відповідно до бюджетних програм дасть змогу визначити конкретних виконавців та підвищити їх відповідальність за використання коштів. Крім того, така відповідальність має належати лише одній установі. Далі відзначимо, що процес бюджетного планування здійснюється відповідно до нормативно-правових актів, які визначають пріоритети та цілі соціально-економічного розвитку, способи їх реалізації. Тут виділимо програмні та прогнозні документи в залежності від строку їх дії, які мають довго-, середньо- та короткостроковий характер.

До документів довгострокового характеру відносимо стратегію економічного та соціального розвитку України, стратегію розвитку галузей (сфер діяльності), державну стратегію регіонального розвитку.

Середньостроковий характер мають такі документи, як програма діяльності Кабінету Міністрів, прогноз економічного та соціального розвитку, основні напрямки бюджетної політики та прогноз показників зведеного та державного бюджету, прогноз бюджету на середньостроковий період, державні цільові програми тощо.

До прогнозних та програмних документів короткострокового характеру належать: основні напрями соціально-економічної політики України, Основні напрямки бюджетної політики, щорічне послання Президента до Верховної Ради, державний бюджет, річні плани роботи центральних органів виконавчої влади та бюджети адміністративно-територіальних одиниць і програми їх соціально-економічного розвитку тощо.

У свою чергу, організація процесу бюджетного планування здійснюється на підставі таких нормативних актів як Конституція України, Бюджетний кодекс, закони України, які регулюють окремі питання планування бюджетів, постанов та розпоряджень Кабінету Міністрів, Міністерства охорони здоров'я, тощо. Таким чином, наявність широкого спектру нормативно-правового і організаційного забезпечення при організації бюджетного планування видатків призводить до формування заплутаної, непослідовної нормативної бази, що унеможливлює здійснення його ефективного процесу.

Очевидно, що недоліки пов'язані з плануванням і прогнозуванням сприяють неефективному використанню та управлінню бюджетними коштами. Крім того, цей процес здійснюється без відповідних обґрунтувань у вигляді розрахунків та наявності державних цільових програм, визначення вартості застосування бюджетних програм соціальної спрямованості, урахування потреб в соціальних послугах й демографічних коливань, з порушенням вимог щодо складання кошторисів, тощо. Зазначені недоречності проведення видатків позначаються зменшенням затверджених законом річних обсягів видаткової частини загального фонду державного бюджету, а також обумовлюють необхідність їх перерозподілу як за програмами, так і головними розпорядниками бюджетних коштів. За такої ситуації пошук шляхів ефективного планування видатків на ЛПЗ охорони здоров'я, потребує певного підходу до поставлених завдань в процесі дослідження з метою виявлення проблем та реалізації їх вирішення.

Можна констатувати, що прийняті підходи до планування видатків у системі охорони здоров'я України в цілому та в секторі вторинної медичної допомоги, зокрема у переважній більшості випадків не можна вважати раціональними. Ці підходи, з одного боку, не сприяють підвищенню економічної ефективності діяльності медичних закладів та встановленню контролю за витратами, а з іншого, не є такими, що базуються на реальних медичних потребах населення, що негативно відбивається на якості медичної допомоги.

У такому контексті нагадаємо, що Міністерство фінансів України щорічно доводить Раді міністрів АРК, місцевим державним адміністраціям та виконавчим органам відповідних рад особливості складання розрахунків до проектів бюджетів на наступний бюджетний період, так і обсяги міжбюджетних трансфертів на відповідний бюджетний період. Однак їх доведений обсяг на охорону здоров'я не дає можливості в повному обсязі фінансувати необхідні потреби. Хоч місцеві бюджети кожного року збільшують надані обсяги на цю галузь за рахунок власного кошику доходів за рахунок скорочення їх на інші галузі, але це частково покращує рівень фінансування.

Відповідно до статті 18 "Основ законодавства України про охорону здоров'я" [86] фінансування охорони здоров'я в нашій державі здійснюється за рахунок державного та місцевого бюджетів, благодійних фондів і будь-яких інших, не заборонених законодавством джерел, тобто, статті 18 визначено багатоканальність фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Водночас, стаття 49 Конституції України проголошує, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а держава стимулює умови для ефективного та доступного для населення медичного обслуговування [125]. Також у статті 18 "Основ законодавства України про охорону здоров'я" йдеться про те, що громадяни мають право на медичне страхування. Згадана стаття Конституції України не заперечує можливість використання для фінансування системи охорони здоров'я додаткових джерел. Проте, традиційно основним джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я України залишаються кошти державного та місцевих бюджетів, тоді як кошти, отримані з інших джерел, – це лише додатковий фінансовий ресурс.

Для кращого відображення проблем планування видатків на охорону здоров'я зупинимось на наступних аспектах. Так, в умовах жорсткого режиму економії бюджетних коштів потребує уваги керівників територіальних органів охорони здоров'я стан використання ліжкового фонду та приведення його до вимог постанови Кабінету Міністрів України № 640 від 28.06.1997 р. щодо

нормативу забезпеченості ліжками на 10 тис. населення. Цей норматив становить 80 ліжок в середньому в Україні, а фактично становить 85,2.

У зв'язку з цим, розглянемо мережу закладів охорони здоров'я та основні показники її діяльності, враховуючи те, що в Україні продовжується впорядкування мережі медичних установ за рахунок дільничних лікарень, число яких знизилось на 6,2% шляхом перетворення у сільські лікарні, амбулаторії (СЛА), відділення ПМСД та сімейної медицини, кількість яких значно зросла порівняно з 2008 р. Протягом останніх п'яти років помітно (див. табл. 2.1) збільшилась кількість амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ), зокрема тих, що надають допомогу на засадах загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ), за рахунок зменшення ліжкового фонду закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

Таблиця 2.1

Динаміка мережі закладів охорони здоров'я, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України (2008-2012 рр.)*

Показник	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
1	2	3	4	5	6
Розвиток мережі					
Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів, з них:	6583	6660	6692	6792	6573
- самостійних поліклінік і амбулаторій	3386	3533	3605	3739	3597
- закладів, які мають денні стаціонари	4226	4368	4659	4800	4536
- стаціонари вдома	3953	4094	4214	4420	4185
Кількість лікарняних закладів	2733	2668	2636	2622	2613
Кількість лікарняних ліжок:					
- усього	419679	412606	407464	406870	404632
- на 10 тис. населення	88,5	87,6	87,2	87,6	86,1
у денних стаціонарах:					
- усього	55320	59152	61933	63514	61753
- на 10 тис. населення	11,7	12,6	13,2	13,7	12,4
Зміни кадрового потенціалу					
Чисельність лікарів (вкл. стоматологи) - усього	197756	197031	197116	198235	198186
- на 10 тис. населення	41,7	41,8	42,3	42,7	41,1
середніх медичних працівників - усього	467576	464752	438781	435686	426832
- на 10 тис. населення	98,6	98,7	98,7	93,8	90,3

**Розраховано автором на основі [158; 159; 169; 170]*

Розвиток (ЗП/СМ) сприяє змінам у кадровому забезпеченні галузі, що впливає на доступність, якість та ефективність надання своєчасної медичної допомоги населенню та має безпосередній зв'язок з оплатою праці працівників охорони здоров'я. Ліжковий фонд 2012 року становив 404632 ліжок, а порівняно з 2008 р. це менше на 15047 ліжок (3,7%). Як помічаємо, забезпеченість ліжками у стаціонарах (на 10 тис. населення України) знизилась від 88,5 у 2008 р. до 86,1 у 2012 р., у регіональному розрізі (див. табл. 2.2) цей показник коливається від 74,7 у Житомирській області до 111,6 у Чернігівській області. Також відмітимо, що за останні п'ять років ці показники зросли у Вінницькій, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Рівненській, Сумській, Чернігівській та Чернівецькій областях.

Дані табл. 2.2 свідчать, що у Вінницькій, Волинській, Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Київській, Полтавській, Одеській, Рівненській, Миколаївській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій областях, у містах Києві та Севастополі забезпечення населення лікарняними ліжками нижчі за середні по Україні. Водночас, в галузі охорони здоров'я велика увага приділяється амбулаторно-поліклінічній допомозі, що помічаємо зі змін мережі АПЗ як у містах, так і у сільській місцевості (табл. 2.3).

Варто зазначити, що протягом останніх п'яти років (див. рис. 2.1) кількість амбулаторно-поліклінічних відділень дещо знизилась на 42, що становить 0,9%. Зменшилась кількість самостійних поліклінік і амбулаторій на 61 (0,8%). З аналізу видно, що скорочується кількість інших типів закладів: кількість поліклінічних відділень при міських лікарнях зменшилась з 633 у 2008 р. до 611 у 2012 р. (на 3,5%), обласних лікарень (на 7,7%), ЦРЛ – з 474 у 2008 р. до 463 у 2012 р. (на 0,2%), відповідно дільничних лікарень – з 734 до 652 (на 11,2%), диспансерів – з 388 до 267 (на 31,2%), здоровпунктів – з 143 до 121 (на 15,4%).

У 2008-2012 рр. система охорони здоров'я України зазнала реструктуризації, спостерігалося розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги з метою раціонального використання її

інфраструктури, упорядкування амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної ланок, спрямовано на доступність, справедливість, ефективність та якість надання медичної допомоги населенню.

Таблиця 2.2

Динаміка показників забезпеченості населення України стаціонарними ліжками (на 10 тис. населення) у 2008-2012 рр.*

Адміністративна територія	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
1	2	3	4	5	6
АР Крим	93,3	92,0	90,6	88,7	88,0
Вінницька область	82,8	83,2	84,0	84,9	85,5
Волинська область	80,7	80,5	80,8	80,7	80,2
Дніпропетровська область	103,9	104,0	97,7	98,9	98,9
Донецька область	83,9	82,3	82,3	82,7	83,3
Житомирська область	75,3	75,8	76,0	75,6	74,7
Закарпатська область	82,8	80,8	80,9	78,5	78,4
Запорізька область	97,5	93,6	90,0	87,7	90,8
Івано-Франківська область	89,5	89,4	89,2	89,4	89,3
Київська область	90,6	90,6	90,4	87,3	87,0
Кіровоградська область	89,1	90,1	90,8	93,4	94,6
Луганська область	99,4	99,5	98,4	99,4	99,7
Львівська область	94,5	93,9	94,6	93,1	93,3
Миколаївська область	82,8	82,1	82,0	79,8	80,7
Одеська область	90,0	88,6	88,5	84,7	84,9
Полтавська область	86,1	85,3	84,0	84,2	84,6
Рівненська область	82,9	82,8	83,1	83,8	86,6
Сумська область	86,5	87,0	87,3	88,6	90,0
Тернопільська область	89,3	89,1	89,0	88,9	89,3
Харківська область	85,5	82,4	81,0	81,2	81,4
Херсонська область	88,2	88,6	88,7	86,6	85,9
Хмельницька область	87,9	84,7	83,9	84,3	86,5
Черкаська область	88,3	88,1	87,9	88,4	87,8
Чернівецька область	87,5	87,8	88,6	88,6	88,8
Чернігівська область	111,1	109,9	109,5	110,5	111,6
м. Київ	78,7	78,4	77,5	76,9	76,4
м. Севастополь	84,1	84,0	82,1	79,1	79,1
Україна	89,3	88,5	87,6	87,2	87,6

**Розраховано автором на основі [158; 159; 169; 170]*

Продовжувалося впорядкування мережі лікарняних закладів та ліжок у них (табл. 2.4). Упорядкування ліжкового фонду проводилося з урахуванням потреб населення у стаціонарній медичній допомозі і не перешкоджало наданню стаціонарної допомоги та роботі лікарняних ліжок.

Таблиця 2.3

Динаміка мережі та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я системи Міністерства охорони здоров'я України (2008-2012 рр.)*

Показник	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
1	2	3	4	5	6
Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів, з них:	6583	6660	6692	6792	6541
- самостійних поліклінік і амбулаторій	3386	3533	3605	3739	3325
- поліклінічних відділень, при:					
- міських лікарнях	633	644	631	627	611
- обласних лікарнях	26	26	26	25	24
- ЦРЛ	474	473	480	477	463
- дільничих лікарнях	734	679	668	648	652
- пологових будинках	89	90	87	90	84
- диспансерах	388	378	372	283	267
- здоровпунктах	143	126	125	125	121

**Розраховано автором на основі [158; 169; 170]*

Забезпеченість стаціонарними ліжками зменшилася з 87,6 на 10 тис. населення у 2008 р. до 86,49 у 2012 р. (на 1,11). Число лікарень скоротилося за рахунок їх перепрофілювання у СЛА. Параметри цього показника коливалися в розрізі областей від 13 у м. Севастополі до 204 у Донецькій та 168 у Дніпропетровській областях.

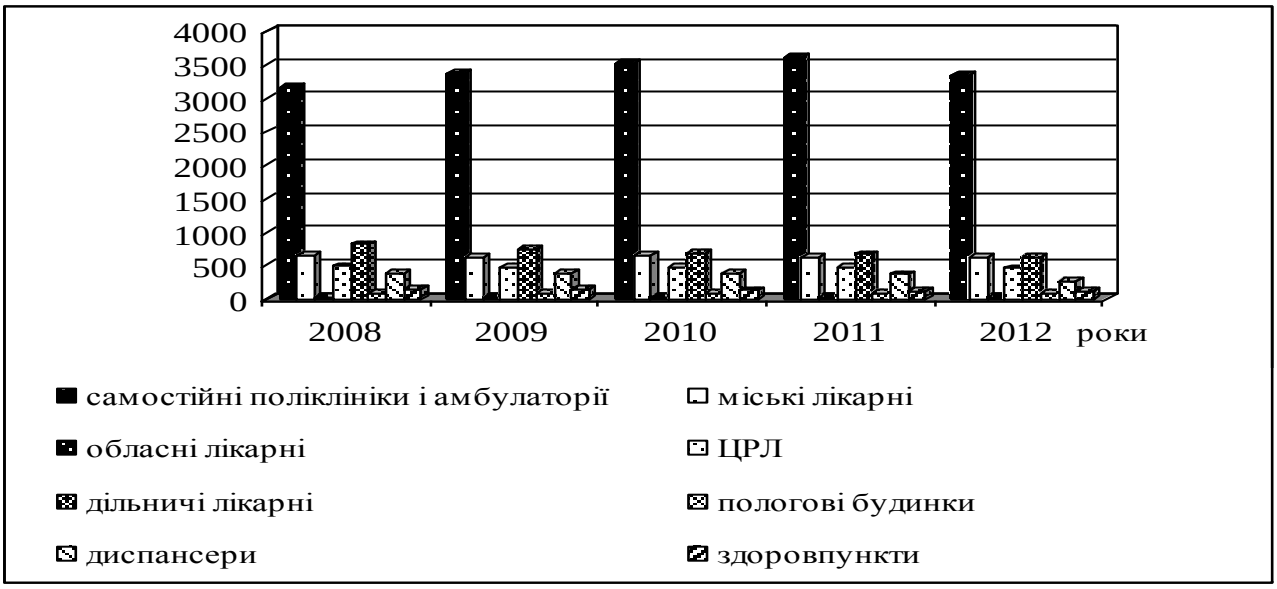


Рис. 2.1. Динаміка мережі закладів охорони здоров'я у 2008-2012 рр.*

**Розраховано автором на основі [159; 169; 170]*

З наведених даних спостерігаємо, що у деяких областях (Закарпатській, Харківській та м. Севастополі) не відбулося змін, крім кількості лікарняних закладів зменшенням на 180.

Таблиця 2.4

Динаміка мережі лікувально-профілактичних закладів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України у 2008-2012 рр.*

Адміністративно-територіальна одиниця	Лікарняні заклади					Заклади, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу				
	Роки									
	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011	2012
АР Крим	88	85	84	82	81	252	258	261	264	263
Область										
Вінницька	123	124	121	116	115	308	308	318	316	313
Волинська	56	55	56	56	56	148	147	151	153	155
Дніпропетровська	178	176	174	172	168	451	454	453	464	440
Донецька	222	218	213	208	204	459	466	465	464	465
Житомирська	75	74	74	73	73	290	289	288	289	291
Закарпатська	64	64	65	65	64	301	307	306	313	313
Запорізька	100	98	97	96	92	240	240	242	242	242
Івано-Франківська	77	77	77	78	78	205	209	211	211	212
Київська	127	117	107	96	94	314	320	322	322	322
Кіровоградська	81	79	79	77	74	192	191	191	188	187
Луганська	154	153	152	151	150	296	295	294	293	291
Львівська	131	129	125	122	122	331	337	341	344	346
Миколаївська	67	63	63	61	62	179	170	173	173	173
Одеська	131	129	128	125	123	328	331	337	331	332
Полтавська	138	130	123	118	110	323	321	322	319	319
Рівненська	71	69	69	69	69	177	178	179	182	182
Сумська	70	70	70	70	69	215	215	217	215	216
Тернопільська	67	67	65	64	63	210	214	216	217	219
Харківська	121	123	123	120	121	437	430	431	431	427
Херсонська	68	67	67	66	65	162	165	159	155	156
Хмельницька	77	76	77	79	78	206	208	209	210	207
Черкаська	107	103	97	93	88	212	215	215	214	213
Чернівецька	64	64	65	65	59	165	178	190	193	195
Чернігівська	89	88	87	87	86	203	203	203	201	200
Місто										
Київ	63	63	66	65	65	157	162	163	163	158
Севастополь	13	13	13	13	13	31	31	31	31	32

**Розраховано автором на основі [158; 169; 170]*

У 2008-2012 рр. зросла кількість АПЗ, зокрема в: АР Крим, Тернопільській області – на 9; Вінницькій, Рівненській – на 5; Волинській –

на 7; Донецькій, Івано-Франківській – на 6; Житомирській, Хмельницькій, Сумській, Черкаській областях і містах Києві та Севастополі – на 1; Закарпатській – на 12; Запорізькій – на 2; Київській – на 8; Львівській – на 15; Одеській – на 4; Чернівецькій області – на 20.

Зменшилася кількість АПЗ у Дніпропетровській області на 11; Кіровоградській, Луганській – на 5; Миколаївській, Херсонській – на 6; Полтавській – на 4; Харківській – на 10; Чернігівській – на 3. Найбільше відкрито АПЗ у Львівській (+15), Закарпатській (+12), Тернопільській (+9) областях та АР Крим (+9). Кількість АПЗ зменшилася у Дніпропетровській (–11) та Харківській (–10) областях.

Забезпеченість закладів охорони здоров'я МОЗ України продовжується за тенденціями, які сформувалися попередніми роками. Можна зауважити, що показники чисельності лікарів на 10 тис. населення мають сталу динаміку до зростання з невеликими темпами приросту, тоді як динаміка чисельності середніх медичних працівників має тенденцію до зниження. В загальному підсумку (лікарі та середні медичні працівники) чисельність медичного персоналу, який обслуговує населення країни, має тенденцію в абсолютних показниках до зниження, що відповідає демографічній ситуації. Відмітимо, що за аналізований період чисельність лікарів з середніми медичними працівниками зменшилась на 35,7 тис. чол. переважно за рахунок останніх.

Структура медичних кадрів у закладах охорони здоров'я за категоріями в динаміці практично не змінюється: із підсумку врахованих працівників у 2012 р. близько 68,7% становлять середні медичні працівники, решта – лікарі (31,3%). У галузі зберігається велика кількість посад, які не укомплектовані протягом декількох років. У 2012 р. кількість посад, які не заміщені фізичними особами сягає 44,6тис. од., щодо середніх медичних працівників цей показник становить 14,8 тис. од. Показник потужності закладів, що вимірюється кількістю ліжок та лікарів, то у Житомирській області він найменший – 75,3 на 10 тис. населення. Для порівняння: в Дніпропетровській – 98,0; у Луганській – 98,1.

Найпотужнішою в цьому плані виступає – Чернігівська область, кількість ліжок там становить 107 на 10 тис. населення [158; 159; 169; 170].

Можна констатувати, що відповідно до наявних ресурсів галузі, їх використання і доступності медичної допомоги населенню, то в Україні найбільша кількість лікарів – 47,2 на 10 тис. населення, тоді наприклад як в Англії цей показник – 16,2, у Канаді – 19,4, а країнах Євросоюзу близько 30-34 на 10 тис. населення, також в нашій державі чи не найбільша кількість закладів охорони здоров'я, зокрема, стаціонарів, центрів високоспеціалізованої медичної допомоги, науково-дослідних інститутів, які є одними з найбільших у світі чи, принаймні, у Європі.

З наведеного очевидно, що в Україні фінансування охорони здоров'я практично зводиться до фінансування ліжко-місця. У такому контексті важливого значення набувають питання організації, планування, управління, фінансування та реформування системи охорони здоров'я. Далі зосередимо увагу на тому, що для забезпечення чіткого управління роботою закладів у галузі охорони здоров'я, необхідний вибір оптимальної політики щодо планування та фінансування видатків на оплату праці, яка є основою соціальної захищеності працівників бюджетної сфери, а її рівень, принципи визначення та своєчасність виплати, були та залишаються найголовнішими. Фонд оплати праці в ЛПЗ охорони здоров'я формується за цільовим призначенням по кожному виді виплат відповідно обсягу діяльності установи.

Під час визначення обсягів видатків враховуємо об'єктивну потребу в коштах установи, виходячи з її основних показників і контингентів, обсягу виконуваної роботи та штатної чисельності. Штати установ охорони здоров'я варто формувати залежно від виробничих показників установ, відповідно до штатних нормативів. Загальновизнаним є поділ на три великі групи, а саме: медичний персонал, фармацевтичний персонал та адміністративно-господарський персонал. Медичний персонал установ охорони здоров'я поділимо на групи такі як: лікарі, середній медичний та молодший медичний персонал. Тут відзначимо, що штатними нормативами визначений спеціальний

підхід до формування штатів охорони здоров'я, відповідно передбачено класифікацію установ охорони здоров'я за певними показниками, до яких відносять місце розташування, рівень підпорядкування, спеціалізацію, метод надання лікувальних послуг та інше.

Звернемо увагу на те, що впровадження у сфері соціально-культурних послуг нового господарського механізму, використання різних форм господарювання (оренда, індивідуальна трудова діяльність тощо) зумовлюють специфіку і новизну в методології та організації планування видатків на оплату праці, вимагають відповідного теоретичного обґрунтування для покращення якісних змін показників роботи. В економічній системі, втручання держави в організацію заробітної плати передбачає переважно фіскальний характер і соціально орієнтовану спрямованість.

Держава здійснює регулювання оплати праці працівників, шляхом встановлення мінімальної заробітної плати та інших норм і гарантій; умов і розмірів оплати праці керівників, працівників установ та організацій, що фінансуються з бюджету. З усвідомленням важливості розв'язання завдань щодо оплати праці у сфері соціально-культурних послуг, Кабінет Міністрів України для працівників закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери прийняв Постанову №790, відповідно до якої розроблено Умови оплати праці, що застосовуються при обчисленні заробітної плати працівників сфери охорони здоров'я та соціального захисту населення України незалежно від підпорядкування.

Згідно з Умовами визначені посадові оклади (тарифні ставки) – державні гарантії мінімальних рівнів оплати праці для конкретних професійно-кваліфікаційних груп працівників, які мають трудові відносини із закладами охорони здоров'я всіх форм власності, при додержанні встановленої законодавством про працю тривалості робочого часу та виконанні працівником посадових обов'язків (норм праці). Визначення розмірів посадових окладів (тарифних ставок) здійснюється за тарифними розрядами Єдиної тарифної сітки, які встановлюються професіоналам, фахівцям залежно від наявної

кваліфікаційної категорії, робітникам кваліфікаційного розряду у межах діапазону встановленого для цих посад (професій) Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників і відображаються у тарифікаційному списку. З введенням Єдиної тарифної сітки відновлені міжпосадові співвідношення в оплаті праці, залежно від кваліфікації кожного працівника. Наприклад з 1 вересня 2005 року зазначене співвідношення становить 1:3,35, тоді виходить, що оплата праці працівника вищого розряду майже в 3,5 рази вища, ніж оплата праці працівника найменшого розряду. В той же час проявляється недосконаліть Єдиної тарифної сітки, так як при порівнянні посадових окладів згідно наказу №161/137 від 06.04.2001р., зі змінами з врахованим відсотком підвищення 7,1 з посадовими окладами з наказом №308/519 від 05.10.2005 р. Єдиної тарифної сітки помічаємо, що для деяких категорій працівників установ охорони здоров'я, оклади по Єдиній тарифній сітці стали нижчими. Слід взяти до уваги: якщо при встановлені посадових окладів відповідно до Постанови №790 величина підвищення окладу (ставки) працівника становить менше 7,1 %, то його ставку необхідно підвищувати. Крім того, Постановою №790 не визначені тарифні розряди для деяких категорій медичних працівників (монтажника санітарно-технічних систем і обладнання, робітника з обслуговування споруд та робітника з обслуговування кисневої станції), тому посадові оклади для них будуть змінюватись пропорційно підвищенню мінімальної заробітної плати згідно з законодавством.

Зазначене вказує, що ефективність вирішення розглянутих недоречностей залежить від багатьох чинників, ключовий базується на вдосконаленні законодавчої бази, оскільки без стабільної та ефективної економіко-правової бази, виваженої державної політики у бюджетній сфері неможливо здійснити ефективні перетворення в економіці чи домагатись якісних змін. Доцільно згідно з вимогами ринкової економіки вирішити основні завдання, які б спричинили підвищення зацікавленості кожного працівника у покращенні своєї праці та професійних якостей, а також здійснити найбільш оптимальними

співвідношення в оплаті праці різних категорій і професійно-кваліфікаційних груп із врахуванням складності виконуваних робіт, умов праці та дефіцитності певних категорій працівників. Як це видно з рис. 2.2, структура заробітної плати тобто співвідношення окремих її складових у загальному обсязі, в Україні в сучасних умовах з різних причин, а саме внаслідок інфляції, занедбаності нормування праці, невтішна.

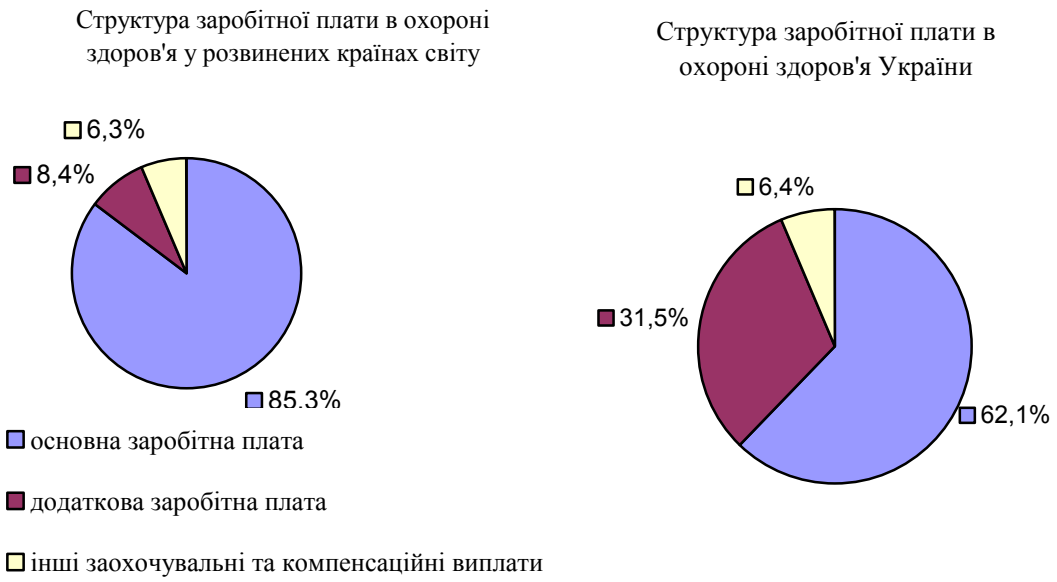


Рис. 2.2. Структура заробітної плати в охороні здоров'я України та розвинених країнах світу за 2008-2012 рр.*

**Розраховано автором на основі [169; 170; 268]*

Крім того питома вага тарифних ставок в заробітній платі в середньому складає 62,1%, що вказує на кризу в організації праці, а в стабільно розвинених економічних системах світу 85,3%.

Наведемо структуру витрат на оплату праці в установах охорони здоров'я, розглядаючи складові частини фонду заробітної плати:

– основна заробітна плата – винагорода за виконану роботу відповідно до встановлених норм праці у вигляді тарифних ставок (окладів);

– додаткова заробітна плата є винагородою за працю понад встановлені норми, за трудові успіхи та винахідливість, а також за особливі умови праці, що передбачені чинним законодавством;

– інші заохочувальні та компенсаційні виплати – винагороди, премії та інші грошові і матеріальні виплати, які не передбачені актами чинного законодавства.

Формування обсягу основної заробітної плати відбувається на підставі заповнення тарифікаційного списку, який є основним документом для складання штатного розпису і додається до нього. Однак такий підхід до визначення розміру заробітної плати в цілому по установі не забезпечує реальну оплату праці працівників, відповідно, яка б відповідала фактично відпрацьованому ними часу в конкретних умовах. І хоча штатний розпис затверджений в установленому порядку (головним розпорядником коштів), а також тарифікаційний список є підставою для визначення витрат на оплату праці в установах охорони здоров'я за обсягами цих витрат формується тільки основна заробітна плата.

Продовжуючи, відзначимо, що для щомісячного формування реального фонду заробітної плати, важливо правильно помісячно його розподілити, тому при формуванні помісячного розпису асигнувань на оплату праці в цілому по установі, врахуємо фактичні витрати, понесені установою на виплату заробітної плати в минулому році, графік надання щорічних відпусток та можливість оплати праці осіб, які заміщують працівників, що знаходяться в щорічній відпустці, а також відносимо фактичну укомплектованість штатних посад, перелік професій та посад працівників і підрозділів, яким за роботу в таких підрозділах можливе установлення доплат та надбавок, відповідно враховуються можливі зміни протягом року загальної кількості ліжкового фонду, чисельності прикріпленого до установи населення і кількість лікарських посад тощо.

Узагальнюючи, можна підкреслити, що планування видатків на оплату праці в установах охорони здоров'я є трудомістким процесом, оскільки спостерігається велика різноманітність факторів, що впливають на процес діяльності установи. Заробітна плата не сприяє зацікавленості працівників у досягненні високих кінцевих результатів праці, є причиною розростання

прихованого безробіття і падіння платоспроможного попиту населення. Враховуючи розглянуте, доцільною вважаємо перебудову в організації заробітної плати, що за вимогами ринкової економіки полягає у вирішенні трьох завдань:

– по-перше, підвищенні зацікавленості кожного працівника у виявленні і використанні резервів ефективності своєї праці;

– по-друге, усуненні випадків однакової оплати праці, тобто досягти прямої залежності заробітної плати від індивідуальних кінцевих результатів праці;

– по-третє, оптимізації співвідношень в оплаті праці працівників різних категорій і професійно-кваліфікаційних груп із врахуванням умов праці, складності виконуваних робіт, а також дефіцитності певних працівників на ринку праці.

Таким чином, можна констатувати, що нині заробітна плата підтримується на соціально низькому рівні, знижується питома вага фонду заробітної плати у ВВП, неврегульованою залишається інфляція. До того ж, погано мотивована оплата праці не сприяє зростанню її продуктивності, руйнує трудовий потенціал, веде до відтоку кваліфікованих талановитих людей за кордон. У загальному до основних проблем, що склались у галузі охорони здоров’я та її окремих закладах відносимо: неможливість розширеного відтворення матеріально-технічної бази медичної галузі через несприятливу ситуацію у сфері капітальних вкладень; незбалансованість структури фінансування медичної допомоги в бік переваги стаціонарної; недосконаліть правового забезпечення діяльності цієї системи. Такий стан справ вимагає переосмислення та змін у плануванні видатків на охорону здоров’я з урахуванням міжнародних підходів щодо реформування її організаційно-економічних засад.

2.2. Аналіз основних показників діяльності закладів охорони здоров'я та оцінка медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини

2.2.1. Стан первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини

У світі немає ідеальної моделі надання медичної допомоги. Кожна країна прагне удосконалити існуючу систему охорони здоров'я шляхом перетворень, які б сприяли збереженню та зміцненню здоров'я, підвищенню рівня, якості та ефективності ЛПЗ. Можливості охорони здоров'я різні в кожній країні і залежать від економічного та політичного розвитку, менталітету населення, економічного та соціального стану різних верств суспільства.

Нагадаємо, що за останні роки система охорони здоров'я України зазнала реструктуризації, спостерігалося розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги з метою раціонального використання її інфраструктури, упорядкування амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної ланок, спрямовані на справедливість, доступність, якість та ефективність надання медичної допомоги населенню. Продовжувалося впорядкування мережі лікарняних закладів та ліжок у них.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є основною і найважливішою ланкою в організації охорони здоров'я населення. Вона надається переважно за територіальним принципом, тобто лікар (ЗП/СМ) обслуговує певну кількість мешканців, які проживають на території, закріпленої за ними.

В Основах законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.) ПМСД трактується як основна частина медико-санітарної допомоги, що передбачає: консультацію лікаря; просту діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь; профілактичні заходи; направлення пацієнта для надання спеціалізованої та висококваліфікованої медичної допомоги.

За рекомендаціями ВООЗ, підготовленими на основі кращого світового досвіду, лише розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини сприятиме поліпшенню демографічної ситуації, досягненню справедливого розподілу і раціональному використанню бюджетних коштів. Одним з основних аспектів, що сприяє подальшому розвитку сімейної медицини в нашій державі, є формування державної політики та стратегії в галузі охорони здоров'я на основі профілактичної спрямованості збереження і зміцнення здоров'я населення з максимальним залученням до їх реалізації органів виконавчої влади та працедавців.

У більшості держав світу на частку ПМСД припадає до 90% загального обсягу медичних послуг, а питома вага чисельності лікарів ЗП/СМ серед лікарів галузі охорони здоров'я становить 30–50%.

З 01.01.2011 р. вступив у силу новий Бюджетний кодекс України, прийнятий Верховною Радою України 08.07.2010 р. Відповідно до ст. 89 якого до видатків, які здійснюються з районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення та враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, належать такі видатки на охорону здоров'я:

а) ПМСД, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, пологові будинки, станції швидкої та невідкладної медичної допомоги, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також ДЛ, медичні амбулаторії, ФАПів і ФП);

б) програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти).

Віднесення ФАПів до сфери управління сільських рад було суперечливим також із тієї позиції, що ФАПи не мають статусу юридичної особи, а структурним підрозділом виконавчого комітету сільської ради вони не можуть бути відповідно до чинного законодавства. Через це виникали питання щодо отримання ліцензії на проведення медичної практики як обов'язкової передумови надання медичної допомоги.

Тепер з прийняттям нового Бюджетного кодексу України, питання правового статусу та функціонування ФАПів вирішено на законодавчому рівні.

Впровадження загальної лікарської практики стримується також недостатністю ресурсів і недосконалістю правової бази, системи професійної підготовки кадрів, інформаційної підтримки, а також механізмів взаємодії загальної лікарської практики зі службами соціального захисту населення та існуючого добровільного страхування (лікарняні каси, страхові компанії).

Згідно з наказом МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1 "Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації", починаючи з 2006 р., проводиться моніторинг розвитку ПМСД на засадах ЗП/СМ. Проаналізувавши його дані, можна скласти уявлення про стан мережі ПМСД, кадрове та ресурсне забезпечення, кількість прикріпленого та відсоток охопленого ПМСД на засадах ЗП/СМ населення.

З кожним роком зростає мережа і удосконалюється кадрове забезпечення закладів і підрозділів ПМСД на засадах ЗП/СМ. Показник забезпечення населення закладами ПМСД у 4 рази менший, ніж у середньому по країнах Європейського регіону – 1,2 на 10 тис. населення проти 4,9 у країнах ЄС.

Кількість закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ збільшилась із 3594 у 2008 р. до 4581 у 2012 р., тобто на 987 закладів (зростання – 27,5%). З них у сільській місцевості у 2012 р. функціонувало 3984 заклади та 597 – у містах (проти 3126 та 468 закладів у 2008 р. відповідно). Найбільш активне зростання закладів ПМСД протягом 2008–2012 рр. зареєстровано у Дніпропетровській – на 109 закладів (105,8%), Львівській – на 103 (63,6%), Донецькій – на 82 (62,1%), Полтавській – 81 (42,2%) та Луганській областях – 69 (103,0%), повільніше – у Чернігівській – на 8 закладів (6,8%), Волинській – 9 (9,6%) та Закарпатській – 14 (5,2%) областях. У Харківській області зменшилася кількість таких закладів на 12 (3,6%), а у Кіровоградській – не змінилася. У 2011 р. створено 149 нових закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ, 114 – у сільській місцевості та 45 – у містах.

Статтею 49 Конституції України заборонено скорочувати мережу існуючих закладів охорони здоров'я, але дозволено змінювати їх спеціалізацію з урахуванням притаманних для кожної окремої адміністративної території показників стану здоров'я населення. Найбільш активний розвиток мережі закладів відмічено у Дніпропетровській (31), Львівській (17), Донецькій (17), Луганській (9), Запорізькій (7), Хмельницькій (7) областях та АР Крим (6); не зафіксовано подальшого розвитку мережі у Кіровоградській, Полтавській, Харківській та Чернігівській областях, а також у м. Севастополі.

У сільській місцевості найбільший розвиток мережі спостерігався у Дніпропетровській (21), Львівській (14), Запорізькій (7) та Хмельницькій (7) областях, а його не було у Харківській та Чернігівській областях.

Найбільше нових закладів у містах створено у Донецькій (14), Дніпропетровській (5) та Луганській (6) областях.

Впровадження реформ первинної ланки медичної допомоги супроводжує безліч проблем. Одна з них – недостатній кількісний та якісний склад медичного персоналу. Адже низький рівень заробітної плати медичних працівників і відсутність економічної мотивації для роботи у закладах первинного рівня, насамперед у сільській місцевості, призводить до значної плинності кадрів. Так, протягом останніх 5 років щорічно залишали роботу у первинній ланці більше ніж 1400 лікарів, з яких лише понад 300 у зв'язку з виходом на пенсію. Середньо-український показник укомплектованості штатних посад лікарів ЗП/СМ фізичними особами становив у 2012 р. 78,31% – від 66,26 у Кіровоградській області до 94,92 у Львівській (табл. 2.5).

Дещо краща ситуація спостерігалася з укомплектованістю штатних посад медичних сестер фізичними особами (табл. 2.6). Крім того, не створено умови для закріплення кадрів на місцях: немає житла для фахівців, соціальної інфраструктури у сільській місцевості тощо. Результати досліджень щодо матеріально-технічного стану будівель закладів ПМСД показали, що 23% СЛА мають термін експлуатації понад 50 років, 30 перебувають в аварійному стані, а близько 40 потребують добудови і реконструкції.

Таблиця 2.5

Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів у 2012 році

Адміністративно-територіальна одиниця	Штатні посади (абс.)	На 10 тис. населення	Фізичні особи (абс.)	На 10 тис. населення	Укомплек-тованість (%)
АР Крим	463,0	6,22	356	4,79	76,89
Область					
Вінницька	659,25	6,31	527	5,04	79,94
Волинська	299,75	5,15	227	3,90	75,73
Дніпропетровська	390,0	5,82	278	4,15	71,28
Донецька	588,75	6,38	407	4,41	69,13
Житомирська	603,5	6,15	483	4,92	80,03
Закарпатська	677,5	6,49	579	5,54	85,46
Запорізька	275,75	6,46	214	5,01	77,61
Івано-Франківська	364,75	6,65	274	5,00	75,12
Київська	341,0	5,44	256	4,09	75,07
Кіровоградська .	163,0	4,17	108	2,76	66,26
Луганська	249,5	6,22	186	4,64	74,55
Львівська	752,25	5,85	714	5,55	94,92
Миколаївська	302,0	6,72	212	4,72	70,20
Одеська	392,75	6,02	291	4,46	74,09
Полтавська	674,25	5,68	515	4,33	76,38
Рівненська	233,75	4,69	191	3,83	81,71
Сумська	304,0	5,73	229	4,32	75,33
Тернопільська	518,0	6,02	441	5,13	85,14
Харківська	960,5	6,79	700	4,95	72,88
Херсонська	205,0	4,88	156	3,71	76,10
Хмельницька	314,5	6,16	272	5,33	86,49
Черкаська	434,0	5,63	329	4,27	75,81
Чернівецька	345,75	6,05	276	4,83	79,83
Чернігівська	250,0	4,65	198	3,68	79,20
Місто					
Київ	159,0	5,89	130	4,81	81,76
Севастополь	86,75	6,17	72	5,12	83,00
Україна	**11 008,3**	**5,96**	**8621**	**4,66**	**78,31**

Стосовно оснащення: повністю оснащені лише 35% СЛА, РЛ і ДЛ у цілому. Загальна потреба закладів ПМСД у транспортних засобах становить близько 8 тис. одиниць (7716), у т.ч. СЛА – 2260. Дорогу з твердим покриттям мають лише до 88% СЛА. Водночас, 97% ФАПів розташовані від закладу, де допомогу може надати лікар (СЛА або ДЛ, РЛ або РЛ) на відстані понад 2 км, а 57% – понад 7 км. Близько 86% СЛА розташовані від ЦРЛ на відстані понад 10 км, а майже 47% – понад 20 км. Таким чином, більшість проблем стосуються саме якості та ефективності, які обумовлені недоліками самої системи охорони здоров'я, зокрема її первинного рівня.

Таблиця 2.6

Укомплектованість штатних посад сімейних медичних сестер фізичними особами у 2012 році

Адміністративно-територіальна одиниця	Штатні посади (абс.)	На 10 тис. населення	Фізичні особи (абс.)	На 10 тис. населення	Укомплек-тованість (%)
АР Крим	487,5	6,55	450	6,05	92,31
Область					
Вінницька	908,25	8,69	919	8,79	101,18
Волинська	285,5	4,91	286	4,91	100,18
Дніпропетровська	450,75	6,72	361	5,38	80,09
Донецька	777,25	8,43	663	7,19	85,30
Донецька	777,25	8,43	663	7,19	85,30
Житомирська	680,5	6,93	648	6,6	95,22
Закарпатська	934,25	8,95	981	9,39	105,00
Запорізька	414,25	9,71	374	8,76	90,28
Івано-Франківська	500,5	9,13	506	9,23	101,10
Київська	434,0	6,93	322	5,14	74,19
Миколаївська	552,25	12,28	496	11,03	89,81
Одеська	568,0	8,59	486	7,37	85,56
Полтавська	844,0	7,1	743	6,25	88,03
Рівненська	271,5	5,45	268	5,38	98,71
Сумська	429,75	8,1	398	7,5	92,61
Тернопільська	587,75	6,83	553	6,43	94,09
Харківська	1673,0	11,83	1547	10,94	92,47
Херсонська	215,5	5,13	198	4,71	91,88
Хмельницька	303,5	5,95	317	6,2	104,45
Черкаська	399,25	5,18	358	4,64	89,67
Чернівецька	455,75	7,98	436	7,63	95,67
Чернігівська	262,75	4,89	263	4,89	100,10
Місто					
Київ	129,5	4,79	87	3,22	67,18
Севастополь	50,5	3,59	41	2,92	81,19
Україна	**14 074,5**	**7,61**	**13 058**	**7,06**	**92,78**

Для прискорення реформи ПМСД на основі впровадження ЗП/СМ слід вирішити передусім такі проблеми:

– створення нормативно-правової, матеріально-технічної, організаційно-методичної бази для широкого впровадження ЗП/СМ;

– створення комплексної системи професіональної підготовки та перепідготовки кадрів для ЗП/СМ;

– інформаційне забезпечення впровадження ЗП/СМ;

– розгляд сім'ї як об'єкта ЗП/СМ, як одиниці здоров'я з введенням використання характеристик сім'ї (соціально-демографічних, психологічних, медико-біологічних, правових тощо) і на цій основі – відпрацювання

принципів, форм і методів професійної діяльності лікарів і медичних сестер ЗП/СМ у сім'ях, що обслуговуються залежно від фаз розвитку і особливостей конкретної сім'ї;

– продовження її апробації на базових територіях для наукового супроводу реформи ПМСД;

– розробка і апробація системи оцінок (за комплексом показників) медичної та соціально-економічної ефективності переходу ПМСД на систему ЗП/СМ, а також застосування принципів комплексності та наступності у наданні медичної допомоги.

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, які виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД створюються центри ПМСД. До їх складу входять АЗП/СМ та ФАПи, які забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району, або міста чисельністю 30-100 тис. осіб. Функціями таких центрів є: укладання договорів із замовником на надання послуг первинної медичної допомоги; планування та координація діяльності закладів ПМСД, що входять до його складу; забезпечення якісної медичної допомоги; облік і звітність; фінансовий менеджмент; визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників.

2.2.2. Особливості вторинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини

Вторинна медична допомога є найбільш витратним видом медичної допомоги, тому поліпшення ефективності використання ресурсів у стаціонарному секторі при підвищенні її якості є важливою проблемою.

Система стаціонарної допомоги в Україні традиційно формується за ієрархічним принципом, тобто госпітальна допомога за основними спеціальностями має надаватися на вторинному рівні у ЦРЛ і МЛ, а

високоспеціалізована (для хворих з особливо тяжкими і складними випадками) – у стаціонарах ЛПЗ третинного рівня. На жаль, в Україні немає чітких меж між наданням вторинної та третинної медичної допомоги, а між показниками діяльності лікарень різних рівнів майже не існує істотних відмінностей. Відносно тривалі терміни перебування пацієнтів у ЦРЛ та МЛ безпосередньо свідчать про незадовільну організацію та низьку якість надання ВМСД.

Існують такі недоліки в організації надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня:

– надлишкова кількість лікарняних закладів і госпітальних ліжок при їх надмірній спеціалізації;

– висока питома вага госпіталізованих до спеціалізованих стаціонарів при необґрунтовано тривалих термінах перебування у стаціонарі;

– відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування при низькій якісній медичній допомозі.

Основною причиною такої ситуації є невідповідність діючої в Україні радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашка), призначеної для функціонування в умовах планової економіки. А це не відповідає сучасним реаліям. Недоліки існуючої моделі охорони здоров'я проявляються у:

– зосередженості на вирішенні потреб галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення;

– неефективності структури системи, це призводить до деформації структури медичних послуг та неефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я;

– недостатності обсягів фінансування з громадських джерел, це призводить до порушення принципів справедливості та солідарності.

Низький рівень ефективності профілактичної роботи на рівні ПМСД, недосконала організація роботи швидкої медичної допомоги зумовлюють невиправдано високий рівень споживання населенням послуг ВМСД, і насамперед тієї їх частини, яка надається у стаціонарах лікарень. ВМСД

України часто використовується неналежним чином, оскільки до неї існував прямий доступ без направлення з рівня ПМСД.

Для технічного вдосконалення ВМСД важливим є не лише винахід нових медичних технологій, а ефективніше використання існуючих методів. Існує широкий спектр альтернатив моделей функціонування постачальників послуг ВМСД, оскільки окремої ідеальної моделі надання таких послуг немає. В європейських країнах спостерігаються тенденції, які узагальнимо таким чином:

– зменшення кількості ліжкового фонду;

– скорочення тривалості перебування в лікарнях невідкладної допомоги;

– використання зовнішніх постачальників неклінічних (немедичних) послуг, зменшення кількості госпітальних центрів;

– концентрація високотехнологічної діяльності у великих лікарняних центрах і центрах охорони здоров'я з одночасним відходом від низько-технологічних лікарень;

– передача більшої кількості обов'язків лікарів медсестрам;

– впровадження стаціонарозамінних форм госпіталізації;

– створення госпітальних мереж для забезпечення координації надання медичної допомоги у лікарнях, гуртожитки / "готелі" для пацієнтів;

– розширення мережі та активізація використання можливостей закладів паліативної допомоги (хоспісів).

Важливими механізмами ефективності надання кваліфікованої медичної допомоги населенню є раціональний розподіл обсягів медичних послуг між різними рівнями системи медичного обслуговування (первина, вторинна, третинна медична допомога), введення гарантованого обсягу медичної допомоги, забезпечення її інтеграції, подальший розвиток стандартизації в охороні здоров'я. У 2008–2012 рр. Україні зменшилася кількість лікарняних закладів (з 2622 до 2442 – на 180 закладів) та диспансерів (з 371 у 2008 р. до 357 у 2012 р. – на 14 закладів).

У 2012 р. показник лікарняних закладів України становив 4,1 на 100 тис. населення, тоді як в ЄС – 3,11, тобто в Україні цей показник перевищив

середньоєвропейський. Протягом останніх років зменшилася кількість лікарняних ліжок (з 406 870 до 394 374 – на 12 496 ліжок), (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Динаміка забезпеченості населення України лікарняними ліжками у 2008–2012 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Роки					Динаміка 2012 / 2008 (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	
АР Крим	88,0	87,9	87,6	86,7	85,87	-2,48
Область						
Вінницька	85,5	86,4	85,3	84,0	84,15	-1,60
Волинська	80,2	81,1	81,0	80,9	80,90	+0,86
Дніпропетровська	98,9	99,2	99,7	98,1	97,27	-0,16
Донецька	83,3	82,7	82,9	81,8	81,94	-1,16
Житомирська	74,7	75,1	75,4	75,0	74,63	-0,09
Закарпатська	78,4	78,7	78,8	78,8	77,84	-0,7
Запорізька	90,8	88,0	88,1	87,8	87,74	-3,48
Івано-Франківська	89,3	89,6	89,8	89,3	88,89	-0,4
Київська	87,0	87,1	86,4	84,7	84,09	-3,46
Кіровоградська	94,6	95,2	96,2	93,4	93,55	-1,1
Луганська	99,7	100,0	100,0	99,8	99,04	-0,66
Львівська	93,3	92,3	91,5	90,8	90,85	-2,69
Миколаївська	80,7	80,7	81,1	80,1	80,47	-0,28
Одеська	84,9	85,2	85,4	84,5	84,18	-0,85
Полтавська	84,6	85,0	85,1	84,4	84,19	-0,48
Рівненська	86,6	86,6	87,1	87,0	87,25	+0,74
Сумська	90,0	91,1	92,1	92,8	93,24	+3,47
Тернопільська	89,3	89,8	89,9	89,6	89,69	+0,43
Харківська	81,4	81,8	81,5	78,5	78,69	-3,44
Херсонська	85,9	84,8	85,2	84,1	83,76	-2,55
Хмельницька	86,5	87,5	88,0	87,8	88,02	+1,72
Черкаська	87,8	87,8	87,3	86,8	86,42	-1,59
Чернівецька	88,8	89,1	89,5	88,8	85,16	-4,27
Чернігівська	111,6	112,6	113,5	113,3	113,99	+2,09
Місто						
Київ	76,4	75,8	77,8	77,1	76,71	+0,40
Севастополь	79,1	79,1	78,5	78,9	78,88	-0,27
Україна	**87,6**	**87,5**	**87,7**	**86,8**	**86,49**	**-1,28**

З таблиці 2.7 видно, що показники забезпечення населення лікарняними ліжками по областях та містах України розподілилися нерівномірно.

В Україні забезпечення лікарняними ліжками у 2008 р. становило 87,6 на 10 тис. населення, а у 2012 р. – 86,49, тобто показник знизився на 1,28. Однак

він значно більший, ніж у ЄС (55,0). Показники забезпечення населення стаціонарними ліжками (на 10 тис. осіб) були значно вищими в таких областях: Сумській – на 3,46; Чернігівській – на 2,09; Хмельницькій – на 1,72; Волинській – на 0,86; Тернопільській – на 0,43, м. Києві – на 0,40. В деяких областях число стаціонарних ліжок скоротилося значно більше, ніж у середньому по Україні (–1,28), це: Чернівецька – на 4,27; Запорізька – на 3,48; Київська – на 3,46; Харківська – на 3,44; Львівська – на 2,69; Херсонська – на 2,55; АР Крим – на 2,48; Вінницька – на 1,60, Черкаська – на 1,59. Аналіз динаміки показників використання ліжкового фонду ЛПЗ протягом 2008–2012 рр. вказав на зменшення середнього числа днів зайнятості (роботи) ліжка, що свідчить про нераціональне використання ресурсів галузі.

У таблиці 2.8 наведено показники робота ліжка за останні 5 років. Проведений аналіз показників свідчить про зниження роботи ліжка на – 2,28% по Україні в цілому і майже по всіх областях і мм. Києву та Севастополю. Лише в Кіровоградській (+4,41%), АР Крим (3,79%), Полтавській (+0,76), та Чернівецькій (+0,60%) областях зафіксовано показники навантаження на ліжко більші, ніж у середньому по Україні (–2,28%).

Набагато нижчі навантаження на ліжко спостерігалися у містах Києві (–6,66%) та Севастополі (–6,03%) а також в областях: Закарпатській (–5,82%), Івано-Франківській (–5,33%), Чернігівській (–4,83%), Одеській (–3,86%), Запорізькій (–3,48%), Житомирській (–3,30%), Черкаській (–2,75%), Сумській (–2,63%), Рівненській (–2,46%), Львівській (–2,38%) та Харківській (–2,34%).

Перебування хворих на ліжку – це один з вагомих показників оцінювання доступності, якості та ефективності діагностичної та лікувальної роботи спеціалістів відділень вторинної медичної допомоги ЛПЗ.

Середнє перебування хворого на ліжку в регіонах наведено в таблиці 2.9. Середня тривалість перебування хворого в ЛПЗ України у 2012 р. порівняно з 2010 р. (12,79) знизилася на 0,39 і становила 12,45 дня, а в країнах ЄС – 9,2 дня, тобто показник по Україні був вищим, ніж у ЄС. У багатьох областях зафіксовано значне перевищення середніх показників по Україні перебування

хворих на ліжку: Одеська (13,77); Чернігівська (13,27); Львівська (13,22); Закарпатська та Луганська (13,20); Дніпропетровська (13,17); АР Крим (13,13); Донецька (12,81); Сумська (12,69); Тернопільська та Чернігівська (12,57); Херсонська (12,59); Закарпатська (12,54).

Таблиця 2.8

Кількість днів роботи ліжка (в днях) за 2008–2012 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Роки					Динаміка 2012 / 2008 (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	
АР Крим	323,30	336,00	330,23	332,96	329,21	+1,79
Область						
Вінницька	339,90	339.30	341,38	333,87	335,50	-1,31
Волинська	348,0	353,0	349,65	341,01	346,13	-0,54
Дніпропетровська	338,30	340,60	335,80	332,50	337,14	-0,34
Донецька	338,30	338,30	337,33	333,26	335,95	-0,69
Житомирська	339,0	340,0	317,58	320,85	328,17	-3,30
Закарпатська	341,60	340,50	324,44	318,13	322,80	-5,82
Запорізька	336,14	339,57	325,50	321,04	324,82	-3,48
Івано-Франківська	339,60	339,50	328,43	317,56	322,41	-5,33
Київська	334,80	332,44	323,66	323,04	328,34	-1,96
Кіровоградська	332,30	333,60	332,34	336,76	347,65	+4,41
Луганська	341,0	340,0	337,29	336,16	335,03	-1,78
Львівська	343,0	342,60	331,79	331,39	335,01	-2,38
Миколаївська	346,0	348,0	345,68	344,60	341,58	-1,29
Одеська	335,60	339,40	326,80	321,74	323,13	-3,86
Полтавська	314,20	317,50	316,19	309,79	316,61	+0,76
Рівненська	344,70	340,50	338,61	333,90	336,43	-2,46
Сумська	327,59	330,40	323,05	315,32	319,21	-2,63
Тернопільська	346,0	349,30	340,48	337,51	341,22	-1,40
Харківська	331,0	330,0	328,90	323,45	323,42	-2,34
Херсонська	335,87	339,10	336,81	333,61	333,19	-0,80
Хмельницька	333,10	334,20	329,45	321,45	326,70	-1,95
Черкаська	339,0	338,0	329,04	325,28	329,92	-2,75
Чернівецька	342,60	342,40	335,71	332,75	344,70	+0,60
Чернігівська	340,10	339,90	334,0	328,36	324,42	-4,83
Місто						
Київ	314,60	317,30	302,72	292,71	294,95	-6,66
Севастополь	352,0	344,0	334,53	329,73	331,98	-6,03
Україна	**336,95**	**340,20**	**330,60**	**326,62**	**329,43**	**-2,28**

Ці показники свідчать про більшу затрату часу на діагностику і про недостатнє застосування новітніх технологій у діагностичному та лікувальному процесі, а також про неефективне використання ліжкового фонду у ЛПЗ вторинного рівня надання медичної допомоги. Лише Житомирська область

(10,61) за показниками перебування хворих на ліжку наближалася до середньо-європейських країн.

