

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису

МОКРИЦЬКА АННА БОГДАНІВНА

УДК 336.13

УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Спеціальність 08.00.08 – гроші, фінанси і кредит

Дисертація

на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук

Науковий керівник:

Безгубенко Людмила Михайлівна,

кандидат економічних наук, доцент

ТЕРНОПІЛЬ – 2012

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	11
1.1. Теоретична концептуалізація фінансів охорони здоров'я	11
1.2. Функціональна субстанція управління фінансами охорони здоров'я	28
1.3. Інституціональні засади управління фінансами охорони здоров'я	55
Висновки до розділу 1	74
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ РЕАЛІЇ ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	77
2.1. Особливості фінансового планування у галузі охорони здоров'я	77
2.2. Аналіз практики оперативного управління фінансами охорони здоров'я	103
2.3. Оцінка фінансового контролю та його результативності у сфері охорони здоров'я	126
Висновки до розділу 2	147
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	149
3.1. Тенденції та суперечності застосування моделей управління фінансами охорони здоров'я у світовій економіці	149
3.2. Стратегічні пріоритети вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я в Україні	169
Висновки до розділу 3	204
ВИСНОВКИ	206
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	211
ДОДАТКИ	235

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ВМД – вторинна медична допомога
ДКСУ – Державна казначейська служба України
ДМС – добровільне медичне страхування
ДФІУ – Державна фінансова інспекція України
ЄТС – єдина тарифна сітка
ЗП/СМ – загальної практики сімейної медицини
КЕКВ – код економічної класифікації видатків
КМУ – Кабінет Міністрів України
КФКВ – код функціональної класифікації видатків
КЦСЕ – країни Центральної і Східної Європи
ЛПЗ – лікувально-профілактичні заклади
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
МФУ – Міністерство фінансів України
ОМС – обов'язкове медичне страхування
ОПЗ – Організація підтримки здоров'я
ОУР – організація управління ресурсами
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
РПУ – Рахункова палата України
ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони здоров'я України, володіючи технічним, кадровим і фінансовим потенціалами, виявилася не спроможною забезпечити реалізацію конституційних прав громадян України у сфері медичного обслуговування, задовольнити потреби суспільства та користувачів медичних послуг. Соціально-економічні реформи в Україні не супроводжувалися здійсненням відповідних перетворень у галузі охорони здоров'я, що спричинило її сучасний незадовільний стан, неадаптованість до умов ринкового господарювання, неспроможність забезпечити належний рівень якості і доступності медичної допомоги населенню, неврахування тенденцій розвитку та реформування охорони здоров'я як складової світової та національної економік.

Відтак, і сьогодні в галузі використовуються принципи і методи господарювання та управління, властиві командно-адміністративній економіці, функціонують неефективні системи забезпечення, що визначають як особливості фінансів охорони здоров'я та управління ними, так і сучасний незадовільний фінансовий стан галузі загалом.

Викладене вище актуалізує дослідження теоретичних і практичних засад організації фінансів охорони здоров'я та управління ними, визначення пріоритетних напрямів реформування управління фінансами галузі.

Питанням дослідження теоретичних засад організації фінансів охорони здоров'я і обґрунтуванням важливої ролі держави у фінансовому забезпеченні цієї галузі займалися представники відомих наукових шкіл, зокрема Е. Аткинсон, Б. Абель-Сміт, М. Блауг, Е. Магуайр, А. Малагардіс, Ю. Немец, П. Самуельсон, Дж. Е. Стігліц та ін. Теоретичні і практичні аспекти фінансування та фінансового забезпечення охорони здоров'я, суперечності функціонування галузі, практика адаптації української системи охорони здоров'я до міжнародних стандартів висвітлені у наукових працях українських учених В. Андрущенко, Л. Безгубенко, О. Василика, В. Гейця, А. Голяченко, З. Гладуна, В. Дем'янишина, Т. Єфименко, М. Казнової, Н. Карпишин,

О. Кириленко, С. Кондратюка, В. Крамаренко, В. Лехан, Е. Лібанова, З. Лободіної, Д. Полозенка, Ю. Пасічника, Я. Радиш, В. Рудня, В. Рудого, Г. Слабкого, О. Тулай, А. Чухна, М. Шутова, С. Юрія та ін. У цьому контексті заслуговують на увагу напрацювання відомих російських науковців М. Дуганова, М. Кузьменко, В. Семенова, І. Шеймана та ін.

І все ж у наукових працях згаданих учених недостатньо уваги приділено вирішенню проблем організації фінансів охорони здоров'я, а щодо управління фінансами галузі, то в Україні практично не проводилися такі комплексні дослідження. Важливість та актуальність згаданих проблем, науково-теоретична цінність і практична значущість їхнього вирішення зумовили вибір теми дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є складником науково-дослідних робіт, що виконують колективи кафедри фінансів і кафедри фінансів суб'єктів господарювання і страхування Тернопільського національного економічного університету за темами «Концептуальні засади розвитку бюджетного процесу в умовах демократичних та економічних перетворень» (державний реєстраційний номер 0109U000048); «Формування фінансового механізму сталого розвитку України» (державний реєстраційний номер 0110U008613); «Фінансова політика в стратегії соціально-економічного розвитку України» (державний реєстраційний номер 0105U000861); та «Оптимізація теоретичних і практичних аспектів фінансового забезпечення економічного зростання в Україні» (державний реєстраційний номер 0103U007682), у межах яких здобувачем запропоновано рекомендації щодо вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є систематизація теоретичних засад, узагальнення сучасної практики управління фінансами охорони здоров'я для вироблення рекомендацій щодо його удосконалення.

Досягнення поставленої мети зумовило необхідність розв'язання таких завдань:

- з'ясувати особливості фінансів охорони здоров'я та виявити проблеми

щодо їх організації;

- поглибити розуміння сутності управління фінансами охорони здоров'я;
- систематизувати методологічні та інституціональні засади управління фінансами охорони здоров'я;
- проаналізувати прагматику бюджетного планування видатків на охорону здоров'я та практику управління фінансами охорони здоров'я;
- оцінити результативність фінансового контролю в галузі охорони здоров'я;
- розробити напрями вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я з врахуванням сучасних світових тенденцій;
- побудувати модель управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні та сформулювати пропозиції щодо її застосування.

Об'єктом дослідження є фінанси охорони здоров'я України.

Предмет дослідження – сукупність теоретичних і практичних засад управління фінансами охорони здоров'я.

Методи дисертаційного дослідження. Для досягнення мети використано наукові методи дослідження. Категорійно-понятійний апарат обґрунтовано на основі методу наукових абстракцій та аналогій; тенденції розвитку та особливості українського механізму управління фінансами охорони здоров'я з'ясовано за допомогою історичного і логічного методів дослідження, статистичних методів аналізу, синтезу, спостереження, узагальнення, порівняння, методів дедукції та індукції, абстрактно-логічного методу. Для емпіричного дослідження фінансового планування та оперативного управління фінансами охорони здоров'я застосовано методи фінансового та економічного аналізу, а також графічний метод – для наочного ілюстрування досліджуваних явищ і процесів. За допомогою економіко-математичних методів розроблено модель розрахунку потреби медичного комплексу в фінансових ресурсах.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у системному обґрунтуванні науково-теоретичних підвалин і виробленні практичних

рекомендацій щодо вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я.

Основні положення дисертації, які мають наукову новизну і виносяться на захист, полягають у такому:

вперше:

– обґрунтовано теоретичні засади моделі управління фінансами охорони здоров'я, яка включає: створення на місцевому рівні медичних комплексів як єдиної системи надання медичних послуг; формування бюджетів медичних установ і визначення фінансового нормативу на одну особу із застосуванням матричного моделювання; зміну підходів до розподілу фінансових ресурсів залежно від обсягу послуг медичних установ, що в сукупності забезпечить більш якісне надання гарантованих державою медичних послуг населенню;

удосконалено:

– трактування поняття «управління фінансами охорони здоров'я», як зорієнтованої на пріоритети суспільного вибору діяльності та взаємодії суб'єктів управління, побудованих на визначених принципах, функціях, технологіях вироблення, прийняття та реалізації управлінських рішень щодо формування, розподілу та використання фінансових ресурсів і організації обігу грошових коштів галузі охорони здоров'я для забезпечення досягнення визначеної мети. В такому тлумаченні акцентовано на об'єкті управління та підпорядкованості діяльності щодо управління фінансами галузі орієнтирам суспільного вибору;

– систематизацію методів управління фінансами охорони здоров'я з виокремленням управлінських технологій фінансового адміністрування і фінансового менеджменту. Обґрунтовано, що запровадження управлінських технологій фінансового менеджменту в діяльність установ охорони здоров'я сприятиме адаптації медичних установ до змін внутрішнього та зовнішнього середовища, врахуванню мінливості ринкової кон'юнктури, досягненню стратегічних і тактичних цілей управління в галузі;

– класифікацію медичних послуг за економічним змістом шляхом виокремлення основних їх видів: за способом виробництва (приватні,

державні), методами розподілу (ринкові, не ринкові), джерелами фінансування (платні, безоплатні), місцем в системі суспільних благ (наближені до чистих суспільних благ і медичні послуги, які задовольняють приватні потреби споживачів і є швидше приватним благом). Запропонована класифікація може стати основою для визначення видів, обсягів, порядку та умов надання гарантованої державою безкоштовної медичної допомоги, що є передумовою для запровадження прогресивних методів фінансування (оплати) медичних послуг;

дістали подальшого розвитку:

– визначення поняття «фінанси охорони здоров'я» як сукупності економічних відносин, матеріалізованих у грошових потоках, з приводу формування, розподілу та використання фонду грошових коштів галузі, утвореного в результаті вартісного розподілу та перерозподілу ВВП з метою задоволення суспільних інтересів і потреб. На відміну від існуючих дане визначення базується на філософському пізнанні сутності і явища, змісту і форми фінансів охорони здоров'я, а також окреслює основну мету їх функціонування;

– принципи управління фінансами охорони здоров'я, з виокремленням принципів соціальної солідарності, поєднання соціальної, медичної та економічної ефективності, цілеспрямованості та результативності управлінської діяльності, правової впорядкованості, комплексності, соціальної та юридичної відповідальності, диверсифікованості джерел фінансового забезпечення. Врахування зазначених принципів забезпечить формування ефективного механізму управління фінансами охорони здоров'я і, в кінцевому підсумку, сприятиме більш повному задоволенню суспільних потреб;

– концепція реформування управління фінансами охорони здоров'я, яка включає пріоритетні завдання щодо оптимізації структури закладів охорони здоров'я на місцевому рівні; удосконалення системи фінансового, кадрового, організаційного забезпечення та реформування функціональних елементів управління (фінансового планування, оперативного управління). Реалізація

запропонованої концепції сприятиме покращенню управління фінансами охорони здоров'я та підвищенню ефективності функціонування галузі загалом.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що теоретичні та методичні рекомендації можуть використовувати органи державної влади та місцевого самоврядування для вдосконалення системи управління фінансами охорони здоров'я.

Пропозиції щодо розрахунку фінансового нормативу на одну особу для визначення розміру фонду грошових коштів на потреби галузі та обґрунтування доцільності фінансування комплексів взаємопов'язаних медичних установ залежно від кількості прикріпленого населення до даного комплексу взяті до впровадження Головним фінансовим управлінням Тернопільської обласної державної адміністрації (довідка № 5-01/48-580 від 26.03.2012 р.). Пропозиції з удосконалення процедур казначейського обслуговування місцевих бюджетів знайшли своє практичне застосування у практичній діяльності Головного управління Державної казначейської служби України в Тернопільській області (довідка № 1.2-08/-1609 від 20.03.2012 р.). Подані автором пропозиції щодо необхідності структурної реорганізації галузі охорони здоров'я шляхом чіткого розмежування первинної та вторинної медичної допомоги та їх фінансування та запровадження контрактних закупівель медичних послуг з метою створення системи керованої медичної допомоги використовуються у практичній роботі Головного управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації (довідка № 1233/5-02 від 22.03.2012 р.). Окремі положення дисертаційного дослідження впроваджені у навчальний процес Тернопільського національного економічного університету (довідка № 126-38/627 від 12.03.2012 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійно виконаною науковою роботою. Усі наукові результати та положення наукової новизни, розробки прикладного характеру, висновки та пропозиції отримано особисто.

Апробація результатів дисертації. Основні науково-практичні результати дисертаційної роботи пройшли апробацію на таких науково-практичних

конференціях: «Економіка підприємства» (м. Дніпропетровськ, 2003); «Управління у 21 столітті: погляд молодих вчених» (м. Хмельницький, 2004); «Формування єдиного наукового простору Європи та завдання економічної науки» (м. Тернопіль, 2007-2008 рр.); «Економічні, правові, інформаційні, та гуманітарні проблеми розвитку України в постстабілізаційний період» (м. Тернопіль, 2008); «Dny vedy - 2009» (с. Praha, 2009); «Перспективи розвитку економіки України: теорія, методологія, практика» (м. Луцьк, 2009); «Соціально-економічний розвиток України та її регіонів: проблеми науки та практики» (м. Харків, 2009 р.); «Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах економічної нестабільності» (м. Тернопіль, 2009–2011 рр.); «Охорона здоров'я: державна політика та розвиток ринку медичних та фармацевтичних послуг» (м. Сімферополь, 2011); «Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах проведення системних реформ» (м. Тернопіль, 2012); «Перспективи розвитку фінансової системи України» (м. Тернопіль, 2012).

Публікації. Основні положення дисертації опубліковано в 24 одноосібних наукових працях. Загальний обсяг публікацій становить 7,2 друк. арк., з яких 10 статей опубліковано у наукових фахових виданнях обсягом 4,8 д. а., 14 – публікації у збірниках наукових праць за матеріалами конференцій (2,3 д. а.).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 234 назв на 24 сторінках. Основний текст роботи викладено на 210 сторінках. У дисертації подано 15 рисунків на 15 сторінках і 15 таблиць на 15 сторінках. 24 додатки містяться на 61 сторінці.

РОЗДІЛ 1**ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ
ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я****1. 1. Теоретична концептуалізація фінансів охорони здоров'я**

Важливу роль у соціальному і економічному розвитку суспільства виконує охорона здоров'я. Її якісний стан і доступність для широких верств населення країни слід розглядати, з одного боку, як суттєву складову якості життя, а з іншого – як необхідну умову ефективного функціонування національної економіки. Таким чином, побудова ефективної системи охорони здоров'я – важлива умова як соціального, так і економічного розвитку.

Здоров'я нації і кожного її члена є передумовою існування здорового та багатого суспільства. Лише у ХХ ст. здоров'я населення почали розглядати не тільки як індивідуальне благо кожної людини, а й як велику соціальну цінність, одне із завдань державної політики, внутрішню функцію держави. Передова громадська думка закріпила в суспільній свідомості ідею невід'ємних і природних прав людини, серед яких – право на здоров'я та його охорону з боку суспільства та держави, право на здорові та безпечні умови життя і праці. Вперше право на охорону здоров'я закріпила Конституція України у 1937 р. Пізніше це право як соціальне право увійшло в конституції багатьох держав, зокрема, до Конституції Іспанії, Польщі, Португалії тощо [13].

Сфера охорони здоров'я, у якій виробляється специфічний товар – медичні послуги – входить до загальної системи економічних відносин. При цьому її роль постійно зростає, оскільки в умовах науково-технічного прогресу і розробки інноваційних технологій охорона здоров'я займає одну з основних позицій у забезпеченні ефективності суспільного відтворення.

У вітчизняній та зарубіжній літературі існують різноманітні підходи до трактування сутності охорони здоров'я та організації її фінансів. До 1990-х рр. ХХ ст. вітчизняні підходи ґрунтувалися переважно на марксистському науково-методологічному підході, за яким усе суспільне виробництво поділялося на дві

сфери: виробничу і невиробничу. У виробничій сфері матеріальні продукти створюються, а в невиробничій – здійснюється їх обмін і споживання. Економічна теорія, що ґрунтувалася на такому підході, віддавала перевагу сфері матеріального виробництва, стверджуючи, що саме тут створюється ВВП і національний дохід, частина якого в централізованому порядку перерозподіляється державою. Невиробнича сфера, а отже, охорона здоров'я як її складова галузь, розглядалася як утриманка держави, сфери матеріального виробництва, оскільки тут національний дохід не створюється, а лише споживається. Державі, при цьому відводилася роль благодійника, своєрідного мецената. Звідси основним джерелом фінансування соціальної сфери були бюджетні асигнування, які перерозподілялися зі сфери матеріального виробництва.

Дослідження функціонування ринкової економіки свідчить, що соціальна сфера не лише не є надбудовою матеріального виробництва, а й робить суттєвий внесок у збільшення національного доходу соціальними послугами, що надаються населенню. Послуги постають особливими самостійними споживчими цінностями, що мають вартість і ціну. Інакше кажучи, з економічного погляду послуги є такими ж продуктами праці, як і матеріальними благами. Частину з них споживач отримує в обмін на грошові доходи, а частину – в своє розпорядження при виникненні потреб, які можуть бути задоволені загалом безкоштовно для споживача. До безкоштовних належать соціально значимі послуги, що сприяють відтворенню працездатності людини, її життєдіяльності, професійному розвитку. Однак безкоштовних послуг, як правило, не буває. Вони мають свого покупця в особі держави, яка оплачує їх виробництво, займаючи при цьому здебільшого монопольне становище або в особі суб'єктів господарювання (в умовах страхової медицини). Саме монопольне становище держави як єдиного покупця медичних послуг і спричинило фінансування галузі за «залишковим» принципом.

У зарубіжній практиці великий вплив на організацію фінансів охорони

здоров'я спричинила теорія суспільних благ, початок якої заклав А. Сміт (1723-1790) та продовжили лауреати Нобелівської премії з економіки Дж. Б'юкенен і П. Самуельсон, а також Е. Аткинсон, К. Ерроу, Р. Масгрейв, Г. Менкью, В. Нордгауз, Дж. Стігліц та ін. Вони трактували охорону здоров'я як суспільне благо, доступ до якого повинні мати усі члени суспільства, незалежно від можливостей оплатити його. Для суспільних благ характерні такі основні особливості, як неконкурентність, неподільність у споживанні, неможливість усунути індивідів від користування вигодами від цих благ, суспільна цінність, суспільна ефективність. Особливості суспільних благ зображено на рис. 1. 1.

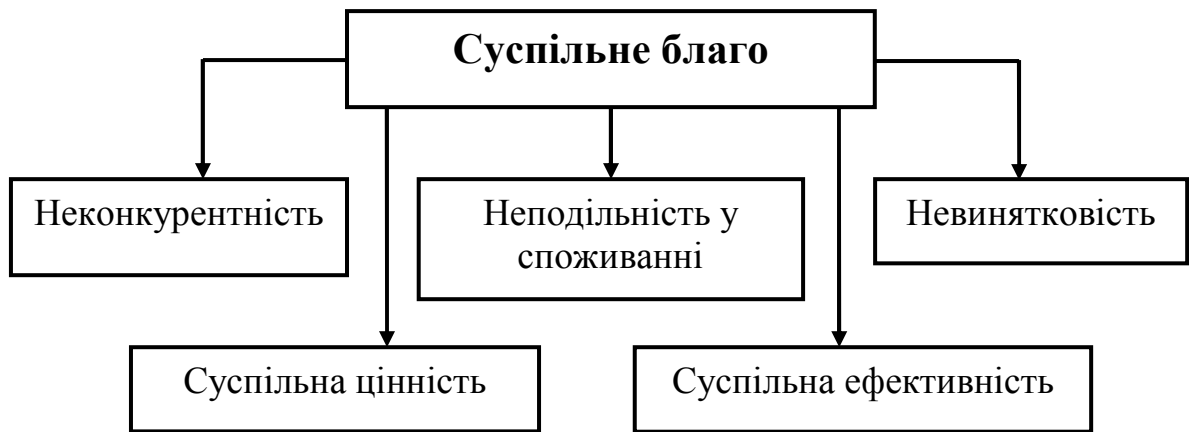


Рис. 1.1. Особливості суспільного блага*

Неконкурентність, невинятковість та неподільність у споживанні, які є одними з основних особливостей суспільних благ, на що звертають увагу М. Блауг, С. Брю, К. Макконелл, Н. Менкью, П. Самуельсон, Дж. Стігліц та ін. [11; 87; 93; 169; 176], означають, що споживання медичних послуг одним індивідом не зменшує доступності цих соціальних послуг для інших людей. Ці особливості передбачають, що збільшення кількості споживачів благ не спричинює зменшення корисності, яку отримує кожен з них, тобто споживачі не конкурують між собою за право користуватися тим чи іншим благом. Також збільшення кількості користувачів цим благом, як правило не тягне за собою

* Складено автором за даними [11; 87; 93; 169; 176].

суттєвого збільшення витрат на задоволення цього попиту, тоді, як поява додаткового споживача збільшує ефективність від його надання для всього суспільства [5; 34; 176], тобто має місце суспільна ефективність. Такі блага представляють собою цінність лише тому, що призначені не для однієї людини. Збільшення споживачів у таких випадках суттєве не лише з точки зору мінімізації затрат, а й із позицій досягнутого ефекту [230, с. 37].

Згідно з підходом Л. Рове та Г. Хеннеланда, профілактика хвороб населення є суспільним благом у світовому масштабі, вигідним за такими позиціями: по-перше, попередження захворюваності однієї особи спричинює позитивний ефект не тільки для неї, а й для інших індивідів, котрі могли б заразитися; по-друге, добре організована охорона здоров'я нації має глибокі економічні наслідки, пов'язані зі збереженням добробуту населення й підтримкою продуктивності економічної системи [231, с. 105].

Загалом у ХІХ ст. у країнах із соціалістичним ладом планова економіка демонструвала великі успіхи у створенні і використанні суспільних благ, зокрема в таких сферах, як оборона, наука, наукові дослідження у сфері охорони здоров'я, освоєння космосу та ін. Щодо забезпечення приватних благ державними фінансовими ресурсами, то в умовах переходу до ринкової економіки це стало причиною неефективного, порівняно з ринковою економікою, використання фінансових ресурсів.

Можуть існувати розбіжності у поглядах, куди віднести певні програми. Дж. Е. Стігліц подає державні програми охорони здоров'я як наближені до чистих товарів суспільного споживання. Програма, внаслідок якої населення позбувається деяких захворювань, приносить вигоду всім членам суспільства: було б неможливим чи небажаним ізолювати будь-якого індивіда від цих вигод [176, с. 162]. Звісно, якщо до державних програм віднести вакцинацію, значні наукові дослідження, пов'язані з цією проблемою, то ми вважаємо це виправданим. Проте, щодо інших медичних послуг, то однозначної відповіді дати не можна. Державою можуть пропонуватися товари індивідуального споживання. Якщо товар індивідуального споживання надається безкоштовно,

то ймовірно, виникне надмірне споживання цього блага. Оскільки індивіду не потрібно платити за товар, то попит на останній зростатиме до тих пір, поки гранична вигода, яку він отримує від блага, дорівнюватиме нулю, незважаючи на той факт, що з пропозицією цього блага пов'язані реальні граничні затрати. У випадках, таких як певні види медичних послуг, спотворення внаслідок надмірного споживання можуть сягати великих розмірів. У даному випадку зниження добробуту може вимірюватися різницею між тим, скільки індивід готовий заплатити за зростання обсягу виробництва від точки, коли ціна дорівнює граничним витратам, до точки коли ціна дорівнюватиме нулю, та затратами на збільшення виробництва між цими точками [176, с. 169].

Не всі медичні послуги можуть бути зараховані до суспільних благ. Значна їх частина задовольняє індивідуальну потребу споживача, оплачується ним і стає недоступною для інших споживачів. Іншими словами, вигоди такого блага платні та конкурентні в споживанні. Отже, за місцем в системі суспільних благ виділяють медичні послуги, які задовольняють приватні потреби споживачів і є швидше приватним благом та наближені до чистих суспільних благ. Фундаментальні наукові дослідження у галузі медицини відносять до суспільних благ, які повинні фінансуватися з бюджету держави. Однак, в умовах обмеженості фінансових ресурсів виникає проблема – як визначити, яка із запропонованих програм найбільш перспективна, обіцяє найбільшу вигоду. Взагалі ефективне надання суспільних благ є процесом більш складним, ніж надання приватних благ. Покупці приватного товару визначають його цінність за допомогою ціни, яку вони готові заплатити. Коли економісти оцінюють необхідність надання урядом суспільного блага, вони не мають можливості скористатися ціновими сигналами. Відповідно оцінка витрат і вигод суспільних проектів є у кращому випадку приблизним розрахунком [93, с. 154]. Ринкові критерії визначають «належну» кількість суспільних благ і рішення про надання цих благ приймається за суспільною згодою. Отже, за методами розподілу виділимо ринкові медичні послуги, тобто такі, попит на які може стимулювати їх «виробництво», та не ринкові.

М. Блауг зазначає, що тільки політичне рішення шляхом голосування може визначити кількість суспільних благ, яку потрібно виробляти [11, с. 453]. Першим ученим, який довів, що в умовах демократії тільки суспільний вибір, який відображає позицію громадян-виборців, визначає роль та функціональне призначення держави щодо надання суспільних благ, був Нобелівський лауреат Дж. Б'юкенен, який у своїй праці «Попит і пропозиція суспільних благ» (1968 р.) акцентував увагу на цих прерогативах. Американський економіст Г. Таллок у монографії про суспільні блага дав влучну назву «приватні потреби суспільними засобами», маючи на увазі, що ринок неспроможний взагалі, або адекватно реагувати на суспільні потреби в сфері оборони, національної безпеки, освіти, охорони здоров'я та ін., тому в формі так званого «вимушеного колективізму» держава бере на себе важливі для життєдіяльності суспільства функції, фінансуючи їх за рахунок суб'єктів господарювання і громадян. Отже, держава може сама вирішувати, які з медичних послуг будуть надаватися державними закладами, а які, приватними, тому за способом виробництва виділяємо приватні та державні медичні послуги. За джерелами фінансування можна виділити медичні послуги, отримання яких для користувача буде платним або ж безоплатним.

Доцільність державної діяльності обумовлена низкою особливостей ринкових відносин:

- 1) неспроможністю приватного сектора медичних послуг протистояти негативним зовнішнім ефектам (екстерналіям);
- 2) наявністю на ринку медичних послуг інформаційної асиметрії, що може викликати «попит, стимульований постачальником»;
- 3) нездатністю ринку приватного медичного страхування забезпечити медичне обслуговування окремих верств населення (пенсіонерів, інвалідів, дітей);
- 4) неприбутковістю діяльності, пов'язаної з проведенням наукових досліджень у сфері медицини та попередженням розповсюдження епідемій [58, с. 31];

- 5) існування на ринку великої кількості дрібних виробників послуг;
- б) невизначеністю і складністю ринкових відносин.

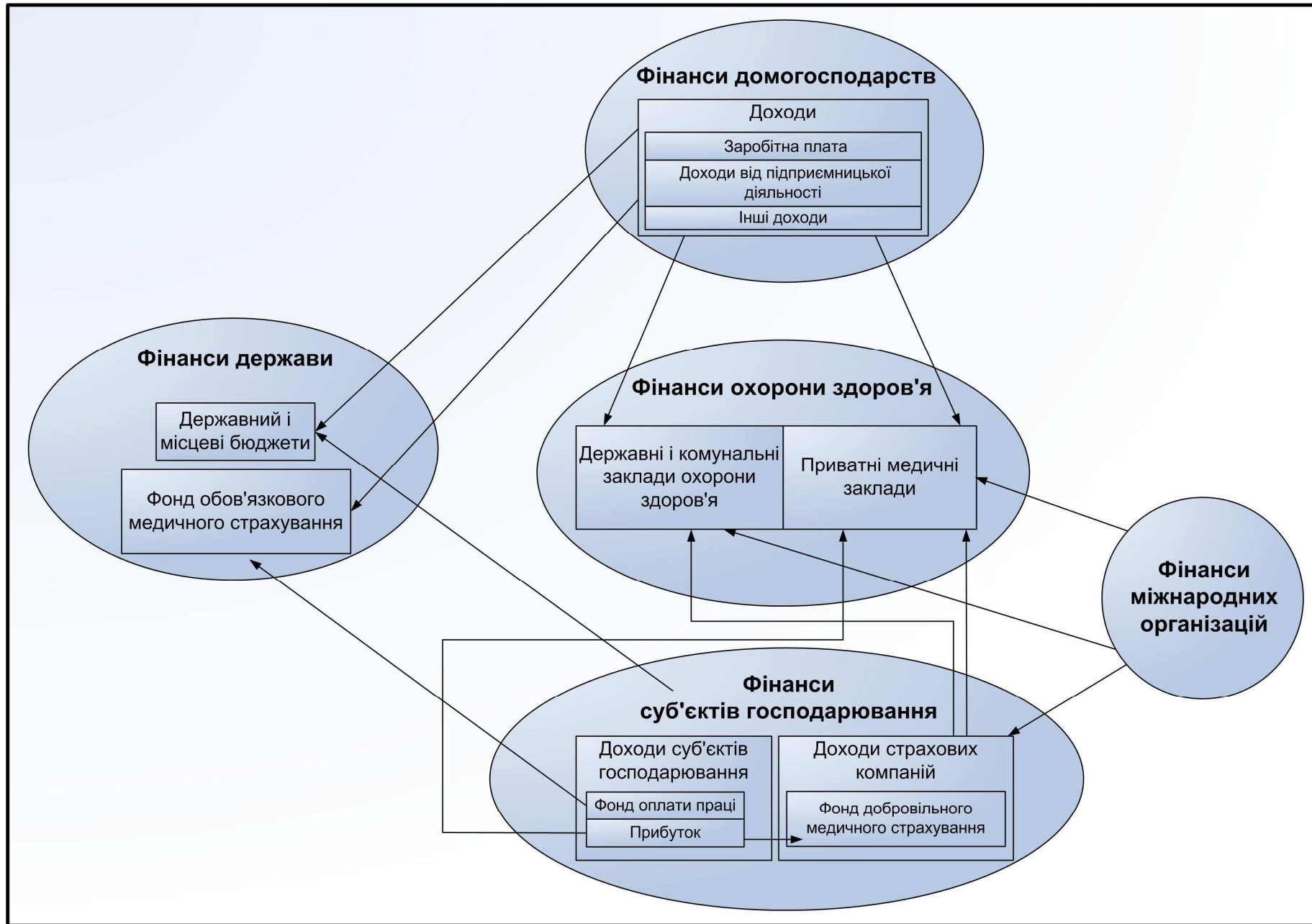
Природа медичних послуг вимагає особливого підходу до організації фінансів охорони здоров'я та управління ними. Суттєві зміни в системі економічних відносин в Україні у зв'язку з переходом на ринкові засади господарювання докорінно трансформували найважливіші аспекти функціонування сфери охорони здоров'я. Насамперед це пов'язано з розширенням джерел фінансового забезпечення галузі за рахунок особистих коштів громадян та домогосподарств у формі плати за послуги, благодійних внесків, коштів добровільного медичного страхування, появою нових форм її фінансування, зміною у структурі доходів і видатків медичних установ, тобто з реформуванням організації фінансів охорони здоров'я.

Формулюючи концептуальні підходи до трактування сутності фінансів охорони здоров'я, услід за колективом авторів під керівництвом С.І. Юрія [197, с. 19], використаємо ті ж філософські категорії, як і до трактування сутності фінансів, а саме: «сутність», «явище», «зміст» і «форма».

За *сутністю* фінанси охорони здоров'я охоплюють систему економічних відносин, пов'язаних із формуванням, розподілом і використанням відповідних фондів грошових коштів. Фінанси охорони здоров'я відображають систему зовнішніх та внутрішніх економічних відносин. Зовнішні охоплюють відносини між системою охорони здоров'я та іншими ланками фінансової системи – фінансами держави щодо розподілу на користь галузі частини виробленого ВВП у його вартісній формі; фінансами суб'єктів господарювання, домогосподарств, міжнародних організацій щодо розподілу їх фінансових ресурсів та формування грошових фондів медичної галузі, таких як плата за послуги, благодійна допомога; розпорядниками бюджетних коштів та страховими організаціями щодо формування й використання бюджетних коштів, коштів страхових фондів; контролюючими організаціями. Внутрішні – це відносини усередині системи охорони здоров'я між різними рівнями надання

медичної допомоги, органами управління щодо розподілу фінансових ресурсів галузі та формування фондів грошових коштів медичних установ (рис. 1. 2).

Фінанси охорони здоров'я є специфічною сферою фінансових відносин. Вони займають особливе місце у фінансовій системі держави. Основними ознаками, які свідчать про їх особливість у складі фінансової системи, є двоїстий характер послуг охорони здоров'я, який полягає у поєднанні суспільних благ з індивідуальними. З позиції забезпечення життєдіяльності, відтворення населення, фінанси охорони здоров'я є складовою частиною фінансової системи держави. Особливістю формування фондів грошових коштів галузі є активна участь приватного сектора. Участь держави і приватного сектору у формуванні фінансових ресурсів охорони здоров'я створює двоякий характер цілей. Для держави основною метою є розвиток і збереження людського капіталу, а для приватного сектора – отримання прибутку. Крім того, суттєвою ознакою, яка вказує на особливе місце фінансів охорони здоров'я у фінансовій системі, є виробництво медичних послуг, «спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [42, с. 60], вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Особливістю фінансів охорони здоров'я є також те, що послуги охорони здоров'я забезпечуються фінансовими ресурсами через реалізацію послуг страхування. Послуги страхування надаються згідно з домовленістю, за якою страховик (страхова компанія) за певну винагороду (страхову премію) бере на себе зобов'язання відшкодувати збитки чи їх частину (страхову суму) застрахованому.



→ напрям руху грошових коштів

Рис. 1.2. Економічні відносини щодо розподілу та перерозподілу ВВП на охорону здоров'я

*складено автором на основі [20; 21; 58; 197]

Стан фінансів охорони здоров'я залежить в основному від стану публічних (у т. ч. державних і місцевих) фінансів, фінансів суб'єктів господарювання, фінансів домогосподарств, взаємодії державних і місцевих фінансів; взаємодії ринків, держави та міжнародних організацій; співпраці і конкуренції між державними та приватними учасниками; міжнародних та національних аспектів глобалізаційних процесів. Завдяки розподілу грошових коштів держави, суб'єктів господарювання і населення формуються грошові фонди, необхідні охороні здоров'я для досягнення окреслених цілей.

Для охорони здоров'я характерний особливий механізм організації фінансів, який, на відміну від інших галузей, поєднує дві складові: соціальну справедливість та економічну ефективність. Критеріями соціальної справедливості є досягнення соціального та медичного ефектів. Під медичним ефектом розуміють рівень досягнення поставлених завдань у сфері профілактики, діагностики і лікування захворювань. Медичний ефект вимірюється співвідношенням результату за витраченими зусиллями і коштами за інших однакових умов; визначається необхідністю та результативністю медичного втручання, рівнем якості лікування конкретного хворого і використанням сучасних інноваційних технологій надання медичної допомоги.

Соціальний ефект охорони здоров'я характеризується покращенням здоров'я усього населення, зниженням захворюваності, передчасної смерті, зміною демографічних показників, зростанням задоволеності населення медичною допомогою.

Економічна ефективність вимірюється отриманим результатом у співвідношенні з витратами на його досягнення у грошових одиницях. Економічна ефективність означає доцільність використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів суспільства для досягнення конкретних цілей.

Визначення мети організації фінансів охорони здоров'я має важливе значення, оскільки підпорядкування певній меті спрямовує організацію фінансів галузі у відповідне русло.

Як *явище* фінанси охорони здоров'я набувають матеріального вираження у русі грошових коштів галузі. Особливої важливості набуває синхронізація у часі обсягів вхідних грошових потоків з потребою у вихідних грошових потоках, що дає змогу медичним установам виконувати свої фінансові зобов'язання, забезпечувати необхідну платоспроможність. Основні суперечності між суттю та явищем полягають у невідповідності якісної характеристики фінансів галузі, визначеної теоретичною моделлю її організації, закріпленою в конституції, та практичної реалізації цієї моделі за допомогою руху грошових коштів.

За *змістом* фінанси охорони здоров'я відображають один з напрямів розподільчих і перерозподільчих процесів у державі, а саме: формування фонду грошових коштів, його розподіл та використання. Матеріальним вираженням фінансових відносин, у які вступає галузь у процесі виробництва та надання послуг населенню, є консолідований бюджет на охорону здоров'я, який характеризує фінанси охорони здоров'я *за формою*. Величина консолідованого (об'єднаного) фонду залежить від моделі фінансового забезпечення, покладеної в основу організації охорони здоров'я в кожній країні.

Організація фінансових відносин у галузі може бути різною, залежно від існуючої в державі у певний період часу політичної ідеології, моделі економіки та організації системи охорони здоров'я. Для кожної країни притаманне існування специфічних форм надання медичної допомоги та моделей її фінансового забезпечення, які є основними критеріями цінностей суспільства.

Система фінансового забезпечення охорони здоров'я є комплексом джерел фінансових ресурсів і формування та функціонування механізму їх раціонального розподілу й ефективного використання.

Існують три основні внутрішні джерела коштів, які формують доходи охорони здоров'я – приватні кошти громадян, громадські кошти і фінансові ресурси держави. Відмінності полягають у співвідношенні між цими джерелами доходів галузі. В кожній країні система охорони здоров'я пройшла власний шлях розвитку, і сьгоднішнє співвідношення трьох джерел фінансування є

продуктом цього розвитку. Кошти можуть акумулюватися державою, страховими організаціями в обов'язковому (добровільному) порядку шляхом збору платежів і податків – як прямих, так і специфічних акцизів на окремі товари, податків на специфічні фактори виробництва; страхових платежів; безпосередньої оплати пацієнтами послуг; з благодійних пожертв. Також можуть залучатися зовнішні джерела формування фінансових ресурсів галузі, наприклад, кошти МВФ, Світового банку, Глобальних фондів боротьби з інфекційними захворюваннями, інші. Країни по-різному комбінують ці методи, що й визначає специфіку фінансового забезпечення з урахуванням змін в економічних системах країн.

Суттєвою характеристикою організації фінансів галузі є регулюючий вплив держави на сферу охорони здоров'я. Модель охорони здоров'я залежить від фінансового стану економіки, політичного устрою, ментальності, нормативно-правового забезпечення, ін. Організація фінансів охорони здоров'я тісно пов'язана з організацією фінансів держави.

Розрізняють фінансові моделі адміністративно-командної та ринкової економіки. За рівнем державної централізації ВВП у межах фінансової моделі ринкової економіки виділяють такі три моделі: американську, західноєвропейську та скандинавську [21, с. 13, 16].

Американська модель характеризується незначним рівнем бюджетної централізації – близько 25–30 %. У сфері охорони здоров'я забезпечуються тільки ті верстви, які не в змозі обійтися без державної підтримки. Західноєвропейська модель характеризується поміркованим рівнем централізації ВВП у бюджеті – близько 35–45 %, унаслідок чого більш розгалуженою є державна соціальна сфера з паралельним функціонуванням державних і комерційних установ охорони здоров'я. Скандинавська модель передбачає досить високий рівень централізації ВВП у бюджеті (близько 50–60 %) з розгалуженою державною сферою охорони здоров'я та значними соціальними гарантіями надання медичної допомоги.

Частка ВВП України, яка розподілялася за допомогою доходів бюджетів усіх рівнів за 2004–2011 рр., змінювалася із 34,7 % у 2004 р. – до 30,3 % у 2011 р. Найменше значення цього показника було у 2010 р. – 28,7 % (табл. 1. 1). Інакше кажучи має місце суттєва динаміка розвитку державних фінансів зі значним зниженням їх перерозподільчої ролі. Отже за рівнем централізації ВВП Україна більше належить до американської моделі, проте з розгалуженою мережею державних і комунальних установ охорони здоров'я та конституційними зобов'язаннями щодо її безоплатного надання (ст. 49 Конституції України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР). У цьому полягає одна з сутнісних відмінностей та проблем організації фінансів охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 1. 1.

Динаміка частки доходів та видатків зведеного бюджету України у ВВП за 2004-2011 рр.*

Показники	Роки						
	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ВВП, млрд. грн.	263,5	537,7	720,7	949,9	912,6	1094,6	1314,0
Доходи зведеного бюджету, млрд. грн.	91,5	171,8	219,9	297,9	306,6	314,5	398,6
Частка доходів зведеного бюджету у ВВП, %	34,7	32,0	30,5	31,4	33,6	28,7	30,3
Видатки зведеного бюджету, млрд. грн.	101,4	175,3	226,1	309,2	307,4	377,8	416,9
Видатки державного бюджету, млрд. грн.	62,6	137,1	174,3	241,5	242,4	303,6	333,5
Частка видатків державного бюджету у зведеному, %	61,7	78,2	77,1	78,1	78,9	74,4	80,0

У таких умовах довести частку видатків на охорону здоров'я в Україні до рекомендованого ВООЗ рівня державних витрат у розмірі 7–10 % ВВП є складно. Незважаючи на те, що в Україні спостерігалася позитивна динаміка зростання частки видатків на галузь охорони здоров'я щодо ВВП – з 2,6 % у 2000 р. до 3,7 % у 2011 р. (табл. 1. 2), проте ця частка залишається майже у 2–3 рази

* Розраховано автором за даними [49].

нижчою порівняно з витратами європейських країн на медичний сектор. Пріоритети функціонування державних фінансів пов'язані з розмежуванням їх між рівнями державного управління.

Таблиця 1. 2

**Динаміка видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я
за 2000 – 2011 рр. ***

Показники	Роки								
	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Видатки на охорону здоров'я із зведеного бюджету, млрд. грн.	4,4	6,5	10,6	17,5	23,9	30,5	34,5	40,5	49,0
у тому числі: з місцевих бюджетів, млрд. грн.	3,8	5,3	7,9	14,3	18,6	24,4	27,0	33,3	38,7
у % до зведеного з державного бюджету, млрд. грн.	87,2	82,6	74,0	81,5	77,8	79,8	78,3	82,5	79,1
у % до зведеного	12,8	17,4	26,0	18,5	22,2	20,2	21,7	17,5	20,9
Індекси змін обсягів видатків на охорону здоров'я у % до попереднього року: зведеного бюджету	1	1,1893	1,2552	1,2811	1,3646	1,2786	1,1310	1,1739	1,2074
місцевих бюджетів	1	1,3947	1,4906	1,8101	1,3007	1,3118	1,1066	1,2333	1,1622
державного бюджету	1	2,2000	2,5454	1,1429	1,6250	1,1923	1,2097	0,9467	1,4366
Частка видатків на охорону здоров'я у ВВП, %	2,6	2,9	4,0	3,3	3,3	3,2	3,8	3,7	3,7

Порівняння пропорцій розмежування функцій між рівнями фінансової системи у різних країнах дає змогу показник централізації, який характеризує частку видатків центрального уряду в повному обсязі витрат бюджетної

* Розраховано автором за даними [49].

системи. Розвинуті держави мають різні моделі централізації фінансової системи. В унітарних державах загалом спостерігається дещо вищий рівень централізації, а у федеративних, де фінансова система є трирівневою, дещо менший. Так, у США цей показник становить 57 %, у Франції – 71 %, у Канаді – 40 %. В Україні показник централізації коливається на рівні 61,7–80,0 % (див. табл. 1. 1).

