

2. Кравченко В.І. Місцеві фінанси України: навч. посіб. – К.: Т-во „Знання”, КОО, 1999. – 487 с. – (Вища освіта ХХІ століття).
3. Пахомов С. Из западноевропейской практики управления муниципальным долгом // Российский экономический журнал. – 2000. – №7. – с.93–96.
4. Становлення системи регулювання місцевих запозичень і місцевого боргу в Україні // www.ier.kiev.ua
5. www.minfin.gov.ua.

Зоряна Лободіна

Викладач кафедри фінансів

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КОНТРАКТНИХ ВІДНОСИН У ГАЛУЗЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Визначальним чинником забезпечення населення доступними і якісними медичними послугами та запорукою належного функціонування закладів охорони здоров'я є наявність необхідного для надання таких послуг обсягу фінансових ресурсів. Проте, не зважаючи на зростання номінальних обсягів фінансування охорони здоров'я, ситуація в галузі суттєво не покращується, законодавчо задекларована безоплатна медична допомога замінюється платною. Внаслідок цього обмежується доступ людей до медичних послуг, не реалізується їхнє право на охорону здоров'я. Отже, необхідність реформування управлінських та економічних засад системи охорони здоров'я та приведення її у відповідність сучасним запитам суспільства є очевидною.

З огляду на вищесказане, спробуємо обґрунтувати доцільність запровадження договірних відносин, як складової реформування галузі охорони здоров'я, розглянути переваги та недоліки різних моделей контрактації медичних послуг, окреслити проблеми та перспективи здійснення контрактних закупівель медичних послуг у вітчизняній практиці.

Однією із стратегій реформування системи охорони здоров'я, спрямованої на підвищення ефективності розподілу та використання її фінансових ресурсів, є здійснення контрактних закупівель медичних послуг та запровадження договірних відносин між платниками та постачальниками зазначених послуг.

Договірні відносини сприяють створенню рівних можливостей щодо заключення контрактів, які фінансуються за рахунок бюджетних коштів, для публічних та приватних постачальників медичних послуг, та дозволяють активізувати такі управлінські стратегії:

- децентралізація управління, що дає змогу делегувати частину повноважень від вищих органів управління до закладів охорони здоров'я [5, с. 13];
- розділення функцій платника та постачальника медичних послуг, зміна типу

відносин між ними з ієрархічних на партнерські;

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

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

- посилення відповідальності платника за організацію фінансування;

- формування пацієнтів як обізнаних, добре інформованих споживачів медичних послуг, які здатні цивілізовано захищати свої визначені законом права та реально впливати на поліпшення якості системи охорони здоров'я [4].

У світовій практиці зустрічаються різні моделі контрактації медичних послуг, які мають свої переваги та недоліки:

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

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

Щоб запобігти появі некомпенсованих витрат провайдери можуть наполягати на встановленні в блок-контракті верхніх меж на певні обсяги та види послуг за контрактом.

Переваги блок-контрактів для закупівельників медичних послуг полягають у простоті виконання та гарантії отримання певного обсягу послуг за фіксовану плату. Серед недоліків блок-контрактів можна відзначити недостатню їх гнучкість, якщо виконано менше послуг, ніж очікувалося, та, як наслідок, перевищення фактичних витрат над необхідними.

Для ліквідації зазначених недоліків у контракти доцільно вносити положення, які б враховували як недостатні, так і надлишкові медичні послуги, оскільки закупівельник отримує вигоду у випадку збільшення обсягів виконаної роботи, проте понесе втрати, якщо обсяги виявляться меншими за передбачувані.

- *Контракти по вартості та обсягу* передбачають виконання таких умов: закупівельник платить надавачеві за узгоджений обсяг медичних послуг; оплата здійснюється за кожний пролікований випадок понад узгоджений обсяг. У разі відхи-

лення від зазначених у контракті обсягів медичних послуг недовиконані роботи можуть не оплачуватися. Також на практиці інколи встановлюється так званий “рівень толерантності” - визначений відсоток відхилення від встановленого обсягу медичних послуг не несе додаткових витрат для закупівельників чи штрафів для надавачів.

Контракти по вартості та обсягу мають перевагу для закупівельників у тому, що вони передбачають оплату лише за фактично надані медичні послуги. Недолік цієї форми контрактації вбачається у можливості суттєвого перевищення обсягів витрат порівняно із законтракованими, що може викликати необхідність встановлення у договорах максимального обсягу діяльності для запобігання “накручування” витрат і надання непотрібних послуг.