Таблиця 2.9

Середнє перебування хворого на ліжку в регіонах за 2010–2012 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Середнє перебування хворого на ліжку			
	Роки			Динаміка 2012 / 2010 (абс.)
	2010	2011	2012	
АР Крим	13,52	13,61	13,13	-0,39
Область				
Вінницька	12,17	12,05	11,83	-0,34
Волинська	12,17	11,92	11,93	-0,24
Дніпропетровська	13,68	13,47	13,17	-0,51
Донецька	13,12	13,04	12,81	-0,31
Житомирська	10,87	19,76	10,61	-0,26
Закарпатська	12,95	12,73	12,54	-0,41
Запорізька	13,61	13,58	13,20	-0,41
Івано-Франківська	12,44	12,24	12,04	-0,40
Київська	12,06	12,03	11,85	-0,21
Кіровоградська	12,73	12,66	12,29	-0,44
Луганська	13,47	13,64	13,20	-0,27
Львівська	13,50	13,34	13,22	-0,28
Миколаївська	12,83	12,74	12,32	-0,51
Одеська	14,14	14,00	13,77	-0,37
Полтавська	12,39	12,29	11,99	-0,40
Рівненська	12,52	12,32	12,22	-0,30
Сумська	12,92	12,87	12,69	-0,23
Тернопільська	12,90	12,78	12,67	-0,23
Харківська	12,25	12,05	11,60	-0,65
Херсонська	13,05	12,94	12,59	-0,46
Хмельницька	12,00	11,93	11,75	-0,25
Черкаська	11,50	11,42	11,29	-0,21
Чернівецька	12,88	12,72	12,57	0,31
Чернігівська	13,63	13,53	13,27	-0,36
Місто				
Київ	11,25	11,43	11,22	-0,03
Севастополь	11,64	11,68	11,57	-0,07
Україна	**12,79**	**12,71**	**12,45**	-0,34
ЄС	**9,2**	**9,2**	**9,2**	0

Це свідчить про раціональне використання медичними установами області ресурсів: кадрового і матеріально-технічного потенціалу та інноваційних технологій у діагностиці та лікуванні.

Показники динаміки перебування хворих на ліжку знизилися у всіх областях, але в деяких регіонах зменшення перевищило показник по Україні (–0,34), це: Харківська – на 0,65; Миколаївська та Дніпропетровська – на 0,51;

Херсонська – на 0,46; Кіровоградська – на 0,44; Запорізька і Закарпатська – на 0,41; Івано-Франківська – на 0,40; АР Крим – на 0,39; Чернігівська – на 0,36.

Показники середнього перебування хворого на ліжку у 2012 р. порівняно з 2010 р. в Україні знизилися на 0,34, але перевищили показники країн ЄС.

Середнє перебування хворого на ліжку в Україні порівняно з країнами світу було високим і посіло майже передостаннє місце.

Показники рівня госпіталізації населення свідчать про якість та ефективність надання медичної допомоги на госпітальному рівні.

Рівень госпіталізації в Україні на 100 осіб свідчить про те, що рівень госпіталізації в областях, в АР Крим та в містах Києві та Севастополі значно перевищив середні по Україні.

Середні і становили 22,88, тоді як у 2010 р. – 22,55. Але порівняно з країнами ЄС (18,0) та Європи (19,2) ці показники в Україні були високими. Порівняно з іншими країнами світу Україна за кількістю госпіталізованих до стаціонару на 100 жителів посіла останнє місце. Однією з причин була необґрунтована госпіталізація до ЛПЗ вторинного рівня надання медичної допомоги. Порівняно з Україною у багатьох областях цей показник був значно нижчим: в Одеській (19,79); Закарпатській (21,19); Донецькій (21,41); Запорізькій (21,51); АР Крим (21,53); Харківській (21,86) та м. Києві (20,23).

Слід зазначити, що у багатьох областях України показник госпіталізації значно перевищив середній по Україні: Чернігівській (27,71); Кіровоградській (26,40); Черкаській (25,23); Луганській (25,11); Дніпропетровській (24,95); Хмельницькій (24,48); Чернівецькій (24,29); Тернопільській (24,15); Рівненській (24,03); Івано-Франківській (23,87); Вінницькій (23,75); Волинській (23,44); Сумській (23,36) та Київській (23,28). У 2012 р. порівняно з 2010 р. збільшився показник госпіталізації міських жителів (з 22,63 до 22,87 – на 0,24). Найвищі показники госпіталізації зафіксовано в таких областях: Чернігівській (28,20); Кіровоградській (27,73); Луганській (25,60); Дніпропетровській (25,17); Чернівецькій (25,01); Івано-Франківській (24,28); Тернопільській (24,19); Сумській (23,90); Рівненській (23,66); Волинській (23,59); Вінницькій (23,52) та

АР Крим (23,37). Найменша кількість госпіталізованих міських жителів порівняно з середніми показниками по Україні (22,87) спостерігалася у м. Києві (19,22) та у таких областях: Одеській (19,19); Запорізькій (20,99); Полтавській (21,99); Донецькій (21,77) та Миколаївській (21,69). Це свідчить про те, що в цих областях проводиться на первинному рівні профілактична робота і застосовується діагностика та лікування на рівні первинної ланки.

Збільшилася кількість госпіталізованих у сільській місцевості (з 22,37 у 2010 р. до 22,90 у 2012 р. – на 0,53). Найбільше у таких областях: Чернігівській (26,92); Хмельницькій (26,38); Черкаській (24,51); Рівненській (24,36); Тернопільській (24,36); Кіровоградській (24,27); Вінницькій (23,97); Дніпропетровській (23,84); Чернівецькій (23,77); Київській (23,60); Івано-франківській (24,56); Волинській (23,27); Львівській (23,24); Закарпатській (23,21) та Миколаївській (23,11). У багатьох областях зафіксовано значно нижчі показники госпіталізації порівняно з середніми по Україні (22,90) – це АР Крим (18,46) та області: Донецька (18,05); Закарпатська (18,75); Харківська (20,55); Одеська (20,99); Херсонська (21,03); Луганська (21,93); Сумська (22,27); Житомирська (22,47) та Полтавська (22,55).

У середньому в Україні необґрунтована госпіталізація до стаціонарів становила 30%, тобто одну третину від усієї госпіталізації, що суттєво вплинуло на показники кількості днів роботи ліжка, середнього перебування хворого на ліжку, госпіталізації хворих, а також на динаміку показників забезпеченості населення України стаціонарними ліжками.

Станом на 31.12.2012 р. в Україні спостерігалася розгалужена мережа лікарень, у яких надавалася ВМСД (див. рис. 2.3). До структури надання ВМСД увійшли: 27 ОЛ для дорослих, які мають 21 121 ліжко; 29 обласних дитячих лікарень з 11 442 ліжками; 516 МЛ з 102 856 ліжками; 94 дитячі МЛ з 13 259 ліжками; 14 міських лікарень швидкої допомоги з 7185 ліжками; 31 госпіталь ІГВ з 7267 ліжками; 126 спеціалізованих лікарень з 17 517 ліжками; 24 інфекційні лікарні з 3857 ліжками; 6 інфекційних дитячих лікарень з 870 ліжками; 39 туберкульозних лікарень з 5720 ліжками;

3 туберкульозні дитячі лікарні з 330 ліжками; 3 офтальмологічні лікарні з 535 ліжками, 12 відомчих лікарень з 1313 ліжками; 9 центрів боротьби зі СНІДом з 325 ліжками; 30 інших лікарень з 4567 ліжками; 471 ЦРЛ з 96 877 ліжками; 140 РЛ з 11 534 ліжками; 521 ДЛ з 8131 ліжками; 87 пологових будинків з 13 116 ліжками; 18 клінік НДІ з 2665 ліжками; 1 лепрозрій з 100 ліжками; 87 психіатричних лікарень з 40 656 ліжками; 3 неврологічні лікарні з 398 ліжками; 5 лікарень "Хоспіс" з 215 ліжками та 4 інші лікарні з 235 ліжками. Всього лікарняних закладів в Україні – 2176, в яких розгорнуто 354 606 ліжок.

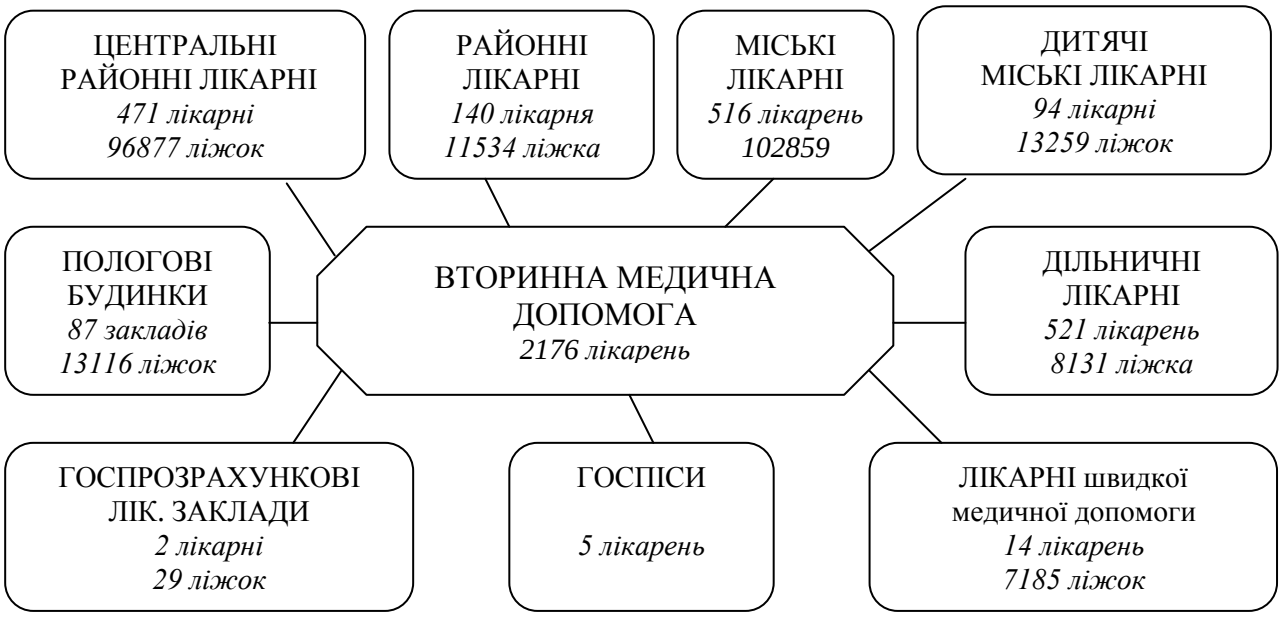


Рис. 2.3. Мережа вторинної медичної допомоги системи Міністерства охорони здоров'я України у 2012 році

Крім того, у багатьох медичних закладів функціонували стаціонари та ліжка. До них належали 112 диспансерів, які мали 88 стаціонарних відділень, де розгорнуто 16 489 ліжок та 207 денних стаціонарів з 7227 ліжками. Усього ВМСД у 2011 р. містила 1935 лікарень, а у 2012 р. – 2176, що на 241 заклад більше. Лікарні у 2011 р. містили 260 117 ліжок, а у 2012 р. – 354 606, що на 94 489 більше. Більшість лікарняних закладів становили ДЛ (521), МЛ (516), ЦРЛ (471) і стаціонарні відділення різнопрофільних диспансерів (112) та денні стаціонари при АПЗ (207), (див. табл. 2.11). З таблиці 2.11 видно, що у ДЛ (11,4), МЛ (10,9) і ЦРЛ (10,2) спостерігалися показники середнього

перебування на ліжку нижчі за українські (12,45) на 1,05 у ДЛ, на 1,55 у МЛ та на 2,25 у ЦРЛ. У ЦРЛ цей показник наблизився до середньоєвропейського (9,2).

Таблиця 2.11

Середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка у дільничних, міських, центральних районних лікарнях у 2012 р. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Дільничні лікарні		Міські лікарні		Центральні районні лікарні	
	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє перебування хворого на ліжку	Обіг ліжка
АР Крим	13,9	24,1	11,2	29,3	10,2	31,2
Область						
Вінницька	10,5	31,8	10,4	31,3	9,4	35,4
Волинська	11,1	32,0	11,1	31,7	9,7	34,9
Дніпропетровська	11,7	24,2	11,6	29,4	10,5	30,9
Донецька	11,5	27,9	10,6	31,9	10,4	32,2
Житомирська	10,7	32,8	9,0	36,6	8,8	36,3
Закарпатська	11,8	26,0	10,9	32,1	10,3	29,6
Запорізька	11,9	23,5	11,8	29,2	10,9	28,9
Івано-Франківська	12,6	26,2	11,0	29,6	10,4	31,5
Київська область	11,4	30,2	10,6	32,0	10,1	32,6
Кіровоградська	12,1	27,5	10,4	31,8	10,1	34,5
Луганська	14,0	26,6	11,2	30,2	11,5	29,8
Львівська	12,4	28,3	11,4	30,0	11,0	29,6
Миколаївська	10,5	30,9	11,4	30,2	9,8	35,0
Одеська	12,7	24,7	12,1	27,3	10,9	29,1
Полтавська	10,5	28,9	9,9	33,7	9,8	30,8
Рівненська	10,9	31,5	10,7	32,0	10,0	33,4
Область						
Сумська	10,8	29,3	10,7	30,3	10,5	30,3
Тернопільська	11,6	29,0	11,3	29,4	10,6	32,3
Харківська	11,5	28,3	10,1	33,0	9,9	33,0
Херсонська	11,6	30,2	10,7	32,4	9,7	33,7
Хмельницька	10,4	33,7	9,8	32,9	9,6	34,5
Черкаська	9,8	35,6	11,0	30,0	9,2	36,5
Чернівецька	10,9	33,2	11,9	30,5	10,5	32,7
Чернігівська	13,0	29,1	11,6	28,6	11,4	27,9
Місто						
Київ	0,0	0,0	10,6	28,9	0,0	0,0
Севастополь	17,3	15,8	9,7	33,7	0,0	0,0
Україна	**11,4**	**28,9**	**10,9**	**30,6**	**10,2**	**32,2**

Слід зазначити, що м. Київ не надано інформації про середнє перебування хворого на ліжку та обіг ліжка у ДЛ і ЦРЛ за 2012 р. (на 10 тис. населення), а м. Севастополь – у ЦРЛ. У ДЛ майже у всіх областях

спостерігалися показники, нижчі за середні по Україні (12,45), за винятком Луганської області (14,0), АР Крим (13,9), Одеської (12,7) та Івано-Франківської (12,6) областей, де ці показники були вищими. У ДЛ Черкаської (9,8), Хмельницької (10,4), Полтавської, Миколаївської, Вінницької (10,5) областей зафіксовано показники, наближені до середніх у ЄС (9,2).

У МЛ середній показник перебування хворих на ліжку (10,9) значно був меншим, ніж по Україні (12,45), він наближався до середнього у ЄС (9,2).

Показник середнього перебування хворих на ліжку у МЛ був значно нижчим за загальноукраїнський, у м. Севастополі (9,7), Хмельницькій (9,8), Полтавській (9,9), Харківській (10,1), Вінницькій (10,4), Донецькій, Київській областях, м. Києві (10,6), а також у Рівненській, Сумській, Херсонській областях (10,7), а у Житомирській області зафіксовано показник (9,0) навіть нижчий за такий у ЄС (9,2). В усіх інших областях зареєстровано набагато нижчі показники за загальноукраїнський, але вищі за середньоєвропейський.

У ЦРЛ показник середнього перебування хворих на ліжку становив 10,2, що набагато нижче за середній по Україні, але вище за середньоєвропейський.

З таблиці 2.8 помічаємо, що майже у всіх областях показники середнього перебування хворих на ліжку наближалися до таких в ЄС. У Черкаській області (9,2) рівень відповідав ЄС (9,2). У Вінницькій (9,4), Хмельницькій (9,6) областях цей показник наблизився до показників ЄС. А от у Житомирській області він становив 8,8, що нижче за такий у ЄС.

Узагальнюючи відмітимо, що чим вищий рівень закладу з надання медичної допомоги, тим кращі показники середнього перебування хворого на ліжку і обіг ліжка. Показник обігу ліжка найнижчий у ДЛ (28,9), найвищий – у ЦРЛ (32,2). Очевидно, що необхідно реформувати стаціонарний сектор, децентралізувати управління галуззю, провести програмно-цільове планування, підвищити економічно-господарську самостійність територій, медичних закладів, застосовувати економічні механізми управління, менеджменту, регульованої конкуренції. Децентралізацію управління слід спрямувати на передачу багатьох управлінських функцій на нижчі ієрархічні рівні,

розширення функцій управління, забезпечення вищих органів функціями стратегічного та ситуаційного управління. Важливо провести реформування охорони здоров'я в умовах ресурсних обмежень шляхом ліквідації гіперспеціалізації медичної допомоги, у тому числі на первинному рівні, удосконалення кадрової політики, скорочення надмірної чисельності високовартісного ліжкового фонду лікарень з паралельним розвитком альтернативних форм медичної допомоги на рівні ПМСД – денних стаціонарів, стаціонарів вдома тощо, ресурсозберігаючих медичних технологій, створення ЛПЗ інших форм власності (приватних, госпрозрахункових, акціонерних тощо), але провідним у системі медичного забезпечення залишається державний сектор, хоча його монопольна роль дещо зменшується. Також слід ширше запроваджувати контрактні засади у взаємозв'язках між закладами охорони здоров'я різних рівнів. За оглядом даних доказового менеджменту, з метою поліпшення якості ВМСД та підвищення ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг слід диференціювати лікарні з урахуванням інтенсивності медичної допомоги, що надається, на лікарні: інтенсивної допомоги, для проведення планового лікування, для відновного лікування, хосписи, для медико-соціальної допомоги. Ці перетворення потрібно проводити при існуючому адміністративно-територіальному розподілі, створивши госпітальні округи, які об'єднують заклади декількох сільських районів або міст і районів залежно від щільності та характеру розселення населення, враховуючи стан транспортних комунікацій, матеріально-технічний та кадровий потенціал стаціонарів, профіль їх діяльності та структуру медичних послуг. Необхідно поступово, виважено об'єднати багатопрофільні і монопрофільні або спеціалізовані заклади. Усі ці заклади слід до - або переоснастити відповідно до визначених функцій.

Управління закладами вторинного рівня надання медичної допомоги, що входять до складу госпітального округу, потрібно покласти на обласне УОЗ або делегувати частину управлінських функцій, які стосуються координації діяльності закладів всередині округу, об'єднанням цих закладів у вигляді

корпорацій. Оптимальний варіант управління буде визначено після проведення апробації в пілотних регіонах Вінницької, Донецької та Дніпропетровської областей. Все це повинно спонукати до ефективного використання кадрів, фінансових та матеріально-технічних ресурсів і оптимального розподілу функцій та обсягів медичної допомоги між закладами охорони здоров'я різних рівнів з метою надання якісної медичної допомоги.

2.2.3. Характеристика третинної медико-санітарної допомоги

Надбанням цивілізації є існуюча в кожній державі система охорони здоров'я населення, можливості цієї системи різні в кожній країні. Вони залежать від економічного та політичного розвитку, менталітету населення, економічного та соціального стану різних верств суспільства. Плани з реформування і модернізації системи охорони здоров'я України стосуються не лише первинної, але й третинної медичної допомоги населенню – важливої та високозатратної ланки у наданні медичної допомоги населенню, що ґрунтується на фундаментальних знаннях галузей медицини, об'єднаних практичним досвідом.

Третинна медична допомога – це забезпечення великим медичним центром (зазвичай таким, який обслуговує регіон або країну і оснащений складним технологічним та допоміжним устаткуванням) надання високо-спеціалізованих та високотехнологічних терапевтичних педіатричних, акушерсько-гінекологічних і хірургічних послуг при незвичайних і складних медичних проблемах. На третинному рівні надається високоспеціалізована, високотехнологічна медична допомога обласними лікарнями, у тому числі університетськими клініками та клініками НДІ.

Нині в Україні між вторинним і третинним рівнями надання стаціонарної медичної допомоги досить розмиті межі. Наприклад, за існуючими оцінками, 36% пацієнтів, госпіталізованих до ОЛ для надання високоспеціалізованої

(третинної) медичної допомоги, фактично потребували ВМСД. Лікування хворих в ОЛ через устаткування закладів більш складним оснащенням має більшу вартість, ніж лікування в МЛ або РЛ. Надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в ОЛ та університетських клініках здійснюється за направленнями закладів вторинного рівня. Надання допомоги клініками НДІ – за направленнями обласних УОЗ в обсягах, які відповідають квотам, визначеним МОЗ України.

В Україні залишається проблемою недосконаліть нормативно-правової бази з питань реформування галузі охорони здоров'я щодо розмежування надання медичної допомоги, етапності та наступності у наданні медичної допомоги та дотриманні маршруту пацієнта. Про що свідчить великий потік самозвернень пацієнтів до ОЛ, клінік НДІ та університетських клінік. Також звертають на себе увагу достатньо високі показники первинного прийому в консультативних поліклініках. Це приводить до перевантажень діагностичної служби і непрогнозованості госпіталізації, а це, своєю чергою, впливає на надпланове використання бюджетних коштів.

На етапі реформування галузі актуальним залишається ефективне використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів, оптимальний розподіл функцій та обсягів медичної допомоги між закладами охорони здоров'я різних рівнів.

Ліжковий фонд третинної медичної допомоги системи охорони здоров'я України представлено широкою мережею лікарняних закладів різного типу (рис. 2.4). Станом на 31.12.2012 р. в Україні працювали 27 ОЛ, де розгорнуто 21 121 ліжко, 29 дитячих лікарень, де розгорнуто на 11 442 ліжка, 126 спеціалізованих лікарень, де розгорнуто 17 517 ліжок, 18 клінік, де розгорнуто 2665 ліжок, 31 госпіталь для ІВВВ, з 7267 ліжок, 6 госпрозрахункових та інших лікарень, де розгорнуто 264 ліжка, 362 диспансери, де розгорнуто 39 885 ліжок, 1 лепрозорій на 100 ліжок. Також функціонувало 90 психіатричних і наркологічних диспансерів з 41 054 ліжками. Більшість лікарняного (1012) та ліжкового потенціалу зосереджено на базі психіатричних і наркологічних

диспансерів (41 054 ліжок), інших за профілем диспансерів (39 885 ліжок), ОЛ (21 121 ліжок), спеціалізованих лікарень (17 517 ліжок), дитячих ОЛ (11 442 ліжок), госпіталю для ІВВВ (7267 ліжок), клінік (2665 ліжок), госпрозрахункових та інших лікарень (264 ліжка), лепрозорію на 100 ліжок, які мають потужний ліжковий фонд – 141 014 ліжок.

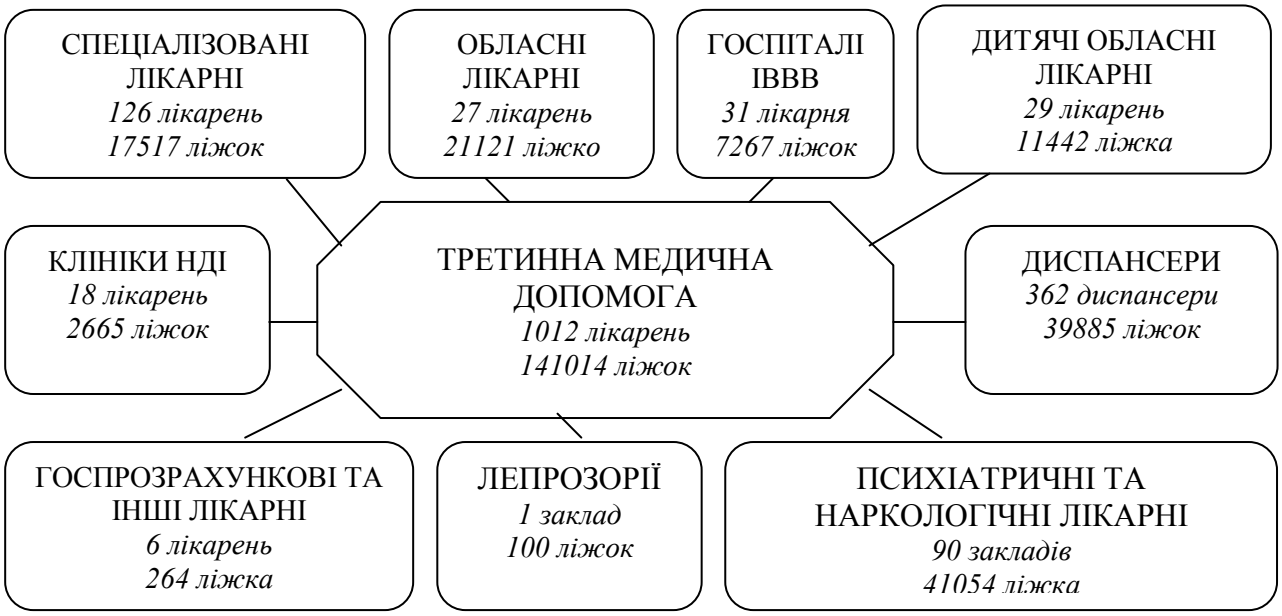


Рис. 2.4. Ресурси третинної медико-санітарної допомоги у 2012 році

В Україні простежується тенденція до збільшення числа лікарень і ліжок. Так, у 2012 р. порівняно з 2010 р. зросла кількість ОЛ для дорослих на 1 (з 26 до 27) і ліжок у них на 226 (з 20 895 до 21 121). Збільшилася кількість ОЛ на 2 та ліжок у них на 342 (з 20 779 у 2010 р. до 21 121 у 2012 р.). Зросло число клінік НДІ (з 15 у 2011 р. до 18 у 2012 р.) і ліжок (відповідно з 2350 до 2665).

Збільшилась кількість спеціалізованих лікарень на 1 (2012 р. – 125), ліжок на 44 (17 473). Зменшилось число психіатричних і наркологічних лікарень на 2 та ліжок на 304 (з 92 закладів та 41 358 ліжок у 2011 р. до 90 закладів і 41 054 ліжок у 2012 р.). Скоротилася кількість госпрозрахункових та інших лікарень на 2 при збереженні в них ліжкового фонду. Показники кількості лікарень і ліжок у 2012 р. порівняно з 2011 р. не змінилися і становили 1012 лікарні та 141 014 ліжок. Робота ліжок ОЛ наведена у табл. 2.12.

Середнє число днів зайнятих ліжок по Україні за останні 3 роки збільшилося (з 342,0 у 2010 р. до 344,3 у 2012 р.), що є позитивним.

Таблиця 2.12

Робота ліжок обласних лікарень у 2010–2012 рр. (у днях)

Адміністративно-територіальна одиниця	Роки								
	2010			2011			2012		
	середнє число днів зайнятих ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє число днів зайнятих ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка	середнє число днів зайнятих ліжок	середнє перебування хворого на ліжку	обіг ліжка
АР Крим	338,9	11,0	30,8	342,3	11,2	30,5	340,4	11,0	30,9
Область									
Вінницька	348,2	10,4	33,3	345,5	10,8	31,9	347,5	10,6	32,9
Волинська	355,9	11,5	31,0	343,0	11,5	29,8	353,5	11,6	30,5
Дніпропетровська	360,3	11,9	30,3	343,0	11,4	30,0	351,6	11,4	30,8
Донецька	355,9	12,9	27,7	345,3	12,9	26,7	350,2	12,7	27,6
Житомирська	359,5	10,3	34,9	346,7	10,3	33,6	358,2	10,3	34,6
Закарпатська	309,3	11,2	27,5	306,4	11,0	27,7	317,8	11,0	29,0
Запорізька	325,3	13,0	24,9	316,3	12,4	25,4	322,9	12,3	26,3
Івано-Франківська	337,8	10,9	31,0	329,2	10,9	30,1	343,4	10,9	31,4
Київська	343,4	10,1	33,9	317,3	10,2	31,1	335,6	10,0	33,5
Кіровоградська	364,3	12,2	29,8	361,6	12,4	29,1	364,9	12,1	30,1
Луганська	349,1	11,1	31,6	341,9	11,5	29,7	339,4	10,3	32,9
Львівська	327,5	11,5	28,4	321,7	11,6	27,6	345,1	11,7	29,4
Миколаївська	334,5	10,9	30,7	335,3	10,9	30,8	343,7	10,6	32,4
Одеська	348,5	9,3	37,6	342,5	9,6	35,7	347,3	9,5	36,6
Полтавська	315,1	11,4	27,6	331,8	11,4	29,0	341,2	11,1	30,8
Рівненська	347,8	11,9	29,3	340,4	11,6	29,4	354,8	11,8	30,1
Сумська	341,9	11,9	28,8	332,6	11,7	28,3	342,2	11,5	29,7
Тернопільська	355,0	12,1	29,4	343,3	11,9	28,9	353,2	11,7	30,2
Харківська	339,6	10,6	32,0	339,5	10,7	31,8	350,5	10,1	34,8
Херсонська	353,9	9,3	38,1	327,0	9,0	36,5	348,1	8,9	38,9
Хмельницька	328,0	10,2	32,2	317,5	10,3	30,8	331,3	10,6	31,3
Черкаська	325,0	10,5	30,9	328,2	10,5	31,1	341,7	10,6	32,1
Чернівецька	327,7	12,0	27,4	328,3	11,9	27,6	345,6	11,7	29,5
Чернігівська	339,9	11,3	30,0	312,5	11,1	28,0	329,4	11,1	29,7
Місто									
Київ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Севастополь	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Україна	**342,0**	**11,1**	**30,7**	**334,3**	**11,1**	**30,0**	**344,3**	**11,0**	**31,4**

Середнє число днів зайнятих ліжок було набагато вищим за українські показники у таких областях: Кіровоградській – 364,9; Житомирській – 358,2; Рівненській – 354,8; Волинській – 353,5; Тернопільській – 353,2;

Дніпропетровській – 351,6; Харківській – 350,5; Донецькій – 350,2; Івано-Франківській – Херсонській – 348,1; Вінницькій – 347,5, Одеській – 347,3; Чернівецькій – 345,6 та Львівській – 345,1. Однак у багатьох областях спостерігалися показники середнього числа днів зайнятих ліжок набагато нижчі за українські (Закарпатській – 317,8; Запорізькій – 322,9; Чернігівській – 329,4; Хмельницькій – 331,3; Луганській – 339,4; Київській – 335,6; АР Крим – 340,4; Полтавській – 341,2; Черкаській – 341,7; Сумській – 342,2; Івано-Франківській – 343,4 та Миколаївській – 343,7).

Найкращі показники середнього числа днів зайнятих ліжок зафіксовано у Кіровоградській (364,9), Житомирській (358,2) та Рівненській (354,8) областях, найгірші – у Закарпатській (317,8), Запорізькій (322,9) та Чернігівській (329,4) областях. Показники середнього перебування хворого на ліжку по Україні становили 11,0 (2012 р. – 11,1). Ці показники були нижчими за середньо-українські у Херсонській (8,9), Одеській (9,5), Київській (10,0) та Харківській (10,1) областях, вищими – у Донецькій (12,7), Запорізькій (12,3) та Кіровоградській (12,1) областях. Середні показники обігу ліжка мали тенденцію до збільшення (з 30,7 у 2010 р. до 31,4 у 2012 р). Ці показники були вищими за середні по Україні у Херсонській (38,9), Одеській (36,6), Харківській (34,8), Житомирській (34,6), Київській (33,5) областях, а значно нижчими – у Запорізькій (26,3), Донецькій (27,6), Закарпатській (29,0), Львівській (29,4), Чернівецькій (29,5), Чернігівській та Сумській (29,7) областях.

Важливим у функціонуванні системи охорони здоров’я є кадрове забезпечення як лікарями, так і СМП. На різних адміністративних територіях спостерігаються різні показники кадрового забезпечення ОЛ (табл. 2.13). Число посад лікарів (без зубних) у цілому по закладах України становило 9424 штатні посади, а зайнятих – 9057 посад, що на 367 менше. Число фізичних осіб лікарів на зайнятих посадах у цілому по закладу дорівнювало 8019, що на 1405 (15%) осіб менше, ніж необхідно за штатним розкладом. У багатьох областях фізичні особи перевищили штатних посад (Вінницька: штатних осіб – 341,75, фізичних – 352, що на 10,25 більше; Львівська: штатних посад – 478,75, фізичних – 509, що

на 30,25 більше). В інших областях України співвідношення фізичних осіб до штатних посад було меншим за потребу.

Таблиця 2.13

Кадровий потенціал обласних лікарень у 2012 році

Адміністративно-територіальна одиниця	Число посад лікарів (без зубних)				Число лікарів на зайнятих посадах по закладу	Число посад середнього медперсоналу			
	по закладу		у т.ч. по поліклініці			по закладу		у т.ч. по поліклініці	
	штатних	зайнятих	штатних	зайнятих		штатних	зайнятих	штатних	зайнятих
АР Крим	466	434	52,25	48,25	3850	706,25	704	46,25	46,25
Область									
Вінницька	341,75	337,25	53	52,75	352	610,25	605,50	58	56
Волинська	355,25	353,50	45,50	45	332	623,75	621,75	46,50	45,50
Дніпропетровська	436,50	412,25	63,75	60,75	406	729,75	716,25	47	43,25
Донецька	827	808,50	248	248	645	1200,50	1200,50	262,25	262,25
Житомирська	324,75	315,25	45,25	44	264	672,50	672,50	39,50	39,50
Закарпатська	171,25	171,25	33,50	33,50	169	363	363	26,75	26,75
Запорізька	386,75	346	33,25	31,75	290	740,50	687,75	55	50,50
Область									
Івано-Франківська	381,25	357,50	48,75	46,75	372	697,50	684,75	45,25	43
Київська	546,75	519,25	118,50	110	446	931,25	925,25	146,25	145,50
Кіровоградська	372,25	359,50	32	32	283	712,50	705	37,50	37,50
Луганська	468,25	441,25	87	86	358	801,50	801,50	103,75	103,75
Львівська	478,75	474	32,25	32,25	509	877	874	29	29
Миколаївська	251,25	251,25	22,25	22,25	206	344,50	344,50	19,50	19,50
Одеська	614	612,25	81,25	81,25	502	1055,75	1055,25	85,25	85,25
Полтавська	329,75	311,50	45,25	44,25	273	582,75	576,25	31,50	31,50
Рівненська	392	363,75	48	46	317	664,50	647,75	53,50	53,25
Сумська	241	235	26,75	26,75	189	474,75	474,75	28,50	28,50
Тернопільська	225	219,25	32,75	32	208	401	398,50	32,50	31
Харківська	473	436,75	36,75	34	383	753	660,75	38,50	36,25
Херсонська	271,50	261,50	55,25	51,75	203	502,50	502,50	49	49
Хмельницька	286,50	272,50	28,25	26,50	257	578,25	543	32	27
Черкаська	320,25	314,25	34,25	33,75	252	706,25	704,75	39	39
Чернівецька	257,25	255,25	16,50	16,50	247	455,75	454,75	18	18
Чернігівська	206	194,25	24,75	23,75	171	454,25	450,75	23,25	23
Україна	**9424**	**9057**	**1345**	**1309,75**	**8019**	**16639,50**	**16375,25**	**1393,50**	**1370**

Примітка: обласні лікарні міст Києва та Севастополя підпорядковуються регіональним УОЗ

Число посад СМП у цілому по закладах України становило 16 639,50 штатної посади і 16 375,25 зайнятої, що на 264,25 (1,6%) менше за потребу. Це простежувалося майже по всіх областях. У Херсонській (578,25), Сумській (474,75), Миколаївській (344,50), Луганській (801,50), Закарпатській (363,00),

Житомирській (672,50) та Донецькій (1200,50) областях зайнято 100% штатних посад. Співвідношення штатних посад СМП до лікарів становило 1:1,76, а зайнятих посад медичних сестер (16 375,25) до зайнятих посад лікарів (9057) – 1,48. Показники співвідношення і штатних посад і зайнятих посад були нижчими за європейські, де ці показники склали 1 до 2.

Укомплектованість у середньому по Україні дорівнювала 96,11%. У спеціалізованих лікарнях показник укомплектованості штатних посад лікарів був значно нижчим і в середньому по Україні становив 86,97% (від 78,42% в Одеській області та м. Києві до 100% у Чернівецькій), (див. табл. 2.14).

Укомплектованість штатних посад лікарів у 2011 р. в ОЛ склала 96,11%, спеціалізованих лікарнях – 86,97%, клініках НДІ – 91,20%. З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу ОЛ і ВМНЗ IV рівнів акредитації необхідно створити університетські клініки – об'єднати ці заклади у формі корпорації згідно з чинним законодавством, базовим елементом якої є ОКЛ.

Університетська клініка – невід'ємна складова системи охорони здоров'я регіону, основною метою якої є задоволення визначених потреб населення у медичній допомозі третинного рівня. Водночас університетська клініка використовується як клінічна база для до- і післядипломної підготовки та проведення наукових досліджень.

У період реформування сфери охорони здоров'я слід створити умови для проведення структурних і кадрових перетворень на всіх рівнях. Для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я третинного рівня медичної допомоги необхідно:

– визначити (Міністерством охорони здоров'я) квоти для клінік НДІ з метою надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги;

– створити на базі клінік НДІ, які обслуговують населення всієї країни, холдинги, що об'єднують заклади різного підпорядкування та форм власності;

– забезпечити (Міністерством охорони здоров'я) стратегічне управління ними в рамках національної системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.14

Укомплектованість штатних посад лікарів у 2012 році

Адміністративно-територіальна одиниця	Обласні лікарні			Спеціалізовані лікарні			Клініки НДІ		
	Число посад лікарів (без зубних)			Число посад лікарів (без зубних)			Число посад лікарів (без зубних)		
	штатних	зайнятих	укомплек-тованість (%)	штатних	зайнятих	укомплек-тованість (%)	штатних	зайнятих	укомплек-тованість (%)
АР Крим	466	434	93,13	85,50	78,75	92,11	52,75	45	85,31
Область									
Вінницька	341,75	337,25	98,68	98,25	91,50	93,13	45,25	38	83,98
Волинська	355,25	353,50	99,51	57,50	55,25	96,09	–	–	–
Дніпропетровська	436,50	412,25	94,44	127,25	120,50	94,70	161,50	146,50	90,71
Донецька	827	808,50	97,76	379,50	358,25	94,40	222,25	211	94,94
Житомирська	324,75	315,25	97,07	61,50	56,50	91,87	–	–	–
Закарпатська	171,25	171,25	100	188,50	180,75	95,89	–	–	–
Запорізька	386,75	346	89,46	153	140,50	91,83	46,50	44	94,62
Івано-Франківська	381,25	357,50	93,77	93	81,75	87,90	9,75	8,75	89,74
Київська	546,75	519,25	94,97	53,50	48	89,72	–	–	–
Кіровоградська	372,25	359,50	96,57	33	27	81,82	–	–	–
Луганська	468,25	441,25	94,23	93	91,50	98,39	–	–	
Львівська	478,75	474	99,01	166,50	157,50	94,59	–	–	–
Миколаївська	251,25	251,25	100	120	117,75	98,13	–	–	–
Одеська	614	612,25	99,71	202,75	159	78,42	95,25	87,75	92,13
Полтавська	329,75	311,50	94,47	143	126	88,11	–	–	–
Рівненська	392	363,75	92,79	43,50	34,75	79,89	–	–	–
Сумська	241	235	97,51	31,75	30,75	96,85	–	–	–
Тернопільська	225	219,25	97,44	40,25	36,25	90,06	–	–	–
Харківська	473	436,75	92,34	422,75	360,50	85,27	149,75	124,50	83,14
Херсонська	271,50	261,50	96,32	55,75	44	78,92	–	–	–
Хмельницька	286,50	272,50	95,11	63	56,75	90,08	–	–	–
Черкаська	320,25	314,25	98,13	16,75	16,50	98,51	–	–	–
Чернівецька	257,25	255,25	99,22	18,25	18,25	100	–	–	–
Чернігівська	206	194,25	94,30	7,25	7	96,55	–	–	–
Місто									
Київ	–	–	–	988,25	755,25	76,42	199,75	190,75	95,49
Севастополь	–	–	–	52,50	50,50	96,19	–	–	–
Україна	**9424**	**9057**	**96,11**	**3795,75**	**3301**	**86,97**	**982,75**	**896,25**	**91,20**

Примітка: обласні лікарні міст Києва та Севастополя підпорядковуються регіональним УОЗ

При цьому на всіх рівнях надання медичної допомоги слід: переглянути і підвищити вимоги до ліцензування та акредитації, деформалізувати ці процеси, передати в оперативне управління ресурси всіх закладів охорони здоров'я первинного рівня на районні/міські, вторинного – на обласний, третинного – на державний рівень. Все вищезазначене потребує внесення відповідних змін до чинної нормативної бази і насамперед до Основ законодавства України про охорону здоров'я, проект якого знаходиться на розгляді у Верховній Раді України, а також до Бюджетного кодексу України.

2.3. Практика фінансування та використання коштів на утримання охорони здоров'я

Фінансування системи охорони здоров'я потребує нових підходів. У цьому переконані не тільки медичні працівники, а й населення, яке не може в повному обсязі отримати конституційно гарантовану допомогу. Недоліки цієї системи, кардинальні зміни у соціально-економічній сфері, незадовільна екологічна та демографічна ситуація вимагають нагального вирішення актуальних проблем галузі охорони здоров'я, удосконалення організації і поліпшення її діяльності. Щорічне збільшення фінансування охорони здоров'я без запровадження інструментів підвищення ефективності використання ресурсів та мотивації медичних працівників до підвищення якості послуг, що надаються населенню, не дозволяє поліпшити медичне обслуговування.

Проблеми фінансування галузі охорони здоров'я порушувались у наукових працях вітчизняних учених В. Андрущенка, Й. Бескида, О. Василика, О. Величко, В. Войцехівського, С. Кондратюка, В. Лехана, З. Лободіної, Д. Полозенка, Ю. Пасічника, Я. Радиша, І. Радь, О. Тулай, С. Юрія та ін. Заслуговують на увагу і праці російських науковців Ю. Лісіцина, Р. Салтмана, В. Семенова, Л. Трушкіної, І. Шеймана та ін. Проте в економічній літературі ще недостатньо проаналізована необхідність удосконалення сучасної охорони здоров'я, що й обумовило вибір теми дослідження.

У сфері охорони здоров'я в Україні спостерігається безліч негативних тенденцій, що є результатом системної кризи всієї сфери охорони здоров'я. Суть у тому, що модель організації системи охорони здоров'я України (отримана у спадок від СРСР), у сучасних ринкових умовах не може відповідати потребам населення.

На відміну від усіх інших галузей охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від державного бюджетного фінансування. Розвиток та залучення інших джерел фінансування стримується недостатнім зацікавленням приватного сектора та дещо негативним ставленням з боку державних органів

управління охороною здоров’я до підприємництва у сфері охорони здоров’я в цілому. Тому у сфері фінансування галузі охорони здоров’я першочерговою проблемою є нестача державних коштів, що веде до зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги. Дефіцит фінансування не дозволяє здійснювати своєчасне оновлення морально і фізично застарілого обладнання, а заробітна плата медичних працівників залишається низькою і не залежить від обсягу та якості наданих медичних послуг. Але, загальновідомо, що не тільки обсяг фінансування визначає якість медичної допомоги, а раціональне використання наявних ресурсів. Що стосується вітчизняної системи охорони здоров’я, то на думку експертів вона витратна й неефективна. Це пояснюється тим, що при обмеженому фінансуванні, яке розподіляється за “залишковим” принципом, розпорядники не завжди раціонально розподіляють бюджетні ресурси, які виділяються на цю галузь. В таких умовах збільшення фінансування при існуючій системі розподілу бюджетних коштів і організації медичної допомоги якісних змін в охороні здоров’я досить проблематично.

У той же час у системі охорони здоров’я і особливо у сфері надання лікувальних послуг розвиваються неконтрольовані механізми пристосування до ринкового середовища. Пацієнти платять за ліки і витратні матеріали, харчування, постіль, оплачують послуги молодшого та середнього медичного персоналу, сплачують “тіньові” благодійні внески, широко поширені неофіційні платежі пацієнтів. Як серед пацієнтів, так і серед лікарів зростає невдоволення існуючим станом справ. За таких обставин з одного боку, не забезпечується конституційне право громадян на безоплатну медичну допомогу, а з іншого боку, галузь охорони здоров’я зазнає негативного та непередбачуваного впливу ринкових коливань, що призводить до негативних наслідків.

Для формулювання змістовних пропозицій щодо оптимізації фінансування галузі охорони здоров’я та її розвитку, варто визначити деякі основні недоліки і оцінити сучасний стан охорони здоров’я, який характеризується:

– низьким рівнем навантаження на первинну ланку медико-санітарної допомоги;

– деформованою та неефективною структурою медичних закладів, яка не відповідає реальним потребам галузі;

– система фінансування галузі здійснюється за кодово-бюджетним принципом і не прив'язана до наданих послуг;

– низьким рівнем позабюджетного фінансування;

– неефективним використанням наявних ресурсів.

Проте реалізація стратегічних цілей системи охорони здоров'я стикається з комплексом проблем економічного, демографічного, технологічного, політичного, екологічного характеру. Безпрецедентні темпи постаріння населення, зміна темпу патології на переважно хронічний, значна поширеність нездорового способу життя обумовлюють зростання потреби в обсягах медичного обслуговування, що вимагає додаткових витрат і ресурсів. Розвиток нових медичних технологій та підвищення рівня освіченості в питаннях здоров'я сприяє збільшенню вартості медичної допомоги та підвищенню очікувань громадян щодо її якості.

Водночас випереджаючий темп зростання витрат на медичну допомогу порівняно з темпами збільшення ВВП країни, кризові явища в багатьох регіонах обумовлюють пошук шляхів зменшення витрат та раціонального використання наявних ресурсів. За таких умов виникає та поглиблюється конфлікт інтересів, який полягає у невідповідності між завданнями, що стоять перед системою охорони здоров'я в плані підвищення доступності й якості послуг, забезпечення рівності, справедливості та фінансово-економічними можливостями їх реалізації.

Існують різні типи системи охорони здоров'я. Так, є країни з переважно державною системою охорони здоров'я (Велика Британія, Греція, Італія, Іспанія, Данія, Ірландія, Португалія), що ефективно працює за умови достатніх ресурсів держави. У таких країнах, як Австрія, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Франція, система охорони здоров'я функціонує на засадах страхової медицини

та за різних фінансових умов. А от у США, Південній Кореї та деяких інших країнах із переважно приватною системою охорони здоров'я медицина ефективно працює лише для заможних груп населення.

Реалії свідчать, що подальший розвиток системи охорони здоров'я можливий за умови подолання існуючих недоліків таких як: нові загрози та захворювання, зростання вартості послуг, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів, швидке поширення хвороб унаслідок зростання мобільності, підвищені вимоги до доступності та якості медичної допомоги.

Що стосується доступності, то це – основна мета системи охорони здоров'я населення, а її передумови полягають у збалансованості необхідних обсягів медичної допомоги з можливостями та ресурсами держави. Якість медичної допомоги в свою чергу, відзначається сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню розвитку медичної науки і технології. Основними характеристиками якості медичної допомоги є адекватність, доступність, наступність і безперервність, результативність, ефективність, безпека, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб, стабільність процесу й результату, постійне вдосконалення та поліпшення.

У такому контексті, можна сказати, що система охорони здоров'я певною мірою відображає стан суспільства, не лише орієнтуючись на цільові показники здоров'я, але й ураховуючи загальні цінності. Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, принципами та співвідношенням елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, релігією тощо.

Зауважимо, що видатки на охорону здоров'я впливають на економічний розвиток держави, а впровадження ефективних механізмів фінансування – це важлива складова процесу реорганізації системи охорони здоров'я. Однак бюджетне фінансування лікувально-профілактичних заходів здійснюється в обмежених розмірах, а формування обсягів видатків відбувається з розрахунку нормативу на одного жителя, внаслідок чого медичні установи фінансуються за

кількістю лікарняних ліжок та штатних посад. Крім того, кошти виділяються не з урахуванням якісних показників діяльності закладу охорони здоров'я, а виходячи з формальних цифр, що характеризують його розміри. Тому забезпечення достатнього за обсягами фінансування є ключовим аспектом нормального функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні. Так, наприклад, кожна з країн Європейського Союзу у певний час вдавалась до реформування національної системи охорони здоров'я, кожна з яких проходила власний шлях, але проблеми, які вирішувались, були однаковими, а основною - забезпечення достатнього фінансування медичної галузі. У країнах Східної Європи (Польщі, Естонії, Хорватії, Угорщині, Словенії), що відзначаються досить високим рівнем формальної зайнятості населення, новий підхід до фінансування охорони здоров'я був зорієнтований не на збільшення об'єму витрат, а їх раціональне використання, а в країнах з менш формальною економікою (Росія, Румунія, Албанія) не було запроваджено механізм ефективного фінансування через особливості виплат та оподаткування.

Серед проблем та недоліків організації охорони здоров'я сьогодення, в Україні саме фінансова проблема в умовах кризи вийшла на перше місце. Але її зміст зводиться не тільки до недостатності коштів, які у державному й місцевому бюджетах виділяються для забезпечення її діяльності, а у відсутності стимулів до зниження витрат і підвищення якості медичного обслуговування; недостатньому стимулюванні працівників лікувальних закладів та неефективному використанні бюджетних коштів.

Для кращого розуміння змісту бюджетного фінансування охорони здоров'я здійснимо науковий екскурс у минуле. Важливе історичне значення у системі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я має 1912 рік - період царської Росії. У загальному сума витрат за цей рік склала 28565643 рублі, де витрати на систему охорони здоров'я з царської казни становили 1 475 184 рублі (5,17 % загальної річної суми державних фінансових витрат на медичне забезпечення); фінансові витрати працюючому населенню на медичну допомогу, сплачені земствами та містами становили 21948621 рубль (76,83%);

громадські організації та приватні особи сплатили на медичне забезпечення 5141829 рублі в (18%). Такі статистичні дані вказують, що на землях України-Русі існувала узаконена державою система трьохканальності у фінансуванні охорони здоров'я, при якій населення отримувало законодавчо встановлений (у розрахунку на одного мешканця) гарантований рівень обсягу медичної допомоги, а значна частка фінансування була покладена на місцеві органи самоврядування та працююче населення.

Ретроспективний аналіз стану фінансування охорони здоров'я за радянських часів свідчить, що в період з 1917 по 1928 рік на землях України, поєднувалася державна і фабрично-заводська медицина – власний варіант медичного страхування у ті роки [9; 10; 12; 53].

Огляд та аналіз стану фінансування медичного забезпечення населення України в роки НЕПу (1923-1928) (табл. 2.15) засвідчує, що частка витрат з державного бюджету на охорону здоров'я не була стабільною і щорічно зменшувалась, проте показник фінансових витрат на медичну галузь з бюджету держави перебував у межах 8,0-9,6% [53; 55].

Таблиця 2.15

Фінансування системи охорони здоров'я в період НЕПу (1923-1928 рр.)

Фінансові роки	Державні асигнування			Кошти місцевих бюджетів		Інші джерела фінансування		Усього коштів на систему охорони здоров'я
	Витрати з державного бюджету (%)	Абс. дані	У структурі витрат на ОЗ	Абс. дані	У структурі витрат на ОЗ	Абс. дані	У структурі витрат на ОЗ	
1923/24	4,9	3216812	9,6	10902100	32,6	4612009	13,8	33461689
1924/25	4,6	4475414	8,4	17079700	32,0	7342450	13,8	53375107
1925/26	4,4	6451160	8,0	25728800	31,6	10987291	13,5	81430679
1926/27	4,1	8110202	8,0	33183200	32,1	10836829	10,4	103216699
1927/28	3,8	8867525	8,1	38502500	35,3	11372064	9,9	109266089

**Розраховано автором на основі [9; 53; 55]*

Таким чином, видатки з державного бюджету на охорону здоров'я у загальній структурі витрат складали 8,42%, а покриття витрат за отриману медичну допомогу у 32,72% здійснено за кошти місцевих бюджетів, що більше від державного фінансування у 4 рази, на інші джерела фінансування припадало 11,86%, що в 1,5 рази більше суми витрат державних грошей на потреби медичної галузі. Керівництво країни Рад, запровадивши у 1929 р. централізовану систему управління народногосподарським комплексом, у фінансуванні системи охорони здоров'я перейшло лише на бюджетне фінансування. Пізніше розпочинаючи з 1951 р., крім коштів державного бюджету, на медичну галузь додатково та щорічно виділялося ще по 500 млн. крб., і вже з 1960 р. подібні фінансові додаткові асигнування на охорону здоров'я складали 900 млн. крб. на рік, тоді як з 1970 р. – 2,5 млрд. крб., з 1980р. – 4,2 млрд. крб., з 1985 р. – 5,5 млрд. крб., у 1988 р. – 7,0 млрд. крб.

Також зазначимо, що додаткові фінансові вливання в систему охорони здоров'я з позабюджетних асигнувань було здійснено за розпорядженням тодішнього уряду "... різноманітними міністерствами та відомствами, колгоспами, громадськими організаціями та фондами" [53; 269].

Очевидно, що функціонування системи охорони здоров'я не відповідало вимогам як суспільства у цілому, так і кожного індивідуума зокрема, проблеми поглибилися і надалі перейшли у спадок. Статистичні дані табл. 2.16, показують, що у суспільно-політичному розвитку України фінансування семашківської системи охорони здоров'я протягом останніх 15 років здійснюється в основному з бюджету держави. З огляду на статистичні величини, а саме показник абсолютного приросту (+15,1 млрд. грн.) та показник темпу приросту (+7,04 %) бачимо, щорічне збільшення на макрорівні держави показника загального обсягу видатків з бюджету держави на систему охорони здоров'я у 7,04 рази. Проте показник видатків з бюджету на систему охорони здоров'я щодо ВВП країни у динаміці в аналізованому періоді має досить хвилеподібний характер 2,7-4,8 %, а у 2008 р. даний показник становив 3,0 % і в 0,6 рази був меншим за значимістю, ніж у 1998 р. Наведене свідчить

про не досить високий рівень фінансування охорони здоров'я, що в результаті призвело до розбалансованості процесу управління в цій системі.

Таблиця 2.16

Фінансування системи охорони здоров'я в Україні у 1998-2012 рр.*

Роки	Видатки на охорону здоров'я (млрд. грн.)	Питома вага видатків на охорону здоров'я щодо		Обсяг видатків у розрахунку на одного мешканця України (грн.)
		ВВП (%)	загальної суми видатків (%)	
1998	2,5	4,8	10,7	49,1
1999	3,1	3,9	9,4	61,4
2000	3,5	4,3	11,6	69,1
2001	3,6	3,5	11,6	72,1
2002	3,8	2,9	10,9	72,6
2003	4,8	2,9	12,2	89,3
2004	6,2	2,7	11,2	112,2
2005	7,3	2,8	12,5	134,3
2006	9,7	3,2	12,8	169,5
2007	11,9	2,8	12,0	186,8
2008	12,5	3,0	12,1	257,6
2009	17,6	3,3	12,5	360,3
2010	17,9	3,4	12,7	428,1
2011	18,1	3,6	12,9	526,2
2012	18,3	3,7	13,1	640,7

**Розраховано автором на основі [169;269]*

Протягом 2003-2012 рр. показник ВВП зріс, що говорить про позитивні зрушення в економіці, але, питома вага видатків на охорону здоров'я щодо ВВП має нерівномірний характер.

У сучасних умовах в Україні науковці О. Надюк, Г. Ковальчук, В. Попкова, М. Шипуліна, виділяють проблеми у системі фінансування галузі охорони здоров'я, які на наш погляд потребують особливої уваги, а саме:

– відсутність на законодавчому рівні чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватися у державних і комунальних закладах охорони здоров'я безкоштовно на кожному рівні при відповідному фінансуванні цих закладів;

– низький та недостатній рівень фінансування галузі охорони здоров'я, що покривається особистими видатками громадян на медичні послуги;

– неможливість ефективно здійснювати управління обмеженими ресурсами в умовах системи постатейного фінансування ЛПЗ [170; 175].

На думку таких науковців, як О. Амоша, В. Антонюк, О. Гордей, О. Новікової відтоді як Україна здобула незалежність, суттєвих змін у структурі та організації системи охорони здоров'я не відбулося, оскільки:

– недостатність державних коштів призводить до заміщення безоплатної медичної допомоги платною, відбувається нерегульоване та не контрольоване зростання цін на медичні послуги, що поширює неофіційний ринок надання медичної допомоги;

– повільними темпами реалізуються заходи щодо формування багато-канального фінансування;

– державні та комунальні медичні заклади залишаються у статусі бюджетних установ;

– недосконалість нормативно-правової бази та її невідповідність міжнародним вимогам. Можна також доповнити, що структура фінансових надходжень призводить до порушення ключових принципів організації системи охорони здоров'я, а темпи технічної модернізації медичних установ не відповідають потребам [169; 175].

В. Глухова, В. Тропіна розглядаючи кошти державного бюджету, бюджетів місцевого та регіонального рівнів, як джерело фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я, зазначають, що бюджетне фінансування забезпечує: рівний доступ до медичної допомоги; можливість оптимізувати систему охорони здоров'я в національному масштабі; відносну простоту технологій фінансування й оплату праці в цій сфері. Виокремлено джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я та напрямки їх використання, які ми вважаємо суттєвими та наводимо на рис. 2.5. Слід зазначити, що більша частина фінансових ресурсів держави (66,8-73,4%) була спрямована на фінансування лікарень і санаторно-курортних закладів і 12,8% – на поліклініки й амбулаторії, швидку й невідкладну допомогу. На санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і установи виділялося в середньому 5%; витрати на

дослідження у сфері охорони здоров'я складали 9,0-14,2%. Тут можна сказати про відсутність фінансування установ на медичну продукцію та обладнання.