Із цим пов'язане наступне протиріччя організації фінансів охорони здоров'я. З одного боку, з метою наближення надання медичних послуг до споживачів основна частка видатків на охорону здоров'я здійснюється з місцевих бюджетів, з іншого – спостерігаємо зростання частки видатків державного бюджету у складі зведеного бюджету – з 61,7 % у 2004 р. до 80,8 % у 2011 р., що свідчить про значну централізацію бюджетних ресурсів державою. Щодо видатків на охорону здоров'я, то частка видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у видатках зведеного бюджету становить у середньому 80 %. Частка видатків з державного бюджету у 2011 р. порівняно з 2000 р. зросла з 12,8 % до 20,9 %, а частка місцевих бюджетів відповідно скоротилася – з 87,2 % до 79,1 %. Отже, тенденції посилення централізації фінансових ресурсів у Державному бюджеті України розповсюджуються і на галузь охорони здоров'я.

Динаміка показників табл. 1. 2 дає підстави стверджувати, що загальний обсяг видатків бюджетів України на охорону здоров'я має тенденцію до зростання. Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я зросли з 4398,1 млн. грн. у 2000 р. до 48961,2 млн. грн. у 2011 р., тобто більше ніж у 11 разів. Видатки на охорону здоров'я з державного бюджету зростають значно швидшими темпами, ніж видатки місцевих бюджетів. Так, з 2000 по 2011 рр. видатки на охорону здоров'я з Державного бюджету України зросли у 20,4 рази, а з місцевих бюджетів лише у 10,2 рази.

Такі процеси в галузі відбуваються стихійно без обґрунтування структури медичної допомоги та необхідності фінансування рівнів медичної допомоги з бюджетів різних рівнів.

Фінанси охорони здоров'я є складовою частиною як державних, так і місцевих фінансів, що є інструментами реалізації функцій органів державної влади та місцевого самоврядування. П. Самуельсон вважає, що «в цілому місцеві органи управління відповідають за місцеві суспільні блага, тобто ті види діяльності, вигоди від яких більшою мірою стосуються місцевих жителів... Федеральний уряд приймає рішення про так звані «національні» суспільні блага, які забезпечують вигоди для всіх громадян країни» [169, с. 273]. Таке розмежування є досить обґрунтованим і логічним та сприяло розподілу видатків охорони здоров'я між різними ланками бюджетної системи і його закріпленні у Бюджетному Кодексі України.

Незважаючи на позитивні досягнення при розмежуванні видатків між ланками бюджетної системи, мають місце й певні недоліки, пов'язані насамперед з недоліками конституційного характеру і стосуються нечіткого розмежування функцій між державною владою, регіонами та місцевим самоврядуванням. Започаткована у 2004 р. конституційна реформа через політичні негаразди залишилася незавершеною. Чинні закони України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР та «Про місцеві державні адміністрації» від 9.04.1999 р. №586-XIV не відповідають вимогам сучасної економіки. Без законодавчого врегулювання цих протиріч неможливо оптимізувати розподіл видатків між ланками бюджетної системи України щодо забезпечення інтересів суспільства [33, с. 107].

При виборі моделі організації фінансів охорони здоров'я та визначення ступеня впливу держави слід керуватися, на нашу думку, основним принципом утворення та функціонування держави. Так, однією з важливих функцій держави, за Конституцією України, є соціальний захист громадян. Саме система соціальної безпеки, що ґрунтується на принципі соціальної справедливості, є одним із головних засад розвитку держави і забезпечує матеріальну підтримку громадян незалежно від їхнього попереднього трудового внеску. Цей обов'язок здійснюється у формі, що залежить від рівня охоплення населення певними соціальними виплатами і доходами з одночасним

врахуванням впливу різних політичних сил на цей процес. Кожний тип соціальної держави здатен функціонувати за умови створення відповідної фінансової системи й розробки відповідних методів і способів фінансування соціальних програм та заходів.

Останнім часом ступінь соціалізації бюджетної політики і можливостей забезпечення економічного зростання в умовах виконання державою соціальних зобов'язань є предметом наукових дискусій не лише в Україні, а й у країнах світу, які мають високий рівень видатків на потреби охорони здоров'я. В Україні актуальною є необхідність збільшення видатків на галузь. Водночас слід враховувати можливості бюджету щодо здійснення таких заходів на середньо- й довгострокову перспективу. Незважаючи на різні позиції щодо рівня державних видатків на охорону здоров'я, не викликає сумнівів те, що їх високий рівень неможливий у бідній країні, тому єдиною передумовою його підвищення є реалізація стратегії прискореного економічного зростання, збільшення доходів Державного та місцевих бюджетів України. Збільшення наявного рівня видатків на охорону здоров'я можливе за умов зростання перерозподільчої ролі держави, оптимізації структури соціальних видатків щодо забезпечення їх пріоритетного спрямування на забезпечення життєдіяльності, збереження, відновлення і розвитку населення.

Е. Аткинсон та Дж. Стігліц зазначають, що перш ніж віддати перевагу державі у наданні того чи іншого блага слід врахувати факт, що рішення може залежати від вибору інструментів, які є в розпорядженні держави та звертають увагу на невипуклості – такі як адміністративні витрати, розмаїття смаків, перерозподільчі цілі. Якщо за приватного забезпечення суспільними благами, споживач сам робить вибір на користь того чи іншого товару, то за державного забезпечення, такі завдання повинна вирішувати держава [5, с. 678].

Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я потребують державного регулювання та дієвої економічної політики, які в ринкових умовах залежать від потреб держави і населення як користувачів медичних послуг та платників податків. Держава при виборі соціальної політики та

розробки моделі організації фінансів охорони здоров'я повинна зважати на особливості медичних послуг, їх місце в системі суспільних благ, на традиції, звички, потреби людей і умови надання медичних послуг.

Отже, фінанси охорони здоров'я характеризуються сукупністю економічних відносин, матеріалізованих у грошових потоках, з приводу формування, розподілу та використання фонду грошових коштів галузі, утвореного в результаті вартісного розподілу та перерозподілу ВВП з метою задоволення суспільних інтересів і потреб.

Соціально-економічні перетворення в Україні сприяли удосконаленню системи управління фінансами соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я. Розвиток ринкових відносин надає фінансовому стану охорони здоров'я нестійкого характеру, що ставить цю галузь у залежність від можливостей державного фінансування і кон'юнктури ринку. Сучасний розвиток ринкових відносин у сферах суспільного життя потребує їх систематизації та дослідження. Особливості послуг охорони здоров'я потребують залучення соціальних механізмів ринкової економіки для досягнення ефективності їх реалізації. Викладений матеріал дає підстави для висвітлення сутності і теоретико-методичних засад управління фінансами охорони здоров'я.

1.2. Функціональна субстанція управління фінансами охорони здоров'я

Розвиток галузі охорони здоров'я, фінансовий менеджмент та адміністрування медичних установ, витрати держави на надання медичних послуг населенню мають вагоме соціально-економічне значення. Оберігаючи та відновлюючи здоров'я громадян – основної складової частини виробничих сил суспільства – вони тим самим покликані сприяти зниженню рівня захворюваності, збільшенню тривалості життя та працездатного віку громадян, підвищенню працездатності та продуктивності праці. Вищевикладене, в свою чергу, повинно сприяти зростанню національного багатства держави, розбудові

та зміцненню соціально орієнтованої демократичної держави з економікою ринкового типу. Однак, нинішній стан вітчизняної системи охорони здоров'я не відповідає вимогам сьогодення, характеризується незадовільною матеріально-технічною базою, зростанням масштабів «тіньового» сектора, дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичної допомоги, що перешкоджає сповна забезпечити процес реалізації конституційних прав громадян України щодо медичного обслуговування. У сфері охорони здоров'я досі залишається невирішеною проблема незбалансованості конституційних зобов'язань і фінансових можливостей держави у забезпеченні медичних послуг населенню.

Система охорони здоров'я України, перебуваючи в ринковому середовищі, залишається неадаптованою до сучасних суспільних потреб та вимог, непристосованою до умов ринкового господарювання, системою, що знаходиться в кризовому стані та потребує негайного реформування. Велика частина проблем охорони здоров'я зумовлена складним механізмом управління галуззю загалом, механізмом управління фінансами, в тому числі, підходами до проблем розробки та прийняття управлінських рішень.

Поняття «управління фінансами» часто використовується для характеристики процесів управління державними фінансами [20; 32; 193; 194]. О. В. Врублевська, М. В. Романовський, Б. М. Сабанті зазначають, що метою управління фінансами є фінансова стійкість і фінансова незалежність, які проявляються в макроекономічній збалансованості, профіциті бюджету, зниженні державного боргу та ін. [194, с. 86]. Тут йдеться про управління державними фінансами. В інших це поняття включає в себе як управління державними фінансами, так і управління фінансами суб'єктів господарювання [190]. Деякі окремо виділяють як управління державними фінансами, так і управління фінансами суб'єктів господарювання, причому для характеристики останнього використовують термін «фінансовий менеджмент» [200; 201; 202]. У цьому контексті важливо акцентувати увагу на категоріально-понятійному дослідженні процесів управління.

Під терміном «управління» розуміють свідомий вплив суб'єкта на об'єкт для досягнення певної мети (або наперед визначеної сукупності цілей). Управління здійснюють у системах, де існує мережа причинно-наслідкових залежностей. З одного боку, управління – явище об'єктивне, оскільки будь-яка система перебуває в полі впорядковуючих, організовуючих впливів, стихійних і свідомих, як з боку суспільства, так і власних механізмів саморегуляції. З іншого – існування будь-якої системи, її функціонування підпорядковане певній меті і завданням управління є реалізація цієї мети в економічній системі. Як суб'єктивне явище, управління пов'язане з діяльністю людини. Існують різні види управління. Такий поділ пов'язаний з різними ознаками, покладеними в його основу. Залежно від суб'єктів впливу розрізняють державне, суспільне, адміністративне управління. Щодо об'єкта, який зазнає такого впливу, виділяють управління персоналом, управління капіталом, маркетингом, фінансами і т. ін. Крім управління, вчені-економісти досліджують адміністрування, регулювання та менеджмент.

Коли йдеться про управління фінансами (як правило, державними), то зазначається, що таке управління знаходиться у тісному зв'язку з фінансовою політикою. Ще на межі XIX–XX століть І. Х. Озеров трактував фінансову політику як мистецтво в управлінні фінансами [124], а М. І. Боголепов тісно пов'язує фінансову політику з вирішенням практичних проблем упорядкування фінансів [12]. В економічній літературі немає єдиного підходу щодо визначення фінансової політики, тісно пов'язаної з відповідним етапом розвитку країни.

В економічній літературі відсутнє чітке розмежування понять «управління фінансами» та «фінансова політика», коли йдеться про діяльність держави [20; 74; 159; 193; 199]. В. Д. Базилевич, Н. П. Бараннікова, О. Д. Василик, А. А. Володіна, В. П. Кудряшов, Н. Ф. Самсонова та ін. розглядають фінансову політику як сукупність заходів держави, які проявляються в системі форм і методів мобілізації фінансових ресурсів, їх розподілі та використанні для здійснення своїх функцій і завдань [7; 20; 74; 199].

Зокрема В. П. Кудряшов зазначає, що фінансова політика зводиться до мобілізації і використання фінансів для вирішення поставлених завдань та направлена на досягнення певних цілей того рівня, на якому проводиться (чи то держави, чи підприємств і установ, об'єднань, домогосподарств, міжнародних утворень та ін.). Учений зазначає, що державна фінансова політика – це цілеспрямована діяльність державних органів управління, направлена на забезпечення розвитку фінансово-кредитної системи країни та передбачає мобілізацію фінансових ресурсів в розпорядження держави, розподіл їх та використання з метою забезпечення проведення державних програм, зокрема, грошові кошти, що залучаються державою і використовуються для фінансування соціальних програм, забезпечення розвитку державного сектора економіки, регулювання економічного розвитку, міжнародної діяльності та ін. [74, с. 308-309]. Усе це, на нашу думку, стосується управління фінансами держави. В. П. Кудряшов зазначає, що основною метою реалізації державної фінансової політики є забезпечення стабільного розвитку фінансової системи країни шляхом вирішення конкретних завдань. Загалом зміст фінансової політики полягає в розробці концепції розвитку фінансів, визначенні основних напрямків їх використання. У даному контексті ми погоджуємося з Л. А. Дробозіною та іншими економістами, які вважають, що «фінансова політика – це визначення цілей і завдань, на вирішення яких спрямовується процес формування, розподілу і перерозподілу національного багатства для забезпечення фінансовими ресурсами безперервного відтворювального процесу і задоволення окремих конкретних потреб виробництва» [193, с. 31; 20], а цим процесом і буде управління фінансами. Саме тому діяльність, спрямована на забезпечення відповідними фінансовими ресурсами реалізації тієї чи іншої державної програми економічного і соціального розвитку [193, с. 31], стосується управління фінансами, а не фінансової політики.

Розмежовують поняття «фінансова політика» та «управління фінансами» такі вчені: І. А. Акодїс, Т. А. Краєва, Г. Б. Поляк, які визначають управління

фінансами, як «процес цілеспрямованого впливу суб'єкта на об'єкт для досягнення цілей, передбачених фінансовою політикою» [198, с. 447].

При цьому суб'єкт управління визначається як сукупність державних органів управління юридичними особами, які в своїй діяльності вирішують різноманітні питання використання фінансових відносин. Щоправда з даного визначення не зрозуміло, чи то автори мали на увазі управління державними фінансами, тобто тією частиною фінансових ресурсів, що зосереджується в руках держави, чи державне управління фінансовими відносинами суб'єктів господарювання. У будь-якому випадку визначення суб'єкта управління є недостатньо конкретним. Об'єкт управління визначається як фінансовий механізм. Це, на нашу думку, не зовсім відповідає дійсності, адже об'єкт управління – це те, на що здійснюється вплив (у даному випадку – фінансові ресурси), а фінансовий механізм – це те, за допомогою чого здійснюється такий вплив.

Під управлінням фінансами Г. Г. Кірейцев розуміє процес впливу на фінансові відносини, фінансові ресурси, їх організацію для здійснення ефективної фінансової політики [63, с.12]. Зазначимо, що у такому визначенні відсутній суб'єкт і мета управління.

На думку О. Д. Василика, К. В. Павлюк, В. Д. Базилевича, Л. О. Баластрик управління державними фінансами – це сукупність форм та методів цілеспрямованого впливу держави на формування і використання централізованих і децентралізованих фондів фінансових ресурсів [7, с. 232], що знаходяться в розпорядженні державних органів управління [20, с. 512]. Однак, авторами не врахований той факт, що управління фінансами здійснюється не заради самого управління, а для досягнення мети, реалізації визначених фінансовою політикою цілей і завдань.

Має місце ототожнення управління фінансами і фінансового механізму в С. В. Ковальчука та І. В. Форкун [67, с. 130].

Хоч з метою реалізації процесу управління фінансами і застосовується фінансовий механізм, проте фінансовий механізм і управління фінансами є не

тотожними поняттями. Управління фінансами є комплексним поняттям, яке відображає використання фінансів як важеля впливу на процес суспільного відтворення. Такий вплив може бути кількісним і якісним. Кількісний відбувається за допомогою фінансового механізму. Якісний полягає в зростанні зацікавленості у збільшенні фінансових ресурсів, у кінцевих результатах діяльності суб'єктів фінансових відносин [63, с. 8].

Взаємозв'язок «управлінням фінансами» з «фінансовою політикою» та «фінансовим механізмом» показано на рис. 1.3.

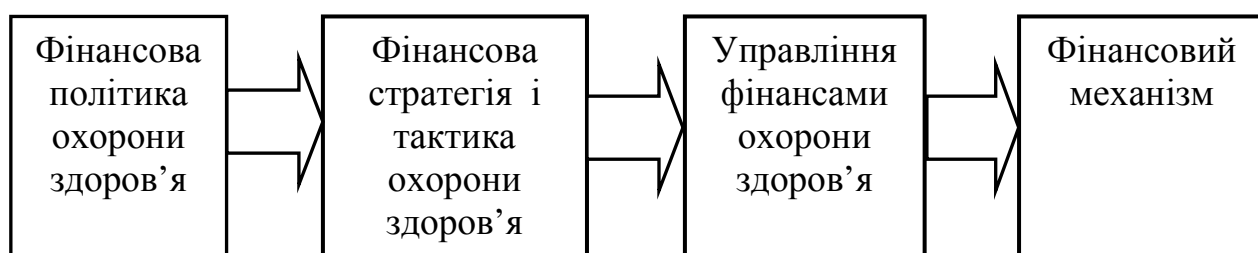


Рис. 1. 3. Управління фінансами охорони здоров'я у взаємозв'язку з фінансовою політикою та фінансовим механізмом.*

Управління фінансами охорони здоров'я здійснюється через фінансовий механізм, який є системою взаємопов'язаних елементів, за допомогою яких реалізується цілеспрямований вплив на господарську загалом і фінансову діяльність медичних установ, зокрема.

Ми погоджуємося з Л. Д. Андросовою, Л. А. Дробозіною, Л. П. Окуневою, котрі вважають, що фінансову політику, з практичної точки зору, слід розглядати, як діяльність держави щодо визначення основних напрямків, цілей, головних завдань використання фінансових ресурсів на перспективу [193, с. 6]. Разом з тим зазначимо, що в даному тлумаченні не врахована та обставина, що в умовах демократичної держави фінансова політика залежить від суспільного вибору. У загальному вигляді під суспільним вибором розуміють пояснення економічними мотивами політичного волевиявлення та визначення державної політики в світлі критеріїв особистої

* Складено автором.

вигоди та максимізації індивідуальної корисності [4, с. 116], що передбачає вибір альтернативних варіантів політики, з яких суспільство вибирає політику, відповідну мотиваціям населення.

Отже, фінансову політику варто розглядати як підпорядковану, визначену суспільним вибором діяльність держави щодо визначення основних напрямків, цілей, головних завдань формування і використання державних фінансових ресурсів на перспективу.

Вибір моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я здійснюється державами через механізм суспільного вибору, з урахуванням історичних особливостей становлення та розвитку держав, національних традицій, системи взаємодій, рівня соціально-економічного розвитку, масштабів перерозподільних процесів, платоспроможності потенційних пацієнтів та ін. Саме тому в кожній державі в якості пріоритетної обрано одну із зазначених моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка, в свою чергу, визначає механізм управління фінансами галузі (рис. 1. 4).

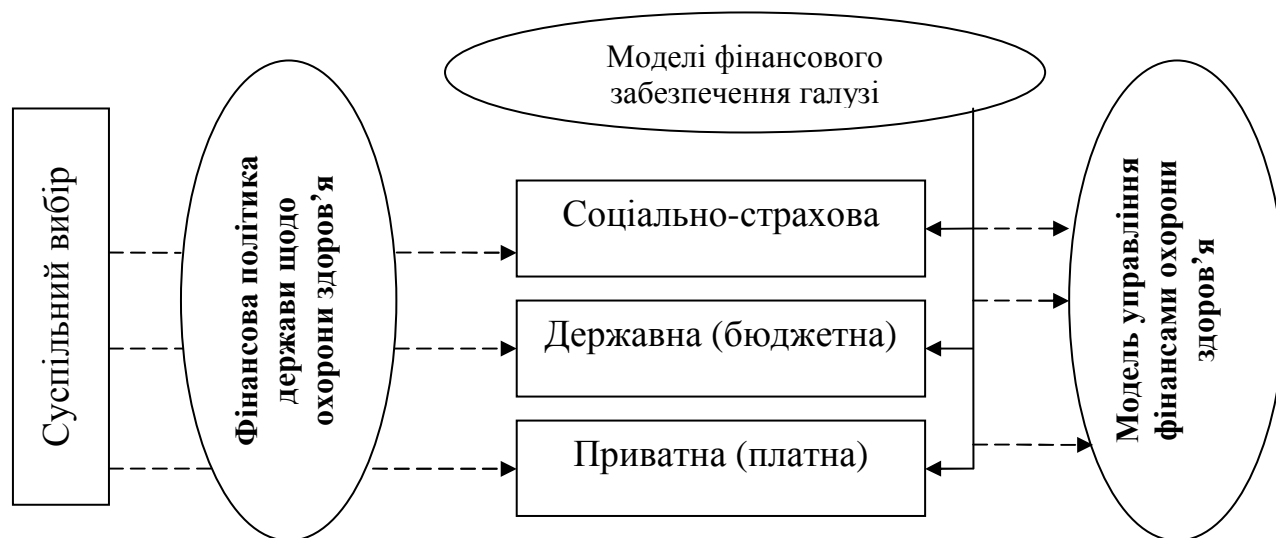


Рис. 1. 4. Механізм вибору моделі управління фінансами охорони здоров'я.*

Фінансова політика охорони здоров'я дає змогу об'єднати в єдине ціле потенційні можливості управління, закладені безпосередньо в самих фінансах

* Складено автором.

галузі як об'єктах управління – з конкретними методами роботи, організацією органів фінансової системи (суб'єктів управління), адже саме існування фінансів як суб'єктивної категорії передбачає діяльність з управління ними. Це, по суті, означає визначальність ролі фінансової політики держави щодо процесу управління фінансами охорони здоров'я.

Фінансова політика соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я, залежить від державної фінансової політики, адже в умовах транзитивної економіки усі галузі здійснюють свою діяльність за правилами, визначеними державою. Система управління фінансами охорони здоров'я отримала свій розвиток у процесі економічних реформ переходу від планово-централізованої до ринкової економіки. В планово-централізованій економіці управління фінансами здійснювалось директивно-адміністративними методами, тобто такій системі управління притаманні центральне директивне планування за принципом вертикальної підпорядкованості, методи і форми прямого впливу на об'єкт управління, які виражалися у розпорядженнях та наказах і передбачали їх обов'язковість і точне виконання. За командно-адміністративної системи, в якій провідна роль належала розпорядчо-розподільчим методам, управління ототожнювалося з державним адмініструванням, тобто свідомим, правовим впливом органів виконавчої влади на об'єкти, процеси, працюючих людей, що передбачало організацію виконання законів та інших нормативно-правових актів, здійснення розподілу державних фінансових ресурсів для комплексного соціально-економічного розвитку, а також забезпечення реалізації державної політики у визначених сферах життя [221, с. 12].

З переходом нашої держави від командно-адміністративної до системи ринкового господарювання змінюються і основні методи і принципи управління фінансами. Поряд з вагомим адміністративним впливом (що спричинює як урізноманітнення, так і впорядкування діяльності, підтвердженням чого є тенденція до правової регламентації і розподілу фінансових повноважень на рівні: орган управління – установа) розширюється правова і господарська самостійність суб'єктів господарювання охорони

здоров'я, посилюється конкуренція у процесі розподілу фінансових ресурсів. Відповідно зростає роль фінансового менеджменту як комплексу взаємопов'язаних прийомів та методів розробки, прийняття та реалізації управлінських фінансових рішень щодо питань діяльності суб'єктів господарювання у галузі охорони здоров'я.

Розгляду питань фінансового менеджменту підприємств уже приділено чимало уваги, однак проблеми управління фінансами некомерційних організацій розглянуті вітчизняними дослідниками недостатньо, хоч сам термін «фінансовий менеджмент», як зазначає низка вчених, найчастіше використовують для характеристики процесів управління фінансами підприємств різних організаційних форм та різних форм власності [63, с. 8].

В ході дослідження нами було виявлено протиріччя та відмінності у трактуванні понять «управління фінансами» і «фінансовий менеджмент». Деякі автори намагаються довести відмінність між цими термінами. Так, С. Л. Уліна вважає, що фінансовий менеджмент як термін іншомовного походження можна застосовувати лише тоді, коли йдеться про бізнес, тобто про управління фінансово-економічними процесами комерційної організації [155, с. 34]. Ми погоджуємося з тими науковцями, котрі не вважають за доцільне обмежувати сферу його застосування лише рівнем підприємницьких структур.

С. В. Большаков фінансовий менеджмент дослівно перекладає як «фінансове управління» і вказує на певні відмінності між поняттями «фінансове управління» та «управління фінансами». Зокрема, на думку автора, фінансове управління передбачає використання форм фінансових відносин і методів впливу на об'єкт фінансового управління, тобто фінансовий менеджмент обмежується оперативним управлінням фінансами. Управління фінансами він трактує як більш широке поняття, яке включає, крім фінансового управління, бухгалтерський облік та звітність, маркетингові дослідження, програмно-технічне забезпечення [14, с. 53]. О. П. Крайник та ін. дотримуються думки, що основні завдання фінансового менеджменту

підприємницьких структур вирішуються за допомогою раціонального управління потоками їх фінансових ресурсів і розглядають «власне фінансовий менеджмент як управління джерелами фінансування» [71, с. 34], що ще більше звужує сферу застосування фінансового менеджменту.

Відмінності між поняттями «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент» пов'язані з різними науковими підходами. Так, дослідження управління фінансами відбулося під впливом вітчизняних традицій у фінансовій науці, основи яких були закладені ще на початку двадцятого століття під впливом таких видатних науковців, вчених як І. Х. Озеров, М. І. Боголепов та ін.

Фінансовий менеджмент, як наука, практика, мистецтво управління фінансами підприємств і комерційних організацій має стабільні зарубіжні традиції. Відмінності у традиціях пов'язані з історичними особливостями формування фінансових наук. Коли в 1960–1980-их рр. у світі формувалися сучасні управлінські технології, саме планова вітчизняна економіка не приділяла достатньо уваги розвитку фінансового менеджменту як науки та практики управління фінансами суб'єктів господарювання.

В умовах ринкової економіки простежується тенденція до узгодження та уніфікації трактування понять «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент». Таке зближення обумовлене тим, що, як зазначає В. М. Федосов, «сьогодні протиставляти, як це робили раніше, ринкове і неринкове (державне фінансове господарство) середовище вже неможливо і недоречно. Так само як економіка поступово набуває соціальної орієнтованості і далеко не завжди керується виключно мотивами максимізації прибутку, так і в державне фінансове господарювання все більше проникають ринкові елементи. Фінансова результативність діяльності держави вимірюється не стільки кількістю витрачених нею коштів, скільки отриманим ефектом» [18, с. 18].

Ми погоджуємося з думкою В. М. Федосова та вважаємо, що зміна термінів, що використовуються для процесу управління державними фінансами, пов'язана зі зміною сучасної економіко-соціальної ролі держави.

Якщо в плановій економіці фінансові ресурси охорони здоров'я розглядалися як частина фінансових ресурсів держави, а управління фінансами охорони здоров'я пов'язувалося з управлінням фінансами держави, то з переходом до ринкових відносин розширюються види і джерела формування фінансових ресурсів охорони здоров'я, змінюються методи управління цими ресурсами як на рівні державних та місцевих органів управління, так і на рівні окремої медичної установи.

Зазначимо, що дефініції «управління» і «менеджмент» є синонімами, проте їх зміст відрізняється як з урахуванням мікро-, так і макроекономічного підходів [191, с. 24]. Термін «фінансовий менеджмент», який почали використовувати вчені та практики у 1990-х рр. асоціюється з іменем Ф. У. Тейлора (1856-1915), який у своїх працях, «Управління циклом» і «Принципи наукового менеджменту», зробив першу спробу перетворити менеджмент у професійну діяльність і вважається засновником сучасного менеджменту.

Досі немає єдиних підходів до визначення терміна «фінансовий менеджмент» та обґрунтування його відмінностей від поняття «управління фінансами». Критичний аналіз орієнтованих на цю проблему літературних джерел дає змогу дійти висновку, що існуючі фундаментальні наукові підходи до пояснення поняття «фінансовий менеджмент» не відзначаються точністю, не є закінченими [6; 9; 63; 66; 67; 74; 127; 166; 193; 197; 201]. Зазначене зумовлене відсутністю єдиного підходу до тлумачення цього поняття (дод. А). Як видно з додатку А, розгляду поняття «фінансовий менеджмент» в сучасній економічній літературі приділено суттєву увагу, але визначення або не розкривають його зміст, або не відображають його сутності як системи управління, а також не завжди точно визначають об'єкт управління.

Відносини управління безпосередньо регулюють взаємовідносини суб'єкта і об'єкта управління на рівнях господарювання в галузі охорони здоров'я: на рівні державного адміністрування (загальнодержавний,

регіональний і місцевий рівні), тобто на рівні управління системою охорони здоров'я і на рівні управління окремим медичним закладом.

Визначення фінансового менеджменту охорони здоров'я, які дуже схожі між собою, нам трапилися в українських авторів З. В. Клепикової і О. П. Крайник, та російських В. В. Баранової і М. М. Кузьменко: «Фінансовий менеджмент в медицині припускає управління рухом фінансових ресурсів об'єкта охорони здоров'я, а також фінансовими відносинами, що виникають в процесі розподілу і використання фінансових ресурсів» [71; 75, с. 90]. Отже, фінансовий менеджмент в охороні здоров'я охоплює «систему принципів, методів, форм, прийомів управління ринковими механізмами в галузі фінансів з метою підвищення ефективності діяльності і конкурентоспроможності лікувальних установ» [71].

Л. К. Гапенскі зазначає, що фінансовий менеджмент охорони здоров'я об'єднує теорії, концепції та інструменти, необхідні для прийняття ефективних рішень [234, с. 3]. О. І. Тулай визначає фінансовий менеджмент у закладах охорони репродуктивного здоров'я, як систему принципів, методів і форм управління грошовими коштами цих закладів, спрямовану на підвищення ефективності їх функціонування [182, с. 144]. Наведені твердження сутності фінансового менеджменту установ охорони здоров'я розкриті у економічній літературі недостатньо та потребують подальшого дослідження і наукового уточнення. Водночас ми згодні з тим, що метою управління є «підвищення ефективності діяльності і конкурентоспроможності лікувальних установ», яке досягається завдяки прийняттю ефективних фінансових рішень. Установа охорони здоров'я є некомерційною організацією, тобто такою, яка надає послуги, виконує роботи безкоштовно або за символічну плату, яка не відшкодовує їх вартості. Діяльність некомерційних організацій потребує здійснення тих же управлінських функцій, що й на комерційних фірмах та підприємствах.

В умовах реформування охорони здоров'я та змін форм фінансових відносин змінюється підхід до фінансового менеджменту установ, який

передбачає підвищення фінансової самостійності і зміну акцентів контролю з розподілу видатків – на оцінку результатів діяльності, тобто визначення обсягів і якості медичних послуг.

Основними відмінностями дефініцій «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент», на нашу думку, є, по-перше, розкриття поняття «фінансовий менеджмент» як форми прийняття та реалізації управлінських рішень на мікрорівні, а термін «управління фінансами» розглядається як управління на макрорівні зі специфічною метою фінансового забезпечення не тільки економічного, а й соціального розвитку. Іншими словами, метою управління фінансами на рівні держави є фінансування розвитку соціальної сфери, забезпечення потреб суспільства.

Мета функціонування галузі охорони здоров'я незалежно від моделей фінансового забезпечення, моделей управління, державної політики, організації галузі полягає у задоволенні потреб суспільства у відтворенні, збереженні та зміцненні здоров'я громадян, тобто у забезпеченні соціальної ефективності. Проте досвід функціонування адміністративно-командної системи управління фінансами галузі засвідчив, що зазначеної мети неможливо досягти, не приділяючи уваги економічній ефективності. Саме ігнорування останньої при побудові радянської системи охорони здоров'я зумовило відсутність механізмів адаптації галузі до змін структури власності, умов господарювання, необхідності реформування.

Управління фінансами охорони здоров'я має передбачити визначення мети та її досягнення за допомогою методів фінансового механізму. Мету управління фінансами охорони здоров'я слід узгодити з цілями інших функціональних менеджментів, філософією та місією галузі. Вона може бути різною на кожному етапі розвитку та функціонування медичних закладів, галузі, держави. Управління фінансами повинно, з одного боку, бути спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності об'єкта охорони здоров'я як невід'ємного елемента ринкової інфраструктури і проявлятися у покращенні конкурентної позиції установи на ринку медичних

послуг, з іншого – на забезпечення фінансової стабільності як установи, так і галузі загалом, що дасть змогу надавати медичні послуги, тобто здійснювати діяльність, заради якої вона створена, а також забезпечувати можливості розвитку охорони здоров'я.

«Управління фінансами охорони здоров'я» використовується як більш широке поняття, воно може означати і фінансове адміністрування, коли йдеться про державне фінансове управління, і фінансовий менеджмент – щодо управління фінансами установ охорони здоров'я. Основними відмінностями згаданих понять є особливості складу об'єктів і суб'єктів управління, принципів, функцій та управлінських технологій. Так, управлінські технології фінансового адміністрування визначаються комплексом адміністративних принципів, методів і форм організації управління всіма аспектами фінансової діяльності охорони здоров'я та базуються на наказах, розпорядженнях, ієрархії, відповідній культурі управління, авторитеті керівника, принципі обов'язкового і точного виконання вказівок підлеглими і виконавцями. Фінансовий менеджмент базується на принципах свободи економічного вибору серед можливих варіантів управлінських рішень, зокрема оцінки кожного за співвідношенням витрати/ефекти, оптимізації, контролю і особистої відповідальності за пошук, відбір та прийняття рішення, його виконання, досягнення мети, що особливо актуальним є для охорони здоров'я.

Відповідно фінансовий менеджмент медичних установ пропонуємо розуміти як систему принципів, методів, форм і прийомів, пов'язану з рухом фінансових ресурсів і організацією обігу грошових коштів медичних установ, яка забезпечує досягнення стратегічних і тактичних цілей.

Управління фінансами охоплює всю сукупність форм і методів організації фінансових відносин у сфері охорони здоров'я. Складність системи управління фінансами охорони здоров'я зумовлюється її значною структурованістю. Багатоваріантність фінансових форм і методів доповнюється багатоконпонентністю об'єктів і суб'єктів фінансового управління, а також складністю їх окремих елементів.

На сучасному етапі функціонування управління фінансами галузі полягає в пошуку додаткових джерел фінансування, контролі за джерелами їх формування та напрямками використання, тобто у використанні управлінських технологій фінансового адміністрування. При цьому об'єктом управління є фінансові ресурси галузі, які формуються у процесі, розподілу і перерозподілу ВВП. В умовах ринкової економіки об'єктами управління фінансами охорони здоров'я крім фінансових ресурсів, є капітал, активи, доходи, видатки, інвестиції, ризики та загрози, фінансовий стан галузі чи медичної установи.

Суб'єктами управління фінансами охорони здоров'я, які впливають на формування та використання її фінансових ресурсів, організацію фінансової діяльності є:

- держава як суб'єкт владного регулювання фінансових відносин у сфері охорони здоров'я;
- виробники медичних послуг – медичні установи та організації різних форм власності і лікарі, що займаються приватною практикою;
- користувачі медичних послуг, до яких у країнах з державною та системою соціально орієнтованого страхування охорони здоров'я належить усе населення країни;
- замовники медичних послуг та платники за медичну допомогу (покупці послуг охорони здоров'я). Сюди можуть входити страховики (страхові компанії, страхові фонди, лікарняні каси і ін.) у страхових моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я або державні органи управління в системах бюджетного фінансування.

Держава формує політику (у тому числі й фінансову) у сфері охорони здоров'я, затверджує фінансову стратегію галузі та розробляє фінансову тактику. Виробники та замовники медичних послуг втілюють у життя стратегію та приймають оперативні фінансові рішення. Участь держави в системі управління фінансами охорони здоров'я пов'язана з необхідністю обмеження можливостей виробників медичних послуг спричиняти шкоду інтересам пацієнтів, користуючись вигодами з інформаційної асиметрії і свого

монопольного становища; розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я з урахуванням зовнішніх ефектів споживання медичних послуг; забезпечення доступності медичних послуг усім верствам населення. Держава бере участь у здійсненні діяльності в охороні здоров'я в усіх країнах світу і визначає органи законодавчої та виконавчої державної влади різних рівнів, органи місцевого самоврядування.

Безпосередніми учасниками управління фінансами, які організовують фінансову діяльність, виконують спеціалізовані функції управління в одній із сфер фінансової діяльності медичних установ та організацій є фінансові менеджери, функції яких частково виконують головні лікарі медичних установ.

Сутність управління фінансами проявляється у його функціях та безпосередньо в механізмі реалізації цих функцій [129, с. 18].

Здійснене дослідження функцій управління фінансами виявило існування суттєвих відмінностей до трактування їх складу. Зокрема, до функцій фінансового менеджменту відносять розподільчу і контрольну та відтворювальну [66, с. 22; 218, с. 39]. Такий підхід полягає в ототожненні функцій фінансового менеджменту і функцій фінансів. Підхід до трактування функцій фінансового менеджменту як до трактування функцій управління загалом полягає у виокремленні функцій планування [66, с. 22; 191, с. 426] прогнозування [191, с. 426], організації [66, с. 22; 191, с. 426], регулювання [191, с. 426], мотивації [66, с. 22; 191, с. 426] і контролю [66, с. 22; 191, с. 426]. В цьому випадку предмет фінансового менеджменту кореспондує з управлінням як процесом у загальному менеджменті. Зарубіжні вчені Дж. С. Ван Хорн, Дж. М. Вахович розрізняють функції фінансового менеджера (ефективний розподіл фондів у межах підприємства і мобілізація ресурсів на більш вигідних умовах) [19, с. 13] та функції фінансового менеджменту, які стосуються прийняття рішень (рішення, пов'язані з інвестуванням, фінансуванням та управлінням активами) [19, с. 38]. Л. К. Гапенські виділяє такі функції фінансового менеджменту охорони здоров'я: аналіз і планування,

фінансування, управління оборотним капіталом, управління фінансовими ризиками, управління контрактами [233, с. 7].

Питання про склад функцій, які формують будь-яку систему управління, зокрема й управління фінансами, залишається відкритим і є предметом наукових дискусій. При цьому фактором посилення неоднозначності визначення складу функцій управління фінансами охорони здоров'я є специфіка її функціонування та взаємодії із зовнішнім середовищем.

Функції управління фінансами охорони здоров'я пропонуємо розглядати як комплекс взаємопов'язаних організаційних дій суб'єктів управління, виділених із процесу управління за певною ознакою, скерованих на конкретний напрям фінансової діяльності об'єкта управління та таких, що в сукупності забезпечують досягнення цілей та завдань галузі на кожному конкретному етапі соціально-економічного розвитку.

Залежно від завдань дослідження сучасні вчені-економісти вирізняють загальні та конкретні функції, пов'язуючи загальні функції з діяльністю суб'єктів управління (керуючої системи), конкретні функції – з функціонуванням об'єкта управління (керованої системи), тобто окремих його підсистем та елементів [63, с. 22; 73, с. 18; 127, с. 21].

З огляду на це, ми виділяємо функції управління фінансами охорони здоров'я, як специфічної керівної системи. До них відносимо: функції фінансового планування, фінансового забезпечення, фінансування, регулювання, координування, аналізу фінансової діяльності, мотивації і матеріального стимулювання, фінансового контролю та контролінгу (рис.1. 5).

Управлінський процес, як і процес виробництва чи надання послуг, постійно удосконалюється. Він починається з постановки цілі, завдань і завершується виконанням цих завдань, досягненням відповідної мети.

Функція фінансового планування включає стратегічне та оперативне фінансове планування, фінансове прогнозування. Стратегічне планування передбачає необхідність формування фінансової політики розвитку галузі, розробки фінансової стратегії і її конкретизації на кожному етапі.



Рис. 1. 5. Функції управління фінансами охорони здоров'я*

Обґрунтування, прийняття та реалізація оперативних фінансових рішень, формування та розподіл фінансових ресурсів галузі, закупівля та фінансування послуг охорони здоров'я, а також регулювання та координування відбуваються в ході оперативного управління фінансами охорони здоров'я.

Функція аналізу ґрунтується, власне, на аналізі даних фінансової звітності установ охорони здоров'я, які характеризують фінансово-господарську діяльність, процес реалізації поставлених завдань. За таких умов зростає потреба оцінити рівень виконання запланованих показників, виявити загрози фінансовій безпеці, знайти можливі шляхи запобігання кризі, в т. ч.

* Складено автором за даними [20; 63; 73; 127; 166; 167; 197; 233].

фінансовій, тобто виникає необхідність здійснювати моніторинг та контролінг. Призначенням системи контролінгу є оцінка якості прийнятих управлінських рішень, що досягається завдяки формуванню ефективних систем забезпечення, зокрема інформаційного, організаційного, кадрового, програмного, технічного, фінансового. Роль контролінгу полягає в забезпеченні управлінського процесу максимально повною і точною кількісною інформацією, розрахунку показників, визначенні оптимуму. Функція аналізу фінансової діяльності дає можливість визначити відхилення фактичних результатів від запланованих і є підставою для регулювання та координування, які є важливими інструментами управління. Фінансовий контроль спрямований на перевірку правильності формування фондів грошових коштів галузі і їх цільового використання, порівняння фінансових результатів від використання фінансових ресурсів з плановими та виявлення резервів їх збільшення [197, с. 89]. Тобто, фінансовий контроль – це цілеспрямована діяльність уповноважених органів щодо забезпечення законності, доцільності, результативності і ефективності виконання фінансових операцій та реалізації мети управління фінансами.

Виділимо також функцію мотивації та матеріального стимулювання. Стимулювання покликано забезпечити розвиток тих явищ і процесів, які мають на даному етапі пріоритетне значення, або які за інших однакових умов мають недостатньо сприятливі умови для саморозвитку [20, с. 513; 166, с. 25; 167, с. 67]. Важливе значення має мотивація та матеріальне стимулювання персоналу установ охорони здоров'я у прийнятті ефективних фінансових рішень, у виконанні визначених завдань. Від зацікавленості медичного персоналу у результатах власної праці великою мірою залежить ефективність фінансової діяльності медичних установ, якість надання послуг охорони здоров'я та успіх реформування галузі загалом.

Об'єкт управління є системою, якою керують за допомогою реалізації функцій управління. Тому нами вирізняються функції управління фінансами щодо об'єктів управління, які варто розглядати як результат розподілу управлінської праці, яка виконується безпосередньо суб'єктами управління.

Функціями управління фінансами охорони здоров'я щодо об'єктів управління є управління грошовими потоками, капіталом, доходами, видатками, активами, інвестиціями, ризиками та загрозами, фінансовим станом медичних установ. В сучасних умовах названі функції повинні перетворитися на управлінські дії на різних рівнях управління галуззю. Впровадження названих функцій покликане забезпечити можливість реалізації суспільного вибору, визначити ступінь задоволеності користувачів функціонуванням установ і галузі охорони здоров'я, підвищити ефективність громадського контролю, гармонізацію відносин та тісний взаємозв'язок суб'єктів управління, розвиток індивідуальної відповідальності працівників через подолання колективних процесів прийняття рішень.

Принципи управління фінансами охорони здоров'я є підґрунтям для формування фінансової політики у галузі охорони здоров'я. З іншого боку, фінансова політика визначає правила, методи, нормативно-правову базу управління фінансовою діяльністю в галузі. Іншими словами, принципи використовують під час декомпозиції процесів управління фінансами охорони здоров'я, оскільки вони дають змогу пов'язати функції управління зі стратегічними цілями розвитку охорони здоров'я.