Для надавачів контракти по вартості та обсягу мають наступні переваги:

- гарантія мінімального обсягу діяльності із уникненням проблем на випадок перевищення рівня навантаження, встановленого контрактом;
- можливість (якщо не помітить закупівельник) помістити менш витратні випадки в елемент обсягу, а більш витратні – в елемент оплати за пролікований випадок.

Контракти по вартості та обсягу підходять для тих випадків, коли попит можна точно передбачити, і є максимально гнучкими як для провайдерів, так і для закупівельників медичних послуг.

– *Контракти по вартості за пролікований випадок* передбачають оплату закупівельником узгодженої суми за кожний епізод діяльності, тобто кожне надходження пацієнта на лікування оплачується на основі індивідуального контракту. Використання зазначеної моделі контрактації є найбільш доцільною у разі невеликих обсягів діяльності, їх невизначеності або тенденції до зниження і застосовується до провайдерів медичних послуг, які обслуговують місцевості із низькою чисельністю населення.

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

Більшість сучасних експертів вважають, що найбільш придатною формою контрактації послуг системи охорони здоров'я в країнах, де відчувається нестача інформації про ресурси, процеси та результати діяльності внаслідок нерозвиненості ін-

формаційних систем, до яких належить і Україна, є застосування блок-контрактів [2, с. 6]. Схематично основні складові такого договору можна представити на рис. 1.

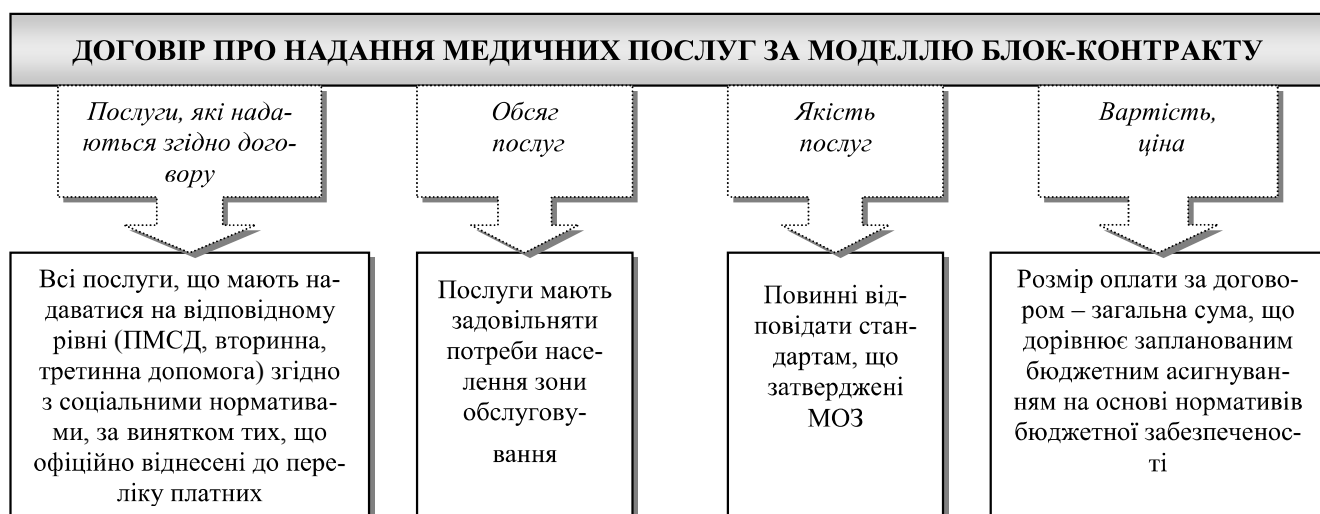


Рис. 1. Складові договору про надання медичних послуг за моделлю блок-контракту*.

Запровадження механізму контрактних закупівель медичних послуг в Україні повинно здійснюватися у відповідності із Законом України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти», оскільки медичне обслуговування включене до узагальнюючого поняття «послуги» у статті 1 даного нормативно-правового акту. Стаття 13 Закону передбачає такі процедури закупівель як відкриті торги, торги з обмеженою участю, двоступеневі торги, запит цінкових пропозицій (котирувань), торги із зменшенням ціни (редукціон), закупівля в одного постачальника (учасника). Перші п'ять із перелічених вище процедур вимагають наявності конкурентного середовища, яке в сучасних умовах, наприклад, між закладами охорони здоров'я дітей практично відсутнє. Підтвердженням цього виступає ситуація на ринку медичних послуг дітям: на рівні міста обласного значення медичні послуги дітям надає лише одна міська дитяча лікарня, на рівні району та міста районного значення – заклади охорони здоров'я дітей взагалі відсутні, медичні послуги дітям надаються дитячими відділеннями та консультаціями районних та міських лікарень, на обласному рівні – функціонує будинок дитини та одна обласна дитяча лікарня, за винятком Львівської, Харківської та Чернівецької областей. Що стосується дитячих санаторіїв, то враховуючи різну спеціалізацію кожного з них, їх важко назвати конкурентами. Спостерігається також незначна кількість приватних лікарських практик і приватних дитячих лікарень, які здатні створити конкуренцію публічним медичним закладам у боротьбі за державний чи муніципальний контракт.