Рис. 2.5. Джерела формування та напрями використання фінансових ресурсів спрямованих на охорону здоров'я*

**Складено автором на основі [169; 185; 260]*

На нашу думку, такий перерозподіл фінансових ресурсів між установами галузі охорони здоров'я потребує удосконалення, оскільки саме поліклініки й амбулаторії, станції швидкої і невідкладної допомоги виступають важливою частиною системи охорони здоров'я. З огляду на розглянуте, ми враховуючи загальне зниження людського потенціалу, підтримуємо думку Т. Затонацької про необхідність поступового переходу до медичного страхування, що дозволить здійснювати не лише лікування, а й профілактику захворювань. Кошти, які спрямовуються з бюджету на охорону здоров'я, можна витратити на придбання сучасного медичного обладнання з метою переоснащення лікарень.

Протягом останніх років як встановлено аудитом, фінансування заходів охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів складало близько 3,5% ВВП.

За даними Рахункової палати України 20 із 23 державних цільових програм у галузі охорони здоров'я не відповідають вимогам чинного законодавства, так як не передбачають загального обсягу коштів, що необхідні для виконання програм; не містять вартісних та часових показників щодо виконання заходу; не розмежовують джерела для фінансування програм; не наводять розрахунків очікуваних результатів. За такої ситуації маємо просте фінансування окремих медичних установ за бюджетні кошти, без врахування забезпечення державних пріоритетів у галузі охорони здоров'я. Як помічаємо (див. табл. 2.17) сумарні видатки на охорону здоров'я у загальному фонді Державного бюджету України зросли з 6,4 млрд. грн. до 16,9 млрд. грн., обсяги видатків на охорону здоров'я місцевих бюджетів у аналізований період зросли з 5,3 млрд. грн. до 13,4 млрд. грн. або у 2,5 рази, Державного бюджету – з 1,1 млрд. грн. до 3,5 млрд. грн. або у 3,2 рази.

Таблиця 2.17

Динаміка обсягів видатків Зведеного, Державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я України за 2008-2012 рр.*

Обсяги видатків бюджетів на охорону здоров'я, млрд. грн.	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Зведений	6,4	8,4	12,1	12,4	16,6
Державний	1,1	1,8	4,3	2,8	3,2
Місцеві	5,3	6,6	7,8	9,6	13,4

**Розраховано автором на основі [97; 193]*

Питому вагу видатків Зведеного, Державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я в загальному обсязі ВВП за останні роки проілюструємо на рис. 2.6.

З огляду на наведене можна відмітити, що видатки на медичну галузь характеризуються нестабільною динамікою. Хоч відбувається щорічне збільшення номінальних обсягів видатків, але їх економічна та функціональна структури залишаються майже без змін, що вказує на відсутність стратегічних підходів до перспективних цілей та ручне управління у фінансуванні галузі охорони здоров'я.

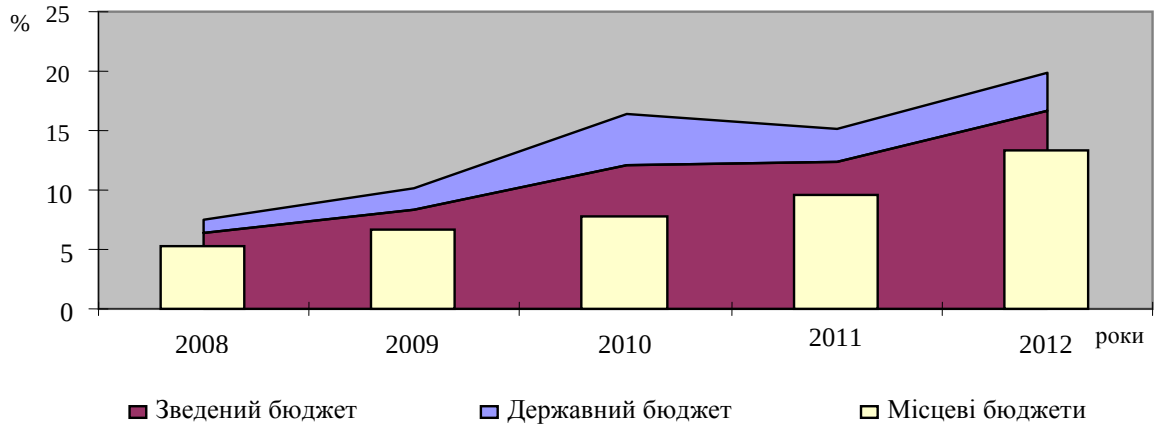


Рис. 2.6. Динаміка частки видатків на охорону здоров'я Зведеного, Державного та місцевих бюджетів України у ВВП за 2008-2012 рр.*

**Розраховано автором на основі [96; 97; 193]*

Через обмеженість коштів у секторі охорони здоров'я, вони спрямовуються переважно на захищені статті (фонд зарплати, харчування), при цьому на лікувальний процес спрямовується близько 10-15% загальних витрат (табл. 2.18).

Таблиця 2.18

Динаміка видатків Зведеного бюджету України на фінансування закладів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, відповідно до економічної класифікації за 2007-2012 рр.*

Призначення видатків	Роки									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%
Зарплата з нарахуваннями	4278,3	57,9	4346,2	58,2	4540,1	59,0	5392,8	59,4	7926,5	69,02
Медикаменти	921,4	12,8	987,8	13,2	1061,9	11,7	1142,5	12,6	1319,7	11,49
Продукти харчування	296,7	3,9	302,5	4,1	314,9	4,1	316,2	3,5	461,6	4,02
Комунальні послуги та енергоносії	574,8	8,2	621,2	8,3	689,0	9,0	705,3	7,8	797,6	6,95
Придбання обладнання	201,4	2,8	234,6	3,1	256,2	2,1	711,0	7,8	493,7	4,3
Інші видатки	876,5	13,0	975,3	13,1	1088,6	14,1	809,1	8,9	540,8	4,71
Всього	7149,1	100	7467,6	100	7694,2	100	9447,4	100	12203,4	100

**Розраховано автором на основі [96; 97; 193; 250]*

Реалії свідчать, що подальший розвиток системи охорони здоров'я можливий за умови подолання існуючих недоліків таких як: нові загрози та захворювання, зростання вартості послуг, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів, швидке поширення хвороб унаслідок зростання мобільності, підвищені вимоги до доступності та якості медичної допомоги.

Що стосується доступності, то це – основна мета системи охорони здоров'я населення, а її передумови полягають у збалансованості необхідних обсягів медичної допомоги з можливостями та ресурсами держави. Якість медичної допомоги в свою чергу, відзначається сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню розвитку медичної науки і технології. Основними характеристиками якості медичної допомоги є адекватність, доступність, наступність і безперервність, безпека, результативність ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб, стабільність процесу й результату, постійне вдосконалення та поліпшення. У такому контексті, можна сказати, що система охорони здоров'я певною мірою відображає стан суспільства, не лише орієнтуючись на цільові показники здоров'я, але й ураховуючи загальні цінності.

Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, принципами та співвідношенням елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, релігією тощо. Якщо проаналізувати темпи зростання витрат на систему охорони здоров'я в Україні протягом останніх років, то вони випереджають темпи ВВП. Тому узагальнюючи практику очевидно, що пріоритетною сферою реформування системи фінансування охорони здоров'я є перегляд існуючого механізму розподілу ресурсів залежно від наданих послуг і результатів лікування, так як існуюча система постатейного фінансування не дозволяє прив'язати фінансові потоки до якості та кількості наданих послуг, а така прив'язка є необхідним елементом сучасних підходів до ефективного управління системою надання медичних послуг.

2.4. Аналітичний огляд охорони здоров'я у розрізі регіонів України

Проблеми функціонування системи охорони здоров'я вже давно вийшли за рамки суто медичної сфери та є об'єктом уваги політиків, громадськості, науковців. Здійснення ефективної політики реформування галузі, і, в першу чергу, у регіонах, стає особливо актуальним завданням. Перенесення основних акцентів на регіональний рівень посилює ініціативу та відповідальність місцевих органів влади, адже саме у їх компетенції знаходяться важелі найбільш раціональної організації діяльності системи охорони здоров'я.

Питанням організації управління, фінансування системи охорони здоров'я та її реформування на мікрорівні присвячені праці З.С. Гладуна, Е. В. Ковжарової, В.І. Куценко, Г.І. Тріллєнберг, Я.Ф. Радиша, М.М. Шутова та ін. Водночас практичним аспектам цієї сфери приділено недостатньо уваги.

Відомо, що на організацію та функціонування системи охорони здоров'я впливає значна кількість чинників, які є специфічними та унікальними для кожного регіону. Серед них економічні, демографічні, соціальні, природно-кліматичні, екологічні та інші. Їх дія зумовлює виникнення диспропорцій у наданні медичних послуг населенню міських та сільських місцевостей, відмінностей у якості та доступності такої допомоги, призводить до значної диференціації медико-демографічних процесів у розрізі районів, а в довго-строковому періоді спричиняє посилення просторових розривів та неадекватне забезпечення населення відповідними послугами.

Конституція України гарантує рівні права у отриманні медичної допомоги усім своїм громадянам незалежно від місця їх проживання. Реалізація базового принципу соціальної держави передбачається макроекономічною політикою та відповідними програмами на рівні областей. Зважаючи на це, необхідно розробити ефективну стратегію розвитку системи охорони здоров'я, спрямовану на попередження та зменшення регіональної диференціації, досягнення оптимальної просторової структури, підвищення соціально-економічної ефективності діяльності лікувальних закладів. Її метою має стати

формування оптимальної моделі функціонування сфери охорони здоров'я, яка характеризується адекватним співвідношенням між потребами населення у медичних послугах та ресурсним потенціалом системи охорони здоров'я.

Далі здійснимо аналітичний огляд регіональних систем охорони здоров'я України. Розпочнемо з Подільського регіону. Так, що стосується Вінницької області, то у структурі витрат протягом 2012 р. (рис. 2.7) найбільшу питому вагу (71,3%) займали видатки на оплату праці медичних працівників з нарахуваннями; на медикаменти – 7,0%, на харчування – 3,0%, енергоносії – 8,6%, капітальні видатки – 2,6%, інші – 7,5%.

Порівняно з 2011 р. питома вага видатків на оплату праці зросла на 4,0% через зменшення інших поточних витрат і капітальних видатків. На 0,4% зменшились витрати на медикаментозне забезпечення, на продукти харчування – залишилася на рівні 2010 р., на 0,6% зменшились видатки на енергоносії. Обсяг капітальних видатків зменшився порівняно з 2011 р. на 1,4 млн. грн., або на 0,7%. Зазначимо, що у Вінницькій області проводиться поступове реформування охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі, реорганізації ПМСД, розвитку сімейної медицини, впровадження багатоканального фінансування, страхової медицини.

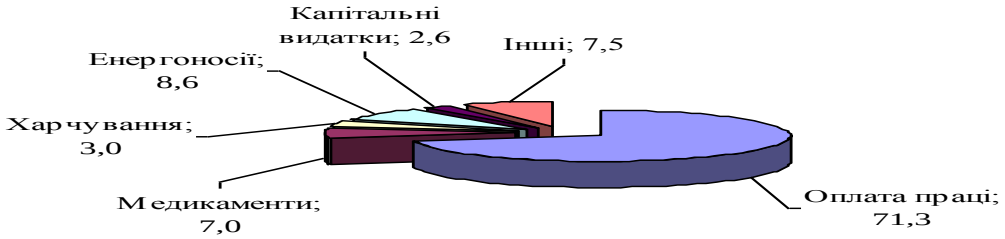


Рис. 2.7. Розподіл витрат на утримання і розвиток лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Вінницької області у 2012 р. (%)*

**Розраховано автором на основі [43; 143]*

У 2012 р. ЛПЗ Вінницької області залучалися до реалізації пілотного проекту, спрямованого на поліпшення здоров'я населення шляхом реформування медичної галузі. Запропонована модель структурно-

функціональної перебудови охорони здоров'я передбачає пріоритет профілактичної медицини, забезпечення якісних доступних медичних послуг, досягнення яких передбачається шляхом зміни принципів бюджетного фінансування, збільшення питомої ваги доступних і високоякісних медичних послуг на первинному рівні, диференціацію закладів охорони здоров'я за критерієм інтенсивності надання медичної допомоги.

Станом на 31.12.2012 р. в Хмельницькій області функціонувало 1215 лікувально-профілактичні заклади МОЗ України, у т.ч.: 36 закладів обласного підпорядкування (з них обласна дитяча лікарня, 7 диспансерів, 3 психіатричні лікарні, 2 туберкульозні лікарні, 6 санаторіїв, стоматологічна поліклініка, 2 станції переливання крові, центр СНІДу, центр невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф, а також 10 інших); 17 закладів у містах обласного значення; 1162 заклади – в сільських адміністративних районах (96 працюють за сімейним принципом). Крім цього, ЛПЗ області представлені приватними структурами та закладами інших міністерств та відомств.

Фінансування системи охорони здоров'я проводиться з бюджетів різних рівнів: державного, обласного та районного, а також за рахунок бюджетів міст і сіл відповідно до розподілу повноважень між державою і органами місцевого самоврядування. У 2012 р. фінансування Хмельницької області склало 1367,1 млн. грн. (2011 р. – 1118, 6 млн грн, 2010 р. – 1011,9 млн грн, 2009 р. – 756, 5млн. грн.), що на 22,5% більше порівняно з 2012 р. (рис. 2.8).

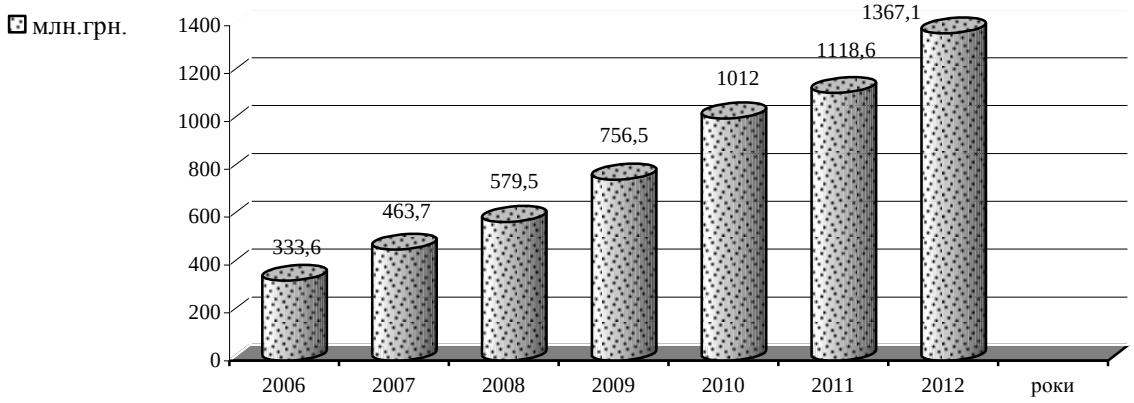


Рис. 2.8. Фінансування системи охорони здоров'я Хмельницької області у 2006-2012 рр. (млн грн)*

В ЛПЗ системи МОЗ України та в закладах підготовки кадрів працювало 5056 лікарів (з них 23,8% пенсійного віку) та 13 149 молодших медичних спеціалістів. Показник забезпеченості населення лікарями – 38,0 на 10 тис. населення, молодшими медичними спеціалістами – 98,8 на 10 тис. населення. За останні роки в області збереглася тенденція щодо зростання щорічних видатків на охорону здоров'я (табл. 2.19).

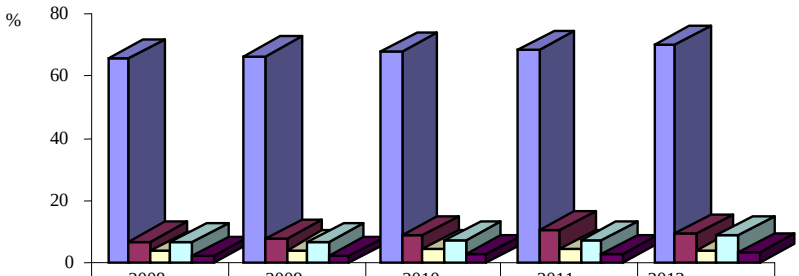
Таблиця 2.19

Фінансування лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Хмельницької області у 2008-2012 рр.*

Показник	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Загальний фонд (млн грн)	768,8	864,6	1126,2	1295,4	1605,4
Спеціальний фонд (млн грн)	61,7	63,4	88,967	91,306	87,5
Загальні обсяги фінансування (загальний і спеціальний фонди, власні надходження), (млн.грн)	856,4	938,0	1215,2	1386,7	1692,9
Фінансовий норматив бюджетного забезпечення в розрахунку на 1 жителя області (грн)	287,6	387,7	512,22	581,57	714,32

**Розраховано автором на основі [45; 143]*

Структура видатків на ЛПЗ охорони здоров'я в бюджеті Хмельницької області 2008-2012 рр. (рис. 2.9).



	2008	2009	2010	2011	2012роки
Заробітна плата	65,7	66,5	67,8	68,5	70,1
Медикаменти	6,9	7,8	8,7	10,3	9,4
Продукти харчування	3,8	4,1	4,3	4,5	4,1
Енергоносії	6,5	6,8	7,1	7,3	8,7
Капітальні видатки	2,2	2,4	2,6	2,8	3,2

Рис. 2.9. Структура видатків лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Хмельницької області за 2008-2012 рр.*

**Розраховано автором на основі [45; 143]*

На придбання медикаментів у 2012 р. спрямовано 90 689,3 тис. грн. На обладнання заплановано та профінансовано видатки у сумі 21 883,1 тис. грн, що на 10 496 більше, ніж у 2011 р. Капітальні ремонти ЛПЗ області складають 16 062,3 тис. грн (у 2011 р. – 10 358,2 тис. грн). Одним із джерел фінансування галузі охорони здоров'я є надходження коштів від надання платних послуг і залучення позабюджетних надходжень.

Протягом 2012 р. за рахунок цих надходжень і залучення позабюджетних коштів надійшло 40 074,0 тис. грн. (див. рис. 2.10): у т.ч. кошти, отримані як плата за послуги, що надаються бюджетними установами відповідно до функціональних повноважень, – 21 214,6 тис. грн (53%), кошти від отриманих благодійних внесків, грантів та дарунків, на виконання окремих доручень – 13 828,9 тис. грн, плата за оренду майна – 2350,1 тис. грн, надходження від господарської діяльності – 2502,5тис. грн.Можна зазначити, що у загальному фінансовий норматив бюджетної забезпеченості формується без певного зв'язку з гарантіями держави стосовно надання безоплатної медичної допомоги, а кошторисне фінансування ЛПЗ не стимулює до пошуку шляхів підвищення ефективності використання наявних ресурсів, крім того, основною проблемою на територіях області є низькі темпи проведення реорганізації мережі ЛПЗ охорони здоров'я.

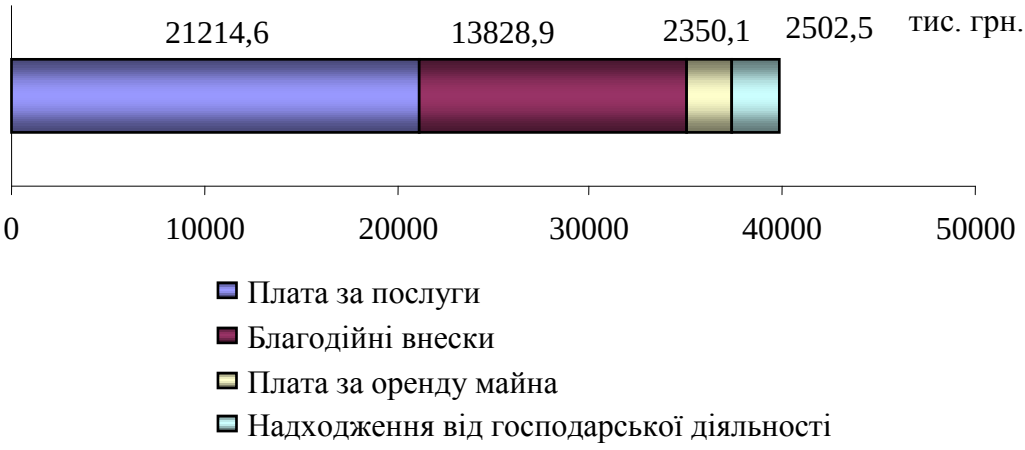


Рис. 2.10. Структура власних надходжень лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Хмельницької області за 2012 р.*

**Розраховано автором на основі [45; 143]*

У Тернопільській області медичну допомогу населенню надано на первинному, вторинному та третинному рівні, нараховано 19 обласних ЛПЗ.

Зведені дані щодо структури ліжкового фонду закладів області та його підпорядкування (обласні, міські, районні) наведено у табл. 2.20 та рис. 2.11.

Таблиця 2.20

Кількість ліжок у лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я Тернопільської області у 2012 р.*

Лікувально-профілактичні заклади	Профіль ліжок			
	терапевтичні	хірургічні	дитячі	акушерсько-гінекологічні
Обласні	390	270	510	195
Міські	330	345	200	180
Районні	1345	981	574	718

**Розраховано автором на основі [44; 143]*

В області зареєстровано 316 приватних, у т.ч. в районах – 142 медичних закладів. У зв'язку з недостатнім фінансуванням галузі більшість бюджетних коштів спрямовано на "захищені" статті витрат (заробітну плату, придбання медикаментів, продуктів харчування, комунальні платежі).

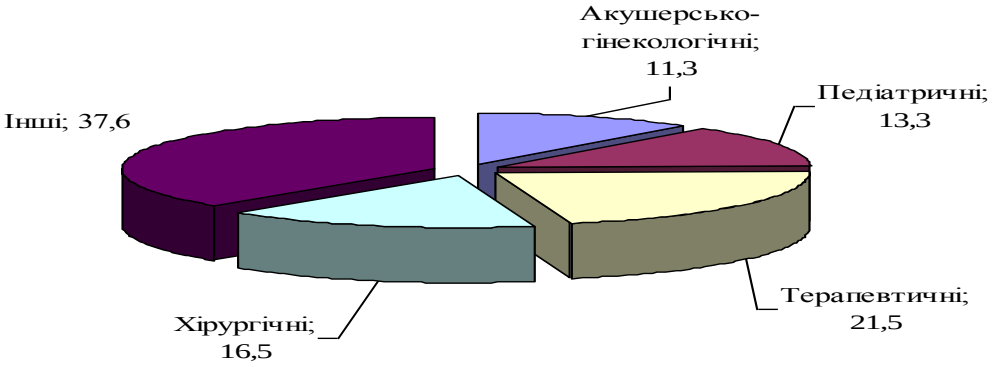


Рис. 2.11. Структура ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Тернопільської області у 2012 р. (%)*

**Розраховано автором на основі [44; 143]*

Коштів на відновлення матеріально-технічної бази було недостатньо, внаслідок чого її зношеність становила понад 70% (рис. 2.12).

Фінансування медичної галузі проведено коштом місцевого бюджету.

Протягом останніх років фінансування галузі становило близько 50% розрахункової потреби. Збільшення коштів бюджету пропорційне процесам інфляції, а це не дає змоги значно поліпшити ситуацію (табл. 2.21).

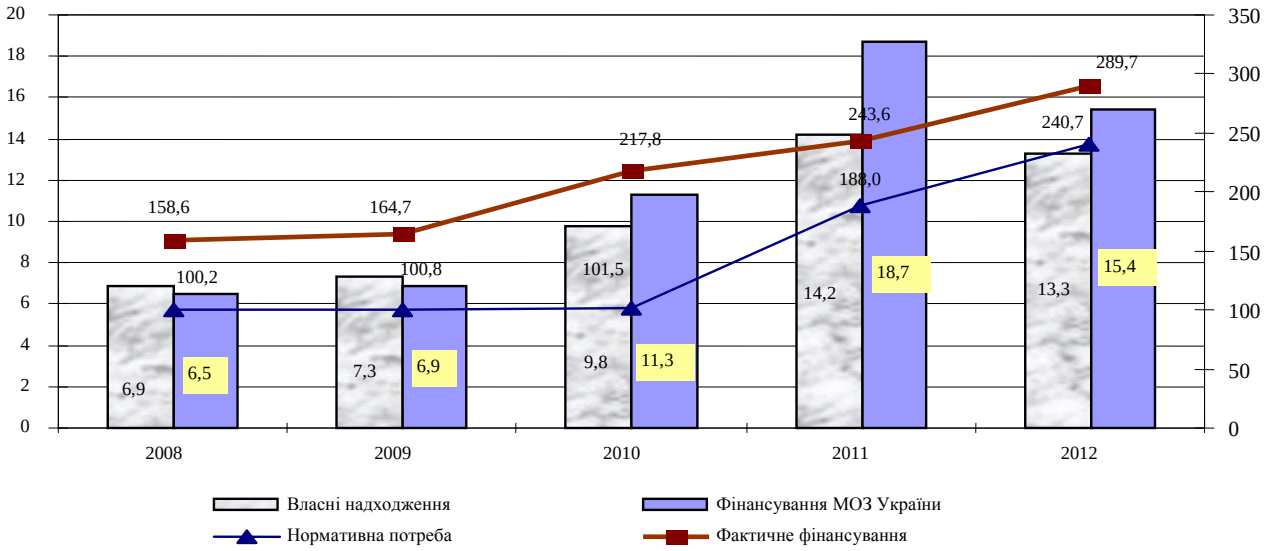


Рис. 2.12. Фінансування та нормативна потреба галузі охорони здоров'я Тернопільської області у 2008-2012 рр. (млн. грн)*

**Розраховано автором на основі [44; 143]*

Недофінансування галузі призвело до неадекватного розподілу бюджетних коштів. Показники фінансування ЛПЗ охорони здоров'я в Тернопільської області за 2008-2012 рр. проілюструємо на рис. 2.13.

Таблиця 2.21

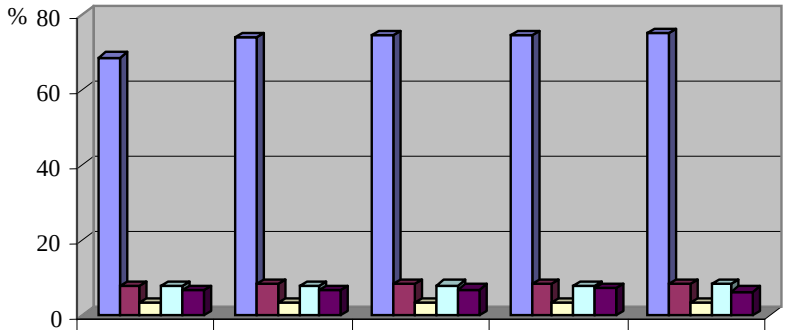
Джерела фінансування галузі охорони здоров'я Тернопільської області у 2008-2012 рр. (млн. грн.)*

Показник	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Надходження коштів у галузь охорони здоров'я, у т.ч.	198,8	210,9	231,9	257,7	307,2
– із загального фонду	183,2	194,1	214,8	239,2	286,3
– зі спеціального фонду	15,6	16,8	17,1	18,5	21,9

**Розраховано автором на основі [44; 143]*

Як вказує рис. 2.13, найбільшу питому вагу за аналізований період займають видатки на оплату праці і нарахування на неї (75,2%) та енергоносії

(8,1%), що не дає змоги спрямувати більше коштів на закупівлю медикаментів – 8,1% (2011 р. – 8,2%, 2010 р. – 8,3%), продуктів харчування – 3,1% (2011 р. – 3,2%, 2010 р. – 3,3%), капітальні та господарські потреби – 6,3% (2011 р. – 6,9%, 2010 р. – 6,8%).



	2008	2009	2010	2011	2012 роки
Заробітна плата	68,7	74,1	74,5	74,8	75,2
Медикаменти	7,8	8,1	8,3	8,2	8,1
Продукти харчування	3,1	3,2	3,3	3,2	3,1
Енергоносії	7,6	7,7	7,9	7,8	8,1
Капітальні видатки	6,5	6,7	6,8	6,9	6,3

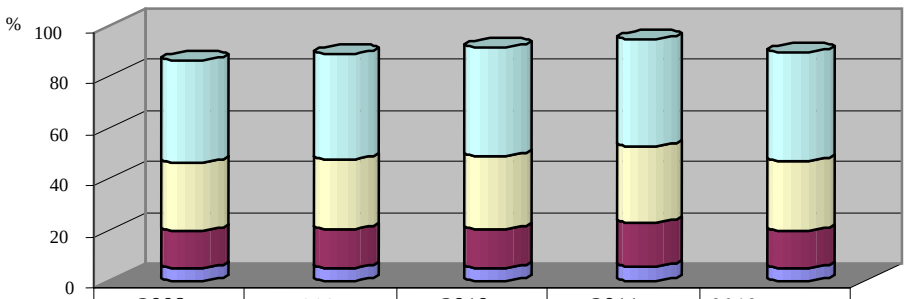
Рис. 2.13. Фінансування лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Тернопільської області за 2008-2012 рр.*

**Розраховано автором на основі [44; 143]*

Для зміцнення матеріально-технічної бази ЛПЗ залучалися позабюджетні кошти, із них по закладах, які фінансуються з: районних бюджетів – 13,5 млн. грн., або 15,54 грн. на 1 жителя; бюджету м. Тернополя – 7,4 млн. грн., або 34,18 грн. на 1 жителя; обласного бюджету – 22,6 млн. грн., або 20,72 грн. у розрахунку на 1 жителя. Далі розглянемо рис. 2.14, де проілюстровано структуру власних надходжень ЛПЗ охорони здоров'я Тернопільської області.

Як помічаємо найбільшу питому вагу у власних надходженнях за 2008-2012 рр. займають надходження від: отримання грантів, дарунків та благодійних внесків, надання платних медичних послуг, господарської та виробничої діяльності та оренда майна.

Система розподілу бюджетних коштів призвела до того, що у закладів охорони здоров'я немає мотивації до зниження необґрунтованої госпіталізації, оптимізації ліжкового фонду, скорочення штатної чисельності працівників.



	2008	2009	2010	2011	2012 роки
Благодійні внески	39,7	40,8	41,9	42,1	42,6
Платні медичні послуги	27,1	27,6	28,8	29,7	27,2
Господарська діяльність	14,2	14,8	15,1	16,8	14,4
Оренда майна	5,1	5,2	5,1	5,8	5,2

Рис. 2.14. Структура власних надходжень лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Тернопільської області за 2008-2012 рр.*

**Розраховано автором на основі [44; 143]*

Основними показниками залишаються ліжко-дні та відвідування, які не дають змоги персоніфікувати витрати і управляти затратним механізмом. Хоч останніми роками збільшується залучення позабюджетних коштів, однак вони не покривають дефіцит бюджетних асигнувань.

Далі охарактеризуємо систему охорони здоров'я та основні показники діяльності Автономної Республіки Крим. Що стосується мережі закладів, то станом на 31.12.2012 р. амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну допомогу населенню республіки надавали 814 установ, зокрема 13 республіканських лікарень, 18 МЛ, 8 міських поліклінік, 6 диспансерів, 6 дитячих МЛ, 6 пологових будинків, 5 стоматологічних поліклінік, 5 санаторіїв, 3 госп-розрахункові поліклініки, 2 республіканські поліклініки, 1 міська жіноча консультація, 15 міських амбулаторій, 12 ЦРЛ, 7 РЛ, 11 ДЛ, 148 СЛА і 521 ФАП. У лікарняних установах республіки розгорнуто 16 526 ліжок. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тис. населення склав 84,5 ліжка проти 85,4 у 2011 р. Середнє перебування хворого в ЛПЗ за 2012 р. дорівнювало 13,1 дня проти 13,6 у 2011 р. У галузі охорони здоров'я в 2012 р. працювало 44 780 осіб, з них 7890 лікарів, 250 провізорів, 17 510 молодших фахівців з медичною і фармацевтичною освітою. Укомплектованість штатних лікарських

посад фізичними особами в ЛПЗ республіки становила 76,0%, у т.ч. в міських ЛПЗ – 78,2%, в республіканських ЛПЗ – 76,3%, в ЛПЗ сільської місцевості – 72,4%, у ЦРЛ – 64,7%, у СЛА – 74,2%. У бюджеті області затверджено на 2012 р. (з урахуванням змін) 1431,2 млн грн, у т.ч. ЛПЗ міст і районів – 909,3 млн грн і установами, що входять до сфери управління МОЗ АР Крим, – 521,9 млн грн.

Основні проблеми у діяльності системи охорони здоров'я республіки полягають поліпшенні фінансування галузі охорони здоров'я із бюджетів усіх рівнів та зміцненні матеріально-технічної бази медичних закладів.

У Волинській області станом на 31.12.2012 р. медичну допомогу населенню області надавали: 16 ЦЛ; 6 РЛ; 13 ДЛ; 4 МЛ; 5 диспансерів; 7 самостійних поліклінік; 6 стоматологічних поліклінік; 88 лікарських амбулаторій; у т.ч. 82 сімейної медицини; 80 з них сільські, у т.ч. 79 сімейної медицини; 797 ФАПів; 106 закладів з денними стаціонарами при АПЗ, на 1492 ліжка в них, що становить 14,4 ліжка на 10 тис. населення.

Ліжковий фонд стаціонарів ЦРЛ – 3114, РЛ – 305, ДЛ – 148, МЛ – 1083, диспансерів – 715. Ліжковий фонд області – 8368 ліжок, або 80,93 на 10 тис. населення. В області функціонувало 103 заклади (підрозділи) сімейної медицини; у т.ч. 74 АЗП/СМ, 8 міських амбулаторій сімейних лікарів.

У закладах ЗП/СМ відкрито 255 дільниць лікарів ЗП/СМ, які обслуговують 581 953 осіб (табл. 2.22).

Таблиця 2.22

Розвиток закладів загальної практики / сімейної медицини Волинської області у 2008-2012 рр.

Показник	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Заклади ЗП/СМ	79	84	97	100	103
Амбулаторії	83	83	86	87	88
– з них АЗП/СМ	57	60	80	81	82
Дільниці ЗП/СМ	193	208	241	251	255

На фінансування закладів Волинської області у 2012 році затверджено 267, 9 млн. грн. (99% уточнених бюджетних призначень). У структурі

бюджетних видатків основну питому вагу займали витрати на оплату праці з нарахуваннями – 175,9 млн грн (64,6%), які зросли порівняно з 2012 р. на 39, 4 млн грн, що пов’язано зі встановленням медичним працівникам надбавки за вислугу років у розмірі 10–30% і запровадженням нових розмірів мінімальної заробітної плати.

На придбання медикаментів і перев’язувальних засобів спрямовано 20,8 млн грн (7,6%), на придбання продуктів харчування – 11, 4 млн грн (4,1%), на оплату спожитих енергоносіїв та комунальних послуг – 15,78 млн грн (5,8%) і на всі інші витрати, включаючи видатки капітального характеру, з обласного бюджету спрямовано 48,3 млн грн (17,9%) (рис. 2.15).

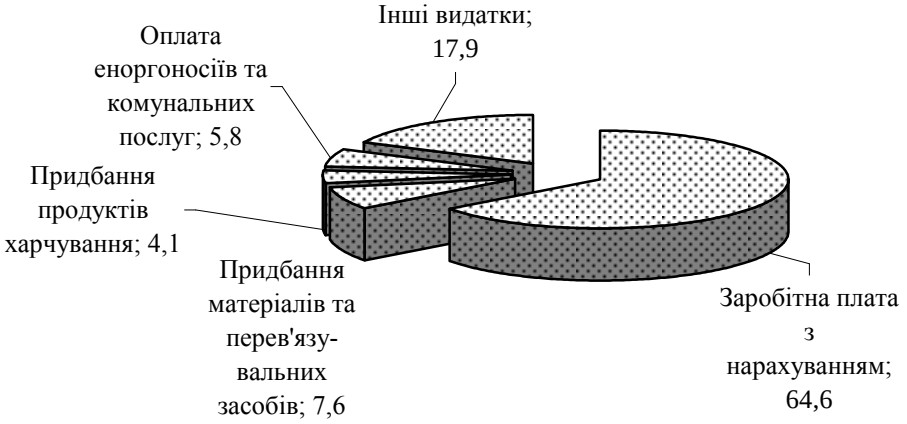


Рис. 2.15. Структура видатків закладів охорони здоров’я за економічною класифікацією бюджету Волинської області у 2012 р. (%)

В області значна увага приділяється розвитку сільської медицини. Так, за 2012 р. виконання кошторису витрат по амбулаторіях в середньому склало 96,3%, у т.ч. по медикаментах – 96,6.

Проблеми у діяльності системи охорони здоров’я Волинської області полягають у недостатньому фінансуванні видатків на медикаментозне лікування пільгових категорій населення та гострій потребі в оновленні санітарного автотранспорту, діагностичного обладнання (рентгенівської апаратури).

В Дніпропетровській області існує розвинена мережа закладів охорони здоров’я, які надають усі основні види медичної допомоги. У 2012 р.

проводилась певна робота щодо оптимізації мережі медичних закладів: в АЗП/СМ перепрофільовано 3 ДЛ, 20 СЛА, 2 ФАПи; шляхом об'єднання з більш потужними закладами реорганізовано 41 ФАП. Станом на 31.12.2012 р. мережа медичних закладів області мала у своєму складі 168 лікарняних закладів, 14 спеціалізованих диспансерів, 210 самостійних АПЗ, з них 153 СЛА, 10 селищних; 23 стоматологічні поліклініки, 13 санаторіїв для дорослих і дітей та 84 заклади інших типів. Крім того, в сільських адміністративних районах області функціонувало 504 ФАПи. В області було 14 обласних ЛПЗ на 5556 ліжок, 67 МЛ на 15 327 ліжок, 10 дитячих МЛ на 1275 ліжок, 2 лікарні ШМД на 680 ліжок, 22 ЦРЛ на 4224 ліжка, РЛ на 45 ліжок, 29 ДЛ на 482 ліжка, 6 пологових будинків на 965 ліжок, 3 клініки НДІ та вузів на 620 ліжок, 8 спеціалізованих лікарень (табл. 2.23).

Таблиця 2.23

Кількість і потужність закладів охорони здоров'я Дніпропетровської області у 2012 році

Тип закладу	Кількість	Потужність (ліжок)
Усього лікарняних закладів, з них:	168	32 423
Обласні лікарні	1	1175
Обласні дитячі лікарні	1	410
Міські лікарні	67	15 327
Дитячі лікарні	10	1275
Центральні районні лікарні	22	4224
Дільничні лікарні	29	482
Спеціалізовані лікарні та диспансери	21	6805
Пологові будинки	6	965
Інші	11	1760

Із загальної кількості ЛПЗ області 9 закладів, які фінансуються з державного бюджету, на 3450 ліжок (спеціалізовані МСЧ (МЛ) – 5 на 1630 ліжок, клініки НДІ та вузів – 3 на 620 ліжок; психіатрична лікарня з суворим наглядом – 1200 ліжок) і 69 закладів, які фінансуються з обласного бюджету, (лікарняних закладів – 26 на 7555 ліжок, у т.ч. обласних закладів – 14 на 5556 ліжок, спеціалізованих у містах і районах – 12 на 1999 ліжок).

У 2000 р. чисельність штатних посад лікарів в області становила 17 861,5, або 49,0 на 10 тис. населення. Станом на 31.12.2011 р. в області було 17 774,75 штатної посади лікарів (53,02 на 10 тис. населення). За останні роки загальна чисельність лікарів в області зменшилась на 1698 осіб і становила у 2011 р. 12 839 осіб. Забезпеченість населення області лікарями скоротилася з 40,0 до 38,3 на 10 тис. населення. Станом на 31.12.2012 р. в області працювало 12 839 лікарів (укомплектованість штатних посад фізичними особами – 75%) і 27 920 молодших спеціалістів з медичною освітою (укомплектованість штатних посад фізичними особами – 85%).

У 2012 р. впровадження сімейної медицини в області продовжувало набирати обертів. За останній рік створено 31 заклад, де надається медична допомога на засадах сімейної медицини (у 2011 р. – 22).

Протягом останніх років показники діяльності ліжкового фонду мають тенденцію до поліпшення (табл. 2.24).

Таблиця 2.24

Показники діяльності ліжкового фонду
у Дніпропетровській області за 2010-2012 рр.

Показник	Рік		
	2010	2010	2012
Робота ліжка	335,8	332,5	337,1
Середнє перебування хворого на ліжку	13,7	13,5	13,2
Обіг ліжка	24,5	24,7	25,6
Летальність	1,23	1,12	1,07

У 2012 р. на фінансування соціально захищених і капітальних видатків по закладах охорони здоров’я спрямовано 2569,4 млн грн, що більше на 25,6%, ніж у 2011 р. (2045,1 млн грн), а саме: на заробітну плату з нарахуваннями – 1741,0 млн грн, або 67,7% загальної суми видатків (2011 р. – 1407,2 млн грн); на придбання медикаментів – 256,1 млн грн, або 9,9% (2011 р. – 197,7 млн. грн); на продукти харчування – 81,3 млн грн, або 3,2% (2011 р. – 65,5 млн грн); на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 245,3 млн грн, або 9,5% (2011 р. – 209 млн грн); на трансферти населенню – 23,5 млн грн, або 0,9% (2011 р. – 17,8 млн грн); капітальні видатки – 95,7 млн грн, або 3,7% (в т.ч. субвенція з

державного бюджету місцевим у сумі 13,3 млн грн) (2011 р. – 56,1 млн грн); інші видатки – 126,6 млн грн, або 4,9% (2011 р. – 91,6 млн грн) – метрологія, господарські витрати, видатки на страхування співробітників, протипожежні заходи тощо.

Обмеження фінансування заходів державних програм у галузі охорони здоров'я та низька забезпеченість медичними працівниками закладах сільської місцевості є основними проблемами у Дніпропетровській області.

Мережа закладів Донецької області у 2012 р. налічує 1137 ЛПЗ, у т.ч. 2 ОЛ, 99 ЦМЛ та МЛ, 14 дитячих, 17 ЦРЛ, 48 диспансерів, 12 психіатричних лікарень, 4 пологові будинки, 2 шпиталі для ІВВВ, обласні травматологічна, туберкульозна лікарні, Центр з профілактики та боротьби зі СНІД, лікарня відновного лікування, 2 інфекційні, 10 ДЛ, 177 самостійних АПЗ, в т.ч. 141 лікарська амбулаторія, 41 стоматполіклініка тощо. Невідкладну медичну допомогу надавали 28 самостійних станцій та 18 відділень ШМД у складі лікарень. Працювали 7 станцій переливання крові, 9 санаторіїв, 5 будинків дитини та ін. Долікарняну допомогу надавали 503 ФП і ФАПи та 67 здоровпунктів. В області працювали 9 центрів здоров'я, обласне бюро судмедекспертизи, 2 патолого-анатомічні бюро, 4 інформаційно-аналітичні центри. Контроль за виконанням санітарно-протиепідемічних заходів проводять 60 СЕС та 1 дезінфекційна.

Загальна кількість лікарів на 31.12.2012 р. становила 18 283. Рівень забезпеченості населення лікарями склав 41,01 на 10 тис. населення. Чисельність молодших медичних спеціалістів – 37 163. Забезпеченість молодшими спеціалістами – 83,4 на 10 тис. населення. У ЛПЗ охорони здоров'я кількість середніх фахівців на 1 лікаря дорівнювала 2,3. Зафіксовано зниження рівня укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами з 74,7% (2011 р.) до 73,8%, зменшення показника у містах – з 75,8% (2011 р.) до 74,0% (2011 р.) та деяке зростання у районах – з 65,4% (2012 р.) до 65,6% (2012 р.).

На 31.12.2012 р. в області організовано 214 закладів ЗП/СМ, із них 112 АЗП/СМ (рис. 2.16). У 2012 р. відкрито 17 закладів ЗП/СМ (1 амбулаторію,

14 закладів з дільницями та 2 ЛПЗ з відділеннями). Зросла загальна кількість дільниць на 10,3%.

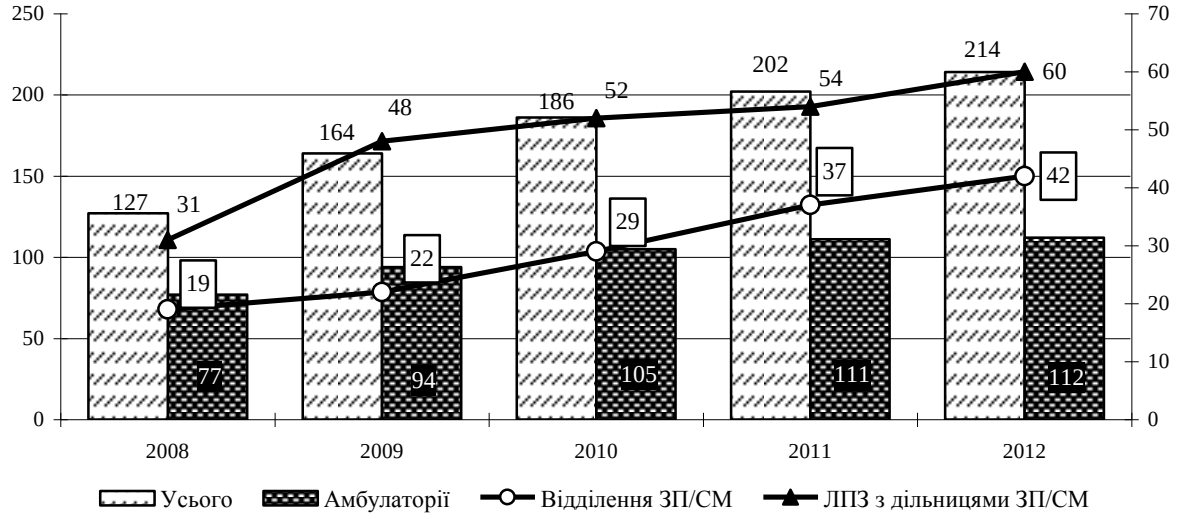


Рис. 2.16. Мережа закладів загальної практики / сімейної медицини в Донецькій області у 2008-2012 рр.

Хоча в цілому використання ліжкового фонду області краще, ніж у середньому по Україні (2011 р. – 333,3 дня проти 326,6 дня у 2012 р.), норматив не досягнутий. У 2012 р. середнє перебування хворого на ліжку знизилося: в області з 13,0 до 12,8 дня (Україна, 2011 р. – 12,7), у містах – з 12,3 до 12,0 дня, у районах – з 11,3 до 11,1 дня, у СДЛ – з 11,6 до 11,5 дня, у ЦРЛ – з 10,6 дня до 10,4 дня (Україна, 2011 р.– 10,3 дня), у дитячих міських лікарнях – до 9,0 дня.

Обіг ліжка збільшився в області з 25,6 до 26,3, у містах – з 27,2 до 28,0, у районах – з 29,2 до 30,1 (Україна, 2011 р. – 25,7). У ЦРЛ обіг ліжка зріс з 31,42 до 32,3 (Україна, 2011 р. – 31,2), у ДЛ – з 28,3 до 28,1 (Україна, 2011 р. – 28,6), у дитячих МЛ – до 36,5.

Усього у 2012 р. на фінансування закладів охорони здоров'я спрямовано 3,3 млрд грн, що на 25% більше попереднього року, залучено позабюджетних на 10% менше, ніж у 2011 р. Обсяг позабюджетних коштів на зміцнення матеріально-технічної бази ЛПЗ за 2012 р. фактично склав 9867,4 тис. грн, що на 20% більше, ніж у 2011 р.

Обсяг капітальних видатків ЛПЗ, які фінансуються з обласного бюджету, становив на 78,6% більше, ніж у 2011 р. Що стосується проблем у діяльності

системи охорони здоров'я Донецької області, то основні з них: низька укомплектованість лікарями, особливо в сільській місцевості, що гальмує розвиток сімейної медицини і реформування ПМСД та незадовільна матеріально-технічна база медичних закладів, більш ніж 80% з них потребують ремонтів, поповнення медичною апаратурою та обладнанням, а також не завжди ефективно використовуються ресурси охорони здоров'я, особливо ліжковий фонд.

У Житомирській області загальна кількість закладів охорони здоров'я – 1152, з них у сільській місцевості – 1041 (90,4% усіх ЛПЗ області). Чисельність лікарняних закладів – 73 (5,7 на 100 тис. населення при середньоукраїнському показнику 5,4 із загальним ліжковим фондом 9551 ліжко. Забезпеченість цілодобового стаціонару ліжками – 74,63 на 10 тис. населення (Україна – 86,49), це найнижчий показник в державі. Мережа АПЗ – 291, або 22,7 на 100 тис. населення (Україна – 15,1).

Первинна медична допомога надається у 1116 закладах, серед яких 20 ДЛ, 13 МЛ (селищних), 1 станція ШМД, 195 лікарських амбулаторій, 833 ФАПів і ФП, 11 здоровпунктів, 14 стоматологічних поліклінік. Надання вторинної медичної допомоги здійснюється у 22 ЦРЛ, центральній районній поліклініці, РЛ, 5 ЦМЛ. Третинна медична допомога (високоспеціалізована) надається у 25 закладах, на базі яких функціонують 40 спеціалізованих центрів і кабінетів.

Станом на 31.12.2012 р. У Житомирській області чисельність лікарів (включаючи зубних) становила 4862, забезпеченість населення – 37,99 на 10 тис. населення (Україна – 43,65), без зубних – 4544, відповідно забезпеченість населення – 35,51 на 10 тис. населення (Україна – 43,22). Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами – 72,1%. Відмічається низька укомплектованість штатних посад у первинній ланці охорони здоров'я. У ДЛ і СЛА посади лікарів укомплектовані на 47,7% (2011 р. – 48,5%), жодна посада не зайнята лікарем у 36 СЛА (рис. 2.17). Область посідає гідне місце щодо впровадження сімейної медицини. Станом на 31.12.2012 р. в області функціонували 239 закладів сімейної медицини.

Місцевими бюджетами усіх рівнів затверджено штатних посад сімейних лікарів – 603,5 (2010 р. – 585,5), збільшилася і кількість сімейних лікарів з 478 у 2010 р. до 488. (табл. 2.25).

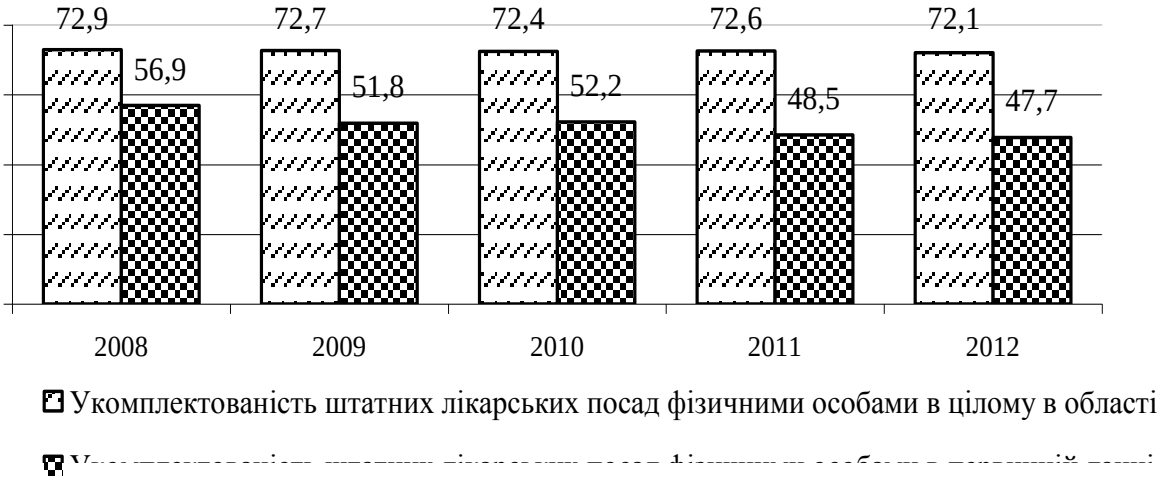


Рис. 2.17. Укомплектованість штатних лікарських посад у Житомирській області за 2008-2012 рр., (%)

Показник кількості штатних посад сімейних лікарів на 10 тис. населення становив 4,69, забезпеченість сімейними лікарями на 10 тис. населення по області – 3,81 (Україна – 1,79), і є одним із найвищих в цілому по державі. Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів дорівнювала по області 80,03 (2011 р. – 81,64).

Таблиця 2.25

Показники розвитку сімейної медицини в Житомирській області за 2008-2012 рр.

Показник	Рік				
	2008	2009	2010	2011	2012
Кількість відкритих закладів ЗП/СМ (од.)	25	25	24	13	8
Штатні посади лікарів ЗП/СМ (посад)	453,5	524,75	570,75	585,5	603,5
Чисельність лікарів ЗП/СМ (осіб)	359	429	465	478	488

В області оптимальні показники роботи ліжка: середня тривалість перебування на ліжку – 10,6 дня (Україна 12,45 дня). Водночас, кількість госпіталізованих до ЛПЗ залишається досить високою (щорічно 29,55 тис.

хворих). Детально показники діяльності ліжкового фонду за типами закладів охорони здоров'я подано в табл. 2.26. У Житомирській області розгорнуто 2996 ліжок денного стаціонару (забезпеченість – 28,06 на 10 тис. населення проти 22,56 – у 2010 р.), проліковано 151 527 хворих (1177,72 на 10 тис. населення проти 1124,4 – у 2010 р.). У стаціонарах вдома проліковано 90 108 хворих (700,35 на 10 тис. населення проти 660,0 – у 2011 р., або із зростанням на 3,6%).

Таблиця 2.26

Показники діяльності ліжкового фонду за типами закладів охорони здоров'я в Житомирській області порівняно з відповідними середньоукраїнськими у 2012 році

Показник	Середнє число днів зайнятості ліжка	Середнє перебування хворого на ліжку	Обіг ліжка
Усі заклади			
Область	328,17	10,61	30,92
Україна	329,43	12,45	26,46
Обласні лікарні			
Область	358,2	10,3	34,6
Україна	344,3	11,0	31,4
Дитячі обласні лікарні			
Область	341,7	9,6	35,5
Україна	328,5	10,2	32,1
Міські лікарні			
Область	329,3	9,0	36,6
Україна	334,0	10,9	30,6
Центральні районні лікарні			
Область	321,3	8,8	36,3
Україна	327,7	10,2	32,2
Дільничні лікарні			
Область	350,3	10,7	32,8
Україна	331,0	11,4	28,9
Районні лікарні			
Область	357,9	11,7	30,7
Україна	334,8	11,1	30,2

Видатки загального фонду місцевого бюджету у 2012 р. установами та закладами охорони здоров'я виконано в обсязі 926,4 млн грн, при планових призначеннях – 947,2 млн грн (рис. 2.18). Із загального обсягу асигнувань видатки на заробітну плату з нарахуваннями проведено в сумі 701,9 млн грн (75,8% – у структурі загальних видатків), видатки на придбання медикаментів – 62, 2 млн грн (6,7%), видатки на продукти харчування – 24,3 млн грн (2,6%). Медичними закладами залучено 70,4 млн. грн. позабюджетних коштів (2010 р. –

60,8 млн грн), у т.ч. 39,1 млн грн – з благодійних внесків, грантів і дарунків (з них гуманітарної допомоги – 4,5 млн грн), 31,3 млн. грн. – надання платних послуг (у т.ч. послуг з освіти – 12, 3 млн. грн).

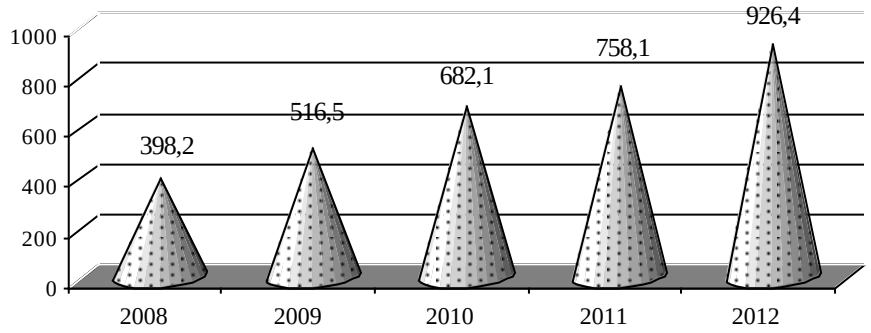


Рис. 2.18. Обсяги видатків загального фонду зведеного бюджету Житомирської області у 2008-2012 рр., (млн грн)

В області успішно працює благодійна організація "Лікарняна каса Житомирської області", яка налічувала станом на 31.12.2012 р. 192,9 тис. громадян, або 15,0% загальної кількості населення області. Членами ЛК є переважно громадяни працездатного віку (61%), їхні діти (20%), пенсіонери (19%). Лікарняна каса стала потужним джерелом позабюджетного фінансування галузі охорони здоров'я області. За весь період діяльності ЛПЗ області отримали від ЛК медикаментів і виробів медичного призначення на суму понад 103 млн грн, у т. ч за 2012 р. надано лікарських засобів на суму 22,9 млн грн (рис. 2.19).