Принципами управління фінансами охорони здоров'я, на нашу думку, є:

– принцип соціальної солідарності. Соціальна солідарність є взаємним зобов'язанням і взаємною допомогою та підтримкою між членами спільноти. Зважаючи на високу вартість медичних послуг і її постійне зростання цей принцип покликаний забезпечити надання послуг охорони здоров'я шляхом створення державної системи охорони здоров'я або системи соціального медичного страхування;

– принцип поєднання соціального і медичного ефектів та економічної ефективності (забезпечення максимізації співвідношення економічного, соціального та медичного результату від здійснення керуючого впливу на галузь охорони здоров'я до витрат, які дозволять отримати цей результат). Економічна ефективність досягається за допомогою раціонального

використання наявних ресурсів через виключення випадків надання невинуватених медичних послуг;

– принцип цілеспрямованості та результативності фінансової діяльності (передбачає визначення чітких цілей та досягнення певного визначеного результату управлінської діяльності суб'єктів управління, узгодження цих цілей з необхідними ресурсами та переміщення акцентів на слабку ланку управлінських впливів, яка може перешкодити досягненню таких цілей);

– принцип правової впорядкованості (зумовлює необхідність законодавчого визначення основних цілей, функцій, принципів управління фінансами у галузі охорони здоров'я);

– принцип соціальної, в т.ч. юридичної, відповідальності за результати управління фінансами охорони здоров'я (зокрема, фінансовими ресурсами та капіталом як галузі, так і медичних установ) перед суспільством. Враховуючи велике соціальне значення галузі охорони здоров'я, вважаємо за необхідне встановити персональну відповідальність суб'єктів управління за результати прийнятих управлінських фінансових рішень, що сприятиме забезпеченню досягнення мети фінансового менеджменту установ охорони здоров'я та виявленню причин можливих відхилень;

– принцип диверсифікованості джерел фінансового забезпечення (покликаний забезпечити зменшення впливу фінансових ризиків);

– принцип комплексності базується на необхідності використання взаємодоповнюючої системи засобів управлінського впливу (тобто використання управлінських технологій фінансового адміністрування та фінансового менеджменту, а також поєднання оперативних дій і завдань зі стратегічними цілями).

Для охорони здоров'я характерний особливий механізм організації фінансів, який, на відміну від інших галузей, поєднує дві складові: соціальну справедливість та економічну ефективність. Критеріями соціальної справедливості є досягнення соціального та медичного ефектів. Під медичним ефектом розуміють рівень досягнення поставлених завдань у сфері

профілактики, діагностики і лікування захворювань. Медичний ефект визначається необхідністю та результативністю медичного втручання, рівнем якості лікування конкретного хворого і використанням сучасних інноваційних технологій надання медичної допомоги; вимірюється співвідношенням результату за витраченими зусиллями і коштами за інших однакових умов. Соціальний ефект охорони здоров'я характеризується покращенням здоров'я усього населення, зниженням захворюваності, передчасної смерті, зміною демографічних показників, зростанням задоволеності населення медичною допомогою. Економічна ефективність вимірюється отриманим результатом у співвідношенні з витратами (у грошових одиницях) на його досягнення. Економічна ефективність означає доцільність використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів суспільства для досягнення конкретних цілей. Здійснюючи управління фінансами охорони здоров'я слід досягти соціального та медичного ефектів за умови забезпечення економічної ефективності.

Соціальна відповідальність характеризує розуміння суб'єктами управління в галузі охорони здоров'я важливості своїх вчинків для суспільства, бажання зробити їх якомога краще. Соціальна відповідальність – це обов'язок особи оцінити власні наміри та здійснювати вибір поведінки відповідно до норм, що відображають інтереси суспільного розвитку, а у випадку порушення їх обов'язок звітувати перед суспільством та нести покарання. Юридична відповідальність – різновид соціальної відповідальності, який закріплений у законодавстві і забезпечуваний державою юридичний обов'язок правопорушника пізнати примусового позбавлення певних цінностей, що йому належать [125, с. 45]. Іншими словами, це застосування до винної особи примусових заходів за вчинене правопорушення.

Функції та принципи управління реалізуються за умови поєднання методів, форм, засобів вироблення, прийняття та реалізації управлінських рішень у галузі охорони здоров'я, тобто використання управлінських технологій. Систему управління фінансами охорони здоров'я зображено на рис. 1. 6.

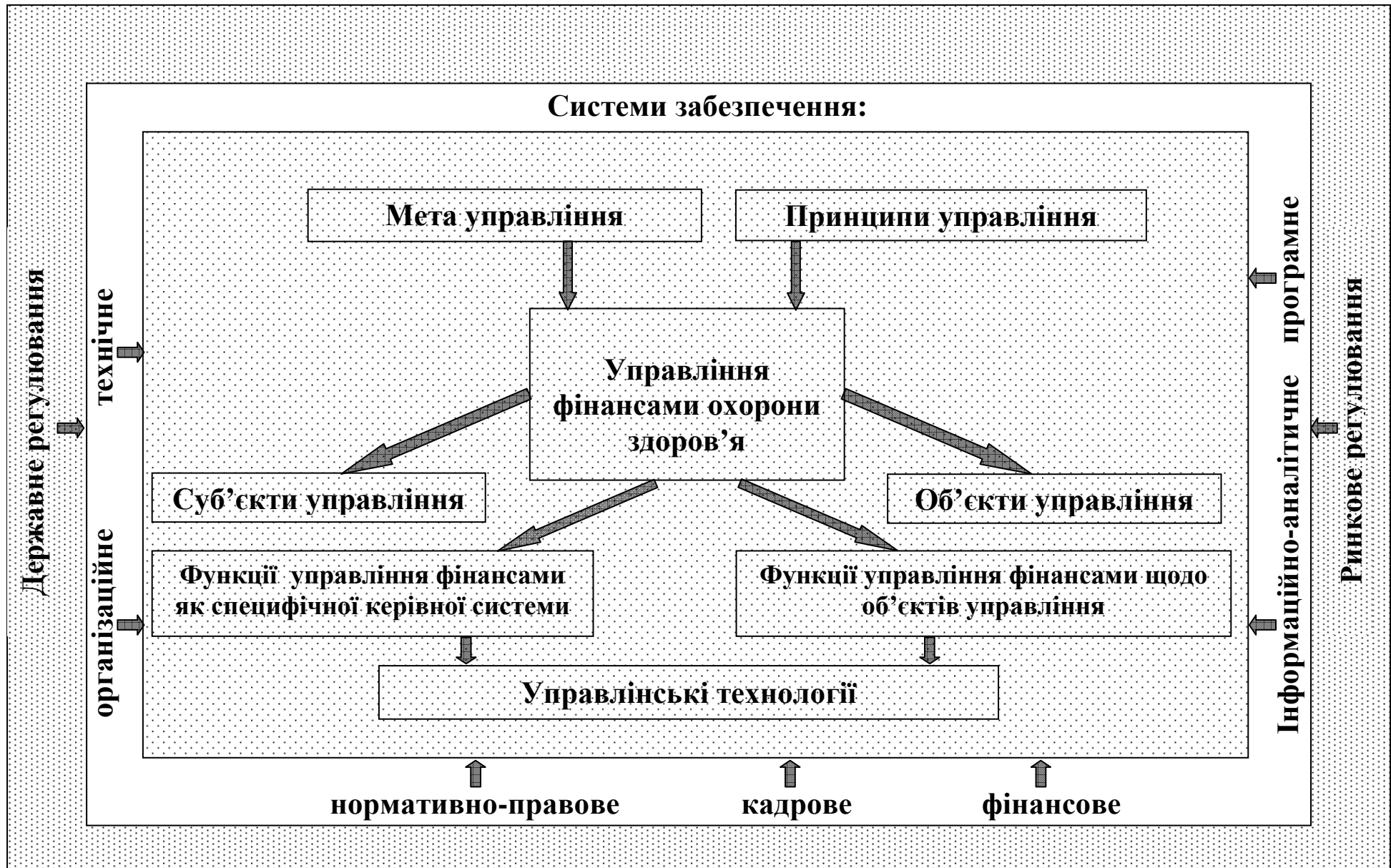


Рис. 1. 6. Механізм управління фінансами охорони здоров'я*

*Складено автором за даними [20; 63; 73; 127; 166; 167; 196; 234].

З огляду на вищесказане, під управлінням фінансами охорони здоров'я пропонуємо розуміти зорієнтовану на пріоритети суспільного вибору діяльність та взаємодію суб'єктів управління, побудовану на визначених принципах, функціях, технологіях вироблення, прийняття та реалізації управлінських рішень щодо формування, розподілу та використання фінансових ресурсів і організації обігу грошових коштів галузі охорони здоров'я для забезпечення досягнення визначеної мети.

Незважаючи на ринкові перетворення у реальному і фінансовому секторах, в системі охорони здоров'я продовжують використовуватися методи адміністрування, що виключають гнучкість та маневреність у прийнятті управлінських рішень на мікрорівні.

Управління системою охорони здоров'я здійснюється на різних рівнях: державному (рівень законодавчої та виконавчої гілок влади), галузевому, відомчому, регіональному, місцевому та мікрорівні (медичні установи, страхові компанії, громадянські організації, фонди медичного страхування). В управлінні системою охорони здоров'я в Україні вважаємо за необхідне розрізняти адміністрування охорони здоров'я, фінансове адміністрування охорони здоров'я та фінансове адміністрування і фінансовий менеджмент медичних установ (до проведення реформи в системі охорони здоров'я переважає на мікрорівні фінансове адміністрування). Для кожної складової управління як системою охорони здоров'я, так і фінансами галузі, що здійснюється на різних рівнях, характерним є використання певних управлінських технологій (рис. 1. 7).

Такими управлінськими технологіями є:

I. Управлінські технології адміністрування охорони здоров'я, до яких відносимо: розробку державної, регіональної, місцевої політики охорони здоров'я; вибір на державному рівні моделі охорони здоров'я та його законодавчо-нормативне, кадрове, організаційне, фінансове, інформаційне забезпечення; розробку державної політики реформування системи охорони здоров'я; розробку державної політики оплати праці медичних працівників;

розробка державної політики професійної підготовки медичних працівників, їх



Рис. 1. 7. Управління системою охорони здоров'я в Україні, його рівні та управлінські технології.*

атестації, підвищення кваліфікації, ліцензування, акредитація постачальників послуг, регулювання їх діяльності; стандартизацію медичних послуг; регулювання їх якості та ефективності; законодавчо-нормативне врегулювання

* Складено автором.

та оптимізацію мережі установ охорони здоров'я та ринку медикаментів; нормативно-правове врегулювання ресурсного, в тому числі, фінансового забезпечення установ охорони здоров'я; визначення правил поведінки постачальників медичних послуг, платників за послуги; визначення організаційного забезпечення адміністрування.

II. Управлінськими технологіями фінансового адміністрування є розробка державної фінансової політики охорони здоров'я; бюджетне планування і фінансування; фінансовий контроль; аналіз і оцінка ефективності фінансового забезпечення охорони здоров'я та в розрізі установ охорони здоров'я різних форм власності.

III. Управлінські технології фінансового адміністрування установ охорони здоров'я. В нинішніх умовах такими управлінськими технологіями є: кошторисне планування; кошторисне фінансування; внутрішній аудит.

Порядок кошторисного планування і фінансування не забезпечує повною мірою потреб медичних установ для їх розвитку, не створює стимулів для підвищення якості медичних послуг за відсутності мотивації керівництва до ефективного використання фінансових ресурсів.

На рівні установ охорони здоров'я загалом, у тому числі державних та комунальних лікувальних установ, відсутня самостійність у розробці та прийнятті управлінських фінансових рішень. Рівень та обсяг фінансування установ охорони здоров'я визначається із урахуванням їх оперативних показників (кількості лікарських відвідувань, кількості ліжко-днів, ін.), що орієнтує адміністрацію цих закладів на зростання кількісних показників, а не на підвищення якості медичного обслуговування, якості медичних послуг.

Управління фінансами як система якою керують, перебуває під впливом державних та ринкових регуляторів. До державних регуляторів належать державні соціальні стандарти, норми і нормативи, законодавче забезпечення. Основними елементом ринкового впливу є попит, пропозиція та фактори, що на них впливають – конкуренція, ціни, доходи, розмаїття смаків, екологічна та економічна ситуації тощо.

Реалізація управління фінансами неможлива без відповідної системи його забезпечення, куди належать: нормативно-правове, організаційне, інформаційно-аналітичне, кадрове, фінансове, а також технічне і програмне забезпечення.

Однією з проблем управління фінансами галузі в Україні є недостатність інформаційного забезпечення, його асиметричність, викривлення, непрозорість діяльності суб'єктів управління, зокрема, органів виконавчої влади і надавачів медичних послуг, а також відсутність зворотного зв'язку з громадянами і організаціями. З огляду на це залучення громадських організацій до формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, формування замовлення на визначення певної кількості та якості послуг охорони здоров'я, здійснення оцінки ефективності діяльності галузі, медичних установ, управління їх фінансовими ресурсами, капіталом, фінансовим станом стає надзвичайно актуальним завданням. Зацікавленими тут повинні бути і органи влади, і користувачі та надавачі послуг охорони здоров'я. З цією метою необхідно постійно удосконалювати такі організаційні механізми, як забезпечення відкритості та доступності інформації про діяльність суб'єктів управління, проведення громадського обговорення проектів рішень та залучення суб'єктів громадянського суспільства до складу робочих груп органів виконавчої влади із підготовки нормативно-правових актів та інших рішень, що зачіпають їхні права та законні інтереси, проведення громадської експертизи соціально важливих управлінських фінансових рішень органів влади, забезпечення прозорості процедур надання медичних послуг і захист прав пацієнтів. Реалізувати право громадян впливати на процес управління у сфері охорони здоров'я можливо за умови забезпечення тісної співпраці суб'єктів управління і громадських організацій.

Організаційна роль у системі управління фінансами охорони здоров'я належить системі органів державної влади, місцевого самоврядування та інших державних органів, залучених до процесу реалізації політики

охорони здоров'я, тобто її інституційному механізмі, який ми детальніше розглянемо далі.

1. 3. Інституціональні засади управління фінансами охорони здоров'я

Система управління фінансами охорони здоров'я побудована відповідно до організації системи управління охороною здоров'я і включає в себе органи управління державного рівня, органи управління регіонального і місцевого рівнів. Структура системи охорони здоров'я подана у додатку Б.

Розрізняють стратегічне, або загальне, й оперативне управління фінансами. До органів стратегічного управління фінансами охорони здоров'я належать: Верховна Рада України, Верховна Рада АР Крим, Президент України, Кабінет Міністрів України, Рада Міністрів АР Крим. Оперативне управління фінансами охорони здоров'я здійснюють органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування (рис. 1. 8). Верховна Рада України згідно зі статтями 13 та 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 р. № 2892 формує основу державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, основних завдань, напрямів, принципів та пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я [42]. Із часу проголошення незалежності Верховна Рада України прийняла низку законодавчих законів у сфері охорони здоров'я населення, які є основою відповідного національного законодавства. Слід зазначити, що більшість з них містить правові норми, які визначають цілі, методи, завдання та форми державного управління і регулювання окремої частини соціально-економічних відносин. Такими актами є закони України «Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про лікарські засоби», «Про донорство крові та її компонентів»,

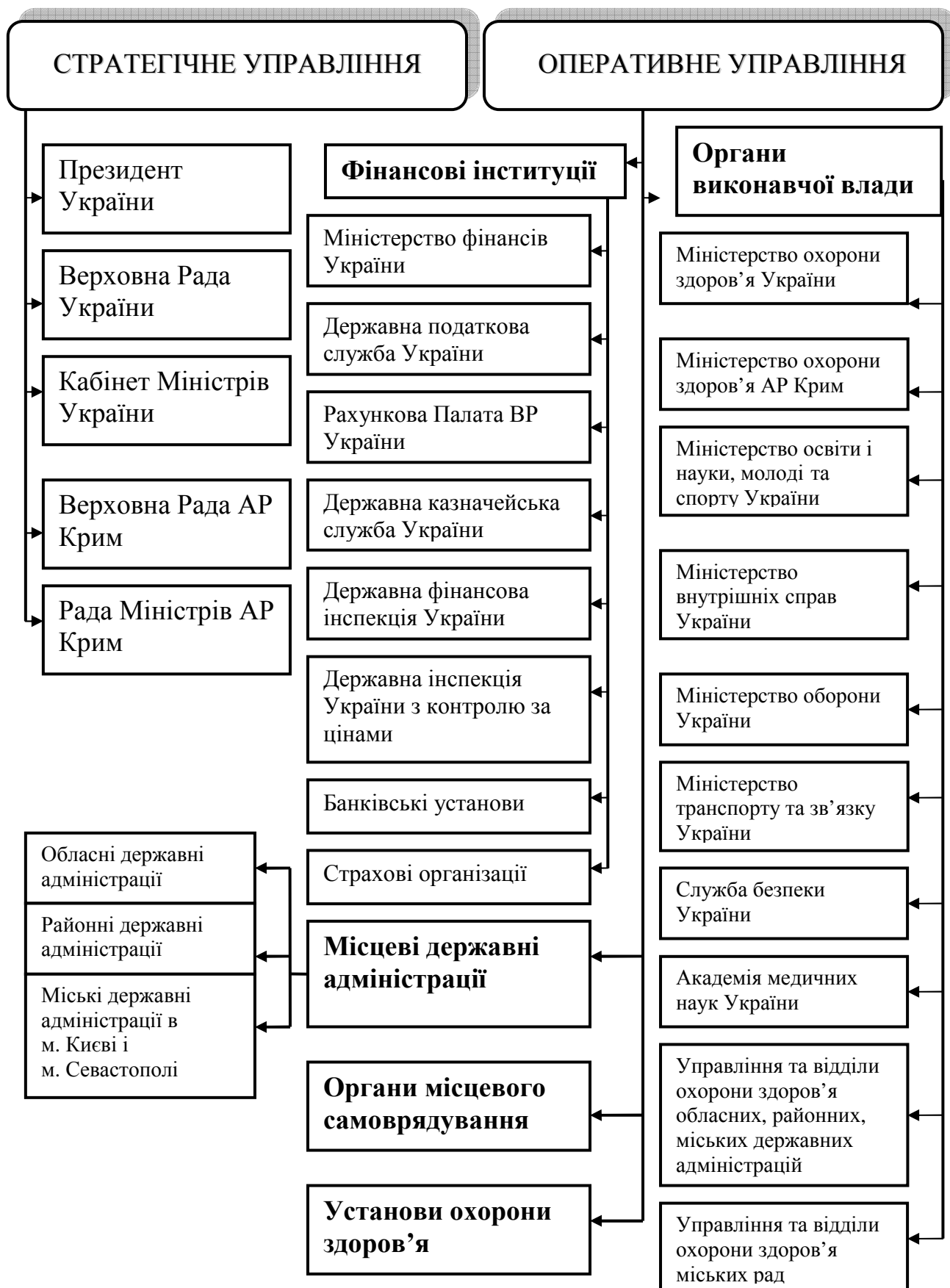


Рис. 1.8. Інституціональне забезпечення управління фінансами охорони здоров'я*.

* Складено автором за даними [26; 27; 42; 95; 132; 136; 144; 145; 187; 188].

«Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» та ін.

Законодавство України про охорону здоров'я не має завершеного, системного характеру. Не прийнято закони «Про гарантований державний рівень медичної допомоги», «Про медичну діяльність», «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», «Про багатокладність медичної допомоги», «Про первинну медико-санітарну допомогу і сімейну медицину», «Про вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу», «Про приватну медичну діяльність», «Про профілактичну медичну діяльність», «Про лікарське самоврядування», «Про захист прав пацієнтів» та інші [130, с.129–130], в основі яких є врегулювання соціально-економічних та фінансових проблем функціонування та організації галузі.

Доцільно було б прийняти доповнення і конкретизацію щодо повноважень Верховної Ради України у сфері охорони здоров'я, передбачені законопроектом «Про внесення змін та доповнень до Основ законодавства України про охорону здоров'я» № 3270 від 21 вересня 2004 р. [41] «Державну політику у сфері охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом прийняття законодавчих актів з охорони здоров'я...».

Особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я несе Президент України. Президент України виступає гарантом прав громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади, втілює у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.

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

Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством [42].

Органи державної виконавчої влади відповідають за реалізацію державної політики охорони здоров'я. Згідно зі ст. 113 Конституції України та ст. 13, 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» Кабінет Міністрів є вищим органом у системі органів виконавчої влади, організовує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своїх повноважень розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково-обґрунтовані стандарти, норми і вимоги, які повинні сприяти збереженню здоров'я населення, формують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль, нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я.

Забезпечення реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я здійснює спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань охорони здоров'я. Таким органом є Міністерство охорони здоров'я, повноваження якого визначені положенням, що затверджено Указом Президента України від 13.04.2011 № 467/2011 «Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [188]. До завдань Міністерства охорони здоров'я належить формування державної політики в сфері охорони здоров'я (не тільки реалізації, як це визначено в Законі України «Основи

законодавства України про охорону здоров'я»); формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; участь у підготовці проектів міжнародних договорів України; забезпечення нормативно-правового регулювання у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя населення; забезпечення в межах своєї компетенції дотримання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я; визначення пріоритетних напрямів розвитку сфер охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя населення; підготовка пропозицій щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробка та організація виконання державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я; здійснення розробки та реалізації державних цільових та галузевих програм у галузі охорони здоров'я; здійснення галузевої експертизи науково-дослідних (науково-технічних) установ, що належать до сфери управління МОЗ України, проведення державної атестації підвідомчих науково-дослідних установ; здійснення контролю якості медичної допомоги; організація медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівнях, організація надання медичної допомоги за спеціальностями; здійснення підготовки нормативно-правових актів з питань щодо загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування; визначення видів медичної допомоги, що фінансуються за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням; організацію заходів щодо поширення здорового способу життя серед населення України; контроль за дотриманням законодавства про медико-соціальну експертизу; контроль за використанням бюджетних коштів у визначених сферах та ін.

Міністерство охорони здоров'я України несе відповідальність за організацію та проведення обов'язкової державної акредитації медичних

закладів різних типів власності, видаючи ліцензії лікувально-профілактичним закладам, задіяним у наданні медичних послуг або виробництві і продажі медичних препаратів. МОЗ також безпосередньо керує певними спеціалізованими медичними установами.

Особливості міністерства як центрального органу виконавчої влади проявляються насамперед у його компетенції, яке може мати як функціональний, так і галузевий характер. МОЗ України є типово галузевим органом, проте воно наділене і відповідними міжвідомчими повноваженнями, що дозволяють здійснювати державне управління і регулювання з питань охорони здоров'я в різних галузях і сферах життя [27, с. 348–349].

Компетенція міністерства, як правило, закріплювалася у відповідному акті законодавства, який може мати юридичну силу як закону, так і постанови Кабінету Міністрів, хоча п. 12 ст. 92 Конституції України відносить ці поняття до виключної компетентності Верховної Ради України.

Основними напрямками діяльності МОЗ України є:

- формування та реалізація державної політики охорони здоров'я населення, загальнодержавних та місцевих програм охорони здоров'я;
- оперативне управління підпорядкованими органами та закладами охорони здоров'я державної форми власності;
- державне регулювання відносин у сфері охорони здоров'я;
- державний контроль за якістю надання медичної допомоги й охорони здоров'я, ліків, наркотичних речовин та ін.

На державному рівні управління фінансами охорони здоров'я України здійснюють також центральні органи виконавчої влади (Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство оборони України, Міністерство транспорту та зв'язку України, Служба безпеки України, Академія медичних наук України тощо), у підпорядкуванні яких знаходиться 8,8 % медичних закладів. Вони беруть участь у здійсненні державної політики в галузі охорони здоров'я за рахунок надання медичної допомоги категоріям громадян, котрі мають відношення до

вказаних органів виконавчої влади, а іноді і членам їх сімей. Керівництво всіма структурними підрозділами медичної служби здійснюють відповідні управлінські структури вказаного міністерства.

Міністерства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, які повинні сприяти охороні здоров'я населення, формувати і розміщувати державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснювати державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у галузі охорони здоров'я [42].

Система державного управління в цій сфері є інституційно незавершеною, що негативно впливає на ефективність державно-управлінської діяльності. Так, зокрема, координаційна основа для забезпечення внутрішньогалузевих зв'язків на рівні Міністерства охорони здоров'я та інших міністерств і відомств сьогодні в Україні є недостатньо відпрацьованою.

Міністерство охорони здоров'я АР Крим займає проміжне місце між МОЗ України та органами управління охороною здоров'я на районному рівні в АР Крим. Обсяги повноважень схожі на повноваження управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділ охорони здоров'я Ради Міністрів АР Крим та органи місцевої державної адміністрації.

Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування здійснюють регулювання у сфері охорони здоров'я за рахунок наявності у їх структурі обласних та районних (міських у м. Києві та м. Севастополі) управлінь (відділів) охорони здоров'я та відповідних структур виконавчих комітетів рад.

Управління охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій є державними органами, які відповідають за реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я в регіоні.

Управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій створені для керівництва закладами охорони здоров'я на обласному рівні. Вони, з одного боку, є спеціалізованим органом виконавчої влади області, утвореним обласною державною адміністрацією, а з іншого – галузевим органом виконавчої влади, підпорядкованим МОЗ України, які здійснюють державне управління охороною здоров'я.

Відповідно до покладених на управління охорони здоров'я завдань та для їх успішного вирішення воно наділене відповідними повноваженнями: готує пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку території та проектів місцевого бюджету, подає їх на розгляд у відповідну держадміністрацію та забезпечує їх виконання; у межах своєї компетенції сприяє органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку відповідної території; здійснює організаційне і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення на відповідній території; здійснює фінансування закладів охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласних бюджетів, бюджетів міст Києва та Севастополя, контролює ефективне використання ними фінансових, матеріальних та трудових ресурсів; вживає заходів щодо збереження мережі закладів охорони здоров'я, розробляє прогнози її розвитку, враховує їх під час розробки проектів програм соціально-економічного розвитку відповідних територій тощо [145].

Для керівництва закладами охорони здоров'я та забезпечення виконання державної політики на районному рівні створений відділ охорони здоров'я в складі районних державних адміністрацій, підзвітний та підконтрольний голові райдержадміністрації та управлінню охорони здоров'я відповідної облдержадміністрації [144].

Основними завданнями таких відділів є забезпечення реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я у відповідному районі; здійснення контролю за дотриманням законодавства та державних стандартів в сфері охорони здоров'я; координація діяльності закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, пов'язаної з наданням лікувально-профілактичної допомоги населенню району; прогнозування та планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я. Відділ охорони здоров'я вивчає потребу закладів охорони здоров'я у фінансових, матеріальних та кадрових ресурсах, здійснює аналіз ефективності їх використання; формує заявки на закупівлю медичного обладнання, лікарських засобів, спеціальних санітарних транспортних засобів, що централізовано постачаються за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, організовує відповідно до законодавства такі закупівлі; контролює якість та обсяги лікувально-профілактичної допомоги, яка надається населенню району закладами охорони здоров'я тощо [144].

Функції відділу охорони здоров'я щодо управління фінансами фактично співпадали з функціями головного лікаря районної лікарні, яка, як правило, і була тією підпорядкованою медичною установою, координацією діяльності якої займався відділ охорони здоров'я. Зазначений орган є головним розпорядником коштів районного бюджету, до видатків якого, з прийняттям 8 липня 2010 р. нової редакції Бюджетного Кодексу України, віднесено видатки на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти), які раніше здійснювалися з бюджетів сіл, селищ, міст районного значення та їх об'єднань. У зв'язку з цим, а також з необхідністю запровадження контрактної моделі закупівель медичних послуг його діяльність стає необхідною. Також необхідно затвердити Положення про відділ охорони здоров'я відповідно до змін діючого законодавства та потреб реформування управління фінансами галузі.

Активну участь у реалізації державної політики та управлінні фінансами в галузі охорони здоров'я населення беруть органи місцевого самоврядування.

Відповідно до Конституції України та Закону України «Про місцеве самоврядування» від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР повноправними власниками більшості закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівня (до яких, зокрема, належать дільничні лікарні, амбулаторії, районні, міські лікарні), а також закладів третинного рівня (обласні лікарні та інші заклади обласного підпорядкування) є відповідні місцеві ради.

До компетенції міських, районних та обласних рад належать затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку; бюджетів; розподіл між районними бюджетами, місцевими бюджетами міст обласного чи районного значення, сіл, селищ переданих із державного бюджету коштів у вигляді дотацій, субвенцій; управління об'єктами комунальної власності, які забезпечують спільні потреби територіальних громад сіл, селищ, міст та інші завдання.

Управління закладами охорони здоров'я та їх фінансами здійснюють виконавчі комітети сільських, селищних, міських рад та виконавчі апарати районних і обласних рад. Виконавчі органи сільських, селищних та міських рад забезпечують реалізацію власних (самоврядних) повноважень в межах, визначених радою, – управління закладами охорони здоров'я комунальної власності відповідних територіальних громад, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування і харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; та делегованих повноважень – забезпечення доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; розвиток усіх видів медичного обслуговування і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби і формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку фахівців, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення; реєстрація статутів (положень), розташованих на відповідній

території закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій до відповідних органів щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я та ін. [45].

Продовженням організаційної системи управління у сфері охорони здоров'я є виконавчі органи місцевого самоврядування: управління і відділи охорони здоров'я міських рад, головні лікарі та їх заступники у міських, сільських і селищних лікарнях.

Для здійснення керівництва охороною здоров'я у містах у складі міських рад створюється управління (відділ) охорони здоров'я як спеціалізований виконавчий орган місцевого самоврядування. Він призначений для організації і забезпечення охорони здоров'я населення міста, що і є основною метою його діяльності.

Правовий статус відділів і управлінь охорони здоров'я міських рад повинен бути визначений у положеннях про них, які затверджуються відповідними міськими радами. Управління (відділ) є виконавчим органом міської ради, нею утворюється, їй підзвітне і підконтрольне, підпорядковане виконавчому комітету та міському голові. Головним документом, який визначає правовий статус вказаного органу є положення про нього. Аналіз низки положень про управління охорони здоров'я окремих міських рад України вказує, що їх основними завданнями є організація лікувально-профілактичної допомоги населенню, забезпечення належної діяльності закладів охорони здоров'я комунальної власності щодо надання населенню висококваліфікованої медичної допомоги, здійснення керівництва ними, розподіл коштів міського бюджету, виділених на забезпечення діяльності комунальних закладів охорони здоров'я, вивчення стану здоров'я населення, розроблення заходів з профілактики захворювань, зниження рівня захворюваності, інвалідності, смертності та ін.

Аналіз зібраних положень про управління охорони здоров'я місцевих рад показує, що більшість із них являють собою переписані (інколи навіть не змінені) положення про управління охорони здоров'я обласних державних

адміністрацій. Так, положення про управління охорони здоров'я Івано-Франківської, Вінницької та деяких інших міських рад практично повністю текстуально співпадають не тільки між собою, а й із Типовим положенням про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, яке було затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 грудня 1998 р. № 1946 і втратило чинність (на сьогодні діє Типове положення, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1845). Трапляються випадки, коли Положення про вказані управління неодноразово перезатверджувалися протягом останніх 10-12 років без зміни первинного тексту і, як наслідок, значною мірою суперечать вимогам чинного законодавства.

Із керівників закладів охорони здоров'я і провідних фахівців створюється медична рада, основним завданням якої є обговорення стану справ щодо охорони здоров'я населення, діяльності комунальних медичних закладів, вироблення рекомендацій і пропозицій щодо формування та реалізації місцевої політики в галузі охорони здоров'я.

Важливими завданнями управління охорони здоров'я у складі місцевих органів виконавчої влади є: забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я; прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою; здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, їх ліквідації; організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Безпосереднє керівництво діяльністю закладу охорони здоров'я згідно ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ зі змінами та доповненнями здійснює особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам, – головний лікар. Він є розпорядником бюджетних коштів, відповідає за їх цільове та раціональне використання, забезпечує організацію лікувально-профілактичної, адміністративно-господарської та фінансової діяльності установи, здійснює аналіз діяльності установи охорони здоров'я та на основі оцінки показників діяльності вживає необхідних заходів щодо покращення форм і методів роботи закладу.

Діяльність органів місцевого самоврядування щодо управління комунальними закладами охорони здоров'я схожа на організацію системи державного управління зі значним рівнем централізації владних повноважень. При цьому не завжди враховуються потреби населення у наданні послуг охорони здоров'я. Найближче до споживачів послуг знаходяться медичні працівники, керівники закладів охорони здоров'я. Вони володіють інформацією про потреби населення у послугах охорони здоров'я та потреби у фінансових ресурсах для її надання. Однак, їх повноваження щодо формування та розподілу фінансових ресурсів, впливу на організацію фінансових відносин усередині галузі, між окремими закладами, обмежені діючою системою кошторисного планування та фінансування. Спробою розширення повноважень головних лікарів є зміни, внесені до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 2.03.2008 р. № 122. Так, керівникам закладів охорони здоров'я надано право у разі виробничої необхідності змінювати штати окремих структурних підрозділів або вводити посади, не передбачені штатними нормативами для даного закладу. Проте здійснювати такі заміни вони мають право за рахунок посад інших структурних підрозділів в межах фонду оплати праці, доведеного лімітними довідками на відповідний період. Заміна посад працівників може здійснюватися лише в межах однієї категорії медичного персоналу (лікарі, середній медичний персонал, молодший медичний

персонал), фармацевтичного, адміністративно-управлінського, крім заступників керівників, та господарсько-обслуговуючого персоналу. Зменшення кількості працівників спричинить зменшення фінансування, що є не вигідним для керівників медичних закладів.

За Законом України «Про здійснення державних закупівель» від 1.06.2010 р. №2289–VI [44] відповідальним за організацію і здійснення процедур закупівель може бути керівник медичної установи за умови визначення його таким відповідно Кабінетом Міністрів України, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, місцевими державними адміністраціями або виконавчими органами місцевих рад. Іншими словами, право здійснювати закупівлі не закріплене за головним лікарем, що, на нашу думку, доцільно було б зробити.

Управління фінансами охорони здоров'я здійснюють і такі фінансові інституції, як Міністерство фінансів України, що є центральним спеціалізованим органом виконавчої влади і завданням якого є визначення та впровадження єдиних методологічних засад інформаційно-аналітичного забезпечення управління державними фінансами, створення єдиної інформаційно-аналітичної системи обліку й управління коштами соціальної сфери. Відповідно до Указу Президента України «Про Положення про Міністерство фінансів України» від 8.04.2011 р. №446/2011 [189] останнє розробляє і доводить до головних розпорядників бюджетних коштів інструкції з підготовки бюджетних запитів на плановий і наступні за плановим два бюджетні періоди, встановлює термін та порядок їх подання; визначає основні організаційно-методичні засади бюджетного планування, які використовуються для підготовки бюджетних запитів і розробки проекту Державного бюджету України та прогнозу Державного бюджету України на наступні за плановим два бюджетні періоди, загальний рівень доходів, видатків і кредитування бюджету, дає оцінку обсягу фінансування бюджету для складання проекту Державного бюджету України, відповідності бюджетному законодавству бюджетних запитів, паспортів бюджетних програм, проектів зведених кошторисів для складання розпису державного бюджету; здійснює оцінку виконання

результативних показників бюджетних програм та відповідності звітності головних розпорядників бюджетних коштів показникам, установленим законом про Державний бюджет України; здійснює аналіз бюджетного запиту, поданого головним розпорядником бюджетних коштів, щодо його відповідності меті, пріоритетності та ефективності використання бюджетних коштів та модернізацію державних фінансів; удосконалення методів фінансового і бюджетного планування; складає розпис Державного бюджету України згідно з бюджетними призначеннями та вносить зміни до нього, у тому числі в частині міжбюджетних трансфертів у розрізі місцевих бюджетів; розробляє інструктивні матеріали щодо складання розпису (тимчасового розпису) Державного бюджету України; затверджує лімітні довідки про бюджетні асигнування, що містять бюджетні призначення та їх помісячний розподіл; погоджує в установленому порядку типові штати бюджетних установ.

Місцеві фінансові органи здійснюють планування та прогнозування показників видаткової частини місцевих бюджетів, складають проекти та бюджетні розписи місцевих бюджетів, визначаючи при цьому обсяг фінансових ресурсів для закладів охорони здоров'я; здійснюють контроль за цільовим, економним використанням бюджетних коштів цими закладами.

Управлінням фінансами охорони здоров'я займається відділ фінансів соціально-культурної сфери та соціального захисту населення, який готує розрахункові показники по галузі охорони здоров'я; здійснює аналіз бюджетних запитів, поданих головними розпорядниками бюджетних коштів, з точки зору їх відповідності меті, пріоритетності, а також дієвості та ефективності використання бюджетних коштів; доводить до відома головних розпорядників коштів бюджету лімітну довідку про затверджені бюджетні призначення та їх помісячний розподіл; визначає обсяг асигнувань на охорону здоров'я; складає на підставі уточнених проектів зведених кошторисів, зведених планів асигнувань загального фонду бюджету та зведених планів спеціального фонду, поданих головними розпорядниками, розпис відповідного бюджету.

Органи Державної казначейської служби України ведуть базу даних про мережу розпорядників і одержувачів бюджетних коштів; здійснюють оперативне прогнозування та касове планування видатків бюджету; ведуть облік бюджетних асигнувань; забезпечують організацію та координацію діяльності головних бухгалтерів бюджетних установ та контроль за виконанням ними своїх повноважень шляхом оцінки їх діяльності; здійснюють реєстрацію та облік бюджетних зобов'язань розпорядників та одержувачів бюджетних коштів і відображають їх у звітності про виконання бюджету; здійснюють контроль за веденням бухгалтерського обліку всіх надходжень і витрат державного та місцевих бюджетів, складанням та поданням фінансової і бюджетної звітності; закупівлею товарів, робіт і послуг за державні кошти при здійсненні розрахунково-касового обслуговування розпорядників і одержувачів бюджетних коштів; відповідністю кошторисів розпорядників бюджетних коштів показникам розпису бюджету. Мають право зупиняти операції з бюджетними коштами та ініціювати зупинення бюджетних асигнувань у разі вчинення учасником бюджетного процесу порушення бюджетного законодавства [186].

Контрольними повноваженнями щодо фінансових ресурсів охорони здоров'я наділені Рахункова палата, яка як конституційний орган парламентського контролю проводить ревізії та перевірки за витрачанням бюджетних коштів на охорону здоров'я та Державна фінансова інспекція України. Законом України «Про Державну контрольно-ревізійну службу в Україні» від 26.01.1993 № 2939-ХІІ зі змінами від 01.01.2011 р. та Указом Президента України «Про Положення про Державну фінансову інспекцію України» від 23 квітня 2011 р. № 499/2011 визначено функції та правові основи діяльності Державної фінансової інспекції. Завданнями ДФІ є здійснення державного фінансового контролю за використанням і збереженням державних фінансових ресурсів, необоротних та інших активів, правильністю визначення потреби в бюджетних коштах та взяття зобов'язань, ефективним використанням коштів і майна, станом і достовірністю бухгалтерського обліку

та фінансової звітності в міністерствах й інших органах виконавчої влади, в державних фондах, у бюджетних установах; виконанням місцевих бюджетів; розроблення пропозицій щодо усунення виявлених недоліків і порушень та запобігання їм у подальшому [45; 186].

Повноваженнями щодо управління фінансами охорони здоров'я також наділені органи Державної податкової служби, фонди соціального страхування, які контролюють дотримання законодавства закладами охорони здоров'я щодо обчислення і сплати податків, обов'язкових платежів; правильності обчислення і сплати єдиного соціального внеску, а також цільового використання коштів фондів соціального страхування.

Страхові організації беруть участь в управлінні фінансами охорони здоров'я, реалізуючи право громадян на добровільне медичне страхування.

В організації охорони здоров'я відбулися принципові зміни щодо статусу його об'єктів та суб'єктів, форм власності, на основі чого здійснюється відповідний управлінський вплив. Зміни у реаліях економічного та правового життя країни потребують як виважених системних інституціональних змін управління фінансами для їх подальшого втілення, так і наступного осмислення результатів.

Аналізуючи функції перерахованих інституцій, можемо зробити відповідні висновки. В Україні відсутній спеціально уповноважений орган, який займався б управлінням фінансами охорони здоров'я. Інституціями, наділеними повноваженнями щодо управління охороною здоров'я, в тому числі її фінансами, є органи державної влади, що здійснюють стратегічне управління, формуючи основу державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів та обсягів бюджетного фінансування та органи місцевого самоврядування.

Проблемами інституціонального механізму управління фінансами охорони здоров'я, на нашу думку, є невпорядкованість функцій Міністерства охорони здоров'я. МОЗ є замовником медичних послуг і їх платником,

оскільки, це – орган виконавчої влади, що здійснює оплату замовлених послуг (медичної допомоги) і діє як головний розпорядник бюджетних коштів; і надавач, оскільки основна частина лікувально-профілактичних закладів (крім приватних і відомчих) підпорядкована і повністю в юрисдикції МОЗ; і регулятор, оскільки видає законодавчі акти, що реєструються в Міністерстві юстиції та мають законну дію, веде ліцензійну діяльність і проводить атестаційно-акредитаційну політику і ін.

Саме з розмежування згаданих функцій слід починати реформування інституціонального забезпечення охорони здоров'я. У повноваженнях міністерства слід залишити функцію замовника медичних послуг. МОЗ, відповідно до затверджених державних стандартів, повинно контролювати якість їх надання, вирівнюючи місцеві та регіональні відхилення, впроваджувати в діагностично-лікувальний процес новітні методи та технології лікування, нові ліки, тобто задавати тон у формуванні найвищого за якістю рівня надання медичної допомоги. У сучасних умовах Міністерство повинно розробити єдину національну концепцію реформування галузі, яка б містила чітко сформульовані вихідні теоретичні позиції, визначала основні причини, що обумовлюють необхідність реформування фінансового механізму галузі, соціальні та організаційні цілі, які планується досягти завдяки вдосконаленню існуючої системи фінансового управління, етапи та терміни її реформування, пакет нормативно-правових актів, що повинні забезпечити її проведення, а також порядок звітності та відповідальність виконавців.

У розвинених країнах регулятором системи охорони здоров'я є той самий орган, що регулює й усі інші сфери, – парламент (за допомогою законів). Держава в особі відповідного органу законодавчої влади, зокрема Верховної Ради України, повинна надавати законодавчу та нормативно-правову допомогу щодо медичного забезпечення всього населення країни, незалежно від того, де проживає той чи інший громадянин. Для врегулювання спірних питань існує система законодавства і судові органи.

Механізм реформування галузі повинен підтримуватися на усіх рівнях управління: центральному (тобто, на рівні уряду, Міністерства охорони здоров'я та інших міністерств), обласному (на рівні обласних управлінь охорони здоров'я та обласних рад), місцевому (через районні чи дільничні управління охорони здоров'я та місцеві ради), а також на рівні установ охорони здоров'я. Необхідно визначити напрями державної фінансової політики у галузі охорони здоров'я з обов'язковою наявністю системи державних програм у галузі охорони здоров'я. Така системність передбачає визначення ієрархії напрямів фінансової політики; визначення у законодавстві з рівнем і форматом правового закріплення стратегії розвитку галузі охорони здоров'я та прогнозів соціального розвитку регіонів та країни загалом на принципах економічної ефективності й соціальної справедливості; створення цілісної системи державного фінансового планування; встановлення особливих вимог у контексті вдосконалення законодавчого механізму, які повинні бути включені до складу державних програм, а саме: до чіткості й об'єктивності закладених соціально-економічних індикаторів, що дозволили б оцінювати діяльність уряду, міністерств, місцевих держадміністрацій, особливо в частині юридичної відповідальності за наслідки управлінської діяльності.

До тактичних дій, вирішення яких повинно бути включене в загальну систему реформування, належать: необхідність розроблення і затвердження на рівні Кабінету Міністрів України Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації та внесення змін до Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Головне управління Київської міської та управління охорони здоров'я Севастопольської міської державних адміністрацій, передбачивши у них покладення на зазначені структурні підрозділи, серед іншого, функцію здійснення державних закупівель медичних послуг за кошти відповідних бюджетів.

