

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ РЕГІОНАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

ТРІЛЛЕНБЕРГ ГАЛИНА ІВАНІВНА

УДК 331. 330. 338. 631

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ
ФОРМУВАННЯ І ВИКОРИСТАННЯ РЕСУРСНОГО
ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ
(на прикладі Тернопільської області)**

Спеціальність 08.10.01 – Розміщення продуктивних сил і регіональна економіка

дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата економічних наук

Львів - 2004

**ТЕМА: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ
ФОРМУВАННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ РЕСУРСНОГО
ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ
/НА ПРИКЛАДІ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ/**

ЗМІСТ

Список умовних позначень.....	
Вступ.....	
Розділ 1. Методологічні засади формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону в умовах ринкової трансформації економіки	
1.1. Передумови формування потенціалу соціальної інфраструктури регіону	
1.2. Особливості формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону та ринку медичних послуг	
1.3. Методичні підходи визначення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я регіону та диференціація моделей господарювання в умовах бюджетно-страхової моделі фінансування	
Висновки	
Розділ 2. Аналіз та оцінка розвитку ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону (на прикладі Тернопільської області)	
2.1. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я регіону	
2.2. Стан основних засобів охорони здоров'я та ефективність їх використання	
2.3. Формування і використання фінансових ресурсів охорони здоров'я регіону	
Висновки	
Розділ 3. Шляхи вдосконалення механізму формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону	
3.1. Методичні підходи щодо формування моделі фінансової системи охорони здоров'я	
3.2. Вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я та реструктуризація медичної допомоги як чинники ефективного використання ресурсного потенціалу	
3.3. Формування раціональної структури кадрового потенціалу охорони здоров'я в умовах бюджетно-страхової моделі фінансування	
Висновки	
Загальний висновок	
Список використаних джерел.....	
Додатки	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасний стан розвитку економіки України та її регіонів характеризується кардинальними змінами в усіх галузях, у тому числі й у системі охорони здоров'я. Здоров'я є основою становлення гармонійної і всебічно розвинутої особистості, а тому визначається як найбільша цінність і об'єктивна необхідність еволюції будь-якої спільноти. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) визначає його як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя людини, а не лише, як відсутність захворювань чи фізичних вад. Розвиток цієї сфери діяльності, формування цивілізованого ринку медичних послуг, раціональне використання ресурсного потенціалу стосуються інтересів не тільки кожної людини, але й у значній мірі показники визначають здоров'я населення, якість і рівень його життя.

Система охорони здоров'я як і будь-яка інша складова соціальної сфери, має бути ефективною, якісною, ресурсно забезпеченою. А це потребує докорінної реорганізації. Адже у Декларації прав людини записано, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи медичний догляд, який необхідний для підтримання здоров'я та благополуччя її самої, її родини, її права на забезпечення у випадку хвороби, інвалідності, майбутньої старості. Конкретним соціально-медичним кроком, щодо втілення в життя такої позиції в інтересах усього людства була Алькаатинська декларація прийнята у 1978 році. Соціально-економічні перетворення, які нині відбуваються у галузі охорони здоров'я України, носять суперечливий характер ринкових реформ, призводять до негативних явищ, які посилюють незбалансованість фінансового, матеріально-технічного і кадрового забезпечення на фоні погіршення стану здоров'я населення. Зберігаються також негативні риси раніше існуючої системи охорони здоров'я.

Зокрема, орієнтація на екстенсивний розвиток; вузька спеціалізація лікарської допомоги; недостатнє врахування регіональних особливостей і потреб населення. В той же час, раніше створена нормативна база охорони здоров'я фактично заміщується елементами стихійного процесу формування показників медичного забезпечення, що призводить до деструктивних змін в управлінні медичним обслуговуванням населення на регіональному рівні.

Стан системи охорони здоров'я характеризується наявністю ряду фундаментальних проблем, які вимагають прийняття принципів рішень як на рівні держави, так і на регіональному рівні. Розвиток охорони здоров'я ускладнюється критичним демографічним станом багатьох регіонів України, зростанням захворюваності населення та питомої ваги тяжких захворювань, лікування яких вимагає значних витрат.

Головними, на нашу думку, є організаційно-економічні проблеми охорони здоров'я. Серед них слід відмітити наступні: визначення можливих і необхідних обсягів фінансування; інновації та інвестиції; формування суспільно необхідної структури кадрів; управління якістю медичної допомоги; раціоналізація забезпечення ліками; посилення медичної профілактики і формування здорового способу життя та ін.

На сучасному етапі становлення ринкових відносин управління охороною здоров'я регіону наповнюється новим змістом і завданнями. Зменшується необхідність використання жорстко регламентованої управлінської структури, рівень медичної допомоги все більше визначається сферою впливу і відповідальності територіальних органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, суттєво скоротились функції органів управління охороною здоров'я в організації медичного обслуговування населення.

Слід також відзначити, що існуюча мережа закладів охорони здоров'я в багатьох випадках неадекватна реальним потребам населення, а наявні обмежені ресурси використовуються неефективно. Головними причинами цього є:

- незадовільна координація зі сторони органів управління охорони здоров'я діяльністю лікувально-профілактичних закладів, послаблення функцій стратегічного і поточного планування;

- збереження принципу бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, виходячи з ресурсних показників їх мережі (ліжковий фонд, чисельність персоналу та ін.) без урахування реальних результатів діяльності, завдяки чому консервуються зайві потужності цих закладів;

- відсутність дієвих стимулів у профілактичних і лікувальних закладах щодо здійснення реструктуризації медичної допомоги і раціонального використання наявних ресурсів;

- відсутність багатоканальної системи державного фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів обов'язкового медичного (ОМС) і добровільного (ДМС), страхування бюджетів усіх рівнів.

При розробці, розгляді та затвердженні бюджетів у частині фінансування охорони здоров'я переважно робиться наголос на забезпечення фінансування вже існуючої мережі закладів, при цьому критерієм є питома вага фінансових ресурсів, спрямованих на охорону здоров'я, у видатках бюджету. В той же час не враховуються втрати суспільства від недофінансування системи охорони здоров'я, наскільки раціонально використовуються фінансові, матеріальні та кадрові ресурси галузі, як це впливає на якість медичної допомоги, профілактику захворюваності, скорочення рівня смертності населення тощо.

Все вищенаведене обумовлює необхідність розробки якісно нового організаціо-економічного механізму управління ресурсним забезпеченням охорони здоров'я у відповідності з обсягом і структурою медичної допомоги, інтеграції планових і ринкових регуляторів, особливо на регіональному рівні.

За останні роки значна увага вчених і фахівців у галузі охорони здоров'я приділяється питанням організації та управління фінансування охорони здоров'я, реформування національної системи медичного обслуговування, а

саме у працях Баранова В.В., Богуш Л.Г. Голяченко О.М., Євсєєва В.І., Куценко В.І., Попова В.Ф., Опелєвської Л.А., Шелєнко Ю.В.

В той же час, економічні проблеми розвитку галузі на регіональному рівні з позицій ефективності використання ресурсного потенціалу не знайшли достатнього висвітлення в літературі і не вирішені в практичній діяльності.

Найважливішими завданнями в організації медичного обслуговування населення на регіональному рівні є структурні зміни в амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній і стаціонарозамінній допомозі, узгодження її обсягів і структури з реальними потребами населення, широке впровадження ресурсозберігаючих технологій, ефективне використання всіх видів ресурсів.

Метою дисертаційного дослідження є розробка організаційно-економічного механізму, теоретичних, методичних і прикладних аспектів формування ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я регіону та його ефективного використання в умовах ринкових перетворень, удосконалення ресурсного забезпечення медичних закладів, його використання.

Для реалізації поставленої мети передбачалось вирішити наступні завдання:

- визначити основні передумови формування потенціалу соціальної інфраструктури на регіональному рівні, в процесі ринкових перетворень;
- розробити теоретичні основи формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону в умовах ринкової трансформації економіки;
- дослідити організацію та ефективність діяльності закладів охорони здоров'я регіону в умовах бюджетно-страхової моделі фінансування;
- здійснити аналіз стану кадрового потенціалу регіональної системи охорони здоров'я та обґрунтувати механізми формування раціональної професійно-кваліфікаційної структури медичних кадрів;
- провести комплексний аналіз стану та ефективності використання матеріально-технічної бази охорони здоров'я регіону;

- обґрунтувати напрямки реформування фінансування галузі на регіональному рівні на основі вивчення процесів формування і використання фінансових ресурсів охорони здоров'я;
- розробити організаційно–економічний механізм вдосконалення ресурсного забезпечення, мережі закладів охорони здоров'я та територіальної організації.

Дисертаційне дослідження спрямоване на вирішення важливої соціально-економічної проблеми – забезпечення соціальної спрямованості регіональної системи охорони здоров'я в умовах ринкових перетворень та впровадження бюджетно-страхової моделі фінансування на основі удосконалення механізмів формування і ефективного використання ресурсного потенціалу галузі. Для її вирішення у роботі з позицій системного підходу досліджуються основні складові ресурсного потенціалу регіональної системи охорони здоров'я, а також організаційно-економічний механізм управління якістю медичної допомоги на основі раціонального використання всіх видів ресурсів.

Об'єктом дослідження є процес формування та використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я Тернопільського регіону.

Предметом дослідження виступають теоретичні та прикладні аспекти формування і використання ресурсного потенціалу регіональної системи охорони здоров'я в умовах перехідної економіки.

Методологічною і методичною основою дисертаційного дослідження є фундаментальні положення економічної теорії та регіоналістики, наукові праці українських і зарубіжних вчених з проблем економіки і управління охороною здоров'я, а також нормативні та законодавчі акти України. В процесі дослідження для розв'язання поставлених у роботі задач використовувались методи аналізу об'єктивних закономірностей розвитку соціальної сфери і охорони здоров'я, системний і діалектичний підхід та використано такі методи: абстрактно-логічний та монографічний – для визначення особливостей територіальної організації, виявлення тенденцій і

закономірностей та окреслення проблем регіонального розвитку системи охорони здоров'я; порівняльного та структурного аналізу, економіко-статистичний, табличний, графічний – для визначення характеру функціонування охорони здоров'я регіону; економіко-математичні методи – для розробки методичних підходів визначення потреби в ресурсній базі медичної сфери діяльності.

Інформаційною базою дослідження слугували нормативні та законодавчі акти з питань економіки та управління охороною здоров'я в Україні, методичні та статистичні матеріали Державного кабінету статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, Тернопільського обласного статистичного управління, дані економічної періодики та обласного управління охорони здоров'я.

Наукова новизна результатів дисертаційного дослідження полягає в наступному:

- отримало подальший розвиток поняття ресурсного потенціалу охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах перехідної економіки;
- виявлено особливості розміщення регіональної інфраструктури системи охорони здоров'я;
- визначено сукупність взаємопов'язаних проблем формування та використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я регіону;
- вперше запропоновано та обґрунтовано концепцію впровадження бюджетно-страхової моделі фінансування галузі, яка на відміну від існуючих, підкреслює доцільність посилення державного регулювання ресурсного забезпечення шляхом стимулювання конкуренції на ринку медичних послуг;
- обґрунтовано необхідність комплексного реформування існуючої моделі формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону, у якій залишковий принцип фінансування, яке дозволяє подолати галузі відставання технічного оснащення та низьку ефективність використання

ресурсів, на основі розмежування відповідальності територіальних органів управління, фондів ОМС та закладів охорони здоров'я;

- вперше розроблено методичні положення щодо формування раціональної професійно-кваліфікаційної структури медичних кадрів на регіональному рівні, які на відміну від існуючих враховують перш за все суспільно необхідні потреби регіону;
- обгрунтовано вдосконалення фінансового механізму охорони здоров'я регіону на основі впровадження бюджетно-страхової моделі фінансування, переходу на принципи фінансування в розрахунку на одну особу, що дозволить провести ефективну структурну реформу галузі;
- доведено доцільність побудови взаємовідносин закладів охорони здоров'я з територіальними органами виконавчої влади і органами місцевого самоврядування, територіальними фондами ОМС на основі договорів і нормативів фінансування, які включають усі види витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг;
- розроблено організаційно-економічний механізм проведення структурних перетворень охорони здоров'я регіону, що дозволить перейти від екстенсивного шляху його розвитку та нераціонального розподілу ресурсів між окремими закладами до ресурсозберігаючого типу розвитку.
- з впровадженням принципів профілактичної медицини, реструктуризацією мережі закладів охорони здоров'я, оптимізацією ресурсів і потоків пацієнтів за видами допомоги.

Теоретичне значення дисертаційного дослідження полягає в тому, що представлені в ньому положення можуть бути основою визначення шляхів удосконалення управління процесом формування і використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах ринкових перетворень, обгрунтуванні шляхів удосконалення фінансування медичних закладів шляхом впровадження бюджетно-страхової моделі.

Практичне значення одержаних результатів. Сформульовані та обгрунтовані в дисертаційній роботі наукові результати дають можливість

удосконалити механізм формування та раціонального використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів охорони здоров'я регіону, впровадження бюджетно-страхової моделі фінансування лікувально-профілактичних закладів в умовах становлення ринку медичних послуг. Практична цінність дисертаційної роботи визначається розробкою конкретних заходів по підвищенню ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Результати дисертаційного дослідження в частині обґрунтування напрямів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, формування раціональної професійно-кваліфікаційної структури медичних кадрів, удосконалення фінансового механізму охорони здоров'я регіону та відповідних науково-методичних рекомендацій щодо реформування галузі використані Тернопільською обласною державною адміністрацією при розробці програм економічного і соціального розвитку області.

Довідка №1

Пропозиції щодо структурних перетворень охорони здоров'я регіону, реструктуризації медичної допомоги використані Управлінням охорони здоров'я Тернопільської ОДА при розробці ...

Довідка №2

Окремі положення дисертаційної роботи, методичні рекомендації та розробки використовуються в навчальному процесі при викладанні курсів "Економічний аналіз", "Розміщення продуктивних сил" та інших, які викладаються студентам економічних спеціальностей в Тернопільській академії народного господарства.

Довідка №3.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є одноосібно виконаною науковою працею, в якій викладено авторські розробки методологічних і методичних підходів щодо подальшого поліпшення ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я регіону, напрямків і заходів реформування фінансового забезпечення.

Наукові положення, висновки та рекомендації, представлені в дисертації, отримані автором самостійно і є його особистим внеском у розвиток економічної науки.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дисертаційного дослідження апробовано на

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження загальним обсягом в .. наукових працях, із них.....у фахових виданнях, де дисертант є їх співавтором

Структура дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Повний обсяг дисертації становить Сторінок тексту, який включає... таблиць,....рисунків на ... сторінках. Список використаних джерел, що нараховує.... Найменування викладено на... сторінках, ... додатків займають ... сторінках.

РОЗДІЛ І

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ В УМОВАХ РИНКОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЕКОНОМІКИ

1.1. Передумови формування потенціалу соціальної інфраструктури регіону

Суспільне виробництво являє собою органічне поєднання галузей матеріального виробництва і галузей сфери послуг, при цьому останні беруть участь у процесі відтворення трудового потенціалу і робочої сили, передбачаючи споживання, як матеріальних, так і нематеріальних благ. Процес суспільного виробництва зумовлюється цілісною системою виробничих відносин, пов'язаних з виробництвом, розподілом, обміном і споживанням матеріальних благ та послуг.

Виробничі відносини притаманні, як сфері матеріального виробництва, так і сфері послуг, проте за своїм характером вони суттєво відмінні, але тільки у взаємозв'язку виробничих відносин у сфері виробництва і сфері послуг можуть задовольнятися матеріальні та духовні потреби суспільства, досягається мета суспільного виробництва.

Слід також відмітити, що відносини, які виникають в галузях матеріального виробництва, через фази розподілу, обміну і споживання матеріальних благ безпосередньо пов'язані з виробничими відносинами у сфері послуг.

Остання хоча прямо і не створює матеріальні блага, приймає участь у виробництві валового внутрішнього продукту, здійснює безпосередній вплив на рівень суспільного виробництва, його ефективність, темпи відтворення, розвиток продуктивних сил та удосконалення економічних відносин.

У сфері послуг України зосереджено майже 36% основних фондів та 34,5% працюючих. Але, необхідно відзначити, що за останні п'ять років в Україні сформувалась тенденція скорочення питомої ваги галузей, які надають послуги, у формуванні внутрішнього валового продукту. Так, якщо у 1997 році питома вага валової доданої вартості цих галузей становила 44,9%, то у 2000 році – 40%, у 2001 році – 40,5%¹.

Поняття “потенціалі” походить від латинського слова “potentia”, що перекладається як “сила”, “можливість”, “потужність” і в сучасних умовах розуміється переважно як скриті можливості, наявні умови, котрі можна реалізувати через практичну діяльність.

В літературі наводяться різні визначення економічного потенціалу, наприклад, це здатність економіки країни, її галузей, підприємств, господарств здійснювати виробничо–економічну діяльність, випускати продукцію, товари, послуги, задовольняти потреби населення, суспільні потреби, забезпечувати розвиток виробництва і споживання. Економічний потенціал країни визначається її природними ресурсами, засобами виробництва, трудовим і науково-технічним потенціалом, нагромадженим національним багатством [12, с.588].

На нашу думку, досить вдале визначення потенціалу наведене в економічній енциклопедії: ”Потенціал –сукупність ресурсів та можливостей, які є в розпорядженні суспільства у конкретній галузі, наприклад, військовий потенціал країни – сукупність її економічних, політичних і військових ресурсів для ведення війни”[12, с.587].

Безумовно, сталий розвиток економіки України та окремого регіону можливий лише при збалансованому розвитку як сфери матеріального, так і нематеріального виробництва. Суспільне виробництво і відтворення охоплює велику кількість суб`єктів господарювання, які об`єктивно в силу суспільного поділу праці та складних економічних відносин в процесі виробництва товарів і послуг сфера матеріального та нематеріального

¹ Статистичний щорічник України за 2001 рік. Держкомстат України. – К.: 2002р. – с.

виробництва. У цьому контексті правомірним є й таке визначення: “Економічний потенціал – це такий стан суспільства, коли ефективно використовуються ресурси, що є в його розпорядженні, створюється максимальний обсяг продукції та послуг як виробничого, так і невиробничого характеру” [41, с.16].

Поряд з поняттям “економічний потенціал” у літературних джерелах і в практичній діяльності широко використовується поняття “виробничий потенціал”. При цьому ряд авторів вважає [], що складовими елементами економічного потенціалу є виробничий потенціал, тобто потенціал галузей матеріального виробництва, і потенціал невиробничої сфери, причому останній входить в економічний потенціал не повністю, а лише в частині, яка забезпечує безперервність процесу відтворення.

Згідно з діючою в Україні класифікацією галузей економіки, яка використовується Держкомстатом, сфера невиробничого виробництва включає дві групи галузей:

- перша група – галузі, послуги, яких задовольняють загальні, колективні потреби суспільства (наука і наукове обслуговування, фінансування, кредитування, державне управління);
- друга група – галузі, послуги яких задовольняють культурно-побутові та соціальні потреби населення (житлове та комунальне господарство, невиробничі види побутового обслуговування населення, охорона здоров'я, фізична культура, соціальне забезпечення, освіта, культура, мистецтво, пенсійне забезпечення).

Як відомо, тривалий час використовувалось таке поняття як “невиробнича сфера” []. Більш широкими на наш погляд є поняття “сфера послуг”, яке включає всі сфери економічної діяльності, які забезпечують процес розширеного відтворення матеріальних благ (послуг), нормальні умови життєдіяльності населення, задоволення його матеріальних, духовних та інших потреб. Широкого розповсюдження набуло і поняття “соціальна інфраструктура”(СІ). Остання, за нашими переконаннями, включає

будівництво та експлуатацію, об'єкти житлового і соціально-культурного призначення, охорони здоров'я, роздрібної торгівлі, громадського харчування, пасажирський транспорт, зв'язок, освіта та інші.

Згідно з системи національних рахунків усі галузі економіки поділяються на дві великі групи (сфери):

- галузі, які виробляють товари (промисловість, будівництво, сільське господарство, рибне господарство, лісове господарство та ін.);
- галузі, які надають послуги (транспорт, зв'язок, торгівля та громадське харчування, матеріально-технічне постачання, заготівля, інформаційно-обчислювальне обслуговування, операції з нерухомим майном, загальна комерційна діяльність, геологія та розвідка надр, побутове обслуговування, житлове господарство, комунальне господарство, охорона здоров'я, фізична культура, соціальне забезпечення, освіта, культура та мистецтво, наука та наукове обслуговування, фінанси, кредит, страхування, управління та оборона, громадські організації і об'єднання).

Діючий в Україні Класифікатор видів економічної діяльності (КВЕД) та Єдиний державний реєстр підприємств, організацій та установ (ЕДРПОУ), які адаптовані до світових стандартів, дозволяють досить чітко визначити перелік суб'єктів господарювання, які утворюють соціальну інфраструктуру як по країні в цілому, так і в регіональному розрізі.

Згідно з КВЕД всі види економічної діяльності поділяються на 16 укрупнених груп (секцій):

- сільське господарство, мистецтво та лісове господарство (секція А);
- рибне господарство (секція В);
- добувна промисловість (секція С);
- обробна промисловість (секція Д);
- виробництво електроенергії, газу та води (секція Е);
- будівництво (секція F);

- оптова та роздрібна торгівля; торгівля транспортними засобами; послуги з ремонту (секція G);
- готелі і ресторани (секція H);
- транспорт (секція I);
- фінансова діяльність (секція Y);
- операції з нерухомістю, здавання під найм та послуги юридичним особам (секція K);
- державне управління (секція L);
- освіта (секція M);
- охорона здоров'я та соціальна допомога (секція N);
- колективні, громадські та особисті послуги (секція O);
- послуги домашньої прислуги (секція P).

Хоча соціальна інфраструктура безпосередньо не створює матеріальні блага, без неї процес виробництва є недосконалим або взагалі неможливим. При цьому вона виконує дві основні функції – соціальну та економічну. Соціальна функція полягає у збереженні і відтворенні трудового та духовного потенціалу, а економічна – у створенні умов для відтворення матеріальних благ.

Матеріальне виробництво і соціальна інфраструктура – це дві взаємодоповнюючі і взаємопов'язані системи. Матеріальні та фінансові ресурси, які використовуються для функціонування і розвитку соціальної інфраструктури, створюються галузями матеріального виробництва, тому їх діяльність суттєво впливає на стан та рівень останньої.

Соціальна інфраструктура характеризується відповідною автономністю і значною динамічністю внутрішніх змін. Як системне утворення вона складається з наступних підсистем:

- матеріально-побутової;
- соціально-оздоровчої;
- освітньо-духовної;

- комунікаційної;
- соціально-економічної.

До матеріально-побутової підсистеми відносяться житлово-комунальне господарство, побутове і торгове обслуговування, громадське харчування. Це підсистема в основному задовольняє матеріально-побутові і природні фізіологічні потреби населення.

Соціально-оздоровча підсистема включає заклади охорони здоров'я, спортивні споруди, заклади відпочинку, туристичні організації. Вона призначена для охорони і зміцнення здоров'я людей, організації їх активного відпочинку.

Освітньо-духовна підсистема орієнтована на задоволення пізнавальних, духовних потреб (освіта, культура, мистецтво).

Комунікаційна підсистема включає галузі пасажирського транспорту і зв'язку по обслуговуванню населення.

Соціально-економічна підсистема задовольняє потреби населення в різних послугах і фінансово-кредитних операціях (страхові компанії, правові установи, юридичні консультації, нотаріальні контори) [12, с.259].

Рівень розвитку соціальної інфраструктури характеризується:

- величиною витрат ресурсів, необхідних на її розвиток (матеріальних, фінансових і трудових).
- виробничо-економічними показниками (мережа і потужність підприємств і об'єктів, ефективність функціонування інфраструктури);
- досягнутими соціальними результатами (забезпеченість населення благами і послугами інфраструктури, доступність її об'єктів і установ для населення).

До важливих аспектів становлення і розвитку соціальної інфраструктури відносяться напрямки її вдосконалення, оптимізація співвідношень її підсистем, рівень і темпи розвитку її матеріально-технічної бази.

Науковому дослідженню соціальної інфраструктури як у минулому, так і в сучасних умовах, приділяється багато уваги. При цьому об'єктами

дослідження економічних аспектів її функціонування є форми власності, організація праці та управління об'єктами, форми та рівень оплати праці з врахуванням виду і характеру трудової діяльності, якості та результативності послуг, фінансування та кредитування, система тарифів, способи і нормативи розподілу доходів і прибутку підприємств, організацій та установ соціальної інфраструктури тощо.

В умовах планової економіки галузі соціальної сфери фігурували лише в розхідній частині фонду споживання, оскільки вважалося, що ці галузі не приносять доходу, а тільки існують на дотації держави, оскільки більшість з них надавали населенню послуги або безкоштовно, або за низькими цінами, котрі не покривали втрати та їх функціонування.

В теперішній час галузі економіки, які відносяться до соціальної сфери або соціальної інфраструктури, розглядаються як виробники валового внутрішнього продукту (ВВП) та національного доходу України, що передбачено у системі національних рахунків (СНР).

Часткову уяву про розвиток невиробничої сфери дають показники чисельності зайнятих в ній, вартість основних фондів та матеріальних благ, що використовуються, рівень продуктивності праці, а також натуральні показники обсягу надання послуг, в тому числі в перерахунку на одну особу населення.

Виходячи з вище викладеного потенціал галузей невиробничої сфери доцільно виділити в окремий об'єкт дослідження.

Потенціал соціальної сфери є складовим елементом економічного потенціалу країни, від його розвитку у відповідній мірі залежать умови життя і побуту працівників, в той же час він має суттєвий вплив на економічне зростання.

Так Т.Хачатуров відмічає, що невиробничий потенціал – це кадри працівників невиробничої сфери, її матеріальна база – житлові будинки, комунальне господарство, підприємства і організації побутового обслуговування, торгівлі і громадського харчування, заклади освіти,

установи хорони здоров'я, спорту, мистецтва і науки, а також нагромаджені століттями інтелектуальні цінності – знання, досвід, культура.

Все це – важливі чинники розвитку суспільства, а разом з тим – і економічного розвитку [9, с.3-16].

На думку Т.Троян, потенціал невиробничої сфери можна визначити як “сукупну максимально можливу здатність галузей невиробничої сфери до надання послуг і виконання робіт у відповідності з потребами суспільства в них. Стан потенціалу невиробничої сфери характеризується як кількісними показниками, так і якісними” [10, с.101].

На нашу думку перше визначення невиробничого потенціалу досить неточне і включає характеристики та показники різних рангів. Друге ж визначення сформульовано у відповідності до суті терміну “потенціал” і відповідає сучасним вимогам.

Дійсно, потенціал невиробничої сфери має право на своє самостійне визначення і дослідження, оскільки він є основою нормального протікання виробничого циклу. З одного боку, суспільний поділ праці сприяє відділенню від виробництва процесу надання послуг, який поступово перетворюється у відносно самостійну сферу діяльності із власним потенціалом.

З іншого боку, зв'язки між функцією обслуговування і самим виробництвом посилюються, оскільки їх виникнення слід розглядати як внутрішній момент виробництва. З розвитком науково-технічного прогресу проходить злиття і взаємопроникнення функцій, пов'язаних з виробництвом і його обслуговуванням.

Функції обслуговування впливають на основне виробництво і кінцеві його результати лише в тому випадку, якщо між споживачами і виробниками послуг встановлюються тісні організаційно-економічні зв'язки. Відсутність таких зв'язків може ускладнити організацію виробництва, що негативно впливає на результати діяльності, тому забезпечення ефективних зв'язків між сферами, які надають і споживають послуги, – необхідна умова досягнення високих кінцевих результатів суспільного виробництва.

Головним призначенням невиробничої сфери, відповідно її потенціалу, є забезпечення певного рівня споживання, доповнюючи останнє задоволенням духовних потреб населення, їх освітою, медичним обслуговуванням і т.д., тобто забезпечення всього комплексу, пов'язаного з відтворенням трудових ресурсів. Темпи і рівень розвитку невиробничої сфери, формування об'єктивних умов функціонування різних її галузей залежать, в першу чергу, від ефективності функціонування виробничої сфери. Розвиток продуктивних сил, зростання продуктивності праці в цій сфері безпосередньо впливають на діяльність галузей невиробничої сфери.

Оскільки робоча сила представляє невід'ємну частину продуктивних сил суспільства, то виробнича функція невиробничої сфери необхідна для процесу суспільного виробництва, його розширеного відтворення.

На сучасному етапі розвитку суспільства зростає роль невиробничої сфери, котра забезпечує відтворення трудових ресурсів. Це, в свою чергу, потребує всестороннього, комплексного дослідження тенденцій, закономірностей і особливостей її функціонування та розвитку.

Необхідно зазначити, що існують різні точки зору щодо розмежування матеріального виробництва і невиробничої сфери, контури цих сфер змінюються через введення понять “сфера послуг”, “сфера обслуговування населення”, “соціальна інфраструктура”. Крім цього, здійснюється ототожнення економічних характеристик праці зайнятих в матеріальному виробництві та невиробничій сфері. Так, окремі економісти трактують, наприклад, працю лікаря як виробничу діяльність і знаходять в ній всі атрибути останньої – додатковий продукт, національний дохід тощо.

В економічній літературі пропонується розмежовувати потенціал галузей матеріального виробництва і невиробничої сфери. З погляду автора, потенціал останньої необхідно поділити на складові:

- мережа закладів основні фонди;;
- організаційно-управлінський потенціал;
- матеріальні ресурси;

- трудові ресурси;
- фінансові ресурси.

Розглянемо роль та значення кожного елементу на прикладі однієї з найважливішої, з точки зору відтворення населення і трудового потенціалу галузі, – охорони здоров'я.

Необоротні актики охорони здоров'я включає в себе лікарняні заклади, а також амбулаторно-поліклінічні заклади, які ведуть амбулаторний прийом (поліклініки, амбулаторії, диспансери, поліклінічні відділення лікарняних закладів, лікарські пункти охорони здоров'я тощо). Основним показником потужності лікарняного закладу є кількість лікарняних ліжок. Ємність амбулаторно-поліклінічних закладів характеризується кількістю відвідувань за зміну. Динаміка наведених показників мережі закладів охорони здоров'я по Україні та Тернопільській області наведені в таблицях 1.1, 1.2.

Таблиця 1.1.

Основні показники мережі закладів охорони здоров'я по Україні¹

	1990	1995	1999	2000	2001	2001 до 1990, %
Кількість лікарняних закладів, тис.	3,9	3,9	3,3	3,3	3,3	84,6
Кількість лікарняних ліжок тис. на 10 000 населення	700 135,5	639 125,1	477 96,5	466 95,0	461 94,1	65,8 69,4
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	6,9	7,2	7,3	7,4	7,4	107,2
Ємність амбулаторно-поліклінічних закладів тис. відвідувань за зміну на 10 000 населення	895 173,1	966 189,0	973 196,6	973 198,4	975 198,9	108,9 114,9

Джерело : “Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області”, Статистичний довідковий посібник . Т. 2002р.

¹ Україна у цифрах у 2001 році. – К.: Техніка, 2002.– с.227.

Таблиця 1.2.

Основні показники мережі закладів охорони здоров'я
по Тернопільській області¹

	1990	1995	1999	2000	2001	2001 до 1990, %
Кількість лікарняних закладів	90	89	85	79	77	85
Кількість лікарняних ліжок, тис На 10 000 населення	15,5 132,5	14,3 122,0	11,1 96,0	10,7 93,0	10,4 91,1	68,7
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів	191	188	190	194	198	103,6
Число жіночих консультацій і закладів, що мають жіночі консультації, акушерсько- гінекологічні відділення	56	51	51	51	57	101,7
Кількість дитячих поліклінік і закладів, що мають дитячі відділення	139	131	127	116	117	84,1
Число ліжок(лікарняних) для вагітних жінок, породіль	943	840	719	698	686	72,7
Число госпіталізованих в лікарняні заклади, тис. осіб	267,5	251,9	229,8	235,5	245,3	91,7

Джерело “Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області”, Статистичний довідковий посібник, Т–2002.

З даних, наведених в табл. 1.1 та 1.2 випливає, що по більшості показників мережа лікарняних закладів охорони здоров'я має тенденцію до скорочення, а амбулаторно-поліклінічних – до повільного зростання. По Тернопільській області порівняно з 1995 роком значно скоротилась кількість дитячих поліклінік і закладів, що мають дитячі відділення, а також число ліжок для вагітних жінок і породіль. Число госпіталізованих хоча й менше на 3%, але в останні роки сформувалась тенденція до зростання цього показника.

Організаційно-управлінський потенціал формується у взаємодії великого і складного комплексу чинників, котрі визначають рівень здоров'я

¹ Статистичний щорічник Тернопільської області за 2001 рік. –Тернопіль, 2002.– с.392.

нації. Здоров'я населення характеризується системою статистичних показників, які відображають здатність суспільства (регіону) до відтворення населення в конкретних соціально-економічних умовах, що передбачають відповідне відтворення і якості населення (рис.1.1.). В останні 10-15 років зі зростанням глобалізації економічних і соціальних інститутів виникла проблема прийнятих у міжнародній практиці характеристик і норм здоров'я. Загально визнано здоров'я виражається у вигляді наступних показників:

- народжуваність;
- фізичний розвиток;
- захворюваність;
- смертність;
- рівень життя;
- санітарно-епідеміологічне благополуччя;
- розвиток системи медичної допомоги населенню.

Останнім часом все частіше серед показників здоров'я нації вживаються рівень освіти та характер гігієнічної поведінки великих груп населення та етнокультурні традиції, що впливають на стан здоров'я.

До основних же факторів, які сприяють формуванню здоров'я нації, слід віднести:

- спадковість і генетичний фонд;
- спосіб життя;
- рівень розвитку системи охорони здоров'я;
- стан оточуючого середовища;
- спосіб та рівень життя населення;
- рівень політичних рішень щодо охорони здоров'я.