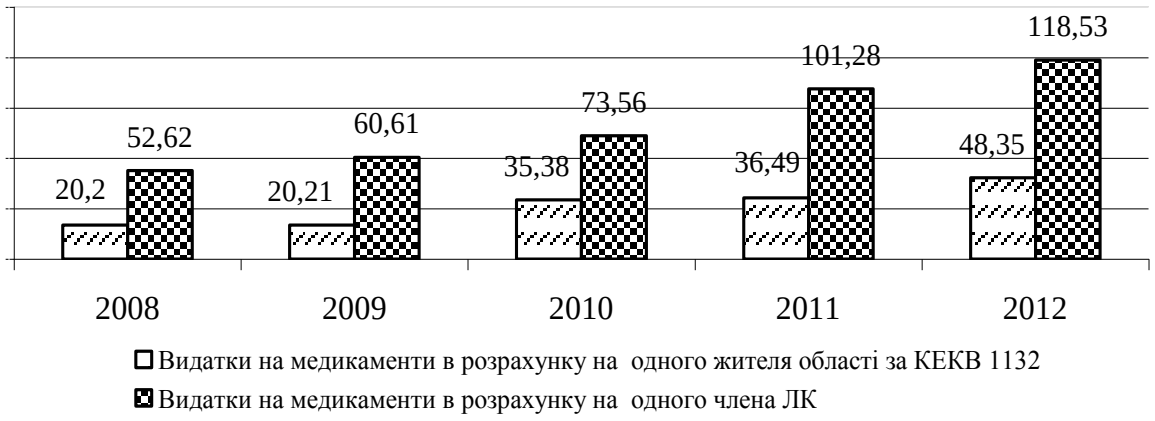


Рис. 2.19. Видатки на медикаменти та вироби медичного призначення, які здійснювалися за рахунок коштів бюджету та лікарняних кас Житомирської області у 2008-2012 рр. (грн)

Районні заклади охорони здоров'я отримали 44% цих коштів, обласні – 36%, м. Житомира – 18%. За рахунок різних видів бюджетів на матеріально-технічне забезпечення закладів сімейної медицини виділено 14,3 млн грн, у т.ч. 3,8 млн грн з місцевого бюджету, 110,2 тис. грн благодійних коштів, 3,2 млн грн спонсорської допомоги, 16,4 тис. грн коштів спеціального фонду, 6,7 млн грн коштів державного бюджету, 544,6 тис. грн інших коштів.

Проведено капітальні ремонти у медичних закладах Житомирської області на загальну суму 8,9 млн грн, поточні ремонти – 1,7 млн грн. Коштом обласного та місцевих бюджетів у 2011 р. всього витрачено 2,4 млн грн на реконструкцію та капітальний ремонт.

Основні напрямки діяльності охорони здоров'я області зосереджено на: подальшу оптимізацію ПМСД та її вдосконалення на засадах сімейної медицини; підвищення ефективності та якості надання швидкої та невідкладної допомоги; чітке розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

У 2011 р. в Закарпатській області функціонувало 609 ЛПЗ, або 4,9 на 10 тис. населення (Україна – 5,5 на 10 тис. населення). Забезпеченість закладами значно коливалася у розрізі районів. При дещо нижчій, ніж в цілому по Україні, забезпеченості закладами, яка становила 4,9 на 10 тис. (Україна – 5,5 на 10 тис.), доступність сільського населення до лікарської допомоги була вищою: забезпеченість лікарськими амбулаторіями (у т.ч. АЗП/СМ) – 1,94 на 10 тис. (Україна – 0,6 на 10 тис.), (див. рис. 2.20).

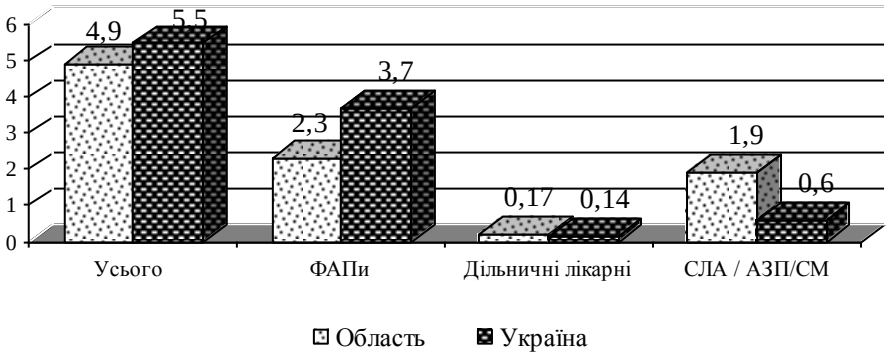


Рис. 2.20. Мережа закладів охорони здоров'я Закарпатської області та України у 2012 році (на 10 тис. населення)

До мережі ЛПЗ належать: 25 закладів обласного підпорядкування, у т.ч. 7 диспансерів, 1 обласний будинок дитини, 2 дитячі санаторії, 1 ОКТМО "Фтизіатрія"; 21 ДЛ; 5 ЦРЛ; 10 РЛ; 241 самостійний АПЗ (АЗП/СМ); 2 станції ШМД; 2 самостійні поліклініки; 1 районний диспансер; 3 районні стоматологічні поліклініки; 10 МЛ; 1 міська дитяча лікарня; 1 міський перинатальний центр; 287 ФАПів, з них з населенням 1000 і більше – 39.

Ліжковий фонд закладів області у 2011 р. становив 9687, або 78,0 на 10 тис. населення, у т.ч. 9367 ліжок, або 75,4 на 10 тис. – у закладах, підпорядкованих УОЗ, із яких в обласних закладах – 3130, що становило 25,2 на 10 тис. населення, на рівні районів та міст області – 6237, або 50,2 на 10 тис. населення. Загальна кількість штатних посад працюючих у ЛПЗ охорони здоров'я склала 22 073,75 (177,7 на 10 тис. населення), з них 4359,25 (35,1 на 10 тис. населення) лікарської посади і 9154,75 (73,7 на 10 тис. населення) СМП, решта – спеціалісти з вищою немедичною освітою, молодший медичний персонал та інші спеціалісти.

У Закарпатській області функціонувало 282 заклади та структурні підрозділи ЗП/СМ із загальною кількістю 606 дільниць, які обслуговувалися лікарями ЗП/СМ. Із них 241 АЗП/СМ. Усі СЛА є АЗП/СМ і залишилося всього 39 ФАПів у населених пунктах із населенням понад 1000 осіб. Ці заклади в перспективі будуть реорганізовані в АЗП/СМ. Бюджет охорони здоров'я області у 2011 р. дорівнював 860,4 млн. грн., що більше за розрахунковий показник Міністерства фінансів України на 21,4 млн. грн. (рис. 2.21).

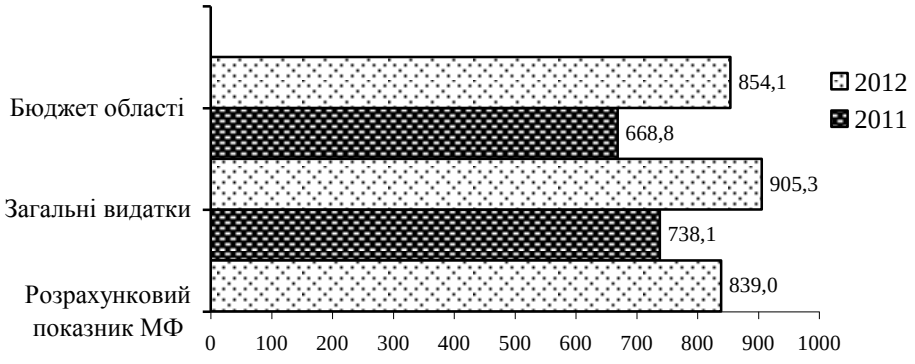


Рис. 2.21. Видатки на галузь охорони здоров'я Закарпатської області у 2011-2012 рр.

Суттєве збільшення видатків на придбання медикаментів дало змогу забезпечити потребу у фінансуванні за статтею “Медикаменти та перев’язувальні матеріали” для хворих, які перебувають на стаціонарному лікуванні в обласних медичних закладах (рис. 2.22).



Рис. 2.22. Динаміка частки видатків закладами охорони здоров’я Закарпатської області за 2011-2012 рр.

В основному проблеми у діяльності системи охорони здоров’я наступні: недостатня матеріально-технічна база ЛПЗ; недостатнє забезпечення санітарним транспортом закладів ПМСД; висока питома вага видатків на заробітну плату з нарахуваннями у структурі бюджетів закладів ПМСД і ВМСД та, відповідно, скорочення витрат на безпосередньо медичну допомогу не дають змоги забезпечити надання послуг відповідно до стандартів.

У Запорізькій області в 2012 р. працювало 668 медичних закладів. Кількість амбулаторії збільшилась на 4 од., але зменшилось число МЛ, ФАПів і диспансерів. Порівняно з 2011 р. дещо поліпшилася укомплектованість лікарями в ЦРЛ з 67,2 до 67,4%, ДЛ – з 63,6 до 65,0%. По РЛ цей показник знизився з 63,6 до 62,6%, СЛА – з 64,2 до 61,0%.

Бюджет Запорізької області по галузі склав 1367,1 млн грн (2011 р. – 1118, 6 млн грн, 2010 р. – 1011,9 млн грн, 2009 р. – 756, 5 млн грн), що на 22,5% більше порівняно з 2011 р. (рис. 2.23).

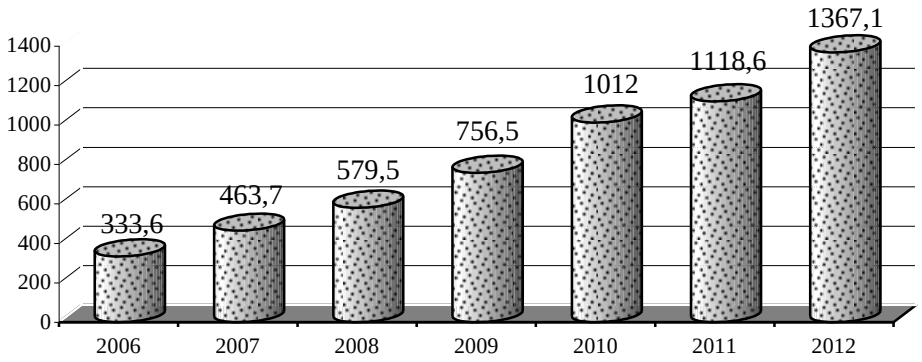


Рис.2.23. Бюджет охорони здоров'я Запорізької області за 2006-2012 рр.

Структура окремих видатків на утримання закладів охорони здоров'я Запорізької області у 2011-2012 рр. Наведена на рис. 2.24.



Рис. 2.24. Структура окремих видатків на утримання закладів охорони здоров'я Запорізької області у 2011-2012 рр.

Реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги в Запорізькій області продовжується. Основні проблеми вбачаються у: забезпеченні належного фінансування потреб галузі охорони здоров'я; удосконаленні матеріально-технічної бази лікувальних закладів області; оптимізації надання ПМСД та забезпечення її пріоритетного розвитку, мережі закладів вторинної медичної допомоги, удосконалення організації високо-спеціалізованої медичної допомоги.

Станом на 31.12.2012 р. в Івано-Франківській області функціонувало 772 ЗОЗ підпорядкування ГУОЗ Івано-Франківської ОДА, з яких 764 ЛПЗ (в

т.ч. 218 лікарських і 546 ФАПів), серед них 76 лікарняних закладів (в т.ч. диспансери), у яких розгорнуто 12 140 ліжок.

Мережа лікарняних закладів складається з 2 обласних багатопрофільних лікарень (для дорослих і дітей), 3 психіатричних лікарень, 14 спеціалізованих обласних і міжрайонних диспансерів. В районах, містах і селищах міського типу функціонують 3 ЦМЛ, 14 ЦРЛ, 10 РЛ, 13 МЛ, 5 дитячих лікарень, 4 пологові будинки та обласний перинатальний центр. В м. Івано-Франківську діє хоспіс на 30 ліжок. Крім того, на території області функціонує 7 санаторіїв системи МОЗ України, з яких 3 – безпосередньо підпорядковані МОЗ, 4 – ГУОЗ ОДА, у яких налічується 1130 ліжок, та будинок дитини на 60 ліжок. Крім того, функціонує 12 самостійних поліклінік, з яких 6 багатопрофільних та 6 стоматологічних. В сільських населених пунктах діють 127 СЛА (з яких 123 АЗП/СМ), 546 ФАПів і 4 ДЛ (у віддалених населених пунктах гірських районів Верховинського (2) і Косівського (1), а також Галицького (1). Структура ліжкового фонду за типами закладів наведена у табл. 2.27.

Таблиця 2.27

Структура ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів Івано-Франківської області області за типами та рівнями надання медичної допомоги у 2011-2012 рр.

Ліжка за типами закладів	Роки		2011/2012 (%)
	2011	2012	
ЦРЛ, ДЛ, ПБ районів	4955	4894	40,3
РЛ (номерні)	855	850	7,0
ЦМЛ, МЛ, в містах, міських ДЛ і ПБ	1605	1605	13,2
МЛ у селищах міського типу	385	385	3,2
ДЛ	66	66	0,5
Обласних закладів у районах	905	905	7,5
Обласних закладів в обласному центрі	3435	3435	28,3
Усього	12 206	12 140	100,0

Порівняно з 2011 р. ліжковий фонд області у 2012 р. скоротився на 66 ліжок. Функціонує 3 самостійні станції ШМД, 14 відділень ШМД в ЦРЛ і ЦМЛ, 20 відділень ШМД в РЛ і МЛ (селищних), 4 пункти ШМД у ДЛ та амбулаторіях. У 2012 р. мережа закладів охорони здоров’я майже не змінилась.

В області ситуація із забезпеченням медичними кадрами залишається стабільною. Заклади охорони здоров'я задовільно забезпечені штатними посадами і фізичними особами як лікарів, так і молодших медичних спеціалістів. Незважаючи на продовження тенденції до збільшення видатків як з обласного, так і з державного бюджетів порівняно з попередніми роками, обсяги його були недостатніми. У 2012 р. профінансовано 1077,1 млн. грн. проти 824,5 млн. грн. у 2011 р., або 99,01%, вищим був показник виконання бюджету по обласних закладах (99,9%), нижчим – у районах області (98,6%).

З року в рік практично не змінюється структура поточних видатків галузі, де понад 70% займає заробітна плата. У 2012 р. на заробітну плату виділено 71,3% видатків (2011 р. – 74,8), на медикаменти і енергоносії – близько 7% на кожен (2011 р. – по 8%), на продукти харчування – 2,5% (2011 р. – 2,7%). Натомість зросли капітальні та інші видатки (сумарно з 6,5% у 2011 р. до 12,0% у 2012 р.). Для поліпшення фінансового забезпечення ЛПЗ охорони здоров'я проведено активну діяльність щодо залучення позабюджетних надходжень, яких у 2012 р. надійшло в 1,6 разу більше, ніж у 2011 р.

Проблеми у діяльності системи охорони здоров'я області: надто громіздка мережа ЛПЗ Івано-Франківської області з наявністю надлишкових ліжок, що потребує чималих коштів; нестача лікарів у сільській місцевості; застарілі штатні нормативи, які не відповідають сучасним вимогам; низькі обсяги фінансування медичної галузі порівняно з іншими, в тому числі ставки медичних працівників, відсутність системи стимулювання, постатейна "прив'язаність" коштів.

У Київській області станом на 31.12.2012 р. в області функціонували 41 поліклініка ЦРЛ, РЛ і МЛ, 31 ДЛ, 221 медична амбулаторія (у т.ч. 171 АЗП/СМ), 665 ФАПів. Що стосується впровадження сімейної медицини, то в області організовано роботу на засадах ЗП/СМ у 231 лікувальному закладі (в т. ч. у 2012 р. – 3) (табл. 2.28). Послугами лікарів ЗП/СМ в області охоплено 88,5% сільського та 35% міського населення. У 2012 р. показник забезпечення ліжками з урахуванням обласних закладів становив 79,43 на 10 тис. населення,

що відповідає нормативам МОЗ України. У 2012 р. ЛПЗ охорони здоров'я Київської області профінансовано на 96% плану. Медичні заклади міст обласного значення профінансовано на 97% плану, що дорівнювало 189,8 млн грн (у 2011 р. – 127,2 млн грн – 96% плану). Медичні заклади, що фінансуються з обласного бюджету, профінансовано у розмірі 401,5 млн грн, що склало 96% плану. Із загальної суми фінансування витрати на заробітну плату в середньому по області дорівнювали 70%.

Таблиця 2.28

Динаміка впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики / сімейної медицини в Київській області у 2008-2012 рр.

Показник	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Загальна кількість закладів (підрозділів) сімейної медицини	178	204	218	227	230
– з них АЗП/СМ	115	137	154	167	169

Крім бюджетних надходжень, у 2012 р. ЛПЗ охорони здоров'я отримали позабюджетних надходжень на суму 108,8 млн грн (2011 р. – 104,8 млн. грн.), у т.ч.: медичні огляди – 10,7 млн. грн.; медичні послуги за договорами із підприємствами – 4,8 млн. грн.; медичні послуги за договорами зі страховими компаніями – 17,4 млн. грн.; надходження від господарської діяльності – 5,5 млн. грн.; благодійні внески та гуманітарна допомога – 30,3 млн. грн.

Враховуючи завдання галузі охорони здоров'я Київської області, набувають першочергового значення питання реорганізації її системи, а саме: оптимізувати мережу та ліжковий фонд ЗОЗ, у т.ч. відомчого підпорядкування; здійснити централізацію коштів територіальних громад району на рівні районного бюджету та спрямувати їх на забезпечення фінансування медичного обслуговування населення для отримання більш потужного джерела фінансування та більш ефективного управління обмеженими ресурсами.

У Кіровоградській області станом на 31.12.2012 р. медичну допомогу населенню області надавали 770 медичних закладів: 63 лікарняні,

13 диспансерів, 107 самостійних АПЗ, у т.ч. 92 СЛА, 6 стоматологічних поліклінік, 3 санаторії, 3 самостійні станції ШМД, 526 ФАПів, 12 здоровпунктів. Загальна кількість лікарняних ліжок у стаціонарах області у аналізований період становила 9389, забезпеченість ліжками – 93,6 на 10 тис. населення (2011 р. – 93,4). У сільській місцевості число закладів ЗП/СМ зросло з 59 у 2003 р. до 74 у 2012 р., або на 25,4%; число дільниць ЗП/СМ збільшилось з 65 до 78, або на 20,0%. Укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів становила лише 66,3% проти 67,3% у 2012 р. (2011 р. – 69,3%). Рівень госпіталізації склав 612,7 на 10 тис. осіб проти 580,1 у 2011 р. (див. рис. 2.25).

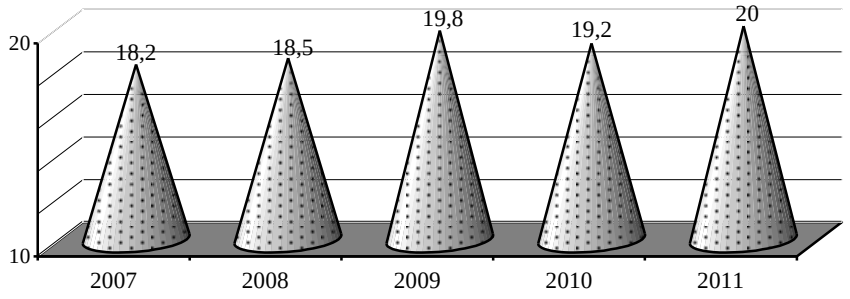


Рис. 2.25. Динаміка забезпеченості ліжками денних стаціонарів амбулаторно-поліклінічних закладів Кіровоградської області у 2008–2012 рр.

У 2012 р. організовано стаціонари вдома 139 ЛПЗ. Надходження до спеціального фонду бюджету медичних закладів дорівнювали 41,4 млн. грн. (5,6% обсягів профінансованих видатків по загальному фонду бюджету, на 14,9% більше, ніж у 2011 р.).

Проблеми у діяльності системи охорони здоров'я: у ЛПЗ Кіровоградської області станом на 31.12.2012 р. укомплектованість штатних посад лікарів становила 65,6%. Дефіцит лікарів – 1640 осіб. По Україні цей показник дорівнював 80%. Ситуацію можна назвати критичною, оскільки із загальної кількості працюючих лікарів люди пенсійного віку становлять до 30%. Більшість молодих лікарів, які проходять щорічну інтернатуру, під різними приводами через відкріплення залишають область.

Мережа закладів Луганської області станом на 31.12.2012 р. Відзначена тим, що амбулаторно-поліклінічна і стаціонарна медична допомога населенню області надавалася 795 ЛПЗ, у т.ч. 121 лікарнею, 33 диспансерами, 121 АПЗ, 13 станціями ШМД, 373 ФАПами, 10 санаторіями і 1 будинком дитини. Ліжковий фонд становив 22 647 ліжок (скорочено 370 стаціонарних ліжок). Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тис. населення – 98,17 ліжка проти 98,90 ліжка у 2011 р. Середнє перебування хворого в ЛПЗ – 13,2 дня (2011 р. – 13,6). Одним із найбільш актуальних питань є розвиток сімейної медицини (табл. 2.29).

Таблиця 2.29

Кількість закладів сімейної медицини і сімейних лікарів Луганської області у 2008-2012 рр.

Показник	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Кількість закладів ЗП/СМ	67	81	95	106	114
Число сімейних лікарів	100	136	155	175	186

Дану форму медичного обслуговування запроваджено у 114 ЛПЗ області (2011 р. – у 106 закладах), в яких організовано 222 ділянки сімейної медицини (2011 р. – 207 ділянок). Кількість лікарів, які надають медичну допомогу на засадах ЗП/СМ, збільшено на 6,3% (2012 р. – 186, 2011 р. – 175) і 309 СМП (2010 р. – 299). Питома вага населення, охопленого обслуговуванням лікарями ЗП/СМ, склала 17,37% (2011 р. – 16,03). Обсяг бюджетного фінансування системи охорони здоров'я області у 2012 р. склав 1766,9 млн грн, що на 24,0% більше, ніж у 2011 р. (1425,2 млн грн).

Основні проблеми у діяльності системи охорони здоров'я Луганської області: недостатній рівень фінансування державних і регіональних програм; незадовільний матеріально-технічний стан ЛПЗ, насамперед закладів ПМСД.

У 2012 р. Львівської області функціонувало 346 заклади охорони здоров'я (2011 р. – 345). Амбулаторно-поліклінічну допомогу надавали 222 установи і 1010 ФАПів. Стаціонарну допомогу надавали 122 заклади, як і у 2011 р., ліжкова мережа нараховувала 22 953 ліжка. Укомплектованість лікарями –

96,8%. Використання ліжкового фонду ЛПЗ охорони здоров'я Львівської області наведено у табл. 2.30.

Таблиця 2.30

Показники використання ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів Львівської області у 2008-2012 рр.

Показник	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Розгорнуто ліжок, усього	23 791	23 456	23 186	22 973	22 953
Спеціалізовані ліжка, усього	12 237	12 120	11 986	11 943	11 958
Проліковано хворих (абс.)	565 681	575 326	573 588	572 392	582 375
Забезпеченість ліжками (на 10 тис. населення)	93,0	92,0	91,2	90,6	90,7
Середній ліжко-день	14,1	13,7	13,5	13,3	13,2
Робота ліжка (днів)	343,0	342,7	331,8	331,4	335,0
Обіг ліжка (хв./ліжко)	24,4	25,0	24,6	24,8	25,4
Виконання плану ліжко-днів (%)	100,2	99,9	99,0	98,5	99,1

Як свідчать показники табл. 2.30, при зменшенні ліжок з 23 791 у 2008 р. до 22 953 у 2012 р. проліковано більше хворих (2012 р. – 582 375, 2008 р. – 565 681). Збільшився обіг ліжка з 24,4 у 2008 р. до 25,4 у 2012 р. зі збільшенням роботи ліжка (335,0 дня у 2012 р. проти 343,0 дня у 2011 р.).

Результативність діяльності медичної галузі значною мірою визначається належним фінансовим забезпеченням, що вимагає збільшення асигнувань на охорону здоров'я. Протягом десятиліття в області зафіксовано позитивну динаміку щодо фінансування обласною радою медичних закладів області. Виконання бюджетного плану склало 1755,3 млн грн (96,0%). Аналогічно, у 2012 р. уточнені кошторисні призначення медичних установ обласного підпорядкування склали 611,6 млн грн., виконання бюджетного плану – 594,4 млн грн (97,2%). Видатки закладів охорони здоров'я Львівської області профінансовано таким чином: заробітна плата з нарахуваннями – 1272,3 млн. грн. (72,5%); медикаменти – 144,2 млн. грн. (8,2%); продукти харчування – 51,4 млн. грн. (2,9%); енергоносії та комунальні послуги – 138,6 млн. грн. (7,9%); обладнання – 25,6 млн. грн. (1,5%); капітальний ремонт – 17,4 млн. грн. (1%); інші видатки – 105,8 млн. грн. (6%).

Основні завдання галузі охорони здоров'я Львівської області доцільно спрямовувати на: інвентаризацію матеріально-технічного стану та кадрового забезпечення системи; оптимізацію мережі медичних закладів за результатами аналізу їх ресурсного забезпечення та з урахуванням основних напрямів реформування галузі охорони здоров'я, у тому числі створення центрів ПМСД, госпітальних округів тощо.

У Миколаївській області станом на 31.12.2012 р. функціонував 671 заклад, у т.ч. 19 ЦРЛ, 461 ФАП, 97 СЛА та 2 міські амбулаторії, 14 СДЛ, 18 обласних закладів, 26 міських, 2 дитячі санаторії та 1 будинок дитини. Функціонували 3 станції та 21 відділення ШМД (табл. 2.31).

Таблиця 2.31

Мережа лікувальних закладів Миколаївської області у 2010-2012 рр.

Лікувальні заклади	Роки		
	2010	2011	2012
Обласні лікувальні заклади	10	10	10
Диспансери	8	8	8
Центральні районні лікарні	19	19	19
Дільничні лікарні	15	13	14
Сільські лікарські амбулаторії	96	98	97
Фельдшерсько-акушерські пункти	461	461	461
Поліклінічні заклади	14	14	14
Станції швидкої медичної допомоги	24	24	24
Міські лікарні	13	13	13
Інші	11	11	11

Забезпеченість лікарями становила 31,7 на 10 тис. населення, СМП – 80,4, лікарями ЗП/СМ – 1,79. Так, 136 закладів сімейної медицини обслуговували 449,5 тис. населення (37,8% населення області), у т.ч. у сільській місцевості – 118, у містах – 18. Забезпеченість ліжками – 80,0 на 10 тис. населення, що відповідає нормативу (86,75). Щороку зменшуються терміни перебування хворого на ліжку. Якщо у 2007 р. хворий знаходився на лікуванні в стаціонарі в середньому 13,4 дня, то у 2012 р. – 12,3 дня (див. табл. 2.32). Госпіталізація хворих зросла з 21,4 на 100 мешканців у 2011 р. до 22,09 за 2012 р. Широкого розвитку набули ліжка денного стаціонару. ЛПЗ охорони здоров'я Миколаївської області залучено позабюджетних надходжень на суму

43,3 млн. грн., з них: по обласних медичних закладах – 18,8 млн. грн.; по міських закладах – 13,7 млн. грн.; по районних – 10,8 млн. грн.

Таблиця 2.32

Використання ліжкового фонду Миколаївської області у 2007-2012 рр.

Показник	Рік					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число ліжок (абс.)	9730	9768	9710	9694	9516	9516
Забезпеченість ліжками (на 10 тис. населення)	79,8	80,7	80,7	80,6	79,6	80,0
Середній термін перебування хворого на ліжку (днів)	13,4	13,1	12,9	12,8	12,7	12,3

Проблеми у діяльності системи охорони здоров'я Миколаївської області такі: залишається гострою проблема кадрового забезпечення медичних закладів області; вирішення питання реорганізації ДЛ, які виконують соціальну функцію, у СЛА з ліжками денного стаціонару, що сприятиме економії бюджетних коштів та їх перенаправленню на надання невідкладної медичної допомоги; поліпшення матеріально-технічної бази ЛРЗ; удосконалення організаційно-методичного, матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я.

Для забезпечення медичної допомоги населенню Одеської області у 2012 р. функціонувало 1013 заклади охорони здоров'я, 942 з яких утримуються коштом місцевих бюджетів, у т.ч. 25 МЛ для дорослих, 6 – для дітей, 6 пологових будинків, 164 лікарські амбулаторії. У сільській місцевості – 146 ЗОЗ (25 ЦРЛ, 3 РЛ та 33 ДЛ, 563 ФАПи, 2 самостійні станції ШМД та 49 відділень ШМД). Спеціалізовану медичну допомогу населенню забезпечували 35 ЛПЗ обласного підпорядкування.

Потужність ліжкового фонду стаціонарних закладів становила 20 015 ліжок. Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами становила 89,2% проти 90,4% у 2011 р. В області функціонувало 229 денних стаціонарів при АПЗ із загальним числом ліжок 2300, забезпеченість – 9,7 ліжка на 10 тис. населення (Україна, 2012 р. – 15,1).

За останні роки в Одеській області збереглася тенденція щодо зростання щорічних видатків на охорону здоров'я (див. табл. 2.33).

Таблиця 2.33

Фінансування охорони здоров'я Одеської області у 2009-2012 рр.

Показник	Роки			
	2009	2010	2011	2012
Загальний фонд (млн грн)	864,6	1126,2	1295,4	1605,4
Спеціальний фонд (млн грн)	63,4	88,967	91,306	87,5
Загальні обсяги фінансування (загальний і спеціальний фонди, власні надходження), (млн грн)	938,0	1215,2	1386,7	1692,9
Фінансовий норматив бюджетного забезпечення в розрахунку на 1 жителя області (грн)	387,7	512,22	581,57	714,32

Проблеми у діяльності системи охорони здоров'я Одеської області такі: кошторисне фінансування медичних закладів не створює стимулів до пошуку шляхів підвищення ефективності використання наявних ресурсів, на територіях області залишаються низькі темпи проведення реорганізації мережі медичних закладів, також вирішення потребують питання кадрового забезпечення, особливо у сільській місцевості, що є результатом недостатнього забезпечення насамперед житлом, відповідними умовами праці та оплати праці.

Станом на 31.12.2012 р. мережа закладів охорони здоров'я Полтавської області складалася з 1033 ЛПЗ, із них 25 ЦРЛ, 34 ДЛ, 197 СЛА, 9 РЛ, 13 МЛ, 2 дитячі МЛ, 4 станції ШМД, 2 пологові будинки, 3 самостійні поліклініки, 5 стоматологічних поліклінік, 2 дитячі стоматологічні поліклініки, 45 обласних ЛПЗ і 692 ФАПи. В області працювало 6582 лікарі, забезпеченість – 44,4 на 10 тис. населення (2011 р. – 6649 лікарів, забезпеченість – 44,3). СМП в області – 14 375 осіб, забезпеченість – 97,1 на 10 тис. населення. Укомплектованість штатних посад фізичними особами – 90,4%. В області функціонувало 12 459 стаціонарних ліжок, що на 134 ліжка менше, ніж у 2010 р. Забезпеченість – 84,14 на 10 тис. населення (2011 р. – 83,9). Заклади охорони здоров'я профінансовані за консолідованим бюджетом на 99,4% плану, при

цьому за сільським бюджетом – на 98,8%. Загальний обсяг недофінансування становив 6800,4 тис. грн.

Проблеми у діяльності системи охорони здоров'я Полтавської області такі:

– наблизити лікарську допомогу до мешканців села відповідно від фельдшерської до лікарської моделі надання ПМСД на засадах ЗП/СМ;

– провести підготовчі заходи для переходу на страхову медицину;

– працювати над інноваційними та новітніми технологіями і проектами, ефективно використовувати наявні ресурси.

Останніми роками структура мережі закладів охорони здоров'я Рівненської області зазнала змін за рахунок пріоритетного розвитку ПМСД: реформування ФАПів і ДЛ у АЗП/СМ, створення нових ФАПів, амбулаторій. Станом на 31.12.2011 р. функціонувало 854 ЗОЗ, з них 69 стаціонарних і 121 самостійний АПЗ. Станом на 31.12.2012 р. працювало 4378 лікарів.

Укомплектованість штатних посад лікарів зросла на 1,6% і склала 85,7%. Кількість вакансій посад лікарів зменшилась на 6,25 посади. Обсяги фінансування з кожним роком зростають, однак не відповідають потребам галузі. На 2012 р. передбачено видатки в сумі 801 792,1 тис. грн; станом на 31.12.2011 р. профінансовано 790 757,7 тис. грн, що становило 98,6% плану.

У структурі видатків лише 5,0% становили витрати лікувальних закладів на медикаменти і перев'язувальний матеріал, 2,2% – забезпечення продуктами харчування стаціонарних хворих, решта – заробітна плата та утримання медичних закладів. Альтернативним джерелом залучення позабюджетних коштів для медичної допомоги населенню в області є лікарняні каси. Однак кількість членів ЛК має тенденцію до зменшення (з 29,789 тис. у 2011 р. до 21,494 тис. у 2012 р.). Не досить розвинуто добровільне страхування. Кількість застрахованих осіб, яким надано медичну допомогу за добровільним медичним страхуванням, порівняно з 2011 р. зменшилась.

Серед проблемних питань галузі охорони здоров'я Рівненської області наступні: недостатність фінансового забезпечення лікувально-діагностичної допомоги населенню відповідно до державних соціальних нормативів і нових

медичних стандартів; відсутність медичного обладнання для надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим із ССЗ.

У Сумській області станом на 31.12.2012 р. функціонувало 835 заклади охорони здоров'я: 31 обласний заклад, 26 міських, 18 ЦРЛ, 1 РЛ, 17 СДЛ, 131 СЛ і СЛА, 549 ФАПів і ФП та 4 лікарські і 36 фельдшерських здоровпунктів, 22 заклади СЕС. Кадрова ситуація в області залишається напруженою. Забезпеченість лікарями зросла до 35,0 на 10 тис. населення (у 2011 р. – 34,7), але залишається нижчою, ніж в Україні. Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами у ДЛ і лікарських амбулаторіях залишилась на рівні 2011 р. і становила 57,3%, СМП у ФАПах і ФП – 84,0%.

В області продовжується робота з впровадження сімейної медицини (рис. 2.26). Протягом 2012 р. медичну допомогу на засадах сімейної медицини надавали 142 заклади ЗП/СМ: 96 сімейних амбулаторій (в т.ч. 1 – у складі лікарні); 5 СЛА та 41 лікарня. Протягом 2012 р. реорганізовано 2 СЛА та 1 ДЛ в АЗП/СМ, відкрито 3 дільниці ЗП/СМ (по 1 дільниці при ЦРЛ, МЛ і СЛА).



Рис. 2.26. Кількість закладів, які працювали на засадах сімейної медицини у Сумській області за 2008-2012 рр.

Як наслідок, у 2012 р. на 1,6% збільшилась кількість штатних посад сімейних лікарів (304,0 проти 299,25 в 2011 р. Протягом останніх років робота галузі охорони здоров'я Сумської області була спрямована на наближення медичної допомоги до населення, а також на підвищення її якості та ефективності. Про це свідчить розширення мережі ШМД у сільській місцевості,

що дало змогу збільшити питому вагу виїздів до сільського населення на 2,0% (з 19,7% у 2011 р. до 20,1% у 2012 р.). У 2012 р. на утримання закладів охорони здоров'я області затверджено 853,7 млн грн, що на 156,8 млн грн більше, ніж у 2011 р. Видатки на утримання медичних закладів сільської мережі Сумської області становили 81,9 млн грн, або 9,6% обсягу обласного бюджету (2011 р. – 67,8 млн грн, або 9,3% відповідно).

У структурі витрат, як і в 2011 р., найбільшу питому вагу (72,2%) займали видатки на оплату праці медичним працівникам з нарахуваннями (2011 р. – 71,1%); видатки на медикаменти становили 8,2% (2011 р. – 9,5%), на харчування – 3,6% (2011 р. – 3,8%), енергоносії – 8,4% (2011 р. – 9,5%), придбання обладнання – 1,1% (2011 р. – 0,5%); капітальні ремонти – 0,7% (2011 р. – 0,5%).

Серед проблемних питань найбільш актуальними для охорони здоров'я Сумської області є: низьке укомплектування посад медичними кадрами у закладів охорони здоров'я, насамперед у сільській місцевості; недостатній рівень фінансування галузі.

У Харківській області станом на 31.12.2012 р. функціонувало 1014 заклади охорони здоров'я різних форм власності та рівнів підпорядкованості: з них 969 комунальних ЗОЗ: 66 медичних (ЛПЗ) закладів обласного підпорядкування (14 лікарень, 10 центрів та 1 бюро, обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, Харківський спеціалізований медико-генетичний центр, обласний центр планування сім'ї та репродукції людини, обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, обласний центр здоров'я, обласний центр медико-соціальної експертизи, обласний клінічний онкологічний центр, обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І. Шаповала, обласний центр паліативної медицини "Хоспіс", обласний центр служби крові, обласне бюро судово-медичної експертизи; стоматологічна поліклініка, 15 диспансерів, 10 санаторіїв, 4 будинки дитини, 8 медичних коледжів, наукова медична бібліотека, база спеціального медичного постачання, а також спеціалізований міський клінічний пологовий будинок № 5; 835 медичних (ЛПЗ) закладів

районів області. В області функціонувало 22 530 стаціонарних ліжок, забезпеченість ними становила 78,2 на 10 тис. населення, у т.ч. в районах – 42,3, у м. Харкові – 51,4. Число днів зайнятості ліжка – 323,7 (2009 р. – 323,4), у т.ч. у районах області – 328,8, у закладах обласного підпорядкування – 336,9, у м. Харкові – 304,4, у закладах МОЗ України – 337,4. Середній термін перебування хворих на ліжку – 11,6 дня (2010 р. – 12,1), у закладах обласного підпорядкування та МОЗ України – 16,1 та 13,8 дня відповідно.

У 2012 р. порівняно з 2011 р. видатки на утримання комунальних закладів охорони здоров'я збільшено на 20,3 (1,93 млрд грн проти 1,57 млрд грн).

Основні проблеми у діяльності системи охорони здоров'я Харківської області полягають у:

– збереженні надмірної мережі закладів охорони здоров'я, дублювання структур, частка населення області обслуговується як територіальною, так і відомчою медициною, видатки на утримання якої на етапі формування державного бюджету вилучаються з комунального сектору;

– недостатньому рівні матеріально-технічної бази медичних установ;

– дефіцит лікарських кадрів залишається високим протягом останніх років.

Станом на 31.12.2012 р. збережено мережу закладів охорони здоров'я Херсонської області, підпорядкованих управлінню та МОЗ України, яка має розвинену інфраструктуру та включає 568 закладів: 389 ФП і ФАПів; 88 лікарських амбулаторій, з них у селі 83 заклади (у т.ч. 57 закладів працює на засадах сімейної медицини, з них у селі – 54); 27 ДЛ; 18 ЦРЛ; 6 МЛ; 8 ОЛ; 7 поліклінік; 5 обласних диспансерів (кардіологічний, онкологічний, шкірно-венерологічний, наркологічний протитуберкульозний); 5 дитячих санаторіїв різного профілю, два з яких – у сільській місцевості; 1 обласний госпіталь ІВВВ; обласні центри: служби крові, медико-соціальної експертизи, здоров'я та спортивної медицини, екстреної медичної допомоги, профілактики та боротьби зі СНІДом; обласне бюро судово-медичної експертизи; 22 санітарно-епідеміологічні станції та 2 дезінфекційні станції. Усі села з кількістю мешканців понад 1000 осіб мають ЛПЗ охорони здоров'я. Ситуація із

забезпеченістю медичними кадрами, особливо в сільській місцевості, як і в цілому по Україні, у 2012 р. складна. Укомплектованість лікарями за останні роки не перевищувала 70% загальної потреби у лікарських кадрах.

Бюджет галузі охорони здоров'я Херсонської області у 2012 р. становив 768,9 млн грн, що на 138,3 млн грн, або на 21,9%, більше, ніж у 2011 р. Аналіз структури видатків галузі, де питома вага на оплату праці займає 71,3% і збільшилася порівняно з 2011 р. на 3%, в умовах подальшого зростання показника мінімальної заробітної плати в цілому по Україні, наявності інфляційних процесів, і, як свідчить практика, незважаючи на значну питому вагу у складі витрат, фінансове забезпечення цієї статті було недостатнім для поліпшення мотивації праці медичного персоналу. Зменшилася питома вага витрат на медикаменти (з 9,2% у 2011 р. до 8,6% у 2012 р.). Знизилася частка видатків на харчування та виконання капітальних робіт. Зменшилася питома вага видатків на сплату за спожиті енергоносії (з 9,4% у 2011 р. до 8,7% у 2012 р.), що пов'язано із впровадженням заходів з енергозбереження, спрямованих на скорочення витрат на комунальні послуги та енергоносії.

Проблемами охорони здоров'я у Херсонській області виступають такі:

– недостатність фінансування для удосконалення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я;

– доцільне поліпшення якості і доступності медичної допомоги, особливо сільським жителям;

– розбудова інфраструктури спеціалізованої стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги (створення центрів ПМСД, реструктуризація ліжкового фонду мережі ЛПЗ охорони здоров'я, розширення потужності денних стаціонарів) та збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я.

У Черкаській області станом на 31.12.2012 р. в області функціонувало: 236 медичних установ, підпорядкованих ГУОЗ та медицини катастроф ОДА, 211 медичних установ, які надають амбулаторну допомогу (у т.ч. 8 поліклінік та 115 лікарських амбулаторій), 87 стаціонарних установ (у т.ч. 37 ДЛ, 1 селищна лікарня, 4 РЛ та 20 ЦРЛ), 5 дитячих санаторіїв, 553 ФАПи (табл. 2.34).

Як і в попередні роки кадрова ситуація щодо забезпечення лікарями закладів охорони здоров'я Черкаської області була складною навіть у містах.

Таблиця 2.34

Мережа закладів охорони здоров'я Черкаської області у 2008-2012 рр.

Показник	Рік				
	2008	2009	2010	2011	2012
Кількість установ, підпорядкованих ГУОЗ та МК ОДА	234	238	238	237	236
І. Кількість установ, які надають амбулаторну допомогу, у т.ч.	210	213	213	212	211
– самостійні поліклініки	9	9	9	9	8
– лікарські амбулаторії	93	100	107	110	115
ІІ. Кількість стаціонарних установ	106	102	96	92	87
– в них ліжок	11 456	11 347	11 173	11 035	10 907
– на 10 тис. населення	86,5	86,5	85,9	85,4	84,4
у т.ч.					
– дільничні лікарні, число установ	55	52	46	42	37
в них ліжок	565	549	511	460	392
– селищні лікарні, число установ	2	1	1	1	1
в них ліжок	30	5	5	5	5
– районні лікарні, число установ	4	4	4	4	4
в них ліжок	197	195	195	195	185
– центральні районні лікарні, число установ	20	20	20	20	20
в них ліжок	3974	3943	3927	3892	3872
ІІІ. Кількість дитячих санаторіїв	5	5	5	5	5
– в них ліжок	770	770	745	695	695
IV. Фельдшерсько-акушерські пункти					
– абс. кількість	559	557	555	555	553

За останній рік намітилася слабка тенденція щодо стабілізації дефіциту усіх лікарських кадрів (включаючи СЕС та госпрозрахункові структури), які станом на 31.12.2012 р. налічували 1579 осіб (2010 р. – 1600. Незважаючи на те, що кількість фізичних осіб лікарів у 2012 р. збільшилась, укомплектованість усіх штатних посад лікарів фізичними особами зменшилась (з 76,7% у 2008 р. до 73,0% у 2012 р.). Даний показник значно нижчий, ніж у цілому по Україні (2010 р. – 81,1%).

У 2012 р. кількість ліжок скоротилась на 128, у т.ч. по ЦРЛ – на 20, РЛ – на 10, ДЛ – на 68, МЛ – на 30. Забезпеченість ліжками – 84,4 на 10 тис. населення (2011 р. – 85,4, при нормативі – 80,0), (див. рис. 2.27). За останні 3 роки бюджет галузі охорони здоров'я Черкаської області зріс в 1,4 разу і становив

(затверджені призначення) у 2010 р. – 696,3 млн грн, у 2011 р. – 767,4 млн грн, а в 2012 р. – 959,5 млн грн, однак ці кошти покрили лише мінімальні фінансові потреби галузі на 60%, а суми збільшення бюджету спрямовані практично на підвищення заробітної плати.

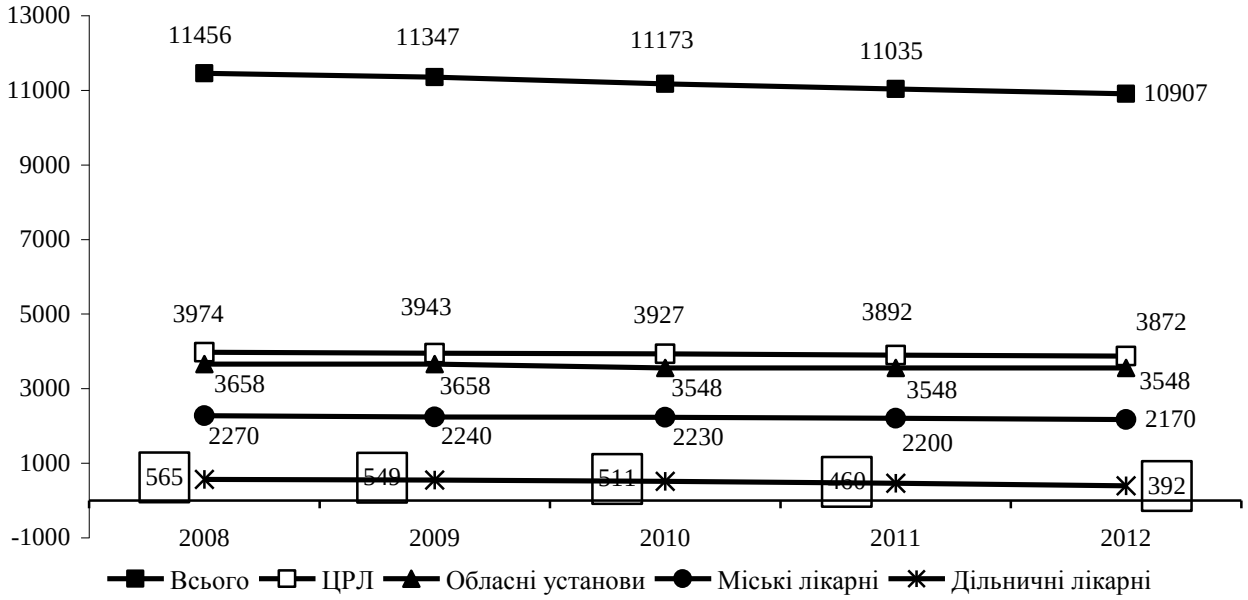


Рис. 2.27. Динаміка ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Черкаської області у 2008–2012 рр.

У структурі розподілу бюджетних призначень у цілому по Черкаській області на заробітну плату з нарахуваннями припало 69,8% усіх коштів (2011 р. – 67,6%), у т.ч. по містах і районах – 77,9%, в 6 регіонах – 80,0–82,6%; на оплату енергоносіїв в цілому по області – 9,3%; придбання медикаментів – 6,7%; харчування хворих – 3,3%; капітальні видатки – 3,0% (2011 р. – відповідно 10,0%; 7,6%; 3,5%; 4,2%). Основним напрямом розвитку системи охорони здоров'я області є оптимізація та реформування цієї галузі.

Що стосується Чернівецької області, то станом на 31.12.2012 р. медичну допомогу населенню надавали 457 заклади охорони здоров'я, з них 11 ЦРЛ, 1 РЛ, 7 МЛ, 1 станція ШМД, 9 диспансерів, 3 стоматологічні поліклініки, 21 ДЛ, 127 СЛА, 223 ФАПи. Загальна потужність ліжкового фонду становила 7675 ліжок, або 85,1 на 10 тис. населення (Україна, 2011 р. – 86,75). Порівняно з 2011 р. ліжковий фонд скоротився на 329 ліжок. В області працювало

3396 лікарів, 6436 СМП, інший персонал – 2551. Укомплектованість ЛПЗ лікарями становила 97,1%, СМП – 98%.

Фінансування галузі характеризувалося зростанням абсолютної суми видатків, відповідно при обсязі видатків на охорону здоров'я в сумі 556,2 млн грн уточнений план склав 648,1 млн грн, що на 91,9 млн грн більше проти затвердженого плану. Бюджет уточнено у зв'язку з підвищенням заробітної плати в бюджетній сфері, збільшенням тарифів на енергоносії та виділенням додаткових коштів на поточні видатки.

Основні проблеми системи охорони здоров'я Чернівецької області:

– завершення створення закладів ПМСД на засадах ЗПСМ;

– продовження роботи з реформування медичної галузі області;

– поліпшення забезпечення новим обладнанням ЛПЗ охорони здоров'я області для проведення сучасних медичних технологій.

У Чернігівській області станом на 31.12.2012 р. у системі медичної допомоги області функціонувало 927 медичних закладів різного типу, у т.ч. 35 обласних, 13 міських, 22 ЦРЛ, 15 РЛ, 25 СДЛ, 100 лікарських амбулаторій (з них 96 СЛА), 717 ФАПів. У 2012 р. з різних джерел надходжень на утримання ЛПЗ охорони здоров'я Чернігівської області мобілізовано 917,5 млн грн. Протягом останніх років не змінилася структура видатків на медичну галузь області (рис. 2.28).

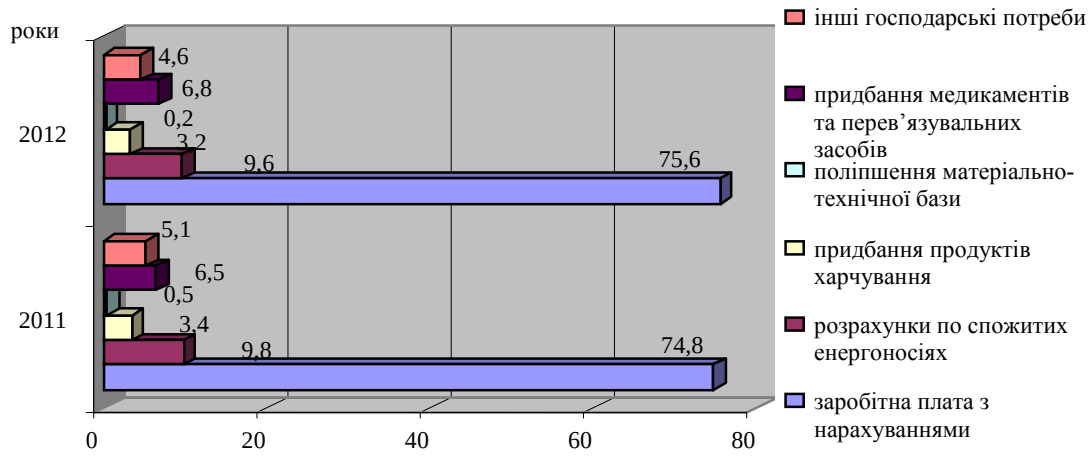


Рис. 2.28. Структура видатків лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2011–2012 рр.

В медичних закладах та установах системи охорони здоров'я області станом зареєстровано 5342 штатні лікарські посади (без посад зубних лікарів) тобто кількість штатних посад зменшилась на 31,75. Показник забезпеченості штатними посадами лікарів на 10 тис. населення по області порівняно з 2011 р. (48,3) підвищився і становив 48,5.

Проблеми у діяльності системи охорони здоров'я Чернігівської області:

– недостатнє кадрове забезпечення закладів ПМСД;

– низький рівень матеріально-технічного забезпечення закладів ПМСД;

– недостатня ефективність використання бюджетних коштів на охорону здоров'я – 85% коштів використовуються на утримання медичних закладів (оплату енергоносіїв, комунальних послуг та заробітну плату персоналу).

У м. Київ станом на 31.12.2012 р. медичну допомогу населенню надавали ЛПЗ системи ГУОЗ, де працювали понад 12 тис. лікарів і майже 20 тис. СМП. Амбулаторно-поліклінічну допомогу надавав 81 АПЗ: 45 поліклінік для дорослих; 18 поліклінік для дітей; 9 диспансерів; 9 стоматологічних поліклінік. Крім того, стоматологічну допомогу населенню надавали 3 комунальні підприємства і 2 госпрозрахункові поліклініки.

Функціонувало 56 стаціонарних закладів: 17 багатопрофільних МКЛ для дорослих; 18 спеціалізованих лікарень і центрів; 6 пологових будинків; 4 диспансери; 11 дитячих клінічних лікарень (2 спеціалізовані). На базі ЛПЗ системи ГУОЗ функціонувало 13 українських і 90 міських спеціалізованих центрів, з яких 20 – для дітей. В системі ГУОЗ штатним розкладом передбачено понад 66 тис. посад працівників, з них майже 15,6 тис. посад лікарів та майже 24 тис. посад СМП. Загалом укомплектованість по галузі – 80%. Так, дефіцит лікарів склав понад 3000 осіб (особливо служби ШМД, лікарів-фтизіатрів, лікарів-лаборантів, дільничних терапевтів і педіатрів), СМП – близько 4000.

Протягом останніх років з міського бюджету на охорону здоров'я виділено близько 60% річної потреби в коштах. Основними джерелами фінансового забезпечення охорони здоров'я міста були: бюджетне фінансування,

добровільне медичне страхування, власні надходження установ, благодійництво та спонсорство.

Головним джерелом фінансування медичного забезпечення населення міста були кошти міського бюджету. Так, з міського бюджету на охорону здоров'я у 2012 р. видатки становили 2201,2 млн грн, що на 18,3% більше порівняно з 2011 р., або 89,% загального обсягу асигнувань. Значну питому вагу у загальному обсязі фінансування охорони здоров'я міста становили власні надходження ЛПЗ (2012 р. – 251,6 млн грн, або 10,2% загального обсягу асигнувань). Дуже вагомими є надходження в загальний обсяг фінансування охорони здоров'я міста від благодійних внесків населення, гуманітарної допомоги, на виконання окремих доручень (2012 р. – 97,2 млн грн).

На заробітну плату медичних працівників було виділено – 1719,8 млн грн, або 70,0% загального обсягу видатків, оплату комунальних послуг – 235,6 млн грн, або 9,6% загального обсягу видатків, видатки на господарське утримання – 119,9 млн грн, або 4,9% загального обсягу. Натомість видатки на медикаменти становили усього 266,4 млн грн, або 10,8% загального обсягу, видатки на харчування – 69,8 млн грн, або 2,8% загального обсягу.

Принцип розподілу бюджету з розрахунку на мешканця не реалізований до кінця, до медичних закладів доходить бюджет вже без урахування цього показника. Існуюча система розподілу бюджетних коштів призвела до того, що у медичних закладів немає мотивації до зниження необґрунтованої госпіталізації, оптимізації ліжкового фонду, скорочення штатної чисельності працівників. Основними показниками залишаються ліжко-дні та відвідування, які не дають змоги персоніфікувати витрати і управляти затратним механізмом.

Станом на 31.12.2012 р. у м. Севастополь лікувально-профілактичну допомогу населенню надавали 10 лікарень (7 міських, 2 спеціалізовані, 1 дільнична), 4 диспансери (протитуберкульозний, онкологічний, шкірно-венерологічний, лікарсько-фізкультурний), 1 дитяча поліклініка, 4 стоматологічні поліклініки, 12 ФАПів. Укомплектованість лікарськими кадрами – основна галузева проблема. При загальній укомплектованості

(70,8%) не вистачало лікарів-лаборантів (14%), дільничних терапевтів (55%), лікарів станцій ШМД (55%), неонатологів (69%), дільничних педіатрів (69%). Укомплектованість лікарями ЗП/СМ перевищила середньоміський рівень (84%).

У зв'язку з недостатнім фінансуванням галузі більшість бюджетних коштів спрямовано на "захищені" статті витрат (заробітну плату, придбання медикаментів, продуктів харчування, комунальні платежі). Коштів на відновлення матеріально-технічної бази було недостатньо, внаслідок чого її зношеність становила понад 70% (рис. 2.29).

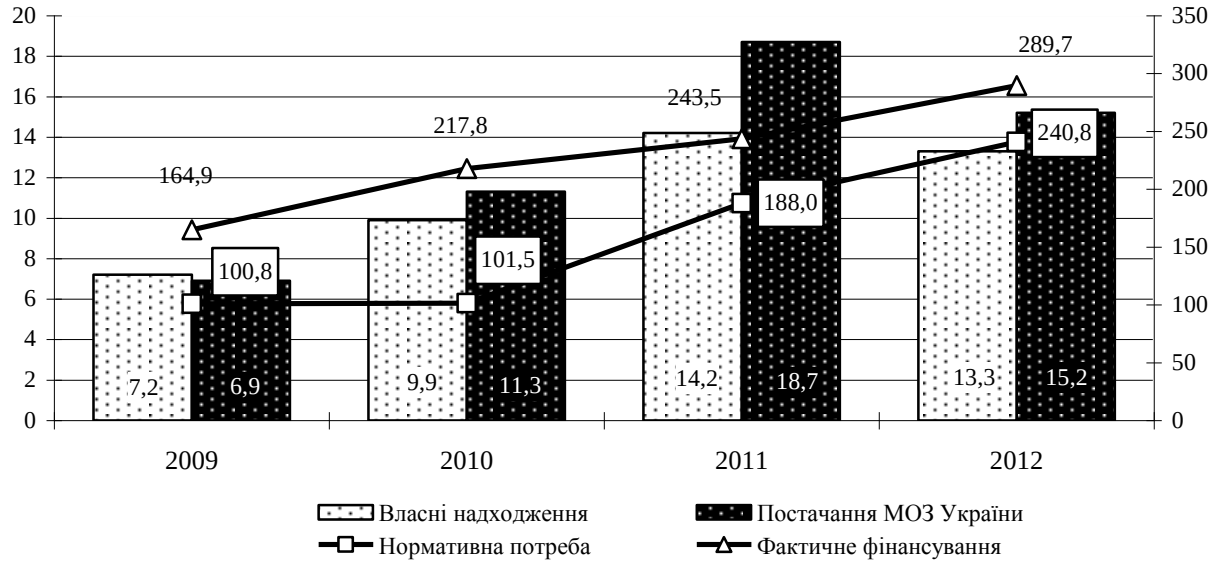


Рис. 2.29. Фінансування та нормативна потреба галузі охорони здоров'я м. Севастополь у 2009-2012 рр. (млн. грн)

Фінансування медичної галузі проведено коштом місцевого бюджету. Протягом останніх років фінансування галузі становило близько 50% розрахункової потреби. Збільшення коштів бюджету пропорційне процесам інфляції. А це не дає змоги значно поліпшити ситуацію (табл. 2.35).