Важливим аспектом удосконалення інституційного забезпечення охорони здоров'я в Україні є посилення ролі соціальних інституцій, підготовка управлінського персоналу, підвищення відповідальності МОЗ, обласних,

районних відділів охорони здоров'я щодо впровадження реформи медичної сфери. Враховуючи те, що більшість управлінського персоналу галузевих органів виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головні лікарі та їх заступники центральних районних лікарень) і місцевого самоврядування (управлінь та відділів охорони здоров'я виконкомів міських, сільських і селищних лікарень), за освітою лікарі й фармацевти, що поєднують свою адміністративну роботу з практичною роботою за фахом на умовах сумісництва [24, с. 170], слід організувати підготовку фінансових менеджерів, які б володіли знаннями економічних особливостей функціонування закладів охорони здоров'я. Щоб тактичні дії були, як мінімум, внутрішньо несуперечливими, вони повинні розроблятися в межах певних загальних установок. Такими пропонуємо вважати структуровані раніше функції управління фінансами охорони здоров'я. Тоді процес розробки управлінських рішень набуває форм поетапного переходу від загальних, теоретично обґрунтованих функцій, до конкретних практичних заходів. Оскільки цей перехід пов'язаний із розгалуженням мети, завдань, джерел інформації як адекватного алгоритму процесу, що дає змогу перейти до конкретики, не випускаючи загального, необхідно створити модель державного фінансового управління у сфері охорони здоров'я в Україні – трансформації функцій управління фінансами галузі охорони здоров'я в управлінські дії на різних рівнях, за основними напрямками і формами державно-управлінської діяльності, відповідно до її етапів. Це, в свою чергу, забезпечить можливість прийняття вивірених і науково обґрунтованих стратегічних управлінських рішень.

Висновки до розділу 1

У ході проведення дослідження, розглянувши теоретичні та інституціональні основи управління фінансами охорони здоров'я ми сформулювали такі висновки:

1. Класифікація медичних послуг за економічним змістом передбачає виокремлення основних їх видів: за способом виробництва – приватні, державні, методами розподілу – ринкові, не ринкові, джерелами фінансування – платні, безоплатні, місцем в системі суспільних благ – наближені до чистих суспільних благ і медичні послуги, які задовольняють приватні потреби споживачів і є швидше приватним благом. Фінанси охорони здоров'я є специфічною сферою фінансових відносин. Вони займають особливе місце у фінансовій системі, яке характеризується сукупністю економічних відносин, матеріалізованих у грошових потоках, з приводу формування, розподілу та використання фонду грошових коштів галузі, утвореного в результаті вартісного розподілу та перерозподілу ВВП з метою задоволення суспільних інтересів і потреб. У дисертації фінанси охорони здоров'я розглянуто з позицій явища, змісту і форми, оскільки сутності властиві відповідні матеріальні субстанції. З'ясовано, що основні суперечності між сутністю та явищем полягають у невідповідності якісної характеристики фінансів галузі, визначеної теоретичною моделлю її організації, закріпленої в Конституції України, та практичної реалізації цієї моделі за допомогою руху грошових коштів.

2. Критичний аналіз дефініцій дав змогу уточнити теоретичний зміст та взаємозв'язок таких важливих понять як, «управління фінансами», «фінансовий менеджмент», «фінансова політика» та «фінансовий механізм». Обґрунтовано визначальність ролі фінансової політики щодо управління фінансами. Подано авторське трактування фінансової політики як підпорядкованої, визначеної суспільним вибором діяльності держави щодо визначення основних напрямків, цілей, головних завдань використання державних фінансових ресурсів на перспективу. Доведено, що основними відмінностями дефініцій «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент» є, по-перше, розкриття поняття «фінансовий менеджмент» як форми управління фінансовими взаємовідносинами на мікрорівні, а термін «управління фінансами» розглядається як управління на макрорівні зі специфічною метою фінансового забезпечення не лише економічного, а й

соціального розвитку. Іншими словами, на рівні управління фінансами держави метою є фінансування розвитку соціальної сфери, забезпечення потреб суспільства, а на рівні комерційної організації – самофінансування власного розвитку; по-друге, «управління фінансами» використовується як більш широке поняття, воно може означати і фінансове адміністрування, коли йдеться про державне фінансове управління, і фінансовий менеджмент, коли йдеться про управління фінансами суб'єктів господарювання. Основними відмінностями згаданих понять є особливості складу об'єктів і суб'єктів управління, принципів, функцій та системи управлінських технологій, що використовуються. Фінансовий менеджмент медичних установ пропонуємо розуміти як систему принципів, методів, форм і прийомів, пов'язану з рухом фінансових ресурсів та організацією обігу грошових коштів медичних установ, що забезпечує досягнення стратегічних і тактичних цілей.

3. У процесі реалізації повноважень органів, які здійснюють управління фінансами галузі, виникають протиріччя, пов'язані з деяким дублюванням функцій відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації та головного лікаря районної лікарні; відсутністю достатнього обсягу інформації; обмеження повноважень керівників закладів охорони здоров'я діючою системою кошторисного планування та фінансування; зростання потреби в компетентних у фінансових питаннях фахівців (фінансових менеджерів).

4. Основні наукові результати розділу опубліковано в працях автора [98; 100; 101; 102; 104; 110; 114; 119; 120].

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ, ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Особливості фінансового планування у галузі охорони здоров'я

Фінансове планування і прогнозування є найважливішими функціями управління фінансами охорони здоров'я. Саме від того, наскільки якісно буде складений і реалізований фінансовий план, залежить забезпеченість медичної установи фінансовими ресурсами та її здатність ефективно виконувати свої функції. Об'єктом фінансового планування виступає фінансова діяльність як окремих лікувально-профілактичних установ, направлена на досягнення кінцевих і проміжних цілей оздоровлення населення на рівні держави загалом та певних територій, зокрема, а також всієї галузі. Фінансове планування здійснюється на основі показників, які відображають особливості фінансової діяльності окремих лікувально-профілактичних установ і охорони здоров'я загалом.

Механізм фінансового планування передбачає планування за принципом вертикальної підпорядкованості. Спочатку складають і затверджують Державний бюджет України, потім – бюджети нижчого рівня (поступово, залежно від рівня управління) [33, с. 254], після чого приступають до складання і затвердження фінансових планів (кошторисів) бюджетних установ.

Процесу кошторисного планування передують суттєва підготовча робота щодо планування доходів та видатків Державного та місцевих бюджетів. При цьому за основу беруть прогнозні показники економічного та соціального розвитку України, що є основою для визначення основних напрямів бюджетної політики та підготовку попередніх показників проекту бюджету на плановий рік. Основні напрями бюджетної політики розробляються на вимогу ст. 33 Бюджетного кодексу України з метою виконання завдань, визначених у щорічному Посланні Президента України до Верховної Ради України, і є

визначальним документом бюджетного планування. Проаналізувавши такий документ, зазначимо, що загалом напрями бюджетної політики мають декларативний характер, і часто положення попередніх років повторюються в наступних, без наведення чинників їх повної чи часткової реалізації (не реалізації) у минулому році. Щорічно змінюється формат та зміст Основних напрямів бюджетної політики, що є наслідком відсутності єдиної методології стратегічного планування, не сприяє забезпеченню послідовності прийняття рішень у середньостроковій перспективі. Часто задекларовані в Бюджетній резолюції завдання так і залишаються нереалізованими через відсутність відповідної законодавчо-нормативної бази та політичної волі.

Формат цього документа доцільно змінити. Необхідно виділити окремі розділи, які б описували стратегічні, середньострокові й тактичні завдання, містили аналіз виконання напрямів бюджетної політики минулого року і конкретні показники (макроекономічного, соціально-економічного розвитку та бюджету) на плановий рік. Також доцільно відображати макропоказники на 3–4 роки поза плановим, для ілюстрації оцінки впливу запропонованих напрямів бюджетної політики у середньостроковій перспективі. Важливим є питання розробки науково-обґрунтованих макропоказників економічного і соціального розвитку, адже саме від них залежить обґрунтованість бюджетних показників, ефективність бюджетного планування і можливості фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів.

Організація фінансового планування медичних установ в Україні впродовж останніх років, включаючи період становлення державної самостійності, залишається практично незмінною і базується на принципах бюджетного фінансування та державного контролю. Зміни в соціально-економічній ситуації диктують необхідність змін і в цій сфері. Основною проблемою є складність фінансування державою потреб охорони здоров'я у повному обсязі.

Згідно з різними підрахунками, за рахунок бюджетних коштів сьогодні фінансується від 25 до 50 % фактичних потреб охорони здоров'я [59; 156].

За даними Міністерства охорони здоров'я, на утримання державного сектора охорони здоров'я в Україні в 2008 р. було заплановано бюджетних коштів 65 % від потреби. Краще забезпечені бюджетними коштами були заклади охорони здоров'я – на 76,1 % від потреби, а видатки на централізовані заходи та наукові дослідження і розробки у галузі медицини – на рівні, меншому 50 % від потреби. Проте, з погіршенням економічної ситуації у державі видатки на 2009–2011 рр. були заплановані на третину (36,6 %; 33,5 % та 39,5 %) від потреби (табл. 2. 1). Організація бюджетного планування на регіональному та місцевому рівнях є дуже спрощеною і полягає у використанні формульного підходу до планування доходів та видатків, а також фінансових нормативів бюджетної забезпеченості. Ці нормативи не мають наукового обґрунтування, розраховуються кожного року і залежать від фінансових можливостей державного бюджету. На основі бюджетних показників за доходами в цілому по Україні здійснюється розподіл прогнозу доходів місцевих бюджетів в розрізі адміністративно-територіальних одиниць і удосконалюється методика їх обчислення. Розрахункові показники обсягів видатків за функцією «Охорона здоров'я», які надаються з Державного бюджету на рівень області (а потім району), визначаються за формулою відповідно до Постанови КМУ від 8 грудня 2010 р. №1149 «Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів» (до цього часу діяла постанова №1195) [134]. Розрахункові показники обсягів трансфертів, що надаються з державного бюджету визначаються з урахуванням фінансового нормативу бюджетної забезпеченості, який є єдиним для всіх місцевих бюджетів і дорівнює середнім по країні витратам на одного споживача бюджетної послуги за кожним видом видатків. За економічною суттю бюджетні нормативи, що регулюють фінансові відносини в сфері охорони здоров'я, повинні відображати гарантію держави щодо задоволення потреб регіону чи установи у фінансових ресурсах для реалізації завдань поточних та перспективних планів соціального розвитку, а також виражати оптимальне співвідношення інтересів у розподілі фінансових ресурсів держави і населення окремих регіонів.

Таблиця 2. 1.

**Забезпечення потреби в бюджетних коштах
державного сектору охорони здоров'я в Україні за 2008-2011 рр.***

№ п/п	Найменування видатків державного бюджету	Потреба на 2008 р.			Заплановано бюджетних асигнувань на 2008 р.			Потреба на 2009 р.			Заплановано бюджетних асигнувань на 2009 р.			Потреба на 2010 р.			Заплановано бюджетних асигнувань на 2010 р.			Потреба на 2011р.			Заплановано бюджетних асигнувань на 2011 р.		
		млн. грн.	млн. грн	у % до потреби	Млн.. грн	млн. грн	у % до потреби	млн. грн	млн. грн	у % до потреби	млн. грн	млн. грн	у % до потреби	млн. грн	млн. грн	у % до потреби	млн. грн	млн. грн	у % до потреби						
	<i>ВСЬОГО ВИДАТКІВ НА ЗАХОДИ І ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, У Т.Ч.</i>	8685,5	4757,1	64,9	12118,4	4432,8	36,6	14445,8	4889,7	33,5	15363,8	6061,9	39,5												
1	<i>Керівництво та управління</i>	84,8	24,6	29,0	90,8	19,9	21,9	123,5	27,4	22,2	126,5	22,5	17,8												
2	<i>Заклади ох. здоров'я</i>	2539,4	1966,6	76,1	4349,6	2082,8	47,9	5646,7	2577,5	45,6	5986,7	2780,6	46,4												
3	<i>Централізовані заходи</i>	4122,2	1731,4	41,9	5444,0	1494,8	27,5	6087,7	1295,0	21,3	6581,9	1560,7	23,7												
4	<i>Фундамент. дослідження та інші видатки</i>	109,4	46,6	42,6	125,7	49,7	39,9	139,8	56,0	40,0	151,8	57,0	37,5												
5	<i>Підготовка та підвищення кваліфікації</i>	887,6	545,7	61,5	1045,6	611,8	58,5	1168,4	710,9	60,8	1189,4	736,6	61,9												
6	<i>Інші видатки</i>	607,3	38,4	63,1	987,1	173,7	17,6	1279,8	223,0	17,4	1327,5	904,5	68,1												

* Складено автором за даними МОЗ.

Фінансові нормативи бюджетної забезпеченості, які використовують у бюджетному процесі в Україні, не мають наукового обґрунтування, що негативно позначається на функціонуванні бюджетної системи. Згідно з Бюджетним кодексом України фінансові нормативи бюджетної забезпеченості використовуються для визначення розподілу міжбюджетних трансфертів. Отже, такі нормативи не призначені для розрахунку потреб органів місцевого самоврядування на певну ціль, а використовуються лише для справедливого розподілу трансфертів [33, с. 262]. Призначення нормативів зумовлює алгоритм їхнього розрахунку, в процесі якого загальний обсяг фінансових ресурсів, спрямованих на реалізацію бюджетних програм, ділиться на кількість мешканців чи споживачів соціальних послуг [62; с. 3]. Це означає, що нормативи встановлюються залежно від досягнутого рівня доходів та політичної волі щодо розподілу фінансових ресурсів. Цим можна пояснити зменшення розмірів розрахункових показників видатків на охорону здоров'я, які враховуються при визначенні міжбюджетних трансфертів між державним бюджетом та місцевими бюджетами України у 2011 р. – порівняно з 2010 р. – на 978983,2 тис. грн. (табл. 2. 2). Незважаючи на те, що з 2006 по 2010 рр. розрахункові показники мали стійку тенденцію до зростання (за зазначений період показники зросли у два з половиною рази) (табл. В. 1 дод. В).

Такої ситуації можна було б уникнути за умови розробки та прийняття довгострокових науково обґрунтованих норм та нормативів розподілу доходів та видатків між рівнями бюджетної системи з урахуванням специфічних екологічних, демографічних, епідеміологічних й інших факторів регіонів.

Фінансовий норматив бюджетної забезпеченості, згідно зі ст. 95 Бюджетного Кодексу України, коригується коефіцієнтами, що враховують відмінності у вартості надання соціальних послуг залежно від чисельності населення, споживачів відповідних послуг, соціально-економічних, демографічних, кліматичних, екологічних та інших особливостей адміністративно-територіальної одиниці. Для розрахунку обсягів видатків на охорону здоров'я застосовується коефіцієнт відносної вартості витрат на надання

Таблиця 2. 2.

Порівняльний аналіз розрахункових показників обсягів видатків на охорону здоров'я місцевих бюджетів України за 2010-2011 рр.*

тис. грн.

Назва адміністративно-територіальних одиниць	Розрахункові показники за 2010 р.	Розрахункові показники за 2011 р.	Абсолютне відхилення розрахункових показників 2011 р. від 2010 р.	Затверджено місцевими радами у 2011р.	Абсолютне відхилення затверджених показників від розрахункових
Автономна Республіка Крим	1379049,1	1340887,0	-38162,1	1528529,9	187642,9
Вінницька область	1145683,4	1108218,4	-37465,0	1186371,9	78153,5
Волинська область	704299,5	684473,4	-19826,1	725346,4	40873,0
Дніпропетровська область	2354661,0	2283198,1	-71462,9	2733603,5	450405,4
Донецька область	3284163,6	3175084,1	-109079,5	3509667,1	334583,0
Житомирська область	899239,6	868964,9	-30274,7	957746,6	88781,7
Закарпатська область	838957,3	817656,0	-21301,3	853693,0	36037,0
Запорізька область	1272431,2	1232666,9	-39764,3	1429669,8	197002,9
Івано-Франківська область	969982,7	943664,6	-26318,1	1090421,3	146756,7
Київська область	1185642,8	1152768,0	-32874,8	1309931,3	157163,3
Кіровоградська область	716224,0	691007,3	-25216,7	767928,5	76921,2
Луганська область	1682676,5	1624365,3	-58311,2	1797802,3	173437,0
Львівська область	1760828,4	1709853,8	-50974,6	1887518,9	177665,1
Миколаївська область	818729,6	792103,9	-26625,7	865885,6	73781,7
Одеська область	1631074,6	1586295,5	-44779,1	1699877,4	113581,9
Полтавська область	1067713,1	1029974,9	-37738,2	1148465,1	118490,2
Рівненська область	751340,2	730873,6	-20466,6	836594,5	105720,9
Сумська область	832231,9	801712,1	-30519,8	873232,6	71520,5
Тернопільська область	742519,8	718756,1	-23763,7	775935,1	57179,0
Харківська область	1968495,7	1906460,6	-62035,1	2008066,6	101606,0
Херсонська область	759712,3	736308,9	-23403,4	793745,5	57436,6
Хмельницька область	920098,2	892795,5	-27302,7	984759,6	91964,1
Черкаська область	920352,8	890164,1	-30188,7	1007751,9	117587,8
Чернівецька область	611010,7	594932,2	-16078,5	651733,9	56801,7
Чернігівська область	798657,9	768613,4	-30044,5	888930,9	120317,5
м. Київ	1863585,7	1825712,9	-37872,8	2565508,7	739795,8
м. Севастополь	268194,1	261061,0	-7133,1	292651,5	31590,5
Усього	32147555,7	31168572,5	-978983,2	35171369,5	4002797,0

* Складено автором за даними Міністерства фінансів України.

медичних послуг залежно від статевої та вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, що розраховується на основі еквівалентних одиниць надання медичної допомоги залежно від віку та статі. Також використовуються коригуючі коефіцієнти, які дозволяють врахувати відмінності у питомій вазі видатків на заробітну плату в загальній сумі видатків місцевих бюджетів. Проте такі показники потребують перерахунку в зв'язку з щорічним, а інколи і кількарізовим у рік, підвищенням заробітної плати медичним працівникам. Однак, повторні перерахунки уряд не здійснює, і коефіцієнти залишаються на рівні минулих років [59, с. 92].

Перед формуванням місцевих бюджетів на кожен наступний фінансовий рік Міністерство фінансів України доводить зазначені показники до відповідних місцевих органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, у компетенцію яких входить розробка проектів та затвердження відповідних бюджетів. Такі розрахункові показники визначаються окремо для бюджету Автономної Республіки Крим, обласних бюджетів, бюджетів міст Києва і Севастополя, міст республіканського АР Крим та обласного значення, бюджетів районів. Таким чином, Міністерство фінансів на макроекономічному рівні визначає суму прогнозованих обсягів бюджетних ресурсів для різних рівнів місцевих бюджетів по країні загалом, що свідчить про посилення централізації бюджетного планування, адже розрахунки видатків державного і більш ніж 700 місцевих бюджетів здійснює Міністерство фінансів України. Проте ці розрахункові показники доводяться з центрального рівня на місцевий не кожен окремо, а як розрахунковий показник усього обсягу видатків загального фонду конкретного місцевого бюджету загалом, який є сумою розрахункових показників для фінансування всіх видатків (функцій), у т. ч. і на охорону здоров'я.

Положення статті 61 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР гарантує самостійність місцевих бюджетів, яка полягає в тому, що для місцевих бюджетів встановлюються власні та закріплені за ними на стабільній основі джерела доходів, і органи

місцевого самоврядування мають право самостійно визначати напрями використання коштів місцевих бюджетів, приймаючи рішення про місцевий бюджет на відповідний календарний рік. Втручання державних органів у процес складання, затвердження та виконання місцевих бюджетів не допускається.

У зв'язку з цим, отримавши з центрального рівня зазначений вище трансферт як суму розрахункових показників для фінансування всіх видів соціальних послуг, місцева влада надалі сама вирішує питання розподілу цих коштів за напрямами витрат. В результаті – при прийнятті місцевих бюджетів реальні заплановані видатки не завжди співпадають із розрахунковими нормативами, визначеними Міністерством фінансів – вони можуть відрізнятись від них як в більший, так і в менший бік. Місцеві органи самоврядування можуть прийняти рішення про збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я за рахунок власних надходжень, або ж про їх зменшення. Як правило, місцевими органами самоврядування затверджуються більші розміри видатків на охорону здоров'я через те, що доведених розмірів видатків не вистарчає на відшкодування мінімальних потреб галузі в регіонах (табл. 2. 2). Однак, іноді має місце затвердження менших обсягів незважаючи на те, що контрольні розрахункові показники обсягів бюджетних видатків у розрізі окремих функцій доводяться Міністерством фінансів до відповідних місцевих органів влади та самоврядування. Проте, ці контрольні цифри не є обов'язковими до виконання. Так у Тернопільській області простежено затвердження обсягів видатків на 39807,9 тис. грн. менше, ніж розрахункові показники, доведені Міністерством фінансів у 2007 р. (табл. В.3 дод. В) Така ситуація мала місце у 2008 р. щодо видатків обласних бюджетів Донецької, Закарпатської, Івано-Франківської, Львівської, Одеської та Харківської областей; міських бюджетів Кіровоградської, Луганської, Миколаївської, Херсонської областей; щодо бюджетів районів Львівської області (табл. В.2 дод. В). Проте протягом бюджетного року місцеві органи самоврядування збільшують обсяги видатків на охорону здоров'я. Так у 2006 р. затвержені обсяги фінансування на 1444,6

млн. грн. стали більші в результаті внесених протягом року змін, у 2007 р. – на 1265,8, у 2008 р. – на 1525,8 млн. грн., у 2009 р. – на 3292,7 млн. грн., у 2010 р. – на 1893,0, у 2011 р – на 4002,8 млн. грн. (табл. В.1 дод. В).

Згідно з формулою, затвердженою Постановою КМУ «Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів» від 8.12.2010 р. №1149 [134], структура розрахунку розподілу видатків на охорону здоров'я у вигляді міжбюджетних трансфертів на рівні обласного та районного бюджету виглядає так:

- на рівні обласного бюджету повинно залишатися 35,4% від загальної суми міжбюджетного трансферту, що передається на цей рівень з державного бюджету. Решта коштів з урахуванням кількості жителів у кожному конкретному районі та місті обласного значення, передається до бюджетів цих районів та міст;
- на рівні бюджетів районів та міст обласного значення повинно залишатися не більш як 55,1 % суми трансферту, що передається на цей рівень з обласного бюджету. Решта коштів з урахуванням нормативів бюджетної забезпеченості витрат на душу населення і кількості населення у кожній адміністративній одиниці, що входить до складу району або міста, передається до бюджетів цих територій, тобто до бюджетів міст районного значення, селищних та сільських бюджетів. Окремі нормативи фінансового забезпечення на цьому рівні не визначаються.

Як свідчить аналіз розрахункових показників видатків на охорону здоров'я, представлений у додатку Д, структура розподілу міжбюджетних трансфертів має такий вигляд: на рівні обласних бюджетів залишається в середньому 33,3–34,5 % загальної суми міжбюджетного трансферту, що передається на цей рівень з державного бюджету, тобто на 1–2 % менше, ніж затверджено Постановою. Найнижче значення цього показника – менше ніж 3 % – було у 2007 р. в обласних бюджетах Донецької (32,2 %) та Харківської (32,9 %) областей. Затверджених 35,4 % протягом періоду, що аналізується, цей

показник досяг тільки в обласному бюджеті Рівненської області у 2006 та 2008–2010 рр.

Частка фінансового нормативу бюджетної забезпеченості видатків на первинну медико-санітарну амбулаторну допомогу, що надається самостійними дільничними амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами, у фінансовому нормативі бюджетної забезпеченості видатків на охорону здоров'я для бюджету всього району, м. Севастополя, міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, яким адміністративно підпорядковані інші міста, села чи селища, має становити не менш ніж 2 %. Це означає, що видатки на забезпечення первинної медико-санітарної амбулаторної допомоги, яка надається зазначеними вище сільськими медичними закладами, при плануванні районного бюджету повинні складати не менш як 23 % у структурі фінансового нормативу бюджетної забезпеченості всіх видатків на охорону здоров'я бюджету району. Однак, якщо в містах, селах та селищах немає юридично самостійних відповідних закладів ПМСД, то зазначені кошти залишаються у бюджеті району. Таким чином, перегляд юридичного статусу неефективних самостійних амбулаторій та ФАПів, створення на території району одного постачальника послуг первинної допомоги (наприклад, районного центру ПМСД) дає можливість концентрації фінансових та інших ресурсів на районному рівні.

Загалом зазначений коефіцієнт не враховує видатки на ПМСД, що надається ще й іншими постачальниками. Зокрема, не враховано, що ПМСД надається також дільничними лікарями (або лікарями загальної практики-сімейної медицини - там, де такі є) районних та міських поліклінік, які є структурними підрозділами відповідних лікарень. Слід взяти до уваги, що в Україні на даний час первинну медичну допомогу, окрім лікарів загальної практики-сімейної медицини надають ще й дільничні лікарі-терапевти й педіатри, які працюють у складі районних та міських поліклінік загального профілю. Крім того, цей коефіцієнт не враховує так звані сільські дільничні

лікарні, які юридично вважаються закладами вторинної медичної допомоги, хоч вони за своєю суттю надають населенню не вторинну, а первинну допомогу. Очевидно, така специфіка зберігатиметься до тих пір, поки не буде підготовлено достатньої кількості лікарів загальної практики і завершено повний перехід до організації ПМСД на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Отже, через відсутність чіткого інституційного та функціонального розподілу ПМСД та вторинної медичної допомоги цей коефіцієнт не повною мірою відображає фінансові потреби першої, проте це перший етап до розмежування видатків на ПМСД та ВМД, оскільки цей коефіцієнт відповідно до чинного законодавства має використовуватися як обов'язковий критерій при визначенні частки видатків районних та міських бюджетів на забезпечення послуг ПМСД, що надається самостійними дільничними амбулаторіями, амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами.

Зробивши за відповідними формулами, затвердженими Кабінетом Міністрів України, розрахунки трансфертів спочатку до обласного та районного бюджетів, а потім до бюджетів міста, села та селища, бачимо, що 23 % районного бюджету відповідатиме лише 9,5 % від загальної суми трансферту, що передається з Державного бюджету для фінансування охорони здоров'я на рівень області. Це приблизно в 3 рази менше, ніж використовується на практиці для фінансування ПМСД в інших країнах Європи [157, с. 8].

Розподіл видатків загального фонду місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я у 2000–2010 рр. показує, що значення цього показника досягло 9,5 % тільки у 2007 р., а з 2008 р. він має тенденцію до зниження – 9,3 %; 8,9 % та 8,7 % у 2008–2010 рр. відповідно (табл. 2. 3).

Цих коштів недостатньо для забезпечення потреб фінансування первинної медичної допомоги, незважаючи на те, що кількість закладів, які її надають, зростає. За останні 3 роки кількість амбулаторно-поліклінічних закладів по Україні збільшилася на 150 одиниць. Зокрема, в Тернопільській області з 2000 року кількість амбулаторно-поліклінічних закладів зросла у 1,3 рази, також

з'явилося 149 амбулаторій загальної практики сімейної медицини, де зайнято близько 800 медичних працівників (дод. Е).

Таблиця 2. 3.

Розподіл видатків загального фонду місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я за 2000–2011 рр.*

Назва бюджету	Роки							
	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Зведений бюджет Тернопільської області, у т. ч.:	100	100	100	100	100	100	100	100
обласний	33,8	32,5	35,6	33,1	34,6	34,7	35,0	34,65
міста обласного значення	16,1	15,7	13,8	14,5	13,8	13,4	13,0	14,12
районні	46,4	42,4	41,6	43,0	42,3	43,0	43,3	51,20
міст районного значення	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	-
селищні	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,01
сільські	3,2	8,8	8,5	8,9	8,7	8,3	8,2	0,02

Із прийняттям нової редакції Бюджетного кодексу України від 8.07.2010 р. змінився розподіл видатків місцевих бюджетів. Так, видатки на охорону здоров'я, що здійснювалися з бюджетів сіл, їх об'єднань, селищ, міст районного значення передано на фінансування з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського АР Крим та обласного значення. Так, у 2011 р. частка видатків районних бюджетів Тернопільської області склала 51,2 % (табл. 2. 3), що стало першим кроком до реформування бюджетного фінансування галузі. Повноваження щодо розподілу цих коштів між закладами первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги (в т. ч. щодо збільшення чи зменшення фінансування первинної ланки медичної допомоги) покладено на органи влади районного рівня.

Запланований обсяг видатків місцевих бюджетів на забезпечення виконання делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я відображає мінімальну потребу в таких видатках, яка забезпечує в основному видатки пов'язані з утриманням установ. На сьогоднішньому етапі зробити точні

* Складено автором за даними [200].

розрахунки такої потреби неможливо у зв'язку з відсутністю єдиної, науково обґрунтованої системи норм та нормативів. Натомість регулювання процесу фінансового планування відбувається щорічно Законом про Державний бюджет, Указами Президента, Постановами Кабінету Міністрів України, наказами відповідних міністерств та іншими нормативно-правовими документами. Водночас слід враховувати велику кількість вже прийнятих законодавчих та нормативно-правових актів.

Перевагою запровадження формульного підходу до розрахунку видатків місцевих бюджетів є створення прозорого і зрозумілого механізму планування бюджетних видатків. Відповідно до нового Порядку змінився підхід у розрахунках бюджетних видатків: від планування виходячи з мережі бюджетних установ до формування місцевих бюджетів на основі єдиних нормативів на одного мешканця чи споживача соціальних послуг [62]. З одного боку таке застосування елементів нормативного методу при розрахунках обсягів видатків місцевих бюджетів є його перевагою, адже допомагає уникнути суб'єктивізму в рішеннях про фінансування тих чи інших бюджетних видатків та гарантує адміністративно-територіальним одиницям середні розміри видатків (у розрахунку на душу населення) за рахунок коштів місцевих бюджетів, що повинно поступово зменшити територіальні відмінності в рівнях надання суспільних послуг населенню.

Така методика не враховує наявної мережі закладів охорони здоров'я, кількості та структури медичних працівників, які продовжують забезпечуватися бюджетними коштами без урахування потреб населення відповідної адміністративної одиниці. Крім того, надмірна регламентація виключає багатоваріантність розрахунків, не забезпечує стимулів для ефективного використання трудових, матеріальних та інших ресурсів [95, с. 224], не дає можливості оперативно управляти коштами.

Потреба в лікувально-профілактичній допомозі, яка втілюється в кількості ліжок чи амбулаторно-поліклінічних установ, визначає також потребу в фінансових ресурсах охорони здоров'я. Розгляд практики фінансового

планування в галузі охорони здоров'я свідчить, що воно не має наукового підґрунтя. Не розроблено нової системи норм та нормативів забезпеченості населення медичною допомогою. Ця проблема бере свій початок ще з діючого нормативного забезпечення Радянського Союзу, коли відбувалося нарощування кількості ліжок і медичних кадрів у зростаючому темпі і без наукового підґрунтя [156, с. 14]. Подібно, без необхідного обґрунтування та врахування вітчизняних особливостей надання медичної допомоги, почався процес скорочення ліжок і медичних працівників.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 червня 1997 р. № 640 «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення» норматив потреби у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення складає 79 ліжок, а станом на 1.01.2012 р. він складає фактично 90,6 ліжок по Україні і 87,7 ліжок у Тернопільській області. Процес скорочення кількості лікарняних закладів та ліжок триває.

Позитивним є те, що в останні роки скорочення мережі та ліжок лікарень відбувається з одночасним збільшенням кількості амбулаторно-поліклінічних закладів, амбулаторій сімейної медицини та стаціонарозамінних форм медичної допомоги (табл. 2.4).

Рекомендацій щодо типових граничних нормативів планування кількості стаціонарних ліжок для конкретних видів лікувальних закладів та їх відділень (стосовно спеціалізації останніх) на сьогодні не існує [163, с. 114]. Скорочення кількості ліжок позначилося на скороченні кількості середнього (з 106,1 у 2006 р. – до 101,0 у 2011 р.) та молодшого медичного персоналу та мало охопило лікарів. Забезпеченість лікарями зросла майже на 1 % – із 48,4 до 49,3 лікаря на 10 тис. населення (що відбулося в основному за рахунок зменшення наявного населення) [156, с. 40; 229]. Проте має місце нерівномірність у забезпеченні медичними кадрами міського і сільського населення.

**Мережа закладів охорони здоров'я України
за 2006–2011 рр.***

Показник	Роки						Темпи приросту	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	од.	%
Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	7,9	8,0	8,8	8,8	9,0	8,2	0,3	3,7
Кількість відвідувань на 10 тис. осіб	214,8	214,7	214,8	218,3	217,7	219,8	5,0	2,3
Кількість лікарняних закладів, тис.	2,9	2,8	2,9	2,8	2,8	2,5	-0,4	13,8
Кількість лікарняних ліжок, тис.	444	440	437	431	429	412	-32	7,2
Кількість лікарняних ліжок, на 10 тис. осіб	95,6	95,2	95,1	94,2	94,0	90,6	-5,0	5,2

На початку 2010 р. кількість лікарів у закладах охорони здоров'я сільських адміністративних районів становила 54319 лікарів, показник забезпеченості лікарями складав 23,9 на 10 тисяч населення, що в 1,9 рази менше такого показника загалом по Україні. У 2004 р. такий показник становив 25,4, що свідчить про скорочення кількості лікарів саме у селах [56]. Щодо амбулаторно-поліклінічної допомоги, то нормативи забезпеченості нею населення відсутні й досі. Натомість спостерігаємо збільшення кількості амбулаторій сімейної медицини, сімейних лікарів без наукового і законодавчого підґрунтя реструктуризації всієї системи охорони здоров'я.

Позитивним є зменшення кількості стаціонарних закладів охорони здоров'я та збільшення амбулаторно-поліклінічних установ, що відбувається, в основному, за рахунок перепрофілювання дільничних лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів у лікарські амбулаторії. Проте скорочення кількості лікарень та санаторно-курортних закладів не спричинило суттєвого зменшення частки їх фінансування. Зростання частки фінансування поліклінік та

* Складено автором за даними Державної служби статистики України.

амбулаторій за 2006–2011 рр. відбулося за рахунок зменшення частки фінансування іншої діяльності у сфері охорони здоров'я.

В структурі видатків місцевих бюджетів відбулися такі зміни: частка видатків на фінансування поліклінік і амбулаторій, швидкої та невідкладної допомоги зростає на 0,2 % (із 15,4 % у 2006 р. – до 15,6 % у 2011 р.), частка видатків на фінансування лікарень та санаторно-курортних закладів з 2006 р. по 2011 р. зростає на 0,7 % (рис. 2.1). З 2006 по 2011 рр. спостерігаємо стійку тенденцію до зростання видатків на фінансування поліклінік загального профілю та амбулаторій – з 7,8 до 8,6 %.

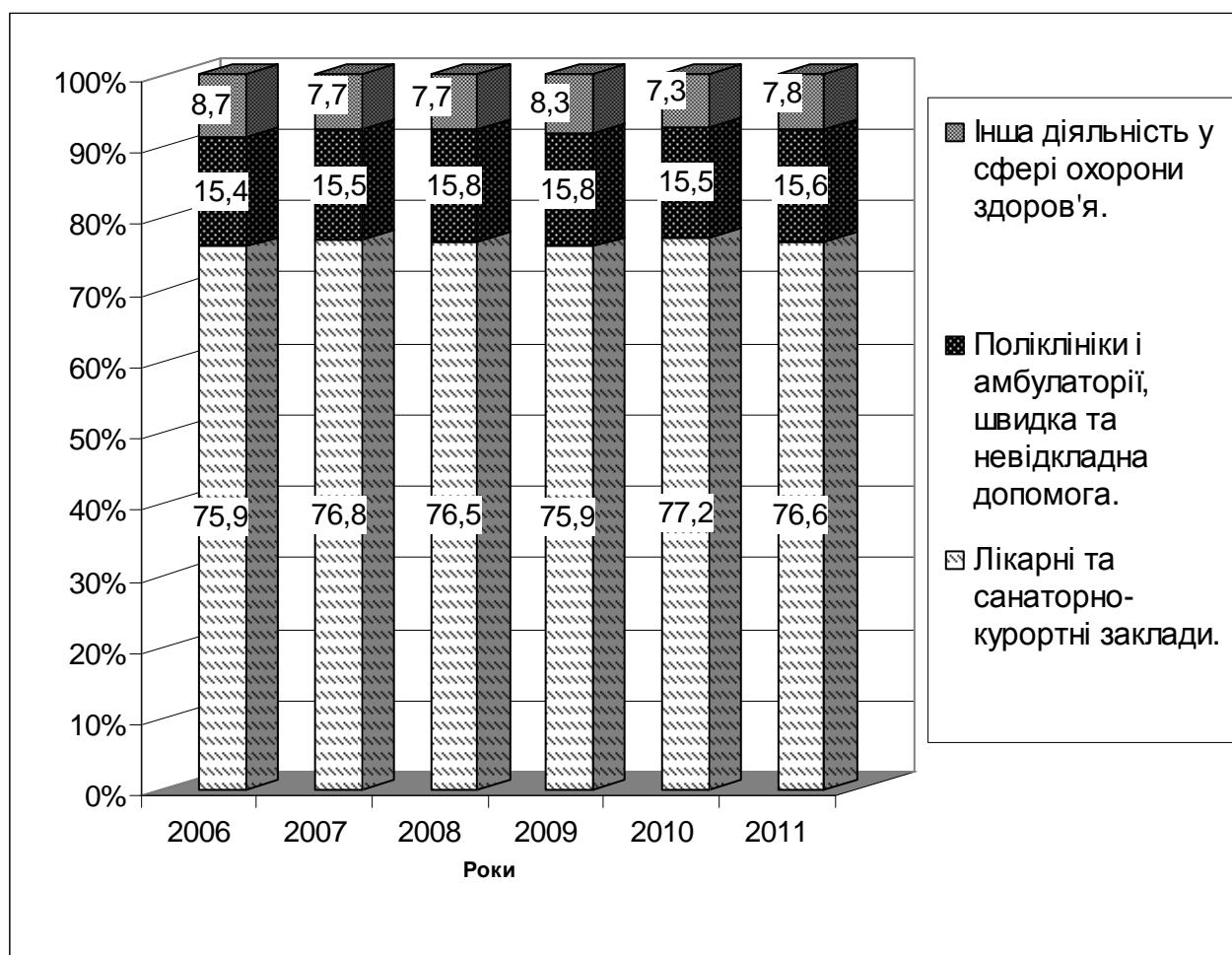


Рис. 2. 1. Структура видатків місцевих бюджетів України на охорону здоров'я за функціональною класифікацією за 2006–2011 рр.*

* Складено автором за даними [207].

За аналізований період зросли видатки на спеціалізовані поліклініки – з 0,8 % до 1,0 %; скоротилися видатки на стоматологічні поліклініки – з 2,2 % до 1,5 та фельдшерсько-акушерські пункти – з 1,8 % до 1,6 %. Видатки на фінансування станцій швидкої та невідкладної допомоги коливалися на рівні 2,8–2,9 %. Найменшим значення цього показника було у 2010 р. – 2,6 %, найбільшим – у 2009 р. – 3,0 %. Щодо видатків на лікарні та санаторно-курортні заклади, то найбільше значення було у 2010 р. – 77,2 % (рис. 2.1). Зросли видатки на лікарні загального профілю – із 55,1 % у 2006 р. – до 56,9 % у 2011 р. протягом досліджуваного періоду зменшилися видатки на спеціалізовані заклади – з 16,7 % до 15,8 % та санаторно-курортні заклади – з 1,7 % до 1,5 %. Частка видатків на пологові будинки становила 2,4–2,5 %. Несуттєвою була частка видатків на санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи й заклади – менше одного відсотка (табл. 3.1 дод. 3).

Знизилася частка запланованих видатків на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я – з 8,6 % у 2006 р. до 7,7 % у 2011 р. – за рахунок зменшення частки видатків на медико-соціальні експертні комісії, програми і централізовані заходи профілактики СНІДу, програми і централізовані заходи боротьби з туберкульозом, забезпечення централізованих заходів щодо лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет та ін. (із 6,7 % – до 5,8 %).

Структура планових призначень державного бюджету теж змінилася – відбулося збільшення частки видатків на лікарні та санаторно-курортні заклади з 43,9 % у 2006 р. до 51,1 % у 2011 р., в тому числі збільшились частки видатків на лікарні загального профілю, спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади (з 9,9 до 10,8 % та з 20,2 до 31,4 % відповідно), частка видатків на санаторно-курортні заклади зменшилася з 2006 по 2011 рр. на 1,6 %. Позитивним є збільшення у 2011 р. порівняно з 2006 р. частки видатків на поліклініки, амбулаторії, швидку та невідкладну медичну допомогу на 0,9 % (рис. 2. 2). Щодо інших статей видатків, то спостерігаємо зменшення їх частки у загальній структурі видатків: частка видатків на санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади зменшилася з 19,5 до 22,9 %; на дослідження і

розробки у сфері охорони здоров'я – з 2,4 до 2,1%; на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я, зокрема на медико-соціальні експертні комісії, програми і централізовані заходи профілактики СНІДу, програми і централізовані заходи боротьби з туберкульозом, забезпечення централізованих заходів з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет та ін. – з 24,3% у 2006 р. до 20,6 % у 2011 р.

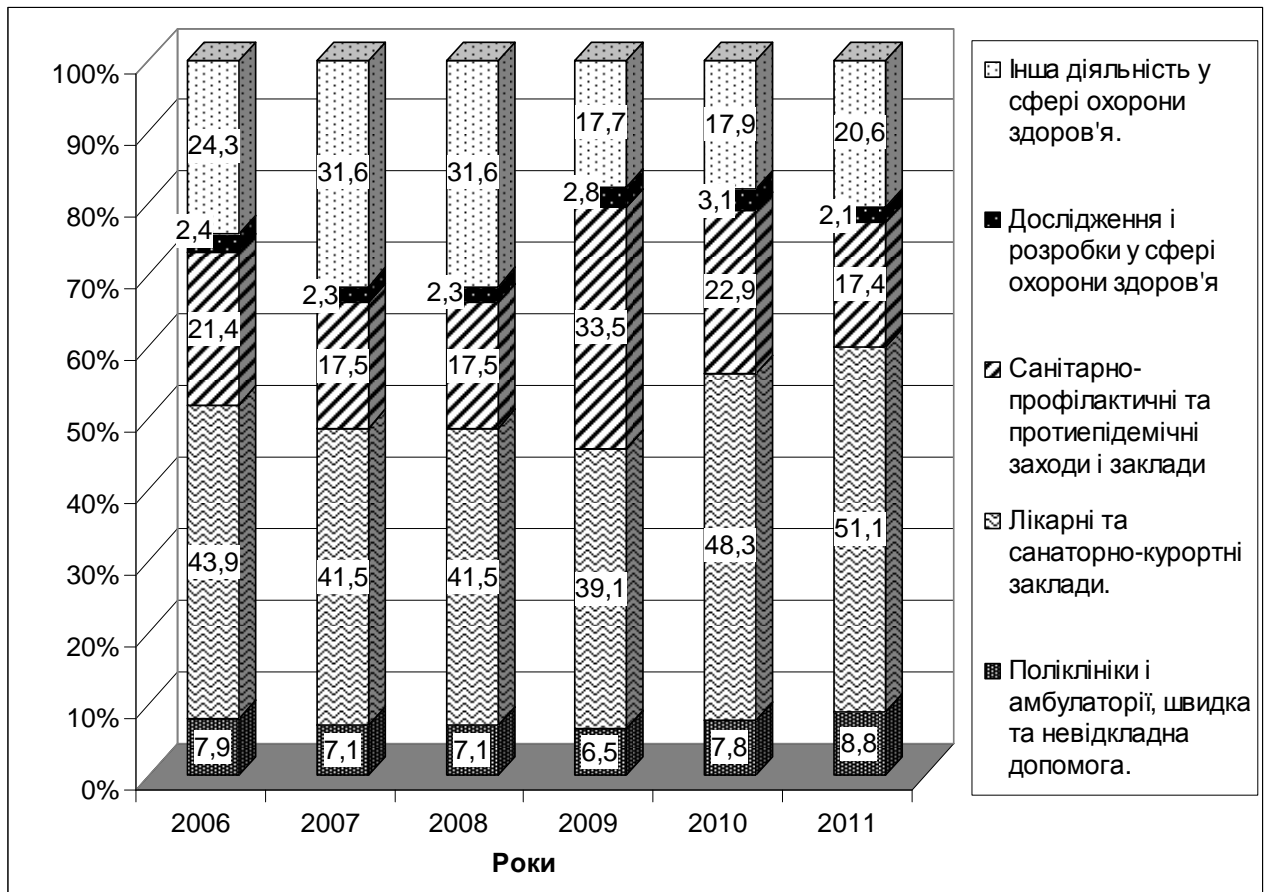


Рис.2. 2. Структура видатків державного бюджету України на охорону здоров'я за функціональною класифікацією за 2006–2011 рр.*

Закупівель ж медичної продукції та обладнання на 2006–2008 рр. та 2010–2011 рр. взагалі не було заплановано. На 2009 р. було заплановано лише на 29,1 млн. грн., що склало піввідсотка від загальної суми запланованих видатків (табл. 3. 2 дод. 3).