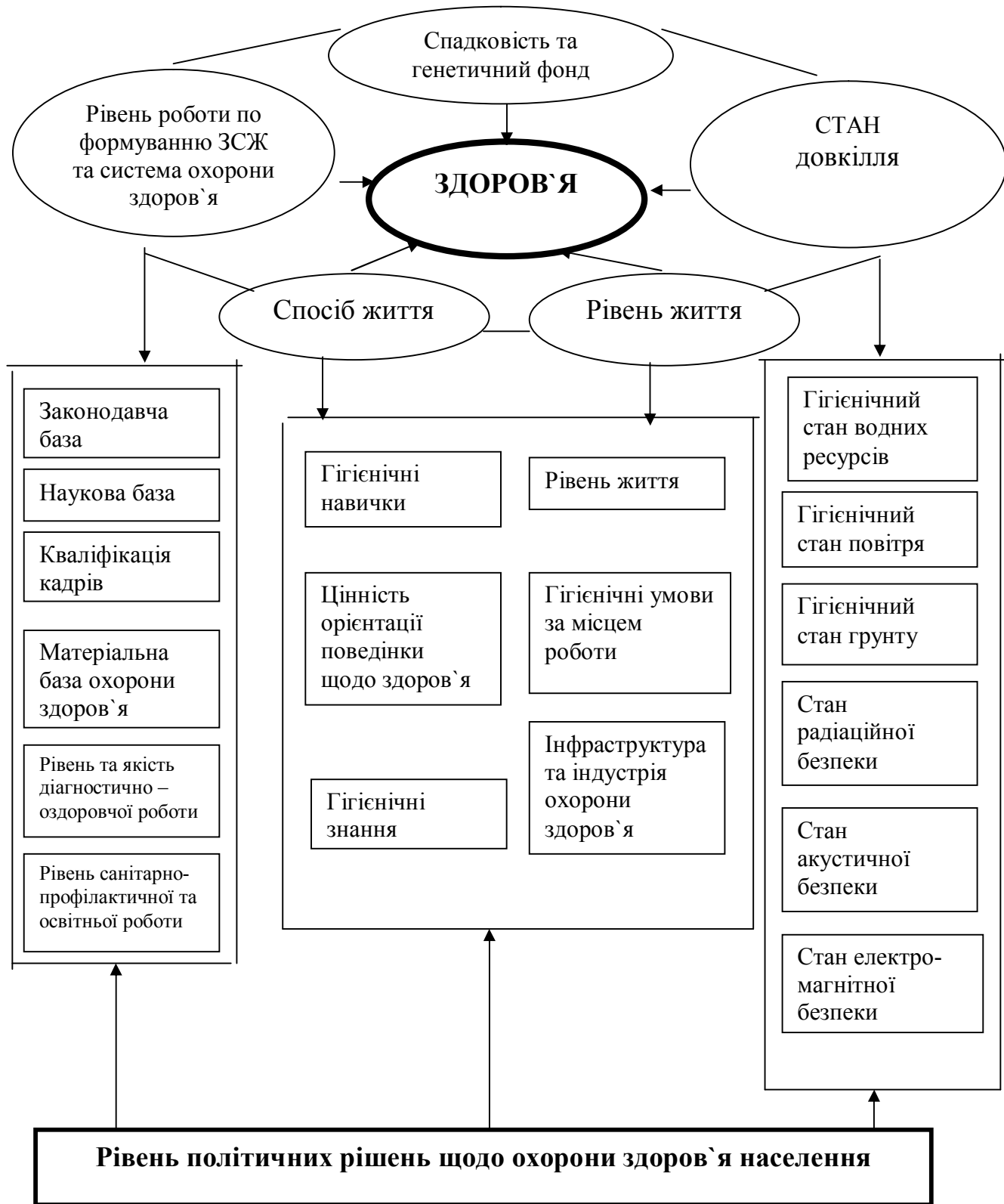


Рис.1.1. Схема взаємодії факторів рівня здоров'я населення

Охорона здоров'я, як до речі, і математика, не може бути національною. Адже вона використовує досягнення науки і техніки всіх країн. У період

створення загальноновизнаних технологій охорони і зміцнення здоров'я населення появились орієнтовні показники норм, що свідчать про достатньо сприятливі рівні здоров'я населення та наявність діючих засобів його зміцнення в окремих країнах, регіонах. Найбільш відомі із цих норм, близькі до універсальних, рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) по досягненню здоров'я дл всіх на все ХХІ століття (в тому числі обсяг ВВП, що направляється на розвиток охорони здоров'я, середня очікувана тривалість життя від народження тощо). То ж не дивно, що ці показники знайшли своє відображення в профілактичних програмах США, Японії, Австралії, Канади та інших країн.

Серед показників розвитку системи охорони здоров'я є її матеріально-технічна база, важливу частину якої складають основні фонди. Від їх наявності, стану та ефективності використання залежить обсяг і якість послуг, які надаються населенню. Ці основні фонди виступають в якості невиробничих основних фондів, при цьому характерним є те, що їх споживання є одночасно процесом надання медичних послуг для задоволення потреб населення. В процесі реалізації своєї соціально-економічної функції вони одночасно виступають у двох формах: предмету споживання для тих, хто користується послугами медичних установ, і засобів праці для тих, хто їх надає.

Таблиця 1.3

Основні засоби охорони здоров'я та соціальної допомоги

Показники	Україна	Тернопільська область	Тернопільська область до України, %
Залишкова вартість основних засобів, тис.грн.	14165821	143409	1,0
Вартість введених основних засобів, тис. грн.	915541	364	0,03
Вартість ліквідованих основних засобів, тис.грн.	276603	1105	0,3
Ступінь зносу, %	42,1	43,0	0,9

Джерело: Основні засоби України у 2001 році. Статистичний бюлетень. К. 2002, с.41-54.

Як видно із таблиці 3, основні засоби системи охорони здоров'я і соціальної допомоги Тернопільської області складають 1 відсоток до України, а вартість введених – лише 0,3%. Це свідчить про те, що темпи відтворення основних засобів у даному регіоні є нижчими загальнодержавних. То ж не дивно, що рівень зносу в регіоні є те ж вищим.

Матеріально-речовими елементами основних невиробничих фондів (засобів) є будівлі, споруди, предмети довгострокового користування (обладнання, транспортні засоби, меблі, господарський інвентар). Проте не всі основні фонди однаково впливають на виконання основних функцій медичних установ. За цією ознакою вони умовно поділяються на активні та пасивні. До перших в закладах охорони здоров'я відносять діагностичне і лікувальне обладнання. Безумовно, випереджаючі темпи росту активної частини основних фондів забезпечують підвищення інтенсивності та ефективності роботи цих установ.

У зв'язку з тим, що останнім часом все вагомішим є такий вид стаціонарного обслуговування населення як “стаціонар на дому”, зростає ролдь портативного медичного обладнання. Серед останніх: “Фея” – апарат теплового лікування додатків пазух носа і горла, ринітів, тонзилітів, гнайморитів.; УЛЧТ ОТ “ЕААТ” – лікує дихальні шляхи, шлунково-кишковий тракт, органи слуху; “АЛМАГ” – апарат магнітотерапевтичний, який захищує лікування артритів, гіпертонічну хворобу; “МАГОФОН” – апарат для магнітоакустичної терапії, лікує травми сугавів, пошкодження м'язів, зв'язок, варикозну хворобу і неврит; “МАВІТ” – лікує простит, простатовезикулит, уретропростатит; “ВІРА” – обладнання для лікування захворюваності прямої кишки – хронічного геморою, анальних тріщ; УТУ-01 “ПРА” – апарат для лікування уретритів.

До другої групи основних фондів відносяться будівлі, споруди, транспортні засоби, інвентар, які лише створюють нормальні умови для функціонування закладів охорони здоров'я. Оцінка складу та структури основних фондів, а також зміна цих параметрів здійснюється з врахуванням

ролі кожного виду. При цьому слід виходити з того, що в загальному висока питома вага активної частини основних фондів та подальше її зростання оцінюється позитивно.

Однією з умов ефективної роботи медичних установ є рівень забезпеченості їх не лише основними фондами, а й іншими матеріальними ресурсами, у тому числі оборотними. Особливість їх використання в цих установах полягає в тому, що по мірі витрачання вони повністю вибувають із господарського обороту, тобто не переносячи свою вартість на вартість “виробленої продукції”. Слід також відмітити, що до складу матеріальних ресурсів включаються також малоцінні та швидкозношувані предмети, які створюють особливу групу матеріальних цінностей у цих установах.

В зв'язку з багаточисельністю установ, великою різноманітністю матеріальних ресурсів, що споживаються ними в певних розмірах, в галузях соціально-культурного комплексу і науки, широкий розвиток отримано централізоване обслуговування установ. Крім цього, деякі товари установи можуть придбати безпосередньо у торговій мережі.

У відповідності з діючою класифікацією до матеріальних ресурсів відносяться матеріали для наукових і навчальних цілей, продукти харчування, господарські матеріали і канцелярські приналежності, медикаменти і перев'язочні засоби, паливо, малоцінний і швидкозношувані предмети та інші. Одні з них (матеріали для наукових цілей, господарські матеріали і медикаменти) безпосередньо використовуються в процесі надання послуг, інші (продукти харчування, м'який інвентар) пов'язані з підтриманням життєдіяльності людей, які отримують послуги.

До трудових ресурсів відносяться працівники закладів охорони здоров'я, які безпосередньо використовуючи потенціал основних засобів і матеріальних ресурсів, надають послуги населенню. Держава регулює підготовку, розподіл, організацію роботи спеціалістів і стимулювання їх праці, здійснюючи це шляхом встановлення нормативів чисельності спеціалістів окремих установ, режиму роботи, рівня оплати праці.

Трудові ресурси закладів охорони здоров'я характеризуються загальною чисельністю лікарів та в розрізі окремих спеціальностей, кількістю середнього медичного персоналу (табл. 1.3.).

Таблиця 1.4.

Показники динаміки чисельності працівників медичних закладів ¹

	1990	1995	1999	2000	2001	2001 до 1990,%
Україна кількість лікарів усіх спеціальностей тис. на 10 000 населення	227 44,0	230 45,1	228 46,0	226 46,2	225 45,8	99 104
кількість середнього медичного персоналу тис. на 10 000 населення	607 117,5	595 116,5	553 111,9	541 110,3	532 108,5	87,6 92,3
Тернопільська область кількість лікарів усіх спеціальностей, чол. у т.ч. на 10 000 населення	5112 43,7	5505 47,0	5440 47,0	5382 47,0	5418 47,4	105,9 108,4
кількість середнього медичного персоналу тис. на 10 000 населення	13,7 117,3	13,2 112,7	12,8 110,3	12,5 109,0	12,4 108,6	90,5 92,5

Джерело: “Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області”, Т–2002.

Як видно з таблиці 1.4., область має непоганий рівень забезпеченості лікарями. Останній показник є кращим ніж по Україні в цілому. При цьому і темпи зростання цього показника є дещо вищими. Якщо за 1990-2001 рр. кількість лікарів на 10 тис. жителів зросла в цілому по Україні на 4 %, то в Тернопільській області – більше ніж на 8%.

Однак не покращилось співвідношення чисельності лікарів і середнього медичного персоналу. На одного лікаря припадає 2,37 середнього медичного

¹ Україна у цифрах у 2001 році. –К.: Техніка, 2002.– с.227; Статистичний щорічник Тернопільської області за 2001 рік.– Тернопіль 2002.– с.392.

персоналу в системі охорони здоров'я Тернопільської області (в 1990 році це співвідношення складало 1:2,68). При такому співвідношенні лікарю доводиться виконувати не властиві йому функції, що негативно позначається не лише на використанні людських ресурсів галузі, а і на якості медичного обслуговування населення.

Слід зазначити, що до загальної кількості лікарів включаються всі лікарі з вищою медичною освітою, які зайняті у лікувальних, санітарних закладах, закладах відпочинку, закладах соціального забезпечення, освіти, науково-дослідних інститутах, закладах, що здійснюють підготовку кадрів, в апараті органів охорони здоров'я, тощо.

До кількості середнього медичного персоналу включаються особи з середньою медичною освітою, які зайняті в лікувальних закладах, закладах відпочинку, санітарних закладах, закладах соціального забезпечення, дошкільних закладах, будинках дитини, тощо.

Працівники закладів охорони здоров'я поділяються на дві основні групи: основний персонал, який безпосередньо приймає участь у наданні послуг (лікарі, середній медичний персонал) та допоміжний персонал (молодший медичний персонал, шофери, реєстратори, тощо).

Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я формуються за рахунок різних джерел, в першу чергу це кошти бюджетів різних рівнів, спрямовані на фінансування діяльності цих закладів. До основних показників можна віднести розмір видатків Зведеного бюджету України на охорону здоров'я та їх питому вагу в загальній сумі видатків, а також видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я та їх питому вагу у загальній сумі видатків (табл. 1.5.).

Видатки Зведеного бюджету України та місцевих бюджетів
Тернопільської області на охорону здоров'я

	1998	1999	2000	2001	2001 до 1998,%
Видатки зведеного бюджету України млн.грн.					
в тому числі на охорону здоров'я млн.грн.	311195,6	34820,9	48148,6	55528,0	178,4
%	3632,0 11,6	3808,7 10,9	4888,2 10,2	6238,9 11,2	171,7 96,55
Видатки місцевих бюджетів Тернопільської області, тис.грн.		282378,7	293741,4	348878,6	123,5
в тому числі на охорону здоров'я тис.грн.		56913,6	68989,2	90199,0	158,4
%		20,2	23,5	25,8	127,7

Джерело: "основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області, Т-2002.

Фінансування медичної сфери має бути достатнім адресним, стабільним і заздалегідь передбачуваним. Разом з тим він має бути прозорим.

Підприємства, включені в ринковий сектор економіки, можуть і повинні брати участь в оплаті медичного обслуговування своїх працівників, а значить в формувати фінансові ресурси даної сфери. Такий соціальний механізм треба налагодити за допомогою законодавства і правової практики в державі. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я формуються за рахунок надання платних послуг, обсяг яких і умовах ринкової трансформації економіки України має тенденцію до зростання (мал.1.1.).

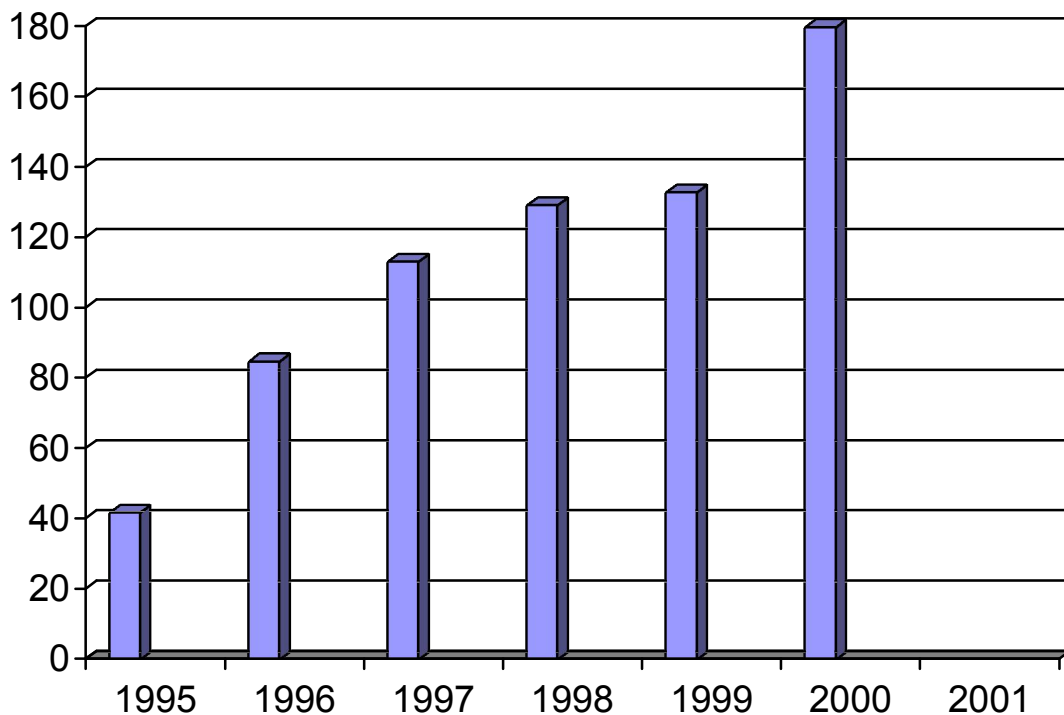
Кожна працююча людина має можливість брати участь в нагромаджувальному чи страховому фонді медицини, що дасть змогу їй протягом усього життя мати доступ до медичних послуг у значно ширшому обсязі, ніж той, на який вона може розраховувати нині.

Враховуючи, що медична допомога має бути функціональною, тобто відповідати потребам і запитам пацієнтів, обсяг і структура послуг мають постійно розширюватись. Разом з тим варто зміщувати акцент в організації медичної допомоги, концентруючись на діагностиці на тій стадії, коли їх легко вилікувати і процес лікування не потребує великих моральних і

матеріальних витрат. Виходячи з того, що здоров'я нації є одним з основних критеріїв якості народонаселення, який тісно взаємопов'язаний з рівнем його освіти, культурними традиціями, умовами життя, станом оточуючого середовища, соціально-економічним розвитком країни та її окремих регіонів, надзвичайно важливим завданням на сьогодні є забезпечення зростання потенціалу галузі охорони здоров'я та забезпечення його ефективного використання.

З одного боку, соціальні та економічні досягнення сприяють покращенню здоров'я населення, хоча такий взаємозв'язок не завжди справджується. З другого боку, здоров'я населення – це фактор відтворення трудового потенціалу та робочої сили, що є об'єктивною умовою розвитку продуктивних сил суспільства. Такі чинники, як старіння населення, поширення гострих та хронічних захворювань, інвалідність населення та інші негативно впливають на економічний розвиток країни.

Необхідною умовою формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я в умовах ринкової трансформації економіки є забезпечення реалізації всіх функцій закладів охорони здоров'я, наявність громадських структур керівництва, а також суспільних і приватних організаційних структур, які б сприяли розробці, здійсненню та оцінці реформ у галузі. В управлінському аспекті повинні функціонувати відповідні організаційні структури та компетентний багатопрофільний персонал, котрі забезпечують одержання та обробку інформації як на загальнонаціональному, так і регіональному рівнях. Необхідна також наявність діючих фінансових ринків; надійне податкове законодавство та управління податками; чітка система звітності; ефективно функціонуючі структури для забезпечення організації медичного страхування, постачання, виробництва медичного обладнання, тощо. Відсутність таких передумов негативно позначається на формуванні та використанні потенціалу охорони здоров'я.



Мал.1.1. Динаміка платних послуг охорони здоров'я, Україна
 “Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я
 Тернопільської області”, Статистичний довідковий посібник”, Т–2002.

1.2. Особливості формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону та ринку медичних послуг

Стратегія розвитку охорони здоров'я в умовах ринку має бути направлена перш за все на збереження і зміцнення здоров'я населення. Адже, як відмічається у “Програмі здоров'я для всіх до 2000р.”, охорона і зміцнення здоров'я народу є суттєвою ознакою невинного економічного і соціального розвитку країни, сприяє підвищенню якості життя. Разом з тим стратегія має передбачити і шляхи не тільки ефективного використання всіх видів ресурсів, але й високу рентабельність їх фінансово-господарської діяльності. Оскільки відомо, що кінцеві результати діяльності медичної установи

зумовлюються її потенціалом, то основу такої стратегії повинні становити принципи, умови та особливості його формування. Формування структурних елементів потенціалу визначає здатність закладів охорони здоров'я надавати медичні послуги, розширяти та оновлювати їх перелік, використовувати новітні медичні технології тощо.

Нині виділяються різні моделі організації охорони здоров'я. Так, у Західному регіоні, у тому числі і на Тернопільщині успішно розвивається система лікарської діяльності за зразком "сімейного лікаря". У бюджеті Тернопільської області на 2001 рік скажімо, на ці цілі було передбачено 200 тис. грн. У Дніпропетровській області формування нової моделі передбачає зміну співвідношення обсягів амбулаторної і стаціонарної допомоги та посилення діагностичного комплексу в структурі амбулаторій.

Пошук оптимальних моделей розвитку медичної сфери є характерним і для інших країн світу. Американська, скажімо, модель передбачає впровадження в організацію медицини практики персональної відповідальності лікарів за обсяг і якість медичних послуг. Подібна модель характерна і системі охорони здоров'я Чехії.

Модель не може бути стабільною. Вона має постійно вдосконалюватись. Однак вона має базуватись, як стверджує О.В. Гушта, на трьох автономних, але взаємопов'язаних сфер суспільно-історичного життя:

- сфери державного управління охороною здоров'я;
- сфери піклування про здоров'я, що належить до громадської самодіяльності;
- сфери професійної медичної діяльності.

Тобто автором пропонується такий підхід до розвитку системи охорони здоров'я, який ґрунтувався б на аналізі взаємодії держави, медичного співавторства і громадських інтересів¹.

У різних моделях організації системи охорони здоров'я по-різному проявляється кожна. У США приміром, пріоритет надається громадській

¹ Гушта О.В. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні // Фінанси України, 2002, №3, с.88.

самодіяльності, що проявляється в ринковій організації системи медичних послуг, високій ринковій вартості медичних послуг, високому авторитеті американської медицини у суспільстві. У розвинених країнах Європи домінуючою є сфера державного управління охороною здоров'я. Скажімо в Німеччині держава сформувала механізм перерахування на охорону здоров'я внесків підприємств. У Швеції держава підтримує організовану ініціативу щодо суспільного піклування про здоров'я, проте пріоритет надається прямим бюджетним асигнуванням на охорону здоров'я.

Пропонуючи модель організації системи охорони здоров'я в умовах формування ринкових відносин в Україні, автор пропонує, щоб вона (модель) базувалась на трьох принципах:

- сфера державного управління охороною здоров'я, сфера професійної медичної діяльності, сфера громадського піклування про здоров'я стають автономними. Держава звільняє лікарів від службової повинності й відмовляється від зобов'язань утримувати всю наявну мережу установ галузі в цілому безвідносно до результатів її діяльності. Держава визначає право лікарів налагоджувати безпосередні відносини з пацієнтами. Громадяни отримують право робити медикам будь-який запит на послугу, а також право відмовити від втручання медиків на свій розсуд (окрім випадків соціально небезпечних захворювань);
- взаємовідносини сфер мають бути побудовані заново на засадах доцільності. Новий тип взаємодії організації автономних сфер повинен визначатися потребою розв'язання завдань побудови доступної, якісної, ефективної, функціональної, ресурсно забезпеченої медичної допомоги.

В цілому погоджуючись з таким підходом ми вважаємо, що слід виділяти три стійких моделі організації охорони здоров'я, які відмінні за ступенем втручання держави, охопленням населення, суспільними програмами, джерелами фінансування, а саме це приватні (ринкові) системи, соціально-страхові та національні. При цьому у чистому вигляді жодна з

названих моделей не реалізована, а зазвичай спостерігається сполучення усіх трьох, але з перевагою однієї, яку можна вважати базовою.

В тому випадку, коли базовою є перша модель, головним інструментом задоволення потреб населення у медичній допомозі є ринок медичних і страхових послуг, який доповнюється державними програмами медичного обслуговування соціально незахищених верств населення. При цьому рівень соціального захисту медичних працівників з боку держави є мінімальним і полягає у контролі за дотриманням “правил гри” на ринку медичних послуг.

При базовій другій моделі основою організації охорони здоров'я є система суспільної медичної допомоги, яка ґрунтується на принципах соціального страхування. Регулююча роль держави досить обмежена і полягає у визначенні переліку послуг, які гарантуються застрахованим; встановленні груп населення, котрі підлягають страхуванню; регулюванні розміру страхових внесків; розробці основних правил поведінки суб'єктів системи охорони здоров'я. Таким чином, ця модель передбачає поєднання ринку медичних послуг з розвинутою системою державного регулювання і соціальних гарантій, використання механізму соціального страхування для забезпечення всіх верств населення медичними послугами незалежно від рівня доходів, віку та стану здоров'я. Роль ринку медичних послуг полягає у задоволенні потреб населення понад гарантований державою рівень.

При базовій державній (бюджетній) моделі охорони здоров'я, яка в найбільш повному обсязі запроваджена у Великобританії, Данії, Португалії, Італії, Іспанії, Канаді, Греції, повне відшкодування витрат на медичні послуги здійснюється за рахунок державного бюджету. Заклади охорони здоров'я та інші чинники виробництва медичних послуг знаходяться у власності і під контролем держави. Ринку відведена другорядна роль для усунення недоліків державного сектора охорони здоров'я. Держава виступає гарантом соціального захисту медичних працівників (мінімальна заробітна плата, пенсійне забезпечення, відпустки та ін.).

У більшості розвинутих зарубіжних країн нагромаджено великий досвід з формування потенціалу охорони здоров'я, в тому числі фінансових ресурсів. Слід зазначити, що в США видатки на охорону здоров'я складають більше ніж 13% ВВП, у Великобританії – 12-13%, в країнах ЄС – в середньому 8-10% [16, с.250].

У цих країнах сформувалось три базові моделі формування фінансового потенціалу охорони здоров'я:

- державна, при якій до 90% коштів надходить з бюджетних джерел (Великобританія, Данія);
- бюджетно-страхова, при якій фінансові ресурси охорони здоров'я формуються за рахунок внесків підприємців, працюючих громадян і субсидій держави, при цьому основним є фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування (Німеччина – 81%, Італія – 87%, Франція – 95%, Швеція – 81%, Японія – 73%);
- приватна, яка передбачає, що діяльність закладів охорони здоров'я фінансується головним чином за рахунок внесків добровільного медичного страхування та реалізації платних послуг населенню (США, Ізраїль, Нідерланди) [16, с.250].

В останні роки практично у всіх розвинутих країнах відбувалось значне зростання обсягів фінансування охорони здоров'я, що зумовлюється значною ресурсоемністю цієї галузі, збільшенням чисельності персоналу, вартості обладнання, сучасних методик лікування, обслуговування хворих.

Однією з основних причин збільшення видатків на охорону здоров'я є зростання потреб населення у різних видах медичної допомоги, що у значній мірі зумовлюється чисельністю та статеві-віковим складом населення, тенденціями демографічного і соціального розвитку, змінами у захворюваності населення та ін. Для України, як і для більшості європейських країн, характерним є висока частка населення похилого віку. Так, на 01.01.2002р. питома вага населення у віці 60 років і старше становила майже 21%, в тому числі для міського населення – 18,4%, сільського – 26%.

Однак на відміну від інших країн, у нашій, що не можна не враховувати при формуванні видатків на розвиток охорони здоров'я, з кожним роком погіршується стан здоров'я населення. Так, якщо за даними експертів Світового банку протягом 1995-2000рр. загальний коефіцієнт смертності у Європі зріс на 6,6%, то в Україні – на 14,7%. Середня тривалість життя знижується і нині становить 67,3 р., у тому числі чоловіків – 61,4, жінок – 72,7; середній вік складає 37,8 років, а співвідношення народжуваності до смертності – 7,8:15,3.

Навіть серед країн СНД, Україна за інтегральним показником стану здоров'я, яким є тривалість життя, займає передостаннє місце (останнє займає Молдова). Тобто стан здоров'я є низьким і дуже низьким і цього не можна не враховувати, формуючи бюджет даної сфери діяльності.

Безумовно, способи формування бюджету охорони здоров'я у кожній країні мають свої особливості, але в той же час існують і певні загальні принципи, які дозволяють здійснювати достатнє фінансування цієї галузі. В залежності від джерел фінансування країни можна охарактеризувати наступним чином (табл.1.6.).

Таблиця 1.6.

Системи окремих країн
пріоритетні джерела фінансування охорони здоров'я

Країна	Державне фінансування	Страховання		Приватне фінансування
		обов'язкове	добровільне	
Австрія	3	1	2	3
Бельгія	3	1	2	3
Великобританія	1		3	2
Греція	1		2	3
Індонезія	1		3	2
Іспанія	3	1	2	3
Італія	1		2	2
Канада	1	1	2	3
Нідерланди		1	2	3
Німеччина	3	1	2	3
США	3	2	1	3
Франція	3	1	2	3

Швеція	1		3	2
Швейцарія		2	1	3
Японія	3	1	2	3

Джерело:

Примітка :

1– пріоритетне значення;

2– друге по значимості та обсягах фінансування;

3– третє по значимості та обсягах фінансування.

Ринкова трансформація економіки України передбачає перехід від переважно галузевого до, головним чином, територіального принципу управління охороною здоров'я, введення нових форм амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного обслуговування населення, більш ефективного використання наявних ресурсів, використання прогресивних форм організації праці медичного персоналу, оптимальне поєднання безкоштовних та платних послуг, підвищення їх якості.

При цьому основною метою формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я як на загальнонаціональному, так і на регіональному рівнях є мобілізація достатніх фінансових ресурсів для реалізації цієї системою своїх функцій. Як свідчать дані таблиці 1.7. одну частину фінансових ресурсів складають ресурси місцевих бюджетів.

Таблиця 1.7.

Динаміка доходів видатків бюджетів України, % ВВП за 1999-2003 роки
(охорона здоров'я)

1999			2003			2001	2002	2003
зведений	державний	місцеві	зведений	державний	місцеві	Зведений прогноз		
2,9	0,3	2,7	2,8	0,4	2,4	2,8	3,2	3,0

Джерело: Бюджет розвитку України на 2002 рік. Додаток до Проекту Державної програми економічного і соціального розвитку України на 2002р. – с.3.

Ресурсний потенціал охорони здоров'я регіону являє собою сукупність трудових, матеріально-технічних, лікарських, природно-лікувальних,

фінансових, організаційно-управлінських та інформаційних ресурсів, які характеризують можливості мережі закладів та організацій щодо задоволення потреб населення у лікувально-профілактичних послугах певного обсягу, структури та якості з урахуванням сучасних вимог та досягнень медичної науки і практики. Його (ресурсний потенціал), на нашу думку, слід розглядати як територіальну складову ресурсного потенціалу національної системи, яка відображає можливості задоволення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці (області, району, міста).

Формування потенціалу закладів охорони здоров'я в умовах становлення ринкових відносин має певні особливості, а саме:

- перехід від бюджетного фінансування охорони здоров'я за окремими статтями видатків до фінансування за довгостроковими стабільними нормативами, які враховують особливості та спрямованість діяльності закладів;
- поєднання бюджетного фінансування діяльності медичних установ з розвитком страхової медицини та платних послуг населенню, діяльністю на договірних умовах з підприємствами і організаціями;
- посилення самостійності закладів, зростання ініціативи трудових колективів у вирішенні питань виробничої діяльності та соціального розвитку;
- встановлення прямої залежності оплати праці, соціального розвитку, матеріального стимулювання від кінцевих результатів діяльності закладів, якості послуг, ефективності праці;
- використання різних форм господарювання, включаючи орендні відносини, індивідуальну трудову діяльність, а також упровадження гнучкої системи оплати праці.

Розв'язання проблем, які стоять перед охороною здоров'я в Україні, можна розглядати як систему заходів правового, економічного, соціального, науково-технічного, освітнього, культурного, організаційно-управлінського, санітарно-гігієнічного, протиепідемічного та медичного характеру, які

спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я населення, продовження тривалості його активного життя і працездатності, створення сприятливих для здоров'я умов побуту і праці, забезпечення гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків, запобігання хвороб та їх лікування.

Для вирішення цих проблем необхідно забезпечити адекватне потребам ресурсне забезпечення, тобто створити ресурсний потенціал охорони здоров'я. Матеріально-технічні ресурси, які представлені основними засобами охорони здоров'я, виступають важливим фактором надання медичних послуг. При цьому основні фонди регіональної охорони здоров'я через специфіку медичних послуг мають подвійний характер. Вони виступають не лише важливим фактором надання (виробництва) лікувально-профілактичних послуг, але й забезпечують їх споживання пацієнтами. Подвійна (виробничо-споживацька) природа основних фондів охорони здоров'я зумовлює необхідність створення в закладах охорони здоров'я регіону не тільки матеріально-технічної бази для ефективної праці медичного персоналу, але й матеріальних умов для споживачів їх послуг.

Другий вагомий чинник виробництва медичних послуг – трудові ресурси. Які з концептуальних позицій можна розглядати як “людський капітал”. При цьому слід враховувати, що профорієнтація, підготовка, перепідготовка і підвищення кваліфікації є інструментом регулювання кадрового потенціалу охорони здоров'я регіону. На відміну від матеріального капіталу, знання при їх використанні не руйнуються, але по мірі появи нових технологій і медичних знань раніше набуті знання та навички застарівають, і часом стають стримуючим фактором для впровадження нового прогресивного досвіду. Тому випереджуваче навчання і систематичне підвищення кваліфікації є необхідною умовою забезпечення відповідності професійно-кваліфікаційного рівня медичного персоналу вимогам науково-технічного і соціального прогресу.

Сучасні системи охорони здоров'я характеризуються інтенсивністю трудозатрат і для їх функціонування необхідний кваліфікаційний і

досвідчений медичний і обслуговуючий персонал. Витрати на формування кадрового потенціалу у багатьох країнах становлять дві третини і більше витрат на охорону здоров'я. Кадровий потенціал може ефективно використовуватись лише при наявності відповідного матеріально-технічного потенціалу, а також лікарських засобів та витратних матеріалів. При цьому необхідно забезпечити баланс цих трьох видів ресурсного потенціалу охорони здоров'я.

Найбільш динамічним видом матеріальних ресурсів охорони здоров'я є медикаменти. Темпи витрат на них у більшості країн перевищують як темпи росту валового внутрішнього продукту, так і темпи росту витрат на охорону здоров'я. Найбільші витрати на медикаменти мають Франція, Японія, Німеччина (15-17% загального обсягу фінансування охорони здоров'я). Уряди країн намагаються стримувати зростання витрат на ліки, використовуючи різноманітні механізми: контроль цін, системи еталонних цін, позитивні та негативні наслідки, участь пацієнтів у витратах, контроль за прибутками фармацевтичних фірм тощо.

Важливою умовою обґрунтованого формування ресурсного потенціалу є наявність відповідної епідеміологічної, соціально-демографічної, медичної та економічної інформації. Національні рахунки охорони здоров'я, які надають інформацію про всі витрати з типами служб та джерелами фінансування, широко використовуються в багатьох країнах для прийняття раціональних рішень щодо його ресурсного забезпечення.

Таким чином, формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону обумовлюється необхідністю скоординованого виконання основних функцій (за визначенням ВОЗ), які можна об'єднати в наступні групи:

1. Організація ресурсів охорони здоров'я: підготовка кадрів; створення медичних закладів; виробництво, постачання і розподіл фармацевтичних продуктів; виробництво медичного обладнання і матеріалів; наукові дослідження в галузі організації охорони здоров'я і медичних технологій;

2. Організація медико-санітарної допомоги: охорона навколишнього середовища; профілактика і сприяння здоров'ю громадян; медична допомога першого рівня; вторинна медична допомога; третинна медична допомога; медична допомога окремим групам населення; медична допомога громадянам з особливими видами розладів здоров'я; організована самодопомога;

3. Механізми економічної підтримки: мобілізація фінансових ресурсів; розподіл фінансових ресурсів;

4. Управління охороною здоров'я: оперативне (поточне) управління; планування охорони здоров'я і формування його політики; інформаційні потоки; координація і системі охорони здоров'я; координація між економічними і соціальними системами; залучення громадськості; медичне законодавство; регулювання кадрових ресурсів; регулювання матеріальних ресурсів; регулювання служб охорони здоров'я; міжнародне співробітництво.

Формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону слід розглядати не як досягнення певної межі, а як процес, пов'язаний з реалізацією принципів гуманізму і демократії, підвищенням відповідальності роботодавців за здоров'я своїх працівників, створення здорових умов праці та побуту, санітарно-гігієнічна освіта громадян, підвищення їх відповідальності за формування здорового способу життя, впровадження принципів медичної і соціальної профілактики, створення системи медичного страхування. Це є основою для обґрунтування стратегії раціоналізації ресурсного забезпечення охорони здоров'я.

На формування потенціалу охорони здоров'я має вплив правова база, яка на сьогодні ще достатньо не розроблена. Однак зміни у сфері соціально-економічних відносин вимагають реформування системи охорони здоров'я на нових засадах, що відповідають сучасним умовам, оскільки охорона здоров'я є ваговою складовою соціально-економічної системи і має трансформуватися разом з нею.

На нашу думку, найбільш повно ці підходи сформульовані в статті 4 “Основи законодавства України про охорону здоров’я”. До них належать:

- визначення охорони здоров’я в Україні пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини в галузі охорони здоров’я та забезпечення пов’язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верст населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров’я;
- відповідність завданням в рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість закладів охорони здоров’я;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров’я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров’я;
- випереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, економічний та медичний підхід до охорони здоров’я;
- багатукладність економіки охорони здоров’я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємств і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійність працівників охорони здоров’я на правовій та договірній основі [].