Недофінансування галузі призвело до неадекватного розподілу бюджетних коштів: зарплата та комунальні витрати становили 84,6%, медикаменти – 6,9%, харчування – 1,9%, інші витрати – 6,6%). Хоча останніми роками збільшується залучення позабюджетних коштів, однак вони не покривають дефіцит бюджетних асигнувань.

Таблиця 2.35

Джерела фінансування галузі охорони здоров'я

м. Севастополь у 2011-2012 рр. (млн грн)

Показник	Роки	
	2011	2012
Надходження коштів у галузь охорони здоров'я, у т.ч.	257,8	310,0
– із загального фонду	239,3	289,1
– зі спеціального фонду	18,5	20,9

Проблеми у діяльності системи охорони здоров'я м. Севастополь:

– удосконалення системи державного управління у сфері охорони здоров'я;

– оптимізація мережі ЛПЗ охорони здоров'я міста;

– скасування штатних нормативів (відповідно наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. №33) та впровадження в галузі охорони здоров'я контрактної форми оплати праці;

– реорганізація мережі шляхом укрупнення комунальних медичних закладів та реформування системи охорони здоров'я на бюджетно-страхову модель.

Узагальнюючи вищерозглянуте, розуміємо, що проблема кошторисного фінансування в Україні є досить важливою. Переважна більшість закладів охорони здоров'я – державні, до того ж діє система успадкована від Радянського Союзу тобто існує чітка ієрархія, тому органи місцевого самоврядування мають обмежені повноваження щодо вироблення регіональної політики охорони здоров'я. Крім того, незважаючи на диференціацію у підпорядкуванні установ охорони здоров'я (національний, обласний або районний рівень), розподіл коштів відбувається через МОЗ, яке здійснює фінансування медичних закладів усіх рівнів. У таких умовах розпорядники коштів не враховують індивідуальних потреб регіонів у послугах з охорони здоров'я, а місцеві громади не можуть впливати на фінансування місцевих лікувальних установ та управління ними. З метою забезпечення ефективності управління державними коштами, підвищення оперативності у фінансуванні видатків в межах наявних обсягів фінансових ресурсів було утворено Державне

казначейство України (1995р.). До основних завдань Державної казначейської служби України (2011р.) відносимо: розрахунково-касове обслуговування розпорядників бюджетних коштів, ведення бюджетного обліку та складання звітності про виконання бюджету, здійснення контролю за використанням коштів виділеного фінансування.

Через органи Державної казначейської служби здійснюється фінансування установ охорони здоров'я. Кошти установам виділяються в міру виконання планових обсягів робіт, не допускаються видатки непередбачені кошторисом. Важливим принципом бюджетного фінансування таких установ є обґрунтованість кошторису за видами і напрямами бюджетних асигнувань, а також економічна доцільність і раціональність використання виділених коштів. Оплата видатків закладів охорони здоров'я здійснюється органом ДКС, із реєстраційного рахунку шляхом проведення платіжних доручень на перерахування платежів відповідно до чинного законодавства. Також, як підтвердження цільового направлення коштів, установою подається реєстр платіжних доручень, реєстри фінансових і юридичних зобов'язань. Реєстраційні рахунки розпорядників коштів, відображають всі суми оплачених платіжних доручень. За результатами кожного операційного дня в реєстраційних рахунках підсумовуються обороти по дебету і кредиту та виводяться залишки коштів. Виписка з реєстраційного рахунку складається в двох примірниках. Перший примірник з додатками платіжних доручень залишається у відділі обліку та звітності, а другий з додатками передається розпоряднику коштів.

Казначейська система передбачає не тільки здійснення операцій з коштами розпорядників, прийняття зобов'язань і проведення платежів, а відповідно здійснює бюджетний контроль за допомогою звітності, фінансовий аналіз якої дає оцінити:

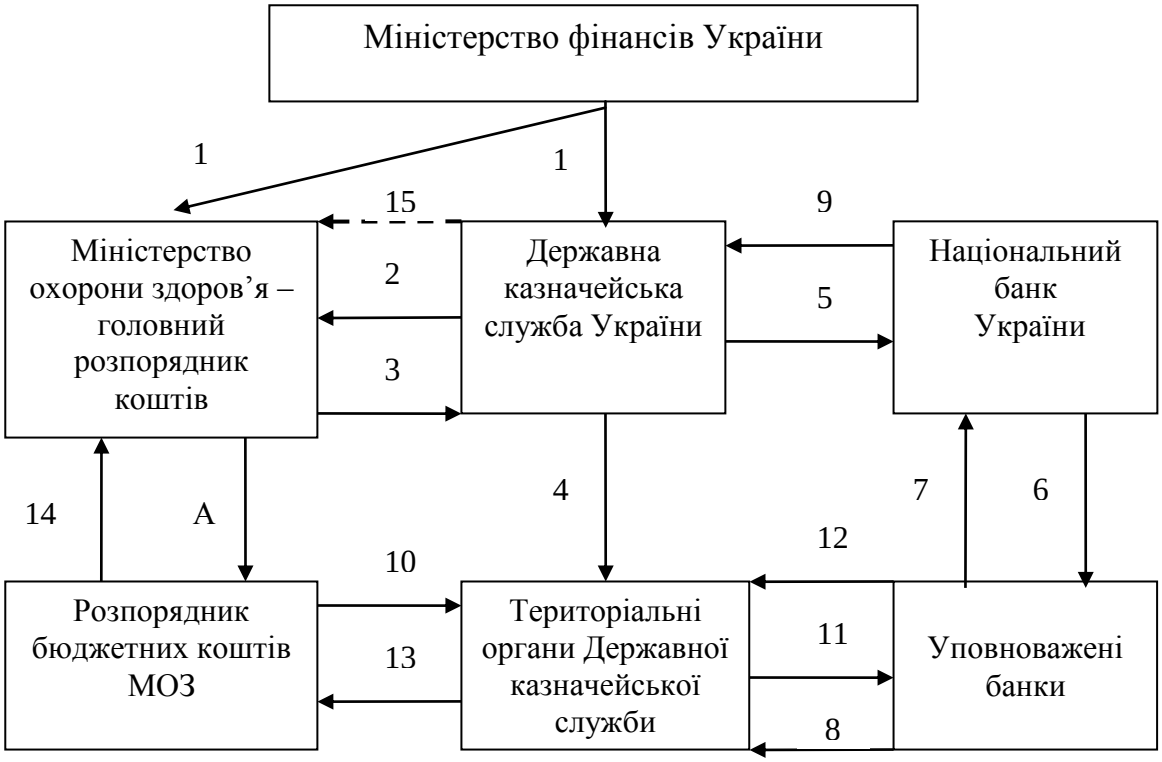
– фінансовий та майновий стан бюджетної установи;

– потребу в додаткових джерелах фінансування;

– раціональність використання залучених коштів;

– обґрунтованість політики розподілу і використання фінансування.

Звітність закладів охорони здоров'я різноманітна та деталізована, що має об'єктивне пояснення, адже за її допомогою контролюється виконання бюджетів за видатками, перевіряється доцільність використання коштів відповідно до кошторисних призначень, а також аналізується повнота і своєчасність платежів, стан розрахунків і ін. Цим пояснюється те, що звітність бюджетних установ суворо регламентована за змістом і за термінами подання вищестоящій установі та органу ДКС. Процес казначейського виконання Державного бюджету здійснюється на основі принципу єдиного казначейського рахунку, він полягає у відкритті бюджетних рахунків органами ДКС з яких здійснюються платежі суб'єктам діяльності. При надходженні бюджетних коштів на рахунок МОЗ України подає розподіл відповідних бюджетних асигнувань в розрізі підвідомчих закладів і установ-розпорядників нижчого ступеня. Для фінансування Міністерства в ДКС відкриті реєстраційні рахунки. Рух коштів при фінансуванні установ і організацій, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України через територіальні органи Державної казначейської служби і уповноважені установи банків можна розглянути на рис. 2.30. Так, з наведеного рис. 2.30 фінансування установ і організацій підвідомчих МОЗ України через органи ДКС та уповноважені банки, яке здійснено відповідно до "Тимчасової інструкції про порядок касового виконання державного бюджету за видатками", затвердженої наказом Головного управління Державного казначейства України № 28 від 21.03.97 помічаємо, що система руху коштів неефективна. Це пояснюється тим, що за діючою системою руху коштів при фінансуванні підвідомчих закладів головний розпорядник коштів (МОЗ) не отримує від ДКС виписку про фактично проведене їх фінансування по територіях, що не дозволяє надалі (без наявності первинних документів) ефективно управляти коштами державного бюджету. Надання виписки від ДКС про проведення фактичного фінансування не передбачено вищеназваною "Тимчасовою інструкцією".



1. доведення обсягів асигнувань Міністерсвом фінансів України;
2. доведення ДКС затверджених обсягів фінансування на території організаціям МОЗ;
3. реєстри розподілу коштів по мережі від МОЗ;
4. реєстри розподілу коштів на територіальні казначейства по мережі МОЗ;
5. бюджетні кошти на території по мережі організаціям МОЗ через НБУ;
6. бюджетні кошти на території від НБУ через уповноважені установи банків;
7. виписки для НБУ про проходження коштів по мережі установ МОЗ;
8. виписка банківська про зарахування коштів на реєстраційні рахунки по мережі установ МОЗ;
9. виписки для ДКУ про перерахування коштів з НБУ по мережі установ МОЗ;
10. платіжні доручення на оплату рахунків організаціям;
11. перерахування коштів на оплату організаціям;
12. виписки з банків про проведення оплати;
13. казначейські виписки з реєстраційних рахунків про проведення оплати;
14. звіти організацій про використання бюджетних коштів за квартал (рік);
15. відсутні казначейські виписки про перерахування коштів на території для МОЗ;

А - затверджені кошториси установами МОЗ.

Рис. 2.16. Рух коштів при фінансуванні установ, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України через територіальні органи Державної казначейської служби та уповноважені банківські установи*

**Складено автором на основі [142; 167; 185]*

Головний розпорядник коштів МОЗ, не ставив питання про отримання від ДКС, підвідомчих Міністерству установ і організацій розпорядників коштів нижчого ступеня, інформації про повноту та своєчасність фінансування на

місцях, а без наявності таких даних Міністерство не володіє ситуацією щодо фінансування підвідомчих йому установ та організацій. Отже, з огляду на проблематику, об'єктивно випливає потреба суттєвого перегляду існуючої державної політики в галузі охорони здоров'я і реалізації широкого спектру контрольних заходів спрямованих на підвищення ефективності використання людських, матеріально-технічних ресурсів для забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я.

Проведений аналіз практики фінансування та використання коштів на утримання охорони здоров'я вказує на те, що підходи до фінансування не відповідають вимогам ринкової економіки, так як держава фінансує медичні установи з огляду на кількість лікарняних ліжок та штатні нормативи. Кошти виділяються на підставі не тих показників, які характеризують діяльність закладу охорони здоров'я або його завантаженість, а цифр, що свідчать про його розміри. Ефективному використанню ресурсів в установах охорони здоров'я не сприяє й система роботи за старими штатними нормативами. Незалежно від завантаженості установи, штат працівників усіх спеціальностей повністю укомплектований, оскільки існують чіткі вимоги щодо кількості медичних працівників різних спеціальностей та допоміжного персоналу.

Ситуація загострюється й тим, що рівень зношеності основних фондів охорони здоров'я перевищив 60% бар'єр, при цьому в лікувально-профілактичних закладах обсяги заміни морально застарілої медичної техніки та обладнання не перевищують 1,5 % на рік. В економічно розвинутих країнах цей показник для активної частини основних фондів охорони здоров'я складає 10-12% на рік. Розміри бюджетного фінансування не відповідають ресурсним потребам галузі. Для об'єктивної оцінки відзначимо, що стосується використання фінансових ресурсів охорони здоров'я, то з роками ситуація практично не змінюється, тобто змінюються обсяги фінансування, розподіл видатків розписується за окремими статтями, коливання з року в рік складають 2–3%. Велика частина, як і раніше, поглинається заробітною платою медичних працівників та оплатою комунальних послуг (понад 70% усіх видатків

спрямовується на фінансування діяльності лікувально-профілактичних закладів). Бюджетні видатки на охорону здоров'я розподіляються відповідно до елементів затрат, головними з яких є лікарняні ліжка. Витрати на оплату праці та комунальні платежі складають дві третини видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я, а на закупівлю товарів, матеріалів та послуг витрачається лише одна п'ята, на капітальні видатки – одна десята сукупних видатків.

Усі країни стикаються з необхідністю скорочення та стримування зростання витрат на охорону здоров'я за допомогою перерозподілу фінансових ресурсів за рахунок інших статей бюджету, підвищення податків та внесків у рамках системи соціального страхування, регулювання попиту на медичні послуги, регулювання пропозицій медичних послуг. Але при цьому бідні країни шукають на це кошти, тому що не вистачає на найнеобхідніше медичне обслуговування, а багаті витрачають їх на впровадження нових медичних технологій, довготривале лікування хронічних інфекційних хвороб і медико-соціальну допомогу. Головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є показники фінансування та стабільність його джерел. Кожна країна визначає способи їх формування на власний розсуд, ураховуючи політичне та економічне підґрунтя. Держави з великим національним прибутком (США, Велика Британія, Швейцарія тощо) відрізняються більш високими витратами на медичні послуги на душу населення в порівнянні з менш розвиненими країнами (Індія, Єгипет, Мексика тощо). В Україні фінансування галузі охорони здоров'я здійснюється на 40-50% від потреби. Тому проведення реформ в охороні здоров'я направлених на створення нової, бюджетно-страхової медицини стало життєвою необхідністю.

Таким чином, базуючись на об'єктивній логіці перетворень системи охорони здоров'я, яка зіштовхується з високою інертністю існуючих моделей управління галуззю, ми акцентуємо увагу на необхідності зміни акцентів з врахуванням специфічних методів регулювання та фінансування цієї системи, включаючи внутрішню закономірну її еволюцію, що визначається ступенем протиріч у рамках дії об'єктивних соціально-економічних і інших законів.

РОЗДІЛ 3

ПЛАНУВАННЯ І ФІНАНСУВАННЯ ВИДАТКІВ НА УТРИМАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ: ПРАГМАТИКА І ПРІОРИТЕТИ

3.1. Стратегічні засади модернізації системи охорони здоров'я та планування видатків галузі в умовах економічних реформ

Сьогодні охорона здоров'я визначається як складна соціальна система та являє собою найважливішу сферу життєдіяльності суспільства. У галузі охорони здоров'я України за останні роки відбулися значні перетворення, однак залишаються невирішеними ряд проблем, які необхідно подолати та спрямувати на подальшу раціоналізацію інфраструктури цієї галузі, ліквідацію диспропорції між стаціонарною і амбулаторно-поліклінічною ланками, підвищення доступності, якості та ефективності надання медичної допомоги населенню.

Найголовнішою передумовою успішного реформування галузі охорони здоров'я є вироблення та затвердження єдиної стратегії її розвитку, що має бути покладена в основу наукових стратегічних досліджень, які б забезпечували інтегральний системний підхід до аналізу процесів у даній галузі, та побудованих на цих методологічних засадах практичних рекомендацій.

Для конструювання динамічного бачення довгострокових перспектив розвитку системи охорони здоров'я з урахуванням впливу чинників економічної політики треба знати закони розвитку суспільно-економічної системи. За таких умов, вважаємо, що стратегічні засади охорони здоров'я мають концентруватися навколо трьох головних характеристик, властивих системі:

1) встановлення реалістичності завдань і відповідності наявним ресурсам;

2) встановлення особливостей зв'язків між елементами системи – врахування дійсних причинно-наслідкових зв'язків;

3) визначення наявних загроз здійсненню стратегії та об'єктивних її обмежень.

Важливою для стратегічних досліджень є проблема дефіциту коректних даних для стратегічного аналізу. Так як, незважаючи на надлишковість інформаційної пропозиції, системний аналіз досить часто виявляється об'єктивно обмеженим через інформаційну незабезпеченість унаслідок її неструктурованості, непрогнозованості процесів чи відсутності системи одержання необхідних даних.

Ми поділяємо думку Д. Карамишева та вважаємо, що стратегічні засади у сфері організації системи охорони здоров'я і управління нею мають полягати у проведенні комплексу заходів, що можуть включати такі компоненти:

– збалансування державних гарантій щодо забезпечення населення медичною допомогою з фінансовими можливостями держави;

– забезпечення стійкості і прозорості багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я;

– реформування системи фінансування охорони здоров'я;

– реалізація механізмів фінансового планування й механізмів оплати праці, що стимулюють підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я;

– розвиток механізмів координації діяльності всіх складових системи управління охороною здоров'я;

– реструктуризацію мережі лікувально-профілактичних закладів;

– удосконалення економічних механізмів та правових форм функціонування медичних закладів.

Окрім цього, А. Підаєв зосереджує свою увагу на залучені позабюджетних коштів шляхом пошуку відповідних форм участі недержавних підприємств у розбудові системи охорони здоров'я [258; 260].

За такої ситуації, на нашу думку, перспективним для подальших стратегічних засад є розгляд системного підходу як універсального методу дослідження соціальних систем, а саме з'ясування основних принципів системного підходу як теоретичного підгрунтя для розробки дієвої довго- та середньострокової стратегії розвитку системи охорони здоров'я. Це дозволить комплексно здійснити оцінку того чи іншого явища відповідно на державному чи місцевому рівнях управління системою охорони здоров'я та прийняти науково обгрунтовані стратегічні управлінські рішення.

У такому контексті, стратегічні засади оптимізації системи та фінансування видатків у галузі охорони здоров'я в умовах ринкових трансформацій вбачаються у раціоналізації використання ліжкового фонду та визначенні економічної і медичної ефективності, що дозволить реалізувати позитивні альтернативи у рамках удосконалення планування і фінансування видатків на заклади охорони здоров'я.

Зауважимо, що сучасні наукові дослідження відзначаються відсутністю єдиних термінологічних та методологічних підходів до питання оцінки ефективності різних аспектів надання лікувально-профілактичної допомоги. Очевидно, що економічна і медична ефективність знаходяться у тісному, але не завжди причинно-наслідковому взаємозв'язку. Ефективність діяльності ЛПЗ є комплексним поняттям, яке включає економічну та медичну ефективність використання трудових і матеріальних ресурсів (ліжкового фонду, обладнання, споруд), а також соціальний ефект. Тут зазначимо, що різні інтегральні показники ефективності діяльності ЛПЗ охорони здоров'я недостатньо практичні для використання, оскільки для їхньої коректності необхідно враховувати велику кількість первинних показників і чинників, проводити стандартизацію і визначати "вагу" кожного з них при математичному обчисленні. На нашу думку, економічну ефективність діяльності ЛПЗ можна коректно оцінювати при дотриманні певних умов: нормативного фінансування; адекватності тарифів; збалансованого бюджету.

Такі науковці як О. Динник, Ю. Поляченко, В. Залеский вважають, що метою економічної оцінки є визначення співвідношення ціни й ефективності альтернативних лікувально-діагностичних процедур. Така позиція ґрунтується на тому, що через обмеження фінансових надходжень необхідно обирати максимально позитивний результат: якщо два варіанти медичної допомоги за вартістю є еквівалентними, то слід обрати більш ефективний, який забезпечує кращі результати. Тому у багатьох країнах Західної Європи, Північної Америки, Австралії, Японії та інших промислово розвинутих країнах застосовують методи фінансових розрахунків і аналізу економічної ефективності лікування, які включають аналіз мінімізації витрат (cost minimization analysis); аналіз вартість/ефективність (cost-effectivenes analysis); аналіз вартість/корисність (cost-utility analysis); аналіз вартість/дохід (cost-benefit analysis) тощо [259; 260].

За висновками науковців сучасними вимогами для оптимального планування та визначення економічної ефективності надання медичної допомоги є впровадження галузевих стандартів клініко-економічних досліджень та медико-економічних протоколів, які повинні включати не тільки стандарти лікування, але й економічні розрахунки ліжко-днів, регламентацію взаємовідносин між різними службами, експертну оцінку якості медичної допомоги, медичний аудит тощо.

А. Зіменковський та С. Пономаренко дають визначення економічної ефективності охорони здоров’я як величини економічного збитку внаслідок високої смертності, інвалідності, захворюваності за рахунок раціонального використання матеріальних, трудових та фінансових ресурсів охорони здоров’я [192; 259].

У вітчизняній та зарубіжній науковій літературі запропоновано багато методичних обчислень економічного ефекту діяльності ліжкового фонду та розрахунку витрат, пов’язаних із наданням стаціонарної медичної допомоги, що у результаті слугує невід’ємним чинником оптимізації планування і

фінансування видатків на охорону здоров'я. Вважаємо, що заслуговують на увагу наступні наукові підходи.

Так, О. Голяченко пропонує економічно-математичну модель визначення ціни (вартості) стаціонарної допомоги, яка включає 15 складових частин (пересічна заробітна плата лікаря з розрахунку на один ліжко-день; кількість ліжко-днів; вартість харчування хворого за день тощо) [192].

Н. Алексеєв, Н. Батина, А. Якушев вважають за доцільне проводити оцінку економічної ефективності функціонування ліжкового фонду лікарні загалом та кожного підрозділу окремо у два етапи: на першому етапі формувати статистичні показники і обчислювати відхилення від запланованих на початку року параметрів діяльності ліжок стаціонару, а на другому – здійснювати переведення відхилень від статистичного плану в економічні показники і оцінювати їх з позицій ефективності за такою формулою розрахунку [192; 259]:

$$Еф = (В \times К_1) + (В \times К_2) + (В \times К_3), \qquad (3.1)$$

де Еф - економічна ефективність роботи лікарні (відділення);

В - вартість одного ліжко-дня;

$К_1$ - відхилення від плану ліжко-днів;

$К_2$ - добуток кількості планових хворих на різницю планової та фактичної тривалості перебування хворого на ліжку;

$К_3$ - добуток кількості хворих, пролікованих понад план, на фактичну середню тривалість перебування хворого на ліжку.

Науковці Т. Чернова, Л. Васильева, В. Казанцев, Е. Ползик, А. Филимонов розробили алгоритм розрахунку інтегрального показника медичної ефективності роботи ЛПЗ, у тому числі використання ліжкового фонду, який ґрунтується на фіксації набору ознак або первинних показників; нормуванні обраних ознак до інтервалу 0-1; подальшому розрахунку інтегрального показника для певного медичного закладу як середнього арифметичного усіх використаних при розрахунку ознак. За результатами зіставлених досліджень, проведених традиційним способом та шляхом розрахунку інтегрального показника медичної ефективності, слідує, що остання методика дозволяє

здійснити синтез інформації за єдиним алгоритмом, який виключає суб'єктивізм і полегшує інтерпретацію отриманих результатів [192; 259].

З метою дослідження прямих економічних затрат стаціонарного сектора за допомогою економічно-математичної моделі В. Подолякою проведено розрахунок витрат на надання стаціонарної медичної допомоги за формулою:

$$C = Зп + Нз + М + Х + І + О + Сн, \qquad (3.2)$$

де Зп - витрати на оплату праці;

Нз - нарахування на заробітну плату;

М - витрати на придбання лікарських засобів і перев'язувальних матеріалів;

Х - витрати на харчування хворих;

І - зношення м'якого інвентарю;

О - зношення обладнання;

Сн - непрямі витрати (комунальні послуги, капітальне будівництво, ремонтні роботи, придбання обладнання тощо).

Т. Скоморохова подає удосконалений метод розрахунку економічної ефективності використання ліжкового фонду, розроблений раніше А. Азаровим, Н. Шамшуриною, який на першому етапі полягає у визначенні двох коефіцієнтів - раціонального (Kr) та цільового (Kc) використання ліжкового фонду.

$$Kr = Of / On = (Uf : Af) / (Un : An), \qquad (3.3)$$

де Kr - коефіцієнт раціонального використання ліжкового фонду;

Of - фактичний оборот ліжка;

On - нормативний оборот ліжка;

Uf - фактична зайнятість ліжка;

Af - фактична середня тривалість перебування хворого на ліжку;

Un - норматив (план) зайнятості ліжка;

An - норматив (план) тривалості перебування на ліжку.

$$Kc = Uc / Uf, \qquad (3.4)$$

де Kc - коефіцієнт цільового використання ліжкового фонду;

Uc - цільова зайнятість ліжкового фонду (днів на рік).

Другий етап полягає у розрахунку коефіцієнта ефективності використання ліжкового фонду (Ke) за кожною групою ліжок з наступним

проведенням порівняльного аналізу. Цей коефіцієнт дорівнює добутку коефіцієнтів раціонального (Кr) та цільового (Кс) використання ліжкового фонду на 100%:

$$Ке = Кr \times Кс \times 100\% \qquad (3.5)$$

Ми, підтримуючи думку В. Кораблева, пропонуємо метою економічного аналізу в ЛПЗ вважати контроль і оцінку виконання планових показників (факт/план); оцінку ефективності використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів; виявлення резервів підвищення ефективності діяльності ЛПЗ; а також віднести сюди аналіз ефективності використання управлінських рішень ЛПЗ. Крім того, вважаємо доречним аналізувати фінансово-господарську діяльність стаціонарів за розробленою методикою, в якій кінцева оцінка здійснюється за системою відносних показників, які розраховуються як відношення факт/план. Проведений таким чином аналіз ресурсів охорони здоров'я дозволяє оцінити ефективність їх використання та приймати управлінські рішення з оптимізації діяльності ЛПЗ.

Автори М. Колетова, Ф. Бадаев, А. Блохин, Т. Чернова подають методику обчислення абсолютної (Еа) та відносної (Ев) ефективності, а також корисного результату (Е) діяльності ЛПЗ стаціонарного типу [192; 260]:

$$Еа = Е – Зф, \qquad (3.6)$$

де Е – корисний результат (ефект, дохід) у грошовому еквіваленті;

Зф - фактичні витрати;

$$Ев = Е / Зф; \qquad (3.7)$$

$$Е = Бф \times Вн \text{ або } Е = Бф \times Вб, \qquad (3.8)$$

де Бф – кількість пролікованих хворих у відділенні стаціонару (за розрахунковий період);

Вн - нормативна вартість пролікованого хворого;

Вб - вартість пролікованого хворого у базовий період (тобто період, з яким порівнюється розрахунковий).

За висновками науковців, якщо при розрахунках економічної ефективності показник Ев перевищує одиницю, то робота відділення приносить дохід, якщо менший за одиницю – відділення збиткове.

Поряд із загальними дослідженнями економічної ефективності та шляхів оптимізації і зниження вартості стаціонарної допомоги у науковій літературі зустрічаються праці, присвячені вивченню цих проблем за певними профілями спеціалізованої допомоги чи на рівні окремих типів закладів або територій, такими авторами, як В. Корецкий, І. Низамов, О. Любінець, В. Ярохно та ін.

Російські дослідники Р. Галкин, В. Павлов, С. Кузнецов, С. Бородулин зазначають складність проведення оптимізації ліжкового фонду у сільській місцевості та висвітлюють результати впровадження палати диференціальної діагностики у складі приймального покою в одній з центральних районних лікарень. Розглядається наступна формула розрахунку економічного ефекту (Е) від функціонування такої палати [170; 259; 260]:

$$Е = Пв – Фв – З; \qquad (3.9)$$

де Пв - вартість можливого подальшого стаціонарного лікування всіх хворих, які поступили на діагностичні ліжка;

Фв – затрати на реально госпіталізованих хворих, які пройшли через палату диференціальної діагностики;

З - вартість затрачених медикаментів і зарплати медичних сестер палати.

На сучасному етапі переорієнтації первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини та економічній доцільності розширення мережі стаціонарозамінних форм, приділяють увагу Л. Галієнко, В. Гринаш, В. Пономаренко, О. Любінець, М. Медведовська, В. Турик, О. Ціборовський, І. Фуртак та ін. [169; 175]. Автори вказують, що впровадження стаціонарів денного перебування (СДП) для хворих, а також від переведення непрофільних хворих в інші відділення та уникнення випадків необґрунтованої госпіталізації є дуже важливою ресурсо зберігаючою формою надання медичної допомоги, в яких можливо здійснювати доліковування хворих висококваліфікованими лікарями цілодобових стаціонарів, а також проводити складні діагностичні обстеження. При обчислені економічного ефекту від організації СДП, від переведення непрофільних хворих на ліжка загального профілю (дешевших) та від виключення необґрунтованих ліжко-днів госпіталізації хворих можна

констатувати, що досягається економія за рахунок як зменшення витрат на оплату праці середнього та молодшого персоналу (ліквідація цілодобових постів), так і зниження вартості або й відсутності витрат на харчування хворих у СДП. Залежно від режиму роботи СДП (в одну, дві чи три зміни) і організації харчування хворих річна економія коштів на одному ліжку, обчислена за результатами експертних оцінок, становить від 12,2 до 50,8%.

В. Подоляка після проведеного аналізу економічної ефективності діяльності денних стаціонарів впродовж п’яти років запевняє, що удосконалення надання медичної допомоги шляхом розвитку стаціонарозамінних форм забезпечить підгрунтя для подальшої раціоналізації стаціонарної і спеціалізованої медичної допомоги, оптимізації використання високовартісного ліжкового фонду. В основі для розрахунку постає різниця вартості одного ліжко-дня у стаціонарі та одного людино-дня у денному стаціонарі. На нашу думку, тут важливою організаційною перевагою денних стаціонарів є їхня економічна ефективність.

Проведене дослідження ефективності організації дворівневого стаціонарного лікування науковцем В. Ярохно, відповідно першого етапу – надання інтенсивної медичної допомоги на ліжках цілодобового перебування, другий етап передбачав позагоспітальне доліковування хворих. За висновками науковця медична ефективність організації дворівневого стаціонарного лікування, полягає у скороченні середньої тривалості перебування хворого на ліжку як у стаціонарі цілодобового, так і в стаціонарі денного перебування, при одночасному виконанні лікувально-діагностичних заходів у повному обсязі, відсутності скарг з боку хворих та значному економічному ефекті (економії бюджетних коштів). На думку пацієнтів дворівневого стаціонару така організація стаціонарного лікування у багатопрофільному стаціонарі є необхідною.

Такі дослідники, як А. Калининська, О. Шапекина, С. Шляфер, Н. Дементьева приходять до висновку, що організація СДП на базі міської лікарні є доцільною з медикоорганізаційних позицій і економічно ефективною

формою надання медичної допомоги міському населенню. Авторами аналізується економічний ефект від впровадження СДП на 30 ліжок у дві зміни порівняно з витратами на 60 ліжок цілодобового перебування терапевтичного профілю. Елементи видатків у СДП майже вдвічі на (51,2%) менші, у тому числі "заробітна плата" і "нарахування на зарплату" – на 57,7% (за рахунок скорочення штатів медичного персоналу), "харчування" – на 86,2%, "м'який інвентар" – на 43,9% (хворі, як правило, приносять свою постіль і залишають її у спеціально виділених шафах), "комунальні послуги" – на 55,3% (за рахунок економії площ і витрат на електроенергію), "інші видатки" – на 85,8%. Якщо звернутись до показників, то очевидно, що впровадження СДП є дуже важливою ресурсозберігаючою формою, адже при обчислені економічного ефекту від організації СДП та від виключення необґрунтованих ліжко-днів госпіталізації хворих досягається економія за рахунок зменшення перерахованих елементів витрат.

Підсумовуючи економічну та медичну ефективність стаціонарної допомоги, використання ліжкового фонду та напрямів їх вирішення констатуємо:

1) сьогодні доцільно визначити та затвердити на рівні нормативно-правових документів єдині базові дефініції "економічна ефективність", "медична ефективність", а також єдині методичні підходи до їх оцінки та тлумачення;

2) потребує узагальнення та удосконалення запропонована велика кількість різних багатоетапних та громіздких формул розрахунку економічної та медичної ефективності використання ліжкового фонду;

3) заслуговує практичної реалізації визначення економічного ефекту від впровадження стаціонарів денного перебування у стаціонарних відділеннях, а також від перепрофілювання ліжок цілодобового перебування у ліжка денних стаціонарів у поліклініці.

В Україні співіснують дві основні концепції розвитку охорони здоров'я.

Перша концепція – “Європейський вибір” передбачає:

– планування, оцінку та фінансування заходів у системі охорони здоров’я здійснювати лише за кінцевим результатом (за кількістю вилікуваних хворих, наданою медичною послугою);

– багатоканальність фінансування медичної галузі;

– розвиток добровільного медичного страхування;

– програмний принцип фінансування з бюджету;

– запровадження обов’язкового соціально-медичного страхування;

– надання медичної допомоги за чітко встановленими стандартами;

– перевагу первинної медико-санітарної допомоги;

– господарську самостійність закладу, незалежно від форми власності;

– громадський контроль за діяльністю ЛПЗ та наглядові ради в закладі.

Друга концепція побудована на принципах економіки СРСР, і можна сказати, що вона у дещо зміненому вигляді фактично працює наразі в системі охорони здоров’я та не включає оцінювання результатів лікування конкретного хворого, проте існують показники ліжко-днів, відвідування поліклініки, тарифні ставки та відпрацьований робочий час. Разом з тим, немає стандартів надання медичної допомоги, є тільки кількісні нормативи, що не дають можливості оцінити кінцевий результат. Крім того, притаманна повна господарча залежність ЛПЗ від нормативів і статей фінансування, ручний режим управління, контроль та звітність виключно за кількісними показниками, а також відсутність громадського контролю.

Враховуючи думки різних вітчизняних економістів, зокрема О. Баєвої, З. Гладуна, В. Рудня [53; 198], вважаємо доцільною реалізацію концепції “Європейський вибір” та надаємо перевагу наступним способам виходу із кризи в охороні здоров’я, а саме:

1) закріплення на законодавчому рівні та делегування владних повноважень самостійного управління керівникам ЛПЗ;

2) створення “Єдиного медичного простору” (виведення бюджетних ЛПЗ із підпорядкування різних відомств, наприклад, таких, як Міністерство транспорту, СБУ, МВС та інші);

3) ухвалення закону “Про обов’язкове державне соціальне медичне страхування”. Зазначимо, що в умовах ринкової економіки в Україні, система охорони здоров’я функціонує за “радянськими” принципами (централізований розподіл ресурсів, бюджетне фінансування, розпорошення коштів по різних відомствах), і як наслідок виникла розбалансованість – управлінська, функціональна, інфраструктурна, тому необхідні нові підходи до управління цією системою.

Про переваги системи фінансування охорони здоров’я високорозвинених країн провідні вчені України повідомляли ще в 70-х роках минулого століття. Так, академік М. М. Амосов виділяв такі основні вади радянської охорони здоров’я як поганий догляд за хворими та неякісне матеріально-технічне забезпечення лікувально-профілактичного процесу.. Вагома причина останнього полягає у відсутності мотивації у молодшого і середнього медичного персоналу до праці.

Сучасні реалії свідчать про певні намагання пристосувати колишню систему медичної допомоги до ринкових умов господарювання, однак ці перетворення мають локальний характер. До того ж відомо, що фундаментом страхової медицини є обов’язкове державне соціальне медичне страхування, яке нині не функціонує в Україні (потрібен закон). У такому аспекті, можна сказати про сумнівний позитив для оцінки стану здоров’я населення від тих контрольних показників, які використовуються для здійснення оцінки діяльності ЛПЗ, це такі показники як ліжковий фонд, обіговість одного ліжка, кількість лікарів, кількість середнього та молодшого медперсоналу, норми харчування на одного хворого, норми витрачання медикаментів на одного хворого, норми забезпеченості м’яким інвентарем і обладнанням.

Очевидно, що зазначені показники не розкривають об’єктивної інформації про стан здоров’я пацієнтів, якість медичних послуг чи стан

здоров’я після лікувальних чи профілактичних заходів. На наш погляд, розпочинаючи стратегічне планування видатків на охорону здоров’я, необхідно спиратися на такі методичні й цільові завдання як її рівнодоступність для громадян; всебічний аналіз довгострокових рішень; взаємозалежне комплексне планування; підкріплення планів прогнозними розробками; проведення заходів з метою запобігання втратам. Особливого значення тут набувають структурні перетворення в охороні здоров’я, включаючи реструктуризацію мережі медичних організацій.

Зважаючи на наведене, оскільки коштів недостатньо, вважаємо доцільним залучення додаткових джерел фінансування шляхом широкого застосування державного медичного страхування, не виключаючи розвиток добровільного медичного страхування і приватної медицини. Потреба у функціонуванні Фонду медичного страхування зумовлена тим, що порядок розподілу коштів, які спрямовуються з державного бюджету на охорону здоров’я, має в Україні залишковий характер, що породжує фінансові негаразди в установах цієї сфери. Отже, потрібно зменшити кількість джерел фінансування та змінити порядок розподілу ресурсів.

Стосовно практики, відмітимо, що з метою подолання недофінансування наприкінці 90-х років була запропонована ідея багатоканального фінансування охорони здоров’я в Україні. Тут враховуючи думку О. Виноградова, який розглядає механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров’я, а також при цьому значну увагу приділяє вивченню організаційно-правових засад його запровадження, ми визначимо основні механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров’я та проілюструємо їх за допомогою додатку З. Далі доречно виокремити можливі джерела фінансування охорони здоров’я, у тому числі як обов’язкові так і добровільні й відповідно пропонуємо на законодавчому рівні запровадити загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування, але при цьому продовжуючи розвивати існуюче добровільне медичне страхування, що наведено на додатку И. З наведеного додатку вважаємо, що поєднання

фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетного забезпечення, обов'язкового, добровільного медичного страхування та інших джерел в єдиний керований державою канал створить умови для розвитку бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я європейського взірця, що надасть можливість покращити здоров'я населення.

Необхідно відмітити те, що багато вітчизняних науковців і практиків пропонують ввести систему медичного страхування для покращення фінансування охорони здоров'я, вони здебільшого одностайні щодо впровадження даної системи в Україні, а щодо форми страхової медицини і термінів її впровадження думки розбігаються. Одні вважають, що нині терміново слід здійснити реформу соціального страхування з реалізацією системи державного обов'язкового медичного страхування. І як вважає К. Павлюк за системи страхової медицини медичні заклади матимуть можливість заробляти кошти на своє функціонування і здійснювати діяльність на повному самофінансуванні, за винятком окремого переліку закладів, що й надалі фінансуватимуться з бюджету.

На думку В. Куценко, Л, Богуша, дієвим засобом щодо вирішення багатьох проблем у сфері охорони здоров'я могло б стати поступове запровадження страхової медицини і залучення позабюджетних коштів (за рахунок надання законодавчо визначеного переліку платних послуг, здавання в оренду основних фондів, непрофільної діяльності, благодійних коштів тощо), тобто перехід до бюджетно-страхової форми фінансування [130].

У працях В. Зеленевич, К. Павлюк також наголошується, що напрямом виходу охорони здоров'я України з економічної кризи є впровадження медичного страхування. Досвід науковців дає нам підстави стверджувати, що перебудову економіки охорони здоров'я доцільно розпочинати із зміцнення фінансової основи галузі, зміни системи фінансування, що дозволить перейти від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, яка фінансуватиметься за рахунок активної участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного

страхування населення. З даного приводу М. Мних [100] виділяє три рівні медичного страхування:

– перший рівень передбачає виділення коштів з бюджету для надання мінімальних медичних послуг;

– другий рівень: визначення переліку хвороб, які лікуватимуться за рахунок бюджетних коштів;

– третій рівень базується на комерційному страхуванні, яке передбачає отримання медичних послуг через систему медичного страхування у страхових організаціях.

На нашу думку, все вказує на доцільність актуалізації різних моделей медичного страхування, що дозволить накопичити необхідний досвід впровадження змішаної системи медичного страхування, за якої страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни. Ця медицина повинна забезпечити не тільки рівність і доступність медичних послуг, але й гідну оплату праці. У цьому аспекті, для врегулювання суспільних відносин у системі охорони здоров'я ми вважаємо доцільним: створити умови для додаткового фінансування, забезпечити цільове використання такого джерела та виділити механізми для ефективного використання коштів.

Запровадження медичного страхування та формування на його основі нових форм і методів розрахунків за надані медичні послуги на цивільно-правових засадах, за участю страхового посередника, сприятиме розвитку нових відносин в охороні здоров'я, які дозволять вирішити багато питань, що накопичувались роками. Зокрема це питання, стосується прав пацієнтів, соціального і професійного захисту. медичних працівників та гідної оплати їх праці, крім того, сюди відносимо й питання пов'язані з новими підходами до статусу закладів охорони здоров'я, до ролі медичного самоврядування.

Далі нагадаємо, що обов'язкове медичне страхування законодавчо регламентується ст. 7 Закону України "Про страхування". Однак є певні протиріччя, оскільки зважаючи на те, що майже 95% ресурсів охорони здоров'я знаходиться у державній власності, вбачається за недоцільне створення

самоврядної, недержавної організації – Фонду, як єдиного органу накопичення страхових медичних фінансів. Тому з метою уникнення протиріч економічного і правового характеру, з урахуванням специфіки української системи охорони здоров'я та відповідно до міжнародних актів, що регламентують умови соціально-медичного захисту населення, обґрунтованим вважаємо створення державного страхового органу. Крім того, враховуючи специфічність медичного страхування, його неоднорідність з іншими видами соціального страхування, а також існуючу в державі систему державного регулювання фінансових ринків, розвинене страхове законодавство України, в тому числі визначене забезпечення страхових гарантій, контролю за страховою діяльністю – більш приоритетним є введення обов'язкового медичного страхування, через реалізацію ст. 2 та ст. 7 Закону України "Про страхування" шляхом створення Державної страхової медичної організації та надання прав здійснення обов'язкового медичного страхування недержавним страховикам, що забезпечить умови для державного регулювання системи обов'язкового медичного страхування та передумови для розвитку галузевого й відомчого страхування, а також потужного ринкового механізму – конкуренції, що у свою чергу сприятиме зміцненню ролі страхового посередника, його контролюючої функції, відповідальності та гарантій.

До того ж, при застосуванні методу подушного фінансування оплата праці дільничного лікаря загальної практики за страховими договорами зросте. В таких умовах повністю реалізується право пацієнта у виборі лікаря, виникає позитивна динаміка щодо конкуренції серед медичних працівників, нормалізується морально-етичне ставлення лікаря до пацієнта, відповідно створюються умови для розвитку сімейної і приватної медицини. З огляду на розглянуте, серед наявності різноманіття поглядів для встановлення напрямів оптимізації фінансування та розвитку галузі охорони здоров'я, ми виділяємо найбільш важливі та наводимо на рис. 3.1 [100; 104]. Крім того, пропонуємо реалізацію стратегії розвитку охорони здоров'я за допомогою:

– методики розрахунку забезпечення на одного жителя з урахуванням факторів таких як: смертність, захворюваність, обмеженість бюджетних ресурсів, кількість лікарняних ліжок;

– програмно-цільового методу;

– формули розподілу міжбюджетних трансфертів і корегуюючих коефіцієнтів з розрахунку обсягів фінансування на рівні певного бюджету.

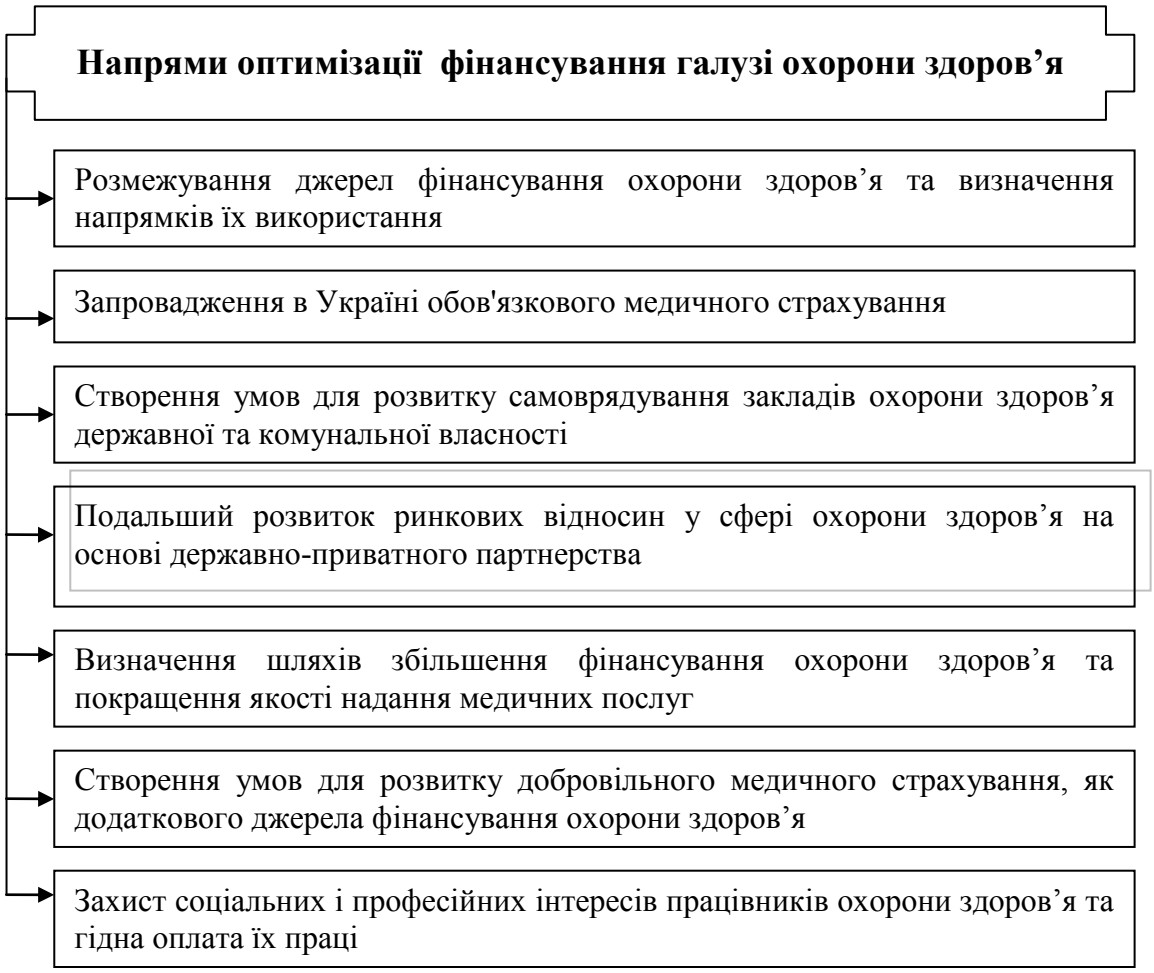


Рис. 3.1. Напрями оптимізації фінансування галузі охорони здоров'я*

Складено автором на основі [103; 121]

Наведене може відображатись у критеріях оцінки ефективності механізму управління фінансовим забезпеченням сфери охорони здоров'я на рівні державного і місцевого бюджетів. Вважаємо, що обов'язково необхідно звернути увагу на такий інструмент реалізації стратегії, як формула розподілу міжбюджетних трансфертів. Так як вона не враховує всіх особливостей регіонів, для яких розраховується, тому потребує вдосконалення. Про це

свідчать показники захворюваності, хронічна нестача грошей в галузі охорони здоров'я та багато інших факторів. До того ж формула зорієнтована не на реальну потребу в обсягах фінансування, а на розподіл дуже обмежених ресурсів, які виділяються з державного та місцевого бюджетів, враховуючи охорону здоров'я.

Таким чином, резервами зростання фінансового забезпечення медичної галузі можуть бути кошти державного і місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, а також внески юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також кошти інших джерел, не заборонених законодавством. Підтримуючи погляди вітчизняних науковців, зокрема В. Рибчук, В. Рудень [199] ми акцентуємо увагу на доцільності змін у фінансуванні охорони здоров'я. Можливі наступні варіанти:

1. Перехід до оплати за кожен випадок лікування (single treatment fees). Оплата кожного окремого випадку лікування або медичної послуги за повною вартістю або наперед узгодженою ціною перетворює пацієнта на джерело доходів для постачальника медичних послуг; цей метод фінансування створює стимули для лікарів мати якомога більше пацієнтів та надавати більш комплексну допомогу залежно від структури відносної винагороди й графіка оплати, – отже, рівень госпіталізації й обсяг наданої допомоги зросте (це засвідчують досвід реформ в Чехії (1997 р.), Хорватії (1994-98 рр.) тощо). На нашу думку, це не той шлях, яким слід рухатись Україні.

2. Оплата за дні госпіталізації (Hospital days). Така оплата визначається на рівні середніх витрат, обчислених шляхом ділення сукупних видатків установи охорони здоров'я (чи ряду лікарень у певній вибірці) на кількість пацієнтів чи тривалість лікування у стаціонарі. Метод фінансування за днями госпіталізації може мати подібний до першого варіанту наслідок, а саме – медично

невиправдане збільшення обсягу лікування, тому цей шлях, вочевидь, також не є прийнятним.

3. Принцип діагностичних груп (Diagnosis Related Group – DRG), коли оплата послуг лікарні здійснюється на основі діагнозу пацієнта. В рамках цієї системи пацієнти підрозділяються на певні групи за подібним діагнозом. Тут можна зауважити, що сьогодні в світі на рівень оплати медичних послуг практично не впливають ні обсяги лікування, ні тривалість госпіталізації: у більшості країн використовують саме третій з названих принципів оплати. Але, мабуть, інституціонально для нашої країни цей шлях не підходить.

4. Метод глобального бюджету (Global budgets) – коли установа охорони здоров'я отримує фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт, що ефективно контролюватиме видатки. Свобода менеджменту та організаційних рішень дозволяє установам переспрямовувати ресурси в рамках виробничих процесів на діяльність, яку вони вважатимуть ефективнішою. Правда, цей підхід вимагає запровадження сучасної системи обліку на рівні установ, а також повинен супроводжуватись моніторингом якості діяльності, що здійснюватиметься сторонніми організаціями, та домовленостями про постійне їх покращення. Рівень оплати не залежить від кількості ліжок, наявних потужностей та інфраструктури установ, а лише від результату діяльності.

Що стосується організації первинної ланки охорони здоров'я, а також амбулаторної, то ми поділяємо думку Д. Катцина у тому, що варто забезпечити перехід на поосібне фінансування з впровадженням елементів мотивації за втрату певних індикаторів надання медичної допомоги. Тут відмітимо, що саме цей метод оплати використовують всі країни світу незалежно від джерел фінансування (загальні податки чи фонд обов'язкового медичного страхування).

Узагальнюючи можливі варіанти та враховуючи погляди вітчизняних вчених, вважаємо об'єктивною необхідністю на першому етапі реформи фінансування охорони здоров'я ліквідувати практику постатейних бюджетів. Розрахунок за медичні послуги, можна здійснювати на основі методу

глобального бюджету, який збільшить незалежність керівництва ЛПЗ та підвищить ефективність їх роботи, за умов обов'язкової стабільності фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів, оскільки покращення на рівні закладів не повинно бути результатом скорочення їх фінансування. Разом з тим, відмітимо, що фінансування закладів первинного рівня можна здійснювати відповідно до подушного фінансового нормативу та розраховувати шляхом ділення загального обсягу фінансових ресурсів для надання цього виду допомоги на кількість населення чи споживачів послуг такої допомоги. Щодо фінансування закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, то тут доцільний перехід від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів шляхом використання методу глобального бюджету. З огляду на зазначене, основні складові реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги вбачаємо у:

– структурно-організаційному та фінансово-економічному розмежуванні первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги шляхом створення центрів ПМСД та госпітальних округів з врахуванням особливостей адміністративних територій;

– централізації коштів на надання ПМСД та розрахунок витрат з врахуванням подушного фінансового нормативу та введенням стимулюючих доплат і коригуючих коефіцієнтів за обсяги і якість медичних послуг, перехід від фінансування закладів вторинного рівня надання медичної допомоги за предметною ознакою до глобального бюджету;

– диференціації закладів охорони здоров'я з урахуванням інтенсивності надання медичної допомоги;

– створенні раціонального медичного маршруту пацієнта для отримання медичної допомоги на інших рівнях;

– запровадженні системи визначення якості медичних послуг, що надаються на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

У процесі реалізації наведених напрямів реформування системи охорони здоров'я важливим є не тільки удосконалення структури рівнів надання медичної допомоги, але й зміна системи фінансування діяльності медичних закладів. Основні завдання та очікувані результати наведемо у табл. 3.1 та 3.2.

Таблиця 3.1

Оптимізація і структурна реорганізація надання медичної допомоги

Завдання	Очікуваний результат
Чітке розмежування рівнів надання медичної допомоги	Раціональне використання наявних ресурсів галузі
Створення центрів ПМСД	Керованість та підвищення ефективності діяльності ПМСД
Спеціалізація закладів охорони здоров'я вторинного рівня з урахуванням інтенсивності медичної допомоги	1. Раціональне та ефективне використання наявних ресурсів. 2. Покращення якості медичних послуг.
Об'єднання та концентрація фінансових ресурсів: 1) для ПМСД – на районному (міському) рівні; 2) для вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги – на регіональному рівні.	1. Створення потужних джерел фінансування. 2. Скорочення адміністративних витрат. 3. Створення економічних умов для структурної реорганізації.

Ґрунтуючись на перспективах проведення реформи системи охорони здоров'я та поліпшення ефективності фінансування галузі шляхом формування глобального бюджету, виявлено, що основною відмінністю такого методу від теперішніх методів оплати стаціонарної медичної допомоги є те, що її оплата в умовах формування глобального бюджету здійснюється не за фактом надання медичної допомоги, а на основі розробленого та погодженого замовлення на певний обсяг медичних послуг.

Саме тому при стаціонарному лікуванні ЛПЗ розраховують оплату тільки тих видів медичної допомоги, які передбачені в угоді із фондотримачем (замовником медичних послуг). Загалом враховуючи погляди Л. Ляховченко далі представимо схему процесу формування глобального бюджету системи охорони здоров'я (див. рис. 3.2). Тут можемо стверджувати, що головною вимогою ЛПЗ при формуванні глобального бюджету є отримання гарантій від фондотримача-замовника вільно маневрувати грошовими коштами. Замовник у

свою чергу, зобов'язаний здійснити оплату тієї кількості лікувальних випадків, які передбачені у договірних відносинах. Також до оплати приймаються тільки ті випадки надання медичної допомоги, в результаті яких відбулось поліпшення стану здоров'я пацієнта.

Зважаючи на думку І. Шермана та інших дослідників, ми вважаємо, що цілям формування глобального бюджету стаціонару в найбільшій мірі відповідає розрахунок за тарифами за конкретно пролікованого хворого.

Таблиця 3.2

Реорганізація системи фінансування діяльності медичних закладів

Завдання	Очікуваний результат
Зміна системи фінансування закладів охорони здоров'я: 1) ПМСД – подушний метод (прикріплення населення); 2) Вторинного та третинного рівнів надання медичних послуг – глобальний бюджет (обсяг і якість медичних послуг).	1. Раціональне використання фінансових ресурсів. 2. Самостійність в управлінні фінансовими ресурсами. 3. Мотивація до ефективного використання фінансових ресурсів. 4. Спрощення процедури обліку та звітності.
Запровадження системи індикаторів якості діяльності закладів охорони здоров'я (оцінка та моніторинг роботи).	1. Моніторинг якості медичних послуг. 2. Мотивація до пошуку резервів та можливостей поліпшення якості робот и. 3. Підґрунтя для виникнення конкуренції у сфері медичних послуг.
Запровадження єдиної методики розрахунку медичних послуг, формування системи єдиних національних тарифів.	1. Підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами для забезпечення надання медичних послуг. 2. Пошук нових шляхів оптимізації витрат.
Зміна системи оплати праці медичних працівників: 1) на основі єдиної тарифної сітки; 2) в залежності від обсягів та якості надання медичних послуг.	Створення ефективної мотивації для збільшення обсягу (ефективності) та якості надання медичних послуг.

Звернемо увагу на те, що даний метод розрахунку визначає вартість лікування пацієнта за окремими причинами захворювань та припускає максимально можливу деталізацію елементів витрат за конкретними видами захворювань. Відповідно на такій основі можна реально визначити технологічні особливості кожного випадку стаціонарного лікування та вартість лікувально-діагностичного процесу. При цьому підвищується роль лікаря як менеджера, якому необхідно правильно спланувати обсяг медичної допомоги, яку може надати та визначити вартість лікування конкретного виду захворювання.

Ефективний розподіл коштів у цій галузі зосереджує увагу багатьох науковців, як підтверджує огляд останніх наукових досліджень та публікацій, свідчить, що при великій кількості джерел фінансування та споживачів коштів вирішення даної проблеми потребує автоматизації з використанням сучасної обчислювальної техніки.