* Складено автором за даними [207].

Недосконалість діючих норм та нормативів і відсутність нових, які враховували сучасний стан, перспективи розвитку та необхідність реформування галузі охорони здоров'я, є причиною недосконалості планування видатків за основними статтями кошторису медичних установ.

Розрахунок видатків на оплату праці здійснюється на основі штатного розпису з урахуванням характеру та специфіки роботи, розмірів посадових окладів, тарифних розрядів працівників закладів охорони здоров'я в межах схем, затверджених Постановою Кабінету Міністрів України «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 30 серпня 2002 р. № 1298.

Цією постановою затверджено єдину тарифну сітку розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників бюджетної сфери, введення якої відбувалося у три етапи. Реалізація Кабінетом Міністрів України завдань, визначених Указом Президента України від 25.12.2000 № 1375 щодо упорядкування оплати праці у бюджетній сфері на основі Єдиної тарифної сітки, розпочалась майже через п'ять років після видання Указу та через два з половиною років після прийняття постанови Кабінету Міністрів України про її затвердження.

У зв'язку із затримкою більш ніж на два з половиною роки запровадження ЄТС та її поетапним введенням, кожен працівник бюджетної сфери впродовж цього періоду недоотримував щомісячно, без урахування зростання розміру мінімальної заробітної плати, близько 20% заробітної плати.

Відповідно до зазначених постанов та змін, які згодом вносились до них, посадовий оклад працівника I тарифного розряду був встановлений на рівні мінімальної заробітної плати. Проте згодом, незважаючи на підвищення розміру мінімальної заробітної плати, збільшення посадового окладу працівника першого тарифного розряду, як це було передбачено вищезгаданими постановами, не відбулося.

У результаті система заробітної плати медичних працівників характеризується відсутністю оптимальних міжпосадових співвідношень: різниця в розмірах посадових окладів медичних працівників різних кваліфікаційних категорій є несуттєвою або ж зовсім відсутня. Така ситуація має місце у зв'язку з тим, що посадовий оклад працівника першого тарифного розряду встановлено у розмірі 545 грн. на місяць. Проте, заробітна плата не може бути меншою від встановленого законом мінімуму, тому при плануванні враховують щорічне чи кількаразове на рік підвищення мінімальної заробітної плати для працівників бюджетних установ Законом про Державний бюджет на відповідний рік. Підвищення посадового окладу працівника першого тарифного розряду не передбачено, що спричинює суттєвий дисбаланс в системі оплати праці і в результаті не є причиною зростання заробітної плати висококваліфікованим працівникам охорони здоров'я (крім тих, які отримують мінімальну заробітну плату). Запровадження у бюджетній сфері ЄТС частково дозволило відновити втрачені міжпосадові і міжгалузеві співвідношення, однак не вирішило в повному обсязі проблем щодо диференціації тарифних ставок і посадових окладів різних професійно-кваліфікаційних груп працівників з урахуванням складності їх праці, а також усунення необґрунтованих диспропорцій у рівнях оплати праці працівників однакової кваліфікації, які виконують аналогічну за складністю та функціональними ознаками роботу. Незначне збільшення посадового окладу працівника першого тарифного розряду в Єдиній тарифній сітці для працівників бюджетної сфери відбулося у 2010 та 2011 рр. Станом на 1 липня 2011 р. різниця між 1-м та 7-м тарифним розрядом становила 55 грн. Дещо підвищеним порівняно з попередніми планами був базовий оклад для обчислення посадових окладів працівникам 8-25 розрядів. Таким чином, диференціація заробітних плат в бюджетному секторі частково зросла, проте залишається значно меншою, ніж передбачено у ЄТС.

Відсутність системності та суб'єктивний підхід з боку Кабінету Міністрів України при визначенні розмірів оплати праці окремих категорій працівників

шляхом внесення змін у вже встановлені ЄТС співвідношення стали причиною руйнування основ запровадженої в бюджетній сфері тарифної системи. Внесені Урядом впродовж останніх років зміни до Постанови Кабінету Міністрів України «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 30.08.2002 р. № 1298 не дозволили досягти мети запровадження ЄТС у частині підтримки на постійному рівні оптимальних міжгалузевих та міжпосадових співвідношень в оплаті праці.

Згідно з пунктом «ж» статті 77 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2892–XII посадові оклади медичних і фармацевтичних працівників не повинні бути нижчими від заробітної плати працівників промисловості. Проте дія цієї норми зупиняється протягом 10 останніх років.

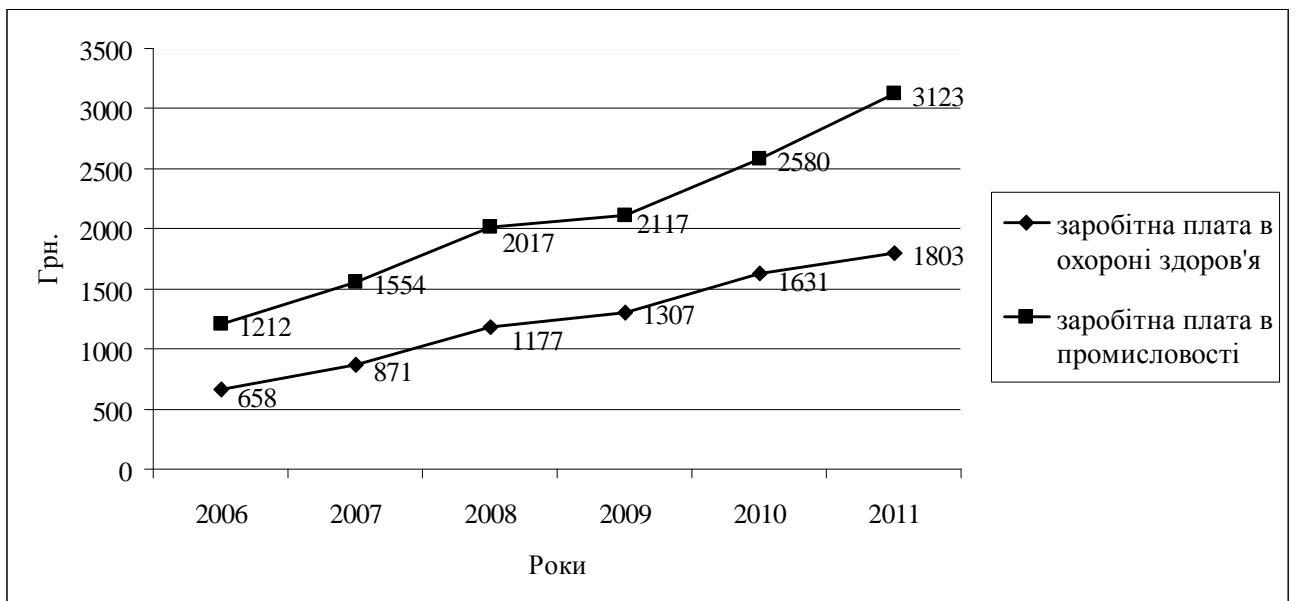


Рис. 2.3. Середня заробітна плата в охороні здоров'я порівняно з промисловістю за 2006–2011 рр.*

* Складено автором за даними Держслужби статистики України.

Незважаючи на поетапне підвищення мінімальної заробітної плати працівників бюджетної сфери ще з 2001 р. та зменшення відставання середньої заробітної плати працівників галузі від працівників промисловості, за рівнем заробітної плати охорона здоров'я протягом усіх цих років посідає одне з останніх місць серед інших галузей економіки, залишаючись нижчою у півтора рази порівняно з промисловістю (в 1,58 у 2011 р. порівняно з 2,2 у 2000 р. та 1,9 у 2005 р.). Так, у 2006 р. середня заробітна плата в охороні здоров'я становила 658,2 грн. (у промисловості – 1205,2 грн.), у 2007 р. – 871 грн. (у промисловості – 1554 грн.), у 2008 – 1177 грн. (у промисловості – 2017 грн., що в 1,71 рази більше; у сфері освіти – 1451 грн., що в 1,23 рази більше). У 2009 р. заробітна плата в галузі становила 1145 грн. (у промисловості – 1865 грн., що в 1,63 рази більше; у сфері освіти – 1404 грн., що в 1,23 рази більше) та 1631 грн. у 2010 р. (у промисловості – 2580 грн.) (рис. 2. 3). Різниця між заробітною платою у промисловості та охороні здоров'я у 2011 р. зросла порівняно з 2010 р. У 2010 р. цей показник становив 949 грн., а в 2011 р. – 1320 грн.

Низька заробітна плата медичних працівників не забезпечує необхідної мотивації праці, що є основною причиною звільнення висококваліфікованих кадрів (лікарів, а особливо медичних сестер), а це негативно впливає на якість надання медичної допомоги. На сьогодні кількість незайнятих лікарських посад в Україні становить 15,8 тис., укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами становить 80,8%. У закладах охорони здоров'я більше 40 тис. лікарських посад зайняті особами пенсійного віку, ще 29 тис. посад зайняті сумісниками. Крім того, щорічно з різних причин система втрачає понад 3 тис. практикуючих лікарів. Без системної реформи галузі усі ці чинники стануть причиною суттєвого кадрового дефіциту через 5–6 років, особливо в сільській місцевості, де вакансії посад лікарів складають 4,8 тис. [57].

Лікарям та іншим медичним працівникам, у роботі яких наявність досвіду є однією з найважливіших умов досягнення відповідного рівня кваліфікації, доплата за вислугу років, інші види додаткової оплати праці, передбачені для педагогічних, науково-педагогічних, музейних, бібліотечних працівників,

артистичного та художнього складу театрів, у чинних нормативних актах не передбачені. Це свідчить про відсутність єдиної політики щодо встановлення стимулюючих виплат для працівників бюджетної сфери. Вирішення питання щодо встановлення медичним працівникам надбавки за вислугу років, матеріальної допомоги, інших заохочувальних виплат дасть змогу підвищити рівень заробітної плати в закладах охорони здоров'я; забезпечить рівність у підходах до умов оплати праці медичних та інших працівників бюджетної сфери залежно від складності, відповідальності виконуваної роботи і сприятиме підвищенню престижу праці медичних працівників [57].

Планування видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв здійснюється за фактичним споживанням минулого року з урахуванням змін тарифів за кожним видом енергоносіїв у межах встановлених лімітів споживання. Однак, Постановою КМ України «Деякі питання організації бюджетного процесу» від 26.11.2008 р. №1036 було рекомендовано забезпечити економію енергоресурсів нижче встановлених лімітів не менш як на 10 %, а Законом «Про Державний бюджет» на 2009 р. передбачено зменшення обсягів споживання енергоносіїв щонайменше як на 20 %. Як виявилось на практиці, бюджетним установам забезпечити таку економію за відсутності коштів на впровадження прогресивних енергозберігаючих технологій надзвичайно важко.

Зауважимо, якщо порядок планування видатків на оплату праці, комунальних послуг та енергоносіїв, є не досконалим, проте законодавчо-нормативно впорядкованим, то це не стосується порядку планування інших статей кошторису. Незважаючи на їх надзвичайну важливість, в Україні діють норми видатків, розраховані за методикою 1960-х рр. [33, с. 262].

Як свідчить практика кошторисного планування потреб видатків установ охорони здоров'я, самі ці потреби не задовольняються. Так, наприклад, за підрахунками середньодобового набору продуктів харчування за нормами ще СРСР від 14.06.1989 р. [151] на один ліжко день потрібно 37,12 грн. Фактично ж середня вартість ліжко-дня на харчування у лікарняних закладах Тернопільської області становить 5,90 грн. по м. Тернополю; 5,69 грн. – у

середньому по районах і дещо більше – 8,41 грн. – в обласних медичних закладах, що складає 20–25 відсотків від потреби (дод. К). По районних та обласних установах такі значення показників є найвищими за останні п'ять років. У м. Тернополі найбільше значення видатків на один ліжко-день на харчування було в 2007 р. – 13,69 грн. Щодо норм видатків на придбання медикаментів і перев'язувальних засобів, то вони відсутні (крім норм грошових витрат у госпіталах для ветеранів війни). За підрахунками лікарняних установ мінімальна потреба в медикаментах становить 61,67 грн. на одне ліжко в день, не враховуючи видатків на безкоштовний відпуск медикаментів пільговим категоріям громадян, а фактично вартість ліжко-дня у Тернопільській області складає 12,67 грн. для міських, 16,17 грн. для обласних установ та 5,16 грн. для районних медичних закладів (дод. Л).

У зв'язку з тим, що в обласних закладах надається більш високоспеціалізована медична допомога, видатки на медикаменти в них більші порівняно з районними та міськими закладами охорони здоров'я. Незважаючи на те, що районні та міські заклади представляють вторинний рівень надання медичної допомоги, вартість ліжко-дня у них суттєво відрізняється: максимальне значення було у закладах м. Тернополя у 2009 р. – 21,87 грн., а мінімальне – у медичних закладах Шумського району у 2005 р. – 1,11 грн. Таким чином, розмах варіації по районах складав від 4,55 до 7,58 грн. за останні 5 р. У 2010 р. мінімальне значення такого показника складало 2,20 грн. у згадуваному Шумському районі, а максимальне по районах – 8,50 грн. (Зборівський район). У м. Тернополі вартість ліжко-дня завжди вища від середнього значення по районах у 3-4 рази. (дод. Л).

При розподілі фінансових ресурсів головними розпорядниками оцінюється спеціалізація закладу, від чого залежить рівень забезпечення видатків закладу на медикаменти та харчування. Так, Постановою КМ України «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в лікувально-профілактичних закладах ветеранів війни» від 26 квітня 2007 р. № 680 [146] збільшено норми грошових витрат на обслуговування ветеранів

війни в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни, госпіталях, відділеннях, палатах для ветеранів війни у лікувально-профілактичних закладах, установивши з 1 січня 2008 р. такі їх розміри у розрахунку на одного хворого на день: на харчування – 35 грн.; на придбання медикаментів і перев'язувальних засобів – 40 грн., крім спеціалізованих відділень і палат, для яких передбачені вищі норми. Крім закладів для ветеранів війни встановлено натуральні норми харчування для осіб хворих на туберкульоз, які затверджені Постановою КМ України «Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу» від 27.12.2001 р. № 1752. Проте фінансові норми, які необхідні для здійснення процесу планування витрат на харчування як в туберкульозних закладах охорони здоров'я, так і в усіх інших, відсутні. Фактично, планування видатків на харчування та медикаменти здійснюється, виходячи з показників вартості ліжко-дня за минулий рік з несуттєвим коригуванням на прогнозований рівень інфляції, який доводиться Міністерством фінансів. Проте, як показує практика, часто фактичний рівень інфляції є вищим від прогнозованого, закладеного в планових розрахунках, однак індексація видатків на продукти харчування та медикаменти не здійснюється.

Головний розпорядник коштів може на свій розсуд збільшити частку видатків на харчування у закладах охорони здоров'я дітей порівняно з іншими установами, чи, наприклад, в установах охорони здоров'я обласного значення у зв'язку з віддаленістю від місця проживання. Такі відмінності у фінансовому плануванні можуть мати місце тільки в межах розрахункових показників.

Оскільки сьогодні час бюджети створюються фінансовими органами не під мету і завдання, а виходячи з досягнутого рівня доходів, то всі цільові програми, які були прийняті до процедури погодження бюджету на наступний бюджетний рік, повинні бути відкориговані. При цьому ініціатива керівників органів управління охороною здоров'я і медичних установ зводиться нанівець принципом утримання установ, яке не залежить від результатів їх діяльності. Крім того, не виконаний внаслідок економії бюджет є підставою для

фінансових органів не розглядати наступне збільшення фінансування галузі, оскільки ці кошти не були використані.

Розгляд практики кошторисного планування свідчить, з одного боку про його надмірну регламентацію та централізацію, з іншого – про відсутність єдності, узгодженості та впорядкованості в зазначеному процесі. Планування регулюється великою кількістю законодавчих, нормативно-правових актів, які, як правило, мають тимчасовий характер (часто уточнюються, доповнюються). Цей метод не пов'язує обсяг запланованих фінансових ресурсів з обсягом наданих послуг, результатами діяльності установ, не дає можливості оперативно управляти коштами в ході його виконання. Керівники установ позбавлені можливості впливати на процес фінансового планування.

Завданням розпорядників коштів та фінансових управлінь при плануванні є першочергове забезпечення захищених статей медичного закладу. Хоча до них в сфері охорони здоров'я належать крім заробітної плати та енергоносіїв, ще видатки на медикаменти та харчування, проте в Україні відсутня нормативна та методична база для їх планування, тому видатки на ці статті плануються за залишковим методом, не враховуючи їх реальної потреби в фінансових ресурсах.

Новий механізм вирівнювання бюджетних надходжень потенційно міг би позитивно вплинути на реструктуризацію охорони здоров'я регіонів, оскільки в його рамках фінансування не залежить від мережі та структури медичних установ. Однак, цей механізм не враховує проблему фрагментації фінансових ресурсів, яка дісталася нам в спадок від радянської системи охорони здоров'я. Об'єднання коштів галузі відбувається на різних рівнях і ці кошти використовуються на утримання мережі установ, які належать до різних рівнів, тоді як послуги, що надаються цими установами можуть дублюватися і взаємозамінювати одна одну. Таке об'єднання ресурсів на різних рівнях не дає змоги оптимізувати процес надання медичної допомоги і сприяє збереженню неефективних методів надання послуг [80, с. 14].

Підсумовуючи вищесказане, можемо виділити такі проблеми фінансового планування видатків на охорону здоров'я:

- недосконалість механізму бюджетного планування, який передбачає планування за принципом вертикальної підпорядкованості;
- відсутність єдиної методології стратегічного фінансового планування;
- посилення централізації бюджетного планування;
- фінансові нормативи бюджетної забезпеченості призначені для розподілу трансфертів;
- нормативи не мають наукового обґрунтування, розраховуються кожного року і встановлюються залежно від досягнутого рівня доходів та політичної волі щодо розподілу фінансових ресурсів;
- протиріччя між зростаючими потребами населення у високоякісній медичній допомозі та можливостями її забезпечення за рахунок бюджетних коштів;
- недосконалість пропорцій розподілу фінансових ресурсів між бюджетами системи та рівнями надання медичної допомоги.

Формування, розподіл та використання коштів охорони здоров'я здійснюється відповідно до можливостей та потреб бюджетних установ, на основі затвердженого кошторису та плану асигнувань, з урахуванням певних вимог, тобто принципів фінансування. Забезпечення врахування цих особливостей є завданням оперативного управління фінансами, яке ми розглянемо далі.

2.2. Аналіз практики оперативного управління фінансами охорони здоров'я

Під час оперативного управління фінансами охорони здоров'я здійснюється бюджетне фінансування галузі, обґрунтування та прийняття оперативних фінансових рішень щодо залучення та використання закумульованих фінансових ресурсів.

Центральне місце у фінансуванні видатків на охорону здоров'я належить місцевим бюджетам. Так, за рахунок коштів місцевих бюджетів у 2000 р. було профінансовано 85,5 % усіх бюджетних видатків на охорону здоров'я. До 2004 р. частка видатків місцевих бюджетів у загальній сумі видатків на охорону здоров'я знизилася до 71,6 %, що було найменшим показником за аналізований період. З 2005 р. питома вага коштів місцевих бюджетів в загальній сумі видатків почала зростати і складала 74,3 %, у 2005 р., 79,2 % – у 2006, 76,3 % – у 2007 р., 78,1 % – у 2008 р., 79,4 % – у 2009 р., 80,4 % – у 2010 р. та 79,8 % – у 2011 р. (дод. Л). Попри те, що спостерігається тенденція до збільшення частки місцевих бюджетів і зменшення питомої ваги коштів державного бюджету у фінансуванні охорони здоров'я показникам 2010–2011 рр. не вдалося досягнути значення 2000–2001 рр. Таку ситуацію, на нашу думку, не можна назвати позитивною, адже перевагами фінансового забезпечення охорони здоров'я за рахунок місцевих бюджетів є можливість максимального наближення до споживача медичних послуг, врахування територіальних проблем, гнучкість і оперативність у проведенні змін.

Основну роль у бюджетному фінансуванні охорони здоров'я з місцевих бюджетів займають кошти загального фонду – 88–93 %. Така ситуація свідчить про високий рівень бюджетних асигнувань і про низький рівень залучення власних фінансових ресурсів. У процесі фінансування видатків на охорону здоров'я з Державного бюджету постійно відбувалось невиконання запланованих показників, як по загальному, так і по спеціальному фондах. Найнижчі показники виконання запланованих видатків були у 2001–2002 рр. – 80,1 % та 64,9 % відповідно. З 2003 р. ситуація покращилася і видатки державного бюджету на охорону здоров'я було виконано на 92,1 %. У 2004 р. відсоток фінансування охорони здоров'я з державного бюджету становив 98 % загального фонду та 95,4 % – зі спеціального (дод. Л). Протягом наступних років цей показник за загальним фондом коливався в межах 96–98 %. Максимальне значення було у 2007 р. за загальним фондом – 98,9 %, за спеціальним – 97,8 %. Щодо місцевих бюджетів, то за загальним фондом теж

спостерігаємо регулярне недофінансування видатків на охорону здоров'я. Найвищий відсоток виконання, як і по державному бюджету був у 2007 р. – 99,2 %. За спеціальним фондом місцевих бюджетів з 2002 р. по 2008 р. та у 2010 р. спостерігаємо перевиконання запланованих показників на 5,1–70,3 %. Недовиконання видатків за спеціальним фондом простежуємо у 2000–2001 рр., (2,3 %; 1,6 %); 2009 р. та 2011 р. (5,7 %; 1,5 %) (див. дод. Л).

Ситуація щодо виконання планових річних показників видатків на охорону здоров'я у розрізі бюджетів показує, що виконання плану краще відбувається при фінансуванні з місцевих бюджетів, ніж при здійсненні видатків з державного бюджету. В середньому рівень виконання Державного бюджету України за видатками на охорону здоров'я у 2000–2011 рр. становив 90,4 %, тоді як заплановані показники місцевих бюджетів були виконані на 99,2 % (див. дод. Л). У 2011 р. видатки Державного бюджету України були виконані на 94,1 %, в тому числі, поточні видатки було виконано на 98,7 %, а капітальні – на 77 % (дод. М). Найповніше профінансовано видатки на оплату праці та нарахування на неї – на 99,9 та 99,5 %; продукти харчування – на 100 %; оплату комунальних послуг та енергоносіїв – на 99,3 %, та медикаменти та перев'язувальні матеріали – на 98,1 %. Не в повному обсязі профінансовано такі поточні видатки, як видатки на предмети, матеріали, обладнання та інвентар – на 86 %; на оплату послуг – на 97,7 %; на дослідження і розробки державного (регіонального) значення – на 89,4 % та ін. Видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я у 2011 р. було виконано на 98,2 %. Більше ніж на 99 % було профінансовано видатки на оплату праці та нарахування на неї. Фінансування інших поточних видатків було в межах від 84,1 % на відрядження до 98,3 % на оплату послуг. Стабільне виконання запланованих у бюджеті показників фінансування позитивно відображається на фінансовому стані закладів державної системи охорони здоров'я, які можуть розраховувати на затверджені планові обсяги бюджетних асигнувань і бути послідовними у реалізації поставлених завдань. Найвищий темп зростання бюджетних коштів на фінансування потреб охорони здоров'я з державного бюджету спостерігався

у 2007 р. – 54,2 %. Максимальний темп приросту обсягів фінансування з місцевих бюджетів зафіксований у 2005 р. – 37,4 %, а мінімальний – у 2011 р. – 3,5 % (див. дод. Л). У 2011 р. відбулось скорочення темпів приросту видатків загального фонду місцевих бюджетів на охорону здоров'я за основними статтями економічної класифікації (див. дод. Н). Так, видатки на оплату праці та нарахування на неї зросли на 8,1 % та 7,4 %; на оплату комунальних послуг – на 11,1 %; на медикаменти та перев'язувальні матеріали – на 3,2 %; на виплату поточних трансфертів населенню – на 23 %; на 1 % зросли видатки на закупівлі предметів, матеріалів, обладнання та інвентаря. За іншими статтями видатків місцевих бюджетів відбулось скорочення обсягів фінансування у 2011 р. порівняно з попереднім. Так, зменшились видатки на продукти харчування, відрядження, дослідження і розробки державного (регіонального) значення, інші видатки. Скорочення видатків на закупівлі предметів, матеріалів, обладнання та інвентаря мало місце у 2009 р. (на 15,9 %), на м'який інвентар та обмундирування, оплату транспортних послуг та утримання транспортних засобів, поточний ремонт і технічне обслуговування обладнання, оплата інших послуг та інші видатки простежувалося у 2009 та 2010 рр. (5,1 % та 26,1 % відповідно); на відрядження – у 2009 р.; на дослідження і розробки державного (регіонального) значення – у 2008 та 2009 рр.; капітальних видатків – у 2009 р. – на 48,2 %. Однак, як підтверджує практика, кількісне виконання запланованих показників не передбачає якісного задоволення потреб охорони здоров'я у фінансуванні. Незважаючи на щорічне зростання видатків, аналіз їх видатків показує, що за 2006-2011 рр. поточні видатки займали більше 90 % у видатках на охорону здоров'я з загального фонду Державного (за винятком 2011 р.) та місцевих бюджетів України (табл. 2.5–2.6).

Структура видатків на охорону здоров'я із загального фонду Державного бюджету України за 2006–2011 рр. *

Статті видатків	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього
ВСЬОГО ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	3232,6	100	5240,6	100	6161,8	100	6090,1	100	7141,6	100	8 548,0	100
Поточні видатки, в т. ч.	3009,6	93,1	5051,9	96,4	5933,8	96,3	5835,5	95,8	6512,9	91,2	7 066,2	82,5
Оплата праці працівників бюджетних установ	1150,8	35,6	1970,5	37,6	2316,8	37,6	2229,9	36,6	2797,4	39,2	2 862,7	33,5
Нарахування на заробітну плату	410,5	12,7	702,2	13,4	825,7	13,4	795,2	13,1	999,5	14,1	1 017,8	11,9
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	2,9	0,1	4,2	0,1	8,8	0,1	7,8	0,1	18,2	0,3	21,0	0,3
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	922,4	30,7	1624,6	31,0	1916,3	31,1	1932,6	31,7	1728,8	24,2	1 975,2	23,1
Продукти харчування	100,2	3,1	167,7	3,2	184,9	3,0	192,4	3,2	200,8	2,8	195,5	2,3
Оплата послуг	...	...	...	...	...	...	0,6	0,01	44,3	0,6	68,1	0,8
Інші видатки	16,2	0,5	26,2	0,5	24,7	0,4	31,1	0,5	0,8	0,01	1,4	0,01
Видатки на відрядження	7,4	0,03	1,6	0,03	2,5	0,04	2,0	0,03	2,9	0,04	3,0	0,04
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	129,3	4,0	235,8	4,5	271,1	4,4	274,4	4,5	327,0	4,6	362,8	3,8
Дослідження і розробки, видатки державного (регіонального) значення	84,1	2,6	125,8	2,4	148,9	2,4	146,7	2,4	171,1	2,4	181,5	2,1
Субсидії і поточні трансферти	122,8	3,8	193,9	3,7	234,1	3,8	222,7	3,7	222,1	3,1	377,4	4,4
Капітальні видатки	223,0	6,9	188,7	3,6	228,0	3,7	254,6	4,2	628,6	8,8	1 481,7	17,5

У 2010–2011 рр. спостерігаємо зростання частки капітальних видатків загального фонду Державного бюджету до 8,8 % та 17,5 % відповідно. У структурі видатків місцевих бюджетів поточні видатки займають більшу

* Розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

частку, ніж у видатках Державного бюджету: 91,1% у 2006 р., 95,5 % у 2007 р., 94,4 % у 2008 р., 97,4 % у 2009 р. та 96,8 % у 2010 р.

Таблиця 2.6.

Структура видатків на охорону здоров'я із загального фонду місцевих бюджетів України за 2006–2011 рр.*

Статті видатків	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього	млн. грн.	у % до всього
ВСЬОГО ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	14269,5	100	18643,1	100	24376,1	100	27037,5	100	33347,4	100	34527,1	100
Поточні видатки, в т. ч.:	13426,6	94,2	17622,1	94,5	23006,1	94,4	26328,5	97,4	32277,4	96,8	34527,1	100
Оплата праці працівників	7227,4	50,6	9601,2	51,5	12748,6	52,3	14307,4	52,9	17693,5	53,1	19125,8	55,4
Нарахування на заробітну плату	2593,7	18,2	3423,1	18,4	4534,8	18,6	5113,8	18,9	6305,8	18,9	6775,4	19,6
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	135,5	1,0	187,5	1,0	207,4	0,9	174,0	0,6	742,4	2,2	748,9	2,2
Медикаменти та перев'яз. матеріали	1157,1	8,1	1429,9	7,7	1761,5	7,2	2314,4	8,6	2649,2	7,9	2733,7	7,9
Продукти харчування	516,0	3,6	617,5	3,3	801,8	3,3	857,5	3,2	1001,0	3,0	938,1	2,7
Інші видатки	636,9	4,5	758,0	4,1	900,5	3,7	855,1	3,2	626,1	1,9	557,5	1,6
Видатки на відрядження	39,5	0,3	45,1	0,2	53,4	0,2	42,4	0,2	50,0	0,1	39,2	0,1
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	994,5	7,0	1385,6	7,4	1747,2	7,2	2379,1	8,8	2821,3	8,5	3134,1	9,1
Дослідження і розробки, видатки державного значення	8,9	0,1	10,5	0,1	9,3	0,1	6,3	0,1	8,7	0,03	7,7	0,02
Субсидії і поточні трансферти	116,9	0,8	163,6	0,9	241,8	1,0	278,6	1,0	379,3	1,1	466,7	1,4
Капітальні видатки	842,9	5,8	1021,0	5,5	1369,7	5,6	709,1	2,6	1070,1	3,2	-	-

* Розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Як бачимо, з 2006 р. частка капітальних видатків знижується – з 5,9 % у 2006 р. до 3,2 % у 2010 р. Така ситуація свідчить про те, що за допомогою бюджетних коштів, в основному, фінансуються видатки на утримання установ охорони здоров'я. Так, сума видатків на оплату праці та нарахування на неї, енергоносії та поточні трансферти населенню у 2011 р. складала 85,5 % (у 2010 р. – 76,9 %) у видатках місцевих бюджетів на охорону здоров'я та 53,6 % у видатках Державного бюджету.

Видатки на медикаменти та перев'язувальні матеріали становили 7,9 % у 2010–2011 рр.; на харчування – 2,7 % у 2011 р. та 3,6 % у 2010 р.; на предмети, матеріали, обладнання, інвентар, на їх поточний ремонт та технічне обслуговування – 1,9 % у 2010 р. та 1,6 % у 2011 р. (див. табл. 2. 6).

З 2011 р. після прийняття нової редакції Бюджетного Кодексу усі капітальні видатки місцевих бюджетів здійснюються з бюджету розвитку, який є складовою спеціального фонду. Відповідно за рахунок загального фонду у 2011 р. було профінансовано тільки поточні видатки, а кошти, призначені для фінансування капітальних вкладень були передані у спеціальний фонд.

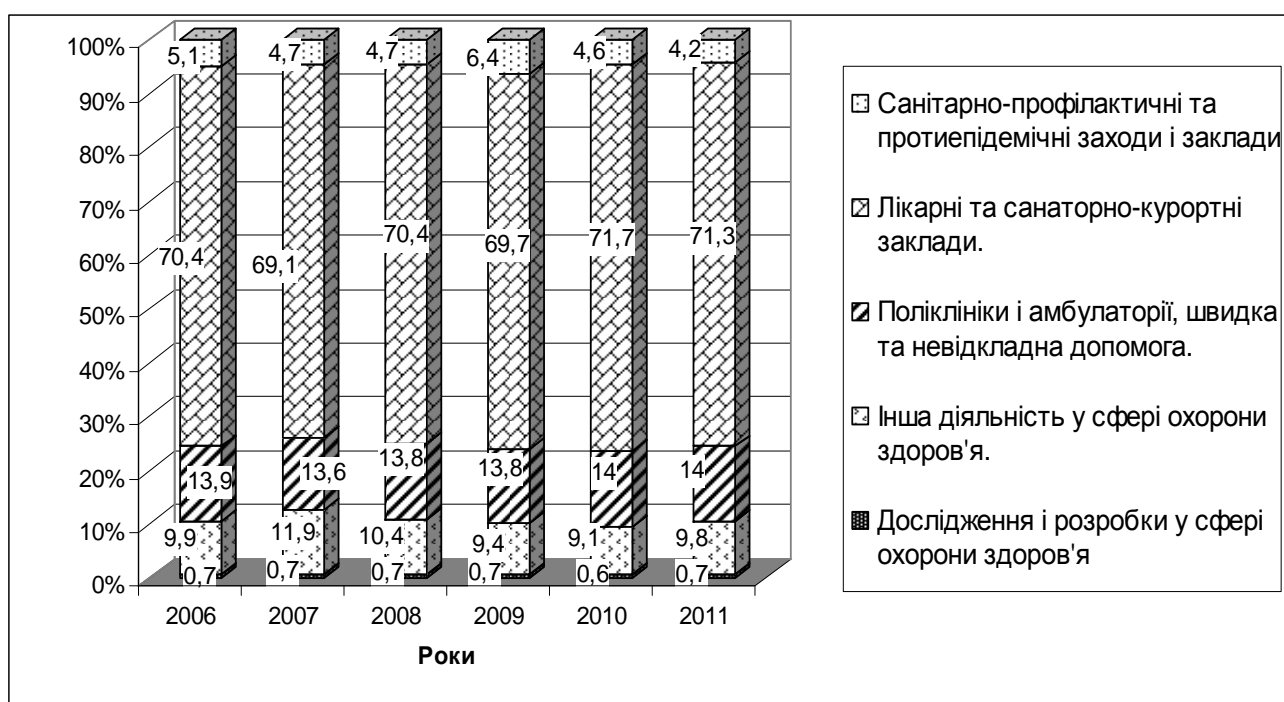


Рис. 2. 4. Структура видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я за функціональною класифікацією за 2006–2011 рр.*

* Розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Основними перешкодами на шляху ефективного управління фінансами охорони здоров'я є структурні диспропорції. Незважаючи на те, що потреба людей у послугах первинної медико-санітарної амбулаторної допомоги найбільша, на її фінансування протягом 2006–2011 рр. використовувалося 13,6–14,0 % від загальної суми видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я (рис. 2.4). Це більш ніж у 2 рази менше, ніж на практиці використовується країнами Європи. Негативним явищем також є зменшення видатків на профілактику захворювань і заходи пов'язані з протидією епідеміям, які з 2006 р. до 2011 р. зменшилися з 5,1 % до 4,2 %.

Практику оперативного управління фінансами охорони здоров'я проаналізуємо на прикладі Тернопільської області.

Аналіз даних щодо видатків на охорону здоров'я у розрізі загального і спеціального фондів зведеного бюджету Тернопільської області, наданих у табл. 2.7, показав, що:

- домінуючу роль у бюджетному фінансуванні охорони здоров'я займають кошти загального фонду – 94–97%. Така тенденція свідчить про майже абсолютну залежність муніципальної охорони здоров'я від бюджетних асигнувань і про низький рівень залучення власних фінансових ресурсів.

Кошти спеціального фонду місцевих бюджетів, які витрачають на охорону здоров'я, хоч і зростають щорічно, однак не відіграють суттєвої ролі у фінансуванні комунальних закладів охорони здоров'я. Іншими словами, на спеціальний фонд припадало лише 3–6 % видатків зведеного бюджету Тернопільської області у фінансуванні галузі охорони здоров'я;

- зростають обсяги видатків на охорону здоров'я із загального фонду зведеного бюджету Тернопільської обл., які впродовж 2000–2011 рр. збільшилися більше ніж у 10 разів. Проте, темпи зростання знижуються із 34,1% у 2006 р. до 12,6 у 2009 р., 21,7 % у 2010 р. та 4,6 % у 2011 р. За 2000–2011 рр. обсяг видатків спеціального фонду зріс у 17,8 раза. Темпи зростання видатків спеціального фонду не стабільні: найбільше значення було у 2007 р. – 58,1 %, у 2006 р. обсяги видатків спеціального фонду зменшилися на 1,6 %;

Таблиця 2.7.

**Динаміка видатків на охорону здоров'я у розрізі загального і спеціального фондів зведеного бюджету
Тернопільської області за 2000-2011 рр.***

Рок и	Загальний фонд бюджету					Спеціальний фонд бюджету					Усього			
	План	Виконано	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальній сумі видатків, %	План	Виконано	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальній сумі видатків, %	План	Виконано	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)
2000	81177,2	74112,0	91,3	-	96,3	4040,4	2824,2	69,9	-	3,7	85217,6	76936,2	90,3	-
2005	240486,7	238783,2	98,5	+322,3	94,0	10565,7	15265,4	144,5	+540,5	6,0	251052,4	254048,6	101,2	+330,4
2006	321714,7	320287,3	99,5	+34,1	95,5	13599,1	15178,4	111,6	-1,6	4,5	335313,8	335465,7	100,1	+32,0
2007	408113,0	406519,9	99,6	+26,9	94,4	16416,3	23992,6	146,2	+58,1	5,6	424529,3	430512,5	101,4	+28,3
2008	541559,5	539715,1	99,6	+32,8	95,4	21699,7	26159,5	120,6	+9,0	4,6	563259,3	565874,6	100,5	+31,5
2009	615493,1	608022,9	98,8	+12,6	97,3	17366,7	33629,1	193,6	+28,6	2,7	632859,8	641652,0	101,4	+13,4
2010	753921,4	739816,0	98,1	+21,7	95,0	18678,5	39197,9	209,9	+16,6	5,0	772599,9	779013,9	100,8	+21,4
2011	775935,1	773488,6	99,7	+4,6	93,9	54552,0	50340,7	92,3	+28,4	6,1	830487,1	823829,3	99,2	+5,8

* Розраховано автором за даними [207].

– виконання запланованих обсягів фінансування за 2005–2011 рр. по загальному фонду хоч і є досить високим (у середньому 99,1%), проте ні разу не досягло 100 %. За спеціальним фондом має місце перевиконання планових річних показників видатків, за винятком 2011 р., коли видатки спеціального фонду були виконані на 92,3 %. У 2010 р. воно досягло свого максимального за останні роки значення і склало 210 %.

У додатку П представлено фінансування охорони здоров'я Тернопільської обл. у 2006–2011 рр. у розрізі районів. Як видно з додатку мало місце регулярне недофінансування видатків зведених бюджетів районів, найбільші відносні значення якого склали у 2006 р. – 1,8 % з бюджету Теремовлянського району, у 2007 р. та 2008 р. – 1,6 % та 1,4 % зведеного бюджету Шумського району, у 2009 р. – Збаразького району (1,9 %), у 2010 р. – Козівського району (6,3 %). В абсолютних показниках – від 178,8 тис.грн. (2006 р.) до 1108,1 тис.грн. (2010 р.). Структура залучених до спеціального фонду зведеного бюджету Тернопільської області ресурсів, показує, що питома вага власних надходжень установ охорони здоров'я становить 77–78 %. Іншу частину складають доходи спеціального фонду бюджету, що скеровуються на спеціальні видатки (табл. 2. 8). Як свідчить аналіз звітних даних, у 2006–2011 рр. установи охорони здоров'я використовували власних надходжень не більше ніж отримували протягом звітного року (% використання становив в середньому 98,6), в результаті залишок грошових коштів на кінець року збільшувався – у 2005 р. він становив 863,4 тис. грн., в 2009 р. – 1724,5, у 2010 р. – 2446,0 тис. грн., тобто порівняно з 2005 р. збільшився у 2,8 рази (табл. 2. 9). Інші доходи спеціального фонду місцевого бюджету підлягають зарахуванню на окремі дохідні рахунки, звідки відбувається перерахування коштів на спеціальні особові рахунки головних розпорядників коштів, за якими закріплені відповідні доходи спеціального фонду. В подальшому головні розпорядники коштів приймають рішення щодо розподілу залишку цього рахунку між підпорядкованими йому розпорядниками та одержувачами коштів місцевих бюджетів.

Таблиця 2. 8.

Власні надходження закладів охорони здоров'я Тернопільської області за 2006-2011 рр.*

	2006		2007			2008			2009			2010			2011		
	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	приріст до поперед. року	тис. грн.	пит. вага, %	приріст до поперед. року	тис. грн.	пит. вага, %	приріст до поперед. року	тис. грн.	пит. вага, %	приріст до поперед. року	тис. грн.	пит. вага, %	приріст до поперед. року
Власні надходження бюджетних установ, усього	13770,0	100	14888,7	100	8,1	22684,1	100	52,4	25069,0	100	10,5	32394,0	100	29,2	37918,2	100	17,1
Плата за медичні послуги	4125,3	30,0	5235,3	35,2	26,9	6096,2	26,9	16,4	8005,8	31,9	31,3	9798,0	30,2	22,4	11175,1	29,5	14,1
Надходження від господар. діяльності	734,2	5,3	894,5	6,0	21,8	1045,6	4,6	16,9	1230,5	4,9	17,7	1148,0	3,5	-6,7	581,3	1,5	49,4
Плата за оренду майна	746,3	5,4	931,1	6,3	24,8	1529,7	6,7	64,3	2153,6	8,6	40,8	2138,8	6,6	-0,7	2195,2	5,8	2,6
Кошти від реалізації майна	15,2	0,1	25,5	0,2	67,8	27,2	0,1	6,7	38,0	0,2	39,7	37,0	0,1	-2,6	97,1	0,3	162,2
Гранти та дарунки	4992,2	36,3	4149,4	27,8	-16,9	8818,2	38,9	112,5	7868,8	31,4	-10,8	14067,3	43,4	78,8	17754,5	46,8	26,2
Кошти на виконання окремих доручень та інвест. проектів	3156,8	22,9	3652,9	24,5	15,7	5167,2	22,8	41,2	5772,2	23,0	11,7	5205,0	16,1	-9,8	6115,0	16,1	17,5

* Розраховано автором за даними [207].