Враховуючи те, що розвиток ринкових відносин неминуче призведе до трансформації економічних відносин і в галузі охорони здоров’я, доцільно визначити поняття “ринок медичних послуг”.

Під ринком медичних послуг ми розуміємо особливу сферу грошових відносин, де об'єктом купівлі-продажу виступає медична послуга та формується пропозиція і попит на неї. Об'єктивною основою розвитку ринку медичних послуг виступає необхідність безперервної лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Названий ринок можна розглядати як форму організації грошових відносин із формуванням і розподілом бюджетних коштів для забезпечення потреб населення у послугах закладів охорони здоров'я, та сукупність страхових фондів різних видів і організацій, які приймають участь у наданні медичної допомоги. В сучасних умовах ринок медичних послуг формується разом з розвитком товарно-грошових відносин і повинен відповідати загальному рівню "ринковості" в країні.

В економічній літературі пропонуються різні схеми формування механізму соціально-орієнтованого ринкового господарства, в тому числі визначення місця охорони здоров'я в цьому механізмі [11, с.82]. суть цих проєкцій зводиться до того, що сучасний стан охорони здоров'я в Україні характеризується недостатнім ресурсним і фінансовим забезпеченням, низькою ефективністю діяльності лікувально-профілактичних установ, неадекватною якістю медичної допомоги при наявності достатньої забезпеченості населення медичними працівниками та лікарняними ліжками. Тому перед охороною здоров'я продовжує стояти масштабне завдання по проведенню комплексної реформи, в основу якої може бути покладено розвиток медичного страхування, посилення конкуренції закладів охорони здоров'я, державні гарантії по забезпеченню населення безплатною медичною допомогою.

Медичні установи перш за все необхідно розглядати як такі, що надають медичні послуги. З точки зору споживача медична послуга (як окремий випадок медичної допомоги) – це відповідний набір медичних заходів (профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних), які проводяться по відношенню до клієнта по одиничному (або нозологічному)

приводу його звернення до медичної установи, найчастіше вони надаються на індивідуальному рівні та відносяться до категорії особистих послуг.

Слід відзначити, що медичні послуги мають свої особливості у порівнянні з іншими видами послуг, що у значній мірі обмежує дію законів ринку в галузі охорони здоров'я. По-перше, результат професійної діяльності медичних працівників, як правило, суттєво пов'язаний із самим пацієнтом. Це зумовлює індивідуальність і нестандартність підходу медичного працівника до пацієнта, вимагає врахування особливостей організму, розвитку і протікання патології, психологічного, статево-вікового та інших факторів. Надання медичної послуги вимагає особистого контакту її виробника, тобто медичного працівника, зі споживачем (пацієнтом), при цьому споживання значного числа послуг співпадає по часу з їх наданням. По-друге, медична послуга досить часто має характер обов'язкової потреби і тому не може бути замінена іншою (наприклад, оперативне втручання). По-третє, особливістю медичної послуги є те, що не завжди існує чіткий взаємозв'язок між затратами праці медичного персоналу та її кінцевими результатами.

У сфері охорони здоров'я економічні доміанти не є головними. Реалізація прав особистості на отримання доступної, кваліфікованої і достатньої медичної допомоги передбачає реалізацію наступних принципів:

- обмеження прав інтелектуальної власності в галузі охорони здоров'я на лікувально-діагностичні методи, лікувальні та реабілітаційні технології, фармацевтичні препарати і т.д., що дозволяє обмежити рівень комерціалізації охорони здоров'я і нестримний ріст вартості допомоги;
- поєднання економічної ефективності та соціальної справедливості в діяльності системи охорони здоров'я. Останній принцип дозволяє забезпечити гуманність діяльності медичних працівників і системи охорони здоров'я, оскільки в деяких випадках перевага надається забезпеченню соціальної ефективності.

Існують відповідні організаційно-економічні та правові передумови формування і функціонування ринку медичних послуг, до яких можна віднести:

- створення повноцінного конкурентного середовища в галузі охорони здоров'я, що забезпечується існуванням закладів різних форм власності та господарювання;
- можливість для всіх учасників ринку вільного доступу до нього, в тому числі й для приватно працюючих лікарів, рівного доступу до наявних ресурсів;
- повноцінне забезпечення необхідною інформацією всіх учасників ринку, як виробників, так і споживачів медичних послуг;
- забезпечення державного регулювання та управління ринковими процесами в галузі охорони здоров'я.

В економічній літературі пропонується розглядати ринок медичних послуг в рамках трьох ієрархічних рівнів. Так, на мікрорівні дослідженнями охоплюються окремі структурні підрозділи та заклади охорони здоров'я, при цьому головним мікроекономічним елементом виступає ЛПЗ, котрий розглядається як суб'єкт господарювання. На макрорівні вивчаються відносини, які складаються у процесі взаємодії галузі охорони здоров'я з іншими галузями економіки, яких налічується біля тридцяти (медична та фармацевтична промисловість, приладобудування, легка та харчова промисловість, транспорт, будівництво, торгівля та ін.). В сучасних умовах інтегрування багатьох видів лікувально-профілактичної діяльності на інтернаціональному рівні, макроекономічні відносини виходять на рівень всесвітнього господарства.

Загальною метою дослідження ринку медичних послуг є вивчення економічних відносин, які об'єктивно складаються між суб'єктами ринку в процесі здійснення професійної медичної діяльності. При цьому необхідно зазначити, що дані відносини формуються у двох площинах – організаційно-економічній та соціально-економічній. Характер першої визначається

технологією власне лікувального та профілактичного процесів і відображає ті загальні риси, які має вся сукупність медичних закладів конкретного типу (лікарні, поліклініки, діагностичні центри, диспансери, тощо). Друга площина характеризується специфічними рисами фінансово-господарської діяльності медичних закладів, котрі мають різні умови функціонування (державні, приватні, акціонерні, тощо).

В останні роки все частіше виділяється мідірівень ринку медичних послуг, який формується в межах галузі охорони здоров'я, котра складається з окремих підгалузей, структурних елементів та окремих закладів, які об'єднані одним функціональним завданням – охороною та зміцненням здоров'я нації в цілому та її окремих індивідів.

На думку автора, необхідно виділити четвертий рівень – регіональний, який охоплює відносини, що складаються в процесі надання медичних послуг закладами охорони здоров'я в межах адміністративно-територіального поділу, тобто на рівні області, району, міста, села (селища).

Процес формування ринку медичних послуг в Україні протікає на фоні негативних явищ, притаманних перехідному періоду, а саме:

1. Гострий дефіцит фінансових ресурсів. Залишковий принцип фінансування системи охорони здоров'я продовжується і нині. Так у 2001 р. видатки на охорону здоров'я склали 2,6%, тоді як країни світу на ці цілі витратили 8% ВВП. Статтею 12 “Основ законодавства про охорону здоров'я” передбачено на галузь виділяти не менше 10% ВВП. З часу прийняття цього законодавства жодного року не було досягнуто цієї цифри. (Україна займає 32 місце за витратами на медичне обслуговування на одну особу та 34 місце за часткою ВВП, що спрямовується на охорону здоров'я). В цих умовах відбувається зміщення структури надання медичних послуг у бік орожчих видів. У фінансуванні закладів охорони здоров'я переважає залишковий принцип, а у їх діяльності – затратний.

2. Зниження рівня управління системою охорон здоров'я. В результаті до цього часу основна частина бюджетних витрат йде на стаціонарну допомогу. У 2002 році вони склали більше 61% загальних витрат бюджету, тоді як на амбулаторно-поліклінічну – 19,8%. У значній мірі втрачена комплексність системи, помітно впав рівень стратегічного і поточного планування, втрата адміністративних важелів управління мережею ЛПЗ не компенсована засобами економічного управління, а органи державного і муніципального управління не мають дієвих важелів впливу на діяльність закладів охорони здоров'я. В результаті цього система охорони здоров'я спрямовує свої зусилля на надання медичної допомоги хворим, не виконує своєї основної – профілактичної функції.
3. Недостатній розвиток механізмів економічного і суспільного контролю за якістю медичних послуг, внаслідок чого стають частішими випадки несвоєчасних і помилкових діагнозів, застосування неповного або невірної лікування, що в свою чергу, призводить до зростання рівня захворюваності та смертності населення. Послаблена кризою система охорони здоров'я у сучасних надзвичайно складних умовах її існування вже не в змозі нейтралізувати негативний вплив на здоров'я населення численних соціально-економічних чинників, які підвищують ризик захворювання і смерті. Як наслідок, система охорони здоров'я все більше віддаляється від потреб громадян.
4. Нормативно-правова база вітчизняної охорони здоров'я є недостатньою і суперечить міжнародним зобов'язанням України. Законодавчий процес у сфері охорони здоров'я хаотичний і дезорієнтований відносно національних пріоритетів. Наприклад, це несумісність національних стандартів якості і відповідних санітарно-гігієнічних норм виробництва ліків, вакцин, тест-систем, медичного обладнання, продуктів харчування, питної води відповідно до

міжнародних стандартів; відсутність гарантій якості і безпеки національної служби донорства внаслідок платної системи донорства і дозволу переливати неперевірену на ВІЧ/СНІД кров, тощо.

5. Відсутність чіткої комплексної стратегії реформування галузі, котра як система закладів та цілеспрямованих дій по забезпеченню доступної, якісної та економічно-ефективної медичної допомоги населенню не повністю виконує покладені на неї функції. При цьому різко знизився рівень державних гарантій навіть за мінімальним стандартом надання медичної допомоги.

Необхідно відмітити, що формування ринку медичних послуг відбувається в умовах погіршення як демографічної ситуації, так і показників, що характеризують здоров'я населення. Продовжує зменшуватись рівень народжуваності, зростають показники смертності, високими залишаються смертність серед немовлят, захворюваність та інвалідність (таблиця 1.8.).

Таблиця 1.8.

Динаміка чисельності померлих від основних причин смертності, тис.чол.

Показник	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2001,%
Всього померло	629,6	792,6	719,9	739,2	758,1	746,0	100
з них від:							
хвороб системи кровобігу	332,9	450,4	434,0	448,9	463,9	457,4	61,3
новоутворень	102,3	102,5	97,8	98,5	97,8	951,6	12,8
у т.ч. злоякісних	101,4	101,7	97,0	97,8	97,1	94,9	12,7
нещасних випадків і травм	55,6	82,6	69,6	71,2	73,6	75,3	10,1
у т.ч. отруень алкоголем	5,4	10,4	8,0	8,6	9,4	9,8	1,3
хвороб органів травлення	37,3	46,1	36,3	37,1	37,9	33,5	4,5

Таблицю складено на основі даних Статистичного щорічника України за 2001 рік. К.: Техніка, 2002, с.356.

Як свідчать тані таблиці 1.8 серед факторів, які визначають стан здоров'я населення та рівень смертності, можна виділити наступні:

- Смертність від хвороб системи кровообігу. Разом з тим високою є смертність від новоутворень та нещасних випадків і травм. З цієї причини за останні три роки (1999-2001) в Україні померло більше 220 тис. чол., з них від отруєнь алкоголем – майже 28 тис. чол., вбивств – 19 тис.чол., самогубств – більше 42 тис.
- Високим продовжує залишатись рівень захворюваності, пов'язаної з соціально-побутовими чинниками та умовами (інфекції, туберкульоз, венеричні хвороби, алкоголізм, наркоманія). Так, на кінець 2001 р. з діагнозом розкладу психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (алкоголізм та алкогольні психози) перебувало на обліку 679,3 тис. чол., наркоманів і токсикоманів – 82,3 тис.чол. Кількість хворих з діагнозом активного туберкульозу органів дихання, що встановлений уперше, зросла порівняно з 1990 роком більше ніж у 2 рази і становила на кінець 2001 року 31,7 тис. чол., а на обліку в медичних закладах перебувало 131,8 тис. осіб.¹ []
- В Україні продовжує мати місце зростання рівня захворюваності населення, зумовленої поведінковими факторами ризику, а саме хвороб, що передаються статевим шляхом (сифіліс, гонорея, СНІД). Так, кількість хворих на сифіліс з діагнозом, що встановлений у перше, зросла з 3,1 тис. чол. у 1990р. до 37,8 тис. чол. у 2001 р., а на кінець 2001 р. перебуло на обліку в медичних закладах 151, 4 тис. осіб. Кількість ВІЛ –інфікованих, з діагнозом, встановленим у перше, за останні чотири роки збільшилась у 4,2 рази, а хворих на СНІД – у 21 рази. На кінець 2001 року на обліку у медичних закладах перебувало 34103 ВІЛ-інфікованих та 1224 хворих на СНІД²; []
- Невирішеною залишається проблема материнства та дитинства, і як наслідок – висока дитяча та материнська смертність, хвороби вагітних, нездорові новонароджені і діти, аборти тощо. Наприклад, негативні

¹ Україна у цифрах у 2001 році. Короткий статичний довідник. – К.: Техніка, 2002.– с.228,229.

² Статистичний щорічник України за 2001 рік. – К.: “Техніка”, 2002. – с. 484, 485, 489.

тенденції стану здоров'я майбутньої матері відзначаються вже у підлітковому віці. Щорічно у репродуктивний вік вступає біля 13 тисяч дівчаток із соматичною патологією, яка згодом формує групи високого ризику перинатальної патології.

Інтенсивно знижується і кількість живонароджених – з 15,0 на 1000 населення в 1985 році до 7,8 у 2001 р. За цим показником Україна займає 41 місце серед країн Європейського регіону. Викликає занепокоєння і стан дітей, які народилися живими. Сьогодні кожна п'ята дитина народжується з відхиленнями в стані здоров'я, 39 з кожної тисячі новонароджених з'являються на світ з вродженими аномаліями і спадковими захворюваннями. Щорічно більше 4 тис. дітей помирають у віці до одного року, з них біля трьох тисяч – від вроджених аномалій і стану, що виникає в перинатальному періоді.

Негативні тенденції соматичного і репродуктивного здоров'я жінок загрожують і стану здоров'я дітей. Незважаючи на деяке зниження рівня загальної захворюваності дітей, стан їх здоров'я за останні роки характеризується збільшенням частоти вроджених аномалій і спадкових хвороб, зростанням хронічних захворювань, сполученої патології, інвалідністю. У кожній четвертій дитини першого року життя виявляється патологія, пов'язана з перинатальним періодом, у кожного десятого сформувалось захворювання нервової системи та органів чуттів, кожного сімнадцятого – захворювання органів травлення, дев'ять з кожних 10 дітей переносять захворювання органів дихання.

Нині тільки біля 10% дітей шкільного віку можна віднести до категорії здорових, а кожна 78-а дитина України – інвалід з дитинства. Виходячи з тенденцій в стані здоров'я нових генерацій дітей, у найближчі 5-10 років, можна очікувати погіршення його за рахунок зростання вроджених і спадкових захворювань, новоутворень, хронічних захворювань органів травлення, кістково-м'язової системи, крові і кровотворних органів,

інфекційно-алергічних захворювань, що в 25-30% випадків призводить до інвалідності [16].

Необхідно зазначити, що відтворювальна функція охорони здоров'я, процес формування ринку медичних послуг знаходиться під безпосереднім впливом відношень власності, котрі зумовлюють напрямки розвитку, принципи функціонування, організаційну структуру галузі, характер та тривалість економічних зв'язків, тощо. В Україні здійснюється формування передумов розвитку ринкових відносин, як і в першу чергу пов'язуються з процесами роздержавлення і приватизації. У цьому контексті доцільно розглядати зміст процесів реформування охорони здоров'я, котрі в сучасній медико-соціальной теорії трактуються як головні напрямки ринкової трансформації галузі [19].

В економічній літературі приватизація розглядається як політико-правовий акт, спрямований на зміну форми власності, на перетворення державної власності у комунальну, приватну або колективну. Стосовно охорони здоров'я розробляються різні концепції передачі у приватну та колективну власність лікарень, поліклінік, аптек з наданням їм рівних прав з державними закладами. Пропонується приватизація закладів первинної медичної допомоги – поліклінік, медико-санітарних частин, аптек та ін., тобто саме тих об'єктів охорони здоров'я, куди в першу чергу звертається населення, де воно переважно не тільки починає, але й завершує лікування. Разом з тим до процесу приватизації пропонується залучати також великі потужні заклади –лікарні, клініко-діагностичні центри, клінічні лікарні АМН України та ін. [22].

В Україні станом на 1.01.2002р. з 19 277 об'єктів ЄДРПОУ, які відносяться до охорони здоров'я та соціальной допомоги знаходились у державній власності –2105 (10,9%), комунальній – 5718(29,7%), приватній – 2178 (11,3%), колективній – 9178 (47,6%) об'єктів. Протягом 2001 р. змінили форму власності 98 об'єктів, загальна вартість майна яких згідно з актами

оцінки становила 23, 4 млн.грн., в тому числі тієї, що підлягала приватизації – 19,3 млн.грн.¹ []

Не заперечуючи значення приватизації для розвитку охорони здоров'я і не вдаючись в полеміку про її переваги і недоліки необхідно зазначити, що вона протягом певного періоду буде виступати як необхідний елемент процесу формування ринкових відносин в охорони здоров'я та ринку медичних послуг, з усіма соціальними наслідками. В цих умовах дуже важливо провести комплексну наукову медико–економічну експертизу концепції роздержавлення, приватизації охорони здоров'я. В першу чергу вона повинна становити собою цілісну систему прогнозів очікуваних медико–соціальних наслідків від приватизації об'єктів охорони здоров'я. При цьому прогнози повинні бути складені за різноманітними показниками і рівнями, наприклад показники розвитку охорони здоров'я – фінансовий, матеріально–технічний, кадровий потенціал; показники, що характеризують стан здоров'я в розрізі суспільства в цілому, кожної соціальної групи, окремого індивіда.

1.3. Методичні підходи визначення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я регіону та диференціація моделей господарювання в умовах бюджетно-страхової моделі фінансування

В процесі дослідження функціонування регіональної системи охорони здоров'я необхідно виділити три категорії ефективності – економічну, медичну і соціальну. При визначення економічної ефективності враховуються наступні аспекти:

- ефективність використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону;
- прямий ефект (внутрішній), який проявляється в обсягах та якості наданих послуг, та зовнішні, котрий втілюється в приріст виробництва

¹ Україна у цифрах у 2001 році. Короткий статичний довідник.-К.: Техніка.- 2002.- с.160,172.

матеріальних благ. Зіставляючи внутрішній та зовнішній ефект з витратами, можна визначити ефективність діяльності охорони здоров'я; – макроекономічна (народногосподарська) ефективність, яку, наприклад, можна визначити як відношення приросту у ВВП або валової доданої вартості за рахунок охорони здоров'я до видатків на охорону здоров'я.

Під медичною ефективністю розуміють ступінь досягнення поставлених цілей у профілактиці, діагностиці і лікуванні захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності і результативності [29]. І якщо медична ефективність характеризується показниками поліпшення здоров'я кожного конкретного індивіда від початку захворювання до повного видужання, то соціальна ефективність – зниження абсолютних і відносних показників захворюваності населення внаслідок лікувально-профілактичних заходів, зростанням якості та культури медичних послуг та ін.

В рамках даного дослідження доцільно зосередити увагу на економічній ефективності охорони здоров'я регіону.

В нинішній час накопичений певний досвід (вітчизняний і зарубіжний) визначення економічної ефективності різноманітних програм і форм медичної допомоги, охорони здоров'я в цілому. Ці дослідження можна умовно поділити на декілька напрямків. Перший – вивчення економічних збитків, що викликані захворюваністю з тимчасовою втратою працездатності населення, а також економічною ефективністю ліквідації окремих захворювань. Так, наприклад, пропонується охарактеризувати ефективність охорони здоров'я обсягом заощадженої праці, який виражений у збереженні людино-років життя і абсолютному прирості національного доходу.

В основу другого напрямку покладене вивчення ефективності медичного втручання. Складність даного завдання визначається різноманітністю підходів до визначення критеріїв ефективності того або іншого втручання. Такими критеріями можуть бути збільшення тривалості життя, поліпшення його якості, економія фінансових ресурсів, а також отримання прямої

економічної ефективності. В зв'язку з цим існує декілька методик аналізу ефективності, вартісно-утилітарний аналіз та ін. [35].

Під аналізом мінімізації вартості розуміється такий підхід до оцінки ефективності альтернативних засобів лікування та обстеження, при якому економічно ефективним визнається той засіб, що дозволяє зберегти фінансові ресурси. В тісному зв'язку з поняттям мінімізації вартості медичного втручання знаходиться і поняття “економічність”, під яким розуміється отримання найбільшого ефекту медичної допомоги з найменшими витратами на неї [37].

При проведенні вартісного аналізу ефективності медичного втручання під економічною ефективністю розуміють отримання додаткових переваг за рахунок додаткових засобів. Згідно з цим критерієм, одне втручання буде економічно ефективнішим у порівнянні з іншим, якщо: а) воно вимагає менших грошових коштів, але при цьому по меншій мірі є таким же ефективним; б) є більше ефективним, але більш дорогим, при цьому його додаткові переваги виправдовують додаткові витрати; в) є менш ефективним, але й дешевшим, при цьому додаткові переваги втручання не виправдовують додаткових витрат. Метою розрахунків при вартісному аналізі ефективності є отримання співвідношення “вартість-ефективність”, який виражений у формі додаткової грошової суми, що необхідно витратити для отримання одного врятованого життя в рік [38].

Разом з тим економічна оцінка медичного втручання з допомогою вартісного аналізу ефективності має певні обмеження. Вони пов'язані з тим, що часто вимагається комплексна оцінка ефективності лікування і, відповідно, є потреба враховувати його вплив не тільки на тривалість, але і на якість життя, що зумовлені станом здоров'я населення. Для подолання цих обмежень був розроблений метод, котрий дозволяє проводити економічну оцінку медичних втручань на основі співставлення даних про витрачені засоби з даними про тривалість життя і його якість. Даний метод базується на теорії утилітарності, що описує способи прийняття рішень в умовах

невизначеності. Ключовим моментом методу є вибір заздалегідь встановлених утилітарних показників, що у кількісній формі відбивають зумовлену станом здоров'я населення якість життя при різноманітних станах або захворюваннях. Звичайно, показники розташуються у порядку зменшення якості життя від повного здоров'я (1,00) до смерті (0,00), наприклад, симптоми менопаузи – 0,99; помірно виражена стенокардія – 0,70; важка стенокардія – 0,55; перебування на стаціонарному лікуванні – 0,33 і т.п. Перевагами даного методу є не тільки багатопланове врахування наслідків захворювання і лікування, але і можливість вибору пацієнтом і лікарем найбільш прийнятого в конкретній ситуації медичного втручання з наступним співвідношенням його результатів з можливими фінансовими ресурсами [39].

Нарешті триває пошук узагальнюючого показника інтегральної ефективності охорони здоров'я, що дозволив би звести воедино натуральні і вартісні вимірники. Перша спроба розробки такого показника була зроблена у “Методичних рекомендаціях з оцінки економічної ефективності лікувально-профілактичної допомоги”, де проблеми підвищення економічної ефективності охорони здоров'я розглядаються з точки зору впливу галузі на розвиток суспільного виробництва і підвищення ефективності використання ресурсів в самій системі охорони здоров'я, тобто досліджується в основному її народногосподарська ефективність [41]. Однак застосування цих рекомендацій при аналізі соціально-економічних процесів в охороні здоров'я не дозволило оптимально звести їх до понять і категорій (медична, соціальна, економічна ефективність; система вимірників – натуральних, вартісних; рівні ефективності та інше), виділити із сукупності процесів господарської діяльності тільки такі, що істотно впливають на якість охорони здоров'я в цілому, на відтворення здоров'я населення, на ефективність відтворювальної діяльності не тільки на рівні окремих закладів і установ, але й на регіональному і національному.

Таким чином, можна констатувати, що в нинішній час дослідниками визнається необхідність розрахунків, з допомогою яких визначається економічна ефективність тих або інших лікувально-профілактичних програм або всієї системи охорони здоров'я в цілому. Необхідність у таких розрахунках зростає, оскільки ринок медичних послуг істотно відрізняється від звичайного ринку товарів, де попит і пропозиція регулюються ціновими механізмами. В зв'язку з обмеженими можливостями застосування вартісного механізму, суспільство змушене вдаватись до розподілу коштів на охорону здоров'я. В цих умовах дані результати економічної оцінки ефективності конкретної медичної програми служать основним джерелом інформації при прийнятті управлінських рішень.

Тому незважаючи на те, що методи розрахунків економічної ефективності охорони здоров'я не позбавлені недоліків, актуальною є сама постановка питання про оцінку ролі галузі в суспільному відтворенні. У свою чергу, вивчення основних функцій охорони здоров'я з урахуванням сучасних особливостей суспільного відтворення дозволяє не тільки краще зрозуміти його соціальне і економічне значення, але і глибше виявити об'єктивну мету економічного механізму управління охороною здоров'я.

Розуміння об'єктивної форми і суті сучасної системи охорони здоров'я регіону, виявлення об'єктивних законів її функціонування дозволяють не лише впливати на систему адекватно завданням управління, але й реалізувати наукове прогнозування варіантів її розвитку.

В умовах ринкової трансформації економіки України до головних стратегічних завдань в галузі охорони здоров'я належать:

- забезпечення взаємозв'язку гарантованої загальнодоступної медичної допомоги, фізичної культури та здорового способу життя;
- реалізації прав пацієнтів на одержання високоякісних медичних послуг, свободи вибору ними форм медичного обслуговування в умовах поєднання безкоштовної гарантованої медичної допомоги і платних медико-соціальних послуг;

- формування різних форм господарювання в галузі;
- розширення джерел фінансування і ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, підвищення їх відповідальності за використання ресурсів та якість медико-соціальних послуг;
- гнучке сполучення галузевого і територіального управління, посилення внутрішньогалузевих і міжгалузевих зв'язків, підвищення ролі органів місцевого самоврядування в справі розвитку охорони здоров'я;
- посилення демократичних засад в управлінні галуззю та розвиток самоврядування медичних закладів.

Проте, створюючи необхідні умови для реалізації державної політики в охороні здоров'я із урахуванням особливостей входження галузі в систему ринкових відносин, необхідно зробити акцент не стільки на перевазі тих чи інших стратегічних рішень, скільки на аналізі можливих негативних наслідків, розробити механізм їх нейтралізації.

Нові умови господарювання закладів охорони здоров'я, діюча система управління і господарювання повинні були зацікавити керівництва лікувально-профілактичних закладів в зміні напрямків діяльності у відповідності з критеріями поточної економічної вигоди. Такий принцип функціонування лежить в основі роботи лікувально-профілактичних закладів в умовах медичного страхування.

Проте поки не знайдений захисний механізм тих соціально значимих видів медичних послуг, що не знаходять адекватного відображення в існуючому платоспроможному попиті, ці види медичних послуг потребують підтримки з боку суспільства. Саме з цієї причини, на наш погляд очевидним є недостатнє стимулювання профілактики, тому що ні охорона здоров'я, ні органи місцевого самоврядування, ні підприємства і трудові колективи серйозно не зацікавлені в профілактичній роботі. Відсутня також економічна зацікавленість у профілактиці захворювань самого працівника. Як і раніше

профілактична спрямованість вітчизняної охорони здоров'я залишається більше декларацією, ніж реальністю.

Новий господарський механізм стимулював структурні зміни в цінах без помітного покращання якості лікування. В зв'язку з цим економічні можливості закладів охорони здоров'я вкрай диференційовані, а перерозподіл коштів неминуче буде йти в розрізі економічної і медичної діяльності. Тому існують випадки, коли окремі види лікувально-профілактичних послуг витісняються на другий план більш економічно вигідними видами діяльності, в тому числі такими, які мають мало спільного з профілем медичного закладу. Наприклад, стаціонар замінюється швидкою медичною допомогою без реальної необхідності, а розрахунок з медичним закладом за тарифами денних витрат і числом пацієнтоднів веде до подорожчання лікування.

Практикою доведено, що є значні економічні, юридичні і соціально-психологічні причини, які стимулюють розвиток платних медичних послуг. Дійсно, в останні роки безкоштовний принцип функціонування вітчизняної охорони здоров'я не виключав наявності мережі медичних закладів, які надають населенню платні послуги. Основними мотивами розвитку платного сектора в охороні здоров'я є важкий економічний стан галузі, незадоволеність населення обсягами і якістю лікувально-профілактичної допомоги, наявність платоспроможного попиту і відповідного психологічного настрою як медичних працівників, так і самого населення.

Проте в діяльності закладів охорони здоров'я переважає орієнтація на екстенсивний розвиток, а інфляційні процеси, падіння життєвого рівня населення і заміна дешевих медичних послуг дорогими може потенційно обмежити доступ малозабезпечених верств населення до медичного обслуговування.

Серйозні труднощі в поширенні економічних методів управління пов'язані з бідністю ринку ресурсів, обмеженістю конкуренції (а саме конкуренція між лікувально-профілактичними закладами, лікарями,

помножена на конкуренцію між страховими організаціями, є рушійною силою медичного страхування) і певним тиском адміністративного апарату, психологічною неготовністю суспільства до якісних змін. Інша проблема – новий господарський механізм затверджує замкнутість та обмеженість ринку медичних послуг, оскільки ринкова модель є поки що переважно моделлю перерозподілу бюджетного фінансування. В умовах закритого ринку медичних послуг охорона здоров'я має вельми обмежені альтернативні джерела фінансування (в основному це угоди з підприємствами та сфера платних послуг). Ситуація ускладнюється тим, що відсутній збалансований ринковий механізм ціноутворення в сфері медичних послуг. Діючі ціни (тарифи) переважно формуються за витратним принципом, що не стимулює підвищення якості медичних послуг, ставить заклади охорони здоров'я, що мають різні форми господарювання, в нерівні умови.

На шляху впровадження нового господарського механізму виявилось, що закладам охорони здоров'я не вистачає незалежності, самостійності, захищеності. Відсутня конкуренція, отже відсутня жорстка необхідність в швидких і ефективних перетвореннях. Для апарату управління сьогодні зручніше мати справу з повністю залежним та легко керованим колом лікувально-профілактичних установ, які підлягають контролю, ніж заохочувати конкуренцію. До того ж органи управління охорони здоров'я на територіальному рівні отримали відносну можливість для самостійної господарської діяльності. Визнано доцільним, наприклад, створення територіальних медичних об'єднань з включенням в їх склад практично всіх лікувально-профілактичних закладів території, по відношенню до яких органи управління виступали раніше у вигляді вищестоячих органів. Звичайно, створення такого виду структур має позитивне значення: дозволяє зосередити і більш ефективно використовувати ресурси, активізувати діяльність всього комплексу відповідних закладів охорони здоров'я та інше. Проте при всьому різноманітті варіантів структури для територіально-медичних об'єднань за великими лікарнями, науково-дослідними

інститутами, установами інфраструктури суміжних галузей повинна бути збережена функціональна самостійність. Інакше виникає загроза появи замість структур, покликаних висловлювати інтереси суспільства та прагнути досягнення підтримки високого рівня здоров'я нації, комерційно-орієнтованих установ, які займуть монопольне положення на ринку медичних послуг певної території з усіма можливими наслідками.

Щоб уникнути подібної ситуації при переході до роботи в ринкових умовах, необхідно, на наш погляд, відпрацювати такий механізм управління, коли по-перше, конкуренція стає основним інструментом, який підвищує якість роботи. Найбільш ефективним посилення конкуренції повинне бути між територіально-медичними об'єднаннями, а не всередині їх (між бригадами, лікарями та інше, що отримало достатньо широке розповсюдження в практиці). Можливі перспективні варіанти конкуренції між окремими лікувально-профілактичними закладами, але вони пов'язані з певними труднощами, обумовленими традиціями жорсткого нормування та оцінкою праці.

По-друге, важливою характеристикою територіально-медичних об'єднань повинна бути чітка система розподілу фінансових ресурсів, яка визначає використання переважно коштів держбюджету (підготовка кадрів, служба крові, наука, диспансери і т.п.) із застосуванням механізмів перерозподілу платних послуг, і, звичайно ж, страхового принципу фінансування.

По-третє, важливим напрямком діяльності територіально-методичних об'єднань повинен стати розвиток підприємництва в рамках трьох організаційно-економічних систем охорони здоров'я – державної, приватної і страхової.

Таким чином, розглядаючи впровадження нового господарського механізму охорони здоров'я як важливого етапу переходу галузі до роботи в умовах ринкової економіки, вважаємо, що наведені вище проблеми потребують в подальшому теоретичних і практичних розробок. Не можна

ототожнювати механізм управління, який спирається на використання переважно економічних методів, з вирішенням лише внутрішніх проблем, що виникли в охороні здоров'я, наприклад, пошук оптимального сполучення елементів самостійності та адміністративного управління, ціноутворення, використання ресурсів, розподіл прибутків, оплати праці тощо.

В сучасних умовах необхідно розробити програму становлення ринку медичних послуг. На нашу думку, така програма повинна включати в себе декілька напрямків. По-перше, це заходи щодо забезпечення надійного становища та стабільного функціонування суб'єктів ринку медичних послуг (закладів охорони здоров'я, фондів медичного страхування, страхових компаній). З погляду автора, для сучасної України найбільш прийнятною є модель бюджетно-страхової медицини, яку можна розглядати як субмодель соціально орієнтованої охорони здоров'я. Проблема вибору моделі є надзвичайно важливою як для становлення ринку медичних послуг, так і для розвитку системи охорони здоров'я. Широке обговорення цієї проблеми повинна бути спрямована на те, щоб кожна людина, кожний медичний працівник мали можливість вибору моделі медичного страхування шляхом їх порівняння.

Як відомо, в країнах з розвинутою ринковою економікою склались різні форми управління і організації охорони здоров'я. Проте практично у всіх країнах відносини в галузі перебувають під достатньо жорстким контролем держави. Саме тому одним із центральних пунктів програми повинен бути механізм державного регулювання відносин суб'єктів медичного страхування.

Необхідно забезпечити ефективний рух фінансових ресурсів в охороні здоров'я, де кожна ланка ринкових відносин покликана відігравати визначну роль. Наприклад, які лікувально-профілактичні заклади повинні безпосередньо фінансуватися із бюджету, як ці кошти розподіляються між закладами, наприклад, в рамках територіально-медичних об'єднань; яким повинно бути співвідношення між бюджетним і децентралізованим

фінансуванням. Система руху коштів в охороні здоров'я повинна також кореспондуватись із системою вертикальних і горизонтальних зв'язків.

Важко передбачити обов'язкове дотримання принципу соціальних переваг з тим, щоб жодний із суб'єктів ринкових відносин в охороні здоров'я не зміг домогтися абсолютного домінування над своїми конкурентами. Кожен із суб'єктів ринку (підприємства, лікувально-профілактичні заклади, страхові компанії, населення) повинен мати можливість взаємодіяти між собою на правовій основі, наприклад, підприємства повинні мати права на здійснення контролю за виконанням умов угоди щодо страхування здоров'я працівників. Відносини між медичними закладами і страховими фондами мають будуватися на договірній основі; споживач медичних послуг – населення – повинен мати право на вільний вибір медичної установи, лікаря і форми страхування, на подання позову на страхову компанію, медичну установу, в тому числі для матеріальної компенсації збитків, завданих з їх вини та інше.