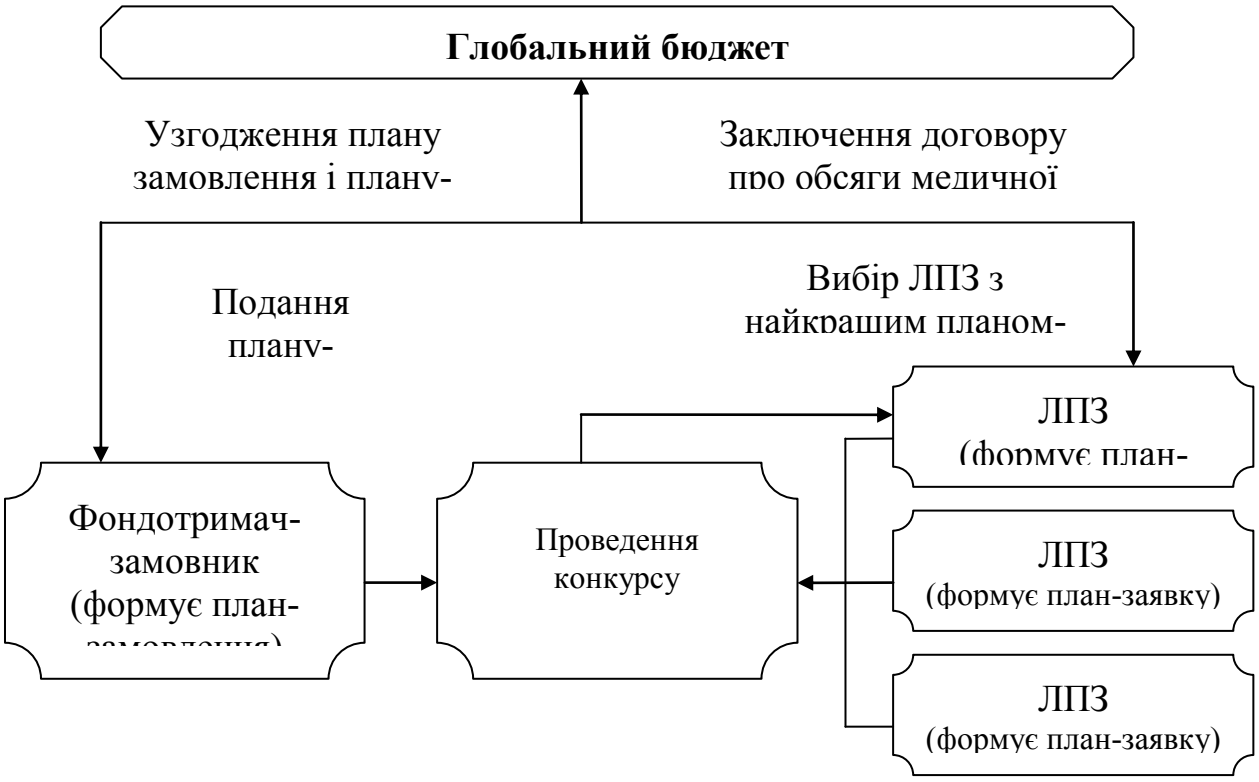


Рис. 3.2. Формування глобального бюджету системи охорони здоров'я*

Складено автором на основі [175; 185; 191]

Окремі напрями згаданих досліджень відображені у роботах Д. Айстраханова, Н. Медведовської, Г. Курчатова, О. Гаврилюк, А. Лотова, Ю. Іванилова, В. Карманова, Є. Столярова. Однак за різних умов варто ставити питання про розробку алгоритмічного забезпечення галузі охорони здоров'я в інтерактивному режимі, для швидкого прорахування різних оптимальних планів, щодо розподілу фінансових ресурсів за групами споживачів з урахуванням критерію мінімізації обраних пріоритетів джерел фінансування.

Враховуючи на різні погляди та комплекс проблем галузі охорони здоров'я, пропонуємо адаптувати транспортну задачу лінійного програмування з подальшим її вирішенням методом потенціалів, до оптимізації розміщення

фінансових коштів з різних джерел фінансування за групами споживачів. Тут зазначимо, що в ролі споживачів можуть виступати окремі адміністративно-територіальні одиниці чи конкретні суб'єкти діяльності, в тому числі заклади охорони здоров'я. Таким чином, наводимо варіант, де:

j – споживачі фінансових коштів (заклади охорони здоров'я), $j = 1, N;$

i – джерела фінансування, $i = 1, M.$

Наприклад, джерела фінансування: Державний бюджет України, місцеві бюджети, власні кошти, кошти юридичних осіб та кредити, інші.

Позначимо: Ai – потреба j – го споживача у фінансових коштах; Bi – обсяги фінансування i – го джерела фінансування.

Потреба споживачів у фінансових ресурсах, як правило, формується на основі заявок споживачів. Обсяги фінансування фіксуються керівними органами. На практиці часто сума заявок споживачів більша за суму коштів джерел фінансування. Але для розв'язання транспортної задачі лінійного програмування необхідне використання нерівності:

$$\sum_{j=1}^{N} A_i = \sum_{i=1}^{M} B_i \qquad (3.10)$$

Тобто сума заявок повинна дорівнювати сумі виділених коштів. У разі невиконання рівності наводимо такий алгоритм усунення даної проблеми.

1. Якщо сума заявок більша за виділені кошти, то отриману різницю ділимо на кількість споживачів. Заявки споживачів зменшується на знайдену кількість коштів, це відповідає принципу соціальної справедливості.

2. Якщо сума заявок менша за виділені кошти, то залишок виділених коштів можна розподілити між джерелами фінансування вищезазначеним способом.

Формування матриці пріоритетів (аналог – матриця транспортних витрат) – потужний важіль керування процесом побудови оптимального розподілу коштів, оскільки враховується пріоритет фінансування конкретного споживача з даного джерела фінансування.

Для заповнення матриці пріоритетів необхідно числа від одиниці до *M* (де *M* – кількість джерел фінансування) розмістити на перетині рядків “споживачі” та стовпчиків “джерела фінансування” за принципом “чим вищий пріоритет споживача, тим менше число”. Наприклад, найвищий пріоритет має споживач з числом одиниця. Таких споживачів може бути декілька. Якщо споживач не фінансується з даного джерела, то на перетині відповідного рядка і стовпчика ставиться максимальне число, наприклад, $1000^{x} M$. Позначимо через *Xy* кількість коштів, що виділяються з *i* – го джерела фінансування *j* – му споживачу. За умови (1) можна розв’язати задачу лінійного програмування:

$$\sum_{N}^{M} X_y = A_i \text{ для } j = 1, ..., \qquad X_y > 0 \text{ для } i = 1, ..., M;\ j = 1, ..., N$$

$$\sum_{j=1}^{N} X_y = B_i \text{ для } i = 1, ..., M \qquad K_{min} = \sum_{i=1}^{M} \sum_{j=1}^{N} X_y$$

Транспортну задачу характеризуємо транспортною таблицею і матрицею пріоритетів. Такі задачі доцільно розв’язувати за допомогою симплекс-методу (методу потенціалів). Зауважимо, запропонований метод оптимізації розподілу фінансових коштів з урахуванням пріоритету споживача піддається програмуванню і може бути інтегрований у програмний комплекс на основі реляційної бази даних оперативної інформації чи працювати як окрема програма оптимізації.

З позицій проблематики, можна констатувати, що сучасні вимоги до системи охорони здоров’я і потреба вирішення ключових проблем визначають стратегічні цілі в цій галузі, які полягають в удосконаленні механізмів її фінансування та оплати праці медичних працівників, упорядкуванні структури медичних закладів, правовому забезпеченні їх реформування і діяльності системи. Складністю реформи є те, що при мінімальних витратах необхідно досягти максимальної економічної, медичної та соціальної ефективності, забезпечити доступність і якість основних видів медичної допомоги. Для цього

доцільно реструктуризувати галузь на основі перегляду та корекції норм потреб населення у різних видах медичної допомоги і нормативів навантаження працівників охорони здоров'я різних спеціальностей, у бік переваги розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (загальної практики) як найближчої до населення, найбільш доступної та економічної, у відповідній раціоналізації спеціалізованої та стаціонарної допомоги, в обгрунтованому впорядкуванні мережі лікувальних установ за рахунок зменшення непотрібних ланок, удосконалення їх структури та функцій. Очевидно, що однією з причин кризи в галузі охорони здоров'я України є відсутність системного стратегічного підходу до її реформування, яке ми вбачаємо у створенні єдиного медичного простору України (див. рис. 3.3).



Рис. 3.3. Концептуальна структурно-функціональна модель єдиного медичного простору України*

**Складено автором на основі [186; 191; 192]*

Головне завдання модернізації фінансування системи охорони здоров'я полягає в тому, щоб здійснити збалансування бюджетних і позабюджетних джерел залучення коштів з децентралізацією фінансів галузі на користь територіальних медичних програм; розширити права суб'єктів державних органів, органів місцевого самоврядування, трудових колективів у накопиченні та використанні ресурсів охорони здоров'я. У такому ракурсі заслуговують на увагу: змішане фінансування, використання нетрадиційних джерел (фондів) страхування здоров'я, різного роду благодійні фонди, пожертви, штрафи і стягнення за забруднення навколишнього природного середовища тощо.

Враховуючи вищенаведене ми прийшли до висновку, що основні завдання програми реформування галузі полягають у:

– формуванні державної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я;

– запровадженні ефективної системи багатоканального фінансування охорони здоров'я, на основі обов'язкового соціального медичного страхування, узгодженого з податковою системою;

– визначенні пріоритетів медико-санітарної допомоги і встановленні обсягу гарантованого державою рівня медичного обслуговування громадян України;

– удосконаленні механізмів оплати праці медичних працівників на основі їх кваліфікації, обсягів, якості та результатів роботи;

– упорядкуванні мережі, структури та функцій ЛПЗ охорони здоров'я;

– пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;

– створенні системи забезпечення і контролю якості медичної допомоги на основі опрацьованих стандартів якості;

– удосконаленні форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному та місцевому рівнях;

– розробці раціональної системи акредитації медичних закладів і ліцензуванні лікарів; опрацюванні засобів правового захисту пацієнтів і

медичних працівників, правового забезпечення реформування та функціонування галузі;

– створенні умов для здорової конкуренції між медичними закладами і лікарями, що сприятиме доступності та якості медичної допомоги;

– розробці і впровадженні в практику сучасних медичних технологій, ефективних методів діагностики, профілактики, лікування й реабілітації;

– створенні системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я на основі використання комп'ютерної техніки, уніфікації методів і засобів інформації, розвитку інформаційних мереж, удосконалення медико-статистичної служби та системи медичної освіти.

Найголовнішою передумовою успішного реформування галузі є вироблення та затвердження єдиної стратегії її розвитку, серед важливих складових якої належить виділити запровадження нових механізмів фінансування медицини та підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Джерелом додаткового фінансування може бути й платні послуги, зокрема, йдеться про додаткові послуги (за бажанням клієнта), які не входять до стандартного плану лікування чи профілактики хвороб.

Далі зупинимось на питаннях ефективного розподілу ресурсів та фінансування системи охорони здоров'я, пропонуючи найбільш оптимальні групи стратегій. До першої групи відносимо стратегії, спрямовані на безпосереднє збільшення обсягів фінансування. Умовно їх назвемо стратегіями подолання кількісного дефіциту ресурсів, перша досягається за рахунок перерозподілу наявних ресурсів у бік системи охорони здоров'я шляхом зменшення фінансування інших секторів бюджетної сфери (освіти, культури, оборони тощо), друга – за рахунок впровадження нового податку чи збору на соціальне страхування. Обидві стратегії використовувати паралельно реально важко через різні причини як соціально-політичного, так і макроекономічного характеру. Основні приклади таких стратегій, що дозволить скласти уяву про їх дію проілюструємо на рис. 3.4.



Рис. 3.4. Стратегії подолання дефіциту ресурсів в охороні здоров'я*

Складено автором на основі [186; 191; 192]

Зауважимо, що загальними характеристиками стратегій стримування витрат та покращення розподілу ресурсів є те, що вони:

– спонукають платника контролювати витрати на макрорівні, а провайдера здійснювати контроль за витратами на мікрорівні;

– носять універсальний характер (можуть бути застосовані при бюджетному фінансуванні, і при фінансуванні за моделлю соціального страхування).

Ключовою стратегією забезпечення ефективного розподілу ресурсів є впровадження контрактних відносин, які у поєднанні з забезпеченням автономного статусу публічних закладів охорони здоров'я виступають основною відмінністю, що відрізняє орієнтовані на фінансування за рахунок загальних податків контрактні моделі систем охорони здоров'я ряду європейських країн (наприклад, Великобританія, Скандинавські країни, Італія

тощо) від системи охорони здоров’я України, що базується на інтегрованій моделі розподілу ресурсів, у якій відсутні контрактні відносини.

За такої ситуації доцільно було б, здійснити запровадження у практику стратегій, що спрямовані на покращення фінансової стабільності й економічної ефективності системи медичного обслуговування, які умовно назвемо стратегіями подолання якісного дефіциту ресурсів. Їх у свою чергу, поділимо на дві підгрупи:

– стратегії стримування витрат (або контролю за витратами) як на попит, так і на пропозицію медичних послуг;

– стратегії ефективного розподілу ресурсів.

Прикладами стратегій стримування витрат на попит медичних послуг є співучасть населення у витратах (наприклад співоплати за медичну допомогу), обмеження переліку послуг (тобто визначення базового пакета послуг), нормування доступу до послуг через запровадження “часу очікування”.

Для прикладу стратегій стримування витрат на пропозицію, надаємо перевагу: встановленню конкуренції між постачальниками послуг; встановленню межі витрат; скороченню кількості лікарів та ліжок; контролю за витратами на забезпечення людських ресурсів (наприклад, заробітна плата лікарів); контролю за витратами на фізичні ресурси (медикаменти, обладнання); заміні високовартісних стаціонарних технологій більш дешевими амбулаторними технологіями та первинним медико-санітарним обслуговуванням тощо.

Варто зазначити, що ефективне застосування таких стратегій першої підгрупи, як співоплата та встановлення базового пакета медичних послуг потребує відповідного законодавчого підкріплення, можливо, навіть внесення змін до Конституції України (передусім стаття 49). При цьому слід усвідомлювати, що навіть найбагатша країна світу неспроможна забезпечити, надання всім та усіх без винятку медичних послуг. Саме тому в усьому світі загальне визнання отримала доктрина нормування державних гарантій у сфері медичного обслуговування, що базується на парадигмі базового пакета послуг.

Стратегії, що спрямовані на пропозицію при їх застосуванні не потребують змін до законодавства, і їх абсолютно вільно можна застосовувати як операційні за допомогою політики на макро- та мікрорівні. Це стосується й стратегій другої підгрупи – підвищення ефективності розподілу ресурсів, до яких відносимо:

– запровадження контрактних відносин;

– удосконалення методів оплати за медичні послуги;

– запровадження раціональної фармацевтичної політики;

– підвищення ефективності капіталовкладень.

Зауважимо без перебільшення, що основною стратегією забезпечення ефективного розподілу ресурсів є запровадження контрактних відносин. Так як реально цей елемент у поєднанні з забезпеченням автономного статусу публічних медичних закладів є однією з основних відмінностей, що вирізняють орієнтовані на фінансування за рахунок загальних податків контрактні моделі охорони здоров'я європейських країн (Великої Британії, Скандинавських країн, Італії тощо). Для удосконалення оплати постачальників медичних послуг доцільно здійснити поєднання, а саме заохотити ефективне використання ресурсів та стримати зростання витрат; поліпшити доступність та якість медичного обслуговування; стимулювати постачальників до використання профілактики.

Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я вказує, що збільшення видатків не приводить до поліпшення якості роботи всієї системи охорони здоров'я. В основному всі країни більше уваги приділяють підвищенню ефективності розміщення наявних ресурсів (персонал, обладнання, будівлі тощо) як в окремих ЛПЗ, а також в цілому в містах, районах та регіонах (областях). У такому контексті доцільно розглянути перерозподіл ресурсів між підрозділами ЛПЗ. Для прийняття обґрунтованих управлінських рішень щодо підвищення ефективності використання ресурсів, важливими є результати економіко-статистичного аналізу діяльності ЛПЗ, який базується на методі ступінчатого розподілу витрат, що дозволяє провести розрахунки прямих та

непрямих витрат в кожному підрозділі ЛПЗ, зокрема в стаціонарних відділеннях (надалі по тексту – Cost Accounting).

Методика Cost Accounting базується на аналізі даних фактичної діяльності ЛПЗ будь-якої форми власності за конкретний період часу, що містяться в державних статистичних звітах ЛПЗ (баланс, ф-17, ф-20, тощо). За допомогою методики проаналізуємо спектр індикаторів та параметрів, що відображають результати роботи та структуру витрат кожного підрозділу ЛПЗ, враховуючи, що робота складається с чотирьох основних етапів:

1 етап – збір та накопичення даних по інженерії, персоналу, статистиці та витратам по кожному підрозділу ЛПЗ;

2 етап – розподіл прямих загально-лікарняних витрат між підрозділами ЛПЗ;

3 етап – ступінчатий розподіл непрямих витрат між підрозділами ЛПЗ з метою концентрації всіх витрат на підрозділах, що надають кінцеву медичну допомогу;

4 етап – розрахунок показників та індикаторів, що відображають роботу відділень з різних сторін (статистична, економічна, кадрова, тощо).

Проведений аналіз на протязі останніх п’яти років за допомогою методики Cost Accounting використання наявних ресурсів в стаціонарних відділеннях ЛПЗ районного, міського та обласного рівнів показує значну неефективність їх розміщення, зокрема, з точки зору співвідношення складності лікувального процесу в відділенні та фактичних витрат бюджетних та спеціальних коштів.

В табл. 3.3 наведено приклад розрахунку по стаціонару типової Центральної районної лікарні (ЛПЗ-1) середньої потужності за 2011 рік. Якщо проаналізувати дані табл. 3.3 з точки зору середньої собівартості ліжко-дня лікування в відділеннях, то бачимо, що найбільше коштів використовується на пацієнтів інфекційного відділення –128,19 грн., найменше – в неврологічному відділенні – 58,00 грн., при середній вартості ліжко-дня по ЛПЗ-1 – 81,72 грн.

Таблиця 3.3

Аналіз діяльності ЛПЗ-1 охорони здоров'я за 2012 рік

Відділення стаціонару	Ліжка	Статистика лікування		Зайнятість ліжка, %	Фінансування, грн.		
		пацієнти	ліжко-дні		ліжко-день	вартість випадку	прямі та непрямі витрати
Дитяче	31	421	3827	70,0	111,03	998,59	420845,20
Інфекційне	24	391	3344	73,3	128,19	1101,41	432256,45
ЛОР	16	287	2501	91,6	88,91	770,76	219681,67
Неврологія	59	1015	11029	101,1	58,00	639,50	650428,15
Офтальмологія	16	287	2501	93,6	88,91	770,76	219854,85
Терапія	59	1026	11408	104,6	73,47	828,33	849951,51
Всього	205	3427	34610	92,8	81,72	815,78	2793017,83

З іншого боку, зарубіжний досвід, зокрема експертні висновки, зроблені фахівцями Науково-дослідницького інституту Федерального об'єднання місцевих лікарняних кас Німеччини [192; 259; 260] свідчать, що співвідношення витрат на лікування в стаціонарних відділеннях має бути орієнтовно такими, як показано в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Коефіцієнти відповідності вартості ліжко-днів

Відділення стаціонару	коефіцієнти відповідності вартості ліжко-дня
Інфекційне	- 30 %
ЛОР	- 15 %
Неврологічне	- 15 %
Офтальмологічне	- 15 %
Терапевтичне	- 10 %
Гінекологічне	- 5 %
Дитяче	- 5 %
Пологове	- 0 %
Травматологічне	- 10 %
Хірургічне	- 30 %
Урологічне	- 45 %

Порівняння даних табл. 3.3 (по ЛПЗ-1) та табл. 3.4, відмітимо значну взаємну невідповідність фактичних витрат в стаціонарних відділеннях, зокрема витрати по інфекційному відділенні мають бути найменші, а найбільшими – в дитячому відділенні, при цьому витрати по ЛОР-відділенні мають бути меншими, ніж в терапевтичному, а не навпаки.

Змоделюємо ситуацію в ЛПЗ-1, при якій не змінюючи загальний бюджет стаціонару – 2793017,83 грн., проведемо перерозподіл ресурсів між стаціонарними відділеннями у відповідності до наведених коефіцієнтів табл. 3.4. Результати моделювання наведемо за допомогою табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Перерозподіл коштів між відділеннями ЛПЗ-1 охорони здоров'я

Відділення стаціонару	Ліжка	Фінансування, грн.			Моделювання, грн.			
		ліжко-день	вартість випадку	прямі та непрямі витрати	ліжко-день	вартість випадку	прямі та непрямі витрати	дельта
А	1	2	3	4	5	6	7	8
Дитяче	31	111,03	998,59	420845,20	106,00	951,97	401458,00	-19387,20
Інфекційне	24	128,19	1101,41	432256,45	75,00	648,52	254548,00	-177708,45
ЛОР	16	88,91	770,76	219381,67	89,00	770,42	219489,00	107,33
Неврологія	59	58,00	639,50	650428,15	74,00	814,22	827154,00	176725,85
Офтальмологія	16	88,91	770,76	219754,85	85,00	770,42	219758,00	3,15
Терапія	59	73,47	828,33	849951,51	72,00	844,29	867153,00	17201,49
Всього	205	81,72	815,78	2792617,83	501,00	813,94	2789560,00	-3057,83

У колонці 8 табл. 3.5 приведена сума коштів (в еквіваленті грн.) по кожному відділенню, на яку необхідно зменшити або збільшити загальне фінансування відділення (прямі та непрямі витрати). При цьому, загальні витрати по стаціонару майже не змінюються, але середня собівартість ліжко-дня в стаціонарних відділеннях вже буде відповідати вимогам табл. 3.4 тобто найбільші витрати – в дитячому відділенні, найменші – в інфекційному. Таким чином маючи за базу ці результати та розрахунки Cost Accounting, керівництво ЛПЗ вже може приймати обґрунтовані рішення щодо використання фінансових ресурсів (персонал, обладнання, приміщення тощо) в кожному із стаціонарних відділень.

Далі приділимо увагу моделюванню госпітального округу. Зважаючи те, що однією з перспективних форм для більш ефективного використання фінансових ресурсів міста, району або регіону (області) на охорону здоров'я, може бути об'єднання потужності декількох ЛПЗ для надання медичної допомоги населенню певної об'єднаної території. Необхідним кроком такого об'єднання є приведення кожним ЛПЗ своїх витрат у відділеннях стаціонару відповідно до методики, описаної вище. В табл. 3.6 наведемо приклад

об’єднання потужності трьох ЛПЗ районного та міського рівня Вінницької області після приведення витрат кожної з них до вимог табл. 3.4.

Таблиця 3.6

Фінансова модель госпітального округу охорони здоров’я

Відділення стаціонару	Об’єднаний бюджет ЛПЗ				кількість випадків	вартість випадку	коефіцієнт
	ЛПЗ-1	ЛПЗ-2	ЛПЗ-3	Всього			
А	1	2	3	4	5	6	7
Гінекологічне		691685	154357	846042	970	868,02	0,97
Дитяче	401458,00		120012	521470	590	853,77	0,94
Інфекційне	254548,00		126563	381111	636	637,43	0,72
ЛОР	219489,00			219489	285	769,42	0,85
Неврологічне	827154,00		214024	1041178	1362	760,59	0,86
Офтальмологічне	219758,00			219758	285	769,42	0,85
Пологове		792215,5	131432	923647,5	958	902,03	0,98
Терапевтичне	867153,00	603323	214095	1684571	2023	829,58	0,93
Травматологічне		589764		589764	585	999,28	1,12
Хірургічне		1057631	218658,5	1276289,5	1042	1194,91	1,32
Урологічне		653298		653298	502	1302,97	1,46
Всього	2789560,00	4387916,5	1179141,5	8356622	9238	899,71	

Колонка “Кількість випадків” є арифметичною сумою всіх пролікованих хворих у вказаних відділеннях стаціонару трьох ЛПЗ. В колонці “Вартість випадку” наведена середня собівартість лікування в таких відділеннях, яка відповідає табл. 3.4, помічаємо, що середня собівартість випадку лікування пацієнта в об’єднанні лікарень – 899,71 грн. практично співпадає з собівартістю лікування в пологовому відділенні – 902,03 гривень.

Другий етап об’єднання ЛПЗ передбачає проведення аналізу можливості перерозподілу функцій між ЛПЗ залежно від їх технічних умов, обладнання, кваліфікації персоналу, керівників ЛПЗ, думки громадськості. При цьому “Вартість випадку” може включати внутрішні тарифи об’єднання при направлені пацієнтів на лікування до іншого ЛПЗ.

За експертними оцінками при такому об’єднані та перерозподілі функцій між ЛПЗ відбудуться організаційні та виробничі зміни в їх роботі, що приведе до зміни таких показників, як: кількість госпіталізації зменшиться на 15-20% за

рахунок направлення на госпіталізацію тільки тих пацієнтів, що дійсно цього потребують. Тому буде зменшена необґрунтована госпіталізація хворих з метою обґрунтування необхідності існуючої кількості ліжок в стаціонарі середній термін перебування зменшиться на 10-15% за рахунок того, що ЛПЗ буде економічно невигідно “утримувати” пацієнтів для штучного збільшення таких показників, як “робота ліжка” відсоток занятості ліжка буде збільшуватись до медично-обґрунтованого показника. Такі зміни в організації роботи ЛПЗ округу приведуть поступового скорочення ліжок, а вивільнені кошти можна направити на фактичне лікування (медикаменти, харчування, оплату праці).

Зазначимо, що важливим фактором роботи ЛПЗ, що входять в округ, є взаємний контроль якості медичних послуг, який забезпечується через цілу низку узгоджених між собою індикаторів, наприклад, таких як рівень повторної госпіталізації, рівень внутрішньо лікарняної інфекції, тощо. Такий контроль буде стримувати ЛПЗ від бажання як можна скоріше “виписати” хворого, не виконавши повного набору вимог стандартних медичних протоколів.

Що стосується планування ліжок в госпітальному окрузі на основі формули Хіла-Бертона (Планова кількість стаціонарних ліжок = (населення х рівень госпіталізації х тривалість госпіталізації) / (365 х рівень використання ліжкового фонду, %)), важливим є проведення попереднього аналізу щодо обґрунтованої потреби в загальній кількості ліжок. В табл. 3.7 наведено приклад результату планування загальної кількості ліжок в трьох ЦРБ (без урахування спеціалізації стаціонарних відділень) при умові їх об’єднання в госпітальний округ. Райони розташовані поруч на відстані 50-70 км та мають однотипні географічні та природні умови, структуру населення. Як видно з табл. 3.7, рівень госпіталізації (кол. 3) досить суттєво коливається (понад 73 %) від 13,8 до 19 на 100 чоловік населення, а середній термін перебування (кол. 4) коливається на 46% від 5,2 до 11,2 днів.

При моделюванні за базові індикатори приймаються показники середнього терміну перебування (кол. 7) та єдиний рівень госпіталізації – 16,0

на 100 чоловік населення (кол. 6). Результати обчислення за формулою Хіла-Бертона показують різницю між існуючою кількістю ліжок (кол. 2) та розрахунковою (кол. 8) по кожній ЦРЛ та округу в цілому. Таким чином, при створенні округу кількість ліжок може бути зменшена 15% з 572 до 487 ліжок без погіршення якості наданні медичної допомоги населенню, а з іншого боку зекономлені кошти можуть бути витрачені не на утримання структури закладів охорони здоров'я, а на лікування населення.

Таблиця 3.7

Планування ліжок округу охорони здоров'я

Назва району	01.01.2011		статистика за 2011 рік			моделювання		ліжка за формулою Хіла-Бертона
	насе-лення	ліжка	рівень госпіталізації (на 100)	середній термін перебу-вання (дні)	зайнятість ліжка (%)	рівень госпіталізації (на 100)	середній термін перебування (дні)	
А	1	2	3	4	5	6	7	8
Район 1	8964	76	19	11,2	62	16	8,8	56
Район 2	54285	338	15,3	7,7	74	16	8,6	277
Район 3	38410	158	13,8	5,2	69	16	6,3	154
Разом	101659	572	17,1	7	76	16	7,4	487

Наведені приклади моделювання структури ЛПЗ можуть бути використанні для економічно-ефективного проведення структурних змін в охороні здоров'я міста, району та області. Відзначимо, що детальний аналіз може охоплювати такі параметри та індикатори, як показники управління персоналом ЛПУ (навантаження на різні категорії персоналу), показники планування закладу з урахуванням населення території, структуру фактичної собівартості медичних послуг стаціонарних відділень, поліклінічних підрозділів, первинної ланки, витрати на медикаменти та харчування, питома вага прямих та непрямих витрат, виробничих та накладних витрат, тощо.

Загалом представлене моделювання може дозволити оперативно проводити аналіз медичної та економічної складової роботи ЛПЗ, виконувати порівняння роботи ЛПЗ як окремого регіону так і ЛПЗ різних регіонів України для реалізації єдиної стратегії їх реформування та перспектив розвитку.

Узагальнюючи, слід зауважити, що високих результатів у покращенні стану фінансування системи охорони здоров'я, її якості, ефективності та результативності, можна досягти шляхом реалізації невідкладних стратегічних засад паралельного і послідовного використання всіх згаданих вище шляхів. Власне, це сприяло б підготовці її інфраструктури та інституціональних можливостей до кращого майбутнього та поліпшенню сталості, якості, ефективності та прозорості нинішньої системи охорони здоров'я.

Для конструювання динамічного бачення довгострокових перспектив суспільного розвитку з урахуванням впливу на нього чинників економічної політики треба знати закони розвитку суспільно-економічної системи. Ми вважаємо, що стратегічні засади охорони здоров'я мають концентруватися навколо трьох головних характеристик, властивих системі.

1. Можливості системи – визначення реалістичності завдань і відповідності наявним ресурсам.

2. Урахування та встановлення особливостей зв'язків між елементами системи – визначення дійсних причинно-наслідкових зв'язків, відкидання баченої причинності, пошук прихованих зв'язків.

3. Визначення загроз здійсненню стратегії та об'єктивних її обмежень.

Стосовно практики стратегічні аспекти оптимізації системи фінансування охорони здоров'я та управління галуззю мають полягати у пошуку та проведенні в життя комплексу заходів, які мають включати такі компоненти:

1) підвищення реальної доступності медичної допомоги для широких верств населення є пріоритетною метою державної політики в найближчі роки. Для досягнення цієї мети, на нашу думку, доцільно: збалансувати державні гарантії щодо забезпечення населення медичною допомогою з фінансовими можливостями держави; забезпечити стійкість і прозорість багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я; впровадити механізми фінансового планування й механізми оплати медичної допомоги, що стимулюють підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я;

2) створення правових і економічних умов для надання населенню медичних послуг, види, якість й обсяги яких відповідають рівню захворюваності й запитам населення, сучасному рівню медичної науки й технології, а також ресурсам, розміщеним державою й громадянами. Досягнення цієї мети припускає: розвиток механізмів координації діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я; реструктуризацію мережі ЛПЗ; реформування системи фінансування охорони здоров'я; удосконалення правових форм та економічних механізмів функціонування медичних організацій; створення раціональної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення; розвиток наукових досліджень і технологічних розробок для поліпшення якості наданих медичних послуг і лікарських засобів; зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів;

3) створення умов для збільшення коштів, які інвестуються населенням, працівниками й роботодавцями, у формування суспільного здоров'я. Для цього необхідне: забезпечення високого пріоритету здоров'я в системі соціальних цінностей суспільства; створення можливостей і стимулів для розширення інвестицій роботодавців і працівників у поліпшення стану здоров'я населення;

4) створення умов для максимально можливого запобігання захворюванням населення: забезпечення максимально широкої профілактики захворювань; створення економіко-правових умов для зниження негативних техногенних впливів на стан здоров'я людини;

5) поліпшення якісної сторони функціонування системи шляхом модернізації матеріально-технічної бази галузі. З цією метою доцільно розробити й впровадити процедуру планування забезпечення служб охорони здоров'я сучасним дорогим устаткуванням; узгодити плани оснащення державних і муніципальних ЛПЗ з медико-організаційною схемою надання медичної допомоги; розробити стандарти оснащення різних типів медичних організацій і лікарняних ліжок. Варто ввести обов'язковість узгодження рішень про інвестиції в охорону здоров'я (будівництво нових об'єктів охорони здоров'я й придбання дорогого устаткування) за рахунок засобів обласного

бюджету й муніципальних бюджетів з вищими органами виконавчої влади. Залучати позабюджетні кошти шляхом пошуку відповідних форм участі недержавних підприємств у розбудові системи охорони здоров'я.

З врахуванням вищезазначених до перспективних стратегічних засад відносимо: системний підхід як універсальний метод дослідження соціальних систем та пропонуємо реалізувати основні його принципи як теоретичне підґрунтя для розробки дієвої довго- та середньострокової стратегії розвитку системи охорони здоров'я. Це дасть змогу комплексно оцінити те чи інше явище відповідно на державному, регіональному чи місцевому рівнях управління системою охорони здоров'я і прийняти вивірені та науково-обґрунтовані стратегічні управлінські рішення.

3.2. Перспективи реформування та нова парадигма фінансування системи охорони здоров'я

Соціально-економічна ситуація в нашій країні, акцентує увагу на формуванні адекватної системи соціальних гарантій населенню, яка у свою чергу має ґрунтуватись на таких засадах, які б виключали утриманські настрої при розподілі та споживанні життєвих благ. Галузева специфіка охорони здоров'я вимагає особливого підходу до планування її видатків. Важлива роль відводиться дотриманню встановлених нормативів, виконанні постанов, розпоряджень, правильності розрахунків.

У вітчизняній теорії і практиці питання планування на ЛПЗ охорони здоров'я недосконало розроблені. Крім того, дається взнаки недосконаліть правового, економічного регулювання в державі, недосконаліть законодавчої бази. Потребують вирішення проблеми щодо планування і фінансування видатків на оплату праці в охороні здоров'я. Різноманітність факторів, що впливають на процес діяльності медичних закладів великий, на практиці не обмежуючись вивченням даних документації та певної звітності визначено, що процес планування видатків на оплату праці в ЛПЗ охорони здоров'я базується

на системному та цільовому підходах до діяльності, а також орієнтує на вивчення умов і особливостей таких закладів. У процесі дослідження особлива увага приділена умовам оплати праці, що застосовуються при обчисленні заробітної плати працівників цієї сфери. Тут зауважимо, що застосування Єдиної тарифної сітки не відповідає сучасним вимогам, оскільки при її впровадженні втрачається гнучкість в оплаті праці.

Крім того, проблеми, що нагромадились вказують на необхідність щодо внесення змін та доповнень до законів України, у цьому контексті вагомого значення набувають:

– Бюджетний кодекс України;

– Основи законодавства охорони здоров'я;

– Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування;

– Про місцеве самоврядування в Україні.

Відповідно має місце прийняття законів України:

– Про лікувальний заклад;

– Про самоврядування професійних лікарських організацій;

– Про медичну діяльність та заклади охорони здоров'я;

– Про права пацієнта.

Враховуючи важливість медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівні, де первинний рівень зосередженииий на профілактичних заходах, амбулаторне лікування та стаціонарну допомогу за основними спеціальностями, вторинний – спеціалізовану, технологічно складнішу, а третинний - високотехнологічну допомогу та лікування найбільш складних і рідкісних захворювань, пропонуємо надання основної частини медичних послуг населенню на первинному рівні. Таким чином, створення оптимальної системи надання лікувально-профілактичної допомоги, сприятиме доступності основних видів медичних послуг відповідно до базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги.

Реформування системи надання спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги передбачає упорядкування її мережі та визначення переліку ЛПЗ для надання інтенсивних методик лікування. Доречною визначаємо раціоналізацію щодо використання ліжкового фонду на основі вдосконалення ресурсно-нормативної бази ЛПЗ, а також запровадження сучасних ресурсозберігаючих медичних технологій, протоколів діагностики і лікування, диференційованих залежно від рівня лікувально-діагностичного процесу та етапу надання медичної допомоги. Розвиток медичної допомоги, яка замінює перебування у стаціонарі зводиться до економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування, які вбачаємо у: денних стаціонарах, стаціонарах вдома, центрах амбулаторної хірургії. У процесі розвитку заслуговує на увагу інтеграція відомчих медичних закладів в загальну систему охорони здоров'я на основі єдиної нормативно-правовій базі з урахуванням їх місцезнаходження та галузевих особливостей. Вирішення комплексу таких питань, що пов'язані з станом незадовільної матеріально-технічної бази ЛПЗ охорони здоров'я у процесі складання прогнозів і планів, пропонуємо враховувати:

– здійснення технічного обстеження будівель і споруд ЛПЗ з метою отримання висновків щодо технічного стану, оцінку їх подальшого використання, виявлення аварійних будівель;

– перегляд та затвердження табелів оснащення лікувальних закладів всіх рівнів надання медичної допомоги, з урахуванням сучасних технологій;

– урахування ступеня відповідності медичних закладів зміни організаційно-правового їх статусу з бюджетних установ на комунальні некомерційні медичні підприємства.

Важливим моментом, що стосується практики в аспекті щодо роботи по плануванню видатків в охороні здоров'я громадян і надання медико-соціальної допомоги, доцільно передбачати залучення непрофесійних організацій і професійних медичних та фармацевтичних асоціацій, а також окремих громадян, що дозволить підвищити ефективність профілактичної роботи, полегшить реабілітаційну роботу з пацієнтами.

У вітчизняній літературі такими науковцями, як З. Гладун, В. Глухова, А. Дігтяр, В. Красільнікова, Г. Ковальчук, З. Надюк, М. Мних та ін. розглядаються актуальні питання щодо забезпечення конституційних прав громадян на отримання кваліфікованої, своєчасної та якісної медичної допомоги відповідно до удосконалення організаційно-правових і економічних засад на рівні закладів охорони здоров'я. Зі всієї сукупності поглядів, для вирішення у процесі планування зазначених питань на нашу думку, необхідне вжиття невідкладних заходів спрямованих на [53; 150; 153]:

– підвищення відповідальності працівників ЛПЗ охорони здоров'я за раціональне та ефективне використання наявних фінансових, матеріальних і кадрових ресурсів;

– удосконалення механізмів управління на рівні закладів охорони здоров'я;

– впровадження ресурсозберігаючих і новітніх технологій у профілактичну роботу та лікувально-діагностичний процес; розширення можливостей щодо залучення позабюджетних коштів для поліпшення матеріально-технічної бази і модернізації медичного обладнання; перехід на гнучку систему планування і оперативного контролю за якістю медичної допомоги.

З врахуванням вище запропонованого, трансформація закладів охорони здоров'я у державні підприємства і господарські товариства дозволить у свою чергу:

– конкретизувати зобов'язання держави перед пацієнтами;

– реалізувати ініціативу керівників і підвищити ефективність використання ресурсів у галузі охорони здоров'я;

– залучити до розвитку галузі додаткові кошти і поліпшити матеріально-технічний стан закладів охорони здоров'я;

– створити стимули до продуктивної праці для медичних працівників.

В умовах дефіциту фінансових ресурсів в охороні здоров'я важливим у процесі прогнозування і планування є раціональний розподіл засобів усередині самої системи, визначеним обсягам фінансування повинна відповідати

адекватна матеріальна і кадрова база системи та навпаки. На наш погляд, при сучасних методах керування соціально-економічними структурами з використанням новітніх інформаційних технологій актуальною є побудова імітаційних і математичних моделей, що дозволить здійснити фінансування охорони здоров'я найбільш ефективним та точно оцінювати й оптимізувати витрати. Зауважимо, що окремі аспекти імітаційного моделювання по оптимізації системи та фінансування видатків в охороні здоров'я розглянуто в працях М. Болюх, Я. Буздуган, І. Булах, А. Заросило, Ю Лях, В. Марценюк, І. Хаїмзон і ін. [21], враховуючи погляди та наробки яких, ми пропускаючи математичні викладення, приведемо отримані формули (математичні моделі) різних систем фінансування охорони здоров'я. Розрахунок фінансування закладів охорони здоров'я у системі обов'язкового медичного страхування (ОМС), представимо математичною моделлю:

$$S = \sum_{i=1}^{N} \left(\sum_{j=1}^{K_i} n_{ij}{}^{x} p_{ij}{}^{x} d_{ij} \right) + \sum_{i=1}^{} r_{ij} \qquad (3.11)$$

N - кількість закладів, що фінансуються фондом ОМС;

K - кількість посад для і-го закладу;

n - кількість ставок для j-ої посади і-ої закладу;

p - кількість відвідувань на одну ставку j-ої посади і-го закладу;

d - вартість одного відвідування j-ої посади і-го закладу;

r - вартість комунальних послуг, придбання предметів постачання, медикаменти і перев'язувальні засоби, устаткування для і-го закладу;

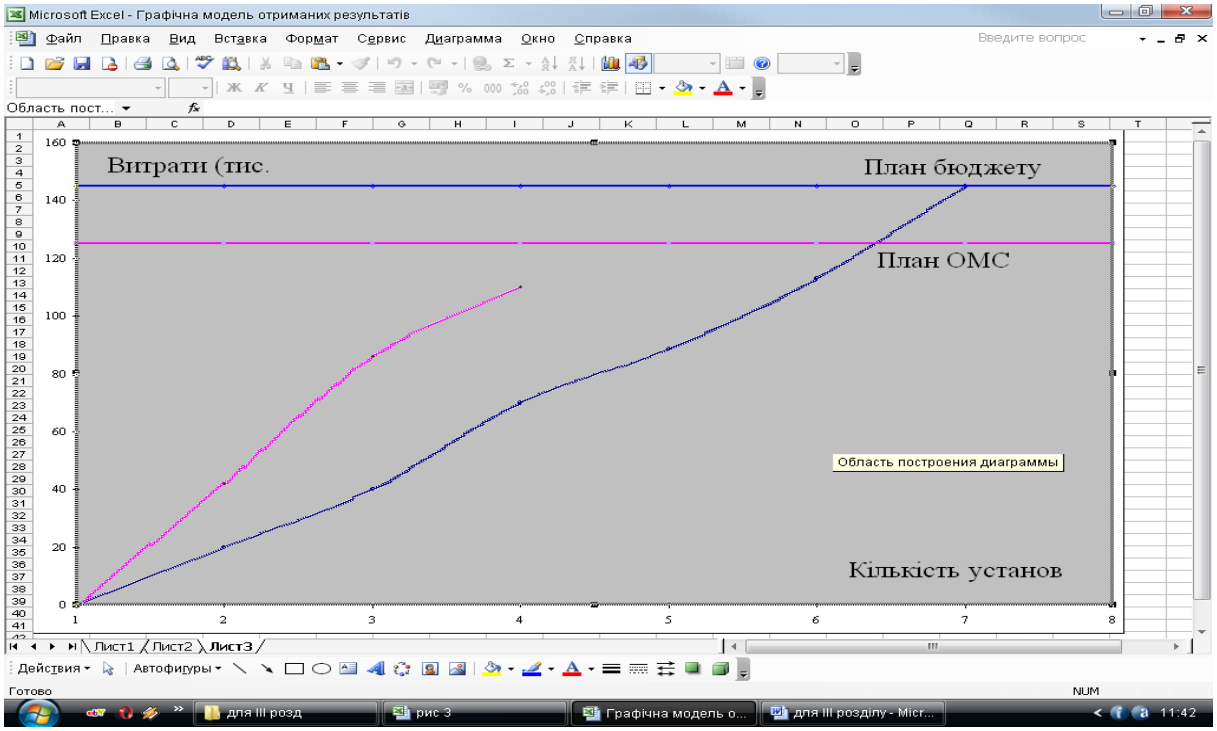
S - загальна сума необхідна фонду ОМС.

Таким чином, маючи необхідну інформацію від закладу охорони здоров'я можна змоделювати ситуацію фінансування з боку фонду ОМС та з боку певного бюджету, вказуючи у системі різні керуючі параметри. Зазначимо, що модель дозволяє враховувати планові та фактично наявні кошти системи обов'язкового медичного страхування і бюджетні асигнування, у ній також

передбачена перспективна можливість моделювати розподіл засобів системи обов'язкового медичного страхування по сукупності конкретних статей витрат закладу, одержуючи певні комбінації. Наприклад, можна змоделювати ситуацію, при якій оплата праці працівників охорони здоров'я виплачується з бюджету, а кошти обов'язкового медичного страхування розподіляються тільки на забезпечення лікувального процесу.

Відповідно запропонована комп'ютерна програма дозволить моделювати сполучення обсягів фінансування і здійснювати пошук адекватних фінансових потоків обсягам бази закладів охорони здоров'я. Лінійну залежність різних способів фінансування системи охорони здоров'я проілюструємо на рис. 3.5.

Відпрацювання комп'ютерної програми по моделюванню здійсненої на реальних показниках діяльності системи охорони здоров'я, дає змогу запропонувати конкретні рекомендації з реструктуризації бази охорони здоров'я і знайти оптимальне співвідношення цієї бази наявним обсягам фінансування.



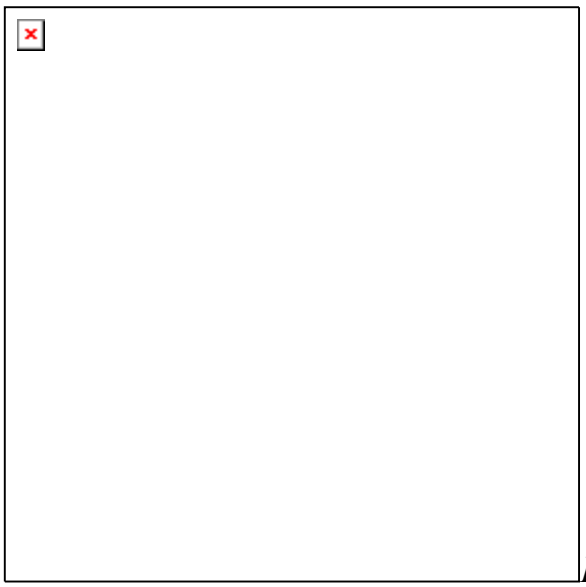


Рис. 3.5. Залежність витрат бюджету й ОМС в імітаційній моделі фінансування системи охорони здоров'я*

**Складено автором на основі [21; 140; 141; 145]*

Основним принципам побудови та функціонуванню автоматизованої системи управління (АСУ) охороною здоров'я приділена увага у працях таких вчених та економістів, як І. Брона, А. Густидин, Є. Воробйов, В. Китов, А. Клемент'єв, В. Нагорний та ін. [18; 50]. Науковці стверджують, що охорона здоров'я з позиції управління є вкрай складною системою з різнопрофільними, багатомірними ієрархічними структурами. Галузева система захоплює всі існуючі ланки управління охороною здоров'я від окремих установ до Міністерства охорони здоров'я.

Для побудови АСУ охороною здоров'я, ми вважаємо варто виходити із організованої структури управління. Для цього в першу чергу, представляється об'єкт управління в вигляді окремої моделі, яка дозволила б описати всі процеси, що протікають на мові зрозумілій для ЕОМ. Потім на основі системного аналізу і підходу з використанням ряду математичних дисциплін, методології управління будуються моделі оптимального функціонування галузевої системи і їх управління.

Модель управління охорони здоров'я є не тільки інструментом для одержання додаткової інформації, але і поглиблює знання про структуру і

властивості досліджуваного явища, дозволяє підійти до вирішення питання оптимального розподілу кадрів і ресурсів, оптимізації процесів медичних оглядів і диспансеризації населення, пошуку оптимального співвідношення між затратами і ефективністю.

Вирішення задач управління самої системи з використанням методів економіко-математичного моделювання здійснюватимемо поетапно:

На першому етапі – створимо робочу описову модель, в якій відображені основні риси вивчаємих об’єктів, процесів, явищ, маючих найбільш важливе значення для вирішення постановленої задачі.

На другому етапі – здійснимо формалізацію постановленої задачі і подамо математичну модель на основі описаної моделі першого етапу.

На третьому етапі – перехід математичних моделей (аналітичних чи заснованих на методі статистичних досліджень) на “машину” мову для дослідження моделі на ЕОМ (програми на алгоритмічних мовах).

Четвертий етап – рішення конкретних задач на основі створених економіко-математичних моделей.

Потім шляхом формалізації та типізації структури охорони здоров’я виділяємо функціональні блоки моделі охорони здоров’я (“Профілактика”, “Лікування”, “Медична наука”, “Планування”), відповідно забезпечуючі блоки (“Кадри”, “Ресурси”, “Матеріально-технічне постачання”) і блоки управління охороною здоров’я (“Мінохорона здоров’я”, “Облохорона здоров’я”, “Міськохорона здоров’я” та ін.). Таким чином, стає зрозумілим концептуальний підхід до створення автоматизованих систем управління охороною здоров’я, який виразимо формулою:

$$АСУ = Модель + МІС + ОПР,$$

де МІС - медичні інформаційні системи

ОПР - особа приймаюча рішення

В АСУ “Охорона здоров’я”, виділимо функціональну і забезпечуючу частину. Функціональна частина АСУ – враховує комплекс адміністративних, організаційних, економіко-математичних методів, що забезпечують вирішення

задач планування, обліку і аналізу показників для прийняття управлінських рішень в підсистемах АСУ “Охорони здоров’я”. Забезпечуюча частина АСУ “Охорони здоров’я” – складається із інформаційного, технічного, програмного, математичного і лінгвістичного забезпечення. Крім того, АСУ – охороною здоров’я рівня (як підсистеми галузевої автоматизованої системи охорони здоров’я) включають в себе логічні і інформаційно взаємопов’язані комплекси функціональних задач: обліку і контролю, аналізу, планування, організації і керівництва. Комплекси функціональних задач і формують функціональну систему АСУ. Відповідно блокам моделі охорони здоров’я виділяються різні підсистеми АСУ охорони здоров’я з комплексом задач, що відповідно проілюструємо на додатку Л.

Однак цим не обмежується число можливих підсистем (блоків) в ОАСУ охороною здоров’я, так як процес АСУ являється динамічним, що вимагає постійної інформації. Отже, з допомогою ЕОМ на будь-якому рівні АСУ охороною здоров’я вирішуються зазначені задачі, що дозволяють, в тому числі провести:

1. Економічний аналіз досягнутого рівня розвитку охорони здоров’я у відповідності з нормативними і заданими показниками.

2. Розрахунки до плану асигнувань на утримання закладу.

3. Контроль за ходом виконання плану розвитку охорони здоров’я.

4. Виконання схеми витрат установ охорони здоров’я відповідно до бюджетної класифікації по елементах витрат.

З огляду на пропоноване виділимо напрями політики в охороні здоров’я:

1. Поліпшення стану здоров’я населення шляхом підвищення рівня життя і поліпшення умов навколишнього середовища.

2. Поліпшення роботи механізмів ефективного асигнування і розподілу ресурсів шляхом чіткої постановки завдань, підвищення ефективності роботи по обмеженню ризику і забороні витрат.

3. Вдосконалення медико-санітарного законодавства, підготовки і перепідготовки медичного персоналу, вдосконалення структури і функцій закладів охорони здоров'я.

Дані ВООЗ свідчать: у 90% випадків звернень медичну допомогу можуть забезпечити сімейні лікарі, підготовлені на засадах загальної практики. Водночас амбулаторія сімейного лікаря обходиться вдвічі дешевше за дільничну лікарню на відповідну кількість населення. Сьогодні в Україні сімейними лікарями є близько 4% медичних працівників, тоді як в країнах ЄС - 40-70% лікарів загальної практики, стаціонари виконують функцію не тільки лікувального закладу, але й закладу соціального утримання, так як 30-40% хворих перебувають у них за соціальними показниками. У такій ситуації можна сказати, що "працює" ліжко, за це отримує заробітну плату лікар, оплачуються рахунки за електроенергію, воду, газ, а для організації лікувального процесу залишається приблизно 5-10% коштів закладу.

У такому ракурсі на увагу заслуговує сімейний лікар – менеджер з охорони здоров'я сім'ї. На думку А. Ница, М. Поліщук він має бути фондорозпорядником коштів, що виділяються йому за подушним принципом, визначати шлях лікування свого пацієнта у спеціалістів вузького профілю, оплата праці яких має залежати від обсягів якісно наданої допомоги. Тому, вважаємо важливими наступні напрями реформування охорони здоров'я (див. рис. 3.6).

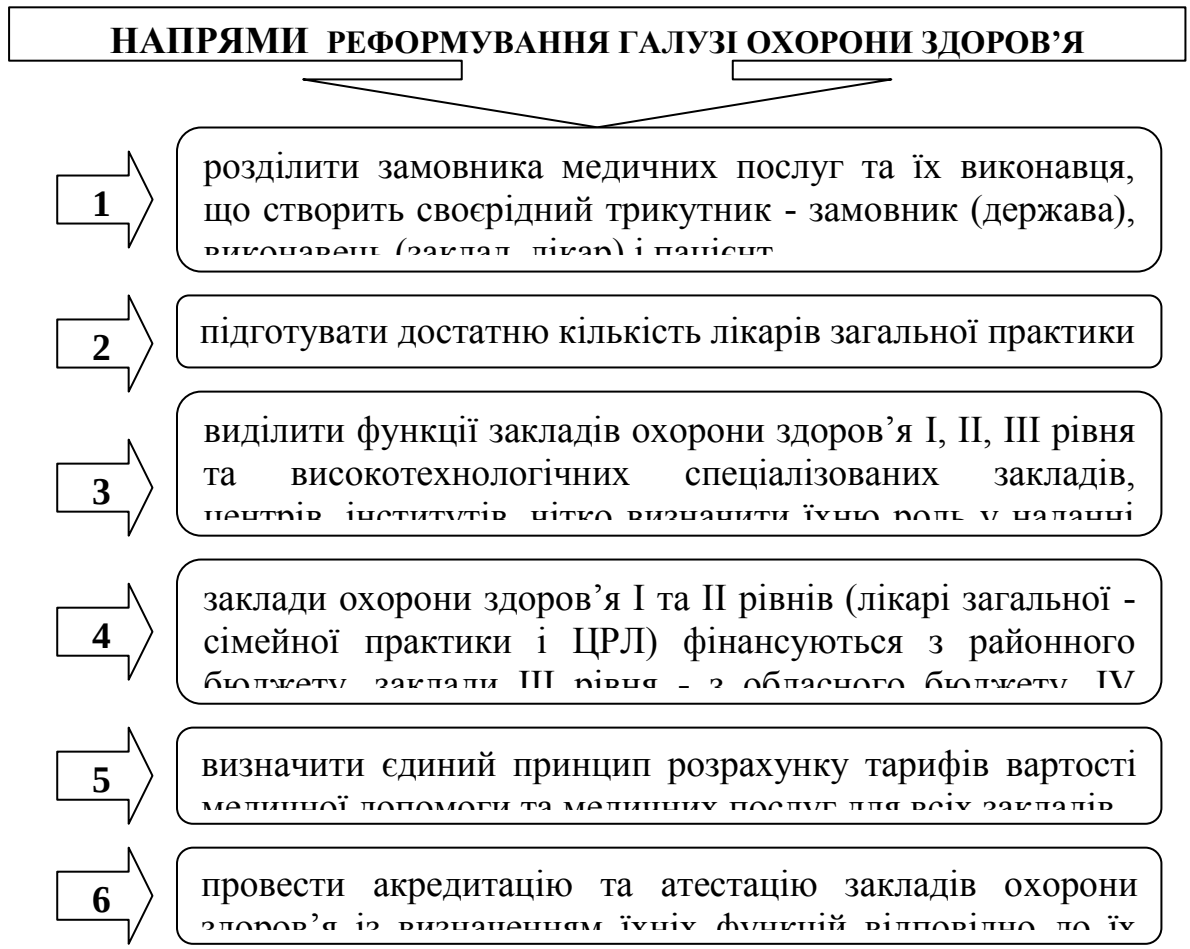


Рис. 3.6. Напрями реформування галузі охорони здоров'я*

**Складено автором на основі [85; 151; 160]*

На практиці замовник (держава представлена відділами охорони здоров'я різних рівнів) відповідно до тарифів купуватиме певний обсяг медичної допомоги у надавача, який здатний такий обсяг забезпечити. Специфіка такого

підходу в тому, що тут не важливе підпорядкування закладу, держава або місцева громада будуть контролювати ефективність використання коштів. Доцільно запроваджувати нові системи моніторингу, аналізу стану здоров'я населення та якості медичних послуг. Першим кроком може бути створення на рівні міст і районів центрів первинної медичної допомоги з адміністративним, фінансовим і функціональним розмежуванням їх діяльності від вторинного рівня.

Для успішного проведення реформ системи охорони здоров'я на думку міжнародних експертів В. Гурдус, М. Айвазова необхідний перехід на шляхи ефективного використання наявних ресурсів. Варто опиратися на чіткі механізми державного регулювання при визначенні та розміщенні серед ЛПЗ держзамовлення в системі медико-санітарного обслуговування, а також – враховувати інтереси населення за обсягами та в частині забезпечення якості медичних послуг. Річ у тім, що саме впровадження гарантованого мінімуму медичних послуг та втілення контрактної схеми розподілу держзамовлення серед лікувальних закладів може забезпечити соціальні гарантії в сфері охорони здоров'я.