Розпорядники та одержувачі можуть використати отримані бюджетні кошти на погашення зареєстрованих бюджетних фінансових зобов'язань.

Таблиця 2. 9.

Використання власних надходжень закладів охорони здоров'я

Тернопільської області за 2005-2010 рр.*

Роки	Надійшло коштів за звітний період, тис.грн.	Касові видатки, тис.грн.	% використання	Залишок грошових коштів на кінець звітного періоду, тис.грн.
2005	13 770,0	13 372,1	97,1	863,4
2006	14 888,7	14 528,8	97,6	1 223,3
2007	22 684,1	22 665,4	99,9	1 242,8
2008	25 068,9	25 079,6	100,1	1 232,2
2009	32 394,0	31 901,7	98,5	1 724,5
2010	37 918,2	37 196,6	98,1	2 446,0

Так, на спеціальні видатки установ охорони здоров'я у 2006 р. було направлено 4847,9 тис. грн. доходів спеціального фонду бюджету, що скеровуються на спеціальні видатки, використані на придбання обладнання і предметів довгострокового користування і капітальний ремонт. На ті ж цілі використали 5547,9 тис. грн. у 2007 р. та 7434,7 тис. грн. у 2008 рр.

За результатами аналізу щоквартальних видатків місцевих бюджетів Тернопільської області у 2008–2011 рр. зауважено факт приросту видатків наприкінці кожного року (див. дод. Р). Так, недофінансування видатків на охорону здоров'я за I–III квартали 2008 р. складало 7,9 %, 5,9 % та 4,2 %; 2009 р. – 7,8 %, 6,9 %, 4,8 %; 2010 р. – 3,3 %, 4,7 %, 5,0 %; та 2011 р. – 8,3 %, 4,0 % та 3,6 %. Найвищий рівень недофінансування спостерігався у I кварталі 2008–2011 рр. за окремими статтями: капітальні видатки профінансовано лише на 36,5 %, 11,4 %, у 2008–2009 рр. У 2010 та 2011 рр. капітальні видатки у I кварталі профінансовано не було. Поточні видатки у 2008–2009 рр. було

* Складено автором за даними [207].

профінансовано на 94,1 %, з них предмети, матеріали, обладнання та інвентар профінансовано тільки на 73,9 % (62,5 %); м'який інвентар та обмундирування – на 64,2 % (44,2 %); медикаменти та перев'язувальні матеріали – на 86,9 % (85,9 %); поточний ремонт обладнання інвентаря та будівель; технічне обслуговування обладнання – на 65,6% (64,1%). Таким чином, рівень недофінансування у I кварталі 2008 р. складав від 3,3% з оплати праці і нарахувань на неї до 68,2% з придбання обладнання і предметів довгострокового користування. У I кварталі 2009 р. найгірше профінансовані були видатки на придбання обладнання і предметів довгострокового користування – лише на 5,1 %, на капітальний ремонт – 16,1 %, на м'який інвентар та обмундирування – 44,2 %. Така ситуація недофінансування видатків саме у I кварталі пов'язана з практикою несвоєчасного прийняття Закону України «Про Державний бюджет» на відповідний рік, від чого залежить і несвоєчасне прийняття відповідних рішень про місцеві бюджети. В результаті – фінансування охорони здоров'я здійснюється за тимчасовими кошторисами. При цьому щомісячні бюджетні асигнування не можуть перевищувати 1/12 обсягу бюджетних призначень за попередній бюджетний період. У II кварталах 2008 та 2009 рр. все ще спостерігається суттєве недофінансування статей видатків – на 23,3% та 36,7% – на м'який інвентар та обмундирування; на 24,6 % та 26,6% – на поточний ремонт обладнання інвентаря та будівель; оплата інших послуг та інші – на 35,3% (2009 р.); видатки на капітальні видатки – 44,1 % та 39,6 %. Рівень фінансування інших статей знаходиться в межах 78–97 % у 2008 р., 77–97 % у 2009 р., у наступних (III та IV) кварталах відсотки виконання планових показників підвищуються. Протягом усіх кварталів 2008–2011 рр. найкраще забезпечені фінансуванням видатки на оплату праці і нарахування на неї – на 97–99% та видатки на оплату комунальних послуг – 90–98 % (табл. Р.1–Р.2 додатку Р).

У 2010 р. відбулося підвищення виконання планових обсягів фінансування у перших трьох кварталах (96,7 %; 95,3 % та 95 % відповідно). Таке покращення фінансування пов'язане зі змінами до бюджетної класифікації

видатків, які вступили в дію з 2010 р., і спрямовані на зменшення деталізації статей видатків та підвищення ефективності бюджетного планування. Проте і у 2010 р. має місце недофінансування основних статей видатків: у I кварталі – 39,3 % інших видатків; 36,2 % видатків на відрядження; 18,6 % видатків на дослідження і розробки державного (регіонального) значення. Інші статті профінансовано на більш ніж 90 % (табл. Р.3 дод. Р).

До кінця року простежується тенденція зростання видатків, що є наслідком застосування традиційного методу формування бюджету, при якому відсутня можливість перенесення невикористаних головними розпорядниками коштів та асигнувань загального фонду на наступний рік. При плануванні на наступний рік оцінюється лише рівень виконання плану, а не ефективність використання бюджетних коштів.

Для подолання такої тенденції, на нашу думку, доцільно було б використовувати принцип збереження залишку бюджетних коштів, який в поєднанні з середньостроковим фінансовим плануванням дозволить переносити невикористані в поточному році бюджетні асигнування загального фонду на наступні роки без відповідного зменшення майбутніх обсягів бюджетного фінансування.

У процесі фінансово-господарської діяльності установ охорони здоров'я, коли запланована на початок року і реальна потреба в коштах не співпадає, виникає потреба в зміні обсягів фінансових ресурсів чи (та) напрямів їх використання. Така ситуація, з одного боку свідчить про недостатню забезпеченість установ охорони здоров'я фінансовими ресурсами, на чому наголошують як вітчизняні вчені, так і розпорядники бюджетних коштів. З іншого – про недосконалість бюджетного планування та необхідність оперативного управління фінансами охорони здоров'я, що має як об'єктивний, так і суб'єктивний характер. Іншими словами, частина видатків не могла бути запланована на початок року – наприклад, збільшення кількості хворих, яким передбачено безкоштовний відпуск медичних препаратів, зростання цін на енергоносії, інше. У зв'язку з чим, розпорядники бюджетних коштів готують

листи до головних розпорядників з обґрунтованим проханням збільшити обсяги бюджетних асигнувань або ж змінити їх за статтями видатків, щоб забезпечити фінансування нагальних потреб. Зміна планових обсягів видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я відбувається шляхом прийняття відповідного рішення Верховною Радою Автономної Республіки Крим, місцевими радами на підставі поданого проекту змін до відповідного місцевого бюджету. Зміни до кошторисів та помісячних планів асигнувань загального фонду місцевих бюджетів уносяться розпорядниками на підставі довідок про зміни кошторису та про зміни помісячного плану асигнувань загального фонду місцевих бюджетів, які затверджуються керівником вищої установи та надаються відповідним розпорядникам нижчого рівня. Фінансові органи готують пропозиції щодо змін планових обсягів видатків місцевих бюджетів у процесі їх уточнення за поданням та погодженням з головними розпорядниками коштів, якщо в процесі виконання бюджетів є така необхідність. Така можливість виникає в результаті перевиконання бюджету, збільшення обсягів міжбюджетних трансфертів, необхідності використання резервного фонду, перерозподілу коштів між головними розпорядниками тощо. Підставою для внесення змін до згаданих показників є подання головних розпорядників коштів, складені з урахуванням потреб нижчих за рангом розпорядників коштів, громадян. Після внесення прийнятих змін до відповідного бюджету розпорядники бюджетних коштів на підставі довідки про внесення змін до розпису бюджету вносять зміни до кошторисів та планів асигнувань у порядку, встановленому для затвердження цих документів. На їх підставі органи казначейства можуть реєструвати бюджетні зобов'язання, а відповідні фінансові органи їх фінансувати. Такий порядок забезпечує виконання органами казначейства та фінансовими органами своїх функцій, проте позбавляє розпорядників коштів можливостей щодо оперативного управління фінансами, адже будь-яка зміна обсягів бюджетних асигнувань передбачає їх розподіл та необхідність використання за кодами економічної класифікації видатків.

Результати таких змін ми проаналізуємо на прикладі видатків зведеного бюджету Тернопільської обл., відображені у таблицях С. 1–С. 5 додатку С. Проаналізувавши показники змін до загального фонду місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я, робимо відповідні висновки.

Зміни до планових обсягів бюджетних призначень можуть вноситися протягом року, наприклад, на виконання прийнятих в звітному році законів, які передбачають збільшення чи зменшення видатків, і відповідно не могли бути враховані при складанні фінансових планів. Крім того, в результаті перевиконання державного та (чи) місцевих бюджетів, за рахунок перерозподілу коштів між бюджетами, з резервного фонду та інших джерел.

У 2006 р., в результаті внесення змін до планових показників, зросли обсяги фінансування як поточних видатків, так і капітальних. У структурі змін планових призначень поточні видатки склали 59,4%, а капітальні – 40,6%. Це найкраще співвідношення за період, що аналізується. У 2007 р. воно склало 95,7 % та 4,3 %, у 2008 р. – 79 та 21%, у 2009 р. – 88,3 % та 12,7 %, у 2010 р. – 91,8 % та 9,2 %. Велика частина коштів, доданих на охорону здоров'я у 2006–2010 рр., спрямовувалася на оплату праці – 25,9 %; 66,2 %; 45,8 % та 28,6 % відповідно та на оплату комунальних послуг – 40 % у 2006 р.; 16,5 – у 2008 р., 18,3 % у 2009 р., 12,9 % у 2010 р., які погашалися в основному трансфертами з державного бюджету, за рахунок зменшення фінансування інших статей видатків та в результаті перевиконання місцевих бюджетів. Проте з 2009 р. має місце зниження видатків, які додаються на заробітну плату і нарахування на неї та оплату комунальних послуг, натомість зросла частка видатків на медикаменти – з 7,0 % у 2008 р. до 29,7 % у 2009 р., 71,3 % у 2010 та 2011 рр.

Збільшення планових обсягів видатків на охорону здоров'я може відбуватися за рахунок різних джерел. Провідну роль в цьому процесі відіграють трансферти з Державного бюджету. У структурі видатків спостерігається тенденція до погіршення показників змін видатків протягом року, яка пов'язана з тим, що лєвова частка трансфертів припадала на оплату праці, нарахування на заробітну плату та оплату комунальних послуг та

енергоносіїв. Хоч у 2006 році найбільша частка доданих трансфертів з Державного бюджету на охорону здоров'я припадала на оплату праці, нарахування та оплату комунальних послуг та енергоносіїв (2532,1 тис.грн., що склало 85,4 % від загального обсягу дотації), незважаючи на зменшення видатків на предмети, матеріали, обладнання та інвентар, зросли капітальні видатки на 495,7 тис. грн., що склало майже 17 %, які були спрямовані на придбання обладнання і предметів довготривалого користування (дод. С). Не суттєво змінилися обсяги фінансування інших статей видатків. Так, за рахунок трансфертів було додано 34,0 тис. грн. на оплату транспортних послуг та утримання транспортних засобів; 15,0 тис. грн. на продукти харчування; 7,9 тис. грн. на поточний ремонт обладнання, інвентаря та будівель, технічне обслуговування обладнання та 4,5 тис. грн. – на медикаменти та перев'язувальні засоби. Підвищення розмірів оплати праці і ріст цін на енергоносії компенсували і за рахунок інших джерел. Так, 31,4 і 20,3 відсотки сум перевиконання місцевих бюджетів, які були направлені на охорону здоров'я, використали на оплату праці, нарахування на заробітну плату і оплату комунальних послуг та енергоносіїв. На ці видатки використали і 39,1% коштів, спрямованих в охорону здоров'я внаслідок перерозподілу вільного залишку коштів попереднього року. Решта коштів було розподілено між іншими статтями видатків.

У 2007 році трансферти з Державного бюджету було надано на підвищення заробітної плати працівникам установ охорони здоров'я та компенсацію росту цін на енергоносії (див. дод. С). Така ж ситуація спостерігалася і в 2009р. У 2008 році дотації з Державного бюджету було надано тільки на збільшення фонду оплати праці, а підвищення цін на енергоносії компенсували за рахунок перевиконання місцевих бюджетів і, коли цих коштів не вистачало, за рахунок зменшення обсягів фінансування інших статей видатків, наприклад, за рахунок зменшення фінансування послуг зв'язку, оренди, видатків на утримання транспортних засобів, придбання обладнання і предметів довгострокового користування та інших незахищених

статей. У 2009 р. 2010 р. та 2011 р. за рахунок трансфертів з Державного бюджету було збільшено видатки на медикаменти та перев'язувальні засоби.

Функцію збалансування місцевих видатків бюджетів протягом року та забезпечення фінансовими ресурсами установ охорони здоров'я з метою надавання ними послуг та здійснення іншої діяльності, покладено на фінансові органи та місцеві ради, місцеві державні адміністрації та виконавчі органи місцевих рад. Для цього фінансові органи, за рішенням відповідних рад, можуть зменшувати (збільшувати) обсяги фінансування одних розпорядників коштів за рахунок інших, чи одних статей видатків за рахунок інших. Головні розпорядники бюджетних коштів готують звернення до відповідних фінансових органів з обґрунтованою потребою у збільшенні обсягів фінансування. Фінансові органи, аналізуючи інформацію органів державного казначейства про стан фінансування розпорядників коштів, результати виконання місцевих бюджетів та ін., готують проект змін до відповідного бюджету, погоджують його з місцевими державними адміністраціями, виконавчими органами місцевих рад і подають на розгляд місцевих рад. Підставою для змін внесення змін до бюджету є рішення місцевої ради. В результаті таких змін зменшилися обсяги фінансування охорони здоров'я у 2006, 2007, 2010 та 2011 рр. на 557,2 тис. грн., 241,6 тис. грн.; 415 тис. грн. відповідно. У 2008–2009 рр. фінансування охорони здоров'я за рахунок інших функцій бюджету збільшилося на 205,8 тис. грн. та 3008,9 тис. грн. В результаті внесення змін до обсягів фінансування за рахунок інших функцій бюджету у 2006–2007, 2008 рр. збільшували видатки на оплату праці працівників установ охорони здоров'я, на придбання матеріалів, обладнання, інвентаря, на продукти харчування, на утримання транспортних засобів, інші видатки; зменшували – на м'який інвентар та обмундирування, послуги зв'язку, нарахування на заробітну плату, оплату комунальних послуг та енергоносіїв, виплату поточних трансфертів населенню, на відрядження. У 2006-2007 рр. намітилась тенденція збільшення обсягів фінансування капітальних видатків та зменшення поточних (в результаті економії видатків на поточні потреби та перерозподілу коштів між статтями видатків). Проте у 2008

р. зменшилися на 31,4 тис. грн. обсяги капітальних видатків за рахунок збільшення фінансування інших статей, а за рахунок інших джерел капітальні видатки було збільшено на 2112,7 тис. грн.

Унаслідок перевиконання місцевих бюджетів видатки на охорону здоров'я зведеного бюджету Тернопільської області було збільшено на 726,9 тис. грн. у 2006 р., а у 2007 та 2008 рр. – у десять разів більше ніж у попередньому – на 7283,0 тис. грн. у 2007 та на 7000,6 тис. грн. у 2008 р., на 5247,1 тис. грн. у 2009 р., на 928,9 у 2010 р. та на 2507,1 тис. грн. у 2011 р., що свідчить, з однієї сторони, про нерівномірність виконання дохідної частини місцевих бюджетів і, відповідно різні можливості у її використанні, з іншого – про політичну волю щодо розподілу доходів місцевих бюджетів на користь охорони здоров'я. Ці кошти були розподілені між статтями видатків. Так, на поточні видатки було спрямовано 91 % коштів у 2006 р., 85 % – у 2007 р., 79 % – у 2008 р., 83,3 % – у 2009 р., 91,8 % – у 2010 р. та 100 % – у 2011 р. (дод. С).

Невикористані асигнування поточного місяця розпорядник бюджетних коштів має право використовувати в наступні місяці бюджетного року. Якщо розпорядник коштів місцевих бюджетів не використав асигнування, передбачені на відповідний бюджетний рік, то вони анулюються і в наступному році не враховуються. Проте, такі залишки бюджетних коштів осідають на рахунках відповідного бюджету і можуть бути розподілені фінансовим органом у наступному році з урахуванням потреб тих чи інших розпорядників коштів. Так, за рахунок вільного залишку коштів попереднього року на потреби охорони здоров'я Тернопільської області було виділено 498,5 тис. грн. у 2006 р., 829,3 тис. грн. у 2007 р.; 1214,2 тис. грн. у 2008 р.; 2789,3 тис. грн. – у 2009 р., 447,2 тис. грн. – у 2010 р. та 11068,7 тис. грн. – у 2011 р., що склало 12,4 %; 2,1 %; 7,6 %; 7,6 % та 13,7 % у структурі збільшення планових показників (див. дод. С). Розподіл таких бюджетних коштів здійснюється на основі документально підтверджених потреб розпорядників бюджетних коштів з врахуванням обсягів невикористаних бюджетних коштів, тому усі бюджетні установи, враховуючи установи охорони здоров'я стараються використати свої

бюджетні призначення у звітному році. В таких умовах не завжди дотримується такий принцип кошторисно-бюджетного фінансування, як одержання максимальної ефективності за мінімальних витрат. Отримати максимальну ефективність в установах охорони здоров'я означає забезпечити пацієнтів повним та кваліфікованим обсягом медичних послуг, використанням сучасного, якісного обладнання. Проте часто буває неможливо придбати його через відсутність достатніх для цього обсягів бюджетних коштів протягом одного бюджетного року. Вибираючи між якісним, дорогим апаратом і менш ефективним, зате дешевшим, розпорядник бюджетних коштів через брак фінансових ресурсів, швидше віддасть перевагу останньому. Підвищити самостійність розпорядників коштів в сфері оперативного управління та ефективності використання фінансових ресурсів можна за умови надання їм дозволу нагромаджувати кошти на рахунках, не анулювати їх в кінці року. З одного боку, такий порядок позбавить розпорядників бажання максимально використати фінансові ресурси, з іншого – дозволить нагромадити потрібну суму коштів для реалізації запланованої мети.

У 2006, 2007 та 2009 рр. було збільшено обсяги видатків на охорону здоров'я за рахунок резервного фонду. У 2006 р. кошти резервного фонду були використані на поточний ремонт обладнання, інвентаря та будівель (20,0 тис.грн.), придбання матеріалів, інвентарю (1,6 тис. грн.) та на оплату праці (700 грн.). У 2007 р. за ці кошти придбали медикаменти та перев'язувальні матеріали та виплатили заробітну плату. У 2009 р. – придбали медикаменти та перев'язувальні матеріали на суму 350 тис. грн. та оплатили транспортні послуги.

У зв'язку з потребою перерозподілу видатків спеціального фонду, виникненням нових видів надходжень або перевиконанням показників (у частині власних надходжень розпорядників), передбачених бюджетними асигнуваннями, протягом року розпорядники коштів можуть вносити зміни до спеціального фонду кошторису шляхом подання до відповідного органу Державного казначейства України довідки, завіреної керівником установи, що

затвердив кошторис, та погодженої відповідним фінансовим органом без внесення відповідних змін до бюджетного розпису.

Розпорядники та одержувачі бюджетних коштів велику частку бюджетних асигнувань спрямовують на придбання товарів, робіт і послуг.

Наявність проблем у функціонуванні системи державних закупівель підтверджують результати анкетування, згідно з якими діюча система не задовольняє майже 59 % представників бюджетних установ та 62 % представників комерційних структур. 62 % працівників бюджетних установ вважають цю систему малоефективною, а 24 % – неефективною [28, с. 49].

До факторів, що знижують ефективність системи державних закупівель і спричиняють втрати фінансових ресурсів, належать:

1. Законодавча неврегульованість та проблеми у застосуванні законодавства. Незважаючи на численні зміни, що вносилися у Закон «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти», він і досі недосконалий: оскільки містить певні прогалини, суперечності та неузгодженості, які ускладнюють його реалізацію суб'єктами господарювання [28, с. 49].

2. Відсутність чітких обмежень щодо внесення змін до договорів закупівлі та механізму коригування цін не дає можливості дотримуватися основного критерію при відборі переможців торгів – здійснення закупівлі за найнижчими цінами. Слід зазначити, що французьким законодавством передбачено обмеження зміни вартості предмета закупівлі в межах 5 % з наданням відповідних обґрунтувань.

3. Невизначеність терміна між датою підписання замовником угоди за результатами процедури закупівлі та оскарженням її іншими суб'єктами не дає змоги забезпечити добросовісну конкуренцію серед усіх учасників процесу закупівлі.

4. Необхідність оплати тендерної документації та тендерного забезпечення, висока вартість розміщення інформації у відповідних мережах збільшують витрати розпорядників бюджетних коштів.

З настанням нового бюджетного року в установах охорони здоров'я, зокрема в лікарняних закладах, як правило, закінчуються терміни договорів з постачальниками. Згідно з описаним порядком, починати закупівлі за державні кошти слід після прийняття Закону «Про Державний бюджет» чи (та) відповідного рішення про місцевий бюджет та складення плану закупівель. Така процедура займає не менше двох з половиною місяців (на належне оформлення закупівель витрачається 45 діб, на поставки – ще не менше 30 діб). Зазначений механізм закупівель не враховує особливостей функціонування галузі охорони здоров'я. Він пов'язаний з тим, що медичні препарати, продукти харчування та інше потрібні медичним установам для надання послуг та виконання своїх функцій щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів безперервно. Такий порядок ставить під загрозу можливість ефективно та вчасно надавати медичні послуги, тому бюджетні установи часто змушені розпочинати процедуру закупівель до прийняття Закону «Про Державний бюджет» і відповідного рішення до настання бюджетного року. Щоправда, такий порядок не гарантує можливостей забезпечення товарами і послугами вчасно. На можливості ефективно здійснювати державні закупівлі негативно впливають такі проблеми, як недофінансування асигнувань розпорядників коштів, їх нерівномірне надходження протягом року (особливо у I та IV кварталах).

Підсумовуючи вищесказане, робимо такі висновки:

1. Діяльність щодо оперативного управління фінансами обмежується чинною системою казначейського виконання бюджетів. Державним казначейством встановлюється порядок витрачання коштів в установах, які фінансуються чи отримують кошти з державного чи місцевих бюджетів та організація контролю. Ним також визначаються всі процедури щодо розподілу прав, обов'язків та відповідальності між розпорядниками, одержувачами бюджетних коштів в процесі виконання державного та місцевих бюджетів за видатками. Порядок казначейського обслуговування бюджетів за видатками визначається Постановами Кабінету Міністрів України та

наказами Державної казначейської служби України. В таких умовах розпорядники бюджетних коштів володіють дуже обмеженими можливостями щодо оперативного управління, які, в основному, зводяться до внесення змін до кошторисів та планів асигнувань за умови прийняття такого рішення фінансовим органом чи відповідною місцевою радою.

2. Функцію збалансування видатків місцевих бюджетів протягом року та забезпечення фінансовими ресурсами установ охорони здоров'я покладено на фінансові органи та місцеві ради, місцеві державні адміністрації та виконавчі органи місцевих рад. Для цього фінансові органи, за рішенням відповідних рад, можуть зменшувати чи збільшувати обсяги фінансування одних розпорядників коштів за рахунок інших чи одних статей видатків за рахунок інших. Проаналізувати правомірність здійснення таких змін не завжди можливо через відсутність затверджених норм та нормативів видатків, а також через нерівномірність в обсягах фінансування, коли лівова частка фінансових ресурсів витрачається не на потреби пацієнтів, а на утримання медичних закладів.
3. Цілий комплекс проблем виникає при здійсненні закупівель за державні кошти, формуванні та використанні коштів спеціального фонду.
4. Обсяги видатків на охорону здоров'я з бюджетів різних рівнів зростають з року в рік. В останні роки підвищується рівень виконання запланованих показників видатків.
5. Жорстка регламентація витрачання коштів, низький рівень самостійності та ініціативи у витрачанні коштів не створює закладам охорони здоров'я стимулів до пошуку шляхів ефективного і раціонального використання фінансових ресурсів.
6. Внаслідок низького рівня доходів медичні послуги залишаються недоступними для великої групи населення. Крім того, недостатній рівень доходів обтяжується недосконалістю систем охорони здоров'я, що обмежує доступ до медичних послуг багатьох верств населення, особливо тих, хто мешкає на значній відстані від великих міст. Вирішення цих

проблем вимагає концептуальної зміни підходу до формування системи фінансування. Іншими словами, необхідно переходити від ідеології «утримання бюджетної установи» до «державного замовлення послуг».

2.3. Оцінка фінансового контролю та його результативності у сфері охорони здоров'я

Управління фінансами охорони здоров'я повинно відповідати чинному законодавству, враховувати інтереси споживачів та громадськості. Виконати цю умову можна за наявності системи ефективного контролю. Будучи функцією управління, контроль є об'єктивно необхідним. За його допомогою процес управління спрямовується відповідно до визначеної моделі, виявляючи можливі відхилення та усуваючи їх. Призначення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я полягає у сприянні найбільш повного використання джерел формування фінансових ресурсів та їх ефективного використання для задоволення потреб суспільства. При цьому повинні бути враховані інтереси як громадян, так і медичних установ. Контрольними функціями в сфері охорони здоров'я наділені органи державної влади залежно від рівня ініціювання, а також інститути незалежного фінансового контролю. За кожним суб'єктом контролю закріплені відповідні повноваження щодо здійснення фінансового контролю та права на застосування заходів у разі виявлення правопорушень.

Порівняння функцій основних суб'єктів фінансового контролю у сфері охорони здоров'я зроблено у додатку Т. Для визначення місця і ролі кожного контролюючого органу нами проаналізовано основні контрольні функції в сфері охорони здоров'я, якими наділені органи фінансового контролю України, та наведені у додатку У. Як видно з додатку У найбільше об'єктів фінансового контролю охоплено органами ДФІ України. Зазначимо, що з наведених в додатках С та Т суб'єктів державного фінансового контролю, Рахункова палата Верховної Ради України здійснює контроль лише в частині коштів Державного бюджету; ревізійні служби міністерств і інших центральних органів влади –

щодо підвідомчих установ; контрольна робота Міністерства фінансів та Державної казначейської служби України, обмежується, в основному попереднім та поточним фінансовим контролем; органи ДФІ України наступним контролем охоплюють найширше коло фінансових питань.

З огляду на утворення Рахункової палати України, як органу парламентського контролю, спеціально запровадженого для перевірки використання коштів державного бюджету, повноваження ДФІ повинні бути спрямовані на те, аби уникнути дублювання функцій цих інституцій державного контролю, зокрема в частині фінансового аудиту ефективності використання коштів Державного бюджету України, загальнодержавних цільових фондів, виявлення та аналізу бюджетних правопорушень, за цільовим використанням фінансово-кредитних і валютних ресурсів під час здійснення загальнодержавних програм [47], перевірок державних централізованих закупівель та забезпечити розподіл контрольних повноважень у їхній діяльності.

Із запровадженням програмно-цільового методу в бюджетному процесі з'явилася можливість встановлювати цілі, шляхи їх досягнення, орієнтуючись на результат, тому частина контрольно-ревізійних дій як органів ДФІ України, так і Рахункової палати України була скерована на дослідження ефективності використання бюджетних коштів, спрямованих на виконання державних цільових програм.

Державна фінансова інспекція та кожен з її підрозділів здійснюють свою діяльність відповідно до затвердженого на початок періоду (року, кварталу) плану. Так, контрольна робота ДФІ України у 2005–2011 рр. була зосереджена на таких основних напрямках:

- ревізіях фінансово-господарської діяльності Міністерства охорони здоров'я України; фінансово-господарської діяльності та використання бюджетних коштів і майна закладів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України; використання бюджетних коштів установами державної санітарно-епідеміологічної служби; стану збереження і законності

використання майна комунальними установами охорони здоров'я; в установах та організаціях, які брали участь у виконанні комплексної програми «Цукровий діабет»; використання коштів державного бюджету, призначених на підготовку та підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних кадрів;

- аудитах ефективності використання коштів державного та місцевих бюджетів, виділених на заходи з подолання епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу; на лікування онкологічних хворих; ефективності використання коштів державного бюджету, спрямованих на комплексне медико-санітарне забезпечення громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; бюджетних коштів, виділених на медичне лікування, реабілітацію та санаторне забезпечення особового складу Збройних Сил України, а також на проведення державних фінансових аудитів ефективності використання коштів Державною інспекцією з контролю якості лікарських засобів та Державною службою лікарських засобів і виробів медичного призначення, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України.

Діяльність Рахункової палати в сфері охорони здоров'я в основному була зосереджена на перевірках використання коштів Державного бюджету України, виділених Міністерству охорони здоров'я України, ефективності використання коштів Державного бюджету, спрямованих на фінансування програм та ін.

І Рахункова палата, і органи Державної фінансової інспекції з року в рік виявляють порушення у плануванні та використанні коштів на фінансування програм та у сфері державних закупівель, та наголошують на низькій ефективності їх виконання. Аналізуючи результати перевірок, здійснених названими органами можна виділити низку проблем, які потребують вирішення. Так, для розв'язання проблем у сфері охорони здоров'я Уряд країни неодноразово розробляв концепції та заходи щодо розвитку охорони здоров'я населення України. Найглобальнішою з них стала Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. В основі програми лежить міжгалузєвий підхід до розв'язання проблеми покращення демографічної

ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я.

Проте зазначена програма майже не піддається аналізу ні щодо обсягу фінансових ресурсів, що спрямовуються на її виконання, ні щодо конкретних показників досягнення мети програми, ні щодо конкретних заходів програми. Не простежується досягнення цілей програми.

Результати дослідження показують, що за кожною із 17 затверджених чи прийнятих загальнодержавних програм немає позитивних зрушень – покращення здоров'я народу. Програми по завершенню терміну їх дії, як правило, не досягали своєї мети, тобто, кошти, витрачені на їх реалізацію, витрачалися неефективно. Незважаючи на недостатні результати виконання програм, органи фінансового контролю виявляють певні порушення в ході їх виконання:

- за своїми основними положеннями програми не відповідають статусу, визначеному Законом України «Про державні цільові програми» від 18.03.2004р. №1621-IV; часто мета та напрями реалізації заходів програм потребують суттєвого перегляду і уточнення; у деяких випадках затверджені державні цільові програми мають загальний характер, не визначають конкретних заходів, напрямів робіт, об'єктів, державних замовників, відповідальних виконавців, очікуваних результатів;
- у затверджених цільових програмах не передбачено фінансування в розрізі конкретних завдань та заходів з визначенням джерел і обсягів фінансування з розбивкою по роках;
- програми не містять наукової чи науково-технічної частини; не завжди проводилася державна експертиза їх проектів;
- не призначалися керівники програм, до основних завдань яких віднесено управління та контроль за їх виконанням; у деяких випадках контроль за виконанням програм покладался на органи, які не можуть бути державними

замовниками, що здійснюють загальне керівництво і контроль за розробкою державної цільової програми та виконанням її заходів;

- всупереч статті 13 зазначеного закону, яка передбачає, що контроль за виконанням державної цільової програми здійснює Кабінет Міністрів України шляхом розгляду проміжних, щорічних, заключного звітів про результати її виконання та узагальненого висновку про кінцеві результати виконання програми, внаслідок не надання достовірної та повної інформації про хід виконання державних програм безпосередніми виконавцями, втрачався контроль з боку Уряду за виконанням державних цільових програм [50; 51; 179, с. 21].

Протягом 2005–2010 рр. чисельними були факти неефективного управління коштами через недоліки в плануванні та факти неефективного використання коштів у зв'язку з відсутністю обґрунтованого прогнозування і планування. В ході аналізу та перевірки використання бюджетних коштів на забезпечення лікування хворих на цукровий діабет у Дніпропетровській та Запорізькій областях, а також в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях встановлено, що планування видатків на забезпечення виконання заходів державної цільової програми «Цукровий діабет», які враховуються при визначенні розміру міжбюджетних трансфертів, здійснювалося Міністерством фінансів України одноосібно, без урахування показників, визначених Міністерством охорони здоров'я України та обласними управліннями охорони здоров'я. Це, в свою чергу, розбалансувало управління коштами та створило умови для безвідповідальності як МОЗ, яке фактично усунуто від управління ними, так і обласних управлінь охорони здоров'я, що не забезпечили пропорційного фінансування усіх заходів, передбачених державними і регіональними програмами, формально вирішували питання формування потреби у медпрепаратах та їх запасів.

Регіональні цільові програми з питань цукрового діабету не стали дієвим інструментом підвищення ефективності загальнодержавних заходів, спрямованих на профілактику, діагностику та зниження рівня захворюваності

на цю хворобу, результативні показники їх виконання (ефективності, якості, продуктивності) не визначені, обсяги фінансування у розрізі заходів за джерелами та роками не розподілено.

Управліннями охорони здоров'я вказаних обласних держадміністрацій планування заходів з лікування хворих на цукровий діабет та їх фінансового забезпечення здійснювалося за відсутності достовірних даних про кількість хворих та потребу в необхідних ліках. Зазначене спричинило відволікання у 2009–2010 рр. коштів у сумі 45,7 млн. грн. у залишки незатребуваних тривалий час інсулінів (майже піврічна потреба у ліках), у тому числі у Дніпропетровській області – 19,2 млн. грн., Запорізькій – 6,5 млн. грн., Одеській – 8,5 млн. грн., Херсонській – 7,2 млн. грн. та Миколаївській – 4,3 млн. грн. Наведене свідчить про неефективне управління бюджетними коштами [50].

Результатом прийняття необґрунтованих управлінських рішень, недоліків у прогнозуванні та плануванні стало неефективне використання коштів шляхом тривалого їх утримання без використання на реєстраційних рахунках розпорядників бюджетних коштів та на поточних рахунках підвідомчих організацій, а іноді й повернення невикористаних коштів до державного бюджету. Крім того, необґрунтовані управлінські рішення в окремих випадках спричинювали і прямі втрати державного бюджету. Рахунковою палатою виявлені також факти неефективного використання коштів на придбання основних засобів (обладнання).

Після проведених аудитів державних цільових програм, керівниками міністерств, відомств та організацій, відповідальними за їх виконання, не вживалися необхідні заходи щодо усунення вказаних недоліків, а отже не забезпечувалася результативність контролю, що є одним із його основних завдань. Як наслідок, велика частина проблемних питань досі не вирішена, що негативно позначається на процесі використання бюджетних коштів та перешкоджає своєчасному, повному й ефективному виконанню державних цільових програм. Так, наприклад, з метою обмеження поширення ВІЛ-

інфекції/СНІДу в Україні, концентрації зусиль, спрямованих на боротьбу із цим захворюванням, забезпечення підтримки і лікування людей, інфікованих ВІЛ, починаючи з 1992 року, постановами Уряду було затверджено п'ять державних програм з профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, що містять комплекс взаємопов'язаних заходів. Відсутність реального планування та чітких організаційних дій Міністерства фінансів України і Міністерства охорони здоров'я України стали причиною використання коштів позики Світового банку на забезпечення виконання Національної програми лише у розмірі 2,6 %. Використання коштів державного бюджету було зведено лише до закупівлі виробів медичного призначення та обладнання і не вирішувало проблем з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [50]. Профілактика ВІЛ серед уразливих груп населення шляхом інформаційно-освітньої роботи, бесід на морально-етичні теми, за умови активного проведення яких можна було призупинити епідемію, у державі практично відсутня. Мета попередньої державної програми не була досягнута, а її реалізація перекладалася на наступні. Крім того, слід згадати і про програми боротьби з поширенням раку. З 2002 р. уряд працює над розробкою комплексних заходів, відображених у низці міжгалузевих та спеціалізованих загальнодержавних програм. У 2002 р. було затверджено Державну програму «Онкологія», на виконання якої було спрямовано 628 млн. грн. [123, с. 18–19]. У 2006 р. схвалено Концепцію Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 рр., а також Державну програму «Дитяча онкологія» на 2006–2010 рр. Однак, зменшити поширюваність онкологічних захворювань серед дорослого населення та серед дітей не вдалося. Основною причиною недостатнього соціально-економічного ефекту від використання бюджетних коштів є суттєвий дисбаланс між профілактичними та лікувальними заходами.

Використання бюджетних коштів фактично зведене лише до закупівлі виробів медичного призначення та обладнання і не вирішує проблем з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, зменшення

онкологічних та серцево-судинних захворювань, захворювань на цукровий діабет, інше. Найбільше проблем, виявлених унаслідок контрольних заходів, проведених як Рахунковою палатою, так і органами ДФІ, стосується прорахунків у плануванні та постачанні медичного обладнання, а також недосконалості порядку централізованих закупівель лікарських засобів та медичного обладнання. Упродовж 2005–2010 рр. видатки на централізовані закупівлі лікарських засобів становили 5,8 млрд. грн. з Державного бюджету та 593 млн. грн. з місцевих. Зазначені обсяги коштів задовольнили менше 50 % загальної потреби у лікарських засобах лікувально-профілактичних установ країни. Проте ці цифри не є об'єктивними, адже, як правило, планування видатків здійснювалося з порушеннями. Надання заявок лише в межах заздалегідь визначеного переліку лікарських засобів та в рамках доведеної до кожної області квоти обмежувало всебічний аналіз потреб регіонів.

Наприклад, для забезпечення потреб 42 % загальної кількості онкологічних диспансерів і центрів та 53 % інших лікувально-профілактичних закладів одинадцяти регіонів слід було придбати ліків на суму 264,5 млн. грн. Однак загальна вартість їх заявок не перевищувала 45 млн. грн. (17 % від потреби). Загалом по Україні відповідно до встановленого переліку було замовлено препаратів на 8,5 млн. грн. менше від граничних обсягів видатків [123, с. 20].

На виконання програм та заходів плануються кошти у бюджетах різних рівнів. За кошти державного бюджету, головним розпорядником яких є Міністерство охорони здоров'я закуповують в основному лікарські засоби та медичне обладнання. На місцеві бюджети покладається утримання спеціалізованих закладів, відділень та кабінетів.

Аналізуючи здійснення контрольних заходів Рахунковою палатою та ДФІ України у 2005–2010 рр., виявляємо, що основними причинами неефективного використання бюджетних коштів та втрат фінансових ресурсів, є:

1. Відсутність належного моніторингу рівня забезпечення медичних установ лікарськими засобами та медичним обладнанням, недосконале

фінансове планування та зволікання з перерозподілом невикористаних медикаментів спричинює їх неефективне використання. Неврахування МОЗ та регіональними управліннями охорони здоров'я реальних потреб лікувально-профілактичних закладів під час розподілу медичних препаратів зумовило факт, що лише при поставці та розподілі онкологічних препаратів на рівні обласних управлінь охорони здоров'я у 2006–2007 рр. їх сума на 10,2 млн. грн. перевищила суму заявок установ на ці препарати, у тому числі на 7,5 млн. грн. було поставлено та розподілено препарати, яких не замовляли. Водночас до цих закладів недопоставлено інших необхідних препаратів загальною вартістю 21,8 млн. грн., у тому числі – замовлених препаратів на суму 17,2 млн. грн. Внаслідок закупівлі медичних препаратів в обсягах, які суттєво перевищують потребу в них, створено загрозу їх псування через закінчення термінів придатності на суму майже 9 млн. грн. Залишки медикаментів вчасно не розподілялися між регіонами, в результаті за останні 2 роки знищено медикаментів з простроченим терміном зберігання на суму 130,6 тис. грн. [123, с. 20]. Централізовані закупівлі та розподіл лікарських засобів понад заявлену потребу спричинили нагромадження препаратів одного виду за відсутності іншого. Сама процедура складання й подання заявок є досить формальною. Наприклад, бюджетний запит на 2010 р. МОЗ надіслало до Міністерства фінансів в липні, а заявки від регіонів зібрало через три місяці після цього. Крім того, номенклатуру лікарських засобів для закупівлі за рахунок спеціально виділених коштів з Державного бюджету Міністерство сформуло за відсутності детальних економічних розрахунків, які б ґрунтувалися на прогнозних показниках захворюваності та клінічних протоколах лікування. У результаті у лікувальних закладах, на складі ДП «Укрвакцина» та постачальників утворено запаси закуплених ліків і виробів медичного призначення на суму 236,2 млн. грн., або 92 % від централізовано закуплених.

2. Суттєві бюджетні правопорушення спричинила відсутність моніторингу порівняльних цін на лікарські засоби та медичне обладнання

[123,с. 20; 179,с. 20;]. Згідно з аналізом, проведеним Підкомітетом з питань планування бюджетних програм та контролю за використанням бюджетних коштів в охороні здоров'я Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, ціни, за якими МОЗ закуповує протитуберкульозні препарати, у середньому у 2–3 рази, а окремі – у 20 разів дорожчі за світові ціни. Така ж ситуація із закупівлею медичного обладнання. Наприклад, за централізованої закупівлі медичного обладнання для закладів охорони здоров'я тільки за однією з бюджетних програм «Забезпечення медичних заходів по боротьбі з туберкульозом, профілактики та лікування СНІДу, лікування онкологічних хворих» за 10 найменуваннями лікувально-діагностичної апаратури допущено перевищення вартості фактичної закупівлі над ринковою ціною на 13,6 млн. грн., або на 41,1 % [179, с. 21].

3. Недосконалим є порядок централізованих закупівель та поставок медичного обладнання. Найбільш характерними порушеннями щодо закупівель були ті, які безпосередньо стосуються конкурентності та прозорості державних закупівель, а саме: правильного вибору процедур закупівель, переваги відкритих торгів перед іншими процедурами, вибору критеріїв для оголошення переможця з точки зору законності та ефективності витрачання бюджетних коштів, тобто правових норм, правильне та неухильне виконання яких запобігає проявам корупції у цій сфері. Немає чіткого визначення поняття «предмет закупівлі», що дозволяє дрібнити обсяги закупівель на партії і, як наслідок, уникати тендерних процедур, що спричинює додаткові витрати державних коштів.

У ході проведення Рахунковою палатою контрольних заходів було виявлено порушення норм Законів України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» від 22.02.2000 р. №1490-III та «Про здійснення державних закупівель» від 1.06.2010 р. № 2289-VI у кожному четвертому випадку. За 2006–2010 рр. загальний обсяг таких правопорушень склав 1096,2 млн. грн. У 2008 р. порівняно з 2007 р. загальний обсяг таких правопорушень збільшився на 248,3 млн. грн. і склав 510,6 млн. грн. або 10,8% загальної суми

виявлених бюджетних правопорушень [50]. У 2009-2010 рр. було здійснено закупівлю лікарських засобів, виробів медичного призначення та медобладнання з порушенням вимог законодавства, без проведення тендерним комітетом торгів з придбання цих засобів за відповідною процедурою на загальну суму 332,3 млн. гривень. Крім того, у результаті неналежного проведення тендерних процедур МОЗ використало коштів державного бюджету в сумі 12,3 млн. грн. на оплату 27 санітарних автомобілів у комплекті з медобладнанням, не зареєстрованим в Україні і, що не можуть використовуватись у медичній практиці. Як наслідок, медичні заклади необхідними автомобілями не забезпечені, а призначені на цю мету кошти використані неефективно [50].