Якою б не була програма становлення ринку медичних послуг, вона потребує надійного політичного забезпечення. По суті це означає налагодження конструктивної взаємодії законодавчої і виконавчої влади, об'єднання зусиль підприємців і профспілок. Ігнорування будь-якого із учасників порушує механізм їх ділового спілкування, що згубно відбивається на стані охорони здоров'я. Завдання парламенту – створити законодавчу базу для функціонування охорони здоров'я в ринковій економіці, а виконавча влада зобов'язана втілювати в життя прийняті парламентом закони. Функції підприємців і профспілок – активно захищати інтереси закладів охорони здоров'я і населення як на мікро-, так і на регіональному та макрорівні. Необхідно знайти компроміс між всіма гілками влади і це завдання невідкладне та має першочергове значення.

Як зазначалося раніше, бюджетно-страхова модель охорони здоров'я передбачає фінансування закладів охорони здоров'я, що базується на збалансованому поєднанні бюджетних і позабюджетних джерел залучення

коштів при помітній децентралізації фінансів галузі на користь самокерованих територіальних програм. Тим самим передбачається розширення прав суб'єктів держави, органів самоврядування і трудових колективів в накопиченні і використанні потенціалу закладів охорони здоров'я.

На наш погляд, в умовах ринкової трансформації економіки України існують два взаємодоповнюючі підходи до формування моделей господарювання закладів охорони здоров'я. При першому підході ключовим критерієм розмежування форм господарювання є особливості процесу індивідуального економічного відтворення. Соціально-відповідна, конкурентоспроможна медицина можлива тільки при паралельному розвитку та інтеграції різних форм власності. В умовах переходу галузі на принципи бюджетно-страхового фінансування доцільно мати медичні заклади принаймні двох типів: приватні або, іншими словами, комерційні і некомерційні, що належать до державної (комунальної) форми власності. Їм повинні відповідати дві моделі господарювання, між якими існують суттєві відмінності. Так, у першому випадку кошти медичного закладу, включаючи бюджетні асигнування, формуються як прибутки, отримані за конкретні результати роботи, і заклади самостійно розпоряджаються цими коштами, покриваючи за їх рахунок свої витрати і створюючи фонди економічного стимулювання.

Законами України “Про підприємництво”, “Про приватизацію майна державних підприємств (малу приватизація)” та іншими визначені шляхи розвитку підприємницької діяльності, в тому числі в галузі охорони здоров'я. Так, трудовий колектив медичного закладу (різних форм власності), одного або декількох його структурних підрозділів має право створювати товариство, взяти в аренду або викупити у власність майно на умовах, що визначені діючим законодавством України. У рамках різних організаційно-правових форм колектив медичних працівників здійснює свою діяльність з метою збільшення доходу.

Прикладом такої моделі господарської діяльності можуть виступати заклади, які перейшли на орендні відносини. При цьому у договорі про економічні й організаційні основи орендних відносин є вся система взаємовідносин сторін, включаючи взаємні зобов'язання, права, відповідальність.

Як приклад розглянемо запропоновану нами модель орендних відносин амбулаторно-поліклінічних об'єднань (АПО) в рамках територіально-медичних об'єднань (ТМО). Для побудови моделі дана медична організація обрана в контексті необхідності поступової реорганізації первинної медико-санітарної допомоги, тобто перетворення нинішніх терапевтичних відділень, у відділення невідкладної допомоги, в тому числі фтизіатричної, психіатричної, дерматологічної, масового скринінгу, відновлювального лікування, допоміжні лікувальні та діагностичні підрозділи. До складу АПО входять також підрозділи, котрі надають медичну допомогу жінкам і дітям, що дає можливість на перехідному етапі введення інституту сімейного лікаря, запровадити надання медичної допомоги акушерсько-терапевтичного, педіатричного комплексу, що відповідають за стан здоров'я 8-15 тис. чол. За нашими розрахунками, одне АПО повинно обслуговувати не більше 180 тис. населення, а межі району обслуговування у міру можливостей–співпадати з межами адміністративних районів (території).

Узагальненим показником господарської діяльності АПО є прибуток, формування якого відбувається таким чином: з доходу АПО відшкодовуються повністю матеріальні і прирівняні до них витрати, відрахування на соціальне страхування, виплачуються проценти за кредит, після чого створюється розрахунковий прибуток, з якого у встановленому порядку проводиться орендна плата. Остання включає в себе частину амортизаційних відрахувань, витрати на утримання апарату управління АПО і відрахування на створення централізованих фондів виробничого і соціального розвитку об'єднання. Отриманий кінцевий прибуток

розподіляється між єдиним фондом оплати праці, фондом розвитку і резервним фондом.

Встановлення принципово нових економічних відносин між низовими ланками – АПО і вищою ієрархічною ланкою – ТМО викликає необхідність впровадження нових форм управління. Це питання може бути вирішене шляхом перевodu АПО на орендні відносини. Необхідність такого перевodu продиктована наявністю організаційних і економічних проблем, важкістю перехідного періоду до медичного страхування і орендної діяльності, слабким розвитком матеріально-технічної бази, відсутністю власних коштів на розвиток.

У завдання АПО, що перейшли на орендні відносини, повинні входити не тільки прискорений розвиток системи платних медичних послуг, але й кардинальне підвищення їх якості на базі впровадження науково-технічного прогресу, передового досвіду, підвищення культури і залучення прогресивних форм обслуговування, організації нових видів послуг, розвиток принципів медичного страхування населення шляхом здійснення посередницьких функцій для пошуку і формування портфеля замовлень при укладанні контрактів із закладами і організаціями про надання медичних послуг; забезпечення підрозділів інформацією про наукові й технічні досягнення в галузі охорони здоров'я, передового досвіду, нормативів, перепідготовки кадрів; вивчення кон'юнктури ринку медичних послуг певного регіону та інше.

Інший тип (управління) закладами охорони здоров'я – на принципах самокупності, самоуправління в чистому виді – реалізується в системі незалежної первинної (з колективною формою власності) ланки, функції якої можуть виконуватися групою медичного персоналу або окремими лікарями, що працюють за контрактом з органами місцевого самоврядування або страховими організаціями і ті, які отримують кошти в залежності від кількості пацієнтів у приватних лікувальних закладах, заснованих на власності окремої фізичної особи і з правом найму робочої сили.

В цілому необхідно відзначити, що модель організації закладів охорони здоров'я, побудованої на принципі самоуправління, в умовах медичного страхування має, на наш погляд, перспективу розвитку. Так, попередній аналіз діяльності приватних медичних закладів на Україні показав, що дана організаційна структура є важливим і перспективним напрямком розвитку системи охорони здоров'я, що дозволяє вирішити проблеми, які в рамках переходу до медичного страхування існуюча система не дає змоги вирішити. До них належить, перш за все, низький рівень інтенсифікації праці.

Наступна невирішена проблема в рамках державної охорони здоров'я – її низька оперативність, повільність маневру в управлінні, що не дозволяє керівникам медичних закладів діяти відповідно до обставин. Наприклад, часто виникає необхідність організувати другу зміну медичного обслуговування, зменшивши при цьому навантаження на медичних працівників, залучити необхідних спеціалістів на тимчасову або постійну роботу, виходячи за межі фонду заробітної плати, придбати необхідні інструменти і обладнання на суму, яка перевищує розмір виділених фондів.

Не менш важливою проблемою є нефективне використання наявних ресурсів, яка спостерігається як на регіональному, так і на загальнодержавному рівнях. Так, у 2000 році Мінздравом України для реалізації Національної програми імунопрофілактики було закуплено обладнання на 50 млн. грн., яке так і не було змонтоване. Або ж, при проведенні тендера на закупівлю наборів для штучного клапану серця і кардіологічних оксигінаторів Міністерство охорони здоров'я заплатило на 6 млн. грн. більше від реально існуючих цін на цю продукцію.

В цілому ж, за даними Рахункової палати вказане міністерство з порушенням діючого законодавства лише 2000-2001рр. неефективно використало 113900,2 тис. грн., або 54,4% від загальної суми, виділеної із бюджету¹

¹ Галковська Т. Доктор “натурой” не берет – деньгами// Налоговый курьер, 2003, №8, с.13.

Ще одна обставина, яка не завжди є на користь пацієнта і якій поки що немає альтернативи – це “районування” медицини, неможливість звернутися до іншого, “не районного” спеціаліста без направлення і відповідного обстеження в будь-який зручний для цього час, наприклад, після роботи або у вихідні дні.

На наш погляд, в умовах становлення ринку медичних послуг та переходу до бюджетно-страхової медицини необхідно забезпечити збереження та зміцнення державної форми власності, при цьому головною умовою ефективного господарювання державних (муніципальних) медичних закладів повинна бути їх широка самостійність у вирішенні фінансових і господарських питань при відсутності прямої зацікавленості медичного персоналу в зростанні доходів.

Необхідність збереження системи закладів охорони здоров'я з жорсткими формами контролю з боку держави як власника зумовлюється також специфічними умовами стартового періоду переходу до медичного страхування, а також станом здоров'я населення, рівнем захворюваності. Нині в Україні, як зазначалось вище, епідемія туберкульозу. Разом з тим має місце скорочення мережі протитуберкульозних диспансерів, санаторіїв, кількість яких лише за останні 8 років скоротилась на третину, що не могло не позначитись негативно на стані здоров'я населення. Існуючу адміністративну структуру управління охороною здоров'я неможливо перебудувати за короткий період, а медичні заклади за своєю суттю не можуть виступати як суб'єкти підприємництва, комерції і слабо піддаються впливу ринкових механізмів, пов'язаних з конкуренцією, зниженням господарських витрат і орієнтацією на якісні параметри функціонування. Заклади охорони здоров'я, перш за все ті, що виконують соціальне замовлення суспільства, повинні перебувати під контролем органів державного і муніципального управління, що передбачає централізоване встановлення цін (тарифів) на медичні послуги, регулювання медичних

програм, підготовку кадрів для галузі, тобто всі основні компоненти традиційної для нашої економіки галузевої системи управління.

Необхідність існування державної форми власності в охороні здоров'я пояснюється тим, що формування ринку медичних послуг стримується відсутністю інфраструктури страхової медицини. Її функції виконувались і виконуються органами державного управління і, до тих пір, поки не буде створена комерційна мережа інфраструктури медичного страхування, тільки обмежена кількість лікувально-профілактичних закладів добровільно погодиться з умовами повної економічної самостійності.

Наявність закладів охорони здоров'я, що контролюються державою необхідна і в ринковій економіці. Справа в тому, що не всі сфери діяльності в охороні здоров'я вписуються в схему ринкових відносин, а для ряду медичних послуг необхідно підтримувати, наприклад, низький рівень цін, щоб останні були доступні для прошарку населення з невисоким рівнем життя (пенсіонерів, молоді, що навчається тощо). В економічно розвинутих країнах використовуються методи, за допомогою яких охорона здоров'я включається в ринкову мотивацію, але, безумовно, ринок медичних послуг вимагає постійного контролю з боку держави і наявності відповідного державного апарату для його запровадження.

Сьогодні в Україні відбувається об'єктивний процес ринкової трансформації охорони здоров'я, формуються ринкові моделі господарювання медичних закладів. Нормативно-правовою основою, яка забезпечує перехід закладів охорони здоров'я до функціонування в умовах ринку, є цілий ряд послідовно затверджених законодавчих актів, що стосуються фундаментальних сторін суспільного виробництва, в тому числі й охорони здоров'я. Так у відповідності зі статтею 49 Конституції України і Закону України "Про власність", в галузі охорони здоров'я можуть діяти основні організаційно-економічні форми господарювання медичних закладів, що відповідають вимогам розподілу функцій державного і господарського управління, децентралізації управління:

- державна, заснована на державній власності;
- колективна, заснована на власності трудового колективу закладу;
- спільна, заснована на об'єднанні майна різних власників;
- приватна, заснована на власності окремого громадянина України з правом найму робочої сили;
- індивідуальна, заснована на особистій власності фізичної особи і безпосередньо на її праці;
- заклади, засновані на власності фізичних осіб і громадян інших держав.

Основними організаційно-правовими формами господарювання недержавних закладів охорони здоров'я є акціонерні товариства, товариства з обмеженою відповідальністю, товариства з додатковою відповідальністю, повні товариства і командитні товариства, які діють на підставі статуту і є юридичними особами.

Розвиток підприємництва в охороні здоров'я розширює економічну і правову самостійність медичних закладів і в той же час ускладнює економічні зв'язки між об'єктами галузі різних організаційно-правових форм. У зв'язку з цим виникає потреба формування такого механізму управління охороною здоров'я, який скоординував би діяльність державних органів управління галуззю усіх рівнів, закладів різних форм власності з орієнтацією на диференціацією моделей господарювання, страхових медичних організацій, фінансових інституцій тощо в єдину цілісну систему охорони здоров'я населення.

Для реалізації даного завдання, на наш погляд, потрібні:

- конституційне закріплене невід'ємне право приватної власності, що гарантувало б економічну незалежність і господарську самостійність медичних закладів різних організаційно-правових форм;
- правове забезпечення умов формування ринкових відносин в охороні здоров'я шляхом створення (оновлення) нормативної бази. А саме, повинні бути уточнені, а в ряді випадків і розроблені тимчасові типові

методики нормування витрат праці на діагностику, лікування, реабілітацію і профілактику основних груп нозологічних захворювань; типові методики розрахунку цін і тарифів на медичні послуги за кожною клініко-статистичною групою нозологій; таблиці відвідування лікувальних закладів з урахуванням науково-технічних досягнень;

– обмежити втручання держави в підприємницьку діяльність в охороні здоров'я, зосередивши державне регулювання в сфері фінансової політики й оподаткування. Головна функція держави – контроль на стадії надання дозволу лікувально-профілактичному закладу здійснювати ті чи інші види діяльності і медичних послуг, тобто акредитація та ліцензування; на рівні захисту інтересів споживача в забезпеченні гарантованого мінімального об'єму і якості послуг, що надаються, а також шляхом укладання контракту або управлінського договору, що передбачає умови функціонування закладу;

– встановлення адміністративно-майнової і кримінальної відповідальності (а, отже і перегляд діючого законодавства) за дії, що завдають матеріальної шкоди суб'єктам підприємницької діяльності в охороні здоров'я;

– встановлення критеріїв економічної і соціальної відповідальності суб'єктів підприємницької діяльності за зниження ефективності та якості медичних послуг.

Другий підхід до вдосконалення економічних умов діяльності закладів охорони здоров'я в умовах бюджетно-страхової медицини передбачає формування організаційно-економічних моделей у відповідності з типами діяльності на основі договірних відносин. В якості предмета укладання угод як з лікувально-профілактичними закладами, так і з підприємствами, закладами, ТФОМС, страховими організаціями і т.п., доцільно розглядати не тільки прямі результати роботи, тобто об'єм, структуру і якість медичних послуг, але і моделі їх діяльності. Наприклад, ланка первинної медичної допомоги регіону здійснює свою діяльність по строковому договору з органами місцевого самоврядування. Договір повинен визначати об'єм

роботи, що виконується власними силами ланки, а також зобов'язання з організації медичної допомоги населенню.

Предметом договору можуть одночасно бути і ті організаційно-економічні умови, які забезпечать реалізацію даної діяльності. Наприклад, для обслуговування певного контингенту населення або надання окремих медичних послуг медичний заклад може укласти договори за підвищеними тарифами з лікарями, що ведуть індивідуальну практику, колективами лікарів, що ведуть групову практику, з приватними медичними закладами. При цьому умови договору можуть відрізнятися від загальних, універсальних для певного типу закладів охорони здоров'я. Це може відноситись, наприклад, до розміру фінансування лікувально-профілактичних закладів, до порядку розподілу отриманого прибутку, до особливостей ціноутворення, до порядку і умов діяльності певних структурних підрозділів і окремих формувань в рамках конкретного закладу.

Розглянуті два організаційно-економічні підходи функціонування закладів охорони здоров'я в умовах бюджетно-страхової моделі фінансування є взаємодоповнюючими і дозволяють сформувати модель організації медичної допомоги в рамках певного регіону. Як приклад побудови такої моделі нами обрана система надання медичної допомоги на обласному рівні.

У більшості випадків до складу галузі охорони здоров'я на обласному рівні входять лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ), які безпосередньо надають медичну допомогу населенню; санітарно-епідеміологічні заклади, які несуть відповідальність за здійснення попереджувального і поточного санітарного нагляду; профілактичні і реабілітаційні заклади; аптеки, що здійснюють медикаментозне забезпечення та інші заклади і підприємства, засновані, згідно із законодавством України на різних формах власності.

За поданням органів управління охороною здоров'я органами місцевого самоврядування відповідних рівнів визначається список закладів охорони здоров'я, які забезпечують надання гарантованого рівня медичної допомоги.

У процесі роздержавлення і приватизації такі заклади можуть набути лише тих форм власності, при яких органи управління охороною здоров'я на договірній основі обумовлюють соціально важливі умови їх діяльності. Отже, мова йде про те, що охорона здоров'я області повинна забезпечувати обсяг медичної допомоги основним верствам населення.

Державним закладам охорони здоров'я надається статус самостійно господарюючих об'єктів. Власник майна ЛПЗ – орган місцевого самоврядування – на договірній основі передає його колективу закладу в повне господарче розпорядження. У договорі між колективом і власником встановлюються вимоги до напрямків, об'єму і якості діяльності закладу. Окрім договору, відносини власника майна і трудового колективу ЛПЗ повинні регулюватися такими нормативно-правовими документами: положенням про територіальний фонд обов'язкового медичного страхування (ТФОМС); положенням про порядок сплати страхових внесків в Національний і територіальні ФОМС; базовою програмою ОМС; типовими договорами про організацію і фінансування медичної допомоги з ОМС та іншими. При цьому, якщо власником майна ЛПЗ є промислове підприємство, то медична допомога його працівникам надається в межах затвердженої програми обов'язкового медичного страхування, здійснюється за договором з територіальним фондом.

Територіальний орган управління охорони здоров'я забезпечує умови для ефективної роботи ЛПЗ, майно яких повністю або переважно належить відповідному органу місцевого самоврядування, фінансує цільові програми, сприяє їх повній реалізації, чітко дотримується прав ЛПЗ, не втручається в їх оперативно-господарську діяльність.

Незалежно від форми власності, ЛПЗ області будують свою діяльність відповідно до Положення про діяльність ЛПЗ за договором з ТФОМС і своїм статутом. Медичну допомогу населенню області мають право надавати лише акредитовані у встановленому порядку лікувально-профілактичні заклади,

об'єднання, самостійно-практикуючі лікарі. Вони можуть надавати лікувально-профілактичну допомогу на таких засадах:

- за договором з органом місцевого самоврядування (ланки первинної медичної допомоги, заклади, які обслуговують соціально незахищені контингенти населення);
- за договором зі страховою організацією;
- за договором із підприємствами, установами і організаціями на засадах добровільного медичного страхування працюючих і членів їх родин;
- як платні послуги населенню.

При побудові моделі ми виходили з методологічного посилення про те, що основою системи охорони здоров'я області повинна стати ланка первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Світовий досвід показав, що ефективність функціонування всієї системи охорони здоров'я значною мірою залежить від діяльності ланки первинної медичної допомоги, яка є посередником між пацієнтом і всіма іншими ланками охорони здоров'я.

Вирішення основних завдань, що стоять перед розвитком ПМСД, повинно починатися, перш за все, із зміцнення її фінансової бази, зі зміни загальної схеми фінансування шляхом поступового переходу до системи, що фінансується при активній участі підприємств, установ, організацій. Отже, мова йде про використання схеми фінансування, головним принципом якої є цільове формування ресурсів для розвитку ПМСД. Цільовий характер фінансування знизить жорсткість бюджетних обмежень, дозволить більш чітко і оперативно реагувати на розширення суспільних потреб в охороні здоров'я. Виходячи з поставлених завдань, джерелами фінансування діяльності ПМСД можуть бути:

- державні (бюджетні) фонди охорони здоров'я;
- кошти з місцевих бюджетів, що призначені для функціонування ПМСД згідно з договором, укладеним з територіальними органами управління;

- кошти, отримані від підприємств, організацій і населення за надання додаткової медичної допомоги;
- інші кошти (добровільні внески підприємств, різних фондів, пожертв громадян тощо).

ТФОМС фінансує за договорами з ЛПЗ страхові програми, використовуючи кошти бюджетного фінансування, обов'язкові та добровільні страхові внески. При цьому фінансування діяльності ЛПЗ при виконанні цих програм здійснюється за схемою, що забезпечує зацікавленість ланки ПМСД в раціональному використанні грошових коштів за рахунок покращання якості обслуговування населення даною ланкою.

Основний об'єм фінансування ланки ПМСД отримують за договором з місцевою адміністрацією згідно з нормативом на одного жителя з ТФОМС. Ланка фінансується в рамках договору за диференційованим нормативом на прикріпленого жителя, або згідно зі встановленим договором об'ємом медичної допомоги, або у відповідності з нормативним об'ємом допомоги лікарем загальної практики (сімейним лікарем).

Ланка може надавати оплачувану ТФОМС медичну допомогу понад обсяги, які передбачені договором з місцевою адміністрацією. При цьому ТФОМС укладає з первинною ланкою договір про участь останньої в прибутках (доходах), які отримані за рахунок раціонального медичного обслуговування закріплених за ланкою пацієнтів. Для цього проводиться облік виділених на обслуговування пацієнтів даної первинної ланки грошових коштів на обов'язкове медичне страхування і облік витрат територіального фонду на медичну допомогу цим пацієнтам. Укладений при цьому договір між первинною ланкою (на перехідному етапі – амбулаторно-поліклінічними закладами) і ТФОМС, передбачає спільну участь в прибутках (доходах), що зацікавлює трудовий колектив первинної ланки в раціональному використанні фінансових ресурсів.

Ланки ПМСД і ТФОМС можуть укладати договори з лікарями приватної практики, колективами лікарів групової практики, тощо про обслуговування

населення і надання окремих видів медичних послуг. При цьому ціни на платну медичну допомогу встановлюються відповідно до діючого законодавства.

Запропонована схема фінансування ПМСД не є універсальним засобом її формування і розвитку, але вона дозволяє адаптувати ПМСД до ринкових відносин. Важливим критерієм оцінки ефективності системи повинен стати об'єм і якість медичних послуг. Отже виникає завдання впровадження жорсткого контролю за якістю та ефективністю медичної допомоги. У зв'язку з цим розробка медико-економічних стандартів, механізму їх використання для оцінки кінцевого результату лікувально-діагностичного процесу, підготовка спеціалістів-експертів дозволить створити дієву систему оцінки функціонування ланок ПМСД. При цьому стандарти повинні відігравати роль системоутворюючих документів, оскільки вони лежать в основі механізму регулювання відносин в системі ПМСД. Розробка цих стандартів повинна проводитись незалежними структурами із залученням висококваліфікованих спеціалістів, і вони повинні забезпечувати баланс інтересів суб'єктів ПМСД.

Необхідна і чітко налагоджена система ліцензування та акредитації медичних закладів за міжнародними правилами. Стандартизація, сертифікація і ліцензування є єдиним комплексним процесом, що передбачає послідовність дій: стандартизація – сертифікація – видача сертифікатів відповідності – ліцензування – видача ліцензій. Така послідовність повинна бути регламентованою і суворо дотримуватись.

Надзвичайно важливим є питання зміни функціональних обов'язків управлінських структур на обласному рівні в умовах бюджетно-страхової медицини. На наш погляд, вони повинні бути зведені до наступного:

- головне управління охорони здоров'я встановлює вимоги до якості медичної допомоги населенню і здійснює контроль за виконанням встановлених вимог всіма лікувально-профілактичними закладами;

- органи управління спільно з професійними медичними асоціаціями (досвід організації таких асоціацій в Україні існує в Дніпропетровській, Одеській областях) організовує підготовку і перепідготовку кадрів;
- органи управління охороною здоров'я спільно з професійними медичними асоціаціями організовують Інспекцію якості медичної допомоги, яка періодично здійснює контроль рівня медичної допомоги у всіх закладах і видає ліцензію (здійснює акредитацію), де вказані види і рівні послуг, до надання яких допускаються дані виконавці. Якщо при проведенні Інспекцію контролю виявляється невідповідність якості медичної допомоги вимогам стандартів, ліцензія на даний вид допомоги анулюється;
- органи управління охороною здоров'я спільно з професійними медичними асоціаціями здійснюють сертифікацію медичних працівників. Сертифікат визначає види і рівні медичної допомоги, які можуть надаватися даним працівником. Строки і порядок здійснення сертифікації медичних працівників визначаються відповідним Положенням, затвердженим органами місцевого самоврядування.

Важливе значення в організації медичного страхування на рівні області має зміст страхових програм і розмежування видів медичної допомоги між обов'язковим і добровільним страхуванням. З нашої точки зору в рамках обов'язкового медичного страхування населенню області повинен бути забезпечений вільний вибір для отримання консультативної допомоги і лікування у будь-яких ЛПЗ з переважно державною формою власності. При цьому медичні заклади з даною формою власності можуть реалізувати добровільні страхові програми, але без втрат для програм обов'язкового медичного страхування. Зміст цих програм визначається ситуацією, що склалася в охороні здоров'я області з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги, і узгоджується з територіальним органом управління охороною здоров'я.

Актуальним і одночасно складним завданням є розробка програм обов'язкового медичного страхування населення. На наш погляд, щодо даного питання повинна існувати офіційно прийнята на рівні уряду методологія. Вихідними положеннями цієї методології повинно бути наступне – кожен громадянин, який проживає на території України, має право на гарантований об'єм медичної допомоги. Це право досягається:

- забезпеченням рівних можливостей усім особам, які проживають на території регіону (в нашому випадку – області) на отримання медичної допомоги в порядку обов'язкового медичного страхування;
- встановленням на території області гарантованого об'єму лікувально-профілактичної допомоги;
- забезпеченням населення медичною допомогою за межами постійного місця проживання;
- наданням населенню права вільно вибирати ЛПЗ і лікаря, які функціонують в системі ОМС.

Гарантований об'єм медичної допомоги населенню області визначається медико-економічними стандартами, розробленими для кожного виду захворювань за видами медичної допомоги (долікарська, лікарська, спеціалізована), які включають необхідні профілактичні, діагностичні та лікувальні заходи, середні строки лікування і кінцевий результат.

Модель організації медичної допомоги населенню області в умовах медичного страхування, що розглядається, включає загальні позиції, характерні для всіх регіонів України, що, однак, не виключає їх диференціації. Така диференціація доцільна за галузевим і територіальним принципом. За галузевим – залежно від умов праці на підприємствах, характеру і ступеня впливу конкретних виробництв і технологій на навколишнє середовище з використанням індексації нормативу фінансування медичної допомоги, диференціації страхових платежів підприємств в залежності від ступеня несприятливого впливу виробничої сфери на стан здоров'я. За територіальним – з урахуванням природно-кліматичних

особливостей, що впливають на захворюваність, а також особливостей соціально-демографічного складу населення, рівня розвитку лікувально-профілактичної мережі та всієї соціальної інфраструктури, фінансових можливостей підприємств. При цьому необхідно переглянути середній рівень фінансування на одну особу на більшості території.

Галузеві та територіальні особливості необхідно враховувати при розробці ефективнішої за існуючу системи управління охороною здоров'я на обласному рівні. Потребує також подальшого вдосконалення на основі врахування змін у розвитку територіально-виробничих комплексів і наявних схем розселення населення існуюча система охорони здоров'я України. На наш погляд, у загально визначених економічних районах доцільно виділити підсистеми управління охороною здоров'я і надати їм статус, що існує при федеральній системі управління.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА РОЗВИТКУ ТЕНДЕНЦІЙ РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ (на прикладі Тернопільської області)

2.1.Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я регіону

Збалансований розвиток кадрового потенціалу у значній мірі визначає медичну, соціальну та економічну ефективність діяльності закладів охорони здоров'я регіону. Під кадровим потенціалом ми розуміємо наявні (кількісні), інтелектуальні, професійні можливості медичних працівників, незалежно від типу та рівня закладу охорони здоров'я, які використовуються для збереження, підтримки та підвищення рівня здоров'я населення. З позицій раціонального використання необхідно здійснювати його комплексний аналіз із врахуванням обсягів і якості медичної допомоги у співставленні з факторами, які залежать від соціально-економічного розвитку регіону, особливостей стану здоров'я населення, організаційних форм медичного обслуговування, рівня розвитку і впровадження новітніх технологій, використання матеріально-технічної бази.

Кадровий потенціал системи охорони здоров'я Тернопільської області характеризується достатньо чисельними великими професійними групами лікарів (5191 особа), середнього медичного (11871 особа) та молодшого медичного (8356 осіб) персоналу, які становлять відповідно 20,4%, 46,7% і 32, 9% контингенту працівників закладів охорони здоров'я (додатки А і В). Біля половини (48,3%) працюють в закладах первинної ланки охорони здоров'я, і відповідно, 51,7% – в стаціонарах.

З позицій кількісного підходу до забезпечення населення медичною, в тому числі лікарською, допомогою можна констатувати, що проблема її доступності в регіоні вирішена. Рівень забезпеченості лікарями, який сформувався за останні десять років і становить 45,5 на 10 тис. населення є вищим, ніж у багатьох розвинутих країнах.

Слід відзначити, що рівень забезпеченості лікарями у Тернопільській області дещо нижчий, ніж в середньому по Україні (46,8 на 10 тис. населення) і має яскраво виражені адміністративно-територіальні відмінності (додаток Б). Найвище значення показника у м. Тернополі (51,8), в той же час в окремих районах рівень забезпеченості більш ніж у двічі менший середнього по країні (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

**Групування районів Тернопільської області за показником
забезпеченості лікарями**

Групи районів за рівнем забезпеченості лікарями на 10 тис. населення	Кількість районів	Рівень забезпеченості лікарями на 10 тис. населення
Вищий (31,0-35,3)	4	Бережанський (35,3) Заліщицький (30,7) Підволочиський (32,1) Чортківський (32,2)
Середній (26,3-30,9)	3	Гусятинський (28,4) Збараський (28,2) Монастириський (27,5)
Низький (21,7-26,2)	10	Боршівський (24,3) Бучацький (23,8) Зборівський (21,7) Козівський (25,8) Кременецький (24,1) Лановецький (23,8) Підгаєцький (24,4) Теребовлянський (24,5) Тернопільський (24,4) Шумський (21,9)

Подібна ситуація спостерігається і у забезпеченні населення середнім медичним персоналом. Так, максимальна чисельність середнього медичного персоналу на 10 тис. населення становить 103,6 (Чортківський район), а мінімальна – 55,4 у Тернопільському районі (додаток Г). Групування районів

області за показником забезпеченості показує досить нерівномірний розподіл (табл.2.2).

Таблиця 2.2

**Групування районів Тернопільської області за показником
забезпеченості середнім медичним персоналом**

Групи районів за рівне забезпеченості середнім медперсоналом на 10 тис.населення	Кількість районів	Рівень забезпеченості середнім медичним персоналом на 10 тис. населення
Вищий (87,7-103,6)	8	Бережанський (94,4) Гусятинський (94,7) Заліщицький (96,9) Збаразький (91,2) Лановецький (92,2) Підволочиський (89,4) Чортківський (103,6)
Середній (71,6-87,6)	5	Борщівський (76,3) Бучацький (77,1) Козівський (80,6) Монастирський (84,2) Підгаєцький (75,4)
Низький (55,4-71,5)	4	Зборівський (70,1) Кременецький (70,1) Теребовлянський (70,2) Тернопільський (55,4)

Аналіз даних, які наведено в таблицях 2.1. і 2.2. показує, що чотири райони Тернопільської області (Бережанський, Заліщицький, Підволочиський та Чортківський) характеризуються високим рівнем забезпеченості як

лікарями, так і середнім медичним персоналом, а чотири райони (Зборівський, Кременецький, Терехівський і Тернопільський) мають низький рівень забезпеченості медичними кадрами.

Потреба в медичному обслуговуванні, в тому числі у медичних кадрах, визначається станом здоров'я населення, його демографічними характеристиками, рівнем та структурою захворюваності. При цьому цілком закономірним вважається диференційований підхід до показників потреби в медичній допомозі з врахуванням національних і місцевих особливостей патології, рівня соціально-економічного розвитку, наявного кадрового і матеріально-технічного потенціалу охорони здоров'я, статево-вікової структури, співвідношення міського та сільського населення тощо.

В процесі дослідження виявлена пряма кореляційна залежність між рівнем забезпеченості медичними кадрами і показниками захворюваності населення (коефіцієнт кореляції $r = 0,712$ при $p < 0,05$) по районах області (табл. 2.3).

Поряд з цим, рівня певних видів патології не мають тісного кореляційного зв'язку з чисельністю спеціалістів відповідного профілю; захворюваність на хвороби серцево-судинної системи – кількість спеціалістів – кардіологів; захворюваність на злоякісні новоутворення – кількість онкологів; хвороби органів зору – кількість офтальмологів і т.д. Також практично відсутня залежність між забезпеченістю медичними кадрами і рівнем госпіталізованої захворюваності ($r = 0,21$ при $p < 0,05$).

В амбулаторно-поліклінічному секторі системи охорони здоров'я регіону інтенсивно розвивається спеціалізація: на 10 тис. населення припадає 5 лікарів – терапевтів і 9 лікарів спеціалізованого профілю (без врахування стоматологів, лікарів лікувально-діагностичної групи і спеціалістів АУП). Терапевти становлять 19,4% працівників поліклінік, педіатри – 13,8%, лікарі спеціалізованої групи – 66,8%. В цілому по області

терапевти становлять 27% загальної кількості лікарів, педіатри – 8,8% , стоматологи і зубні лікарі – 8,4%, сімейні лікарі – 1,5%¹.

Таблиця 2.3

Забезпеченість медичними кадрами та рівень захворюваності населення
Тернопільської області у 2001 році

Район	Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	Забезпеченість середнім медперсоналом на 10 тис. населення	Захворюваність за всіма класами хвороб на 100 тис. населення	Госпіталізована захворюваність на 1000 населення
Бережанський	35,3	94,4	81892	175
Борщівський	24,3	76,3	76681	149
Бучацький	23,8	77,1	66163	155
Гусятинський	28,4	94,7	84583	158
Заліщицький	30,7	96,9	73249	159
Збаразький	28,2	91,2	84266	156
Зборівський	21,7	70,1	77530	165
Козівський	25,8	80,6	81828	164
Кременецький	24,1	70,1	76483	159
Лановецький	23,8	92,2	90037	171
Монастириський	27,5	84,2	95277	160
Підволочиський	32,1	89,4	85368	161
Підгаєцький	24,4	75,4	75206	153
Теребовлянський	24,5	70,2	66872	159
Тернопільський	24,4	55,4	45207	119
Чортківський	32,2	103,6	105522	148
Шумський	21,9	98,5	66163	185

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник.Т– 2002.

Аналіз зарубіжного досвіду розвитку загальнолікарської та спеціалізованої медичної допомоги свідчить про загальносвітову тенденцію до зміщення пріоритету в бік первинної медико-санітарної допомоги. В державній системі охорони здоров'я Великобританії 5 лікарів загальної практики обслуговують 10 тис. населення, виконуючи основний обсяг (до 75%) необхідної медичної допомоги. Спеціалізована медична допомога

¹ Охорона здоров'я в області. Статистичний збірник.– Тернопіль, Обласне управління статистики, 2002.–.72с

надається переважно у стаціонарі короткотермінового перебування з подальшим динамічним спостереженням в амбулаторно-поліклінічних закладах. В США у теперішній час лікарі–спеціалісти становлять 70-75% їх загального числа і 20-25% - лікарі загальної практики (приблизно 1 лікар на 400 жителів). Стратегія управління в галузі охорони здоров'я США спрямована на більш широке використання лікарів загальної практики.