В. Загороднім, О. Коваленко підкреслюється, що у державних системах охорони здоров'я зазначені питання підлягають регулюванню ефективніше. Знайти додаткові кошти для розвитку закладів охорони здоров'я можливо за умов скорочення об'єму медичних послуг, що надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування. В. Єрмілов у свою чергу підкреслює, що медичне страхування повинно починатися з добровільного страхування, нині переважає комерційна форма, а вигіднішою для пацієнта є некомерційна форма (лікарняні каси), яка поки що не отримала розвитку і потребує вдосконалення організації.

Ми виділяємо в плані державного регулювання необхідність точного визначення обсягу та критеріїв оцінки якості медичної допомоги. Стосовно рівня регіонального регулювання, то визначення обсягу і механізмів фінансування доцільно здійснювати залежно не від форми власності та

організаційної структури закладу первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), а від кількості і якості роботи. Крім того, потрібно вирішити питання фінансування та управління закладами з громадою з урахуванням специфіки кожного регіону. Медичну допомогу на адміністративній території великих міст як систему – об'єднати в єдиний стаціонарний комплекс охорони здоров'я, який структурувати за рівнями.

На наш погляд, фаховий підхід до проблеми ресурсного забезпечення дозволить уникнути нецільового використання коштів, а схема діяльності ресурсних центрів за моделлю багатоканального фінансування ЛПЗ сприятиме переходу на нові принципи управління системою.

Узагальнюючи питання реформування планування й управління галуззю, надаємо перевагу основним напрямкам щодо закінчення переходу від старої системи охорони здоров'я до системи медичного страхування, це:

– впровадження системи багатоканального фінансування охорони здоров'я і удосконалення оплати праці медичних працівників на основі пріоритету обов'язкового соціального медичного страхування;

– перевага та розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, відповідна реструктуризація галузі;

– упорядкування мережі закладів первинної, вторинної і третинної медико-соціальної допомоги;

– створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я з використанням комп'ютерної техніки, інформаційних мереж, уніфікації методів та засобів інформації;

– децентралізація і роздержавлення закладів охорони здоров'я шляхом їх автономізації;

– конкуренція між медичними закладами і лікарями, яка підвищить доступність та якість медичної допомоги;

– раціональна система акредитації медичних закладів і ліцензування лікарів для розвитку різних видів медичної допомоги;

– реалізація системи забезпечення і контролю якості медичної допомоги на основі розроблених стандартів якості;

– сприяння індивідуальній лікарській практиці;

– удосконалення форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному та місцевому рівнях;

– правовий захист пацієнтів і медичних працівників, правове забезпечення реформування та функціонування галузі [152; 160; 168].

Отже, реформи системи охорони здоров'я відіграють провідне місце в соціальній політиці держави, навколо моделей планування і фінансування якої ведеться безліч суперечок. Велике значення для оптимальної охорони здоров'я мають конкретні історичні традиції даної держави. З урахуванням існуючої ситуації варто акцентувати увагу на:

– забезпеченні галузі належним фінансуванням з визначенням механізму соціального захисту медичних працівників;

– проведенні структурної реорганізацію системи медичного забезпечення з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної (сімейної) лікарської практики;

– продовженні розвитку сільської медицини шляхом запровадження програми "Сільський лікар", для створення / відновлення сільських лікарських амбулаторій (СЛА) і фельдшерсько-акушерських пунктів та їх оснащення медичною технікою;

– заохоченні громадян до добровільного страхування здоров'я;

– забезпеченні у повному обсязі закладів охорони здоров'я в сільській місцевості відповідними автотранспортними засобами;

– створенні нормативно-правової бази з питань діяльності інституту сімейного лікаря; здійсненні розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг;

– розвитку конкуренції між постачальниками послуг з охорони здоров'я незалежно від форми власності та запроваджені принципу контрактних відносин між замовником послуг та їх постачальниками;

– залученні інвестицій у сферу охорони здоров’я та сприянні створенню умов для розширення приватної медичної практики;

– проведенні ефективної кадрової політики з обґрунтованням потреби держави в спеціалістах відповідно до європейських стандартів;

– проведенні аналізу стану виконання програми для її вдосконалення, моніторингу та оцінки результатів на основі визначених індикаторів.

У процесі планування актуальним є вибір пріоритетів пов’язаний з багатьма компромісами, на нашу думку повинні стати базою – досягнення рівноваги між інтересами окремої людини і суспільства в цілому, між соціальною справедливістю, інтересами платників (страхувальники, держава) і надавачів послуг (медичні установи, лікарі), між ефективністю функціонування системи в цілому і окремих медичних закладів, між економічними і політичними завданнями. З цього погляду ми враховуємо, що рішення про вибори пріоритетів не приймаються у вакуумі, а їх визначають такі чинники:

– естетичні причини (часто соціальна та моральна значущість рішень домінує над економічною ефективністю);

– якість інформаційного забезпечення рішень (епідеміологічні дослідження, клініко-економічний аналіз);

– політичні мотиви, бюджетні обмеження, лобіювання технологій та лікарських засобів фірмами-виробниками;

– попит на послуги (медичні установи, які прагнуть до максимізації доходів);

– суспільні цінності (у багатьох країнах є поодинокі приклади участі урядових органів і суспільства у вирішенні питань пріоритетів у сфері охорони здоров’я).

До того ж, при підготовці медичних кадрів слід приділяти особливу увагу підготовці сімейних лікарів, управлінців та фахівців соціальної медицини. Привести до європейських норм заробітну плату медичних працівників, розробити та затвердити Медичний кодекс України. Удосконалити та закріпити юридично-державний розподіл та прикріплення лікарів і середній медичний

персонал до ЛПЗ, а у сільській місцевості, створити систему автоматизованого робочого місця лікарів. Потрібно здійснювати роботу над реструктуризацією системи медичної допомоги галузі охорони здоров'я, приділяючи увагу розбудові ПМСД на засадах сімейної медицини. Визначити реальні потреби населення в первинній, вторинній і третинній медичній допомозі, продовжити формування мережі амбулаторій сімейної медицини, реструктуризацію та реорганізацію спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, раціонально використовувати відомчі медичні заклади шляхом їх функціонування в єдиному медичному просторі.

Ми вважаємо, що з метою забезпечення реформування системи охорони здоров'я та удосконалення планування видатків доцільно розробити і виконувати такі загальнодержавні програми:

– Про розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини, особливо в сільській місцевості.

– Про реструктуризацію та раціоналізацію спеціалізованої медичної допомоги.

– Про упорядкування мережі, структури і функцій ЛПЗ охорони здоров'я.

– Про удосконалення правової бази і управління системою охорони здоров'я відповідно до європейських вимог і стандартів.

Досліджуючи основні напрями удосконалення планування видатків на охорону здоров'я не можна ігнорувати організаційно-економічний механізм управління нею на регіональному рівні як рушійної сили створення єдиного простору медичного обслуговування населення. Тому враховуючи погляди В. Галацана, ми уточнимо основні завдання системи охорони здоров'я, одним із яких є забезпечення якісного медичного обслуговування громадян певної території, які можуть вільно обирати той чи інший ЛПЗ та лікуючого лікаря.

На нашу думку, єдиний простір медичного обслуговування населення території є цілісною соціальною системою, головним засобом якої є організаційно-економічний механізм державного управління, який представимо на додатку М. Як помічаємо з додатку, економічна складова зазначеного

механізму формує умови для конкуренції між закладами охорони здоров'я різних форм власності, сприяє розвитку медичної практики на підприємницьких засадах, опрацюванню принципово нових підходів до фінансово-господарської, у тому числі госпрозрахункової, діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я, їх взаємодії та взаєморозрахунків.

Тут зазначимо, що основою підвищення ефективності системи охорони здоров'я є вдосконалення її організаційно-економічного механізму, тобто сукупності форм, методів та інструментів, за допомогою яких здійснюється організація суспільного виробництва в сфері охорони здоров'я й узгоджується економічно доцільна її діяльність як єдиної системи. Ґрунтуючись на результатах досліджень Е. Ковжарової побудуємо схему структури організаційно-економічного механізму системи охорони здоров'я (див. рис. 3.7), яка виражає типову форму поєднання елементів ринкової саморегуляції з елементами демократичного державного регулювання.



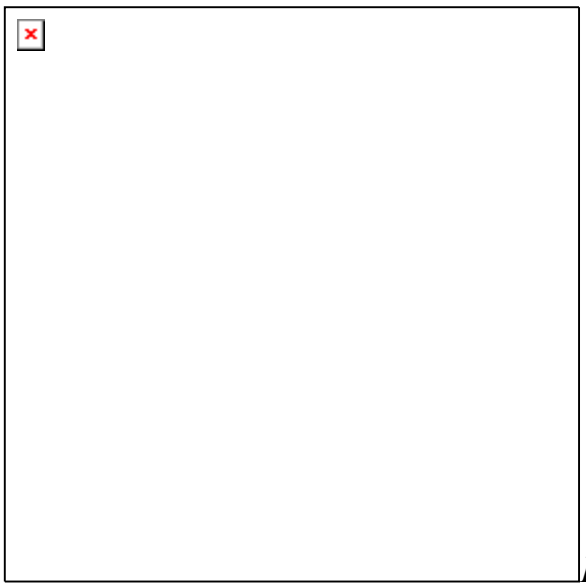


Рис. 3.7. Структура організаційно-економічного механізму системи охорони здоров'я за функціональною ознакою*

**Складено автором на основі [168; 169; 174]*

Даний механізм покликаний забезпечити:

1) доступність науково обґрунтованого набору медичних послуг для всіх громадян за рахунок впровадження і дотримання нормативів фінансування та матеріально-технічного постачання системи охорони здоров'я, сприяти впровадженню стандартів медичного обслуговування (медична ефективність);

2) підвищить соціальну ефективність системи охорони здоров'я через узгодженість здійснених видатків і досягнутих результатів державним гарантіям;

3) позитивно вплине на економічну ефективність як з точки зору доцільності витрат, так і забезпечення позитивного ефекту від раціоналізації розподілу ресурсів між різними виробниками медичних послуг, оптимізації співвідношення стаціонарного та амбулаторно-поліклінічного лікування;

4) активізує інвестиційний процес за рахунок створення нової системи управління шляхом поєднання централізованої й децентралізованої її моделей, налагодження вертикальних і горизонтальних управлінських зв'язків.

У такій ситуації розкриваючи сутність системи охорони здоров'я й визначаючи методи впливу на неї, в першу чергу виникає об'єктивна

необхідність розуміння й розкриття специфічних сторін, як форми, так і управління системи охорони здоров'я в сучасних умовах розвитку суспільства. Такі дослідження сприяють формуванню нової парадигми охорони здоров'я.

Відкритим залишається питання дослідження й рішення проблем функціонування й розвитку системи охорони здоров'я в їхній діалектичній єдності; виявлення оптимальних параметрів вимог об'єктивних економічних законів, пізнання механізму їхнього використання. Таке розуміння сутності законів розвитку системи бачиться в напрямку дослідження властивих її протиріч, що дозволяє забезпечити перехід до наукових методів управління та регулювання охорони здоров'я, як системи в цілому, так і конкретних її організаційних структур на основі свідомого використання законів розвитку. З точки зору практики реалізація даного напрямку забезпечує якісну трансформацію класичної парадигми управління охороною здоров'я.

Як показує вивчення літературних джерел виділяються наступні типології систем охорони здоров'я.

Так M.G. Field з погляду соціально-політичної структури суспільства умовно виділяє п'ять типів систем охорони здоров'я:

1) класична (неупорядкована);

2) плюралістична;

3) страхова;

4) національна;

5) соціалістична.

М. Фотакі [3] розглядає сучасні системи охорони здоров'я, спираючи на категорію країн, віднесених до різних рівнів соціального розвитку. Таким чином, виділяються наступні моделі:

1) універсальна (модель Бевериджа);

2) соціального страхування (модель Бісмарка);

3) "південна модель" (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія);

4) інституціональна чи соціал-демократична "скандинавська модель";

5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення);

6) консервативна корпоративна (Японія);

7) латиноамериканська;

8) системи охорони здоров’я індустріальних держав Східної Азії;

9) системи охорони здоров’я країн з перехідною економікою.

Ближче усього до сутності охорони здоров’я наближаються О.П. Щепин, В.Б. Філатов, Я.Д. Погорєлов і ін., пропонуючи розрізняти три основних типи систем охорони здоров’я:

1) утилітарну;

2) комунітарну;

в) ліберальну.

На нашу думку, у сучасному підході до типології систем охорони здоров’я, споконвічно мають переважати правові характеристики універсальних відносин лікаря та пацієнта, у свою чергу визначені законодавчо. Адекватну сучасну модель системи охорони здоров’я, укладену в законодавчу “оболонку”, доцільно будувати виходячи саме з такого принципового підходу.

З погляду наукової методології важливо те, щоб конкретна форма взаємин суб’єктів системи, з одного боку, не порушувала конституційних прав будь-якої особистості як громадянина і суб’єкта системи, а з іншого боку – дозволила побудувати модель системи охорони здоров’я, що за формою та за змістом відповідає логіці організаційно-правових аспектів. У зв’язку з цим, пропонується взяти за основу ринкові відносини суб’єктів системи та на основі цього спробувати представити типологію і характеристики систем охорони здоров’я. Такий підхід, вважаємо цілком закономірним і виправданим. Тим більше, що він дозволяє врахувати, зокрема, об’єктивні реалії наповнення сучасної вітчизняної системи охорони здоров’я економічними складовими. Крім того, деякою мірою забезпечує дослідження систем охорони здоров’я на основі сполучення теоретичного і практичного її аспектів з науковими основами ринкових відносин, новітніми інформаційними технологіями математичного й економічного моделювання. Подібна інтеграція є одним з можливих шляхів сучасних підходів до розуміння об’єктивної сутності систем

охорони здоров’я, розробці та застосуванню новітніх форм і методів в управлінні (регулюванні) такими системами.

Виходячи з подібного підходу, визначаємо концептуальну типологію моделей систем охорони здоров’я (див. рис. 3.8), яка перш за все, дозволяє закласти в основу функціонування всіх можливих систем охорони здоров’я принцип вільного розвитку.

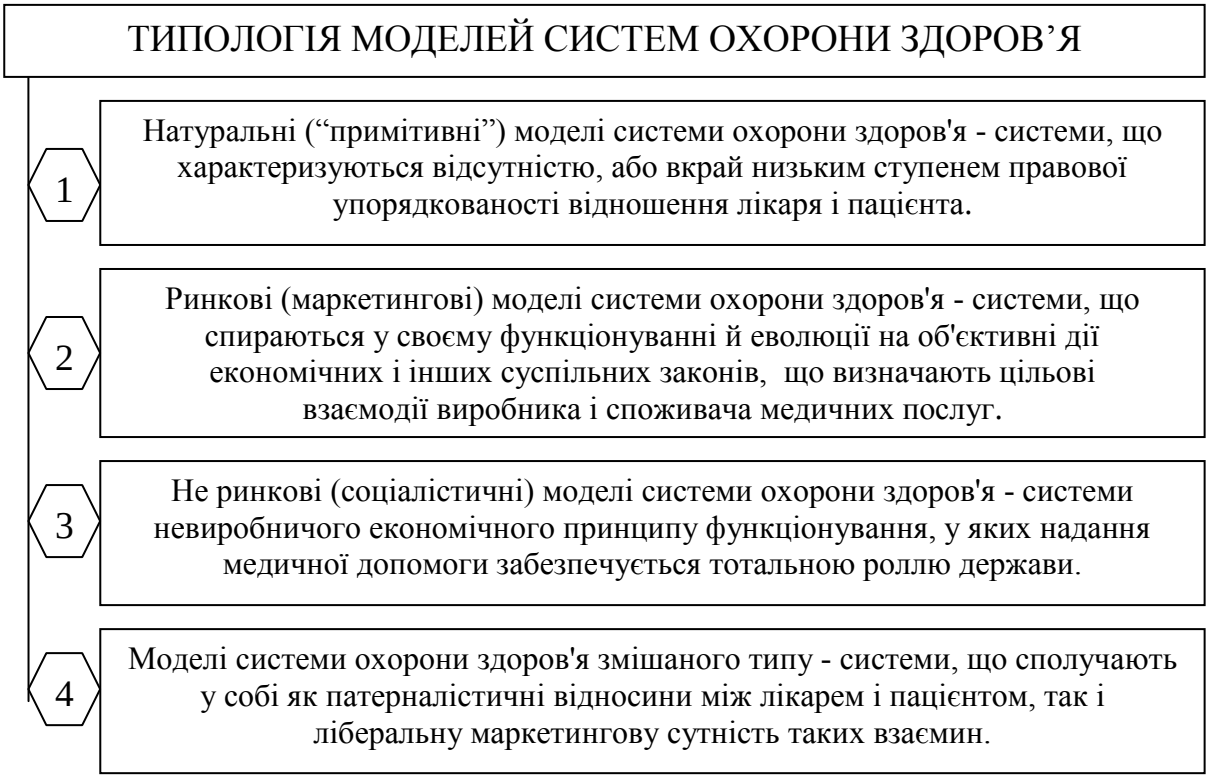


Рис. 3.8. Типологія моделей систем охорони здоров’я

Крім того, знімаються визначені протиріччя зовнішньої відособленості системи охорони здоров’я, що не позв’язані в поглядах на систему в рамках об’єктивного й організаційного підходів. Надається можливість побудови логічної системи організації охорони здоров’я, відвівши законну роль конкретним формам надання медичних послуг, таким як відомчі заклади охорони здоров’я, система обов’язкового медичного страхування й ін. Водночас з наукових позицій методологічно визначається роль держави в можливому встановленні та прикладній реалізації гарантій права на вільне одержання безкоштовної медичної допомоги.

Охорона здоров’я розглядається багатьма вченими як суспільне благо, коли надання медичної допомоги кожній людині має важливе значення для суспільства в цілому. У свою чергу, така позиція в більшості європейських країн стала частиною традиційного консенсусу відносно важливості всеохоплюючого доступу населення до ресурсів охорони здоров’я. З іншого боку, ринкові важелі за своєю природою засновані на припущенні, що кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку. Крім того, неокласична ринкова концепція потребує проведення чітких відмінностей між такими категоріями, як попит і пропозиція, тобто між покупцем і надавачем медичних послуг. Однак сучасна система охорони здоров’я передбачає чотирьохсторонні взаємовідносини між пацієнтом, лікарем, медичним закладом і стороною, яка його фінансує.

Важливість впливу держави на охорону здоров’я зумовлена, перш за все, тим, що соціально незахищені верстви населення не завжди можуть отримати адекватну медичну допомогу, а отже, державне регулювання процесів, які відбуваються в системі охорони здоров’я, може значно послабити ці негативні наслідки і, навпаки, поліпшити функціональний стан системи. Роль, яка відводиться ринковим механізмам у соціально-орієнтованій системі охорони здоров’я, залишається суперечливою.

З досвіду деяких європейських аналітиків, ринкові механізми можуть спричинити створення умов, за якими вразливі та незахищені категорії населення не будуть мати рівного доступу до якісного медичного обслуговування. Була виказана стурбованість щодо вірогідності того, що породжений ринком індивідуалізм призведе до руйнування колективної відповідальності, на якій заснована легітимність концепції держави - загального добробуту.

Трьома фундаментальними цілями, які переслідуються в сфері охорони здоров’я, прийнято вважати:

1) запровадження рівного та справедливого доступу до медичних послуг на основі їх гарантованого мінімального рівня, в межах якого медична

допомога надається залежно від потреби хворого в ній, а не залежно від її оплати;

2) забезпечення мікроекономічної ефективності: якість допомоги та ступінь задоволення пацієнтів мають бути максимальними при мінімальних витратах ресурсів;

3) макроекономічний контроль за видатками в сфері охорони здоров'я, тобто, коли сектор охорони здоров'я поглинає "розумну" частку ВНП.

Досвід країн Європейського Союзу, а також країн центральної і східної Європи колишнього радянського табору, які стали на шлях реформ, показує, що механізми фінансування соціальних систем охорони здоров'я можна успішно удосконалювати як в рамках бюджетного фінансування, так і в рамках соціального медичного страхування. До того ж, в багатьох країнах держава бере участь у системі обов'язкового медичного страхування через бюджетні внески в тому чи іншому вигляді (або від імені певних категорій громадян, або у вигляді капітальних інвестицій). У такому контексті окремо зазначимо, що вибір, який належить зробити Україні, полягає в наступному:

1) зберегти бюджетну систему фінансування;

2) запровадити систему обов'язкового медичного страхування;

3) створити змішану систему, запровадивши обов'язкове медичне страхування і залишивши при цьому роль держави у фінансуванні певних елементів медичної допомоги.

Далі приділимо увагу перспективам розвитку охорони здоров'я при виборі кожного з зазначених напрямків. Так, при збереженні бюджетної системи фінансування і існуючої структури доходів державного та місцевих бюджетів, пріоритети галузі охорони здоров'я та істотне збільшення асигнувань на її потреби видаються слабкими. Звичайно, номінальне зростання асигнувань відбуватиметься по мірі зростання економіки, але радикальних змін, які б привели до корінного зростання частки витрат на охорону здоров'я в структурі ВНП не очікується, оскільки протягом останніх кількох років основний наголос

у вирішенні проблеми недостатнього фінансування цієї галузі робиться на запровадженні обов'язкового медичного страхування.

Що стосується медичного страхування, то по-суті воно буде податком на охорону здоров'я, перевагою якого є цільове спрямування коштів на потреби галузі. Розмір внеску на ОМС може або визначатись законом (наприклад, в Польщі), або встановлюватись самостійно окремими фондами медичного страхування (наприклад, в Німеччині), виходячи з потреб застрахованого пулу осіб.

Незалежно від того, бюджетною чи страховою буде система охорони здоров'я в Україні, першочерговим кроком, який необхідно здійснити для забезпечення такого зв'язку, вбачається у розмежуванні функцій фінансування і надання медичних послуг. Розпорядникам коштів доцільно мати оперативну свободу спрямування ресурсів у напрямку тих надавачів, які пропонують найкраще співвідношення "ціна-якість". Право ж надавачів отримувати асигнування не враховує безумовності (як в Україні для бюджетних установ), а реалізується через узгодження із фінансуючою стороною обсягів і якості послуг, що надаються лікувально-профілактичними закладами.

В системах обов'язкового медичного страхування розпорядником коштів виступає сам фонд ОМС (наприклад у Німеччині, Франції). У Великій Британії, де Національна служба охорони здоров'я фінансується з бюджету, це розмежування забезпечується покладеним на регіональні адміністрації охорони здоров'я обов'язку закупівлі послуг у незалежних лікарів та лікувально-профілактичних закладів. Крім того, щоб розмежування повноважень розпорядника коштів і надавачів послуг сприяло підвищенню ефективності системи, змінюється їх економічно-правовий статус. Лікувальні заклади та незалежні лікарі стають автономними учасниками господарської діяльності. Однак якщо проводити розмежування без зміни статусу закладів охорони здоров'я – в такому випадку заклади залишаться безправними, а отже і безвідповідальними.

Наступним важливим кроком, без якого неможлива побудова ефективної системи охорони здоров'я, є розробка та запровадження прозорого механізму визначення пріоритетів і розробка на його основі пакету послуг, що надається за рахунок громадських коштів. Іншими словами, розпорядник бюджетних коштів або фонд ОМС разом з іншими зацікавленими сторонами (представниками громадськості, пацієнтів, медичних працівників) визначають перелік послуг і їх обсяг, що може бути оплачений за рахунок існуючих коштів. З цього очевидно, що завдання розпорядників бюджетних коштів полягає в розробленні та впровадженні у практику таких процедур визначення пріоритетів і нормування послуг, які б сприймались громадськістю та забезпечували соціальну справедливість.

Відмітимо, що якщо процеси нормування медичної допомоги і компенсації ризиків не є принципово новими для України, то запровадження контрактних відносин між розпорядниками бюджетних коштів (незалежно від того, виступають в цій ролі місцеві органи державної влади чи фонд обов'язкового медичного страхування) та надавачами медичних послуг представлятиме собою якісно новий етап розвитку української системи охорони здоров'я.

Таким чином, еволюція розвитку вітчизняної охорони здоров'я у бік систем класичного типу, що характеризується високим ступенем ліберальних цінностей, може бути забезпечена етапами методологічного підходу (рис. 3.9). Окремими дослідниками висловлюються припущення, що в рамках класичного системного аналізу існують об'єктивні обмеження щодо одночасного визначення внутрішніх і зовнішніх цілей системи, що функціонує в умовах кризи.

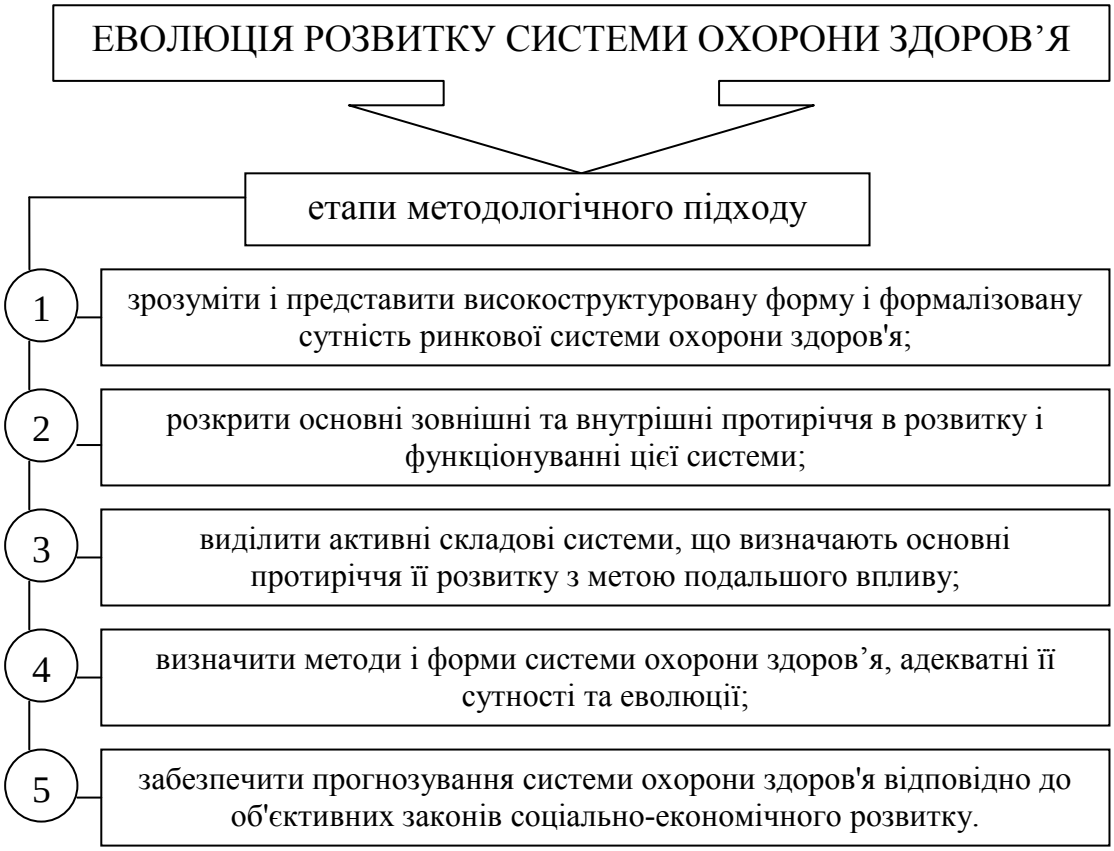


Рис. 3.9. Еволюція розвитку системи охорони здоров’я

Рішення даної проблеми представляється реальним при розгляді методології дослідження системи охорони здоров’я в діалектичній єдності з адекватними формами і методами регулювання розвитку цієї системи. Тобто з одного боку сутність системи охорони здоров’я передбачає вибір і застосування адекватних методів і форм її регулювання, з іншого боку – практичні механізми активної підтримки функціонування системи охорони здоров’я визначають необхідне її розуміння та представлення. Різноманітність функцій щодо системи охорони здоров’я охарактеризуємо основними параметрами:

– тимчасовими рамками (довгостроковими, середньостроковими, оперативними);

– сферою діяльності (матеріальні та кадрові ресурси, організаційні технології, фінанси, інвестиції);

– фазою (етапом) процесу керування (облік, аналіз, планування, контроль організація).

Об’єктивна логіка перетворень системи охорони здоров’я зіштовхується з високою інертністю існуючих моделей управління галуззю. Виникла необхідність зміни акцентів з врахуванням специфічних методів регулювання цієї системи, враховуючи внутрішню закономірну її еволюцію, визначену ступенем протиріч у рамках дії об’єктивних соціально-економічних і інших законів. За такої ситуації нова парадигма системи охорони здоров’я вбачається у:

– побудові системи зовнішніх обмежень, що дозволяють деякою мірою зафіксувати нескінченно динамічний її стан в необхідних рамках;

– прогнозуванні (моделюванні) можливого результату при перспективному впливі на систему;

– виборі конкретного протиріччя, що є носієм і відображає бажаний результат;

– використанні методів і форм, що змінюють ступінь внутрішньої побудови системи.

Ефективне функціонування системи охорони здоров’я має спиратись на наступні принципи:

– правового регулювання системи (реалізується створенням законодавчої бази);

– технологічного регулювання (представлено методами стандартизації);

– фінансового регулювання (забезпечується переважною роллю держави у фінансуванні системи охорони здоров’я).

Конкретні форми реалізації цих принципів, з одного боку, можуть вирішити протиріччя, що виникають між системою охорони здоров’я, як цілісного компонента держави й іншими складовими. З іншого боку – деякою мірою умовно “зафіксувати” неупорядковану внутрішню сутність такої системи.

Отже, сформульовані нами концептуальні напрямки та шляхи оптимізації функціонування системи охорони здоров’я у відповідну нову парадигму економічного змісту дозволять:

– провести кардинальні зміни організаційного генезису у системі надання медичної допомоги населенню із залученням економічних методів управління;

– реально змінити принципи у фінансуванні медичної галузі як в оплаті отриманих медичних послуг пацієнтами, так і в процесі залучення до системи медичного забезпечення додаткових (окрім коштів державного та місцевого бюджетів) фінансових асигнувань, що дозволить сформувати багатоканальну систему фінансування медичної допомоги для конкретного пацієнта на основі принципу “солідарності” та забезпечить економічну ефективність використання наявних фінансових та матеріальних ресурсів системи охорони здоров’я;

– підвищити відповідальність органів та закладів системи охорони здоров’я за раціональне використання фінансових коштів;

– встановити соціальну справедливість шляхом вирівнювання доступу громадян країни до отримання якісної медичної допомоги незалежно від місця їх проживання; єдність державної та комунальної систем охорони здоров’я на основі єдиних підходів до формування, розподілу та використання фінансових засобів;

– залучити громадськість до процесу управління медичною галуззю на всіх рівнях через створення системи незалежної медичної експертизи.

Очевидно, що нині назріла нагальна потреба перегляду практичних підходів до планування і фінансування видатків на охорону здоров’я, логічного взаємозв’язку та розробці дієвого механізму поєднання ринкових і державних важелів управління бюджетними коштами, які б відповідали ринковим засадам господарювання в умовах демократичного суспільства.

ВИСНОВКИ

Динамічні суспільні трансформації в державі, розвиток процесів світової економічної глобалізації сприяють організаційним змінам в органах управління та закладах охорони здоров'я, а у зв'язку з цим очевидно, що змінами необхідно управляти, оскільки тільки таким чином можна досягнути цілей: підвищення ефективності, продуктивності та задоволення потреб споживачів. Тому розробка стратегічного плану організаційних змін, комплекс дієвих заходів щодо його впровадження з урахуванням особливостей кожного етапу, враховуючи передбачення та стратегії подолання перешкод є необхідними складовими успішного удосконалення системи охорони здоров'я.

Планування, організація, управління і фінансування, які склалися нині у системі охорони здоров'я, не відповідають структурі захворюваності, ефективності технології лікування та не забезпечують етапність та безперервність лікувально-діагностичного процесу. Сучасна система охорони здоров'я в цілому є неефективною, оскільки витрати постійно зростають, а основні показники здоров'я населення не поліпшуються.

Зазначимо, що охорона здоров'я у своїй динаміці розвитку постійно трансформується та піддається стратегії класичного планування в силу постійної рухливості внутрішніх і зовнішніх протиріч, що є основою життєдіяльності та розвитку таких систем. Тому керування такими системами доцільно здійснювати на: науковій основі, розкритті закономірностей розвитку явищ і процесів, що характеризують ці системи і визначають їхню сутність, на основі знання науки керування.

Ефективне планування розглядаємо перш за все, через постановку конкретних завдань, які слід розробляти та викладати як у кількісній, так і в якісній формах. Зазвичай організаційні завдання ставляться на трьох рівнях:

– стратегічні (для організації в цілому та часто формулюються загальними фразами);

– технічні (мають конкретніший характер і скеровуються середньому рівню ланки управління);

– оперативні (найбільш конкретні - формулюються на рівні низової ланки управління).

Цілі, завдання доцільно ясно та чітко формулювати, і тільки після цього можна приступати до наступних етапів планування. Стратегія діяльності при цьому повинна виходити з визначення контингентів і механізмів дії, обґрунтування управлінських рішень, вдосконалення структури мережі медичних закладів, раціонального використання ресурсів, оптимізації робочих процесів, надання медичної допомоги відповідно до стандартів, задоволення запитів споживачів. Ефективне функціонування системи охорони здоров'я має спиратись на наступні принципи: правове регулювання системи (реалізується створенням законодавчої бази); технологічне регулювання (представляється методами стандартизації); фінансове регулювання (забезпечується переважною роллю держави у фінансуванні системи охорони здоров'я).

Пошук якісно нових підходів до управління, заснованих на створенні цінностей для людини, а не на короткостроковій вигоді для бюджету галузі є гарантією розвитку охорони здоров'я. Цей принцип тісно пов'язаний з питанням адаптаційності її служб і підрозділів до національних умов. Така адаптація забезпечується відповідними технологіями прийняття управлінських рішень відповідно до умов, що змінюються, як самої системи, так і середовища (сфери) її функціонування. Алгоритм планування в системі охорони здоров'я передбачає перехід на систему функціонального управління, аналіз ситуації, формування політики та стратегії охорони здоров'я, ініціювання законодавчих передбачень, вирішення економічних і фінансових проблем галузі, а також забезпечення якості медичної допомоги.

У процесі визначення й оцінки стратегії організаційних змін важливо дотримуватись наступних правил:

– детально описувати альтернативи, які розглядаються, що допоможе краще оцінити їх потенційну ефективність та полегшить подальшу реалізацію;

– відбір оптимальних стратегій проводити відповідно до узгодженого набору критеріїв;

– оцінювати стратегії з погляду зацікавлених груп, залучаючи їх представників до обговорення;

– враховувати, що організація, яка переживає зміни, потребує періоду адаптації.

Охорона здоров'я розглядається багатьма вченими як суспільне благо, коли надання медичної допомоги кожній людині має важливе значення для суспільства в цілому. У свою чергу, така позиція в більшості європейських країн стала частиною традиційного консенсусу відносно важливості всеохоплюючого доступу населення до ресурсів охорони здоров'я. З іншого боку, ринкові важелі за своєю природою засновані на припущенні, що кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку. Крім того, неокласична ринкова концепція потребує проведення чітких відмінностей між такими категоріями, як попит і пропозиція, тобто між покупцем і надавачем медичних послуг. Однак сучасна система охорони здоров'я передбачає чотирьохсторонні взаємовідносини між пацієнтом, лікарем, медичним закладом і стороною, яка здійснює фінансування.

Важливість впливу держави на охорону здоров'я зумовлена, перш за все, тим, що соціально незахищені верстви населення не завжди можуть отримати адекватну медичну допомогу, а отже, державне регулювання процесів, які відбуваються в системі охорони здоров'я, може значно послабити ці негативні наслідки і, навпаки, поліпшити функціональний стан системи. Роль, яка відводиться ринковим механізмам у соціально-орієнтованій системі охорони здоров'я, залишається суперечливою. З досвіду деяких європейських аналітиків, ринкові механізми можуть спричинити створення умов, за якими вразливі та незахищені категорії населення не будуть мати рівного доступу до якісного медичного обслуговування. Була виказана стурбованість щодо вірогідності того, що породжений ринком індивідуалізм призведе до

руйнування колективної відповідальності, на якій заснована легітимність концепції держави − загального добробуту.

Досвід країн Європейського Союзу, а також країн центральної і східної Європи колишнього радянського табору, які стали на шлях реформ, показує, що механізми фінансування соціальних систем охорони здоров'я можна успішно удосконалювати як в рамках бюджетного фінансування, так і в рамках соціального медичного страхування. До того ж, в багатьох країнах держава бере участь у системі обов'язкового медичного страхування через бюджетні внески в тому чи іншому вигляді (або від імені певних категорій громадян, або у вигляді капітальних інвестицій). У такому контексті окремо зазначимо, що вибір, який належить зробити Україні, полягає в наступному: зберегти бюджетну систему фінансування, запровадити систему обов'язкового медичного страхування, створити змішану систему, запровадивши обов'язкове медичне страхування і залишивши при цьому роль держави у фінансуванні певних елементів медичної допомоги.

Так, при збереженні бюджетної системи фінансування і існуючої структури доходів державного та місцевих бюджетів, пріоритети галузі охорони здоров'я та істотне збільшення асигнувань на її потреби видаються слабкими. Звичайно, номінальне зростання асигнувань відбуватиметься по мірі зростання економіки, але радикальних змін, які б привели до корінного зростання частки витрат на охорону здоров'я в структурі ВНП не очікується, оскільки протягом останніх кількох років основний наголос у вирішенні проблеми недостатнього фінансування цієї галузі робиться на запровадженні обов'язкового медичного страхування. Що стосується медичного страхування, то по-суті воно буде податком на охорону здоров'я, перевагою якого є цільове спрямування коштів на потреби галузі. Розмір внеску на ОМС може або визначатись законом (наприклад, в Польщі), або встановлюватись самостійно окремими фондами медичного страхування (наприклад, в Німеччині), виходячи з потреб застрахованого пулу осіб.

Незалежно від того, бюджетною чи страховою буде система охорони здоров'я в Україні, першочерговим кроком, який необхідно здійснити для забезпечення такого зв'язку, вбачається у розмежуванні функцій фінансування і надання медичних послуг. Розпорядникам коштів доцільно мати оперативну свободу спрямування ресурсів у напрямку тих надавачів, які пропонують найкраще співвідношення "ціна-якість". Право ж надавачів отримувати асигнування не враховує безумовності (як в Україні для бюджетних установ), а реалізується через узгодження із фінансуючою стороною обсягів і якості послуг, що надаються лікувально-профілактичними закладами.

Наступним важливим кроком, без якого неможлива побудова ефективної системи охорони здоров'я, є розробка та запровадження прозорого механізму визначення пріоритетів і розробка на його основі пакету послуг, що надається за рахунок громадських коштів. Іншими словами, розпорядник бюджетних коштів або Фонд обов'язкового медичного страхування разом з іншими зацікавленими сторонами (представниками громадськості, пацієнтів, медичних працівників) визначають перелік послуг і їх обсяг, що може бути оплачений за рахунок існуючих коштів. З цього очевидно, що завдання розпорядників бюджетних коштів полягає в розробленні та впровадженні у практику таких процедур визначення пріоритетів і нормування послуг, які б сприймались громадськістю та забезпечували соціальну справедливість.

Відмітимо, що якщо процеси нормування медичної допомоги і компенсації ризиків не є принципово новими для України, то запровадження контрактних відносин між розпорядниками бюджетних коштів (незалежно від того, виступають в цій ролі місцеві органи державної влади чи фонд обов'язкового медичного страхування) та надавачами медичних послуг представлятиме собою якісно новий етап розвитку української системи охорони здоров'я.

Еволюція розвитку вітчизняної охорони здоров'я у бік систем класичного типу, що характеризується високим ступенем ліберальних цінностей, може бути забезпечена етапами методологічного підходу (представити високо-структуровану форму і формалізовану сутність ринкової системи охорони

здоров’я, розкрити основні зовнішні та внутрішні протиріччя в розвитку і функціонуванні цієї системи, виділити активні складові системи, що визначають основні протиріччя її розвитку з метою подальшого впливу, визначити методи і форми системи охорони здоров’я, адекватні її сутності та еволюції, забезпечити прогнозування системи охорони здоров'я відповідно до об'єктивних законів соціально-економічного розвитку).

Окремими дослідниками висловлюються припущення, що в рамках класичного системного аналізу існують об’єктивні обмеження щодо одночасного визначення внутрішніх і зовнішніх цілей системи, що функціонує в умовах кризи. Рішення даної проблеми представляється реальним при розгляді методології дослідження системи охорони здоров’я в діалектичній єдності з адекватними формами і методами регулювання розвитку цієї системи. Тобто з одного боку сутність системи охорони здоров’я передбачає вибір і застосування адекватних методів і форм її регулювання, з іншого боку − практичні механізми активної підтримки функціонування системи охорони здоров’я визначають необхідне її розуміння та представлення.

Узагальнюючи зазначимо, що в останні роки було зроблено певні кроки стосовно запровадження системних реформ в охороні здоров’я. Був затверджений Національний план розвитку системи охорони здоров’я на 2008-2010 рр., підготовлена і передана до Верховної Ради України нова редакція Основ законодавства охорони здоров’я в України, затверджено Концепцію розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Верховна Рада прийняла Закон України “Про порядок проведення. реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві” від 07.07.2011 № 3612-VI. Він пропонує структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування закладів охорони здоров’я за видами надання медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної і екстреної) шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованих за профілем та інтенсивністю медичних установ, як

складових госпітальних округів та високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я або центрів з надання третинної медичної допомоги.

Документ також передбачає застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі, що дозволить спрямувати бюджетні кошти за видами медичної допомоги з бюджетів відповідних рівнів, а також ввести договори на медичне обслуговування.

Експеримент по проведенню реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах триває. З цієї позиції, зауважимо, що насправді, як показує досвід європейських країн, ідеальних моделей не існує, оскільки кожна має свої переваги і недоліки. Як правило, в одній системі використовується кілька підходів, а це дозволяє компенсувати недоліки окремих моделей і поєднати їх переваги. На нашу думку, реформу системи охорони здоров'я в Україні бажано проводити в рамках загальноприйнятих у Європі принципів соціальної рівності, справедливості і солідарності при організації і наданні послуг з охорони здоров'я, оскільки саме такий підхід дозволив європейським країнам досягти високих показників стану здоров'я своїх громадян.

Сучасні реалії свідчать, що система охорони здоров'я в Україні нагально потребує послідовних та глибоких інституціональних і структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб у медичній допомозі. З огляду на типологію, еволюцію та з'ясування нової парадигми системи охорони здоров'я, можна констатувати, що провідними напрямками перетворень у цій системі доцільно визначити наступні: підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я, якості медичного обслуговування та доступності ліків; запровадження соціального медичного страхування, професійного менеджменту, а також всеохоплюючого моніторингу та аналізу стану здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Carey D. Health Care Reform in the United States / David Carey, Bradley Herring and Patrick Lenain. – Baltimore : OECD Publishing, 2009. – OECD Economics Department Working Papers. – № 665. – 45 p.
2. Diderichsen F. Market reforms in health care and susteinability of the welfare state: lessons from Sweden // Health Policy. – 1995. – Vol. 32. – P. 141-153.
3. Field M.G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // Social Science and Medicine, 1980. – V 14a, № 5. – H. 401.

Howard Oxley, Maitland MacFarlan, 'Health Care Reform, Controlling Spending and Increasing Efficiency'; OECD, Paris 1994.

4. Global Health Observatory Database : World Health Organisation. [Electronic resource]. – Mode of access http://www.apps.who.int/ghodata/.
5. Health Systems, Health and Wealth : WHO European Ministerial Conference on Health Systems, Tallinn [report]. – ВОО3, 2010. – 91 p.
6. Murray C. J. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C. J. Murray, A. D. Lopez. – Boston : MA, Harvard School of Public Health, 1996.
7. McLachlan G., Maynard A. The Public/Private Mix for Health. – L. : Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
8. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization. – Access mode : http : // www.who.int. – Title from screen.
9. Айстраханов Д. Д. Методичні підходи до розподілу фінансових коштів на потреби сфери охорони здоров'я / Д. Д. Айстраханов, Н. В. Медведовська, Г. В. Курчатов, О. Ф. Гаврилюк [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/Uzn/pdf
10. Андрущенко В. Л. Фінансова думка Заходу в XX столітті : (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів) / Володимир Андрущенко. – Львів: Каменяр, 2000. – 303 с.
11. Базилевич В. Д. Державні фінанси: Навч. посіб. / В. Д. Базилевич, Л. О. Баластрик. – К. : Атіка, 2002. – 368 с.
12. Бачурин А. В. Экономическое содержание бюджета при социализме / А. В. Бачурин. – М. : Госфиниздат, 1957. – 182 с.
13. Бескид Й. Теоретичні засади бюджетної децентралізації: нормативна та позитивна теорія бюджетного федералізму / Йосип Бескид // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 4 (13). – С. 116-121.
14. Білик М. Д. Бюджетування у сфері фінансового планування / М. Д. Білик // Фінанси України. – 2003. – № 3. – С. 97-109.
15. Білуха М. Т. Теорія фінансово-господарського контролю і аудиту : Підручник / М. Т. Білуха. – К. : Вища школа, 1994. – 364 с.
16. Бланкарт Шарль. Державні фінанси в умовах демократії : Вступ до фінансової науки / Шарль Бланкарт; пер. з нім. С. І. Терещенко, О. О. Терещенка ; за наук. ред. В. Федосова. – К. : Либідь, 2000. – 653 с.

17. Болюх М. А. Аналіз фінансово-господарської діяльності бюджетних установ / М. Болюх, А. Заросило. – К. : КНЕУ, 2008. – 344 с.
18. Брона И. И., Густидин А. С. и др. : Актуальные проблемы разработки автоматизированных систем управления амбулаторно-поликлинической помощью (обзор литературы). – Здравохранение. Росс. Федерации. – 1993. – № 4. – С.10-15.
19. Буздуган Я. Організаційно-правові засади функціонування фінансів галузі охорони здоров'я в Україні // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного ун-ту ім. В. Гнатюка. Серія : економіка. – 2004. – № 16. – С. 114-122.
20. Буковинський С. А. Концептуальні підходи до формування перспективного бюджетного плану / С. А. Буковинський // Фінанси України. – 2006. – № 3. – С. 21-28.
21. Булах І. Є., Лях Ю. Є., Марценюк В. П., Хаїмзон І. І. Медична інформатика. Підручник. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2008. – 308 с.
22. Булгакова С. О. Казначейська система виконання бюджету : Підручник. – К. : КНЕУ, 2000. – с. 148.
23. Буряк К. Ю. Економіка праці й соціально-економічні відносини. Навчальний посібник. – Київ. : Центр навч. літератури, 2004. – 440 с.
24. Бутаков Д. Д. Реформирование бюджетных систем: опыт Восточной Европы / Д. Д. Бутаков // Финансы. – 2000. – № 9. – С. 53-56.
25. Бушмин Е. Роль и место бюджетных процедур в системе государственных финансов / Е. Бушмин // Вопросы экономики. – 2003. – №5. – С. 42-63.
26. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України. – К. : НДФІ, 2004. – Т. 1 : Пріоритети бюджетної політики та економічне зростання в Україні / [М. Я. Азаров, Ф. О. Ярошенко та ін.]. – 2004. – 640 с.
27. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України. – К. : НДФІ, 2004. – Т. 2 : Соціальна спрямованість бюджетної політики / [М. Я. Азаров, Ф. О. Ярошенко, Е. М. Лібанова та ін.]. – 2004. – 376 с.
28. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України: У 6 т. / [редкол. : М. Я. Азаров, (голова) та ін.]. – К. : НДФІ, 2004. – Т. 3 : Розвиток системи податків як основи зміцнення державних фінансів / [М. Я. Азаров, Ф. О. Ярошенко, Т. І. Єфименко та ін.]. – 2004. – 308 с.
29. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України. – К. : НДФІ, 2004. – Т. 4 : Програмно-цільовий методу бюджетному процесі / [М. Я. Азаров, Ф. О. Ярошенко, О. І. Амоша (кер. авт. кол.) та ін.]. – 2004. – 368 с.
30. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України : У 6 т. / [редкол. : М. Я. Азаров, (голова) та ін.]. – К. : НДФІ, 2004. – Т. 5 : Реформування міжбюджетних відносин і зміцнення фінансової основи місцевого самоврядування / [М. Я. Азаров, Ф. О. Ярошенко, В. Г. Бодров та ін.]. – 2004. – 400с.
31. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України : У 6 т. / [редкол. : М. Я. Азаров, (голова) та ін.]. – К. : НДФІ, 2004. –

Т. 6 : Підвищення ефективності боргової політики держави / [М. Я. Азаров, Ф. О. Ярошенко, О. І. Барановський та ін.]. – 2004. – 348 с.
32. Бюджетна система України : Навч. посіб. / [С. І. Юрій, Й. М. Бескид, В. Г. Дем'янишин та ін.] ; за ред. С. І. Юрія. – К. : НІОС, 2000. – 400 с.
33. Бюджетна система України: навчальний посібник / [С. О. Булгакова, Л. І. Василенко, Л. В. Єрмошенко, Ц. Г. Огонь, О. О. Чечуліна] ; за заг. ред. С. О. Булгакової. – К. : КНТЕУ, 2003. – 228 с.
34. Бюджетний кодекс України (із змінами та доповненнями від 18.01.2011 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http:// zakon.rada.gov.ua.
35. Бюджетний кодекс України: закон, засади, коментар / [О. В. Турчинов, Ц. Г. Огонь, Г. С. Фролова та ін.]. – К. : Парламентське в-во, 2002. – 320 с.
36. Бюджетний менеджмент : Навч. посіб. / [Л. В. Панкевич, М. А. Зварич, П. Я. Могиляк, Б. І. Хомічак]. – К. : – Знання, 2006. – 293 с.
37. Бюджетний менеджмент : Підруч. / [В. Федосов, В. Опарін, Л. Сафонова та ін.] ; за заг. ред. В. Федосова. – К. : КНЕУ, 2004. – 864 с.
38. Бюджетний моніторинг : Аналіз виконання бюджету [Текст] / [І. Ф. Щербина, А. Ю. Рудик, Т. С. Бабич, В. В. Зубенко]. – К. : Департамент з впровадження програмно-цільового методу бюджету вання на центральному рівні РМБУ, 2006. – 148 с. – (Проект "Реформи місцевих бюджетів в Україні", RTI International).
39. Бюджетний процес в Україні : зб. норм.-ін. матер. / [Упорядники : С. І. Мельник, З. М. Луценко, І. Ф. Щербина, А. В. Данілова]. – К. : Міленіум, 2002. – С. 108-117.
40. Василик О. Д. Бюджетна система України : підручник / О. Д. Василик, К. В. Павлюк. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 544 с.
41. Василик О. Д. Державні фінанси України : Підруч. / О. Д. Василик, К. В. Павлюк. – К. : Центр навчальної літератури, 2003. – 608 с.
42. Василик О. Д. Теорія фінансів : Підр. / О. Д. Василик. – К. : НІОС, 2000. – 416 с.
43. Видатки на охорону здоров'я у Вінницькій області [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://vinnica.unian.net/ukr/detail/2043
44. Видатки на охорону здоров'я у Тернопільській області [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://uiph.kiev.ua/uploads/regiony_reform_galuzi/ternopilska.pdf
45. Видатки на охорону здоров'я у Хмельницькій області [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.kmuoz.net/index.php?m=4&sm=1&s2m
46. Виконання місцевих бюджетів на основі положень Бюджетного кодексу України : Навч. посіб. / [С. І. Мельник, С. Б. Ільїних, І. Ф. Щербина, Н. І. Сушко, А. Н. Анісімова, З. М. Луценко, Дж. Гес, Дж. Хансен, У. Тріск, С. Лідс, В. М. Терес, О. І. Лісниченко]. – К. : Міленіум, 2002. – 280 с.
47. Виноградов Н. А. Организация здравоохранения в СССР. – М : Медгиз. – 1962. – 656 с.
48. Виноградов О. В. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я / О. В. Виноградов // Статистика України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http:// www.medstat.com.ua

49. ВООЗ: діяльність та структура [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://novynar.com.ua/files/organizations
50. Воробьев Е. И., Китов В. И. Введение в медицинскою кибернетику. – М. : Медицина, 1977.
51. Всеукраїнський інформаційний часопис “Аптека Галицька” [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.aptekagal.com.ua/ag/ archive/ 01-02-06.htm
52. Гелбрейт Джон Кеннет. Суспільство блага / Гелбрейт Джон Кеннет. – К.: Скарби, 2003. – 158 с.
53. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров’я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : Монографія. – Тернопіль, “Економічна думка”, 2005. – 460 с.
54. Гончарук А. Г. Вплив бюджетної політики на розвиток національної економіки / А. Г. Гончарук // Фінанси України. – 2006. – № 12. – С. 33-39.
55. Государственные финансы: учеб. пособие для студентов экон. вузов и факультетов / [В. М. Федосов, Л. Д. Буряк, Д. Д. Бутаков и др.] ; под. ред. В. М. Федосова, С. Я. Огородника. – К. : Лыбидь, 1991. – 276 с.
56. Грішнова О. А. Економіка праці й соціально-економічні відносини. Підручник. – К. : Знання, 2004. – С. 375-396.
57. Гушта О. В. Фінансове забезпечення охорони здоров’я в Україні / О. В. Гушта // Фінанси України. – 2009. – № 3. – С. 87-93.
58. Даневич О. Оптимізація процесу управління бюджетними коштами / О. Даневич // Казна. – 2001. – №1. – С. 10-12.
59. Данюк Н. Тенденції розвитку медичної генетики в Україні / Н. Данюк // Ваше здоров’я. – 2010. – №46 (873).
60. Дейкун М. П. Принципи, рівні та джерела фінансування систем медичної допомоги в нових соціально-економічних умовах / М. П. Дейкун // Лікарська справа . – 1999. – № 7-8. – С. 170-174.
61. Дем’янишин В. Бюджетне нормування: прагматика і проблематика / Василь Дем’янишин // Світ фінансів. – 2005. – Вип. 2 (3). – С. 41-49.
62. Дем’янишин В. Бюджетне планування та його особливості в умовах демократичних перетворень / В. Дем’янишин // Світ фінансів. – 2004. – Вип. 1. – С. 62-71.
63. Дем’янишин В. Бюджетне фінансування та його особливості в сучасних умовах / В. Дем’янишин // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 2(11). – С. 34-48.
64. Дем’янишин В. Г. Бюджетний механізм держави: сутність та роль у регулюванні соціально-економічних процесів / В. Г. Дем’янишин // Формування ринкових відносин в Україні: Зб. наук. праць. – К., 2007. – Вип. 11 (78). – С. 3-11.
65. Дем’янишин В. Г. Теоретична концептуалізація і практична реалізація бюджетної доктрини України : Монографія / В. Г. Дем’янишин. – Тернопіль: ТНЕУ, 2008. – 496 с.
66. Дем’янишин В. Концептуальні засади видатків бюджетів та їхнього розподілу між ланками бюджетної системи / Василь Дем’янишин // Вісник Тернопільського національного економічного університету. – 2007. – № 3. – С. 62-78.

67. Дем’янишин В. Модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та альтернативи / В. Дем’янишин, Т. Сіташ // Фінанси України. – 2011. – №6. – С. 45-53.
68. Дем’янишин В. Проблематика та модернізація фінансування закладів охорони здоров’я / В. Дем’янишин, Т. Сіташ // Формування ринкової економіки в Україні : Збірник наукових праць. – Вип. 23. Ч. 1. – С. 175-181.
69. Дем’янишин В. Проблематика та стратегічні засади фінансування охорони здоров’я в Україні / В. Дем’янишин, Т. Сіташ // Фінансова система України. Збірник наукових праць. – Острог : Видавництво Національного університету “Острозька академія”, 2010. – Випуск 15. – С. 2-13.
70. Дем’янишин В. Теоретичні засади бюджетного механізму держави / В. Дем’янишин // Вісник Київського націон. торг.-екон. ун-ту. – 2008. – № 1. – С. 56-67.
71. Дем’янишин В. Теоретичні засади бюджетної політики / Василь Дем’янишин // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 1(10). – С. 19-34.
72. Дем’янишин В. Типологія, еволюція та нова парадигма фінансування системи охорони здоров’я / В. Дем’янишин, Т. Сіташ // Наукові праці “НДФІ”. – 2012. – №1(58). – С. 10-20.
73. Державна фінансова політика та прогнозування доходів бюджету / [М. Я. Азаров, Ф. О. Ярошенко, Т. І. Єфименко та ін.]. – К. : НДФІ, 2004. – 712 с.
74. Державне регулювання економіки: Підручн. / [І. Михасюк, А. Мельник, М. Крупка, З. Залога]. – К. : Атіка, 2000. – 592 с.
75. Державний фінансовий контроль: ревізія та аудит / [П. К. Германчук, І. Б. Стефанюк, Н. І. Рубан, В. Т. Александров та ін.]. – К. : НВП “АВТ”, 2004. – 424 с.
76. Державні фінанси в транзитивній економіці : Навч. посіб. / [М. І. Карлін, Л. М. Горбач та ін.] ; за заг. ред. проф. М. І. Карліна. – К. : Кондор, 2003. – 220 с.
77. Джога Р. Т. Бухгалтерський облік у бюджетних установах : Навчальний посібник. – К. : КНЕУ, 2001. – 133 с.
78. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров’я. Уроки для України / За заг. ред. В. Г. Черненка. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.
79. Дубинин С. А Некоторые положения экономической теории развития здравохранения / С. А. Дубинин, А. Н. Гуров // Экономика здравоохранения. – 2006. – №5-6. – С. 29-32.
80. Економіко-статистичний аналіз, як інструмент для прийняття рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів та покращення якості медичної допомоги [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/13/88/412/ Additional_materials_ ukr.pdf
81. Економічна енциклопедія : у 3 т. / [відп. ред. С. В. Мочерний та ін.]. – К. : Видавничий центр “Академія”. – Т. 1. – 2000. – 864 с.
82. Економічний енциклопедичний словник: у 2-х тт. / [Мочерний С. В., Ларіна Я. С., Устенко О. А., Юрій С. І.]. – Львів : Світ. – Т. 2. – 2006. – 568 с.
83. Економічні проблеми XXI століття: міжнародний та Український виміри / [С. І. Юрій, Є. В. Савельєв, В. В. Адамик, О. І. Амоша та ін.] ; за ред. С. І. Юрія, Є. В. Савельєва. – К. : Знання, 2007. – 595 с.