За даними ДФІ та Рахункової палати України, на централізовані закупівлі лікарських засобів та медичного обладнання у 6 регіонах України (АР Крим, Донецька, Закарпатська, Луганська, Тернопільська області та м. Київ) протягом 2006–2010 рр. неефективно використано 235,5 млн. грн., а Міністерством охорони здоров'я – 91,3 млн. грн. коштів Державного бюджету [177, с. 20-21; 50]. Наприклад, аудитом ефективності організації у Донецькій області профілактики і лікування профзахворювань та виробничого травматизму, спричинених роботою на підприємствах зі шкідливими умовами праці, та використання коштів державного бюджету на цю мету встановлено факти неефективного використання коштів держбюджету на капітальні видатки в державному закладі «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України» м. Костянтинівка, зокрема не введено в експлуатацію закупленого медичного обладнання загальною вартістю 4,6 млн. грн. В експлуатацію станом на 30.03.2010 не введено лабораторного обладнання на суму 0,9 млн. грн. Крім того, за відсутності контролю з боку МОЗ та невчасного доведення розпоряджень щодо поставок обладнання, регіональними органами охорони здоров'я понад три місяці не було створено умов для введення в експлуатацію 830 одиниць медичного обладнання вартістю 8,7 млн. грн., закупленого у

централізованому порядку, яке не потребувало підготовки спеціальних приміщень і закуповувалося для надання невідкладної медичної допомоги хворим на грип, ГРВІ та їх ускладнення. Внаслідок цього Міністерством охорони здоров'я неефективно витрачено 9,6 млн. грн.

5. Видатки здійснюються за відсутності затверджених державних цільових програм, у зв'язку з чим виявлено порушення щодо використання коштів Державного бюджету, – на виконання заходів з імунопрофілактики населення на суму 50 млн. грн., на централізовану закупівлю обладнання для закладів охорони здоров'я – на суму 7,6 млн. грн.

6. Виявлено нецільове використання коштів Державного бюджету України на утримання неакредитованих закладів охорони здоров'я, що здійснювали свою діяльність без ліцензій та на медичне обслуговування прикріпленого населення, працівників міністерств, відомств, інших підприємств, виділених Міністерству охорони здоров'я України у 2006–2010 рр. на суму 652,2 млн. грн.

7. Виявлено, що всупереч вимогам статті 35 Бюджетного кодексу України, Міністерством охорони здоров'я подано до Міністерства фінансів бюджетні запити, які містять недостовірні дані щодо використання коштів загального фонду державного бюджету на забезпечення спеціалізованою і високоспеціалізованою медичною допомогою населення України та включають видатки на утримання 15 закладів охорони здоров'я, не віднесених до затвердженого Урядом Переліку закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету. Крім того, за рахунок зазначених коштів Міністерством заплановано та проведено видатки на утримання лікарських і фельдшерських здоров'я пунктів та медичного персоналу зуботехнічних лабораторій і ортопедичних відділень медичних закладів, що за законодавством здійснюються за рахунок коштів підприємств та власних надходжень бюджетних установ.

Основна робота органів ДФІ зосереджена на ревізіях фінансово-господарської діяльності комунальних установ охорони здоров'я, на аудитах ефективності використання бюджетних коштів, контролі за порядком проведення процедур закупівлі.

Аналіз структури фінансових порушень, виявлених працівниками ДФІ України протягом 2007–2009 рр. в установах охорони здоров'я, засвідчив, що обсяги фінансування становили лише 0,56 % у 2007 р., 0,52 % – в 2008 р., та 0,58 % у – 2009 р. У 2009 р. в структурі порушень, що спричинили збитки, основна частина припадає на незаконні видатки із заробітної плати й нарахування на неї (20,3 %), завищення вартості (обсягів) виконаних будівельно-ремонтних робіт (19 %), відшкодування витрат сторонніх юридичних осіб (15,3 %), нецільове витрачання коштів (10,1 %). Крім того, виявлено поодинокі факти порушень при використанні медикаментів, продуктів харчування та їх обліку [215, с. 40]. Такий стан справ швидше пов'язаний не з відсутністю порушень як таких, а з проблемами у їх виявленні, адже при здійсненні контролю у цій сфері працівники користуються нормативно-правовими акти, виданими ще за Радянського Союзу. Це, наприклад, стосується натуральних норм на харчування, порядку обліку продуктів харчування та медикаментів [150; 151]. На сьогодні немає затверджених стандартів (клінічних протоколів) призначень лікарських засобів, діагностичних та лікувальних процедур, які б дали змогу проконтролювати їх витрачання; а також грошові норми витрат як на медикаменти, так і на харчування теж відсутні.

Схожі результати отримано внаслідок контрольно-ревізійних дій, проведених працівниками ДФІ в Тернопільській обл. Основна частина невідповідностей припадає на порушення при плануванні доходів і видатків бюджетних установ, які, в свою чергу, стають причиною нецільового використання бюджетних коштів.

До основних показників роботи органів ДФІ відносять кількість проведених ревізій і перевірок; виявлені незаконні і не за цільовим

призначенням проведені витрати, недостачі (розкрадання) грошових коштів і матеріальних цінностей, інші порушення фінансової дисципліни, притягнення до адміністративної відповідальності посадових осіб та ін.

Так, за даними ДФІ в Тернопільській обл. протягом 2005–2010 рр. відділом контролю у сфері охорони здоров'я перевірено 155 бюджетних установ. На 137 з них виявлено фінансових порушень на суму 24686,29 тис. грн. (дод. Ф). Динаміка виявлених та відшкодованих фінансових порушень за 2004–2011 рр. зображено у таблиці 2. 10. У 2005 р. відбулося суттєве скорочення обсягів виявлених фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів порівняно з 2004 р. – у 6,5 рази, в основному, за рахунок зменшення кількості незаконних та нецільових витрат бюджетних коштів. Це, насамперед, пов'язано з затвердженням Роз'яснення економічної класифікації видатків бюджету наказом Державного казначейства України від 04.11.2004 №194, яке допомогло уникнути фактів неправильного планування та використання коштів установами охорони здоров'я. Проте це роз'яснення не усунуло всіх недоліків фінансового планування, що стало причиною подальшого збільшення фактів виявлених фінансових порушень, зокрема нецільового та незаконного використання коштів. З 2005 по 2011 рр. спостерігаємо зростання кількості виявлених фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів у 13,5 рази – з 333,8 до 4502,2 тис. грн. Питома вага усунутих фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів зменшилася з 97,2 до 44,4 %. Динаміка фінансових порушень, що не призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів є не стабільною. Найбільше значення було у 2008 р. і складало 5699,8 тис. грн. Питома вага усунутих фінансових порушень, що не призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів зменшилася зі 100 % у 2004 р. до 40,3 % у 2011 р. У структурі виявлених фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів найбільшу частку займають недоотримані фінансові ресурси. Динаміка недоотриманих фінансових ресурсів за 2004-2011 рр. має тенденцію до зростання. Внаслідок

порушень при плануванні коштів за надходження від оренди, за фактами надання платних послуг та ін., у 2011 рр. недоотримано фінансових ресурсів на суму 2659,1 тис. грн. за загальним та спеціальним фондами. Найбільш поширеними порушеннями щодо орендної плати були неврахування індексу інфляції при визначенні орендної плати; вартість спожитих і відшкодованих орендарями енергоносіїв не відшкодовувалася за рахунок коштів спеціального фонду, а видатки здійснювались за рахунок коштів загального фонду кошторису медичних закладів.

Протягом 2005–2011 рр. спостерігаємо зростання незаконних витрат бюджетних коштів. Нецільові витрати бюджетних коштів знизилися. Найбільше порушень припадає на нецільові видатки при плануванні та використанні коштів на оплату праці та нарахування на неї, незаконні виплати компенсації щорічної відпустки за відпрацьований час без надання такої відпустки; порушення при нарахуванні заробітної плати внаслідок неправильної тарифікації – визначення посадових окладів з неправильним врахуванням кваліфікаційної категорії; невчасне проходження персоналом стажування та атестації для підтвердження (присвоєння) звання лікаря-спеціаліста.

Мали місце незаконні виплати заробітної плати та нарахування на неї медпрацівникам за проведені платні медичні огляди громадян за рахунок загального фонду, в той час як вони мали бути проведені за рахунок спеціального фонду. Мають місце порушення щодо визначення вартості будівельно-монтажних робіт, щоправда їх частка в загальній сумі порушень не є високою, що пов'язано з невеликими видатками на ці цілі.

Недостачі та розкрадання грошових коштів і матеріальних цінностей за звітний період склали менше 1 % у складі виявлених збитків. Вказаними ревізіями протягом 2004–2011 рр. встановлено також інших порушень фінансової дисципліни на 18933,26 тис. грн.

**Динаміка виявлених та усунутих фінансових порушень у закладах охорони здоров'я
Тернопільської області у 2004-2011 рр.***

(тис. грн.)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Виявлено фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів	2154,12	333,8	299,55	562,37	939,70	2403,76	1260,65	4502,2
1.Недоотримано фінансових ресурсів, в т.ч.	6,23	87,86	54,75	159,56	46,83	1041,79	288,90	2659,1
-за заг.фондом бюджету	-	1,12	0,22	-	-	751,55	61,73	836,0
-за спец.фондом бюджету	-	21,6	54,53	109,07	15,17	252,97	71,37	874,6
2.Нецільові витрати коштів	-	26,3	33,8	-	108,62	-	116,60	40,2
3.Незаконні витрати коштів	2154,02	150,01	113,23	402,71	639,20	1360,82	854,97	1800,7
4.Недостачі	0,1	0,18	12,92	0,1	91,76	1,15	0,18	2,24
Відшкодовано втрат фінансових і матеріальних ресурсів, допущених внаслідок порушень законодавства	2094,53	256,37	141,40	418,17	498,70	914,56	828,48	1997,6
<i>Питома вага усунутих фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів у виявлених, %</i>	97,2	76,8	47,2	74,4	53,1	38,1	65,7	44,4
Виявлено фінансових порушень, що не призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів	48,11	3144,81	604,5	2151,12	5699,76	4611,81	2674,46	1111,7
1. Завищення кредиторської заборгованості	1,4	11,99	5,11	17,47	37,20	46,66	-	-
2. Завищення потреби в бюджетних коштах, що не профінансовано	18,85	30,73	23,27	1,2	122,48	102,08	412,80	48,9
3. Заниження вартості активів	25,73	2866,29	271,95	1046,25	5145,26	3034,44	1968,79	279,7
4. Незаконні операції, що не призвели до втрат коштів, в т.ч.:	2,13	-	20,47	385,60	77,89	424,45	61,47	658,7
оплата вартості товарів, робіт і послуг без проведення процедур закупівлі	-	-	-	341,80	68,92	424,45	-	658,7
Усунуто фінансових порушень, що не призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів	48,11	3112,18	572,05	1737,72	5344,24	4119,65	2211,13	448,1
<i>Питома вага усунутих фінансових порушень, що не призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів у виявлених, %</i>	100	99,0	94,6	80,8	93,8	89,3	82,7	40,3
Всього виявлених фінансових порушень	2202,23	3478,61	904,05	2713,49	6639,46	7015,57	3935,11	5613,9
Усунуто фінансових порушень	2142,63	3371,65	743,14	2155,89	5842,94	5034,21	3039,61	2445,7
Питома вага усунутих фінансових порушень у загальній сумі виявлених, %	97,3	96,9	82,2	79,5	88,0	71,8	77,2	43,6
Не усунуто фінансових порушень	113,83	106,96	160,9	493,8	796,52	1981,36	895,5	3168,2

* Складено автором на основі даних [48].

За допущені порушення працівниками ДФІ в Тернопільській обл. складено 216 протоколів про адміністративне правопорушення за порушення законодавства з фінансових питань та за порушення бюджетного законодавства. За результатами ревізій застосовано 74 фінансові санкції, з яких у 56-ти випадках застосовано зупинення операцій з бюджетними коштами, у 18-ти випадках – зменшення бюджетних асигнувань. Знайдено недоліки у плануванні роботи, визначенні об'єктів контролю з ризиковими операціями, про що свідчать незначні порушення, що призвели до втрат, встановлені контрольними заходами. У разі виявлення під час контрольних заходів правопорушень органи ДФІ ініціюють призупинення бюджетних асигнувань, зупинення операцій з бюджетними коштами, зменшення бюджетних асигнувань та накладення на посадових осіб адміністративних стягнень, а також приймають вимоги про повернення до відповідного бюджету суми субвенції, якщо мало місце використання її не за цільовим призначенням. За результатами державного фінансового аудиту, у разі виявлення фактів порушення законодавства, що містять ознаки злочину, органи Державної фінансової інспекції зобов'язані інформувати правоохоронні органи. У випадках виявлення інших порушень органи ДФІ можуть лише давати рекомендації щодо їх усунення керівнику підконтрольної установи.

Переважну більшість виявлених фінансових правопорушень встановлено за результатами наступного контролю, що не завжди дає змогу досягнути високих показників результативності. Незважаючи на позитивну динаміку щодо виявлених фактів фінансових порушень, у 2005-2011 рр. не вдалося зберегти високі показники усунутих фінансових порушень. Навпаки, останні мають тенденцію до зниження. Показники усунутих фінансових порушень знизилися до 43,6 % у 2011 р. порівняно з 96,9 %; 88,0 % та 89,2 % у попередні роки. Таке зниження мало місце у 2009 р. – за рахунок відшкодованих не в повному обсязі незаконних витрат на суму 855,5 тис. грн., (виявлено – 1360,82 тис. грн.), у 2010 р. – 528,61 тис. грн. (виявлено – 854,97 тис. грн.); а також недоотримано фінансових ресурсів на суму 1041,79 тис. грн. у 2009 р., з яких

надійшло 58,0 тис. грн. та 288,9 тис. грн. у 2010 р., з яких надійшло 237,1 тис. грн.

Як свідчить практика, незаконні витрати та недостачі можуть бути повернуті і, як правило, вони повертаються в наступних періодах. Проте забезпечити результативність контролю за державними закупівлями часто неможливо, оскільки договори укладено, поставки здійснено, розрахунки проведено. В такій ситуації не вдається відшкодувати збитки, оскільки учасниками процедур закупівель часто виступають приватні фіктивні фірми, фірми-одноденки. Крім того, має місце оплата та поставка товару без проведення процедур закупівлі, що теж є фінансовим порушенням, виправити яке немає можливості. Такі результати засвідчують необхідність зростання ролі внутрішнього та поточного фінансового контролю. Метою повинно стати не лише виявлення порушень, а й попередження формального проведення процедур, запобігання укладенню фіктивних договорів, закупівлі за завищеними цінами, здійсненню незаконних видатків.

Як свідчить аналіз структури здійснених контрольних заходів, низка питань залишилася поза фінансовим контролем, що насамперед, пов'язується з недосконалістю чинного законодавства у сфері управління фінансами та ведення бухгалтерського обліку в галузі охорони здоров'я. Неврегульованими чинним законодавством і часто залишеними поза фінансовим контролем є питання дотримання норм використання медикаментів, продуктів харчування, отримання ліків на безплатній чи платній основі, в тому числі за фактами клінічних досліджень та ін. Недостатньо врегульованими, а отже, недостатньо охопленими контролем є й питання встановлення переліку платних послуг та правильності калькуляції їх вартості, обліку та порядку використання медикаментів, натуральних норм витрат продуктів харчування, миючих засобів та ін. [215, с. 41].

Результати аналізу контрольних заходів, проведені державними контролюючими органами, дали змогу зробити висновки, що аудит є новим прогресивним методом фінансового контролю в Україні, який мають право

проводити як органи ДФІ (в їх складі є відділи аудиту), так і Рахункова палата України. Результати аудитів є вичерпними, інформативними, дають можливість виявити слабкі місця в організації управління фінансами, виявити факти нецільового, неефективного, нераціонального використання фінансових ресурсів. Однак, не завжди вдається усунути виявлені порушення, відшкодувати завдані збитки, що пов'язано як з об'єктивними причинами, так і з відсутністю у контролюючих органів важелів впливу, адже їх робота має швидше рекомендаційний характер, і зобов'язати винних осіб виконувати приписи не завжди вдається, хоч вимоги керівників Рахункової палати та посадових осіб її апарату та працівників відділів аудиту ДФІ, пов'язані з виконанням ними своїх службових обов'язків, є обов'язковими для всіх державних органів, підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності і підпорядкування. В цьому напрямку працівникам контролюючих органів доцільно розширити повноваження, а також забезпечити тіснішу та результативнішу співпрацю з правоохоронними органами.

Аналіз повноважень основних суб'єктів фінансового контролю та результатів їх діяльності засвідчує, що в Україні переважає наступний контроль у формі ревізій і перевірок фінансово-господарської діяльності установ та організацій та аудитів ефективності використання бюджетних коштів (фінансових ресурсів). Провідне місце належить органам ДФІ України, які наділені найширшими повноваженнями у цій сфері. Підконтрольними органам являються від установ і закладів, які утримуються на бюджетах сільських, селищних і міських (районного значення) рад до міністерств та інших центральних органів влади. Важливе місце у сфері зовнішнього наступного контролю належить Рахунковій палаті України, функції якої обмежені сферою використання коштів Державного бюджету. Частка попереднього контролю є несуттєвою через нерозвиненість цієї форми. Частково попередній та поточний контроль здійснюється органами Державної казначейської служби України та фінансовими органами на етапах складання кошторисів та планів асигнувань, взяття зобов'язань та оплати рахунків. Однак лєвова частка припадає на ревізії

перевірки та аудити, які здійснюються органами ДФІ, Рахунковою палатою та відомчими ревізори, превалюють заходи наступного контролю, які здійснюються через значний час після прийняття управлінського рішення чи проведення господарської операції [161, с. 47]. Досі переважають фіскальні форми контролю, що проводяться сторонніми для об'єкта контролю органами з метою встановлення фінансових порушень, а не вивчення причин їх виникнення. Наприклад, тільки органами ДФІ в Тернопільській обл. щороку в середньому здійснюється по 30 контрольних заходів у сфері охорони здоров'я, обсяг охоплених контрольними заходами державних закупівель та фінансових і матеріальних ресурсів за якими у 2010 р. зріс в 1,7 раза порівняно з 2005 р. Частка закладів, де виявлено фінансові порушення складає в середньому 91 % (дод. Ф).

В Україні відсутній рамковий закон про фінансовий контроль, який би визначав би базову структуру, суб'єкти та об'єкти контролю, узгоджував би повноваження органів фінансового контролю з метою уникнення дублювання функцій та забезпечення дієвості та результативності останнього. Також відсутнє загальне законодавче визначення сутності та процедур контролю в системі діяльності органів державного сектора.

Немає закону про систему державного фінансового контролю, який унормував би усі найважливіші складові державного фінансового контролю, визначив основоположні принципи функціонування системи державного фінансового контролю в Україні, оскільки саме вони визначають місце і статус кожного окремого органу фінансового контролю.

Для створення єдиної системи державного фінансового контролю в Україні, яка б відповідала загально визнаним міжнародним стандартам і найкращій практиці ЄС, необхідно виробити єдині концептуальні підходи до її побудови та розробки на їх основі загального закону про державний фінансовий контроль, який би передбачав чітке розмежування зовнішнього аудиту і контролю, який здійснюється Рахунковою Палатою, та державного внутрішнього фінансового контролю, що здійснюється урядовими

контролюючими органами. Ці два види контролю повинні створити в сукупності єдину систему за загально визнаними міжнародними стандартами аудиту державних фінансів.

Проблема правової невизначеності цілісної системи державного фінансового контролю частково вирішується окремими законами та численними підзаконними нормативно-правовими актами, де окреслено контрольні повноваження і процедури для окремих органів, основною або однією з відокремлених функцій діяльності яких є контроль за фінансово-господарською діяльністю установ, організацій та інших сторін функціонування сфери охорони здоров'я. Не здійснюється незалежний фінансовий контроль (аудит) ефективності реалізації економічних і соціальних проектів в сфері охорони здоров'я, що підтримуються міжнародними фінансовими організаціями. Не функціонує взаємопов'язана система внутрішнього та зовнішнього, попереднього, поточного і подальшого контролю за проведенням державних закупівель. Законодавство України не передбачає належного відшкодування втрачених державних ресурсів та відповідальності посадових осіб за порушення фінансової дисципліни, неефективне використання фінансових ресурсів. На сьогодні законодавчо передбачена лише адміністративна відповідальність за вчинені порушення у сфері державних закупівель, що часто є суттєво меншою за розміри завданих державі збитків [28, с. 49].

Недостатньо розвинений і внутрішній (управлінський) фінансовий контроль, який повинен був би базуватися насамперед на відповідальності керівника за усі сторони фінансово-господарської діяльності. Керівники часто не усвідомлюють, що саме вони персонально відповідають за стан фінансово-бюджетної дисципліни, збереження та ефективного використання фінансових ресурсів у галузі охорони здоров'я. У країнах Європейського Союзу така позиція давно вважається нормою і незаперечним правилом.

Внутрішній фінансовий контроль може ефективно здійснюватися лише за умови, коли в державі буде створена єдина система державного фінансового

контролю. Забезпечення функціонування відокремленої системи державного внутрішнього фінансового контролю неможливе без створення засад єдиної цілісної системи державного фінансового контролю.

Висновки до розділу 2

Аналіз практики та проблем управління фінансами охорони здоров'я в Україні дає змогу зробити певні висновки:

1. Фінансове прогнозування і планування у галузі охорони здоров'я базується на системі норм та нормативів, що не відображають реальної потреби медичних закладів у матеріальних, трудових та фінансових ресурсах. Недосконалий механізм бюджетного планування, який передбачає планування за принципом вертикальної підпорядкованості, відсутня єдина методологія стратегічного планування; посилення централізації бюджетного планування негативно позначається на фінансовому плануванні та прогнозуванні в галузі охорони здоров'я. Формульний розрахунок, що застосовується при плануванні видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів, є недосконалим. Фінансові нормативи бюджетної забезпеченості, які складають основу діючої формули, не мають наукового підґрунтя і не враховують реальних потреб медичних закладів, а призначені для розподілу трансфертів.

2. Існують протиріччя між зростаючими потребами галузі, медичних установ і населення у високоякісній медичній допомозі та можливостями її забезпечення за рахунок бюджетних коштів. Недосконалими є пропорції розподілу фінансових ресурсів між бюджетами та рівнями надання медичної допомоги. Основним джерелом фінансових ресурсів охорони здоров'я є кошти місцевих бюджетів (найбільша частка належить обласним бюджетам), що свідчить про перенесення акцентів у фінансуванні охорони здоров'я на регіональний рівень. Потреба людей у ПМСД найбільша, на її фінансування використовується менше 10 % від загальної суми видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів, що приблизно в 3 рази менше, ніж використовують на практиці країни Європи.

3. Діяльність щодо оперативного управління фінансами обмежується чинною системою казначейського виконання бюджетів і зводиться в основному до внесення змін до кошторисів та планів асигнувань за умови прийняття такого рішення фінансовим органом чи відповідною місцевою радою. Повноваженнями щодо оперативного управління фінансами закладів охорони здоров'я наділені їх керівники, однак через низький рівень фінансової та управлінської автономії вони обмежені в правах. Головні лікарі недостатньо володіють знаннями про сучасні форми і методи фінансового менеджменту, тому актуальною є зміна методів та форм управління фінансами медичних установ. Некомерційна діяльність закладів охорони здоров'я не дає суттєвих доходів, оскільки процес надання платних послуг потребує відповідної матеріальної бази і додаткових інвестицій. Власні надходження медичних закладів складають 5–6 % у структурі джерел фінансування та залучаються для забезпечення фінансової стійкості установ.

4. Удосконалення потребує система фінансового контролю. Як свідчить аналіз структури здійснених контрольних заходів, низка питань залишилася поза фінансовим контролем, що насамперед пов'язується з недосконалістю чинного законодавства у сфері управління фінансами та ведення бухгалтерського обліку в галузі охорони здоров'я. Не функціонує взаємопов'язана система внутрішнього та зовнішнього, попереднього, поточного і подальшого контролю за здійсненням державних закупівель. Законодавство України не передбачає належного відшкодування втрачених фінансових ресурсів та належної відповідальності посадових осіб за порушення фінансової дисципліни.

5. Основні наукові результати розділу опубліковано в працях автора [106; 108; 112; 115; 116; 117; 118; 121].

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Тенденції та суперечності застосування моделей управління фінансами охорони здоров'я у світовій економіці

Як свідчить досвід зарубіжних країн, проблеми удосконалення управління фінансами охорони здоров'я постійно перебувають у центрі уваги держав і мають за мету покращити надання медичних послуг шляхом раціонального використання обмежених ресурсів.

Забезпечення сталого та достатнього за обсягами фінансування є запорукою належного функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні. Проте, як свідчить світовий досвід, системи охорони здоров'я різних країн тією чи іншою мірою зіштовхуються з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. Зважаючи на соціальну значущість системи медичного обслуговування та відповідні зобов'язання держави перед своїми громадянами, уряди змушені шукати та застосовувати різноманітні заходи, спрямовані на покращення фінансування цієї галузі [165, с.3].

Збільшення фінансування, на недостатності якого наголошує одна частина науковців, без підвищення ефективності використання фінансових ресурсів не покращить стану справ у галузі. Як свідчать дані ВООЗ, сукупні видатки на охорону здоров'я в країнах з розвинутою ринковою економікою і в країнах з економікою, що розвивається, за останні десятиліття суттєво зросли в зв'язку зі старінням населення і розвитком та впровадженням новітніх лікувально-діагностичних технологій, зростанням цін на медичні препарати та обладнання. З 1970 р. видатки на охорону здоров'я на душу населення в країнах з розвинутою ринковою економікою збільшилися в 4 рази, дві третини з яких склали державні видатки. Загальні видатки держав зросли в середньому на 4% від ВВП. Незважаючи на таке зростання видатків, країни відчувають

дефіцит ресурсів, тому актуальними стали стратегії стримування витрат і здійснення реформ, спрямованих на покращення фінансового забезпечення галузі шляхом більш ефективного розподілу та використання обмежених фінансових ресурсів.

Щоб скласти уявлення про сучасні тенденції управління фінансами охорони здоров'я у світі, слід охарактеризувати такі аспекти:

- модель фінансового забезпечення охорони здоров'я;
- способи та методи розподілу фінансових ресурсів;
- статус фондів, які акумулюють кошти;
- статус установ охорони здоров'я та лікарів, які надають медичні послуги.

Залежно від переваг одного з джерел коштів, виокремлюють наступні основні моделі фінансового забезпечення. Серед них:

1. Платна (або приватна) модель охорони здоров'я, заснована на ринкових принципах, у якій послуги охорони здоров'я вважаються приватним благом. Медична допомога надається переважно на платній основі за рахунок самого споживача медичних послуг.
2. Державна медицина з бюджетною системою фінансування або модель Беверіджа (її ще називають Скандинавською або Британською моделлю), суть якої полягає в тому, що ресурси збираються через загальну податкову систему, при цьому використовується стандартне адміністрування, а також сучасні управлінські методи. Крайнім проявом державної моделі була модель Семашка (одержавлена, радянська, соціалістична), яка фінансувалася виключно з державного бюджету, базувалася на загальних податках, контролювалася державою через систему централізованого планування і управління, характеризувалася відсутністю приватного сектора.
3. Модель Бісмарка, або соціально орієнтована система охорони здоров'я, заснована на принципах соціального страхування і регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування [26; 58; 173].

Кошти можуть акумулюватися державою, страховими організаціями в обов'язковому (добровільному) порядку шляхом збору податків, як прямих, так і специфічних акцизів на окремі товари, податків на специфічні фактори виробництва, страхових платежів, шляхом безпосередньої оплати пацієнтами послуг, через благодійні пожертви. Різні країни не однаково поєднують методи, а їх комбінації визначають чутливість фінансового забезпечення до змін в економічній ситуації у країні.

У першій моделі основою організації охорони здоров'я є приватний ринок медичних послуг, що доповнюється державними програмами медичного обслуговування бідних «Medicaid» і пенсіонерів «Medicare», функціонує у США [173]. Таку модель зазвичай називають платною, ринковою, американською, іноді – системою приватного страхування.

Друга модель характеризується винятковою роллю держави. Ця модель із 1930-х рр. до недавнього часу була притаманна Україні, іншим республікам колишнього СРСР, країнам Східної Європи. З 1948 р. вона існує у Великобританії, є характерною також для Ірландії (1971 р.), Данії (1973 р.), Португалії (1979 р.), Італії (1980 р.), Греції (1983 р.) та Іспанії (1986 р.). Її називають державною, бюджетною, держбюджетною. Частка бюджетного фінансування в усіх ресурсах складає від 60 % до 90 % [68]. Наприклад, у Швеції за рахунок бюджетних ресурсів відшкодовується 91 % витрат на медичне обслуговування, в Італії – 87 %, Канаді – 76 % [92]. У Великобританії з бюджетів усіх рівнів 84 % витрат на медичне обслуговування. Додатковим джерелом є внески на соціальне страхування, що обчислюються у вигляді відсотка від фонду оплати праці. Приблизно 4% коштів НСОЗ формуються із додаткових платежів населення (в основному за виписування й оплату частини вартості ліків в аптечній мережі). Загальне співвідношення між суспільним і приватним фінансуванням медичної допомоги складає відповідно 85 % і 15 % бюджету. Приватним страхуванням охоплена лише невелика частина населення [92, с.3-4].

Третю модель визначають як соціально-страхову або систему регульованого страхування здоров'я, що часто ідентифікується як «німецька (або Бісмаркська) модель». Вона є типовою для більшості економічно розвинених країн, найяскравіше представлена охороною здоров'я Австрії, Бельгії, Голландії, Канади, Нідерландів, Франції, Швейцарії, Японії. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає у Німеччині (78 %), Італії (87 %), Франції (71 %), Швеції (91 %), Японії (73 %) та ін. [31]. У третю модель включені ознаки і державної, і ринкової моделей. Залежно від того, які параметри переважають, соціально- страхова модель може бути ближчою або до державної, або до ринкової. Саме тому масштаби державного сектора в країнах, що використовують цю модель, суттєво відрізняються. Наприклад, соціально-страхові моделі систем охорони здоров'я країн Скандинавії і Канади мають багато спільного з державною моделлю, так як важлива роль у них відводиться державному сектору.

Модель соціального страхування поширена у центральній частині Європи. Бюджетні надходження до систем охорони здоров'я здійснюються шляхом державних закупівель або державних трансфертів. За їх допомогою держава оптимізує індивідуальне споживання, так як при державних закупівлях відбувається перерозподіл ресурсів від приватного споживання товарів та послуг до суспільного споживання [92, с.3].

Системи таких країн, як Ізраїль, Туреччина спочатку були побудовані на страхових механізмах і трансформувалися у національні системи охорони здоров'я. Греція, Італія Португалія, Іспанія недавно почали переходити від страхового до бюджетного фінансування. Країни Центральної і Східної Європи та СНД недавно перетворили свої системи державного фінансування, в основному, в страхові системи [91, с.4].

Коли повноваження зі встановлення податків передаються органам нижчого рівня (регіональним, місцевим органам управління), може мати місце особливий механізм географічного перерозподілу коштів. Делегування повноважень щодо збору коштів, як правило, супроводжується делегуванням

відповідальності за закупівлю і надання послуг. За такими принципами організовано охорону здоров'я в Скандинавських країнах, Данії, Болгарії, Італії [96, с. 37]. У кожній країні складається система фінансування, що відображає співвідношення економічних інтересів, особливості конкретної історичної, політичної, соціально-економічної ситуації. Проте для характеристики фінансування охорони здоров'я, її переваг і недоліків лише такого підходу недостатньо. Існують інші способи систематизації різних аспектів діяльності систем охорони здоров'я, включаючи розподіл податкового навантаження, розміщення ресурсів охорони здоров'я та ін. Системна характеристика деяких з цих аспектів залежить не тільки від того, як формуються фінансові ресурси галузі, а й від способів та методів розподілу і оплати послуг постачальників. Наприклад, у Канаді, Фінляндії, Швеції і Великобританії постачальники організовані й оплачуються абсолютно по-різному, при чому, в усіх цих країнах діють системи охорони здоров'я, що фінансуються переважно з податкових надходжень [91, с.4].

Намагаючись контролювати зростання затрат і досягнути більш ефективного використання ресурсів, окремі країни змінюють свої системи відшкодування затрат. Рівень оплати і ціни можуть встановлюватися в адміністративному порядку або шляхом переговорів між державними органами, фондами соціального страхування, приватними страховими товариствами, лікарями, пацієнтами і/або роботодавцями.

Успіх реформування охорони здоров'я, досягнення прийняттого рівня медичної допомоги і показників здоров'я населення багато в чому визначаються правильністю вибраної моделі фінансування, адекватної соціально-економічним і політичним умовам [133, с.47]. Проте й інші принципи управління фінансами галузі відіграють не меншу роль. Способи розподілу фінансових ресурсів та форми оплати послуг медичних установ і працівників впливають на доступність, вартість та якість допомоги. В системах із бюджетним фінансуванням методи оплати впливають на розподіл та ефективність використання ресурсів у межах обмежених бюджетних коштів, а

результатом можуть слугувати відмінності в якості і кількості послуг, забезпеченні одним і тим же рівнем видатків. Реальний рух грошових коштів сам по собі має певні стимули для попиту і пропозиції послуг.

Фондом, який акумулює фінансові ресурси в бюджетних моделях фінансового забезпечення, є бюджет держави, а кошти збираються державними податковими органами. В системах ОМС вони збираються в державних страхових фондах. У системі, де переважає приватне медичне страхування, кошти акумулюються в приватних страхових компаніях, які можуть бути як комерційними, так і некомерційними організаціями.

Лікувально-профілактичні установи можуть бути або державними, або приватними. У свою чергу, приватні установи можуть бути як комерційними, так і некомерційними.

Вказані характеристики властиві будь-якій системі фінансового забезпечення охорони здоров'я і дозволяють значною мірою визначити моделі управління фінансами охорони здоров'я, які існують у світі. Серед названих характеристик дві є визначальними: модель фінансового забезпечення і принципи розподілу фінансових ресурсів, а дві інші – статус фондів, які акумулюють кошти, і статус медичних установ та лікарів – похідними від двох перших. Порівняльний аналіз різних систем управління фінансами охорони здоров'я у розвинутих країнах Європи та світу наведено в додатку Ц.

Система розподілу фінансових ресурсів регулює вартість медичної допомоги і медичних послуг, обумовлює пошук економічно доцільних форм медичного обслуговування, впливає на введення у лікувально-діагностичний процес дороговартісної техніки й передових технологій.

Способи і механізми оплати визначають кількість та шляхи надходження коштів пацієнта і третьої сторони до медичної установи в обмін на надані послуги, не залежать від послуги чи набору послуг, за які вноситься плата, і ціни на неї. У світі сформувалися різні механізми оплати медичної допомоги, які можна об'єднати у два основні:

а) попередня оплата – оплачують наперед визначений разом із фінансуючою стороною і надавачем послуг обсяг медичних послуг – кошторисне фінансування, метод глобального бюджету;

б) ретроспективна оплата, коли витрати відшкодовують за фактично наданий обсяг послуг. Сюди відносять оплату за окремі медичні послуги, проведений ліжко-день, пролікованого хворого згідно з тарифами, побудованими на основі клініко-статистичних груп або медико-економічних стандартів.

Існують такі способи оплати медичної допомоги:

- кошторисне фінансування. Цей спосіб характеризується передбачуваними витратами та незначними адміністративними видатками. Проте, в медичних працівників немає економічної мотивації щодо ефективного використання ресурсів та покращення здоров'я населення і намагання направити пацієнтів до інших медичних закладів та спеціалістів; високий рівень госпіталізації;

- оплата за вид послуги (гонорарний метод). При цьому ідентифікують окремі процедури, зроблені з діагностичною чи лікувальною метою, призначення і видачу ліків, після чого виписується загальний рахунок;

- оплата за випадок лікування (пролікованого хворого) (single treatment fees) [175]. Оплата здійснюється за комплекс послуг чи медичну допомогу. Види допомоги диференціюються. Тариф не залежить від реальної вартості допомоги пацієнту. Оплата кожного окремого випадку лікування або медичної послуги за повною вартістю або наперед узгодженою ціною одразу перетворює пацієнта на джерело доходів для постачальника медичних послуг; цей вид оплати створює стимул для лікарів мати якомога більше пацієнтів та надавати більш комплексну допомогу залежно від структури відносної винагороди і графіка оплати. Отже, рівень госпіталізації та обсяг наданої допомоги зростає (це засвідчує досвід реформ у Чехії (1997 р.), Хорватії (1994–1998 рр.) [122, с.2];

- оплата за дні госпіталізації (hospital days). Така оплата визначається на рівні середніх витрат, обчислених шляхом ділення сукупних видатків лікарні (чи ряду лікарень у певній вибірці) на кількість пацієнтів чи тривалість лікування у стаціонарі [82, с. 5]. Метод фінансування за днями госпіталізації може мати подібний до попереднього варіанту наслідок, а саме медично невиправдане збільшення обсягу лікування, тому цей шлях також не є ефективним;

- оплата за кожну людину або принцип діагностичних груп (diagnosis related group), коли оплата послуг лікарні здійснюється на основі діагнозу пацієнта. В рамках цієї системи пацієнти поділяються на певні групи за подібним діагнозом. Фіксована плата вноситься, як правило, один раз у рік за кожного пацієнта, який є в тому чи іншому списку. На сьогодні в світі на рівень оплати медичних послуг практично не впливають ні обсяги лікування, ні тривалість госпіталізації. У більшості країн використовують саме останній із названих принципів. Інституціонально наша країна ще не готова до такого шляху;

- фінансування на одну особу з урахуванням статеві-вікової структури. Медичні працівники зацікавлені в покращенні здоров'я прикріпленого до медичного закладу населення та ефективного використанні ресурсів. Можливі випадки зменшення обсягів наданих послуг окремим пацієнтам [82, с. 5]. Цей метод є особливо ефективним в умовах так званої «керованої медичної допомоги», що дає можливість інтегрувати фінансування допомоги та її надання і, таким чином, зробити її більш ефективною;

- метод глобального (загального) бюджету (global budgets) – коли лікарні отримують фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт (останній визначається наперед під час переговорів). Бюджет включає всі статті видатків та визначається їх максимум, у межах якого установа може використовувати кошти на свій розсуд.

Вільний вибір методів управління та управлінських рішень дозволяє лікарням спрямовувати ресурси в рамках виробничих процесів на діяльність,

яку вони вважатимуть ефективнішою. Правда, цей підхід вимагає запровадження сучасної системи обліку в медичних установах, а також повинен супроводжуватися постійним моніторингом якості діяльності, що здійснюватиметься сторонніми організаціями, та домовленостями про постійне їх покращення. Рівень оплати не залежить від кількості ліжок, наявних потужностей та інфраструктури лікарень, а лише від результату діяльності. Крім того, метод глобального бюджету дозволяє політикам контролювати видатки та не потребує високого рівня бюрократії, а навпаки, вимагає від керівництва більшого менеджерського таланту.

Такі методи оплати, як глобальний бюджет і оплата за випадок лікування, є альтернативою діючому зараз постатейному методу фінансування стаціонарної допомоги. Глобальний бюджет є ефективним способом оплати з точки зору контролю видатків. Він також забезпечує гнучкість постачальників у прийнятті рішень і створює мотивацію до попередження випадків ускладнень після лікування у випадку повторної госпіталізації. Проте, глобальний бюджет може сприяти збереженню надлишкових потужностей медичних установ в той час, як метод оплати за випадок лікування може створити мотивацію у постачальників до їх скорочення і підвищення продуктивності. Будучи закладеним у контракт на надання медичної допомоги, метод оплати за випадок лікування може посприяти більш ефективному розподілу коштів між постачальниками і реструктуризації лікарняної мережі. Однак, відсутність детальної класифікації медичних послуг, бази даних із тарифами на випадок лікування, а також низький рівень інформаційного забезпечення медичних установ створюють перешкоди на шляху втілення цього методу. Саме тому перехід до глобального бюджету на ранніх етапах реформування здійснити простіше [81, с. 33].

Метод глобального бюджету використовується в Нідерландах, Франції, Бельгії, Канаді та інших країнах. Кожного року бюджет затверджується після спільного вивчення страховим фондом і місцевою владою минулорічного кошторису видатків лікарні з урахуванням темпів інфляції і пропозицій щодо

розвитку лікарні. Страхові фонди знають своїх клієнтів, пролікованих у лікарні за поточний рік, і приблизний обсяг та вартість одержаних ними медичних послуг. Фонди вивчають потреби у розвитку й оновленні лікарні і планують свої видатки на наступний рік. У результаті узгоджується бюджет лікарні та встановлюється дольова участь зацікавлених у ньому сторін (страхової компанії, місцевих бюджетів).

У Нідерландах муніципальні лікарні з 1984 р. працюють за фіксованим річним бюджетом, який обов'язково узгоджується на переговорах з третьою стороною – страховими компаніями. Роль уряду зводиться до будівництва нових лікарень та забезпечення їх новим обладнанням [211, с. 2].

До кінця 1980-х рр. фінансування лікарень у країнах Європи зазвичай базувалося на глобальних бюджетах, історично сформованих та успадкованих від попередньої системи охорони здоров'я. У більшості європейських країн надавачі медичних послуг діяли в умовах суворих бюджетних обмежень. Розмір лікарняних бюджетів встановлювався на підставі даних за попередні роки, а тому він був негнучким. Фінансування здійснювалося фінансовими органами відповідно до кількості ліжко-днів та кількості амбулаторних хворих. Бюджети зазвичай формувалися на рівні лікарні, не існувало їх розподілу між спеціальностями, а внутрішні витрати на послуги часто були невідомими. Лише у трьох країнах Європи бюджети сприймалися як фінансові плани (у Великобританії, Бельгії, Нідерландах). Однак, важливість бюджету як єдиного інструменту фінансового управління зменшується у більшості країн Європи [83, с.2].

Донедавна найбільш розповсюджений метод розрахунків для оплати перебування у лікарні ґрунтувався на визначенні середньої вартості ліжко-дня. При цьому весь бюджет лікарні ділиться на кількість днів, проведених пацієнтом у лікарні протягом року. Такий порядок оплати спрощує оформлення розрахунків. Лікарня повідомляє відповідному страховому фонду кількість госпіталізацій його клієнтів, кількість ліжко-днів, проведених пацієнтами в лікарні, і загальну суму витрат, що підлягають компенсації. У Німеччині

лікарні фінансуються за цією схемою досьгодні [211]. Вартість одного ліжко-дня визначається на обов'язкових переговорах між земельними асоціаціями лікарень і страховими фондами. Суттєвим недоліком цього методу є відсутність індивідуальних оцінок затрат на одного хворого і зацікавленість лікарні у затягуванні термінів перебування хворих у стаціонарі. Відмова від цього методу фінансування лікарень у Франції в 1984 році спричинила скорочення ліжкового фонду на 20 %. У Німеччині лікарі, як і раніше, отримують гонорари, сума яких не повинна перевищувати розмір бюджету, в іншому разі виплати всім лікарям пропорційно зменшуються. Таким чином, знизилися раніше ніким не обмежені виплати, а медичні установи змушені віднедавна узгоджувати свої доходи з наданою медичною допомогою.

Незважаючи на доволі широке розповсюдження моделі фінансування витрат лікарень, заснованої на глобальному бюджеті, вона, як і розподіл фінансових ресурсів, що ґрунтується на розрахунках кількості ліжко-днів, потребували удосконалення. Все більшого поширення отримує фінансування залежно від складності захворювання.