Збалансований розвиток спеціалізованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги в стаціонарах є однією з найважливіших проблем формування кадрового потенціалу охорони здоров'я регіону.

Серед лікарів, які працюють в стаціонарах, 12,8% становлять терапевти і педіатри, 87,2% – лікарі, які спеціалізуються в одній із галузей клінічної медицини, з них 15,3% – спеціалісти терапевтичного профілю, 8,7% – хірурги, 21,6% – спеціалісти хірургічного профілю, 8,9% – акушери-гінекологи, 15,9% – лікарі діагностичної групи, 2,4% – психіатри, 7,5% – організатори охорони здоров'я.

Особливої актуальності на сучасному етапі розвитку галузі набуває формування діагностичної служби. Поряд з обмеженими матеріально-технічними і організаційними можливостями слід відмітити слабе кадрове забезпечення і недолік кваліфікованих спеціалістів вищої і середньої ланки. Так, відношення числа фізичних осіб на зайнятих лікарських посадах до числа штатних посад в лабораторіях становить 0,42:1.

Нижче середнього рівня по Україні забезпеченість фахівцями ультразвукової діагностики, що суттєво обмежує спектр медико-технологічних можливостей первинної ланки медичної допомоги.

Рівні забезпеченості охорони здоров'я області лікарями зберігають тенденцію до зростання, яка була більш яскраво виражена у період 1990-1995 рр., в той же час за останні роки забезпеченість середнім медперсоналом скорочується (табл.2.4.), а також зменшується співвідношення СМП і лікарів.

Таблиця 2.4.

Динаміка забезпеченості населення медичними кадрами по Тернопільській області

Роки	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 до 1990,%
Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	40,5	45,0	43,8	43,6	44,7	45,0	45,1	45,5	112,3
Забезпеченість середнім медичним персоналом на 20 тис. населення	101,6	108,6	105,4	105,7	106,2	106,2	104,2	103,9	102,2
Кількість СМП на 100 лікарів	251	241	241	242	236	238	231	228	90,8

Джерело: Основні опказники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002р.

У певній мірі динаміка кадрових ресурсів охорони здоров'я області відповідає загальним тенденціям по Україні. В цілому, інтенсивно розвивається спеціалізована допомога, переважно у стаціонарах, при скороченні та від'ємній динаміці кількості лікарів загального профілю. Пріоритети у забезпеченні кадрами вузькоспеціалізованої допомоги також зміщуються в бік посилення стаціонарної ланки.

Укомплектованість лікарських посад в стаціонарах і амбулаторно-поліклінічних закладах регіону незалежно від типу закладу (міська лікарня, центральна районна лікарня, районна лікарня, дільнична лікарня, поліклініка, диспансер, амбулаторія) наближається до 100% у всіх районах області.

Максимальна зайнятість спостерігається серед лікарів терапевтичної групи за спеціальностями: педіатрія (97,2%), терапія (91,4%), неврологія (86,7%), пульмонологія (83,5%), кардіологія (85,3%), гематологія (83,3%), організація охорони здоров'я (97,7%). Зайнятість лікарських посад хірургічного профілю фізичними особами становить від 49,1 серед ендоскопістів до 86,1 серед хірургів загального профілю. Мінімальні

показники зайнятості штатних посад серед лікарів лікувально-діагностичної групи: лікарів-лаборантів (38,1%), лікувальної фізкультури (53,2%), спеціалістів ультразвукової діагностики (63,7%).

З позицій необхідності забезпечення адекватного ринковим умовам використання ресурсів охорони здоров'я регіону все гостріше постає питання визначення оптимального співвідношення окремих категорій медичного персоналу, зокрема лікарів і середнього медперсоналу.

В цілому по Україні на 100 лікарів припадає 234 середніх медичних працівника, але цей показник суттєво коливається у міських поселеннях та сільській місцевості, а також по регіонах. В Тернопільській області цей показник дорівнює 229, як і в Україні в цілому, але таке низьке значення зумовлене тим, що у м.Тернополі, де сконцентровано 23% лікарів та 17% середнього медперсоналу співвідношення становить 100:175, в той же час як в середньому по районах області 100:244, тобто вище, ніж по країні. В 11 районах співвідношення лікарів і середнього медперсоналу більше ніж 1:3 (додаток Д).

Важливою складовою характеристики кадрового потенціалу є рівень кваліфікації медичного персоналу. В системі охорони здоров'я регіону вищу кваліфікаційну категорію мають 16,4% лікарів, першу – 21,7%, другу – 44,7%. Серед спеціалістів середньої ланки 9,2% мають вищу кваліфікацію, 29,8% - першу, 39,5% - другу. Враховуючи той факт, що від потенційних можливостей медичних кадрів, їх кваліфікаційних характеристик у значній мірі залежить якість медичного обслуговування, важливо відмітити, що високу кваліфікацію мають лише 38,1% лікарів та 39% середнього медперсоналу, а не мають кваліфікаційної категорії відповідно 17,2% та 21,5%.

Характеристика кваліфікаційного складу лікарів, які працюють в закладах охорони здоров'я області, неоднозначна. Так, серед лікарів-терапевтів (загального профілю) менше третини (29,4%) мають вищу та

першу категорію і більше половини (54,3%) категорії не мають; серед педіатрів відповідні показники становлять 42,6% та 34,9%.

Дещо вищі кваліфікаційні характеристики серед лікарів хірургічних спеціальностей: 63,5% серцево-судинних хірургів мають вищу і першу категорію, торакальних і нейрохірургів – відповідно 80,3 та 78,4%. В той же час серед хірургів загального профілю лише біля половини мають високу кваліфікаційну категорію.

Сама по собі наявність у медичного працівника кваліфікаційної категорії не може слугувати гарантією високої якості медичних послуг і досить часто свідчить лише про потенційні можливості персоналу. В сучасних умовах кваліфікаційна категорія виконує функцію диференціації тарифних розрядів і формування посадового окладу, стимулює удосконалення та покращення результатів праці.

Слід відмітити, що важливу роль у формуванні та використанні кадрового потенціалу охорони здоров'я відіграє рівень оплати праці медперсоналу. Так, по Україні середня заробітна плата в галузі охорони здоров'я становить 58,8% середньої заробітної плати по галузях економіки та 43,7% середньої заробітної плати в промисловості.¹ При цьому за останні п'ять років середньорічний темп приросту заробітної плати в охороні здоров'я становив 10,2% при відповідному показникові по всіх галузях економіки 21,4%.

Такий низький рівень оплати праці є однією з причин того, що в 2003 році в цілому в Україні неуккомплектованими були 14 тис. лікарських посад; сільська ж мережа медичних закладів укомплектована лише на 85%. А в Тернопільській області вакантними на сьогоднішній день є _____ місць.

В Тернопільській області середньомісячна заробітна плата працівників охорони здоров'я становила 82,6% середнього значення по всіх галузях економіки, але за останні п'ять років середньорічні темпи приросту (8,3%)

¹ Статистичний щорічник України за 2001 рік. – К.: Техніка, 2002. – с.405-406.

нижчі, ніж по Україні та вдвічі менші, ніж по галузях економіки області (16,8%).

Проведений аналіз свідчить, що Тернопільська область потребує радикальних змін в системі управління кадровим потенціалом охорони здоров'я. Широкий спектр проблем, які вирішуються в процесі формування кадрової політики, вимагають визначенні пріоритетних напрямків розвитку кадрового потенціалу. Перехід до системи лікарів загальної практики (сімейних лікарів), збалансований розвиток спеціалізованої та загальнопрофільної медицини на відповідних організаційних рівнях медичної допомоги, інтенсифікація праці, перерозподіл професійних функцій різних категорій медперсоналу, оптимальне їх співвідношення в рамках галузі дозволить підвищити ефективність використання кадрового потенціалу в регіоні.

Регульована конкуренція, реальне право вибору медпрацівниками свого економічного статусу, орієнтація на медичну, економічну і господарську самостійність закладів охорони здоров'я, використання стимулюючих форм оплати праці, кооперація різних ланок надання медичної допомоги на договірних умовах дозволяють активізувати якісні зміни кадрового потенціалу з позицій професіоналізму, конкурентоздатності, персональної відповідальності за здоров'я пацієнта, пріоритету цінності хворого як індивідуума.

2.2. Стан основних засобів закладів охорони здоров'я та ефективність їх використання

Дослідження раціональності використання потенціалу охорони здоров'я регіону, в тому числі матеріальних, базується на визначенні показників забезпеченості цими ресурсами та ефективності їх використання. Необоротні

активи закладів охорони здоров'я включають будівлі, споруди, передаточні пристрої, машини, обладнання, інструменти, транспортні засоби, господарський інвентар, комп'ютерну техніку тощо. У структурі основних засобів найбільшу частку становлять будівлі, машини і обладнання (включаючи медичну техніку), транспортні засоби. Причому будівлі, споруди і передаточні пристрої складають пасивну частину необоротних активів, машини, обладнання, транспортні засоби – активну. Підвищення питомої ваги активної частини необоротних активів є важливою характеристикою прогресивності їх технологічної структури.

Залишковий принцип фінансування системи охорони здоров'я негативно позначився на стані основних засобів. Медичне обладнання морально і фізично застаріле серед останніх 70% рентгенівських апаратів і флюорографів; 60% апаратів штучної вентиляції легень; 43% – електрокардіографів. Близько 80% автотранспорту експлуатується більше 8 років. У значній частині (13,6%) ФАП до цього часу відсутній телефонний зв'язок.

В процесі дослідження проведено аналіз необоротних активів у динаміці за 1998-2002 р. по матеріалах обласної клінічної лікарні, обласних диспансерів – туберкульозного і онкологічного, двох міських лікарень – №2 і №2 м.Тернополя, шести центральних районних лікарень (Борщівської, Бучацької, Гусятинської, Кременецької, Терехівської і Чортківської), а також чотирьох районних лікарень (Заліщицької, Зборівської, Підволочиської, Шумської).

Порівняння показників вартості необоротних активів за чотири роки показує їх нерівномірне зростання як в абсолютному, так і у відносному виразі в залежності від рівня надання медичної допомоги: по обласних закладах охорони здоров'я – в 2,3 рази, в міських лікарнях – в 1,7 рази, в центральних районних лікарнях – в середньому в 1,6 рази, в районних лікарнях – в 1,4 рази.

Слід зазначити, що крім показників динаміки балансової вартості необоротних активів, більш чітку уяву про їх якісний склад дає структурне співвідношення між трьома основними групами, між активною і пасивною їх частинами.

Аналіз технологічної структури необоротних активів досліджуваних закладів охорони здоров'я свідчить про те, що питома вага будівель і споруд обласних закладів та міських лікарень м.Тернополя досягає в середньому 62,3%, у центральних районних лікарнях – 64,6%, а у районних – 78,9%. Вартість медичної техніки та обладнання становить в обласних і міських закладах 31,3%, в центральній районних лікарнях – 26,5%, у районних лікарнях – 11,6%, що свідчить про низьку технічну оснащеність останніх.

Вартість транспортних засобів становить приблизно рівну частину в закладах різних рівнів (відповідно 7,4;7,8 та 8,1%). Активна частина необоротних активів фондів в обласних та міських закладах охорони здоров'я в середньому займає 49,7% , в ЦРЛ –34,2%, у районних – 17,9%.

Порівняння структури необоротних активів за період 1998-2001 рр. свідчить про стабільно вищу питому вагу активної частини в обласній клінічній лікарні, обласних диспансерах, міських лікарнях м.Тернополя. В окремих центральних районних лікарнях (Буцацький, Кременецький, Чортківський) активна частина необоротних активів достатньо вагома і становить в середньому 42,1%, однак спостерігається тенденція до її зменшення. Активна частина необоротних активів Борщівської, Гусятинської та Теремовлянської ЦРЛ значно менша (15,4-24,3%), що свідчить про можливість нижчої якості медичних послуг. Районні лікарні мають стабільно низьку питому вагу активної частини необоротних активів (16,2-19,3%), яка фактично не змінювалась протягом чотирьох років.

Динаміка співвідношення між активною і пасивною частинами необоротних активів є критерієм прогресивності (або регресивності) напряму зміни їх технологічної структури. За досліджуваній період в обласній клінічній лікарні відбулися прогресивні зміни технологічної структури

необоротних активів (показник співвідношення зріс з 0,3 до 0,6), в обласному тубдиспансері відбулися регресивні зміни (показник зменшився з 1,8 до 1,5), в обласному онкодиспансері ситуація стабільна (0,6-0,7). В міських лікарнях також має місце регресивна зміна (з 0,7 до 0,4). В більшості центральних районних лікарнях показник співвідношення активної і пасивної частин необоротних активів дорівнює 0,3-0,5, тобто ці лікарні мають достатньо високий рівень технічного оснащення, але практично у всіх ЦРЛ показник повільно зменшується, що підтверджує тенденцію до скорочення рівня оснащення медичною технікою і обладнанням в останні роки.

Для характеристики рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я необоротними активами використовувались показники фондозабезпеченості і фондоозброєності.

Фондозабезпеченість характеризує вартість необоротних активів в розрахунку на одиницю потужності – на 1 ліжко. Фондоозброєність визначається вартістю необоротних активів, яка припадає на одного працюючого (штатну посаду). Ці показники є більш змістовними, якщо розраховуються на основі активної частини необоротних активів, що точніше характеризує якість та ефективність лікувального процесу.

Рахунки, проведені за період 1998-2001 рр. свідчать про те, що показники фондозабезпеченості і фондоозброєності (на одного працюючого і на одного медичного працівника) як по загальній вартості, так і по активній частині необоротних активів, суттєво відмінні по рівнях надання медичної допомоги. Так, найвищі показники фондозабезпеченості порівняно невисокі, практично однакові у часі і просторі.

Фондоозброєність на одну штатну посаду і на одну фізичну особу медпрацівників, у тому числі активною частиною необоротних активів, також має значну варіацію: в обласних закладах в середньому – 5,7 тис. грн., міських лікарнях – 7,8 тис.грн.; ЦРЛ – 4,3 тис. грн.; районних лікарнях – 2,4 тис. грн.

З метою виявлення закономірностей динаміки вищенаведених показників визначались ланцюгові та базисні коефіцієнти росту за період 1998-2001 рр. Розрахунки показали, що в обласній клінічній лікарні, обласному тубдиспансері, міських лікарнях №2 і №3, центральних районних лікарнях Борщівській та Кременецькій, районних лікарнях Заліщицькій і Підволочиській показники фондозабезпеченості і фондоозброєності зростали з року в рік. По решті закладів охорони здоров'я показники або залишались практично незмінними (обласний онкодиспансер, Буцацька ЦРЛ, Шумська РЛ), або зменшувались (Гусятинська, Терехівська, Чортківська ЦРЛ, Зборівська РЛ).

Для характеристики стану та руху необоротних активів використовувались показники їх балансової вартості на перше січня року, обсягу надходження і вибуття, зносу. За досліджуваний період коефіцієнт вибуття необоротних активів коливався в межах від 0,1% до 3%, причому по активній частині необоротних активів він вищий в 2-3 рази, оскільки лікувально-діагностичне обладнання і транспорт зношуються значно швидше, ніж будівлі й споруди. Середні значення коефіцієнту вибуття активної частини необоротних активів у 2001 році коливались в залежності від рівня закладу: в обласних і міських закладах він становив 7,8%, в ЦРЛ – 5,7%, в РЛ – 5%. На протязі досліджуваного періоду спостерігалось зменшення коефіцієнту вибуття, що зумовлюється в першу чергу нестачею коштів на заміну медичної техніки і обладнання.

Для характеристики зміни технічної оснащеності закладів охорони здоров'я коефіцієнти вибуття необхідно розглядати у взаємозв'язку з коефіцієнтами оновлення. Як правило, коефіцієнт оновлення вище коефіцієнта вибуття. Так, середні значення коефіцієнтів оновлення (по активній частині) у 2001 році становили: обласні та міські заклади – 18,1%, ЦРЛ – 15%, РЛ – 2,6%. Слід відзначити, що коефіцієнти оновлення також мають тенденцію до зменшення, що негативно впливає на рівень медичного обслуговування, особливо у районних лікарнях.

Одним із завдань дослідження було визначення ступеня придатності та зносу необоротних активів закладів охорони здоров'я. Так, обласна клінічна лікарня має достатньо високий рівень зносу (58,7%) , причому знос активних частини необоротних активів, зокрема медичної техніки і обладнання, становив 63,9%, але протягом 2001 р. дещо зменшився (до 61,3%). Міські лікарні мали невисокий рівень знос необоротних активів (15,9-18,4%), відповідно високий рівень їх придатності, що свідчить про належний стан будівель, техніки, обладнання, транспорту.

Центральні районні лікарні характеризуються значною варіацією показників зносу та придатності необоротних активів. Так, якщо Борщівська і Чортківська ЦРЛ характеризуються задовільним рівнем зносу необоротних активів (20,6 та 23,3%), то Гусятинська , Кременецька і Терехівська ЦРЛ мали значний знос необоротних активів (відповідно 72,9%, 67,9% та 74,1%). У Бучацькій ЦРЛ рівень зносу необоротних активів, особливо їх активної частини, за період 1998-2001 рр. значно зменшився (з 76,5 до 44,8%).

Районні лікарні (Заліщицька, Підволочиська, Шумська) характеризуються невисоким рівнем зносу необоротних активів, в тому числі активної частини (відповідно 27,3; 23,5 і 18,7%). В той же час Зборівська РЛ має високий рівень зносу (63,1%), який можна класифікувати як незадовільний стан необоротних активів. Аналіз ступеня зносу необоротних активів та їх складових (активної і пасивної частин) за 1998-2001 рр. свідчить про задовільний стан пасивної частини. Так ступінь зносу будівель і споруд в обласній клінічній лікарні становить 31,1%, в обласних диспансерах – 28,6%, в міських лікарнях – 13,9%, в ЦРЛ – 21,1% в РЛ- 26,7%. Рівень зносу активної частини, особливо медтехніки і обладнання, у більшості закладів майже вдвічі вищий, ніж пасивної частини: в обласній клінічній лікарні – 67,4%, в міських лікарнях – 43,5%, в ЦРЛ – 48,7%, в РЛ – 54,8%. Такий стан свідчить про те, що медтехніка і обладнання потребують заміни або серйозного ремонту і модернізації.

Проведене дослідження показало, що рівень затрат на придбання медичної техніки і обладнання в закладах охорони здоров'я області у 2001 році коливався від 2,5 до 8,1% від середньої вартості одного ліжко-дня, що свідчить про відносно низький рівень витрат на технічне оснащення. Цей показник становив: в обласних закладах 3,4%, в міських лікарнях – 6,7%, диспансерах – 2,6%, ЦРЛ – 4,8%, РЛ – 4,2%.

Наявність в закладах охорони здоров'я технічних засобів ще не гарантує їх достатньо ефективне використання та високу якість медичного обслуговування. Аналіз ефективності використання медичної техніки і обладнання, особливо складного і дорогого, показує, що тільки в найбільших закладах забезпечується її раціональне завантаження, а нормативи за обсягами досліджень виконуються. В невеликих за потужністю ЦРЛ та РЛ виконується 30-50% нормативу досліджень, що призводить до збільшення часу окупності, морального старіння, неможливості застосування сучасних діагностичних і лікувальних технологій.

Ситуація ускладнюється нестачею кваліфікованого медичного персоналу, який міг би забезпечити технічно можливий час функціонування медтехніки і обладнання, а також їх простоями через тривалі ремонти або відсутність запчастин для ремонту, що призводить до значних економічних витрат закладів охорони здоров'я.

З метою забезпечення ефективного використання медичної техніки і обладнання необхідно своєчасно відновлювати фізично зношену та морально застарілу апаратуру. Виходячи із середнього терміну зносу медтехніки і обладнання, витрати на розширене відновлення матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я регіону повинні становити щорічно 8-12% фактичної вартості активної частини необоротних активів.

2.3. Формування і використання фінансових ресурсів охорони здоров'я регіону

Найважливішим завданням формування фінансових ресурсів регіональної системи охорони здоров'я є оптимізація фінансових потоків як на рівні регіону, так і окремого закладу.

У світовій практиці використовуються різні джерела фінансування охорони здоров'я: кошти бюджетів усіх регіонів, кошти ОМС та ДМС; кошти цільових фондів; кошти підприємств, організацій, установ; доходи від цінних паперів; кредити банків; благодійні внески та пожертви; інші джерела фінансування, які не заборонені чинним законодавством.

В Тернопільській області як і в Україні, основним джерелом формування фінансових ресурсів охорони здоров'я є бюджетне фінансування. Залучені позабюджетні кошти становлять незначну частину фінансових ресурсів (таблиця 2.5). Слід зауважити, що за останні роки сформувалась тенденція зростання як обсягів, так і питомої ваги позабюджетних коштів, причому темпи їх зростання суттєво вищі ніж бюджетного фінансування. Так, за період 1999-2002 рр. Обсяг бюджетного фінансування зріс на 86,3% (середньорічний темп приросту 23%), а обсяг залучених позабюджетних коштів зріс у 4,3 рази (середньорічний темп приросту 62%).

Таблиця 2.5

Обсяги фінансування охорони здоров'я Тернопільської області

	1999	2000	2001	2002	2002 до 1999,%
Бюджетне фінансування, тис. грн	56913,6	69989,2	90199,0	106028,0	186,2
у % до загального обсягу фінансування	94,7	92,6	91,1	88,5	93,4
Залучено позабюджетних коштів, тис. грн.	3185,2	5593,1	8812,0	13820,2	433,8
у % загального обсягу фінансування	5,3	7,4	8,9	11,5	
Всього	60098,8	75582,3	99011,0	119848,2	

Джерело: Основні опказники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т–2002р.

Бюджетне фінансування на одного жителя у 2002 році становило 92,8 грн. Із загального обсягу 17,3% припадає на м. Тернопіль, де, відповідно, найвищий показник на 1 жителя (80,5 грн.), в той час як по районах області бюджетне фінансування на 1 жителя коливається від 67,5грн. у Чортківському районі до 53,4 грн. у Теребовлянському (додаток Д).

Обсяг надходження позабюджетних коштів також суттєво коливається по районах області. На м. Тернопіль припадає 37,7% загального обсягу (17,05 грн. на одного жителя), а по районах обсяг позабюджетного фінансування коливається від 13,62 грн. на одного жителя у Заліщицькому районі до 1,06 грн. у Борщівському (додаток Ж).

Таким чином, простежується виразна диференціація районів у забезпеченні охорони здоров'я фінансовими ресурсами в залежності від розвитку продуктивних сил, чисельності населення, рівня доходів населення, сформованої системи надання медичної допомоги.

В процесі дослідження автором виявлена слабка кореляційна залежність обсягів фінансування охорони здоров'я (в розрахунку на 1 жителя) і чисельності населення ($\tau=0,332$ $\rho<0,05$), що підтверджується типологічним групуванням (таблиця 2.6).

Аналіз фінансування охорони здоров'я Тернопільської області в розрізі поселенської структури населення показує, що між питомою вагою сільського населення і обсягами фінансування на 1 жителя існує обернений кореляційний зв'язок ($\tau= -0,574$ $\rho<0,05$), тобто в районах з вищою питомою вагою сільського населення обсяги фінансування охорони здоров'я, в тому числі й бюджетного, нижчі, що підтверджується типологічним групуванням (таблиця 2.7).

Таблиця 2.6

Групування районів Тернопільської області за чисельністю населення і фінансовими ресурсами охорони здоров'я у 2002 році

Типи районів	Райони	Чисельність населення (осіб)	Фінансування (бюджетне і позабюджетне) на 1 жителя, грн.
Малонаселені (до 40 тис. жителів)	Ланівецький	33294	60,69
	Монастирський	34537	62,13
	Підгаєцький	22913	61,20
	Шумський	36511	60,94
Середньона-селені (41-60 тис. жителів)	Бережанський	44477	64,88
	Заліщицький	52915	78,42
	Зборівський	47040	62,59
	Козівський	41841	63,35
	Підволочиський	46309	67,56
Крупнона-селені (60 тис і більше)	Борщівський	75358	59,86
	Бучацький	65078	58,18
	Гусятинський	66803	68,72
	Збаразький	60349	69,94
	Кременецький	73190	63,06
	Теребовлянський	70185	56,48
	Тернопільський	60810	67,26
	Чортківський	80861	74,47

Джерело: Основні опказники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002р.

Таблиця 2,7.

Групування районів Тернопільської області за питомою вагою сільського населення і фінансовими ресурсами охорони здоров'я у 2002 році.

Типи районів за питомою вагою сільського населення, %	Райони	Питома вага сільського населення, %	Фінансування на 1 жителя, грн.	
			позабюджетне	бюджетне
До 70,0	Бережанський	61,5	64,88	59,8
	Гусятинський	65,8	68,72	63,1
	Кременецький	59,1	63,06	58,8
	Чортківський	60,5	74,47	67,5

70,1-75,0	Борщівський	74,0	59,86	58,2
	Збараський	72,6	69,94	64,0
	Козівський	73,3	63,35	57,4
	Ланівецький	74,3	60,69	55,3
	Монастириський	71,0	62,13	56,3
	Підволочиський	74,1	67,56	58,4
	Теребовлянський	73,6	56,48	53,4
75,1 і більше	Бучацький	77,1	58,18	55,4
	Заліщицький	75,1	78,42	64,8
	Зборівський	78,7	62,59	58,3
	Підгаєцький	86,0	61,20	59,4
	Тернопільський	84,0	67,26	57,1
	Шумський	86,3	60,94	57,1

Джерело: Основні опказники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002р.

Слід відзначити, що за останні роки по Тернопільській області сформувалась тенденція до зростання обсягів фінансування охорони здоров'я як за рахунок коштів бюджету, так і за рахунок залучення позабюджетних коштів.

Так, у розрахунку на одного жителя бюджетне фінансування зросло з 63,9 грн. у 1999 році до 92,8 грн. у 2002 році, або на 45,2%, а обсяг позабюджетних коштів на одного жителя відповідно становив 4,20 грн. і 12,1 грн., тобто збільшився в 2,9 рази (додатки Д і Ж). Із 17 районів області лише в одному (Бережанському) обсяг бюджетного фінансування на одного жителя скоротився, а по двох районах (Ланівецькому і Шумському) спостерігалось скорочення, яке компенсувалося значним зростанням у 2001 році.

По всіх районах області, крім Підгаєцького, зросли обсяги залучення позабюджетних коштів у розрахунку на одного жителя. Найвищі темпи зростання мали місце в Зборівському, Кременецькому, Тернопільському, Підволочисьькому та Гусятинському районах.

Методи фінансування, які використовуються в охороні здоров'я, як правило, залежать від способу та організації медичної допомоги. Всесвітня

асамблея охорони здоров'я (ВАОЗ) вважає, що оптимальний розвиток охорони здоров'я у будь-якій країні потребує використання узагальненого досвіду розвинених країн. Досвід країн, в яких впроваджена система медичного страхування, показує, що використання сучасних методів і підходів у фінансуванні (оплаті) медичних послуг (з орієнтацією на обсяги і характер діяльності) має ширше застосування в закладах охорони здоров'я, які працюють в системі ОМС. Бюджетні кошти, які знаходяться в оперативному управлінні органів місцевого самоврядування орієнтовані на укрупнені, агреговані характеристики медичної діяльності (планові нормативи роботи ліжка за рік у стаціонарі; середнє число відвідувань за рік), що не можна розглядати як прогресивний метод галузевого фінансування.

Станом на 1 січня 2003 року в Тернопільській області функціонувало 965 лікувальних закладів, з них 3 обласних лікарні, 4 обласних диспансери, 9 міських лікарень, 17 центральних районних лікарень, 12 районних лікарень, 18 сільських дільничих лікарень, 111 сільських амбулаторій, 78-фельдшерсько-акушерських пункти, 11 спеціалізованих закладів.

Аналіз обсягів бюджетного фінансування в розрізі районів Тернопільської області свідчить про наявність їх залежності від виконаних ліжко-днів, середньорічної кількості ліжок і госпіталізацією в лікарняні заклади в розрахунку на 100 жителів (таблиця 2.8).

Таблиця 2.8.

Фінансове забезпечення медичної допомоги по Тернопільській області у 2002 році

Райони	Фактично профінансовано з бюджету, тис.грн.		Виконано ліжко-днів		Середньорічна кількість ліжок		Госпіталізація в лікарняні заклади (на 100 жителів)		Забезпечення ліжками (на 10 тис. жителів)		Відвідування на амбулаторно-поліклінічному прийомі (на 1 жителя)	
		ранг		ранг		ранг		ранг		ранг		ранг
Бережанський	2679,1	11	91454	10	255	11	17,5	2	56,6	7	10,8	2
Борщівський	4380,8	2	131464	4	403	3	14,9	15	51,1	16	9,4	15,5
Бучацький	3599,4	7	121868	6	368	5	15,5	13	55,1	10	10,0	10,5
Гусятинський	4290,6	4	125761	5	353	6	15,8	11	52,0	15	10,0	10,5
Заліщицький	2466,3	12	98629	8	300	8	15,9	9	56,8	5	11,8	1
Збаразький	3856,5	5	116372	7	325	7	15,6	12	54,3	12	10,6	3
Зборівський	2749,3	9	91923	9	265	9	16,5	4	56,4	8	10,5	5,5
Козівський	2401,1	13	78741	14	240	12	16,4	5	58,4	3	9,4	15,5
Кременецький	4317,1	3	138100	2	429	1	15,9	9	57,4	4	10,5	5,5
Лановецький	1835,3	16	66025	16	195	15	17,1	3	59,6	2	9,9	12
Монастирський	1943,5	15	66867	15	190	16	16,0	7	54,9	11	10,5	5,5
Підволочиський	2698,3	10	86610	11	260	10	16,1	6	55,6	9	7,9	17
Підгаєцький	1359,6	17	41052	17	130	17	15,3	14	56,7	6	10,5	5,5
Теребовлянський	3781,6	6	133898	3	385	4	15,9	9	54,2	13	9,8	13,5
Тернопільський	3485,6	8	83704	12	239	13	11,9	17	39,2	17	10,3	8
Чортківський	5461,2	1	148196	1	425	2	14,8	16	52,2	14	10,2	9
Шумський	2088,9	14	81697	13	235	14	18,5	1	65,7	1	9,8	13,5

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002р.

Розраховані коефіцієнти кореляції рангів Спірмена (r) показують наявність тісного прямого кореляційного зв'язку обсягу фактичного бюджетного фінансування, виконаних ліжко-днів ($r=0,931$) і середньорічної кількості ліжок ($r=0,919$), але з рівнем госпіталізації (на 100 жителів) існує обернений середній зв'язок ($r=-0,544$), з рівнем забезпеченості ліжками (на 10 тис. жителів) – обернений тісний зв'язок ($r=-0,697$), а з кількістю відвідувань на 1 жителя зв'язок відсутній ($r=-0,073$).

Розподіл коштів, які надходять у заклади охорони здоров'я, здійснюється згідно з пріоритетами фінансування : заробітна плата, нарахування на заробітну плату, харчування, медикаменти і перев'язочні матеріали. Обсяг і структура витрат охорони здоров'я Тернопільської області наведені в таблиці 2.9

Таблиця 2.9

Склад та структура витрат закладів охорони здоров'я Тернопільської області
2002 рік

Статті бюджетної класифікації	Тис.грн.	% до підсумку
Оплата праці	41227,8	34,4
Нарахування на заробітну плату	15336,7	12,8
Медикаменти і перев'язочні матеріали	23131	19,3
М'який інвентар і спецодяг	1198,5	1,0
Продукти харчування	12464,2	10,4
Господарські і спеціальні витрати	14621,5	12,2
Придбання обладнання	8149,7	6,8
Капітальний ремонт	3116,1	2,6
Капітальне будівництво	-	-
Інші витрати	599,0	0,5
Всього	119848,2	100

Джерело: Основні опказники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т–2002р.

В процесі дослідження виявлені суттєві відмінності фактичних витрат на пацієнтів в розрізі районів області. Так, вартість одного ліжко-дня у 2002 році

коливається від 26,6 грн. у Гусятинському районі до 13,9 грн у Шумському (таблиця 2.10).

Таблиця 2.10

Вартість одного ліжка-дня по Тернопільській області у 2002 році

Райони	Вартість 1 ліжка-дня по фактичних витратах, грн.		
	всього	у тому числі	
		бюджетне фінансування	позабюджетне фінансування
Бережанський	15,8	15,6	0,2
Борщівський	20,5	19,0	1,5
Бучацький	17,9	17,9	-
Гусятинський	26,6	26,3	0,3
Заліщицький	24,1	23,7	0,4
Збаразький	20,6	20,2	0,4
Зборівський	21,2	20,8	0,4
Козівський	20,0	19,7	0,3
Кременецький	20,3	20,0	0,3
Ланівецький	16,4	16,2	0,2
Монастириський	15,1	15,1	-
Підволочиський	20,4	19,9	0,5
Підгаєцький	19,1	19,0	0,1
Теребовлянський	19,1	18,9	0,2
Тернопільський	18,0	16,3	1,7
Чортківський	20,2	19,9	0,3
Шумський	13,9	12,5	1,4
м.Тернопіль	27,3	24,3	3,0

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002р.

Проведений аналіз показав, що формування фінансових ресурсів охорони здоров'я регіону практично не залежить від обсягів виконаних робіт і фактичної вартості наданих послуг. Існуюча практика постатейного розподілу фінансових ресурсів спрямована, в першу чергу, на підтримку наявних потужностей закладів охорони здоров'я: основних засобів, ліжкового фонду, кадрового потенціалу. Метод кошторисного фінансування не створює у

виробників медичних послуг стимулів до більш раціонального використання ресурсів.

Розглядаючи заклад охорони здоров'я в якості самостійного суб'єкта економічної діяльності, необхідно докорінно змінити ідеологію системи планування фінансових ресурсів: від „механічної” констатації планових і фактичних доходів і витрат до прогнозування діяльності та перспектив розвитку медичних закладів. Система планування, яка є основою управління, в ринкових умовах повинна бути інструментом ефективної діяльності системи охорони здоров'я регіону.

Діюча система управління і фінансування охорони здоров'я характеризується незбалансованістю фінансових ресурсів і обсягів надання медичної допомоги. Обсягів бюджетного фінансування явно недостатньо для виконання зобов'язань держави перед населенням, що має руйнівний вплив на охорону здоров'я. Скорочуються масштаби профілактики захворюваності та зростає рівень платності медичних послуг. Витрати на медичне обслуговування перекладаються на сімейний бюджет. За результатами проведеного органами державної статистики обстеження домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя було виявлено, що у 2001 році було 24,8% домогосподарств, в яких хто-небудь з членів протягом року не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, при цьому не придбали ліки через занадто високу вартість у 93,7% випадків; не змогли відвідати лікаря через занадто високу вартість послуг (82,9%), провести медичне обстеження (100%), отримати лікувальні процедури (100%), отримати лікування у стаціонарі (92,3%).¹

Проведений аналіз виявив, що існуюча система фінансування охорони здоров'я в регіоні призводить до внутрішньорегіональної асиметрії, потребує реформування, оскільки механізми формування і використання фінансових

ресурсів не відповідають реальним потребам галузі. Фінансування здійснюється переважно за залишковим принципом, а функціонування – за витратним.