* Складено на основі даних [1,с.20].

Фактично, як справедливо зазначає Рудий В., має місце ситуація, коли, з одного боку, платник (тобто, в нинішніх умовах – розпорядник бюджетних коштів) не має можливості обрати іншого провайдера, а, з іншого боку, монопольний постачальник медичних послуг об'єктивно обмежений у можливості отримати інші, аніж бюджетні, кошти, необхідні для забезпечення власної діяльності [3, с. 16]. Враховуючи вище викладене, у даний час для закладів охорони здоров'я найбільший інтерес становить процедура закупівлі в одного учасника, відповідно до якої після проведення переговорів із провайдером замовник укладає договір про закупівлю медичних послуг. Саме відсутність конкуренції, згідно із статтею 33 Закону України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти», є однією із умов застосування зазначеної процедури закупівель.

У перспективі, із розвитком приватного сектору системи охорони здоров'я, можливим стане використання конкурентних процедур закупівлі медичних послуг. Проте, за умови впровадження єдиних державних тарифів на медичні послуги (а досвід багатьох розвинутих країн говорить про доцільність використання такого підходу) цінова конкуренція між постачальниками таких послуг втратить актуальність, і на перший план виступить конкуренція на основі якості послуг.

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

- чітко визначити поняття «медична послуга» та «медична допомога»;
- змінити статус бюджетних закладів охорони здоров'я шляхом перетворення їх на некомерційні підприємства та підвищити рівень їх управлінської і фінансової автономії;
- у законодавчому порядку врегулювати контрактні закупівлі медичних послуг;
- визначити обсяг державних гарантій безоплатної медичної допомоги – «базовий пакет» медичних послуг;
- забезпечити розвиток інформаційних систем та більшу точність інформації стосовно потоків пацієнтів;
- розробити медико-економічні стандарти, державний класифікатор медичних послуг та запровадити методику розрахунку їх вартості, яка повинна стати основою єдиного механізму ціноутворення;
- удосконалити систему оплати медичних послуг;
- створити правове поле для укладання трудового договору в формі контракту з медичними працівниками, які працюють за наймом у публічних закладах охорони здоров'я.

Заважає ефективному запровадженню системи контрактних державних заку-

півель медичних послуг та потребує законодавчого врегулювання проблема здійснення взаєморозрахунків між місцевими бюджетами за надання медичної допомоги громадянам, які не проживають постійно на території, за рахунок бюджетних коштів якої було надано таку медичну допомогу.

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

Література:

1. Малагардіс А., Рудий В. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях: Посібник №7 / Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні». – К., 2006. – 61с.
2. Орел Є. Запровадження контрактних відносин – інструмент покращення показників ефективності діяльності постачальників медичних послуг // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С.6.
3. Рудий В. Нормативно-правові та управлінські аспекти автономізації постачальників медичних послуг та запровадження договірних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 2–16.
4. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні. – Режим доступу: <http://www.healthfin.kiev.ua>.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік. – К., 2007. – 414с.

Галина Лопушняк

К.е.н., доцент кафедри фінансів

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ВИЩОЇ ОСВІТИ В РОЗВИТКУ ЕКОНОМІКИ Й СУСПІЛЬСТВА

В сучасних умовах освіта набуває особливої важливості і стає одним з найпріоритетніших напрямів суспільної діяльності. Вона не тільки дозволяє застосовувати на практиці уже накопичені знання, але і сприяє придбанню нових знань у процесі подальшого навчання і праці, а також забезпечує умови для їхнього виробництва в майбутньому. Тому, для сталого економічного розвитку освіта повинна розвиватись випереджаючими темпами, створюючи передумови для майбутнього прогресу. У розвинутих країнах спостерігається стійка залежність між рівнем освіти і доходом, що одержується особою протягом усього життя [6, с. 52].

Середня ефективність вкладень грошей в освіту, за підрахунками західних економістів, складає близько 10% щорічного реального прибутку на вкладений капітал, що значно перевищує реальні ставки відсотка, виплачувані західними банками [2, с. 306]. Не дивно, що економічно розвинуті, а також країни, що розвиваються, з роз-