84. Загородній А. Г. Фінансовий словник / А. Г. Загородній, Г. Л. Вознюк, Т. С. Смовженко. – К. : Т-во “Знання”, КОО ; Львів : Вид-во Львів, 2002. – 566 с.
85. Загородній В.В. Прикладні та теоретичні аспекти державного управління реформуванням у системі охорони здоров’я / В.В. Загородній, О.С. Коваленко // Охорона здоров’я України. – 2010. – №1. – С. 13-16.
86. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.1992 №2802-XI (з подальшими змінами та доповненнями) // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.rada.gov.ua
87. Законопроект “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я” [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ ua/portal/ Pro_20110413_0.html
88. Законопроект “Про особливості діяльності закладів охорони здоров’я” [Електронний ресурс]. − Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ ua/portal/Pro_ 20110404_0.html.
89. Закон України “Про порядок проведення. реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві” від 07.07.2011 №3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3612-17
90. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ на 2010-2014 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_
91. Запатріна І. В. Програмно-цільовий метод бюджетування у контексті стратегічного та середньострокового планування / І. В. Запатріна, Т. В. Лебеда // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С. 18-31.
92. Засади формування бюджетної політики держави : Наук. монографія / [М. М. Єрмошенко, С. А. Єрохін, І. О. Плужніков, А. М. Соколовська, Ю. В. Чередниченко]. – К. : НАУ, 2003. – 284 с.
93. Затонацька Т. Г. Бюджетні видатки на розвиток людського капіталу / Т. Затонацька // Фінанси України. – 2010. – № 10. – с. 53.
94. Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров’я. – К., 2005. – №3 (50). – 115 с.
95. Зварич М. Організація бухгалтерського обліку в системі управління бюджетною установою / М. Зварич // Баланс-Бюджет. – 2009. – № 14. – с. 28.
96. Звіт про науково-дослідну роботу: Наукове обґрунтування напрямків удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я / М. Шевченко, Л. Карамзіна, В. Князевич та ін. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=activity&s=4
97. Звіт Рахункової палати України [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16732239.
98. Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР. Под ред. д.м.н. А.Е. Романенко. – К., 1987. – 479 с.
99. Здравоохранение: экономический маркетинг, менеджмент. Учебное пособие / [Под ред. д.э.н., акад. НАН Украины А. А. Чухно]. – Симферополь, “Таврида”, 2001. - 340 с.

100. Зеленевич В. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я / В. Зеленевич [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/
101. Зіменковський А. Проблеми визначення економічної та медичної ефективності стаціонарної допомоги та використання ліжкового фонду в сучасних умовах (огляд наукової літератури) / А. Зіменковський // Український медичний часопис [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.umj.com.ua/article/162/problemi-viznachennya-ekonomichnoi-ta-medichnoi-efektivnosti
102. Зоріна К. Кошторисно-бюджетне планування витрат / К. Зоріна // Баланс-бюджет. – 2010. – №2. – с. 3.
103. Інститут бюджету та соціально-економічних досліджень [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.ibser.org.ua/UserFiles/File/Month%20bank-budget /2012
104. Інформація про соціально-економічну інформацію в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://medprof.org.ua/ socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnuinformaciju
105. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://dspace.nbuv.gov.ua/dspace/bitstream/handle/123456789/16
106. Казначейська система виконання бюджету : Підруч. / [С. О. Булгакова, Л. В. Єрмошенко, Н. І. Сушко, О. О. Чечуліна, Т. А. Шаповал, Н. П. Шульга]. – К. : Київ. Держ. торг.-екон. ун-т, 2000. – 250 с.
107. Казнова М. І. Модель фінансового забезпечення соціальної сфери / М. І. Казнова // Фінанси України. – 2009. – № 6. – С. 83-90.
108. Карамишев Д. В. Державні механізми формування бюджетних відносин в галузі охорони здоров'я в Україні / Д. В. Карамишев // Статистика України. – 2008. – №2.
109. Карамишев Д. В. Лізинг як засіб державного регулювання економічних відносин у системі охорони здоров'я / Д. Карамишев, А. Дігтяр // Економіка та держава. – 2006. – №6. – С. 52-54.
110. Карлін М. І., Горбач Л. М. Державні фінанси в транзитивній економіці. Навчальний посібник / Карлін М. І., Горбач Л. М. та ін. за заг. ред. д.е.н., проф. Карліна М. І. – К. : Кондор, 2003. – С. 63-73.
111. Карпишин Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг : Дис. … к.е.н.: 08.04.01. / ТНЕУ – Тернопіль, 2006. – 168 с.
112. Кириленко О. П. Місцеві фінанси : Навч. посіб. / О. П. Кириленко. – Тернопіль : Астон, 2004. – 140 с.
113. Кириленко О. П. Теорія і практика бюджетних інвестицій / О. П. Кириленко, Б. С. Малиняк. – Тернопіль : Економічна думка, 2007. – С. 140.
114. Кириленко О. П. Фінанси (Теорія та вітчизняна практика) : Навч. посіб. / О. П. Кириленко. – Тернопіль : Астон, 2002. – 212 с.
115. Кичко І. І. Макроекономічний механізм фінансування охорони здоров'я / І. І. Кичко // Фінанси України. – 2010. – № 4. – С. 71–76.
116. Кір'ян Т. Проблемні питання реформування оплати праці в Україні / Т. Кір'ян // Україна: аспекти праці. – 2009. – № 2. – С. 32-37.

117. Клементьев А. А. Разработка количественных моделий для решения задач управления в здравохранении. – М. : Наука, 1985.
118. Клець Л. Є. Бюджетний менеджмент: Навч. посіб. / Л. Є. Клець. – К. : Центр навч. літ-ри, 2007. – 640 с.
119. Ковальчук С. В. Фінанси : Навч. посіб. / С. В. Ковальчук, І. В. Форкун. – Львів : "Новий Світ-2000", 2006. – 568 с.
120. Ковалюк О. М. Фінансовий механізм організації економіки України (проблеми теорії і практики) : Монографія / О. М. Ковалюк. – Львів. нац. ун-т ім. Івана Франка, 2002. – 396 с.
121. Ковжарова Е. Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров'я: Практичні висновки для України / Е. Ковжарова // Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні. – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – С. 65-77.
122. Ковтарова Є. Особливості застосування найбільш поширених моделей фінансування системи охорони здоров'я / Є. Ковтарова // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 5-8. – с. 31.
123. Козеркевич А. Охорона здоров'я як частина системи громадського захисту в Європейських країнах / А. Козеркевич // Фінанси України. – 2009. – №9. – С. 41-43.
124. Кондратюк С. Я. Шляхи реформування фінансового забезпечення медичних закладів України / С. Я. Кондратюк // Фінанси України. – 1999. – № 7. – С. 55-65.
125. Конституція України : редакція від 4 лютого 2011 р. // Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К. : Парлам. вид-во, 2011. – 207 с. – (Бібліотека офіційних видань).
126. Контрольні та контрольно-аналітичні заходи в охороні здоров'я [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ div_supervision/
127. Концептуалізація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http: // www.vlc.net.ua/PUBLIK/no. htm
128. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // www.moz.gov.ua/docs/docs_u.php?d=0&n=12
129. Куценко В. Економічні аспекти розвитку охорони здоров'я / В. Куценко, Л. Челепевська // Економіка України. – 2008. – № 7 (488). – С. 90-92.
130. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти / В. І. Куценко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www. vlc.net.ua/ PUBLIK/Mono59.htm
131. Лехан В. М. Стан фінансування охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан // Главный врач. – 2009. – №4. – С. 34-49.
132. Ливак П. Е. Правовые, финансово-экономические и социальные проблемы здравоохранения Украины и возможные пути их решения / П. Е. Ливак // Новости медицины и фармации. – 2010. – №3.
133. Лисак В. П. Аналіз ефективності бюджетного фінансування установ охорони здоров'я та статус закладів охорони здоров'я в нових умовах фінансування / В. П. Лисак // Главный врач. – 2009. – №4. – С. 40-42.

134. Лукинов І. Економічні трансформації (наприкінці ХХ сторіччя) / І. Лукинов. – К. : НАН України. Інститут економіки, 1997. – 456 с.
135. Людський потенціал: механізми збереження та розвитку : Монографія / Новікова О. Ф., Амоша О. І., Антонюк В. П. та ін. – Донецьк : НАН України, Інститут економіки промисловості, 2008. – 468 с.
136. Малагардіс А. Стратегічне планування для ефективного розміщення ресурсів та управління медичними послугами в Україні / А. Малагардіс // Сімейний Лікар Плюс. – 2009. – №9. – с. 10.
137. Малік Є. О. Моделі організації систем фінансування охорони здоров'я, прийнятність їх для України / Є. О. Малік, Д. А. Малік // Ринок цінних паперів. – 2010. – № 5-6. – С.25-30.
138. Марковська Н. С. Аналіз моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні / Н. С. Маяковська // Главный врач. – 2010. – №4. – С. 38-40.
139. Мартусенко І. В. Система охорони здоров'я України: проблематика та реформування / І. В. Мартусенко, Т. Д. Сіташ // Науковий журнал. Економіка. Фінанси. Право. – Київ. – 2012. – №12/2. – С. 3-5.
140. Марценюк В. П., Кравець Н. О. Медична інформатика. Методи системного аналізу. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 177 с.
141. Марценюк В. П., Семенець А. В. Медична інформатика. Інструментальні та експертні системи. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. – 222 с.
142. Матеріали Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www .moz.gov.ua.
143. Матеріали Центру медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html
144. Мачуга Н. О. Проблеми становлення медичного страхування в Україні / Н. О. Мачуга // Банківська справа. – 2008. – №5.
145. Медична інформатика [Текст] : підручник / І. Є. Булах, Ю. Є. Лях, В. П. Марценюк, І. І. Хаїмзон. – Т. : Укрмедкнига, 2008. – 308 с.
146. Мельник О. Г. Методи бюджетного планування / О. Г. Мельник // Фінанси України. – 2008. – № 12. – С. 37-46.
147. Методика экономико-статистического анализа деятельности лечебно-профилактических учреждений, расчета себестоимости медицинских услуг "cost accounting" [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.eu-shc.com.ua/ catalogs/ 4/13/88/412/additional_materials_ukr.pdf
148. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я / МОЗ України, ДУ "Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України"; уклад. : Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко [та ін.]. – К., 2010. – 29 с.
149. Мировая статистика здравоохранения. – Женева : Всемирная Организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/ entitywhosis/whostat/RU_WHS12_Full.pdf.
150. Мних М. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / М. Мних // Держава і економіка. – 2008. – №11. – С. 39-41.
151. Мортіков В. В. Реформування охорони здоров'я: фінансовий аспект / В. В. Мортіков // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С. 79-86.

152. Москаленко В. Ф. Концепція розвитку охорони здоров'я – реформування галузі / В. Ф. Москаленко // Лікарська справа. – 2007. – №1. – С. 3-9.
153. Надюк З. О. Роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України / З. О. Надюк // Державне управління. – 2010. – №4. – С. 100-103.
154. Надюк О. Державне регулювання ціноутворення на ринку медичних послуг в Україні / О. Надюк // Економіка та держава. – 2008. – № 5. – с. 64.
155. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. № 33 "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.uazakon.com/big/text18/
156. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2001 р. № 440 "Про затвердження Рекомендацій щодо раціонального використання бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www. mozdocs.kiev.ua/view.php?id
157. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, МОЗ України від 06.04.2001 р. № 161/137 "Про впорядкування та затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення". [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www. zakon. nau.ua/doc/?code
158. Національний інститут стратегічних досліджень [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.niss.gov.ua/public/File/2011_table/1222_dop.pdf
159. Національні ресурси на охорону здоров'я [Електронний ресурс] / Всесвітня організація охорони здоров'я. - Режим доступу : http://www.who.int/nha/ country.
160. Ница А. Можливості реформування галузі охорони здоров'я / А. Ница, М. Поліщук [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.apteka.ua/ article/27360
161. Ніколаєнко С. Єдина тарифна сітка розрядів і коефіцієнтів з оплати праці / С. Ніколаєнко // Баланс-Бюджет. – 2005. – № 20. – с. 8.
162. Огонь Ц. Г. Доходи бюджету України: теорія і практика : Монографія / Ц. Г. Огонь. – К. : Київ. нац. торг.-економ. ун-т, 2003. – 580 с.
163. Озеров Й. Х. Основи финансовой науки / Й. Х. Озеров. – М. : Типография т-ва Й. Д. Сытина, 1914. – 364 с.
164. Опарін В. М. Фінанси (Загальна теорія) : Навч. посіб. / В. М. Опарін. – 4-те вид., доп. і перероб. – К. : КНЕУ, 2007. – 240 с.
165. Опарін В. Фінансова система України (теоретико-методологічні аспекти) : Монографія / В. Опарін. – К. : КНЕУ, 2005. – 240 с.
166. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Закони України. – Т. 4. – К. : Ін-т законодавства Верховної Ради України, 1996. – С. 219-244.
167. Основні проблеми фінансування системи охорони здоров'я в дослідженнях українських науковців [Текст] / Я. Ф. Радиш, Л. А. Ляховченко // Економіка та держава. – 2011. – №1. – С. 90-95.
168. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К., Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
169. Охорона здоров'я. Інститут економічних досліджень і політичних консультацій [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ier.com.ua/ua/ areas_of_research/population_welfare

170. Охорона здоров'я: невикористаний потенціал // Міжнародний центр перспективних досліджень. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.consumerinfo.org.ua/ngo/detail.php?ID=1900
171. Павлюк К. Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу / К. Павлюк // Формування ринкових відносин в Україні. – 2006. – № 9. – С. 143-148.
172. Паламарчук В. І. Стан фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. Шляхи реформування / В. І. Паламарчук // Хірургія України. – 2012. – №1. – С. 107-110.
173. Пасічник Ю. В. Бюджетна система України та зарубіжних країн : Навч. посіб. / Ю. В. Пасічник. – К. : Знання-Прес, 2002. – 495 с.
174. Пашков В. М. Господарсько-правові аспекти забезпечення охорони здоров'я як соціальної домінанти національної безпеки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.apteka.ua/archives/591/25280.html
175. Пиріг Л. Тернистий шлях реформування системи охорони здоров'я в Україні / Л. Пиріг // Ваше Здоров'я. – 2009. – №44, №45, №46, №48.
176. Піхоцький В. Ф. Удосконалення і розвиток державного фінансового контролю та аудиту за надходженням коштів Державного бюджету України та їх використанням / В. Ф. Піхоцький // Фінанси України. – 2010. – № 3. – С. 75-82.
177. Підгаєць С. В. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я / С. В. Підгаєць, Т. Д. Сіташ // Науковий журнал. Економіка розвитку. – Харків : Вид-во ХНЕУ, 2012. – №3 63). – С. 32-37.
178. Пліш Б. Децентралізація державного управління охороною здоров'я – шлях реформування галузі : досвід європейських країн / Б. Пліш // Вісн. Укр. акад. держ. при Президентові України. – 2008. – №2. – С. 217-224.
179. Поліщук М. Економічні важелі реформування галузі охорони здоров'я / М. Поліщук, А. Ниця // Щотижневик "Аптека". – 2007. – №49. – с. 23.
180. Попкова В. Д. Проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні / В. Попкова, М. Шипуліна, Г. Ковальчук // Економічний простір. – 2009. – №24. – С. 83-89.
181. Порядок складання, розгляду, затвердження та основні вимоги до виконання кошторисів бюджетних установ, затверджені постановою КМУ від 28.02.02р. №228. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http:// www. parlament. org.ua/index.php
182. Послання Президента України до Верховної Ради України від 30.04.2002 р. "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002-2011 роки" // Інноваційне законодавство України : Повне зібр. нормат.-прав. актів. – К., 2003. – Т. 1. – С. 70-76.
183. Постанова Кабінету Міністрів від 10.01.02р. №14 Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки". [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.uazakon.com/big/
184. Постанова КМУ від 30.08.2002 р. №1298 "Про оплату праці працівників на основі єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери" (зі змінами

від 22 серпня 2005 року №790). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article
185. Приходько О. Фінансування охорони здоров'я / О. Приходько [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://dt.ua/health/finansovi_nedugi ohoroni_zdorovya-41046.html
186. Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.rada.gov.ua
187. Програма економічних реформ на 2010−2014 роки. Реформа медичного обслуговування [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www. moz.gov. ua/ua/portal/ms_reform/
188. Програмно-цільовий метод формування бюджету: Навч. посіб. / [З. В. Перун, О. З. Романюк, П. П. Литвинцева]. − К. : Унісерв, 2002. − 132 с.
189. Путин М. Е. Планирование и повышение эффективности деятельности бюджетных медицинских учреждений / М. Е. Путин // Экономика здравоохранения. – 2010. − №3. – С. 14-18.
190. Райзберг Б. А. Системный подход в перспективном планировании / Б. А. Райзберг, Е. П. Голубкова, Л. С. Пекарский. – М. : Экономика, 1975. – 271 с.
191. Реформування медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.eu-shc.com.ua
192. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.niss.gov.ua/public/File/2011_table/1222_ dop.pdf
193. Річна фінансова звітність про виконання Державного, місцевих, зведеного бюджетів України за 2005-2012 рр. [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://static.rada.gov.ua/budget /Zvitnist/
194. Романенко О. Р. Фінанси: Підруч. / О. Р. Романенко. − К. : Центр навчальної літератури, 2006. − 312 с.
195. Розвиток фінансової системи України в умовах ринкових відносин: Монографія / С. І. Юрій, В. Г. Дем'янишин та ін. – Тернопіль : Крок, 2011. − 556 с. (Авт. Т. Д. Сіташ, підрозділ 1.5.2 "Проблеми та перспективи управління бюджетними коштами в охороні здоров'я". − С. 114-138).
196. Розвиток бюджетного процесу в умовах демократичних перетворень : Монографія / С. І. Юрій, В. Г. Дем'янишин та ін. – К. : Кондор, 2012. − 376 с. (Авт. Т. Д. Сіташ, підрозділ 4.11. "Бюджетне фінансування як форма фінансового забезпечення охорони здоров'я: концептуалізація, проблеми та напрями удосконалення". − С. 262-275).
197. Рубан Н. І. Аудит ефективності бюджетних коштів / Н. І. Рубан // Фінанси України. − 2010. − № 1. − С. 138-143.
198. Рудень В. В. Фінансування медичного забезпечення в Україні: проблеми та шляхи розв'язання / В. В. Рудень // Фінанси України. – 2009. − № 8. − С. 25-35.
199. Рудень В. В. Стан здоров'я новітньої України в умовах бюджетного фінансування діючої системи охорони здоров'я / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук,

В. Г. Рибчук // Практична медицина: науково-практичний журнал. − Львів : ПП “ПМ”, 2006. – Том XII №5. – С. 125-141.
200. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформ системи охорони здоров’я в Україні. – К. : Сфера, 2012.
201. Самошкіна О. Перспективне планування у сфері видатків бюджету як складова системи бюджетного регулювання / О. Самошкіна // Вісник КНЕУ. – 2008. − № 5. − С. 23-31.
202. Системы здравоохранения: улучшение деятельности : Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. / ВООЗ. − Женева, 2000. − 232 с.
203. Сіденко В. Р. Потенціал економічного розвитку України в контексті європейської інтеграції / В. Р. Сіденко // Фінанси України. − 2011. − №9. − С. 143-150.
204. Сіташ Т. Д. Оплата праці в умовах ринкової економіки / Т. Д. Сіташ // Зб. наукових праць. Тематичний випуск : Технічний прогрес і ефективність виробництва. – Харків : НТУ “ХПІ”. – 2008. − № 54 (3), − С. 63-66.
205. Сіташ Т. Д. Фінансові аспекти реформування галузі охорони здоров’я / Т. Д. Сіташ // Зб. наук. праць. Вип. 8 : Економічні науки. – Чернівці, 2007. − С. 320-327.
206. Сіташ Т. Д. Актуальні проблеми та прагматика фінансування охорони здоров’я в Україні / Т. Д. Сіташ // Економіка: проблеми теорії та практики: Збірник наук. праць. Вип. 260 : В 6 т. – Т.ІІІ. – Дніпропетровськ : ДНУ, 2010. – С. 830-835.
207. Сіташ Т. Д. Актуальність окремих аспектів оплати праці працівників бюджетних установ / Т. Д. Сіташ // Збірник матеріалів ІІ Всеукраїнської наук-практ. конференції вчених, викладачів та практичних працівників “Розвиток фінансової системи України в умовах ринкових трансформацій”, – Вінниця. − 2006. − С. 87-91.
208. Сіташ Т. Д. Алгоритм планування в системі охорони здоров’я / Т. Д. Сіташ // Збірник всеукраїнської науково-практичної конференції “Перспективи розвитку фінансової системи України” 29-30 березня 2012 року, ТНЕУ. – С. 81-83.
209. Сіташ Т. Д. Удосконалення фінансового планування в закладах охорони здоров’я / Т. Д. Сіташ // Світ фінансів. – 2012. − №.1. – С. 33-38.
210. Сіташ Т. Д. Державно-приватне партнерство в охороні здоров’я: прагматика та пріоритети / Т. Д. Сіташ, С. В. Підгаєць // Всеукраїнський науково-виробничий журнал. Інноваційна економіка. − Тернопіль. − Випуск 2’ 2012(28). – С. 316-319.
211. Сіташ Т. Д. Деякі шляхи удосконалення планування і фінансування видатків на оплату праці в установах охорони здоров’я / Т. Д. Сіташ // Збірник матеріалів ІІ міжвузівської науково-практичної конференції студентів, магістрантів, аспірантів “Актуальні проблеми фінансово-кредитної системи України та шляхи їх вирішення”, ВІЕ ТДЕУ, Вінниця 2006. − С. 60-66.
212. Сіташ Т. Д. Концептуальні підходи до організації праці та форм її оплати в установах охорони здоров’я / Т. Д. Сіташ // Економіка: проблеми теорії та практики : Збірник наукових праць. – Випуск 253 : В 7 т. – Т. І. Дніпропетровськ: ДНУ, 2009. – С. 172-180.

213. Сіташ Т. Д. Концептуальні підходи до фінансування охорони здоров'я в Україні / Т. Д. Сіташ // Інтеграційний вибір України: історія, сучасність, перспективи: Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Вінниця, 10 квітня 2012 р., Том І. – Тернопіль : Крок, 2012. – С. 149-153.
214. Сіташ Т. Д. Лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи реформування / Т. Д. Сіташ // Теорія та практика трансформаційних перетворень в економіці, політиці та культурі за умов розвитку глобалізаційних процесів : Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції. − Вінниця : ВІЕ ТНЕУ, 2011. − С. 61-63.
215. Сіташ Т. Д. Напрями реформування оплати праці в бюджетних установах / Т. Д. Сіташ // Науково-дослідний економічний інститут. – Формування ринкових відносин в Україні : Збірник наукових праць. Вип. 2 (93). − К., 2009. − С. 156-159.
216. Сіташ Т. Д. Оплата праці в галузі охорони здоров'я в умовах ринкових трансформацій / Т. Д. Сіташ // Збірник матеріалів ІІІ міжвузівської науково-практичної конференції студентів, магістрантів, аспірантів "Фінансова система України в сучасних умовах та напрями її удосконалення", 11 квітня 2007р., ВІЕ ТНЕУ, − С. 186-190.
217. Сіташ Т. Д. Оплата праці в установах охорони здоров'я: прагматика і проблематика / Т. Д. Сіташ // Економіка: проблеми теорії та практики : Збірник наук. праць. – Вип. 240 : В 5 т. – Т. ІІІ. – Дніпропетровськ : ДНУ, 2008. – С. 755-761.
218. Сіташ Т. Д. Оплата праці в установах охорони здоров'я: проблеми та перспективи / Т. Д. Сіташ // Научный журнал Таврического национального университета им. В. И. Вернадского "Культура народов Причерноморья". – Вип. 103 : Экономика. – Симферополь. – 2007. – С. 108-110.
219. Сіташ Т. Д. Оплата праці: реалії та реформи / Т. Д. Сіташ // Теорія та практика ринкових перетворень: економічний та соціальний контекст : Збірник матеріалів всеукраїнської науково-практичної конференції 20-22 березня 2008 р. Том ІІІ. – Вінниця : ВІЕ ТНЕУ, 2008. − С. 175-179.
220. Сіташ Т. Д. Оптимізація діяльності галузі охорони здоров'я / Т. Д. Сіташ // VIII Міжнародна науково-практична конференція "Наука і освіта" 27 грудня – 5 січня 2012. − Чехія. – С. 5-7.
221. Сіташ Т. Д. Охорона здоров'я в Україні: сучасні аспекти фінансування / Т. Д. Сіташ // Особливості реформування економіки України в умовах глобальної економічної кризи : Збірник матеріалів Всеукр. науково-практичного семінару 23 квітня 2009. – ВІЕ ТНЕУ, 2009. – С. 59-61.
222. Сіташ Т. Д. Перспективи реформування охорони здоров'я в Україні / Т. Д. Сіташ // Прометей. Регіональний збірник наукових праць з економіки. − Донецький економіко-гуманітарний інститут. – 2012. − №1 (37). – С. 218-220.
223. Сіташ Т. Д. Планування видатків на утримання охорони здоров'я: проблеми та перспективи / Т. Д. Сіташ // Міжнародна науково-практична конференція "Науковий простір Європи" 07.04. – 15.04.2011. Польща, − С. 10-12.

224. Сіташ Т. Д. Практика та напрями оптимізації планування і фінансування видатків на утримання лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я / Т. Д. Сіташ // Сталий розвиток економіки. Всеукраїнський науково-виробн. журнал. – Хмельницький. – Випуск 3'2011(6). – С. 35-37.
225. Сіташ Т. Д. Проблеми оптимального фінансування охорони здоров'я в Україні / Т. Д. Сіташ // Місце та роль України в глобалізованому світі: економічні, політичні, культурні аспекти : Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, Вінниця : ВІЕ ТНЕУ, 2009. − С. 273-75.
226. Сіташ Т. Д. Проблеми та перспективи планування та фінансування видатків на оплату праці у бюджетних установах / Т. Д. Сіташ // Збірн. наук. праць Черкаського держ. техн. ун-ту. Серія : Економічні науки : Випуск 23 : У 3-х част. / Черкас. держ. технол. ун-т. – Черкаси : ЧДТУ, 2009. – Ч. ІІ. – 269. − С. 230-232.
227. Сіташ Т. Д. Проблеми наповнення місцевих бюжетів / Т. Д. Сіташ // Фінансові ресурси регіону : організація та управління : Матеріали Міжнародної наук. -практ. конференції. – Івано-Франківськ : ПП Курилюк, 2007. – С. 54-56.
228. Сіташ Т. Д. Проблематика планування видатків на утримання закладів охорони здоров'я / Т. Д. Сіташ // Міжнародна науково-практична конференція "Освіта і наука XXI" 17.10. – 25.10.2012. Болгарія. − С. 96-98.
229. Сіташ Т. Д. Реалії та шляхи оптимізації фінансування охорони здоров'я / Т. Д. Сіташ // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону : науковий збірник / за ред. І. Г. Ткачук. − Івано-Франківськ : Прикарпатський національний ун-т ім. В. Стефаника, 2009. – Вип. V. − Т. 2. – С. 347-352.
230. Сіташ Т. Д. Розвиток охорони здоров'я в Україні: стан та стратегічні важелі / Т. Д. Сіташ // Науково-дослідний економічний інститут. – Формування ринкових відносин в Україні : Збірник наукових праць. − К., 2012. − №4 (131) − С. 181-185.
231. Сіташ Т. Д. Соціально-економічні аспекти оплати праці / Т. Д. Сіташ // Науково-практична конференція молодих вчених. Уманський державний аграрний університет / Тези наукової конференції. – Умань, 2007. − С. 158-159.
232. Сіташ Т. Д. Світовий та вітчизняний досвід фінансування охорони здоров'я / Т. Д. Сіташ // Збірник ІІ Міжнародної науково-практичної конференції "WORLD ECONOMY, FINANCES AND INVESTMENTS" 25-27 лютого 2013. − Донецьк. – С. 46-49.
233. Сіташ Т. Д. Стан та деякі напрями удосконалення оплати праці в установах охорони здоров'я / Т. Д. Сіташ // Збірник наукових праць. Вип. 2(11) : Економічні науки. – Чернівці, 2008. – С. 491-496.
234. Сіташ Т. Д. Стан та реформування фінансування системи охорони здоров'я в Україні / Т. Д. Сіташ // Формування ринкових відносин в Україні : Збірник наукових праць. − К., 2011. − № 7-8 (122/123). − С. 155-158.
235. Сіташ Т. Д. Стратегічні засади оптимізації фінансування галузі охорони здоров'я / Т. Д. Сіташ // Міжнародна науково-практична конференція "Актуальні досягнення європейської науки" 17.06. – 25.06.2010. Болгарія. − С. 32-34.
236. Сіташ Т. Д. Сучасні тенденції в системі охороні здоров'я України /

Т. Д. Сіташ // Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах проведення системних реформ : матер. наук. конф. проф.-викл. складу. В 2-х част. Ч. 1. – Тернопіль : Видавн. центр “Вектор”, 2012. – С. 111-113.
237. Сіташ Т. Д. Сучасні тенденції та реформування в охороні здоров’я / Т. Д. Сіташ // Актуальні проблеми економічного розвитку України в умовах глобалізації : Збірн. наук. праць міжнар. наук.-практ. конференції. – Вінниця : Центр підг. навч.-метод. видань ВТЕІ КНТЕУ, 2009. − Ч. 1. – С. 162-166.
238. Сіташ Т. Д. Стратегія розвитку системи охорони здоров’я: проблеми та перспективи / Т. Д. Сіташ // Науковий журнал. Економічний форум. – Луцьк, 2013. − №1. − С. 476-480.
239. Сіташ Т. Д. Розвиток вітчизняної охорони здоров’я / Т. Д. Сіташ, Т. В. Красільник // Збірник Міжнародної науково-практичної конференції “Наука и технологии: шаг в будущее” 27 февраля − 05 марта 2013. – Чехия. – С. 47-49.
240. Сіташ Т. Д. Теоретичні дефініції оплати праці / Т. Д. Сіташ // Міжнародна науково-практична конференція “Актуальні наукові дослідження – 2009” 27.06. 2009 − 05.07.2009. Прага. − С. 83-86.
241. Сіташ Т. Д. Удосконалення охорони здоров’я в Україні / Т. Д. Сіташ // “Розвиток наукових досліджень 2008” : Матеріали IV міжнар. науково-практ. конференції , 24-26 листопада 2008 р. : − Полтава : В-во “ІнтерГрафіка”, 2008. – Т. 15. – С. 34-37.
242. Сіташ Т. Д. Фінансові аспекти оплати праці у бюджетних установах / Т. Д. Сіташ // Зб. наук. праць Уманського держ. аграр. ун-ту. − Умань, 2007. – Вип. 66. – С. 182-188.
243. Сіташ Т. Д. Фінансування системи охорони здоров’я в Україні: тенденції та реформування / Т. Д. Сіташ // Міжнародний науковий журнал “Механізм регулювання економіки ”. – Суми. – 2012. − №1. – С. 164-169.
244. Сіташ Т. Д. Фінансування установ охорони здоров’я / Т. Д. Сіташ // Науковий економічний журнал. “Актуальні проблеми економіки”. − №3 (93) 2009. – С. 175-181.
245. Солоненко І. М. Базові критерії оцінки ефективності діяльності системи охорони здоров’я / І. М. Солоненко // Альтернативні шляхи фінансування медичних послуг населенню. Досвід міст. – 2011. – С. 24-28.
246. Солоненко І. М. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров’я (із світового досвіду). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.regnum. ru/news/897009.html
247. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров’я : Навч. посіб. – К. : Вид-во НАДУ, 2009. – 415 с.
248. Солтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ стратегий : Пер. с англ. − М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. − 432 с.
249. Становлення доктрини фінансової системи України : Монографія / [С. І. Юрій, О. М. Десятнюк, О. П. Кириленко, І. О. Лютий та ін.] ; за ред. С. І. Юрія, О. М. Десятнюк. − Тернопіль : Економічна думка, 2008. − 192 с.
250. Статистика охорони здоров’я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ubooks.com.ua/books/00098/inx15.php

251. Стефаник І. Б. Методологічні засади визначення ефективності витрачання бюджетних коштів / І. Б. Стефаник // Фінансовий контроль. – К., 2010. − № 1. − С. 32-35.
252. Стігліц Джозеф Е. Економіка державного сектора. [Пер. з англ. А. Олійник, Р. Скільський]. – К. : Основи, 1998. − 854 с.
253. Стоян В. Бюджет і бюджетна політика держави / Віра Стоян // Світ фінансів. − 2005. − Вип. 1(2). − С. 95-101.
254. Стратегія економічного і соціального розвитку України (2004-2015 рр.) “Шляхом Європейської інтеграції” / [авт. кол. : А. С. Гальчинський, В. М. Геєць та ін.]. / Нац. ін-т стратегіч. дослідж. ; Ін-т екон. прогнозування НАН України; М-во економіки та європ. інтегр. України. − К. : ЮЦ Держкомстату України, 2004. – 416 с.
255. Теорія фінансів : Навч. посіб. / [Леоненко П. М., Юхименко П. І., Ільєнко А. А. та ін.] ; за заг. ред. О. Д. Василика. − К. : Центр навч. літ-ри, 2005. − 480 с.
256. Тулай О. І. Фінансове забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в умовах трансформаційної економічної системи [Текст] : дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.04.01 − фінанси, грошовий обіг і кредит / О. І. Тулай. – Тернопіль : ТДЕУ, 2005. – 203 с.
257. Указ Президента України від 06.12.2005 року №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.uapravo.net
258. Україна: здоров’я нації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www. uiph. kiev.ua/ uploads/docs/publish/zn/2012-1.doc
259. Улучшение охраны здоровья: преодоление трудностей // Бюллетень социальной политики. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.issa.int
260. УНІАН-Здоров’я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://health. unian.net
261. Федосов В. Фінансова реструктуризація в Україні: проблеми і напрями : Монографія / В. Федосов, В. Опарін, С. Льовочкін ; за наук. ред. В. Федосова. − К. : КНЕУ, 2002. − 387 с.
262. Фінанси (теоретичні основи) Підручник / [М. В. Грідчина, В. Б. Заходжай, Л. Л. Осіпчук та ін.] ; за ред. М. В. Грідчиної, В. Б. Заходжая. − 2-ге вид., випр. і допов. − К. : МАУП, 2004. – 312 с.
263. Фінанси: вишкіл студії : Навч. посіб. / [С. І. Юрій, Т. О. Кізима, М. П. Злепко, М. М. Тріпак] ; за заг. ред. д. е. н., проф. С. І. Юрія. − Тернопіль : Карт-бланш, 2002. – 357 с.
264. Фінанси : Навч. посіб. / [В. С. Загорський, О. Д. Вовчак, І Г. Благун]. – К. : Знання, 2006. – 247 с.
265. Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров’я в Україні: нові законодавчі ініціативи : Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції. − К., 2012. − 255 с.
266. Фінансування системи охорони здоров’я в Європі: досвід для України [Текст] / Л. А. Ляховченко, О. В. Поживілова, Я. Ф. Радиш // Економіка та держава. − 2011. − №2. − С. 112-117.

267. Хансен Д. Економічне зростання на засадах справедливості / Д. Хансен // Охорона здоров'я. – 2010. − № 3. – С. 99-115.
268. Христенко О. Оплата праці в закладах охорони здоров'я: відповіді на актуальні питання / О. Христенко // Баланс-бюджет. – 2010 р. № 14. – с. 4.
269. Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html
270. Циганова Н. Розрахунок планових показників обсягу діяльності стаціонарів, лікарень та поліклінік / Н. Циганова // Баланс-Бюджет. – 2011. − № 11. – с. 9.
271. Эдлинський Н. Б., Нагорный В. К. и др. - применение системного подхода при разработке внедрения АСУ "Госздрав" − Здрав. Росс. Федерации. − 1984. − № 3. − С.13-16.
272. Экономический анализ медицинских учреждений : Учебное пособие / И. П. Артюхов, Т. Д. Морозова, Е. А. Юрьева. – Ростов. : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2006. – 112 с.
273. Юрій С. І., Стоян., Мац М. Й. Казначейська система : Підручник. – Тернопіль : Карт-бланш, 2002. − с. 126.
274. Юрій С. І. Антологія бюджетного механізму : монографія / С. І. Юрій, В. Г. Дем'янишин, Я. М. Буздуган. – Т. : Економічна думка, 2001. – 250 с.

Додаток А

Розрахунковий показник обсягу видатків (V_{zob}) на охорону здоров'я визначається залежно від чисельності наявного населення адміністративно-територіальної одиниці та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на одного жителя з урахуванням коригуючих коефіцієнтів та специфічних видатків.

Розрахунковий показник обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету Автономної Республіки Крим та обласного бюджету (Vzob(ark)) визначається за такою формулою:

$$V_{zob(ark)} = H_{zob(ark)} \times N_i \times (1 - l + l \times K_{zi2}) + V_{zgi} + S_{zi},$$

$$H_{zob(ark)} = (V_{zu} - V_{zgu} - S_{zu}) \times K_{zob(ark)1} \times K_{zob(ark)4} / N_u,$$

де $H_{zob(ark)}$ - фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я для бюджету Автономної Республіки Крим та обласного бюджету;

V_{zu} - загальний показник обсягу видатків на охорону здоров'я для місцевих бюджетів на планований бюджетний період;

V_{zgu} - загальний показник обсягу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні", визначений за окремим розрахунком;

V_{zgi} - обсяг видатків місцевого бюджету на охорону здоров'я згідно із Законом України "Про статус гірських населених пунктів в Україні", визначений за окремим розрахунком;

$K_{zob(ark)1}$ - частка обсягу видатків бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я усіх місцевих бюджетів, що становить 0,354 і відповідає показникові, визначеному як відношення сумарних витрат на охорону здоров'я бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів до загального обсягу видатків на цю мету за даними зведення місцевих бюджетів. У розрахунках $K_{zob(ark)1}$ враховано розмежування видатків між бюджетами згідно з главою 14 Бюджетного кодексу України;

$K_{zob(ark)4}$ - коефіцієнт коригування частки обсягу видатків бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів у загальному обсязі витрат на охорону здоров'я залежно від співвідношення видатків на заробітну плату в загальній сумі видатків таких бюджетів. Для бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів $K_{zob(ark)4}$ дорівнює 0,951;

l - коефіцієнт рівня застосування впливу вікової структури населення. На планований бюджетний період l дорівнює 0,5;

K_{zi2} - коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статевої та вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, обчислений за офіційними рекомендаціями ВООЗ на основі таких еквівалентних одиниць надання медичної допомоги одній особі залежно від віку і статі (табл. 1):

Таблиця 1

Вікові групи	Еквівалент надання медичної допомоги чоловікам	Еквівалент надання медичної допомоги жінкам
0 - 1	10	5
2 - 4	7	3,5
5 - 9	3,7	3
10 - 14	3	2,5
15 - 19	2,2	3
20 - 24	2,6	3,5
25 - 29	2	4
30 - 34	2	4
35 - 39	2,5	4,5
40 - 44	3,5	5
45 - 49	4,5	5,5
50 - 54	5	6,5
55 - 59	6,5	7
60 - 64	7,5	8,5
65 - 69	8	9,5
70 і старші	10,5	11

N_u - чисельність наявного населення України станом на 1 січня року, що передує плановаому;

N_i - чисельність наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня року, що передує плановаому;

S_{zu} - загальний обсяг цільових коштів для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет;

S_{zi} - обсяг цільових коштів бюджету Автономної Республіки Крим та обласного бюджету для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет, що визначається за окремим розрахунком.

Під час формування та затвердження відповідних місцевих бюджетів на планований бюджетний період не допускається зменшення обсягу цільових коштів для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет, що враховуються під час визначення обсягу міжбюджетних трансфертів.

Розрахунковий показник обсягу видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету міста республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, району ($V_{zm(r)i}$) визначається за такою формулою:

$$V_{zm(r)i} = H_{zm(r)i} \times K_{zm(r)3} \times (N_i - N_{dm(r)i} - N_{wm(r)i} \times K_{zm(r)5}) \times (1 - l + l \times K_{zi2}) + V_{zgi} + V_{zyi},$$

$$H_{zm(r)i} = (V_{zu} - V_{zgu} - S_{zu}) \times K_{zm(r)1} \times K_{zm(r)4} / (N_u - N_{dm(r)u} - N_{wm(r)u} \times K_{zm(r)5}),$$

де $H_{zm(r)i}$ - фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я для зведеного бюджету міста республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, району;

V_{zyi} - показник обсягу видатків місцевих бюджетів, що передається до відповідних місцевих бюджетів (переадресування витрат) у зв'язку з відсутністю (недостатністю) мережі бюджетних установ на підставі спільних рішень і договорів органів місцевого самоврядування міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районів;

$K_{zm(r)1}$ - частка обсягу видатків зведених бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районів у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я усіх місцевих бюджетів, яка визначається за питомою вагою сумарних витрат на охорону здоров'я бюджетів таких міст і районів у загальній сумі витрат на цю мету за даними зведення місцевих бюджетів з урахуванням розмежування видатків між бюджетами згідно з главою 14 Бюджетного кодексу України. $K_{zm(r)1}$ дорівнює 0,646;

K_{zi2} - коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статевої та вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, обчислений за офіційними рекомендаціями ВООЗ на основі еквівалентних одиниць надання медичної допомоги одній особі залежно від віку і статі згідно з пунктом 18 цієї Формули;

$K_{zm(r)3}$ - коефіцієнт диференціації рівня витрат на одного жителя (місто республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення - 1,065; район - 0,934), визначений за середнім співвідношенням рівнів видатків зведених бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районів за даними зведення місцевих бюджетів з урахуванням розмежування видатків між бюджетами згідно з главою 14 Бюджетного кодексу України. Для бюджетів мм. Києва та Севастополя $K_{zm(r)3}$ дорівнює 1;

$K_{zm(r)4}$ - коефіцієнт коригування частки обсягу видатків зведених бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районів у загальному обсязі витрат на охорону здоров'я залежно від питомої ваги видатків на заробітну плату в загальній сумі видатків таких бюджетів. $K_{zm(r)4}$ дорівнює 1,027;

$K_{zm(r)5}$ - коефіцієнт коригування чисельності наявного населення адміністративно-територіальної одиниці, якому медична допомога частково надається відомчими закладами охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок коштів державного бюджету. $K_{zm(r)5}$ дорівнює 0,5;

$N_{dm(r)u}$ - загальна чисельність наявного населення міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районів, в яких відсутня мережа закладів охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів (обслуговується закладами, які фінансуються за рахунок коштів державного бюджету);

$N_{wm(r)u}$ - загальна чисельність наявного населення міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районів, яке частково обслуговується закладами охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, які належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я, Міністерства інфраструктури, Державного управління справами та Національної академії наук;

$N_{dm(r)i}$ - чисельність наявного населення міста республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, району, в яких відсутня мережа закладів охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів (обслуговується закладами, які фінансуються за рахунок коштів державного бюджету), станом на 1 січня року, що передує плановому;

$N_{wm(r)i}$ - чисельність наявного населення міста республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, району, яке частково обслуговується закладами охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, які належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я, Міністерства інфраструктури, Державного управління справами та Національної академії наук, станом на 1 січня року, що передує плановому.

Розрахунковий показник обсягу видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету мм. Києва та Севастополя ($V_{z\ kyiv(sev)}$) визначається за такою формулою: $V_{z\ kyiv(sev)} = V_{zob(ark)} + V_{zm(r)i.}$

Додаток Б

Перелік закладів охорони здоров’я

(затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 28.10.2002 № 385)

І. Лікувально-профілактичні заклади:

а. Лікарняні заклади:

1.1.1. Багатопрофільні: госпіталь для інвалідів війни, дитяча басейнова лікарня на водному транспорті, дитяча лікарня (республіканська, обласна, міська, районна), дитяче територіальне медичне об'єднання, дільнична лікарня (у т.ч. сільських, селищних та міських рад), лікарня (республіканська, обласна, центральна міська, міська, центральна районна, районна), лікарня на водному транспорті (центральна, басейнова, басейнова, портова), лікарня на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна, дитяча), лікарня нафтопереробної промисловості України, лікарня професійних захворювань, лікувально-діагностичний центр, медико-санітарна частина (у т.ч. спеціалізована), медичний центр (різного профілю), міська лікарня швидкої медичної допомоги, перинатальний центр зі стаціонаром, пологовий будинок (обласний, міський), студентська лікарня (обласна, міська), територіальне медичне об'єднання, Українська дитяча спеціалізована лікарня "Охматдит", Українська психіатрична лікарня з інтенсивним (суворим) наглядом, Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів, Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни;

1.1.2. Однопрофільні: дерматовенерологічна лікарня, інфекційна лікарня, косметологічна лікарня, лікарня відновного лікування, наркологічна лікарня, наркологічний диспансер, онкологічний диспансер, отоларингологічна лікарня, офтальмологічна лікарня, протитуберкульозний диспансер, психіатрична лікарня, психіатричний диспансер, психоневрологічна лікарня, травматологічна лікарня, туберкульозна лікарня, фізіотерапевтична лікарня, шкірно-венерологічний диспансер;

1.1.3. Спеціалізовані: гастроентерологічний диспансер, дерматовенерологічна лікарня (у т.ч. дитяча), дитячий кардіоревматологічний диспансер, ендокринологічний диспансер, інфекційна лікарня (у т.ч. дитяча), кардіологічний диспансер, косметологічна лікарня, лікарня відновного лікування (у т.ч. дитяча), лікарсько-фізкультурний диспансер, наркологічний диспансер, онкологічний диспансер, отоларингологічна лікарня, офтальмологічна лікарня, протитуберкульозний диспансер, психіатрична лікарня (у т.ч. дитяча), психіатричний диспансер, психоневрологічний диспансер, травматологічна лікарня, трахоматозний диспансер, туберкульозна лікарня (у т.ч. дитяча), фізіотерапевтична лікарня, центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, шкірно-венерологічний диспансер;

1.1.4. Особливого типу: лікарня "Хоспіс" (республіканська, обласна, міська, районна), обласне дитяче патологоанатомічне бюро, патологоанатомічне бюро (республіканське, обласне, міське), патологоанатомічний центр України, спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення (Український, республіканський, обласний, міський), Спеціалізована поліклініка Українського науково-дослідного протичумного інституту ім. І.І. Мечнікова, Українська алергологічна лікарня, Український лепрозорій, центр реабілітації репродуктивної функції жінки (республіканський, обласний);

1.2. Амбулаторно-поліклінічні заклади: амбулаторія, амбулаторія загальної практики – сімейної медицини, басейнова стоматологічна поліклініка, дитяча міська поліклініка, дитяча стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), діагностичний центр (різного профілю), жіноча консультація, Іллічівська стоматологічна поліклініка Іллічівської басейнової лікарні на водному транспорті, Київська центральна басейнова стоматологічна поліклініка МОЗ України, консультація "Шлюб і сім'я", лінійна амбулаторія на залізничному транспорті, наркологічна амбулаторія, поліклініка (центральна міська, міська, центральна районна), поліклініка на водному транспорті (центральна, басейнова, портова), поліклініка на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна), пункт охорони здоров'я, сільська лікарська амбулаторія (у т.ч. сільських та селищних рад), стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), Стоматологічна поліклініка Міністерства охорони здоров’я України при Національному медуніверситеті, Стоматологічна поліклініка при Львівському медуніверситеті, студентська поліклініка (обласна, міська), фельдшерський пункт (у т.ч. сільських та селищних рад), фельдшерсько-акушерський пункт (у т.ч. сільських та селищних рад), фізіотерапевтична поліклініка;

1.3. Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги: обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, республіканський територіальний центр екстреної медичної допомоги, станція переливання крові (республіканська, обласна, міська), станція швидкої медичної допомоги, Українська станція виїзної екстреної консультативної медичної допомоги, центр заготівлі та переробки плазми (республіканський, обласний, міський, районний), центр служби крові (республіканський, обласний, міський);

1.4. Санаторно-курортні заклади: бальнеологічна лікарня (у т.ч. дитяча), грязелікарня (у т.ч. дитяча), дитячий оздоровчий центр, курортна поліклініка, міжнародний дитячий медичний центр, санаторій (у т.ч. дитячий, однопрофільний, багатопрофільний, спеціалізований), санаторій для дітей з батьками, санаторій-профілакторій.

II. Санітарно-профілактичні заклади:

2.1. Санітарно-епідеміологічні заклади: дезінфекційна станція з профілактичної дезінфекції, дезінфекційна станція (обласна, міська), Об'єднання (підприємство) "Профдезінфекція" (обласне, міське), Об'єднання "Меддезінфекція" (обласне, міське), протичумна станція, санітарно-епідеміологічна станція (центральна, республіканська, обласна, міська, міжрайонна, районна), санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті (центральна, басейнова, портова), санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті (центральна, на залізницях, лінійна), санітарно-епідеміологічна станція об'єкта з особливим режимом роботи, центральна санітарно-епідеміологічна станція на повітряному транспорті;

2.2. Заклади санітарної просвіти: центр здоров'я (Український, республіканський, обласний, міський, районний).

III. Фармацевтичні (аптечні) заклади: аптека, аптечна база (склад), база (склад) медичної техніки, база спеціального медичного постачання (центральна, республіканська, обласна), контрольно-аналітична лабораторія, лабораторія з аналізу якості лікарських засобів, магазин (медичної техніки, медичної оптики).

IV. Інші заклади: бюро судово-медичної експертизи (республіканське, обласне, міське), Головне бюро судово-медичної експертизи України, інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, молочна кухня, Центр медичної статистики МОЗ України.

V. Заклади медико-соціального захисту: будинок дитини (обласний, міський, районний), обласний центр (бюро) медико-соціальної експертизи.

Додаток В

Порядок фінансування закладів охорони здоров'я в Україні

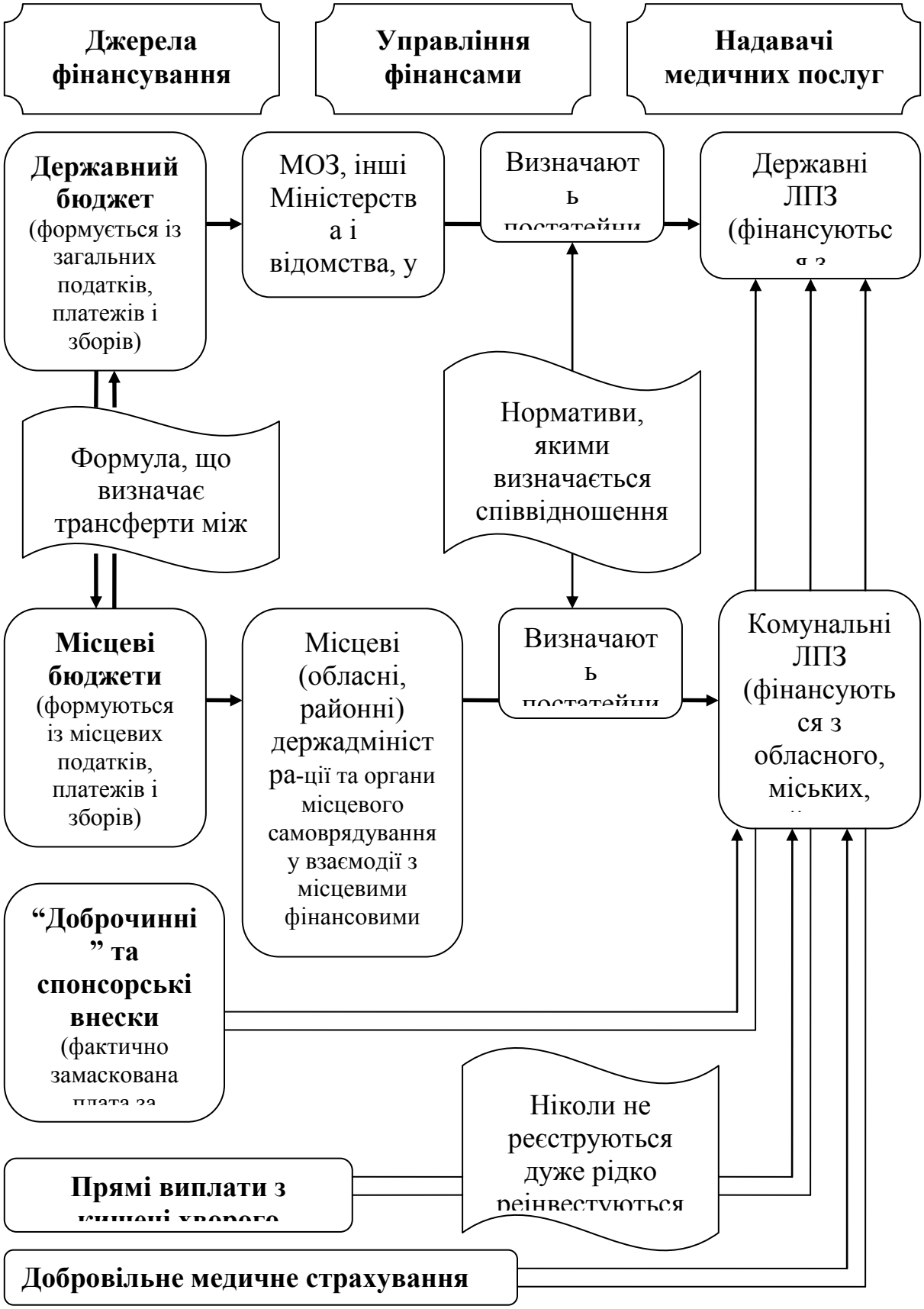


Рис. В. Порядок фінансування закладів охорони здоров'я в Україні

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ESPAD – Міжнародне опитування
EUROHIS – Програма ВООЗ з медико-соціологічних досліджень
ISO – Серія міжнародних стандартів
АЗП/СМ – Амбулаторія загальної практики / сімейної медицини
АМН – Академія медичних наук
АПЗ - Амбулаторно-поліклінічні заклади
АСУ - Автоматизована система управління
ВВП – Внутрішній валовий продукт
ВМНЗ – Вищий медичний навчальний заклад
ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я
ГУОЗ – Головне управління охорони здоров'я
ДКСУ - Державна казначейська служба України
ДЛ – Дільнична лікарня
ДМ – Доказова медицина
ДУ – Державна установа
ДУС – Державне управління справами
ЄМШСЗ – Міжнародний проект «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю»
ЄРБ – Європейське регіональне бюро
ЄС - Європейський союз
ЄТС - Єдина тарифна сітка
ЗДВ – Міжнародна програма "Здоров'я для всіх"
ЗМ – Міжнародна програма "Здорові міста"
ЗМІ – Засоби масової інформації
ЗП/СМ – Загальна практика / сімейна медицина
ЗСЖ – Здоровий спосіб життя
ІКТ – Інформаційно-комунікаційні технології
КМУ – Кабінет Міністрів України
ЛПЗ – Лікувально-профілактичний заклад
МВС – Міністерство внутрішніх справ
МКЛ – Міська клінічна лікарня
МЛ – Міська лікарня
МОЗ - Міністерство охорони здоров'я
МОН – Міністерство освіти та науки
НАН – Національна академія наук
НДІ – Науково-дослідний інститут
НДР – Науково-дослідна робота
ОДА – Обласна державна адміністрація
ОКЛ – Обласна клінічна лікарня
ОЛ – Обласна лікарня
ОМС - обов'язкове медичне страхування
ООН – Організація Об'єднаних Націй
ОХМАТДИТ – Охорона материнства та дитинства
ПМСД – Первинна медико-санітарна допомога
РКЛ – Районна клінічна лікарня
РЛ – Районна лікарня
СДП - стаціонари денного перебування
СЛА - сільські лікарні, амбулаторії
СНД - Союз незалежних держав
СОТЖ - середня очікувана тривалість життя
СРСР - Союз радянських соціалістичних республік
ЦРЛ - центральні районні лікарні