Основні недоліки розвитку медичного обслуговування населення та його фінансового забезпечення в регіоні полягають в наступному :

- наявність суттєвих відмінностей в обсягах фінансування в розрізі районів;
- значне зміщення пріоритетів в бік стаціонарного медичного обслуговування;
- нерозвинутість системи стаціонаророзамінюючих технологій;
- незбалансованість обсягів фінансування і характеру медичної допомоги , а також за статтями витрат;
- недостатньо враховується фактична собівартість медичних послуг;
- не визначені стимулюючі механізми оплати праці медперсоналу.

Подоланню цих проблем має сприяти впровадження у розвиток системи охорони здоров'я наступних принципів:

- забезпечення відповідальності держави і суспільства за охорону здоров'я населення;
- цілеспрямоване та ефективне використання для потреб охорони здоров'я всіх ресурсів, які виділяє на ці цілі суспільство;
- організація раціональної підготовки національних кадрів, відповідальних перед суспільством за здоров'я кожного його члена, та їх використання;
- розвиток охорони здоров'я на основі широко здійснення заходів, спрямованих на реалізацію її профілактичної функції;
- забезпечення високого рівня кваліфікованої, загальнодоступної профілактичної та лікувальної допомоги;

¹ Охорона здоров'я в області. Статистичний збірник.– Тернопіль, Обласне управління статистики, 2002.– с.40-41.

- здійснення санітарної освіти громадян, у першу чергу молоді, яка, на жаль, схильна до девіантної поведінки, шкідливих побутових звичок (вживання алкоголю, наркотиків тощо).

З нашої точки зору, необхідно не тільки змінювати принципи і методи фінансування охорони здоров'я, але й статус медичних закладів. В ринкових умовах повинні діяти державні некомерційні організації, майно яких залишається у державній власності, але закріплюється за організацією не на правах оперативного управління, як це зараз передбачено для закладів охорони здоров'я, а на правах господарського ведення.

При оцінці ефективності медичної діяльності провідними критеріями повинні бути економічні показники, які відображають раціональність використання фінансових ресурсів закладами охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ФОРМУВАННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ

3.1. Методичні підходи щодо формування моделі фінансової системи охорони здоров'я

Велику роль як в структурі ринкових відносин, так і в механізмі їх регулювання з боку держави мають фінанси, котрі є невід'ємною частиною ринкових відносин і одночасно важливим інструментом реалізації державної політики. При цьому першочергове значення відіграє стабілізація економічної ситуації в охороні здоров'я, забезпечення ефективного ведення господарства та нормалізація фінансового стану галузі.

До теперішнього часу різні експерименти з реформування охорони здоров'я були спрямовані, як правило, на досягнення ефективності галузі тільки шляхом використання і перерозподілу існуючих ресурсів, а завдання залучення значних додаткових фінансових ресурсів на медичне обслуговування практично не ставилося.

Спроби знайти додаткові кошти безпосередньо в середині галузі шляхом зміни одного із застарілих стереотипів про темпи і пропозиції розвитку охорони здоров'я були також безрезультатними, оскільки збільшувати економічні ресурси охорони здоров'я потрібно з одночасною зміною механізмів їх формування, розподілу і споживання.

Передбачалося також використати важель економічного механізму, який би забезпечував економію коштів, тобто розробити модель управління з підключенням зворотного зв'язку. Однак така модель безперспективна, оскільки її використання не відповідає принципу комплексності, тому що із системи

вихоплюється певна ланка і робиться спроба через неї впливати на всю систему.

Згідно з оцінками ВООЗ, у всьому світі охорона здоров'я фінансується по чотирьох каналах: перші два (державний сектор) включають обов'язкове медичне страхування і фінансування з державних фондів; два інші є приватними – плата за медичні послуги і добровільне страхування. Така практика фінансування поширена практично у всіх країнах Європейського регіону, де співвідношення державного і приватного сектора фінансування визначається рівнем економічного розвитку країни. Охорона здоров'я України практично повністю фінансується із загальних доходів бюджету, частка державних витрат складає 99% (в США – 42%, в Канаді – 74%, в Німеччині – 78%). Платні медичні послуги, різного роду благодійні пожертви і так звані децентралізовані джерела фінансування охорони здоров'я складають лише незначну частку доходів галузі. При цьому у структурі фактичного об'єму фінансування охорони здоров'я зберігається тенденція зростання частки витрат на практичну охорону здоров'я.

Зміни в постатейній структурі витрат на охорону здоров'я, наведені в таблиці 3.1., свідчать про те, що в основному фінансуються такі статті витрат, як “Заробітна плата”, “Господарські і канцелярські витрати” та “Інші витрати”. Забезпечення ж харчуванням, медикаментами і м'яким інвентарем лягає на плечі пацієнтів. До цього аналізу слід додати, що у 2001 році збереглась пріоритетність у фінансуванні стаціонарної допомоги – 92,5% від загальних витрат, на амбулаторно-поліклінічну допомогу направляється лише 7,4% грошових коштів.

Таблиця.3.1.

Структура витрат на охорону здоров'я в постатейному вираженні і динаміка їх змін за _____ рр. (система МОЗ України)

Статті витрат					
Заробітна плата (включаючи нарахування на заробітну плату)					
Канцелярські і господарські витрати					
Витрати на харчування					
Придбання медикаментів					
Придбання					
Інші витрати					
Всього					

Наведені дані свідчать про стійку тенденцію скорочення обсягів фактичного фінансування системи охорони здоров'я. Спроби суб'єктів фінансових відносин в галузі охорони здоров'я самостійно вирішити свої економічні проблеми натикаються на недосконалість механізмів їх фінансування, що в значній мірі пояснюється різною динамікою змін юридичних і економічних відношень. В результаті цього виникає ситуація, коли випереджаючий розвиток юридичної бази (наприклад, ст.49 Конституції України) не співпадає з темпами економічних перетворень в охороні здоров'я, а в окремих випадках останні (наприклад, необхідність формування нормативу бюджетного фінансування на одного жителя) не знаходять ефективного правового оформлення.

Невирішеність цих питань ставить заклади охорони здоров'я у таке становище, коли вони замість самостійного пошуку різних джерел фінансування для власного розвитку змушені обмежуватися коштами бюджету і емісійними можливостями держави.

Вирішення цих суперечностей має здійснюватися шляхом реформи системи управління охороною здоров'я в широкому розумінні, тобто, починаючи від зміни пріоритетів у фінансуванні галузі і закінчуючи створенням такого економічного механізму, при якому суб'єкт медико-виробничої діяльності буде зацікавлений у зростанні обсягу конкуруючих медичних послуг і підвищенні їх якості, ефективному використанні кадрових, фінансових і матеріальних та інших ресурсів.

В цих умовах необхідно реорганізувати систему фінансування охорони здоров'я, яка б дозволила:

- інтегрувати охорону здоров'я у фінансові потоки розширеного відтворення;
- збалансувати співвідношення бюджетних і позабюджетних джерел фінансування та залучення коштів при значній децентралізації управління галуззю на користь самокерованих медичних територіальних програм;
- розширити права регіонів, муніципальних органів влади і трудових колективів у накопиченні та використанні ресурсів охорони здоров'я.

Отже, наголос треба буде зробити на змішаному фінансуванні, підключенні нетрадиційних джерел, які раніше не використовувались, а саме фондів страхування здоров'я, різного роду благодійних фондів і пожертв, штрафів і стягнень за забруднення навколишнього середовища. Можливі варіанти і більш широкого використання додаткових джерел фінансування охорони здоров'я регіону, а саме:

- для зміцнення екологічного стану регіонів передбачити залучення коштів пенсійного фонду і фонду зайнятості для обов'язкового медичного страхування (ОМС) пенсіонерів і безробітних, як це прийнято в країнах з розвинутими системами медичного страхування;

– введення цільового податку на тютюнові вироби та алкоголь, який можна трактувати як частину плати споживачами цих товарів за додаткову медичну допомогу, потенційно необхідну для нейтралізації загроз їх здоров'ю. Іншим варіантом введення цього податку може бути виділення в складі акцизного збору цільової частини для охорони здоров'я ;

– випуск облігацій державного займу з цільовим використанням надходжень на потреби охорони здоров'я. Практично цей варіант можна реалізувати шляхом встановлення частини надходжень від поточного розміщення державних цінних паперів для цільового використання на охорону здоров'я, що не підірве дохідності державних цінних паперів і в той же час забезпечить зростання надходження в систему охорони здоров'я;

– надання державного пільгового кредиту на формування приватних медичних структур, реалізацію програми інституту “сімейного лікаря” тощо, умовою надання якого є тверді зобов'язання цих структур по відношенню до участі у виконанні програми ОМС. Окрім прямого кредитування таких структур із бюджету, доцільно також надавати державні гарантії для залучення приватних коштів, для чого необхідно надати комерційним банкам і підприємствам докази високої соціальної та економічної ефективності таких систем, а також можливу віддачу від їх діяльності в майбутньому;

– надання податкових пільг щодо інвестицій в будівництво і розвиток різноманітних приватних медичних закладів. Такі пільги виправдані тим, що розширення потужностей для обслуговування заможних пацієнтів знижує навантаження на державну систему охорони здоров'я, а відповідно збільшується доступність медичної допомоги для основної маси населення;

– підтримка добровільного медичного страхування шляхом надання податкових пільг роботодавцям і приватним особам;

– надання гарантій західним компаніям фармацевтичної і медичної промисловості щодо кредитів і займів відповідним вітчизняним підприємствам,

оскільки великий західний бізнес, пов'язаний з виробництвом товарів медичного призначення, може проявити зацікавлення і в розвитку приватного підприємництва в галузі охорони здоров'я.

В умовах ринкової трансформації економіки України важливим і принципово новим елементом фінансування охорони здоров'я має стати система медичного страхування. Але впровадження цієї системи ускладнюється рядом факторів соціального та економічного характеру. По-перше, це певна соціальна напруга, пов'язана з кардинальними змінами в економіці, в наслідок чого частина населення та керівників суб'єктів господарювання, особливо недержавної форми власності, не готові до впровадження названої системи. По-друге, досить значна частина населення, в першу чергу пенсіонери та інваліди, повинна отримувати медичну допомогу на безкоштовній основі, тобто стабільне медичне обслуговування їм повинно гарантуватись державою. По-третє, з економічної точки зору впровадженню системи страхування здоров'я перешкоджає відсутність на даному етапі фінансових і організаційних можливостей для формування елементів інфраструктури і тих управлінських інститутів, які забезпечили б посередницькі функції між пацієнтами і закладами охорони здоров'я.

Саме тому виникає необхідність побудови загальної моделі фінансування охорони здоров'я в умовах медичного страхування, яка б забезпечила зміцнення фінансової бази державної охорони здоров'я з метою створення необхідних передумов для вдосконалення загальнодоступної, кваліфікованої медичної допомоги громадянам України, кардинального поліпшення її якості, тобто для підвищення рівня суспільного й індивідуального здоров'я нації.

Медичне страхування і бюджетне фінансування мають чітко окреслене призначення. Об'єктом медичного страхування є, перш за все, працівники підприємств, організацій і установ всіх форм власності, непрацюючі члени їх

сімей, а бюджетне джерело фінансування поширюється на всі інші категорії населення.

Національний та територіальний (регіональний) фонди страхування здоров'я служать своєрідним “зовнішнім контуром” відносно системи медичного страхування. Вони підживлюють її субсидіями і дотаційними перерахуваннями, страхуючи самі фонди від фінансової нестабільності. Оскільки необхідні обсяги бюджетних коштів отримуються в результаті господарської діяльності підприємств, виникає необхідність додаткових гарантій на випадок зниження обсягу виробництва, згорання і перепрофілювання підприємств. Ця функція бюджетного фінансування надає медичному страхуванню більшої стабільності.

Окрім того, національний фонд страхування здоров'я служить джерелом вирівнювання найбільш помітних територіальних відмінностей у рівні розвитку охорони здоров'я, відшкодування втрат від особливо несприятливих природно-кліматичних умов, екологічних і стихійних лих, катастроф. По суті, цей фонд служить для регіонального вирівнювання розвитку охорони здоров'я.

Впровадження системи медичного страхування, як відомо, передбачає наявність відповідно двох його видів – обов'язкового і добровільного (приватного). Перше регулюється нормами законодавства, друге розвивається за ініціативою підприємств, організацій, установ, господарських асоціацій, галузевих профспілок, населення тощо.

Внески на обов'язкове медичне страхування мають характер податку, тому дуже важливо з самого початку організації цієї системи визначитися щодо розміру страхового внеску.

Світова практика встановлення розміру внеску на обов'язкове медичне страхування свідчить, що останній не може бути нижчим 8% від фонду оплати праці. Так, досвід становлення і розвитку медичного страхування та практика декількох років функціонування охорони здоров'я Росії в цих умовах свідчить,

що встановлений в Податковому Кодексі відсоток на ОМС у розмірі 3,9% від фонду оплати праці (раніше 3,6%), який повинен йти на медичне страхування працюючого населення Росії, не відповідає реально необхідному обсягу фінансових ресурсів. Така ситуація дискредитує саму ідею, оскільки в цьому випадку медичне страхування стає начебто частковим, неповним. Через те, що внесок на ОМС входить до складу витрат на соціальне страхування, які за розрахунками економістів не можуть перевищувати 40% від фонду оплати праці, встановити необхідний внесок на медичне страхування, не зачіпаючи при цьому інтересів інших видів соціального страхування, дуже важко. При цьому отримати кошти на обов'язкове медичне страхування, збільшивши розміри відрахувань від фонду оплати праці, неможливо, тому що сьогодні відрахування на всі види соціального страхування і так вже є максимально можливими.

Нині суб'єкти господарювання сплачують такі внески (у відсотках до фонду оплати праці):

– пенсійний фонд України	– 32%
– фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності	– 2,9%
– фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття	– 2,1%
– фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України	– 0,2%
– всього	– 37,2 %

Крім цього, працівники сплачують з нарахованої заробітної плати у:

– *пенсійний фонд України:*

– до 150 гривень	- 1 %
– більше 150 гривень	- 2 %

– *фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності :*

– до 150 гривень	- 0,25 %
------------------	----------

– більше 150 гривень - 0,5 %

– *фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування*

України на випадок безробіття – 0,5 %

Щоб отримати за рахунок внесків роботодавців достатній об'єм фінансування обов'язкового медичного страхування, необхідно в законодавчому порядку забезпечити перерозподіл коштів соціального страхування, а не збільшувати “податковий процес” на суб'єкти господарювання та працівників. Крім того, будь-які витрати, що включаються в собівартість товарів і послуг (до них належать внески на обов'язкове страхування) призводять до зростання цін і, відповідно, до інфляції.

На наш погляд, з самого початку допущена методологічна помилка у визначенні основних видів соціального страхування у прийнятих 14.01.1998р. “Основах законодавства України про загальнообов'язкове державне медичне страхування”, де як самостійні види виділяються страхування за тимчасовою непрацездатністю і в зв'язку з народженням і похованням, страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань. Ці види страхування в багатьох випадках дублюють функції медичного страхування, зокрема Фондів медичного страхування всіх рівнів. Тому доцільно замість запропонованих виділити такі основні види соціального страхування:

- пенсійне страхування;
- медичне страхування (включаючи страхування за тимчасовою непрацездатністю і у зв'язку з народженням і похованням; страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань);
- страхування на випадок безробіття;
- інші види страхування, які передбачені законами України.

Виходячи із даного переліку, доцільно розподілити відрахування таким чином:

- у Пенсійний фонд – 28% (замість 32%);

- у Фонд обов'язкового медичного страхування – 7,6% (в тому числі 4% за рахунок Пенсійного фонду України, а саме кошти, передбачені на проведення медичних профілактично-реабілітаційних заходів, для пенсіонерів 3,6% - соціальне страхування з тимчасової втрати працездатності та від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань).
- у Фонд соціального страхування на випадок безробіття – 2,1%.

Враховуючи те, що працюючі сплачують ще 1% у Пенсійний фонд і 0,5% у фонд із безробіття, загальна сума відрахувань із соціального страхування складе ті ж 38,45-39,7%. Але при цьому все, що стосується надання медичної допомоги в будь-яких ситуаціях, і кошти, що необхідні для цього, не будуть розпорошені, що дозволить забезпечити цільове формування, ефективне управління і контроль за використанням коштів даного фонду.

Добровільне страхування доповнює обов'язкове і реалізується через страхові плани, що пропонуються страховими посередниками (страховиками). Їх учасниками є як трудові колективи, так і окремі громадяни, при цьому можливими є групові та індивідуальні страхові плани. Виходячи з принципу безоплатності медичної допомоги для населення, перші страхові плани, на наш погляд, повинні бути переважно груповими.

Можна виділити три головні особливості добровільного страхування. По-перше, воно базується не на нормативних актах, а на договірній основі. Розмір фінансової участі визначається умовами трьохсторонніх фінансових угод – між підприємствами (господарськими асоціаціями), медичними закладами і страховими організаціями. Конкретні ставки встановлюються страховими організаціями на основі балансу інтересів сторін, отже еластичність добровільного страхування виявляється набагато вищою, ніж обов'язкового. Страхові плани базуються на потребах трудового колективу в доповненні до обов'язкової частини в страхових програмах. Умови страхування визначаються

колективним договором, що укладається між адміністрацією і радою трудового колективу.

По-друге, зміст страхових планів розробляється більш детально, ніж базових обов'язкових страхових програм. Вони мають чітку спеціалізацію за видами лікувально-профілактичної допомоги, за колом медичних закладів. Більш детально визначається обсяг і структура пільг, на які можуть розраховувати працівники.

По-третє, добровільне страхування передбачає відносно нижчий ступінь колективної солідарності суб'єктів господарювання, оскільки кожний з них платить тільки за себе. Страхові ставки будуються на основі оцінки вірогідності захворювань на базі спеціальних моделей. Передбачається максимальний ступінь повернення цих внесків до трудового колективу.

Таким чином, обов'язкове страхування базується на законодавчо встановлених правових актах і податкових відрахуваннях, добровільне – на соціальній відповідальності суб'єктів господарювання за здоров'я працівників, що підкріплюється економічною підтримкою держави. Вибір оптимального співвідношення між ними здебільшого визначає можливість акумуляції коштів медичного страхування, зміцнення на цій основі ресурсної бази охорони здоров'я. Це ще раз підтверджує необхідність в становленні такого розміру внесків для ОМС, який створював би умови для суттєвого розширення фінансової бази охорони здоров'я.

Крім того, треба враховувати, що розвиток соціального страхування (в тому числі медичного) має свою логіку і послідовність. Досвід показує, що історично ініціатива страхування робітників йшла від підприємств. Логіка руху знизу зрештою призводила до того, що пільги, які надавалися, поступово входили до кола життєво необхідних благ трудящих і під їх впливом закріплювались у законодавчому порядку, а участь підприємців у медичному страхуванні ставала обов'язковою. Характерно, що в певних умовах стимули

для розвитку страхових програм були настільки значними, що це вимагало законодавчого їх закріплення. Інший аргумент на користь розвитку планів добровільного страхування – це необхідність формування ринку медичних послуг. Обов'язкове страхування також служить цій меті, але в меншій мірі, адже воно менш еластичне, оскільки опирається на податки.

Страхова організація зацікавлена укладати угоди на надання найбільш дефіцитної медичної допомоги за участю кращих спеціалістів. Останні отримують свою частку доходів за надання медичних послуг, а розмір оплати праці встановлюється угодою між незалежною територіальною лікарською асоціацією, органом охорони здоров'я і страховою організацією. Система починає діяти в змішаному планово-ринковому режимі. Основна частина зобов'язань медичних закладів будується на умовах державного замовлення за твердими тарифами, але одночасно формується сектор вільних ринкових стосунків з різним ступенем регулювання цін. Основою останнього будуть, перш за все, добровільні страхові плани працівників суб'єктів господарювання.

Виходячи з вищезазначеного, можна запропонувати таку модель фінансування охорони здоров'я:

1. На етапі створення нової системи здійснюється перерозподіл джерел фінансування – підприємства зменшують обсяг своїх відрахувань від прибутку в державний бюджет і формують цільові територіальні страхові фонди з податків у місцевий бюджет. Точкою відліку береться сучасний обсяг бюджетних витрат на охорону здоров'я, з якого виділяється та частина, яка і в нових умовах буде покриватися з державного бюджету, а решта – це обсяг ОМС. При такому варіанті масштаби фінансування охорони здоров'я залишаються стабільними, зміні підлягатимуть лише форма і напрямки руху фінансових потоків: бюджет охорони здоров'я у значній мірі буде формуватися на місцях і на цільовій основі.

2. У нову схему закладається підвищення обов'язкового внеску суб'єктів господарювання у фінансування охорони здоров'я, перш за все, по лінії ОМС. Орієнтиром буде такий обсяг коштів, який необхідний для переведення закладів охорони здоров'я на принцип самофінансування. Йдеться про те, щоб фінансові потоки створювали умови для розширеного відтворення медичних закладів, відшкодовували не тільки поточні витрати, як це робиться зараз, але й забезпечили прийнятну для галузі норму рентабельності.

3. Доходи медичних закладів стають джерелом їх економічного і соціального розвитку. За винятком обмеженого кола закладів охорони здоров'я, розвиток яких базується на принципі зовнішньої підтримки (субсидій, дотацій, пожертв тощо), основна частина лікарень і поліклінік самостійно покриває з внутрішніх джерел витрати на закупівлю обладнання, нове будівництво, соціально-культурні проекти. Необхідно перевести відношення охорони здоров'я з державою на економічну основу. Це закріпить незалежність лікувально-профілактичної мережі, посилить економічну мотивацію праці медиків, дозволить їм керувати довгостроковою перспективою розвитку і, найголовніше, зміцнити фінансову базу. Охорона здоров'я отримає фінансову "ін'єкцію", необхідну для "запуску" нової системи.

На першому етапі надбавка до собівартості медичних послуг може становити 20%, що більш-менш відповідає рівню рентабельності в інших галузях економіки. Запропонований норматив слід розглядати також як мінімально прийнятну межу рентабельності у відносинах зі страховими організаціями за добровільними страховими планами. Можливе забезпечення прибутку і на більш високому рівні тому, що вже існуючий досвід роботи ряду закладів охорони здоров'я на госпрозрахунковій основі підтверджує реалістичність такого підходу.

4. Важливим каналом залучення додаткових коштів є добровільні страхові плани і особисті кошти населення. Стосовно першого пропонується наступна

схема їх реалізації: для стимулювання добровільного групового медичного страхування працівників суб'єктів господарювання сума страхових внесків не обкладається податком; пільги мають і окремі громадяни, що придбали поліси медичного страхування – їх страхові внески із заробітної плати не обкладаються прибутковим податком.

Можливі й інші форми заохочення групового та індивідуального страхування, а саме: за допомогою більш сприятливих умов кредиту, участі обласних органів управління охороною здоров'я в фінансуванні окремих страхових планів при одночасному регулюванні співвідношення обов'язкового і добровільного медичного страхування. Деякі страхові плани поступово переводяться в розряд обов'язкових (наприклад, страхові плани розвитку наркологічної служби, стоматологічного протезування, додаткового догляду за хронічними хворими).

Що стосується особистих коштів населення як додаткового джерела фінансування охорони здоров'я, то мова йде перш за все про формування механізмів залучення цих коштів. В основу таких механізмів повинні бути покладені два основні методологічні підходи: по-перше, необхідність обмеження рівня державних зобов'язань і введення доплат за медичну допомогу; по-друге, раціональне споживання медичної допомоги.

У першому варіанті при розрахунку територіальної програми ОМС необхідно визначити рівень її незбалансованості з фінансовими ресурсами і на цій основі розробити варіанти скорочення програми, наприклад, виключення з неї окремих видів медичної допомоги; надання окремих видів допомоги тільки певному контингенту населення; введення доплат населення. Для мінімізації негативних соціальних наслідків цих заходів слід з одного боку обмежити скорочення програми у галузі первинної медичної допомоги, з іншої – забезпечити безкоштовну допомогу для соціально незахищених категорій населення, нездатних нести навіть незначні витрати на медичну допомогу.

Можливі такі варіанти введення доплат населення при отриманні стаціонарної допомоги: доплати вводяться тільки для працюючого населення; особи, що страждають хронічними захворюваннями, звільняються від доплат; розрахунок доплат є диференційованим, в залежності від стану хворого і терміну перебування в стаціонарі; встановлюється ліміт доплат пропорційно середній заробітній платі в регіоні; пацієнт сплачує встановлений процент вартості кожного дня госпіталізації понад встановлених норматив строку стаціонарного лікування (у відповідності з медико-економічними стандартами) з розподілом фінансової відповідальності за це перевищення з лікарнею.

Суть другого підходу – у встановленні твердих державних зобов'язань стосовно не тільки видів медичної допомоги, але й її обсягів, які фінансуються з бюджету (кількості відвідування лікарів, днів перебування в стаціонарі на 1000 населення тощо). Одночасно при необхідності формується лист очікування з неекстрених видів медичної допомоги; офіційно встановлюється і контролюється почерговість отримання цих видів допомоги. Заможні громадяни, що бажають скоротити час очікування, повинні самостійно (і переважно через систему добровільного медичного страхування) сплатити всю або встановлену частину вартості надання медичних послуг. При цьому конституційне право громадян на отримання безкоштовної допомоги не порушується – будь-які громадяни можуть безкоштовно отримати медичну допомогу, відповідно до черги.

Сукупний бюджет медичного страхування повинен бути орієнтованим на встановлення нормативу середнього обсягу фінансування охорони здоров'я на одну особу. Цей показник більш доцільний для використання, ніж, скажімо, показник питомої ваги витрат на охорону здоров'я у валовому національному продукті. Тому необхідність створення цілісної концепції механізму фінансових відношень в охороні здоров'я, відповідних практичних рекомендацій щодо вдосконалення форм і методів фінансування галузі визначає потребу в

подальшій роботі над удосконаленням методики розрахунку нормативів бюджетного фінансування медичної допомоги в розрахунку на одного жителя. Методологічною основою для такого розрахунку є положення статті 49 Конституції України про те, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних і оздоровчо-профілактичних програм.

У цьому зв'язку ми вважаємо методично правильним такий підхід до розробки нормативу бюджетного фінансування охорони здоров'я на одну особу, коли першочерговим завданням є наукове обґрунтування кожної статті видатків місцевих бюджетів, виходячи з реальних потреб регіонів України на розвиток матеріально-технічної бази охорони здоров'я, покриття господарських витрат і витрат на медичну техніку, апаратуру, медикаменти тощо. Це створює можливість маневрування фінансовими ресурсами з одночасним їх спрямуванням на збільшення (в межах реальних коштів) витрат на утримання закладів охорони здоров'я, яких вони потребують на відповідний період.

Разом з тим аналіз бюджетних витрат на охорону здоров'я в розрізі областей України за 2002 р. показав, що певні фактори, які впливають на величину витрат місцевих бюджетів, були враховані і закладені в розрахунки, інші залишились поза увагою, що помітно вплинуло на обґрунтованість самої величини фінансування охорони здоров'я в розрахунку на одну особу. Остання, на наш погляд була суттєво занижена і не відповідала реальним потребам за багатьма статтями поточних витрат. Саме тому запропоновані на 2002 рік нормативи не забезпечували суспільно необхідного рівня споживання населенням медичних послуг, не сприяли можливості розвитку матеріально-технічної бази галузі, не враховували рівня інфляційних процесів. У зв'язку з цим, при розробці нормативу фінансування охорони здоров'я в розрахунку на одного жителя на 2003 рік біли проаналізовані фактори, які раніше не

досліджувались, враховані нові тенденції, що відображають економічні і соціальні реалії економіки країни.

В основу запропонованої методики покладений аналіз постатейних витрат на охорону здоров'я в стабільні, з точки зору фінансування охорони здоров'я, роки з подальшою екстраполяцією отриманих результатів на 2003 рік з урахуванням прогнозу захворюваності та тенденцій споживання медичних послуг, а також з коректуючими коефіцієнтами, розрахованими методом експертної оцінки.

До нормативу фінансування медичної допомоги на одного жителя не включені інвестиції на будівництво закладів охорони здоров'я і капітальний ремонт, оскільки ці питання повинні вирішуватися на місцевому рівні, відповідно до конкретних потреб і можливостей. Однак при розрахунку нормативу фінансування охорони здоров'я (визначення нормативу фінансування медичної допомоги і нормативу фінансування охорони здоров'я проводились окремо) ці витрати подаються у вигляді рекомендованих коефіцієнтів (регіони можуть вносити відповідні корективи). Слід також врахувати, що цільове фінансування з державного і місцевих бюджетів повинно забезпечувати як національні, так і регіональні медико-санітарні програми (профілактика СНІДу, боротьба з холерою, дифтерією, туберкульозом, планування сім'ї, тощо).

Необхідно підкреслити, що введення визначення нормативу фінансування медичної допомоги в розрахунку на одного мешканця в існуючих соціально-політичних і економічних умовах, формування на цій основі територіальних бюджетів охорони здоров'я є тільки першим кроком на шляху розвитку системи фінансування галузі, адекватної ринковим умовам. Позитивні результати такого впровадження можуть бути тільки при умові синхронних і адекватних змін інших компонентів системи, а саме, організації і управління охорони здоров'я як галузі.

Запропонована концепція формування і розвитку фінансових відносин в охороні здоров'я сфокусована на конкретних механізмах здійснення неодноразово задекларованих цілей і завдань. Враховуючи теоретично-прикладний характер цієї концепції, вона потребує побудови моделей господарювання медичних закладів в умовах обов'язкового медичного страхування.

3.2. Вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я та реструктуризація медичної допомоги як чинники ефективного використання ресурсного потенціалу

Медична сфера має бути ефективною. Цьому сприяє вдосконалення мережі підвищення, фондоддачі обладнання та структурна перебудова лікувально-профілактичних закладів, формування нової моделі.

Як в Україні, так і в регіоні, і надалі буде здійснюватись реструктуризація ліжкового фонду, мережі закладів охорони здоров'я, направлена на покращення доступності медичної допомоги на регіональному рівні. Подальшого розвитку набуде розпочатий перехід від фельдшерської до лікарської моделі надання медичної допомоги сільським жителям, створення у населених пунктах з числом жителів 1000 і більше осіб амбулаторій загальної практики; реорганізація сільських лікарських амбулаторій і ФАПів в амбулаторії загальної практики.

Головною умовою ефективного розвитку мережі закладів охорони здоров'я регіону є наукове обґрунтування і розробка оптимального співвідношення потреб населення у медичній допомозі, лікарському забезпеченні і санітарно-протиепідемічному обслуговуванні з можливостями їх задоволення.

При цьому необхідно враховувати наступні аспекти розвитку мережі закладів охорони здоров'я:

- функціонування і розвиток охорони здоров'я з метою забезпечення соціальних гарантій щодо отримання населенням необхідної медико-соціальної допомоги.
- сполученість і єдність мети на державному та регіональному рівнях організації та управління охороною здоров'я.
- поєднання програм і прогнозів розвитку на поточний і перспективний періоди.
- науково-технічна обґрунтованість розвитку мережі закладів охорони здоров'я.
- відповідність потреб населення в медичній допомозі та обсягу отриманих медичних послуг.
- забезпечення ефективного використання ресурсного потенціалу закладів охорони здоров'я.

В умовах ринкової економіки зміст і методи розвитку мережі закладів охорони здоров'я визначаються двома основними факторами, а саме: децентралізацією системи управління охороною здоров'я на державному і регіональному рівнях, демонополізацією державної системи охорони здоров'я.

При розробці програм регіонального розвитку мережі закладів охорони здоров'я до цього часу використовується і є актуальним метод, який ґрунтується на використанні відповідних норм і нормативів. В економічній літературі під нормою (нормативом) розуміється кількісний показник стану зовнішнього середовища, лікувально-профілактичної допомоги, а також науково-обґрунтовані та регламентовані показники діяльності закладів охорони здоров'я, навантаження медичного персоналу.

В основу розвитку мережі покладено наступні норми і нормативи:

- **гігієнічні нормативи** (гранично допустимого рівня шуму, вібрації, електромагнітних коливань та інших факторів; гранично допустимої концентрації токсичних речовин та пилу в повітрі робочої зони; гранично

- допустимого вмісту забруднювачів у харчових продуктах і питній воді тощо);
- **норми забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою** (кількість лікарняних ліжок на 10000 населення, кількість відвідувань амбулаторно-поліклінічних установ на 1 жителя);
 - **норми навантаження медичного персоналу**, перш за все лікарів (число хворих на 1 год. амбулаторного прийому);
 - **норматив фондоозброєності ліжкового фонду** за типами стаціонарних медичних установ;
 - **норматив забезпеченості засобами малої механізації** для всіх закладів охорони здоров'я і соціального захисту населення;
 - **норматив забезпеченості обладнанням, інструментами, медичними виробами, предметами догляду за хворими** за видами закладів;
 - **норматив забезпеченості санітарним транспортом** за видами закладів;
 - **норматив потреб у медикаментах і перев'язочних матеріалах**;
 - **норматив організації лікувально-профілактичного обслуговування** – чисельність населення на дільниці (дорослих, дітей);
 - **нормативи середньорічної зайнятості ліжка у стаціонарі**;
 - **штатні нормативи медичного персоналу в різних медичних установах та ін.**

В економічній літературі [16,227] розрахунок потреб населення в амбулаторному обслуговуванні пропонується здійснювати за формулою :

$$P = A \times K_p + D + P_r, \quad (3.1)$$

де P – кількість відвідувань населенням лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах (на 1000 населення);

A – рівень захворюваності на 1000 населення;

K_p – коефіцієнт повторності відвідувань з лікувальною метою на одне захворювання за відповідною спеціальністю лікаря;

D – число диспансерних відвідувань в зв'язку з захворюванням;

P_p – число відвідувань з профілактичного обслуговування.

Потреба населення у стаціонарній медичній допомозі визначається за формулою:

$$K = A \times R \times P / D \times 100, \quad (3.2)$$

де K – необхідна кількість середньорічних ліжок (на 1000 населення);

A – рівень захворюваності (на 1000 населення);

R – процент госпіталізації хворих;

P – середня тривалість перебування хворого на ліжку;

D – середньорічна зайнятість ліжка (число ліжко-днів).

У випадку, коли регіональні органи управління охороною здоров'я не володіють інформацією про захворюваність і тим більше, про її прогноз на перспективу, а діюча мережа лікарняних стаціонарів задовольняє потреби населення в госпіталізації, потреба в лікарняних ліжках на перспективний (розрахунковий) рік може бути визначена на основі даних про госпіталізацію у звітному періоді:

$$K = Q \times P_p / D \times P_b \quad (3.3)$$

де K – необхідна кількість середньорічних ліжок;

Q – загальне число ліжко-днів у лікарняних стаціонарах, проведених хворими в звітному (базовому) році;

P_p – чисельність населення в перспективному (розрахунковому) році;

D – показник середнього числа використання ліжка в перспективному періоді;

P_b – чисельність населення в базисному (звітному) році.

Застосування ефективних методів діагностики, лікування і реабілітації дозволяє швидше виліковувати хворих, скорочувати термін їх перебування в лікарняних закладах і підвищити показник обороту ліжка, це можливо лише на основі розвитку мережі медичних закладів.

Розрахунковий показник середньої зайнятості ліжка на протязі року диференціюється за видами закладів охорони здоров'я і за місцем їх розташування. В сільській місцевості термін використання ліжка, як правило, менший ніж у містах, на 20-30 днів (313-320 днів проти 328-340 днів) [16.228]. Спеціалізація ліжкового фонду має вплив на величину виділених коштів з бюджету та інших джерел, оскільки норми фінансування на харчування, медикаменти і інші види витрат диференціюються в залежності від зайнятості ліжка, виду захворювання і профілю лікарняного закладу.

Розвиток стаціонарної медичної допомоги в сільській місцевості здійснюється з врахуванням наявності дільничих лікарень. Їх кількість планують в залежності від чисельності населення, потреб в медичній допомозі, економічної доцільності, платності послуг.

При плануванні середньорічної кількості ліжок враховують рух ліжкового фонду:

$$K_c = K_p + K_k \times M1/12 - K_b \times M2/12 \quad (3.4)$$

де K_c – середньорічна кількість ліжок;

K_p – число ліжок на початок року;

K_k – плановий приріст (введення) ліжок;

M_1 – час функціонування заново введених ліжок (місяців);

K_v – планове вибуття ліжок;

M_2 – час, який вибувши ліжка не функціонують (місяців).

При зведеному плануванні використовуються укрупнені показники з врахуванням середнього приросту ліжкового фонду:

$$K_c = K_p + K_p \times C/100, \quad (3.5)$$

де C – середньорічний процент приросту ліжкового фонду.

При плануванні витрат на харчування враховується кількість ліжко-днів (кількість днів функціонування ліжка в рік помножити на середньорічну кількість ліжок) і на основі цього визначається загальна кількість ліжко-днів по лікарні – середньорічна кількість ліжок помножена на число днів функціонування одного ліжка в рік (за профілем відділень). Аналогічно розраховуються витрати на придбання медикаментів.

Маючи дані про функціонування лікарських посад, можна визначити потребу в лікарських посадах за даною спеціальністю:

$$K_c = L \times H / \Phi \quad (3.6)$$

де K_c – необхідна кількість лікарських посад;

L – норма поліклінічних відвідувань на одного жителя в рік;

H – чисельність населення на певній території;

Φ – функціонування лікарської посади.

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я на регіональному рівні може здійснюватись з використанням відповідних нормативів (табл. 2.3.1.).

Таблиця 3.2.

Нормативи забезпеченості по закладах охорони здоров'я,
підпорядкованих МОЗ України

Вид нормативу	Одиниця виміру	Значення	Примітка
1	2	3	4
Норматив забезпеченості лікарняними закладами	Ліжок на 10 тис. населення	134,7	В тому числі: лікарняних – 102; напівстаціонарних – 14,2; у будинках сестринського догляду – 18; в хосписах- 0,5
Норматив забезпеченості амбулаторно-поліклінічними закладами	Відвідування в змін на 10 тис. населення	181,5	Зниження нормативу пов'язано з зниженням реальної відвідуваності за останні 5 років з 12 до 9 відвідувань на одного жителя в рік
Норматив забезпеченості аптеками в тому числі: у сільській місцевості		1 на 6,2 тис. жителів	
у містах з числом населення до 50 тис. чол.		1 на 10 тис. жителів	
у містах з населенням від 50 тис. до 100 тис.чол.		1 на 12 тис. жителів	
у містах з числом населення від 100 тис. до 500 тис. чол.		1 на 13 тис. жителів	
у містах з числом населення від 500 тис. до 1 млн. чол.		1 на 15 тис. жителів	
у містах з чисельністю населення більше 1 млн. чол.		1 на 20 тис. жителів	
Норматив забезпеченості лікарями	Посад на 10 тис. жителів	114,3	Зниження нормативу пов'язано з зниженням реальної оборотності за останні 5 років з 12 до 9 відвідувань на 1 жителя в рік Продовження таблиці 3.1.
Норматив забезпечення середнім медичним персоналом			
Нормативи забезпечення санітарним транспортом Станція швидкої або невідкладної медичної допомоги; Медична допомога на дому;	Санітарних автомобілів на 1 установу або на 10 тис. жителів	1 (з ношами) на 10 тис. жителів 1 (без нош) на 4 тис. жителів 1(без нош) на 1 установу:	

Кожно-венерологічні диспансери		додатково – 1 на 500 тис. жителів	
Психоневрологічні диспансери		1 на 75 тис. жителів;	
Травматологічні пункти		1 на установу або відділення;	
Сільські дільничі лікарні, поліклініки, лікарські амбулаторії, лікарні, госпіталі		додатково на 500 тис. жителів диспансерів 1 на 1 пункт на 1 установу 1(з ношами) на 1 установу додатково (з ношами) на лікарні, що мають відділення	
На 300 ліжок		для грудних дітей 1(з ношами 9 на лікарні, що мають відділення для грудних дітей)	
Лікарні, які знаходяться в веденні суб'єктів		1 (з ношами) і 1 без нош на 200 тис. жителів	

Проведений у другому розділі аналіз використання ресурсного потенціалу закладів охорони здоров'я Тернопільської області, а також рівень забезпеченості ліжковим фондом, тривалість лікування, число амбулаторних відвідувань на одного жителя та рівень госпіталізації дозволяють класифікувати тип розвитку медичної допомоги (високоінтенсивний, середньоінтенсивний, екстенсивний).

Для високоінтенсивного типу характерно скорочення рівня госпіталізації, середніх термінів лікування та ліжкового фонду при стабільній середньорічній

зайнятості ліжка, значному скороченні обсягів стаціонарного лікування при зростанні частки позалікарняної допомоги.

Середньоінтенсивний тип характеризується стабільним рівнем госпіталізації незначним скороченням середньої тривалості лікування і ліжкового фонду при стабільній середньорічній зайнятості ліжка, однак має місце тенденція до зменшення обсягів позалікарняної допомоги.

Існуюча на сьогодні система надання медичної допомоги у Тернопільській області може бути класифікована як екстенсивна, що не забезпечує оптимального використання ресурсного потенціалу і не сприяє розвитку стаціонарозамінюючих технологій. Обсяг споживання стаціонарної допомоги за останні п'ять років залишається стабільним при зростанні зайнятості ліжка та перевищенні нормативних термінів лікування, в той же час обсяг амбулаторно-поліклінічної допомоги має тенденцію до скорочення при одночасному зростанні захворюваності та рівнях госпіталізації.

Отже, регіональна мережа закладів охорони здоров'я, а також структура самої медичної допомоги неоптимальні, що вимагає необґрунтованого великого обсягу фінансування. На нашу думку, це зумовлено двома основними факторами. По-перше, недоліки у плануванні та орієнтація на кількісні показники діяльності існуючої мережі, внаслідок чого ліжковий фонд у значній мірі перевищує потребу, а співвідношення амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги не відповідає реальним потребам населення та сучасним вимогам ефективної організації охорони здоров'я. По-друге, наявні диспропорції в обсягах фінансування амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги (відповідно 30 та 70% всіх видатків) обмежують можливості розвитку матеріально-технічної бази та впровадження сучасних ресурсозберігаючих технологій надання медичної допомоги, що призводить до подорожчання медичних послуг.

На регіональному рівні вкрай необхідно виробити заходи, котрі забезпечують проведення реструктуризації як засобу раціонального використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я на основі її переходу на сучасні медико–організаційні та ресурсні моделі розвитку. Спеціалісти рекомендують здійснити перерозподіл ресурсів наступним чином: 40% – первинна ланка, 15% – спеціалізована амбулаторно-поліклінічна допомога, не більше 45% – стаціонарна допомога.

Реструктуризація передбачає раціоналізацію та оптимізацію медичної допомоги населенню за її видами, реорганізацію всіх секторів регіональної системи охорони здоров'я (стаціонарного, амбулаторно-поліклінічного, швидкої та невідкладної медичної допомоги) з врахуванням їх медичної ефективності, ресурсного та фінансового забезпечення на базі переходу до сучасної диференційованої багаторівневої системи медичного забезпечення, яка передбачає розвиток міжрайонних центрів спеціалізованої допомоги, проведення профілювання закладів з врахуванням лікувально-діагностичного процесу, прискорення формування інституту лікаря загальної (сімейної) практики.

Медичною основою реструктуризації регіональної системи охорони здоров'я повинні стати апробовані практикою сучасні принципи оптимізації надання медичної допомоги населенню:

- врахування регіональних особливостей при формуванні мережі закладів охорони здоров'я з багаторівневою організацією медичної допомоги та поетапності лікування хворих;
- розподіл ресурсів охорони здоров'я по етапах надання медичної допомоги;
- диференціація медичного забезпечення в залежності від ступеня інтенсивності лікувально-діагностичного процесу;

- інтеграція на загальнодержавному рівнях систем охорони здоров'я і соціального забезпечення;
- розвиток форм медичного забезпечення, які є альтернативними стаціонару (денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах, стаціонари денного перебування в лікарнях, стаціонари на дому та ін.);
- розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики та інтеграція в неї невідкладної медичної допомоги населенню.

Реалізація наведених принципів, з нашої точки зору, дозволить забезпечити оптимізацію використання наявного матеріально-технічного кадрового, фінансового потенціалу охорони здоров'я області з одночасним підвищенням якості медичних послуг.

Дослідження показують, що значні ресурси зосереджені у службах швидкої та невідкладної медичних допомог, котрі в значній мірі дублюють діяльність дільничних служб. В той же час, цей вид медичної допомоги часто використовується нерационально та виконує функції, котрі міг би взяти на себе лікар загальної практики (сімейний лікар). На нашу думку, регіональна програма реформування служби швидкої та невідкладної медичної допомоги повинна включати в себе наступні заходи:

- створення сучасної матеріально-технічної бази служби;
- реорганізацію адміністративно-управлінської структури у відповідності з територіальним принципом надання екстренної медичної допомоги жителям муніципальних утворень;
- зменшення ступеня централізації управління цією службою при збереженні єдності методичного забезпечення, обліку і контролю;
- розмежування функцій швидкої та невідкладної медичної допомоги, передавши останню до амбулаторно-поліклінічної ланки;

- створення в муніципальних амбулаторно-поліклінічних закладах підрозділів, на які покладається функція цілодобової невідкладної допомоги на дому;
- розробка та впровадження бюджетно-страхової моделі фінансування швидкої медичної допомоги.

Основою реструктуризації медичної допомоги, як засобу раціонального використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я, може стати формування в регіоні інституту лікарів загальної практики (сімейного лікаря). Нині сімейна медицина визнана у світі найефективнішою та маловитратною. Світова практика охорони здоров'я за рекомендаціями ВООЗ переорієнтувалась на боротьбу з факторами ризику основних хронічних захворювань, боротьбу за первинну соціальну, медико-соціальну профілактику та посилення ролі первинної ланки охорони здоров'я як найбільш перспективного методу рішення завдань зміцнення здоров'я сім'ї та суспільства в цілому, з активним залученням до цього процесу власне населення.

Лікар загальної практики – це дипломований випускник вищого медичного навчального закладу, котрий забезпечує індивідуальну первинну та безперервну медичну допомогу окремим особам, сім'ям незалежно від віку, статі та виду захворювання.

В більшості країн поняття “лікар загальної практики” та “сімейний лікар” ідентичні. Ми вважаємо, що в Україні доцільно ці поняття розмежувати. Сімейний лікар – спеціаліст, який забезпечує первинною медичною допомогою за сімейним принципом пацієнтів незалежно від статі, віку та виду захворювання. Такий вид організації медичної допомоги особливо потрібний в сільській місцевості, де у Тернопільській області проживає 57,5% населення, а в амбулаторіях та фельдшерсько-акушерських пунктах немає педіатрів та гінекологів. Сімейний лікар високої кваліфікації також може бути залучений

системою добровільного медичного страхування і стати по своїй суті єдиним відповідальним лікарем для пацієнта і його сім'ї.

В Україні ж сімейна медицина впроваджується дуже повільно. Нині лише 5% населення обслуговується таким чином, у тому числі 3,4%– міського і 9,1% сільського. У Тернопільській області.....

У міських поселеннях достатньо розвинута мережа дитячих поліклінік і жіночих консультацій, більш доцільно впровадити інститут лікаря загальної практики, котрий забезпечує первинну медичну допомогу відповідно дорослим або дітям по ширшому колу захворювань та несе повну відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів. Отже, лікар загальної практики:

- здійснює прийом пацієнтів в амбулаторних умовах або на дому, здійснюючи профілактичну, планову або невідкладну лікувальну, реабілітаційну і медико-соціальну допомогу по широкому колу захворювань та станів в межах компетенції, яка визначається сертифікатом спеціаліста;
- розглядає проблеми здоров'я з врахуванням не лише медичних, але й соціальних, психологічних, екологічних, медико-педагогічних та інших факторів, приймає рішення у співробітництві з колегами і фахівцями немедичних спеціальностей;
- несе всю повноту відповідальності як за здоров'я окремої людини, так і за рівень обслуговування населення.

Досвід розвинутих країн показує, що перехід до організації, медичної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря) не повинен обмежуватися медико-технологічними питаннями (навчання лікарів, їх оснащення, спільне обслуговування дорослих і дітей тощо), а також включати фінансові та управлінські проблеми.

Іншими важливим напрямком реструктуризації медичної допомоги та джерелом скорочення необґрунтованих витрат повинно бути більш активне

впровадження стаціонаро-замінних технологій. Розрахунки показують, що їх впровадження дозволяє зменшити обсяг стаціонарної допомоги, яка здійснюється при плановій госпіталізації, приблизно на 30% при одночасному двократному збільшенні обсягу допомоги, що здійснюється у денних стаціонарах.

Лікування в умовах стаціонару значно дорожче (в 7 разів), ніж в поліклініці. Співставлення загальних витрат на лікування одного хворого у цілодобовому стаціонарі в лікарні та в умовах денного стаціонару в поліклініці показує, що економія коштів на одного хворого може становити 50-70%, що демонструє економічну ефективність даної форми надання медичних послуг без погіршення якості медичної допомоги.

Важливо також змінити ставлення керівників медичних закладів до розвитку “стаціонарів на дому”, котрі повинні стати формою організації комплексу заходів з лікування, догляду і реабілітації хворих по місцю їх проживання. Це дозволить здійснювати прискорену виписку хворого із стаціонару та попереджати його госпіталізацію.

Таким чином, на регіональному рівні пріоритетна увага з боку органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування до реструктуризації медичної допомоги може забезпечити як зростання її якості, так і більш ефективне використання ресурсного потенціалу за рахунок перерозподілу частини обсягу медичних послуг із стаціонарного сектора до позалікарняного, скорочення дублювання у роботі медичного персоналу, інтеграції невідкладної допомоги в систему загальної лікарської практики.

На нашу думку, необхідно розробити регіональну комплексну програму реструктуризації системи медичної допомоги населенню. Ця програма повинна мати системний характер і базуватися на аналізі досягнутого рівня профілактичного і лікувального процесів, а також нагромадженого вітчизняного і зарубіжного досвіду і включати:

- пріоритети розвитку системи охорони здоров'я регіону (області), встановлення балансу між потребами галузі в ресурсах та наявними економічними можливостями;
- встановлення оптимальної структури та пропорцій між видами медичної допомоги;
- забезпечення переходу системи охорони здоров'я на прогресивні моделі розвитку, які відповідають вимогам науково-технічного прогресу, реалізують можливості сучасних медичних та організаційних технологій;
- використання нормативного регулювання, котре повинно охоплювати найважливіші сторони діяльності закладів охорони здоров'я та їх ресурсне забезпечення;
- визначення обсягів надання населенню медичної допомоги за видами та рівнями формування багаторівневої системи медичної допомоги;
- перехід на прогресивні моделі стаціонарного лікування, диферебціяція лікарняних відділень за інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу;
- прискорений перехід на систему загальної лікарської практики (сімейного лікаря), інтеграцію невідкладної медичної допомоги в цю систему;
- диференціацію ресурсного забезпечення охорони здоров'я за видами допомоги та ступенем інтенсивності лікувально-діагностичного процесу;
- розробку номенклатури закладів охорони здоров'я у відповідності з бюджетно-страховою моделлю фінансування.

У програмі повинні міститись заходи, пов'язані із забезпечення реструктуризації за основними напрямками:

- первинна медична допомога;

- лікарняна допомога;
- спеціалізована медична допомога;
- медико-соціальна допомога;
- фінансування охорони здоров'я;
- забезпечення якості медичної допомоги;
- права і професійна відповідальність працівників системи охорони здоров'я.

При розробці та реалізації програми реструктуризації необхідно забезпечити комплексний підхід, врахувати її медичний, соціальний, економічний і політичний аспекти. Контроль за її виконанням доцільно здійснювати управлінню економіки ОДА, а безпосереднім організатором та виконавцем має бути управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

3.3.Формування раціональної структури кадрового потенціалу охорони здоров'я в умовах бюджетно-страхової моделі фінансування

Завдання реформування охорони здоров'я на регіональному рівні, забезпечення відповідності рівня її розвитку суспільним соціальним потребам закономірно висувають високі вимоги до загальної та професійної підготовки працівників закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги, обумовлюють необхідність володіння сучасними технологіями лікувального процесу. Одночасно доцільно підкреслити, що розвиток кадрового потенціалу охорони здоров'я об'єктивно пов'язаний з тенденціями зайнятості населення, які сформувались в останні роки і збержуться у середньостроковій перспективі, а саме:

- зростання частки осіб похилого віку у складі робочої сили (зайнятих);
- скорочення частки молоді у складі зайнятого населення;

- зростання чисельності зайнятих у сфері управління і зменшення кількості працюючих безпосередньо у виробництві товарів і послуг.

Одночасно відбуваються і будуть відбуватися надалі прогресивні зміни у сфері інформаційних технологій, що різко підвищує рівень вимог до професійної придатності працівників багатьох професій і спеціальностей, а також обумовлює необхідність розробки і впровадження якісно нових програм підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації кадрів.

Слід зазначити, що в економічній літературі процеси формування кадрового потенціалу охорони здоров'я розглядаються, як правило, або на макрорівні, або на рівні окремих медичних закладів різного профілю. В той же час практично не розробляються питання раціональної структури кадрів закладів охорони здоров'я на регіональному рівні.

Вищеназвана проблема потребує комплексного вивчення, яке включає поряд з методологічними питаннями розробку конкретних прийомів і методів виявлення регіональних особливостей формування раціональної професійно-кваліфікаційної структури кадрів охорони здоров'я, виявлення та розробку шляхів використання резервів.

Ринкова трансформація економіки призвела до зростання попиту на економічні знання, на володіння знаннями та навичками з організації та менеджменту охорони здоров'я. Поява конкуренції в умовах впровадження страхової медицини, різних форм власності та госпрозрахунку, оновлення ресурсного потенціалу галузі, все більш широке використання економічних методів управління підтверджують необхідність економічної підготовки медичних кадрів.

Розвиток ринку медичних послуг вимагає лікарів, які вміють визначити прямі та непрямі втрати суспільства від захворювань, знають ціну медичної послуги, можуть розрахувати рентабельність охорони здоров'я. Сьогодні

практично кожний працівник охорони здоров'я повинен розуміти необхідність оцінки і аналізу якості та ефективності медичної допомоги.

В сучасних умовах виникає потреба зміни процесів формування і використання кадрового потенціалу охорони здоров'я. В зв'язку з цим перед органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування постають такі завдання:

- проаналізувати відповідність фактичної чисельності основних категорій медпрацівників їх нормативній чисельності та потребам з врахуванням використання потужностей системи охорони здоров'я регіону;
- розробити концепцію формування суспільно-необхідної професійно-кваліфікаційної структури кадрів медпрацівників на регіональному рівні;
- сформулювати основні професійно-кваліфікаційні вимоги до медпрацівників з точки зору особливостей сучасного етапу розвитку регіональної системи охорони здоров'я;
- дослідити думку медперсоналу щодо складності та характеру виконуваних робіт, технології взаємовідносин з пацієнтами, відношення до можливої перепідготовки або підвищення кваліфікації;
- обґрунтувати перспективні напрямки формування раціональної професійно-кваліфікаційної структури кадрів на регіональному рівні.

У 2001 році в охороні здоров'я Тернопільської області було зайнято 27049 працівників всіх спеціальностей, що становило 3,6% від чисельності економічно активного населення, в тому числі 5418 лікарів та 12419 середніх медичних працівників. Забезпеченість лікарями становила 47,4 на 10 тис. жителів, середнім медичним персоналом 108,5.

Однак кількість лікарів і високі показники забезпеченості ними в розрахунку на 10 тис. населення самі по собі не гарантують ні високої якості медичного обслуговування, ні високих показників здоров'я населення.

Вирішальними факторами є ефективність управління галуззю та її структурними елементами на муніципальному та регіональному рівнях, кваліфікація медперсоналу, ефективність фінансування та частка витрат на охорону здоров'я, рівень оплати праці та інше. Таким чином, підвищення ефективності медичної допомоги може здійснюватися за рахунок якісних характеристик кадрового потенціалу охорони здоров'я, оптимізації його професійно-кваліфікаційної структури, раціоналізації співвідношення різних категорій медперсоналу.

Зокрема, привертають увагу диспропорції в структурі кадрів: між лікарями первинної ланки і лікарями-спеціалістами, лікарями амбулаторно-поліклінічних та лікарняних закладів, лікарями та середнім медперсоналом, різними районами області, охороною здоров'я в міських поселеннях та сільській місцевості.

Так, із загальної чисельності лікарів усіх спеціальностей (5191 чол.) майже 23% (1179 чол.) працюють у м.Тернополі, де забезпеченість лікарями на 10 тис. населення найвища по області (51,8). В той же час по районах показник забезпеченості лікарями всіх спеціальностей на 10 тис. населення коливається від 21,7 у Зборівському районі до 35, 3 у Бережанському районі при середньому значення 45,5. Причому по п'яти районах (Борщівському, Зборівському, Лановецькому, Підгаєцькому та Шумському) за останні роки сформувалась чітка тенденція до зменшення цього показника.

Значні коливання мають місце також у забезпеченості середнім медичним персоналом (на 10 тис. населення) – від 55, 4 по Тернопільському до 103,6 по Чортківському районах. Чисельність середнього персоналу на 100 лікарів суттєво відмінна – у м.Тернополі показник становить 175 чол., у Тернопільському районі – 227, у Шумському – 450, у Лановецькому – 387¹.

Всього в Тернопільській області працює 101 сімейний лікар. При цьому у Заліщицькому районі – 12, Тернопільському і Чортківському – 11, а у

Бережанському, Борщівському та Шумському, м.Тернополі –по 3, у Монастириському і Підгаєцькому – по 2 сімейних лікаря².

В процесі формування раціональної професійно-кваліфікаційної структури кадрів важливе місце повинно займати планування чисельності медперсоналу. Традиційно таке планування здійснюється на основі існуючих галузевих нормативних документів, в яких припускається їх корекція в залежності від регіональних умов (рівень захворюваності населення, демографічна ситуація, розвиток транспорту і зв'язку, режим роботи тощо). Що стосується питань нормування праці, забезпечення відповідності обсягів виконуваної роботи і чисельності медперсоналу, то вони до сих пір носять декларативний характер. На практиці має місце велика розбіжність між фактичною і розрахованою за нормативами чисельністю посад медперсоналу.

Проведені дослідження показують, що кадрова політика в більшості закладів охорони здоров'я регіону не адаптована до нових умов функціонування та розвитку медичної науки в Україні. Це, у свою чергу, суттєво стримує розвиток галузі, негативно позначається на підвищенні якості медичного обслуговування населення, скороченні термінів відновлення здоров'я шляхом запровадження у медичну практику сучасних технологій профілактики, діагностики та лікування.

Для оптимізації професійно-кваліфікаційної структури кадрового потенціалу охорони здоров'я на регіональному рівні, її адаптації до економічних відносин на ринку медичних послуг методологічно важливо виділити основні професійно-кваліфікаційні вимоги, які ставляться до медичних працівників:

- високий професійний та культурний рівень, комп'ютерна грамотність;

¹ Охорона здоров'я в області. Статистичний збірник. – Тернопіль, Тернопільське обласне управління статистики, 2002р.– с.68-71.

² Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник . –Тернопіль, ОДА, 2002.– с.75.

- здатність до самоконтролю, аналізу, вміння приймати нестандартні та самостійні рішення передбачати їх наслідки;
- універсалізм, усвідомлення особистої відповідальності за якість медичних послуг, прагнення до самостійного самоудосконалення;
- здатність до безперервного навчання, вміння і бажання використовувати найновішу науково-технічну та медичну інформацію;
- сумлінне ставлення до виконання службових обов'язків та збереження лікарської таємниці;
- інноваційна активність;
- розуміння пацієнта, турбота про хворого та оточуючий персонал.

Виконання цих вимог – необхідна умова збереження і покращення здоров'я людей, скорочення прямих і непрямих втрат суспільства за рахунок скорочення захворюваності та смертності населення (а саме таке завдання визначено концепцією розвитку охорони здоров'я населення України).

Впровадження в лікувальний процес новітніх досягнень науково-технічного прогресу диктує необхідність якісних перетворень у професійно-кваліфікаційній структурі медичних працівників, підвищення рівня їх знань, вмінь та навичок. Можна з впевненістю говорити, що подальший прогрес в галузі охорони здоров'я, зростання її ефективності будуть залежати від якості підготовки медичного персоналу, що в свою чергу визначає якість медичних послуг та ефективність використання всіх інших ресурсів.

В сучасних умовах і особливо у перспективі, враховуючи впровадження медичного страхування, реальну цінність для охорони здоров'я має широко освічений лікар, здатний гнучко трансформувати напрямки і зміст своєї діяльності у відповідності із зміною медичних технологій, ринку медичних послуг.

Отже, суспільно необхідна професійно-кваліфікаційна структура кадрів медпрацівників являє собою такий їх якісний стан, розподіл за професіями і

кваліфікаційними рівнями, котрий забезпечує динамічну потребу покращенні здоров'я населення, скороченні термінів відновлення втраченого здоров'я.

Особливу значущість ця проблема набуває на регіональному рівні, оскільки при її належному вирішенні мобілізується такий додатковий фактор підвищення ефективності медичної допомоги як узгоджена взаємодія і послідовність у діяльності закладів охорони здоров'я різних рівнів (амбулаторій, дільничих, центральних районних, міжрайонних та обласних лікарень).

При відсутності нормативів, які відображають суспільно-необхідні вимоги до професійно-кваліфікаційної структури медперсоналу, про її ефективність можна робити висновки, наприклад, шляхом співставлення із середньогалузевими показниками, показниками провідних закладів охорони здоров'я та регіональної статистики.

Таким чином, аналіз проблеми формування суспільно необхідної професійно-кваліфікаційної структури кадрів дозволяє зробити висновок, що ця соціально-економічна система являє собою сукупність упорядкованих зв'язків, які відображають професійно-кваліфікаційні вимоги до підготовки медперсоналу.

В цілому концепція формування суспільно необхідної професійно-кваліфікаційної структури кадрів полягає у створенні цілісної регіонально-галузевої системи, котра являє собою: по-перше, соціально-економічні відносини з формування медичних кадрів у відповідності з регіональними потребами; по-друге, динамічну відповідність їх професійної підготовки і вимог науково-технічного та соціального прогресу; по-третє, врахування взаємозв'язку об'єктивних і суб'єктивних чинників суспільного розвитку; по-четверте, результат галузевого розподілу праці.

Сукупність факторів, які впливають на формування професійно-кваліфікаційної структури кадрів, доцільно розділити на три групи:

- фактори, які безпосередньо зумовлюють зміну вимог до медпрацівників (НТП, розподіл праці та її організація, ступінь професійно-кваліфікаційної мобільності);
- фактори, які опосередковано впливають на зміну професійно-кваліфікаційних вимог (суспільні відносини, матеріально-культурний рівень населення та зростання його потреб, господарський механізм, ідеологічні та політичні цілі);
- фактори, які формують професійно-кваліфікаційну структуру кадрів охорони здоров'я (система загальної освіти, профорієнтація, професійна підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікації).

Важливо відмітити, що всі перераховані групи факторів і фактори, які входять в різні групи, знаходяться у тісному взаємозв'язку і взаємодії. При цьому перша і третя групи знаходяться під впливом другої групи, котра визначає їх цілеспрямованість і механізми реалізації.

Безумовно, вдосконаленню кадрового потенціалу охорони здоров'я буде сприяти посилення механізмів державного впливу на структуру і якість медичних кадрів. Це досягається шляхом впровадження державних професійних стандартів, які відповідають міжнародним вимогам, створення прогресивних систем сертифікації й атестації медперсоналу; розробки і координації національної, регіональних і галузевих програм розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я, впровадження сучасних систем підготовки і перепідготовки кадрів; організації системи профорієнтації та професійного відбору молоді, яка поступає в медичні навчальні заклади; формування і забезпечення державного (регіонального) замовлення на підготовку і перепідготовку медичних кадрів; використання механізмів мотивації праці та соціального захисту медперсоналу.

Слід підкреслити, що завдання, які пов'язані з реалізацією концепції суспільно необхідної професійно-кваліфікаційної структури кадрів охорони здоров'я на регіональному рівні не можна вирішити без програмної цільової

концентрації необхідних коштів і ресурсів. Реалізація такої цільової комплексної програми повинна бути розрахована на середньострокову перспективу за схемою “мета–шляхи досягнення–засоби”. Джерела її фінансування можуть стати бюджетні кошти, кошти регіонального фонду ОМС, кошти підприємств і організацій.

ВИСНОВКИ

Рівень розвитку системи охорони на регіональному рівні, забезпечення належної якості медичної допомоги всім верствам населення визначається тим, як формується і наскільки раціонально використовується ресурсний потенціал галузі. Дослідження проблем формування і використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону дозволяє зробити наступні висновки:

1. Пріоритетним завданням регіональної соціально-економічної політики повинно бути науково обгрунтоване формування і використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я, формування ринку медичних послуг. Основою розробки комплексної програми розвитку охорони здоров'я регіону повинен виступати аналіз відповідності мережі медичних закладів, їх матеріально-технічної бази, кадрового потенціалу, обсягів фінансових ресурсів завданню забезпечення конституційних прав громадян на одержання гарантованого мінімуму безоплатної медичної допомоги. Слід відзначити, що значна частина закладів охорони здоров'я регіону засновані у 50-х та 60-х роках, біля 60% стаціонарів не відповідають сучасним санітарно-гігієнічним нормативам за площею, набором приміщень, рівнем інженерного оснащення тощо.

2. При дослідженні процесів формування і використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я на регіональному рівні необхідно виділити його складові: мережу закладів; організаційно-управлінський потенціал; основні засоби (необоротні активи); матеріальні ресурси; трудові ресурси; фінансові ресурси. Сучасний стан розвитку охорони здоров'я як по Україні в цілому, так і в окремих регіонах характеризується недостатнім ресурсним забезпеченням, низькою ефективністю діяльності лікувально-профілактичних установ, неадекватною вимогам якістю медичної допомоги при наявності достатньо високого рівня забезпеченості медичним персоналом і лікарняними ліжками.

3. Об'єктивною необхідністю розвитку охорони здоров'я в умовах перехідної економіки є формування ринку медичних послуг на основі впровадження бюджетно-страхової моделі фінансування, посилення конкуренції медичних закладів, забезпечення державного регулювання та управління ринковими процесами в галузі охорони здоров'я. Процес формування ринку медичних послуг ускладнюється рядом причин, зокрема: гострий дефіцит фінансових ресурсів; зниження рівня управління системою охорони здоров'я; недостатній розвиток механізмів економічного і суспільного контролю за якістю медичних послуг; суперечливість та нестабільність нормативно-правової бази; відсутність чіткої комплексної стратегії реформування галузі; практична демографічна ситуація.

4. Для впровадження нового господарського механізму в сферу охорони здоров'я доцільно створювати територіальні медичні об'єднання, до складу яких включаються основні лікувально-профілактичні заклади регіону, головними завданнями яких є розподіл фінансових ресурсів, розвиток підприємництва, забезпечення конкуренції тощо.

5. Для становлення ринку медичних послуг надзвичайно важливим є впровадження бюджетно-страхової моделі фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, котра передбачає збалансоване поєднання бюджетних і позабюджетних коштів. При переході до бюджетно-страхової медицини необхідно забезпечити збереження та ефективне функціонування державних (муніципальних) медичних закладів, у той же час доцільно стимулювати і підтримувати розвиток недержавних закладів охорони здоров'я.

6. Функціонування закладів охорони здоров'я регіону в умовах бюджетно-страхового фінансування потребує розробки і провадження оптимальної моделі організації медичної допомоги населенню. В першу чергу органи медичного самоврядування повинні визначити перелік закладів, які

забезпечують гарантований рівень медичної допомоги у відповідності з програмами обов'язкового медичного страхування.

7. Україна в цілому і Тернопільська область, зокрема, характеризуються високим рівнем забезпеченості лікарями і середнім медичним персоналом. У той же час в регіоні має місце значна варіація показників у розрізі районів, а також глибокі диспропорції у структурі медичних кадрів: між лікарями первинної ланки і лікарями-спеціалістами, спеціалістами амбулаторно-поліклінічних і лікарняних закладів, лікарями і середнім медичним персоналом. Суттєві відмінності існують у забезпеченні медичними кадрами міського і сільського населення.

За останні роки в області сформувалась тенденція до зростання забезпеченості лікарями та до скорочення забезпеченості середнім медперсоналом, що призводить до помітного зменшення кількості СМП на 100 лікарів.

Важливою характеристикою кадрового потенціалу охорони здоров'я регіону є рівень кваліфікації медперсоналу. По області лікарі вищої кваліфікації становлять 16,4%, першої – 21,7%, другої – 44,7%, не мають кваліфікаційної категорії 17,2% лікарів і 21,5% середнього медперсоналу. Недостатньо спеціалістів вищої категорії серед терапевтів, ендокринологів, неонатологів, невропатологів, лікарів швидкої допомоги.

8. На рівні регіону необхідно впровадити якісно новий підхід до професійно-кваліфікаційної структури кадрів, а саме формування її суспільно необхідного рівня. Мова йде про створення цілісної системи, параметри якої з точки зору становлення і розвитку професійно-кваліфікаційної структури медичних кадрів передбачають: по-перше, формування нових економічних відносин у процесі реалізації медичних послуг, при виборі професії з врахуванням реальних суспільних потреб; по-друге, досягнення динамічної рівноваги між професійною підготовкою медпрацівників і вимогами науково-

технічного та соціального прогресу. Суспільно необхідна професійно-кваліфікаційна структура кадрів являє собою такий їх якісний стан розподіл за професіями і кваліфікаційним рівнем, котрий забезпечує формування здорового способу життя, покращення здоров'я населення, скорочення термінів відновлення втраченого здоров'я.

9. Система охорони здоров'я Тернопільської області характеризується тенденцією до зростання вартості необоротних активів, в тому числі основних засобів, яке є досить нерівномірним в залежності від рівня надання медичної допомоги. Аналіз структури основних засобів свідчить про невисоку питому вагу їх активної частини, до якої входить вартість медичної техніки та обладнання, особливо в районних лікарнях (11,6%).

Має місце значна варіація фондозабезпеченості та фондоозброєності як по районах області, так і по рівнях надання медичної допомоги (в обласних закладах фондоозброєність активною частиною основних засобів становить 5,7 тис. грн., а в районних лікарнях – 2,4 тис.грн.).

За досліджуваний період у закладах охорони здоров'я області спостерігалось зменшення інтенсивності як вибуття, так і оновлення основних засобів, що негативно впливає на їх стан та на якість медичного обслуговування, особливо у районних лікарнях. Суттєво коливається ступінь зносу основних засобів закладів охорони здоров'я, причому міські лікарні мають невисокий процент зносу (16-18%), а районні лікарні у переважній більшості характеризуються високим коефіцієнтом зносу (60-75%). Слід відзначити, що ступінь зносу активної частини основних засобів майже вдвічі більший, ніж пасивної.

10. Охорона здоров'я на регіональному рівні потребує радикальних змін механізмів фінансування і способів оплати медичної допомоги. В теперішній час формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я практично не залежить від обсягу, якості та фактичної вартості медичних

послуг. Існуюча практика розподілу фінансових ресурсів спрямована на підтримку основних засобів, ліжкового фонду, кадрового забезпечення, що не зацікавлює у реформуванні галузі, не сприяє раціональному використанню ресурсного потенціалу.

11. Основним джерелом формування фінансових ресурсів охорони здоров'я області є бюджетне фінансування (88,5%), а позабюджетні кошти становлять незначну частину (11,5%), але їх обсяг за 1999-2002р. зріс у 4,3 рази, що призвело до помірного збільшення питомої ваги.

Розміри бюджетного фінансування і надходження позабюджетних коштів у розрахунку на 1 жителя суттєво коливаються по районах області, причому в цілому обсяги фінансування в районних з вищою питомою вагою сільського населення нижчі. Але слід відзначити, що за останні роки практично у всіх районах області спостерігалось зростання обсягів як бюджетного фінансування, так і надходження позабюджетних коштів.

Проведене дослідження показало наявність досить сильного кореляційного зв'язку між обсягом бюджетного фінансування, виконаними ліжко-днями і середньорічною кількістю ліжок, причому з рівнем госпіталізації (на 100 жителів) і рівнем забезпеченості ліжками (на 10 тис. жителів) має місце обернений досить тісний зв'язок.

Існуюча система фінансування охорони здоров'я на регіональному рівні призводить до внутрішньорегіональних диспропорцій розвитку галузі і потребує реформування, оскільки механізми формування, розподілу і використання фінансових ресурсів не відповідають реальним потребам медичних закладів.

12. Існуюча система управління фінансовим забезпеченням охорони здоров'я визначає незбалансованість у використанні фінансових ресурсів і обсягів надання медичної допомоги, оскільки в умовах гострого дефіциту коштів їх розподіл зміщено у бік більш дорогих видів (стаціонарне лікування,

спеціалізована медична допомога). Стаціонарозамінні форми обслуговування розвиваються повільно, що не дозволяє враховувати необхідність зміщення акцентів на менш витратні організаційні форми медичної допомоги. Оскільки вартість одного дня перебування у стаціонарі у 5-7 разів перевищує вартість амбулаторно- поліклінічного обслуговування, переведення частини обсягів стаціонарної допомоги на стаціонарозамінні технології дозволить більш раціонально використовувати кошти баз скорочення необхідного обсягу медичної допомоги.

13. Реструктуризація медичної допомоги на регіональному рівні практично не здійснюється, а система охорони здоров'я характеризується переважно як екстенсивна і середньоінтенсивна, тобто при скороченні ліжкового фонду (0 13898 у 1995 році до 9934 у 2002 році) та скороченні середнього перебування хворого на ліжку (з 17,4 у 1995 р. до 16,3 у 2002р.), обсяг стаціонарної допомоги зростає за рахунок невиправдано високого рівня госпіталізації (21,1 на 100 мешканців у 2002р., в тому числі сільське населення – 19,5, міське населення 23,2). Як наслідок, зростає і показник використання ліжкового фонду, який залишається одним з основних показників ефективності функціонування системи охорони здоров'я регіону.

В той же час в області має місце значне зростання кількості пролікованих хворих у денних стаціонарах (з 5174 у 1995р. до 55778 у 2002р.) та у стаціонарах вдома (з 16990 у 1995 р. до 52658 у 2002р.), що є позитивним зрушенням у впровадженні стаціонарозамінних технологій.

14. Важливим і принципово новим елементом фінансування охорони здоров'я повинна стати система медичного страхування (обов'язкового і добровільного). Внески до ОМС мають характер податку, тому надзвичайно важливим питанням є встановлення розміру страхових внесків. Пропонується наступним чином розподілити відрахування від фонду оплати праці наступним чином:

- у Пенсійний фонд України – 28%, у фонд обов'язкового медичного страхування – 7,6%, у фонд соціального страхування на випадок безробіття – 2,1%.

На регіональному рівні необхідно впровадити бюджетно-страхову модель фінансування закладів охорони здоров'я регіону.

Сукупний бюджет медичного страхування повинен бути орієнтованим на встановлення нормативу середнього обсягу фінансування охорони здоров'я на одну особу населення з науковим обґрунтування кожної статті видатків виходячи з реальних потреб на розвиток матеріально-технічної бази охорони, покриття господарських витрат, витрат на медичну техніку і обладнання, медикаменти тощо.

15. Вартісна оцінка використання ресурсів охорони здоров'я на регіональному рівні дозволила встановити джерела і причини втрат ресурсів, їх характер, а також визначити способи ресурсозбереження. Раціональне використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону передбачає більш активне використання принципів стратегічного планування, відмові від фінансування за “мережевим” принципом (на одне ліжко) і впровадження методу фінансування на одну особу, забезпечення ефективного і дієвого контролю за витрачанням фінансових ресурсів та посилення впливу на їх раціональне використання.

Запропоновані шляхи раціонального використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я регіону є противитратними, вони базуються на програмно-цільовому плануванні та системному підході до аналізу процесів соціально-економічного розвитку і вироблення адекватних управлінських рішень.

Додаток А

Чисельність лікарів всіх спеціальностей по районах і м.Тернополю, чол

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 до 1990,%
По області	4739	5302	5147	5117	5217	5233	5165	5191	109,5
<i>Райони:</i>									
Бережанський	210	163	153	156	157	161	156	158	75,2
Борщівський	206	204	204	206	201	199	197	183	88,8
Бучацький	152	143	146	154	162	157	170	155	101,9
Гусятинський	167	179	180	191	185	191	195	190	113,7
Заліщицький	138	143	147	154	161	166	156	164	118,8
Збаразький	158	169	174	180	179	172	169	170	107,5
Зборівський	106	109	109	112	113	112	110	102	96,2
Козівський	102	107	106	107	103	99	103	108	105,8
Кременецький	180	181	181	180	184	181	180	177	98,3
Лановецький	86	87	84	87	86	81	78	79	91,8
Монастириський	81	96	65	90	94	87	92	95	117,2
Підволочиський	157	157	152	159	156	153	145	148	94,2
Підгаєцький	-	64	65	71	67	66	63	56	87,5
Теребоволянський	170	164	161	167	173	171	172	174	102,3
Тернопільський	143	149	139	153	152	147	143	149	104,1
Чортківський	252	252	247	259	274	259	248	261	103,5
Шумський	81	78	79	88	84	82	81	80	98,7
м.Тернопіль	979	1077	1095	1152	1178	1265	1191	1179	120,4

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002.

Додаток Б

**Забезпеченість лікарями всіх спеціальностей по районах і м.Тернополю
(чисельність лікарів на 10000 населення)**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 до 1990,%
По області	40,5	40,5	43,8	43,6	44,7	45,0	45,1	45,5	112,3
<i>Райони:</i>									
Бережанський	29,4	34,9	33,1	33,8	34,4	35,5	34,5	35,3	120
Борщівський	26,1	26,1	26,3	26,8	26,2	26,3	25,9	24,3	93,1
Бучацький	23,2	21,4	21,9	22,9	24,3	23,4	25,5	23,8	102,5
Гусятинський	23,6	25,9	26,4	28,0	27,4	28,5	29,2	28,4	120,3
Заліщицький	24,8	26,0	26,9	28,1	29,7	30,6	29,0	30,7	123,7
Збаразький	25,2	27,4	28,4	29,5	29,5	28,6	28,1	28,2	111,9
Зборівський	21,1	22,6	22,8	23,5	23,7	23,8	23,3	21,7	102,8
Козівський	23,7	25,4	25,4	25,5	24,8	23,9	25,0	25,8	108,8
Кременецький	23,7	23,7	23,9	23,7	24,3	24,0	24,0	24,1	101,6
Лановецький	24,1	25,3	24,8	25,9	25,7	24,8	24,0	23,8	98,7
Монастириський	21,7	26,2	26,2	25,1	26,3	24,9	26,2	27,5	126,7
Підволочиський	31,4	32,5	31,9	33,6	33,3	33,0	31,4	32,1	102,2
Підгаєцький	-	26,2	27,1	29,6	28,0	28,2	27,1	24,4	93,1
Теребоволянський	21,9	22,2	21,9	22,9	23,8	23,9	24,0	24,5	111,8
Тернопільський	24,5	25,8	23,2	25,3	25,1	24,1	23,6	24,4	99,5
Чортківський	30,4	30,2	29,8	31,4	33,3	31,7	30,3	32,2	105,9
Шумський	20,9	20,9	21,3	23,9	22,9	22,7	22,5	21,9	104,7
м.Тернопіль	45,8	46,5	47,1	49,0	50,5	53,7	51,0	51,8	113,1

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002.

Додаток В

**Чисельність середнього медичного персоналу по районах і
м.Тернополю**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 до 1990,%
По області	11933	12764	12352	12301	12365	12297	11994	11871	99,48
<i>Райони:</i>									
Бережанський	648	482	465	467	465	463	465	423	65,2
Борщівський	683	727	718	682	690	640	604	575	84,1
Бучацький	444	509	514	493	546	549	514	501	112,8
Гусятинський	576	585	584	571	553	640	623	634	110,0
Заліщицький	475	576	568	556	593	564	503	518	109,0
Збаразький	472	556	541	566	559	545	537	550	116,5
Зборівський	356	369	360	357	347	336	335	330	92,6
Козівський	352	356	329	335	341	332	341	337	95,7
Кременецький	578	633	637	541	562	540	547	515	89,1
Лановецький	344	334	326	321	312	310	303	306	88,9
Монастирський	270	324	317	319	324	319	302	291	107,7
Підволочиський	466	503	475	495	467	444	430	413	88,6
Підгаєцький	-	193	190	189	186	189	175	173	89,6
Теребоволянський	568	553	537	520	517	500	503	498	87,6
Тернопільський	357	392	330	316	365	324	323	338	94,6
Чортківський	884	972	906	894	899	889	840	839	94,9
Шумський	343	408	408	390	393	394	371	360	104,9
м.Тернопіль	1972	2113	2112	2131	2096	2178	2132	2065	104,7

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002.

Додаток Г

Забезпеченість середнім медичним персоналом по районах і м.Тернополіу
(чисельність середнього медичного персоналу на 1000 населення)

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 до 1990,%
По області	101,6	108,6	105,4	105,7	106,2	106,2	104,2	103,9	102,2
<i>Райони:</i>									
Бережанський	136,7	102,8	100,6	101,1	101,9	102,0	102,9	94,4	69,0
Борщівський	86,4	93,1	92,6	88,7	90,1	84,4	79,5	76,3	88,3
Бучацький	67,4	75,6	76,9	73,4	81,9	81,7	77,0	77,1	114,3
Гусятинський	74,7	84,7	85,6	83,7	81,8	95,4	93,4	94,7	126,7
Заліщицький	84,5	104,2	103,8	101,3	109,2	104,1	93,6	96,9	114,6
Збаразький	75,3	90,1	88,4	92,8	92,1	90,5	89,3	91,2	121,1
Зборівський	71,1	76,6	75,2	75,0	72,9	71,3	71,0	70,1	98,5
Козівський	81,5	84,4	78,7	80,0	82,2	80,0	82,7	80,6	98,8
Кременецький	75,9	83,0	84,3	71,3	74,3	71,5	72,8	70,1	92,3
Лановецький	96,6	97,1	96,2	95,5	93,4	94,8	93,1	92,2	95,4
Монастириський	72,6	88,5	87,6	88,9	90,8	81,1	86,0	84,2	115,9
Підволочиський	93,2	104,1	99,6	104,7	99,6	95,7	93,0	89,4	95,9
Підгаєцький	-	78,8	79,2	78,8	77,8	80,8	75,2	75,4	95,6
Теребовлянський	73,5	74,6	73,2	71,1	71,2	69,7	70,3	70,2	95,5
Тернопільський	61,4	68,1	55,1	52,3	60,2	53,1	53,2	55,4	90,2
Чортківський	106,3	117,5	109,4	108,5	109,4	108,7	102,7	103,6	97,4
Шумський	88,9	110,3	110,2	106,0	107,4	109,1	102,8	98,5	110,7
м.Тернопіль	90,0	90,0	90,8	90,6	89,9	92,5	91,4	90,8	100,8

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002.

Додаток Д

Співвідношення чисельності лікарів та середнього медичного персоналу по районах і м.Тернополі

	Кількість середнього медичного персоналу на 100 лікарів					
	1990	1995	1999	2000	2001	2001 до 1990,%
По області	252	241	235	232	229	90,8
<i>Райони:</i>						
Бережанський	309	296	287	298	268	86,7
Борщівський	332	356	322	325	314	94,5
Бучацький	292	356	350	302	323	110,6
Гусятинський	345	327	335	319	334	96,8
Заліщицький	344	403	340	322	316	91,8
Збаразький	299	329	317	318	324	108,3
Зборівський	336	339	300	305	324	96,4
Козівський	345	333	335	331	312	90,4
Кременецький	321	350	298	304	291	90,6
Лановецький	400	384	383	388	387	96,7
Монастирський	333	338	367	328	306	91,8
Підволочиський	297	320	290	297	279	93,9
Підгаєцький	-	302	286	278	309	102,3
Теребовлянський	334	337	293	292	286	85,6
Тернопільський	250	263	220	226	227	90,8
Чортківський	351	386	343	339	321	91,4
Шумський	423	523	480	458	450	106,3
м.Тернопіль	201	196	172	179	175	87

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т-2002.

Додаток Д

**Бюджетне фінансування охорони здоров'я Тернопільської області в
розрахунку в одного жителя**

Райони	1999	2000	2001	2002	2002р. в % до 1999р
Бережанський	79,1	63,9	54,1	59,8	75,6
Борщівський	41,2	44,2	45,7	58,2	141,3
Бучацький	34,9	36,6	42,1	55,4	158,7
Гусятинський	52,8	48,8	53,0	63,1	119,5
Заліщицький	52,7	56,5	57,5	64,8	123,0
Збаразький	36,2	46,3	50,0	64,0	176,8
Зборівський	38,7	41,5	47,0	58,3	150,6
Козівський	38,4	42,6	50,6	57,4	149,5
Кременецький	56,5	48,9	44,6	58,8	104,1
Ланівецький	50,0	38,3	47,3	55,3	110,6
Монастириський	34,5	39,8	45,1	56,3	163,2
Підволочиський	47,3	44,0	54,9	58,4	123,5
Підгаєцький	49,2	44,3	53,8	59,4	120,7
Теребовлянський	32,2	33,8	41,1	53,4	165,8
Тернопільський	47,3	42,0	47,6	57,1	120,7
Чортківський	39,5	45,4	51,0	67,5	170,9
Шумський	48,8	45,4	46,1	57,1	117,0
М. Тернопіль	55,5	51,9	60,7	80,5	145,0
По області	63,9	67,7	77,8	92,8	145,2

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т–2002.

Додаток Ж

**Надходження позабюджетних коштів у заклади охорони здоров'я
Тернопільської області в розрахунку на одного жителя, 2002 до 1999, %**

Райони	1999	2000	2001	2002	2002р. в % о 1999р
Бережанський	2,19	4,21	4,05	5,08	2,3
Борщівський	0,95	3,30	2,44	1,66	174,7
Бучацький	2,01	2,83	1,67	2,78	138,3
Гусятинський	1,20	6,78	3,62	5,62	4,7
Заліщицький	3,04	9,44	12,83	13,62	4,5
Збаразький	3,04	4,32	5,60	5,94	195,4
Зборівський	0,59	4,66	3,89	4,29	7,3
Козівський	2,23	3,37	2,28	5,95	2,7
Кременецький	0,65	3,91	5,32	4,26	6,6
Ланівецький	3,42	4,62	4,92	5,39	157,6
Монастириський	1,28	3,54	4,37	5,83	4,6
Підволочиський	1,93	4,85	6,19	9,16	4,7
Підгаєцький	2,25	1,75	2,00	1,80	80,0
Теребовлянський	2,17	2,88	3,65	3,08	141,9
Тернопільський	1,71	8,52	8,59	10,16	5,9
Чортківський	1,51	7,70	5,87	6,97	4,6
Шумський	1,30	7,70	4,74	3,84	3
м.Тернопіль	5,50	10,56	10,13	17,05	3,1
По області	4,20	10,22	9,60	12,1	2,9

Джерело: Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. Статистичний довідковий посібник. Т–2002.

Додаток 3

Інтегральна оцінка здоров'я населення , % до України

Регіон	Загальна смертність	Смертність немовлят	Первинна захворюваність	Загальна захворюваність	Первинна захворюваність дітей	Загальна захворюваність дітей	Тимчасова працездатність	Інтегрована оцінка стану здоров'я	Ранг області
Україна	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Тернопіль	0,89	1,03	0,87	0,99	0,77	0,85	0,76	0,88	6
Львів	0,80	1,03	1,19	0,98	1,06	1,06	1,01	1,01	16
Івано-Франківськ.	0,78	1,15	1,18	1,03	1,07	1,07	0,96	1,03	19
Чернівці	0,82	0,90	1,05	1,04	0,84	0,55	0,48	0,85	2
Вінниця	1,10	0,83	1,21	1,23	1,11	1,16	0,57	1,03	18
Житомирська	0,92	0,97	1,19	1,19	1,04	1,15	0,68	1,02	17
Волинська	0,92	0,97	1,19	1,19	1,04	1,15	0,68	1,02	17
Закарпатська	0,71	0,79	1,05	0,95	0,81	0,83	0,42	0,82	1
Хмельницька	1,01	1,01	0,88	0,96	0,92	0,53	0,58	0,90	8

Джерело: Вісник соціально-гігієнічної організації охорони здоров'я України 2002, №4.– с.45.

Саме ця частина основних фондів сприяє впровадженню нових медичних технологій. Серед великого арсеналу фізичних засобів, використовуваних у

медичній практиці, велика роль належить портативним фізичним апаратам. Їх застосування показує, що для багатьох хворих саме вони є вирішальним фактором оздоровлення чи підтримки здоров'я.

Тому стоїть завдання нарощування розробки і створення подібних виробів, забезпечення ними медичного персоналу. Грамотно організована робота лікаря з подібним обладнанням, навчання хворих методам роботи з ним та застосування портативного обладнання як у лікувально-профілактичних закладах, так і в побуті допомагає здійсненню комплексної терапії перш за все хронічних захворювань, більшість із яких вимагає лікування протягом усього життя.

Таким чимно, основними напрямками вдосконалення системи охорони здоров'я як в Україні в цілому, так і на регіональному рівні мають бути:

- впровадження багатоканальної системи фінансового забезпечення галузі;
- поліпшення системи управління галуззю за рахунок широкого впровадження менеджменту та маркетингу;
- забезпечення оптимального співвідношення між наданням медичних послуг і свободою їх вибору;
- забезпечення доступу медичних послуг і медичної допомоги для соціально незахищених верств населення;
- законодавче визначення гарантованого рівня безплатного медичного обслуговування;
- впровадження програмно-цільового управління системою, що дозволяє концентрувати ресурси на пріоритетних напрямках, здійснювати комплексний підхід до вирішення актуальних проблеми охорони здоров'я на основі міжгалузевої взаємодії.

Література

1. Айзинова И.М. Платные услуги: дифференциация территории и территориальная дифференциация // Вестник Моск. ун-та, сер. Экономика. – 2000. – №4. – с.20.
2. Базилевич В., Баластрик Л. Методика розрахунку страхових тарифів на послуги установ охорони здоров'я // Економіка України. – 1996. – №2. – с.85-86.
3. Барановський В. Територіальна модель дослідження сталого екологічного розвитку України // Економіка України. – 1998. – №8. – с.8182.
4. Бирюкова Н.А., Усольцева З.В. Экология – один из факторов заболеваемости и смертности населения Челябинской области // Вопросы статистики. – 2001. – №1. – с.66-67.
5. Бібліотечна Україна в цифрах: Стат.зб.(1997-1998) // Упорядник Н.Б.Грищенко. – К., 1999.
6. Бібліотечна Україна в цифрах: Стат.зб.(1996-1997) // Упорядник Н.Б.Грищенко. – К., 1998.
7. Буренков С.П., Головтеев В.В., Корчагин В.П. Здоровоохранение в период развитого социализма: планирование и управление. – М.: Медицина, 1982.
8. Васильев В.П. Социальная сфера и управление ею // Социологические исследования, 1999. – №2. – с.136-137.
9. Військова медицина: сьогодні і завтра // Урядовий кур'єр. – 2 вересня 2000. – №159(1841). – с.9.
10. Величко А.В. Бюджетный механизм инвестирования социальной инфраструктуры. – К., Ин-т. экономики НАН Украины. – 1998. – 252с.
11. Витренко Н.М. Оценка уровня развития социальной инфраструктуры региона. – К., "Знание" УССР. – 1988. – 16с.
12. Витренко Н.М. Социальная инфраструктура Украины: оценка уровня и перспектив развития. – К., Наук.думка. 1993. – 144с.

13. Власенко І. Медицина поступово одужує // Урядовий кур'єр.–2001.–№134.
14. Вялков А.И. Система стандартизации в здравоохранении: прошлое, настоящее, будущее // Вестник обязательного медицинского страхования.– 2000.–№1.–с.7.
15. Галкин Р.А., Буклешева М.С., Кведер Л.В., Шешунов И.В. Методика определения дифференцированных объемов медицинской помощи и финансирования отдельных территорий области с учетом уровня здоровья населения // Экономика здравоохранения.– 2001.–№3.–с.21-22.
16. Голяченко О. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – К.: Вігай.–ч.1.
17. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української здоровоохорони. Вінниця, ВАТ “Віноблдрукарня”.– 1996.– 100с.
18. Гушта О.В. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні // Фінанси України.– 2002, №3.– с.88.
19. Долишний М.И. Социально-экономические проблемы непроизводственной сферы. К.: Наукова думка, 1984.
20. Евсеев В.И. Потребление услуг непроизводственной сферы.– К., Наук. Думка.– 1987.– 112с.
21. Евсеев В.И. Экономический механизм управления здравоохранением (Вопросы теории и практики).– К., «Знание Украины».– 216с.
22. Економіка охорони здоров'я / укр.акад.держ. управління при Президенті України. К., ЗдравРеформ.– 1995.– ч.1.– с.167; ч.2.– с.216.
23. Економіка охорони здоров'я / Магуайр Е., Гендерсон Дж., Ммуні Г. Пер. з англ.– К., Основи.– 1998.– с.313.
24. Економічні проблеми невиробничої сфери . Зб. наук. пр. Відп. ред. Корольчук О.Н.– К, Ін-т змісту та методів навчання, КДТЕУ.– 1998.– с. 259.
25. Економіка зарубіжних країн: Підручник./ А.С. Філіпенко, В.А. Вергун, І.В. Бурківський та ін. – К.: Либідь, 1998.

26. Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності” // Закони України. – Т.19.– К.: Ін-т законодавства ВР України, 2000.

27. Закон України “Про захист населення від інфекційних хвороб”// Урядовий кур’єр.– 21 червня 2000.– №111 (1793).– с.5-12.

28. Закон України “Про курорти” //Урядовий кур’єр.– 29 листопада 2000.– №222 (1904).– С.5-11.

29. Закон України “Про лікарські засоби” //Закони України. –Т.10.– К.: Ін-т законодавства ВР України, 1997.– с.203-214.

30. Заклади охорони здоров’я та захворюваність населення України у 2002 році. Статистичний бюлетень.– 2002р.– с.47.

31. Зарубіжні донори обіцяють підтримати нашу медицину // Хрещатик. – 12 грудня 2000. – №139(1822). –с.2.

32. Захарін С.В. Моніторинг інвестиційного клімату // Фінанси України. – 2001.– №1.– с.112-116.

33. Здоров’я народу коштує дорого // Урядовий кур’єр.– 16 листопада, 2000.– №213 (1895). – с.2.

34. Інфраструктурний потенціал культури: оцінка та пропозиції щодо його розвитку / Дорогунцов С.І., Куценко В.І., Погорєлова А.І.– К., РВПС України НАН України.– 1993.– с.44.

35. Иванова А.Е. Продолжительность жизни, свободной от инвалидности, в России и за рубежом: проблемы сравнительного анализа // СоцИс.– 2000.– №12.– с.83.

36. Козлова Т.З. Здоровье пенсионеров: самооценка //СоцИс.– 2000.–№12.– с.89.

37. Конституційний суд про платну медицину // Урядовий кур’єр.– 3 грудня, 1998.– №213-232 (1415-1416). – с.3.

38. Концепція розвитку охрони здоров'я населення України // Урядовий кур'єр.– 20 грудня, 2000.– №237(1919). – с.5-8.

39. Копыстьянская К.Р., Марьенко Б.С. Качество трудовых ресурсов и трудовой потенциал //Социально-экономический потенциал региона. Методологический аспект. К.: ИЭ АН УССР. –1984.– с.18.

40. Кочін І.В., Порада Л.В., Савицька О.О. Системні дослідження у роботі і проектуванні системи збереження і відтворення стану здоров'я працівників промисловості. Соціально-гігієнічні, математичні і економічні аспекти формування здорового способу життя з використанням обчислювальної техніки.– Запоріжжя: ЗДІУЛ, 1997.

41. Крамаренко В.И. Сфера услуг в системе общественного воспроизводства. – Катовице, 1989.

42. Крамаренко В.И. Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении. – Симферополь: Таврида, 1997.

43. Крамаренко В.И. Экономика и менеджмент сферы услуг.– Симферополь: Таврида, 1997.

44. Кузьменко М.М., Баранов В.В. Финансовый менеджмент в здравоохранении России: проблемы и пути решения управления финансовыми ресурсами российского здравоохранения. – М.,1995.– с. 269.

45. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. –М., Медицина.– 1994.– с. 297.

46. Кулагина Э.Н. Экономика социальной сферы региона // Народонаселение.– 2001. –№2.

47. Куликов В. Концептуальные основы современной экономики труда //РЭЖ.– 2000.– №11-12– с.59-60.

48. Купалова Г.І., Молдаван Л.В. Трансформація управління соціальною інфраструктурою села // Економіка АПК.– 1997.– №6.– с.76.

49. Курило І.О. Деякі показники стану здоров'я населення в Україні та інших країнах (досвід порівняльного аналізу)// Демографічна ситуація в Україні.– К.: МОЗ України 1993.– Ч.12.– с.85.
50. Куценко В.І. Гуманітарна сфера: сучасна парадигма// Соціально-економічні дослідження в перехідний період. – Львів.– 1999.– с.34-43.
51. Куценко В.І. Інтелектуальний потенціал як фактор економічного розвитку: регіональні аспекти // Україна в ХХІ столітті: концепції та моделі економічного розвитку. – Львів.— 2000.– с.4-7.
52. Куценко В.І., Богущ Л.Г., Шевченко Ю.М. Соціальна сфера в умовах трансформації економіки. К.: РВПС України НАН України, 2000.
53. Куценко В.І., Богущ Л.Г., Комарова О.А., Остафійчук Я.ВА. Гуманітарна сфера: питання теорії і практики. Моногр.– К.: Наук. Світ, 2002.– 456с.– Бібліогр.: с.368-386..
54. Куценко В.І. Сфера виробництва здоров'я населення (соціально-економічний и регіональний аспект), – К. Наук.думка.– 1994.– с.224.
55. Куценко В.І., Богущ Л.Г., Опалева І.В. Соціальна сфера регіону (стан та перспективи розвитку). – К., РВПС України НАН України.– 1997.– с.252.
56. Лехан В.М., Гук А.П. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. –К.: Сфера, 2000.
57. Лук'янова О. Бережемо дітей // Урядовий кур'єр.– 2001.– №134.
58. Матюшко Є. Реформа системи охорони здоров'я в Україні та її регіональні аспекти // Регіональна економіка. –2001.–№1.–с. 106.
59. Медична освіта .– 2001.– №1.– с.8.
60. Медичний ринок. – 2000.–№3.– с.5
61. Мишо К. Глобальный объем заболеваний и травм в 1990 году // Международный журнал социальных наук. – 2000.–№28.– с.29.
62. Мінал В.О., Сердюк О.І., Рогожин Б.А. З досвіду впровадження сімейної медицини в Україні// Проблеми медичної науки та освіти.– 2001.– №2.– с.20-21.

63. Москаленко В.Ф., Візір А.Д. Охорона здоров'я України.– Погляд у майбутнє// Запорозький медичинський журнал.– 2001.– №1.– с.4.
64. Муниципальная больничная касса как элемент страховой медицины // Аптека.– 7 авг.2000.– №30(251).– с.10.
65. Нагорна А. Права людини та стан здоров'я в Україні // Розбудова держави. – 2000.– №1-6. –с.45.
66. Наконечная Л.Я. Состояние здоровья подростков и его влияние на выбор профессии// Социально-экономический потенциал региона. Методологический аспект.– К.: ИЭ АН УССР.,1984.– с.83.
67. Народная медицина России: теория и практика. – 2001.– №8.– с.6-8.
68. Наступного року киянобслуговуватимуть сімейні лікарі // Хрещатик.– 21 грудня 1999.– №107 (1678).– с.3.
69. Національна програма “Репродуктивне здоров'я 2001–2005”// Урядовий кур'єр.– 4 квітня 2001.– №60 (1987).– с.3-6.
70. Новіков В.М. Організація і розвиток соціальної сфери (зарубіжний і вітчизняний досвід).– К.: Ін-т економіки НАН України, 2000.
71. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування //Закони України.– Т.15.-К.: Ін-т законодавства ВР України, 1999.
72. Основи законодавства України про охорону здоров'я//Закони України.– Т.4.– К.: Ін-т законодавства ВР України, 1996.– с.219-244.
73. Основні засади розвитку соціальної сфери села //Урядовий кур'єр.– 24січня 2001.– №13 91940).– с.9-11.
74. Основні засоби України у 2001 році. Статистичний бюлетень. – Київ.– 2002.
75. Охорона здоров'я в Україні: Стат. Зб.– К.: Держкомстат України, 2001.
76. Охорона здоров'я України. – 2001.– №2.– с.72.

77. Переходный возраст Минздрава // Зеркало недели.– 11-17 окт.1997.– №41 (158).– с.14.
78. Положення про Міністерство охорони здоров'я //Аптека.– 7 авг. 2000.– №30 (251).– с.55.
79. Правила санітарної охорони території України // Урядовий кур'єр.– 13 травня 1999.– №87-88(1522-1523).– с.5-10.
80. Проблеми медичної науки і освіти.– 2001.– №2.– с.6.
81. Прокопищак К. Проблеми розвитку соціальної інфраструктури та відродження сіл Карпатського регіону.– Львів: Держ.аграрний ун-т., 1997.
82. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России в прошлом, настоящем и будущем// Проблемы прогнозирования.– 2001.– №1.– с.161-162.
83. Регіональна політика: методологія, методи, практика /Відп.ред. М.І.Долішній.– Львів: Ін-т регіональних досліджень НАН України, 2001.
84. Реорганізація медицини на селі//Урядовий кур'єр.– 23 лютого 2002.– №37 (2208).– с.11.
85. Реформы в здравоохранении столицы // Аптека.– 1 дек.1997.–№46(117).– с.5.
86. Римашевская Н.М. Проблемы и перспективы здоровья населения //Народонаселение.– 2000.–№4.–с.100.
87. Саенко Ю.И. Моделирование показателей развития социальной инфраструктуры. – К., Наук.думка.– 1991.– с.168.
88. Сімейний лікар за покликанням //Урядовий кур'єр.- 1 грудня 2001.– №224 (2151).– с.12.
89. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я./ Під. ред. Ю.В.Вороненка, В.Ф.Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
90. Социальная сфера: проблемы вхождения в рыночную экономику. Отв.ред. Свирина Л.Н. М., Ин-т. экономики АН СССР.– 1991.

91. Соціально-гігієнічні, економічні та організаційні аспекти охорони здоров'я населення (рекомендації для втілення в практику). — Львів, Львів держ. Мед.ін-т.— 1993.
92. Стандницький Ю. Економіко-організаційні проблеми управління оздоровленням довкілля // регіональна економіка.— 2000.— №4.— с.136-137.
93. Статистичний щорічник України за 1997 рік.—К.: Укр.енциклопедія, 1999.
94. Статистичний щорічник України за 1999 рік.— К.: Техніка, 2000.
95. Страсти вокруг страховой медицины // Аптека.— 9 июня 1997.— №21 (92).— с.8.
96. Татаркин А., Романова О., Куклин А., Яковлев В. Экономическая безопасность как объект регионального исследования // Вопросы экономики.— 1996.— №6.— с.81-82.
97. Терентьев В.П. Медико-генетическое прогнозирование и профилактика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний// Известия высших учебных заведений Северо-Кавказского региона.— 200.— №2.— с.74.
98. Указ Президента України №95/99 від 28 січня 1999р. “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості”//Урядовий кур'єр.— 2 лютого 1999.— №19 (1454).—с.10.
99. Указ Президента України №963/2000 від 8 серпня 2000р. “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України”//Урядовий кур'єр.— 15 серпня 2000.— №148 (1830).— с.9.
100. Українська економічна енциклопедія.— К.:Вид.центр “Академія”, Тернопіль: Академія народного господарства, 2000.— Т.1.
101. Фомин Є.А., Федорова Н.М. Стратегии в отношении здоровья// СоцИс.— 1999.— №11.— с.36-40.
102. Хобзей М.К. Економічна мотивація впровадження інституту сімейної медицини // Охорона здоров'я України.— 2001.— №2.— с.12.
103. Цена здоровья //Компаньон.— 20-24 марта 2000.— №12 (164).— с.42.

104. Шангіна Н. Створення регіональної ринкової інфраструктури // Економіка України.– 2000.–№11.– с.43.
105. Шиган Е.Н., Остапюк С.Ф. Целевые комплексные программы в здравоохранении.– М.: Медицина, 1988.
106. Шишкин С. Дилеммы реформы здравоохранения //Вопросы экономики.– 1998.– №3.– с.103.
107. Шишкин С. Проблемные узлы системы финансирования здравоохранения// Общество и экономика.– 2000.– №8.– с.39-66.
108. Шулепникова Т. Межотраслевая динамическая модель подготовки квалифицированных кадров // Динамические модели территориального планирования.– М., 1972.– с.114-131.
109. Шутов М.М. Науково-методичні засади управління ресурсами медичної допомоги регіону: Автореф. Дис.... к.е.н.– Донецьк: Інститут економіко-правових досліджень НАН України, 1998.
110. Щекин Г.В. Теория кадровой политики: Моногр.– К.: МАУП,1997.
111. Экономика здравоохранения : лекарственные препараты и реформа здравоохранения // Аптека.– 1 дек.1997.– №46(17).– с.7.
112. Экономические проблемы здравоохранения в развитых капиталистических странах.– М.: ВНИИМИ МЗ СССР, 1972.