Страхові компанії та лікарні кожного року узгоджують перелік медичних послуг, які підлягають оплаті, і тарифи на них. Оплата за набір наданих медичних послуг частіше використовується і в приватному страхуванні. Рахунок за лікування включає перелік наданих медичних послуг і вартість кожної з них. Недоліки цього методу полягають у тому, що стаціонари зацікавлені в завищенні обсягів лікувально-діагностичних процедур. Страхові фонди часто зауважують, що приватні клініки в своїх рахунках завищують наперед узгоджені ціни. В таких випадках страхові фонди відмовляються оплачувати рахунки приватним лікарням, якщо їх ціни перевищують аналогічні в муніципальних лікарнях. У Франції страхові компанії зобов'язані оплачувати приватним клінікам рахунки повністю. Вони мають право лише визначити максимально можливе перевищення річної норми, встановленої на переговорах страховими компаніями і лікарнями [89, с.4]. Оплата за випадок лікування частіше за все здійснюється на основі методу діагностичних чи клініко-

статистичних груп, коли оплата послуг лікарні здійснюється на основі діагнозу пацієнта.

Із 1983 р. в рамках американської програми «Medicare», з метою уникнення неконтрольованого зростання цін за стаціонарне лікування унаслідок появи стимулів до продовження терміну перебування хворого в стаціонарі, перейшли до оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп [90, с.310]. Кожна лікарня функціонує в конкретних, притаманних їй, умовах, які є основою для визначення витрат та цін на її послуги. Досвід показує, що лікарні, як правило, перешкоджають доступу страхових фондів до лікарняної документації. Ціни на медичні послуги залежать від реально сформованих у конкретній лікарні затрат, тому особливого значення набуває контроль за видатками бюджету. В країнах із регульованим ринком страхування здоров'я звичним методом такого контролю є аудиторські перевірки державними органами контролю. У Франції, Нідерландах і деяких штатах Америки зі звітністю можуть ознайомитися і працівники страхової компанії. У 13 країнах Європи – членах ЄС – уже використовуються різні варіанти визначення послуг та груп послуг для встановлення, фінансування й опису послуг, що надаються. Варіант, що використовується у США, використовується також у Бельгії, Ірландії, Іспанії, Німеччині, Португалії, скандинавських країнах та Франції. Подібні системи, які базуються на національному розвитку, використовуються або знаходяться у стадії впровадження у Великобританії (HRG - Health Related Groups), Австрії та Нідерландах. Групування щодо типу плати за надані послуги амбулаторному пацієнту використовується у приватних поліклініках та лікарнях кількох країн-членів ЄС. Однак, визначення цих послуг набуває більшої важливості, коли збільшуються різні форми денної госпіталізації. Деякі країни все ще використовують більш традиційні інструменти ціноутворення, зокрема такі, як кількість амбулаторних хворих [83].

У приватному страхуванні США узгодження цін на лікарські послуги здійснює страхова компанія шляхом підписання угоди зі своїм клієнтом.

Лікарні мають право виписувати рахунок пацієнту відповідно до своїх витрат, який може бути і більшим, і меншим від договірної суми, при чому оплата здійснюється частково страховою компанією та пацієнтом. Такий механізм розрахунків зумовлює значний рівень адміністративних витрат – до 22 % від загальних витрат на утримання лікарні (при 2–5 % у Канаді та Франції). Значною є частина неврахованих рахунків (до 5 %) [90, с.311].

У Великобританії державне фінансування лікувального закладу здійснюється за фактом надання медичної допомоги відповідно до кошторису видатків на його утримання. Лікарі загальної практики, крім заробітної плати і подушного гонорару, отримують спеціальні пільги, якщо вони досягають раніше запланованих завдань в сфері профілактики чи інших. Незважаючи на переваги системи охорони цієї країни, зокрема системи розподілу фінансових ресурсів, за останні 10–15 років вона зазнала великих труднощів, про які багато дискутують спеціалісти і суспільство. Основною проблемою є те, що за останні більш ніж 40 років існування державної системи охорони здоров'я жителі втратили розуміння вартості медицини. Крім різноманітних способів фінансування медичних установ, існують і відмінності у способах винагороди працівників цих установ.

Сьогодні терапевти та терапевтичні відділення, принаймні у державних системах, все більше формують свої доходи за рахунок подушного фінансування або шляхом поєднання заробітної плати та плати за послуги. Заробітна плата медичних працівників ґрунтується на кількості людей, яких вони обслуговують та встановлюється відповідно до віку, статі та наперед відомих відмінностей у смертності населення, охопленого обслуговуванням. Іншими словами, розмір надходжень від фінансових органів буде більший у тих медичних установ та працівників, які обслуговують населення з більшою потребою в послугах.

В Ірландії на зміну гонорарній системі прийшов метод оплати за кожного хворого, а Іспанія замінила такий самий підхід нарахуванням заробітної плати лікарям загальної практики [89]. Основні методи оплати первинної медичної

допомоги в країнах Західної Європи представлено в додатку Щ. В країнах, що розвиваються найбільш розповсюдженим методом розподілу коштів в частині винагородження є заробітна плата в державному секторі і гонорари в приватному. Проте на сьогодні ситуація змінюється: країни поєднують бюджетне фінансування з нарахуванням заробітної плати медичним працівникам і додатковими виплатами у вигляді гонорарів. Лікарні і центри охорони здоров'я повністю або частково розпоряджаються коштами, які сплачують пацієнти за медичну допомогу. Ці суми використовуються на потреби самої установи або для преміювання персоналу.

Наймасштабнішими є реформи охорони здоров'я, які здійснюються в країнах Центральної і Східної Європи (додаток Ш). Вони є особливо цікавими для нас, оскільки Україна знаходиться у схожих умовах, зокрема недостатнє фінансування охорони здоров'я, яке в колишніх соціалістичних країнах розглядалося як невиробнича сфера і фінансувалося за залишковим принципом. Кількість медичних установ, лікарняних ліжок і медичного персоналу була великою, при цьому мав місце низький рівень забезпеченості медикаментами, матеріалами й обладнанням. Управління фінансами характеризувалося громіздкістю і неефективністю, – вертикальна підпорядкованість управління і контролю за відсутності горизонтальної інтеграції; перевантаження на прийомі фахівців за рахунок хворих, що направляються до них лікарями первинної медико-санітарної допомоги; погане управління медичними установами і непоінформованість адміністраторів у питаннях співвідношення витрат і отриманих доходів; відсутність у медичних працівників належної мотивації і стимулів до покращення якості роботи; недостатня і не завжди відповідна освіта, низький престиж, рівень оплати праці медичних працівників, які підривають їх моральні устої [173].

Кількість лікарів і лікарняних ліжок на 1000 населення в КЦСЄ в 1,5–6 разів перевищує середні показники в групі розвинених країн з таким же рівнем національного доходу. Забезпеченість населення лікарями і ліжками в КЦСЄ, звичайно вища, ніж навіть в державах з розвинутою ринковою економікою, тоді

як в останніх витрати на охорону здоров'я з розрахунку на одну особу є суттєво вищими. В результаті велика частина витрат КЦСЄ на охорону здоров'я відводиться на зарплату лікарям, яка через економічну ситуацію в більшості цих країн все одно залишається незадовільною, а на сучасне матеріальне забезпечення медичних установ коштів не вистачає, від чого страждає якість медичної допомоги. Здійснені з допомогою ВООЗ в Європейському регіоні дослідження показали, що найбільше незадоволення у громадян цих країн викликає система первинної медико-санітарної допомоги (особливо в країнах колишнього СРСР).

Реформи охорони здоров'я в КЦСЄ спрямовані на досягнення загальної доступності всіх видів медичної допомоги, підвищення ефективності охорони здоров'я, зміцнення взаємодії з населенням, забезпечення можливості вибору, заборону зростання витрат і підвищення якості медичного обслуговування. Досягнення цих цілей пов'язують з приватизацією, децентралізацією, уведенням медичного страхування, відходом від надмірної спеціалізації й оплати за результатами роботи. Порівняння реформ в охороні здоров'я у країнах Європи з перехідною економікою наведено в додатку Ш.

Проблемами реформ в усіх країнах Центральної та Східної Європи є необґрунтовані сподівання на медичне страхування, приватизацію, конкуренцію і децентралізацію, а також запровадження моделей фінансування охорони здоров'я західних країн без урахування недоліків цих моделей і специфіки умов, в яких вони розвивалися на Заході.

Аналізуючи тенденції реформування механізмів управління фінансами в зарубіжних країнах, ми відзначити, що вони скеровані на поєднання механізмів стримування видатків і реформ, спрямованих на підвищення ефективності їх використання. Основними напрямками таких реформ є такі:

1. Встановлення бюджетних обмежень у поєднанні з державним фінансовим контролем є засобом обмеження витрат. Встановлення загального обсягу видатків для медичних установ на основі науково обґрунтованих прогнозів видатків, на відміну від відшкодування усіх витрат, сприяє стримуванню

зростання видатків. Такі обмеження результативні тоді, коли використовуються для медичних комплексів загалом, а не окремо для закладів, які надають стаціонарну чи амбулаторну допомогу. Велике значення має також обов'язкове спрямування пацієнтів до спеціалістів чи на стаціонарне лікування лікарем первинної ланки.

2. Участь місцевих і регіональних органів управління в прийнятті рішень щодо обсягів фінансових ресурсів, методів та способів їх мобілізації, розподілу та використання може сприяти адаптації послуг до місцевих умов та підвищенню ефективності видатків. Такий метод може також ефективно стримувати видатки за умови, що місцеві органи влади будуть відшкодовувати неефективні витрати чи перевитрати. У Швеції та Канаді участь місцевих органів управління поєднується зі збільшенням послуг з низьким рівнем видатків.
3. Використання ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я – збільшення кількості страхових компаній, конкуренція між страховиками, медичними установами, надавачами медичних послуг, розширення частки послуг, яка відшкодовується безпосередньо пацієнтом – може сприяти зниженню затрат шляхом підвищення ефективності всієї системи охорони здоров'я. Перехід від простих форм відшкодування видатків до більш складних на основі діагностичних чи клініко-статистичних груп, які передбачають наявність протоколів лікування конкретних хвороб і відповідну шкалу тарифів, тобто оплата залежно від якості і конкретних результатів роботи. Такі методи успішно використовуються в Німеччині та Італії.
4. Реформи, які передбачають збільшення частки видатків, яка оплачується безпосередньо пацієнтами за рахунок розширення переліку платних послуг чи добровільного медичного страхування, також успішно використовуються для стримування витрат. Приватне медичне страхування послуг, які не забезпечуються гарантованим державою рівнем, широко використовується в Австралії, Канаді і Франції. Такі реформи повинні поєднуватися із заходами, спрямованими на збереження доступності медичної допомоги для

малозабезпечених верств населення та хронічних хворих.

5. Обмеження пропозиції медичних послуг чи ресурсів. Проте, на практиці такі заходи не завжди ефективні у стримуванні державних видатків на охорону здоров'я [64, с. 42; 160, с. 67].

За даними ВООЗ найефективнішими реформами, спрямованими на зниження темпів зростання державних видатків на охорону здоров'я, є ринкові механізми, які можуть знизити це зростання видатків приблизно на 0,5 % ВВП. На другому місці – методи державного та регіонального управління (майже 0,4 %), потім – бюджетні обмеження (0,26 % ВВП), обмеження попиту (0,1 %) та обмеження пропозиції (0,05 %) [64, с. 44].

В Україні та країнах ЦСЄ, де видатки на охорону здоров'я та середня тривалість життя нижчі ніж у розвинутих країнах Європи та світу, рівень захворюваності вищий, а засоби для покращення здоров'я населення обмежені, слід якнайширше використати досвід інших держав та втілювати реформи, спрямовані на підвищення ефективності державних видатків та покращення здоров'я населення.

Усі ці напрямки є перспективними для використання у практиці реформування механізму управління фінансами охорони здоров'я України. Проте основною передумовою використання одного чи кількох з описаних напрямків реформ є визначення концептуальних підходів до їх реалізації, розробка єдиної державної стратегії реформування організації надання послуг охорони здоров'я загалом та механізму управління фінансами галузі зокрема. Метою такої стратегії повинно бути покращення якості, доступності та ефективності послуг охорони здоров'я для населення.

Першим кроком стратегії реформування системи управління фінансами повинно стати визначення потреби у фінансових ресурсах галузі. Повністю використати всі сучасні досягнення медицини і техніки в охороні здоров'я не в змозі навіть найбагатші країни світу, тому експерти ВООЗ вважають, що важливо встановити пріоритети, які дозволять отримати найбільший ефект при реально здійснених витратах. Завдання реформування охорони здоров'я

полягає в тому, щоб навіть при існуючому рівні фінансування галузь давала кращий результат. Тільки вирішивши проблему ефективного використання існуючих фінансових ресурсів галузі, слід втілювати стратегії подолання кількісного дефіциту галузі шляхом збільшення обсягів фінансування. До таких стратегій відносять перерозподіл ресурсів на користь системи охорони здоров'я шляхом зменшення фінансування інших секторів бюджетної сфери та запровадження нового податку чи збору на соціальне медичне страхування [84; с. 158]. Наведені заходи можна використовувати й одночасно, однак їх застосування не завжди можливе через низку соціально-політичних та макроекономічних причин. Крім того, за низького рівня розвитку економіки держава не завжди має можливість забезпечити більший розмір асигнувань ніж наявний чи зменшити фінансування інших бюджетних програм, які теж мають важливе суспільне значення. Збільшення обсягів фінансування медичної галузі можна досягти і шляхом запровадження нових податків, однак це збільшить податковий тиск і може не знайти належної підтримки серед населення. За таких умов введення соціального медичного страхування має можливість стати основним шляхом подолання дефіциту фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я [84; с. 159]. Однак, ми вважаємо, що причиною незадовільного стану справ у галузі не завжди є кількісний дефіцит фінансових ресурсів.

За результатами окремих досліджень загальні витрати на охорону здоров'я знаходяться на рівні 6–6,7 % від ВВП. Бюджетне фінансування охорони здоров'я у 2010 р. складало 3,7 % ВВП. Якщо додати до цієї суми обсяг видатків населення на придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення, а також видатки лікарняних кас, видатки на приватну медицину, фінансування Світового банку й Глобального фонду боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом та малярією, то цей показник суттєво зростає, сягаючи 5,8 %. Підвищення показника сукупних видатків ще приблизно на 0,1–0,2 % ВВП забезпечують фонди допомоги хворим, діяльність яких управляється та фінансується неурядовими організаціями та благодійними фондами. Врешті, цей показник значно збільшують неофіційні платежі за надання послуг з

охорони здоров'я. Слід зазначити, що загалом вони є неефективними та, з одного боку, страждають від жорсткого регулювання, яке обмежує можливості управління фінансами як на рівні закладу, так і місцевої влади, з іншого – особливо це стосується неформальних виплат, проконтролювати їх та спрямувати на задоволення тих чи інших першочергових потреб не завжди є можливим. ЛПЗ в Україні є переважно бюджетними організаціями, які утримуються за рахунок відповідно державного чи місцевого бюджету. Бюджетна організація не має права здійснювати запозичення у будь-якій формі або надавати за рахунок бюджетних коштів позики юридичним та фізичним особам, крім випадків, передбачених законом про Державний бюджет України. Такі рамки обмежують ефективність роботи та процес прийняття рішень у медичних установах, які повинні бути універсальними у веденні економічної діяльності. Саме тому, не зважаючи на розміри фінансових ресурсів галузі, медичні установи знаходяться в процесі постійного пошуку додаткових джерел фінансування. Керівники ЛПЗ і регіональні адміністрації намагаються знайти нові методи хоча б часткового відшкодування витрат на медичну допомогу і покращення/збереження якості лікування, проте на шляху стоять правові перешкоди. Постатейний розподіл витрат за кодами класифікації видатків фактично усунув медиків-керівників від управління фінансами й істотно зменшив їх вплив на здешевлення медичних послуг, що знизило доступність їх для більшості населення.

Саме тому, з огляду на розміри сфери охорони здоров'я та фінансових ресурсів, які вже сьогодні є у її розпорядженні, покращення надання медичних послуг, перш за все, потребуватиме насамперед більш ефективних управлінських рішень, зокрема усунення структурних диспропорцій, які мають місце в організації вітчизняної охорони здоров'я і є основними перешкодами на шляху ефективного управління її фінансами.

Одним із підходів, який є способом інтегрувати фінансування допомоги та її надання і, таким чином, зробити її більш ефективною, є система «керованої медичної допомоги». В європейському контексті така стратегія поєднується з

наданням приватними закладами і лікарями тієї допомоги, яка раніше надавалася лише державними закладами. Робляться також спроби запровадити в секторі охорони здоров'я квазіринкові підходи, які дали б змогу розмежувати ролі фінансування і надання допомоги. Передбачається, що це посилить конкуренцію серед надавачів медичної допомоги і допоможе вибирати послуги у найбільш ефективних з них. Зростає акцент на профілактичній допомозі. Поєднання пропаганди здорового способу життя, попередження нещасних випадків та покращення умов реабілітації після перенесених хвороб дозволять знизити обсяг клінічних та пов'язаних з ними послуг. Збільшується також обсяг додаткового добровільного медичного страхування, що є наслідком обмежень базових програм медичної допомоги, зростання співоплати, а інколи – і наслідком свідомого заохочення державою цього виду страхування. Різні варіанти системи керованої медичної допомоги сьогодні використовуються у багатьох країнах, – як на європейському, так і на американському континентах, зокрема у країнах, що мають бюджетну модель охорони здоров'я, наприклад, у Великобританії.

Зарубіжний досвід функціонування та реформування охорони здоров'я вказує на необхідність зміни організаційного забезпечення галузі, зокрема реструктуризацію мережі лікувально-профілактичних установ, удосконалення економічних механізмів та правових форм функціонування медичних організацій, розвиток наукових досліджень і технологічних розробок для поліпшення якості наданих медичних послуг і лікарських засобів, розвиток механізмів координації діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я, зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів та зміни механізму управління фінансами галузі, а саме: реформування системи планування та фінансування охорони здоров'я, зміну методів оплати медичних послуг, створення раціональної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення, створення умов для збільшення коштів, які інвестуються населенням, працівниками й роботодавцями у формування суспільного здоров'я.

3.2. Стратегічні орієнтири вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я України

Основними напрямками перетворень в охороні здоров'я України повинні стати реформи, спрямовані на підвищення ефективності і результативності організації і надання медичної допомоги. У зв'язку з цим вважаємо, що удосконалення управління фінансами охорони здоров'я передбачає необхідність реформування галузі, яке повинно орієнтуватися на реалізацію пріоритетних завдань, наведених у таблиці 3. 1.

Таблиця 3. 1.

Концепція реформування управління фінансами охорони здоров'я в Україні

ПРІОРИТЕТНІ ЗАВДАННЯ	КРОКИ ЩОДО ЇХ РЕАЛІЗАЦІЇ
I. Розробка стратегії реструктуризації системи охорони здоров'я та запровадження єдиної системи стандартизації медичної допомоги:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ конкретизація і законодавче закріплення державних гарантій щодо видів, обсягів, порядку та умов надання безкоштовної медичної допомоги, включаючи визначення набору медичних послуг, технологій лікарських засобів, що належать до гарантованого обсягу медичного обслуговування, з урахуванням фінансових можливостей щодо їх забезпечення; ➤ розробка і впровадження медико-економічних стандартів.
II. Оптимізація структури галузі охорони здоров'я:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ структурна реорганізація охорони здоров'я (створення на регіональному рівні «територіальної інтегрованої системи», чітке розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги та створення мережі закладів первинного рівня); ➤ узгодження кількості медичних закладів та медичних працівників з нормами та нормативами забезпечення ними населення; ➤ зміна організаційно-правової форми бюджетних закладів охорони здоров'я.
III. Реформування організаційного та кадрового забезпечення управління фінансами:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ створення організацій управління ресурсами (управлінь чи відділів охорони здоров'я) на районному рівні та наділення їх повноваженнями щодо здійснення закупівель медичних послуг ➤ підготовка фінансових менеджерів та залучення їх до управління фінансами галузі та закладів охорони здоров'я.

IV. Удосконалення інформаційного, програмного забезпечення управління фінансами галузі:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ формування фінансової інформації щодо оцінки фінансового забезпечення і фінансового стану, доходів і видатків, грошових потоків, ефективності використання фінансових ресурсів медичних закладів та ефективності діяльності установи загалом, діяльності служб фінансового менеджменту (фінансових менеджерів, керівництва установи), відповідності фінансових рішень загальним та конкретним цілям, директивам (указам, постановам, розпорядженням і ін.); ➤ розробка спеціалізованих комп'ютерних програм ведення бухгалтерського обліку, розрахунку собівартості медичних послуг, бюджетної та статистичної звітності, реєстрації пацієнтів.
V. Реформування системи фінансового планування:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ запровадження системи стратегічного фінансового планування, заснованого на програмно-цільових методах; ➤ розробка науково-обґрунтованих норм та нормативів для визначення ключових показників ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я, які би враховували вплив наукових й технологічних інновацій у медицині на потребу у відповідних ресурсах; ➤ затвердження фінансових нормативів планування ресурсів, розрахованих з використанням медико-економічних стандартів і наборів медичних послуг, технологій та лікарських засобів.
VI. Зміна методів оплати медичних послуг (реформування системи фінансування):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ законодавче закріплення створення системи керованої медичної допомоги та запровадження контрактних закупівель медичних послуг; реалізації на практиці принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що асоціюється з переходом до оплати діяльності постачальників медичних послуг залежно від результатів їх роботи; ➤ запровадження системи глобального бюджетування шляхом укладення контрактів на медичні послуги на підставі показників результативності; ➤ для ланки первинної медико-санітарної допомоги – запровадження поєднання оплати на основі фінансового нормативу на одну особу і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності; для ланки стаціонарної допомоги – запровадження фінансування стаціонарних закладів на основі глобального бюджету залежно від структури та обсягів наданої допомоги; для консультативно-діагностичної ланки – оплати за обсяг наданих послуг; ➤ перегляд принципу розподілу коштів між первинним, вторинним і третинним рівнями медичної допомоги та підвищення частки первинної медичної допомоги;
VII. Вдосконалення системи оплати праці медичного персоналу:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ підвищення рівня посадових окладів медичних і фармацевтичних працівників до рівня заробітної плати працівників промисловості, як це передбачено Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2892–XII; ➤ забезпечення оптимальних міжпосадових співвідношень заробітної плати медичних працівників шляхом збільшення посадового окладу працівника першого тарифного розряду до розміру мінімальної заробітної плати; ➤ поєднання фіксованої заробітної плати (за посадовими

	окладами) і запровадження стимулюючої (бонусної) додаткової оплати діяльності сімейних лікарів з урахуванням якості їх роботи на основі аналізу діяльності кожного сімейного лікаря за визначеними організацією управління ресурсами індикаторами;
VIII. Підвищення фінансового забезпечення та фінансової стійкості галузі охорони здоров'я:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ розширення джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я шляхом залучення інвестицій; ➤ визначення умов здійснення лізингу медичного устаткування для державних і комунальних закладів охорони здоров'я у законодавчому порядку; ➤ законодавче врегулювання переліку платних медичних послуг та затвердження методики розрахунку їх вартості; ➤ створення умов для запровадження обов'язкового та розвитку добровільного медичного страхування; ➤ обґрунтування можливості введення співучасті населення в оплаті медичних послуг.
IX. Удосконалення фармацевтичної допомоги населенню:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ розробка натуральних та грошових норм забезпечення медикаментами; ➤ впровадження обліку витрат медикаментів на лікування пацієнтів; ➤ запровадження системи реімбурсації для пільгових категорій громадян.
X. Удосконалення системи фінансового контролю:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ запровадження контролінгу, моніторингу, аналізу і оцінки ефективності фінансового менеджменту в установах охорони здоров'я.

Положення запропонованої концепції розглянемо детальніше.

Забезпечення державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги у визначеному обсязі передбачає конкретизацію і законодавче закріплення державних гарантій щодо видів, обсягів, порядку та умов надання безкоштовної медичної допомоги, включаючи визначення набору медичних послуг, технологій лікарських засобів.

Основною метою державної політики є розробка стратегії в галузі підвищення структурної ефективності охорони здоров'я на довгостроковий період та формування системи, що забезпечує доступність медичної допомоги та підвищення ефективності медичних послуг, обсяги, види і якість яких повинні відповідати рівню захворюваності і потребам населення, сучасним досягненням медичної науки. З цією метою слід розробити та затвердити державні соціальні стандарти і нормативи у галузі охорони здоров'я з урахуванням особливостей поточної демографічної, соціально-економічної та

фінансової ситуації. У процесі розробки провести інвентаризацію всіх нормативно-правових актів, що регламентують застосування галузевих нормативів при здійсненні видатків з місцевих бюджетів, зокрема щодо мережі, штатних нормативів, нормативів витрат бюджетних установ.

Обсяг державних гарантій повинен враховувати фінансові можливості держави та наявні фінансові ресурси. За умови нестачі фінансових та інших ресурсів можливе скорочення державної безкоштовної медичної допомоги (наприклад, за рахунок груп населення з високими доходами, виведення з системи гарантій частини видів медичної допомоги – стоматологічних, обслуговування вдома без медичних показів, необґрунтовані виклики швидкої медичної допомоги та ін.). Необхідно напрацювати, розробити і впровадити медико-економічні стандарти для впровадження сучасних медичних технологій лікування найбільш поширених захворювань і захворювань, що завдають найбільшої шкоди здоров'ю населення і соціальному благополуччю країни. Медико-економічні стандарти повинні стати основою для оцінки вартості лікування захворювань, визначення нормативів фінансового забезпечення медичних послуг на одну особу.

Важливою умовою забезпечення населення гарантованим обсягом медичного обслуговування є впровадження оцінки результативності діяльності галузі та установ охорони здоров'я. Для цього варто запровадити систему стратегічного фінансового планування та бюджетування, використання програмно-цільового методу.

Стратегічне фінансове планування передбачає розширення часових меж фінансового планування шляхом розробки цілісної фінансової політики на 3–5 років, середньострокового планування державних видатків і оперативного фінансового планування в установах охорони здоров'я, а також розробку показників ефективності використання бюджетних коштів в охороні здоров'я для забезпечення можливості взаємозв'язку обсягів фінансування з досягнутими результатами діяльності як на рівні галузі загалом, так і на рівні закладів охорони здоров'я зокрема.

З цією метою бюджетне планування слід починати на базовому рівні і завершувати на загальнодержавному; розробити єдину методологію стратегічного бюджетного планування з науково-обґрунтованими макропоказниками економічного і соціального розвитку (прогнозування розмірів і умов оплати праці медичних працівників, прожиткового мінімуму, зміни тарифів на енергоносії, інших показників, необхідних для планування видатків); затвердити єдиний формат та зміст основних напрямів бюджетної політики з критеріями виконання бюджетної політики; виділити окремі розділи, які б описували стратегічні, середньострокові й тактичні завдання, містили стислий аналіз виконання напрямів бюджетної політики минулого року і конкретні показники (макроекономічного, соціально-економічного розвитку та бюджету) на плановий рік; розробити та затвердити бюджетні нормативи видатків на потреби охорони здоров'я, доповнити перелік документів, які подаються разом із проектом закону про Державний бюджет України, детальними розрахунками розмірів фінансових нормативів бюджетної забезпеченості за видами місцевих бюджетів та галузями.

Фінансова стратегія установи охорони здоров'я – це формування системи довгострокових цілей фінансової діяльності установи і вибір найефективніших шляхів їх досягнення. Фінансова стратегія та фінансова політика медичної установи узгоджується із загальною стратегією установи та державною стратегією та політикою, в тому числі фінансовою, і виступає чинником її ефективного функціонування та фінансового розвитку у майбутньому. Фінансова стратегія передбачає формування стратегічних цілей і завдань фінансового менеджменту на певний (наперед визначений) період; конкретизацію розробленої стратегії за періодами її реалізації; розробку фінансової політики, яка дозволить вирішувати конкретні завдання за відповідними напрямками фінансової діяльності. Завершальним етапом є оцінка розробленої стратегії щодо її узгодженості з загальною стратегією, умовами зовнішнього фінансового середовища, з можливостями ресурсного забезпечення.

Стратегічне фінансове планування в медичній установі характеризує процес визначення обсягів вхідних і вихідних грошових потоків, їх збалансування та узгодження в часі і просторі (синхронізація) з потребами фінансового забезпечення її діяльності, вбачаючи необхідність у процесі фінансового планування здійснювати економічне обґрунтування фінансових рішень щодо руху грошових коштів медичної установи, вибір їх альтернативних варіантів та розробку бюджетів. Мета бюджетування – підвищення ефективності функціонування установи охорони здоров'я через удосконалення функцій планування, оперативного управління і контролю. Бюджетування покликане вирішувати такі завдання: підвищення ефективності управління витратами; оптимізацію витрат, регулювання собівартості медичних послуг, узгодження цілей і завдань усіх підрозділів зі стратегією установи та галузі загалом, мотивацію керівників структурних підрозділів; визначення пріоритетів та підвищення ефективності використання фінансових ресурсів; управління ліквідністю, фінансовою стійкістю; здійснення перспективного фінансового аналізу, прогнозування майбутнього фінансового стану установи. Бюджетування сприяє узгодженню оперативних цілей зі стратегічною метою установи. Система бюджетів дасть змогу спрогнозувати фінансовий стан установи і можливість реалізації проєктів. У перспективі основною формою фінансового планування та фінансування медичної допомоги повинна стати система глобального бюджетування шляхом укладення контрактів на медичні послуги на основі показників результативності. Слід організувати перехід від кошторисного принципу формування доходів та фінансування медичних установ до бюджетування, орієнтованого на результат (обсяг, асортимент і якість медичних послуг за видами медичної допомоги).

Досягти високих показників ефективності бюджетних видатків неможливо без структурної перебудови галузі, яка передбачає функціональний поділ діагностичних, профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів між рівнями надання медичної допомоги; послідовний розвиток первинної медико-санітарної допомоги, яка може забезпечити лікування 70–80 % випадків

захворювань без направлення на наступні етапи надання медичної допомоги; посилення ролі ланки первинної медико-санітарної допомоги та лікарів загальної практики; істотне підвищення ролі профілактичної складової в діяльності ланки первинної медичної допомоги на основі періодичних диспансеризацій, постійного спостереження за групами ризику, реалізації заходів щодо формування здорового способу життя; розширення господарської самостійності медичних установ на основі перетворення більшості бюджетних установ в організаційно-правову форму автономних установ; формування та впровадження єдиної стратегії реструктуризації охорони здоров'я на всій території України.

Подорожчання медичної допомоги вимагає пошуку більш ефективної структури її надання. Метою реструктуризації охорони здоров'я є підвищення ефективності використання ресурсів, створення на цій основі сприятливих умов для підвищення доступності та якості медичної допомоги. Для цього необхідно забезпечити:

- 1) чіткий розподіл функцій платника та постачальників медичних послуг;
- 2) оптимізацію структури медичного забезпечення шляхом створення медичних комплексів на території міст та районів;
- 3) запровадження закупівель медичних послуг на основі договорів;
- 4) поліпшення об'єднання фінансових ресурсів;
- 5) запровадження нових, орієнтованих на результат методів оплати послуг постачальників медичних послуг, що мають замінити собою кошторисне фінансування;
- 6) автономізацію та зміну організаційно-правової форми бюджетних закладів охорони здоров'я (постачальників медичних послуг);
- 7) адміністративне й фінансове розділення функцій надання первинної та вторинної медичної допомоги;
- 8) розробку й запровадження інформаційних управлінських систем, призначених для вирішення різноманітних управлінських проблем окремого

медичного закладу і медичного комплексу (реєстрація пацієнтів та випадків, розрахунок витрат, кадри тощо).

Досвід зарубіжних країн свідчить про можливість підвищення ефективності охорони здоров'я в рамках створення на регіональному рівні територіально-інтегрованої системи постачальників медичних послуг.

Поняття «інтегрована система» нами використовується у значенні організаційного об'єднання на договірній основі учасників адміністративно-територіальної системи охорони здоров'я, пов'язаних загальною участю у «виробництві» і «споживанні» кінцевого продукту лікування – медичної послуги. Основними складовими інтегрованої системи є медичні комплекси, які є об'єднанням основних ланок надання медичних послуг (автономних закладів первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичної ланок, стаціонарної ланки, ланки швидкої медичної допомоги, які попередньо повинні змінити свою організаційно-правову форму і набути статусу комунальних некомерційних підприємств) (рис. 3. 1).



Рис. 3. 1. Структура медичного комплексу.*

Очікується, що створення територіально-інтегрованої системи надання медичної допомоги сприятиме покращенню якості та економічної ефективності медичної допомоги населенню адміністративно-територіальних одиниць за рахунок запровадження управлінських технологій фінансового менеджменту. Відповідно, до управлінських технологій фінансового менеджменту охорони здоров'я віднесено: розробку фінансової політики (державної, регіональної, місцевої, локальної); фінансове прогнозування; стратегічне і оперативне

* Складено автором.

фінансове планування; програмно-цільове бюджетування; оперативне фінансове управління; фінансовий контроль; аналіз і контролінг; оцінку соціальної, медичної та економічної ефективності; оцінку ефективності фінансового менеджменту; матеріальне стимулювання.

Впровадження принципів фінансового менеджменту в управління фінансами медичних установ передбачатиме: чіткий та раціональний, орієнтований на реальні потреби населення у медичній допомозі, розподіл функцій з надання конкретних видів медичних послуг жителям зони обслуговування між учасниками інтегрованої системи; перехід до постачання медичних послуг населенню на основі державних контрактів з використанням при цьому нових, орієнтованих на формування відповідних мотивацій, методів фінансування закладів охорони здоров'я.

Створення територіально-інтегрованої системи комунальних некомерційних медичних установ розглядається нами як перший крок на шляху до запровадження в Україні сучасних європейських підходів до раціонального та ефективного планування мережі закладів охорони здоров'я, що базуються на основі стратегії створення екстериторіальних госпітальних округів, кожний з яких розрахований на обслуговування від 100 тис. до 200 тис. осіб.

Створення та забезпечення функціонування таких медичних комплексів може бути забезпечене в умовах чинного правового поля (Господарський та Бюджетний кодекси України, законодавство з питань державних закупівель тощо).

Діюча система управління та фінансування медичних установ базується на роздільній оплаті кожного виду допомоги: поліклінічної, стаціонарної, станцій швидкої медичної допомоги, параклінічної та ін. В результаті установи, що надають різні види медичних послуг, є роз'єднаними і, по суті, не є єдиною системою надання медичної допомоги. Кожен з них переслідує лише власний економічний інтерес, який не завжди відповідає цілям раціонального використання обмежених фінансових ресурсів. Наприклад, установи, що надають стаціонарну допомогу, зацікавлені в лікуванні захворювань, з якими

можна впоратися амбулаторно, а поліклініки в тому, щоб частіше направляти своїх пацієнтів до стаціонарів. Крім іншого, лікарі, що надають первинну медико-санітарну допомогу, втрачають інтерес до запобігання захворюванням, до зменшення кількості викликів станцій швидкої медичної допомоги. Практично вся система надання медичної допомоги орієнтована на хвору людину і носить затратний характер. Виходячи з цього, ми вважаємо, що об'єктом фінансування повинна бути не окрема установа охорони здоров'я, а комплекс медичних установ, що надає весь необхідний обсяг медичної допомоги для прикріпленого населення.

Існує багато проблем у функціонуванні швидкої та невідкладної допомоги, основними з яких є значна частка роботи, що не властива функціям швидкої допомоги, зокрема виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад [173; с.87]. Саме в умовах територіально-інтегрованої системи в первинній ланці виникають стимули для зменшення виїздів бригад швидкої допомоги шляхом перебирання на себе функцій невідкладної допомоги, які зараз здійснюються швидкою допомогою.

Найоптимальнішим варіантом забезпечення автономізації комунальних медичних закладів, які сьогодні функціонують у статусі бюджетних установ і мають пов'язані з цим недоліки, є їх реорганізація в комунальні некомерційні підприємства. Необхідність реструктуризації постачальників медичних послуг у некомерційні комунальні підприємства обґрунтована В. М. Рудим [164].

Така реорганізація може забезпечити медичним закладам більший, ніж у бюджетної установи, рівень господарської та адміністративної автономії; можливість запровадження економічних стимулів для підвищення якості та ефективності діяльності; запобігання конфлікту між соціальною функцією державного чи комунального медичного закладу та підприємницьким інстинктом (тобто пріоритетом отримання прибутку).

Реформування механізму управління фінансами охорони здоров'я передбачає необхідність здійснення структурної реорганізації медичної

допомоги. На первинному рівні – провести чітке розмежування первинної та вторинної медичної допомоги та створити мережу закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) та їх устаткування відповідно до затверджених табелів обладнання з різними моделями для міської та сільської місцевості (згідно з наказом МОЗ України від 22.05.2006 р. №308 «Про затвердження табеля оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики–сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів»): в сільській місцевості – шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень та частини поліклінічних відділень центральних районних (ЦРЛ) та районних (РЛ) лікарень, великих ФАПів; в міській місцевості – шляхом реорганізації та перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатoproфільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів, наближених до місця проживання населення.

Аналіз результатів роботи амбулаторій сімейного лікаря в Україні свідчить, що фінансування одного мешканця в районі обслуговування амбулаторії сімейного лікаря обходиться у 2,5 рази дешевше, ніж у поліклініці [80].

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД планується створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу Центрів – закладів з правами юридичної особи – входять амбулаторії загальної практики/сімейної медицини та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого комплексу (чисельністю від 30 до 100 тис. осіб). До функцій Центру входить укладення договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів ПМСД, що входять до складу Центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та

звітність, фінансовий менеджмент, визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників. В амбулаторії можуть здійснювати свою діяльність лікарі – приватні підприємці, які мають відповідну ліцензію на здійснення медичної практики із загальної практики/сімейної медицини.

Виходячи з даних доказового менеджменту та передового світового досвіду, з метою поліпшення якості та інтенсивності вторинної медичної допомоги з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг пропонується диференціація лікарень:

- лікарні інтенсивної допомоги – для надання цілодобової медичної допомоги хворим у важкому стані, які потребують високого рівня та інтенсивності лікування й догляду. Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує відповідних технологій, спеціалізованого, високовартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;
- лікарні планового лікування – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;
- лікарні відновлювального лікування – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травм для попередження інвалідності, реабілітації інвалідів, потребують спеціального обладнання;
- хоспіси – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки безнадійно-хворим, потребують спеціального обладнання для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широкого залучення волонтерів.

Основна роль відводиться багатoproфільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Ці лікарні в розвинених країнах світу складають близько 90 % від усіх стаціонарних закладів. Для ефективної діяльності такі лікарні повинні обслуговувати не менше 100–200

тис. населення, виконувати не менше 3000 оперативних втручань та приймати не менше 400 пологів на рік [81, с. 67].

Здійснення зазначених перетворень може відбуватися за існуючого адміністративно-територіального поділу шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади кількох сільських районів, міст або міст та районів залежно від щільності та характеру розселення населення з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

З метою наближення і покращення медичної допомоги пропонується створення консультативно-діагностичного центру, який забезпечить надання спеціалізованої та діагностичної медичної допомоги прикріпленому населенню. Спрямовувати сюди пацієнтів можуть сімейні (дільничні) лікарі. Діагностичні відділення будуть використовуватися також і для обстеження пацієнтів стаціонарної ланки.

Найбільш ефективним органом управління в такій моделі є лікарсько-адміністративна група [25, с. 88] або організація управління ресурсами. До складу ОУР можуть входити представники державних адміністрацій, сімейні лікарі, завідувачі ланками стаціонарної, консультативно-діагностичної, швидкої допомоги. Для того, щоб поєднати досягнення медичної і економічної ефективності членами таких організацій повинні бути як медики так і спеціалісти з фінансового менеджменту. Вони повинні приймати участь в плануванні і організації медичної допомоги, впливати на ухвалення рішень щодо обсягів і структури послуг, фінансових ресурсів, капіталу, форм і методів фінансового забезпечення, закупівель лікарських засобів, медичного обладнання, здійсненні внутрішнього фінансового контролю, в т.ч. аудиту, моніторингу і контролінгу. Всі вони є зацікавленими особами в поліпшенні якості медичної допомоги і зниженні нераціональних витрат, оскільки працюють в єдиній інтегрованій системі, де при чіткому розподілі функцій є загальна відповідальність за кінцевий результат. Такі групи широко

практикуються в західних моделях керованої медичної допомоги, об'єднують функції страхування і планування надання медичної допомоги. У найзагальнішому вигляді – це медико-страхові об'єднання з загальною структурою управління, що включають керівників страхової медичної організації і інтегрованої мережі медичних установ.

В рамках медичного комплексу при інтегрованій системі також створюються умови для управління структурою витрат на надання медичних послуг (за допомогою створення організації управління ресурсами комплексу), при цьому переваги мають такі види медичної допомоги і медичних технологій, які володіють найбільшою ефективністю, – з точки зору надання населенню максимального обсягу якісної медичної допомоги на одиницю витрачених ресурсів (за умови, якщо нормативи якості задані). Крім того, в умовах інтегрованої системи стають актуальними такі обов'язкові компоненти будь-якої системи управління, як моніторинг стану здоров'я населення й оцінка діяльності установ охорони здоров'я. Інтеграція зусиль медичних установ в рамках єдиного медичного, фінансового і інформаційного простору істотно розширює варіанти їх співпраці зі страховими компаніями.

Створення організацій управління ресурсами дозволить:

- акумулювати фахівців у галузі технологічного, кадрового та медикаментозного забезпечення галузі;
- всі операції щодо закупівлі ресурсів здійснювати за умов тендерних досліджень, для чого організуються єдині тендерні групи в регіонах, які б займалися вивченням ринку й розробкою обґрунтованих рекомендації щодо закупівлі медикаментів та виробів медичного призначення, із застосуванням оптимізаційних економіко-математичних моделей чи інших розрахунків;
- створити чітку і прозору систему формування, розподілу та використання фінансових ресурсів;
- знизити вартість обладнання та медикаментів;

- створити умови одержання обладнання та інших матеріалів за лізингом і використати інші механізми оплати ресурсів охорони здоров'я.

Фаховий підхід до проблеми ресурсного забезпечення дозволяє уникнути необґрунтованості закупівель, сумнівних угод, нецільового використання фінансових ресурсів. Схема діяльності ресурсних центрів за моделлю багатоканального фінансування закладів забезпечує не тільки ефективне використання ресурсів у галузі медичної допомоги, а й створює необхідні умови переходу на нові принципи управління.

На Заході описуваний підхід знайшов відображення в діяльності Організацій підтримки здоров'я. ОПЗ об'єднують функції страхування і планування надання медичної допомоги. У найзагальнішому вигляді – це медично-страхові об'єднання із загальною структурою управління, що включають керівників медичної страхової організації і інтегрованої мережі медичних установ. Досвід функціонування ОПЗ є цікавим для української охорони здоров'я, проте повністю застосовні в Україні вони бути не можуть, оскільки орієнтовані на приватно практикуючого лікаря та існування системи страхової медицини.

Моделі ОПЗ у повному обсязі не враховують особливостей організації вітчизняної охорони здоров'я та, насамперед, ролі і місця амбулаторно-поліклінічної ланки, тому запропонована територіально інтегрована система організації і фінансування медичного забезпечення враховує як особливості вітчизняної охорони здоров'я, так і певні аспекти організації ОПЗ, які можуть бути використані у вітчизняній практиці організації охорони здоров'я.

Відмінність територіально інтегрованої системи охорони здоров'я від існуючої, полягає по-перше, в існуванні принципу договірних відносин між замовником (головним розпорядником коштів) і об'єднаною мережею медичних установ, по-друге – у наявності договірних відносин усередині комплексу лікувально-профілактичних установ, по-третє – у проведенні економічних та організаційних заходів щодо управління структурою надання допомоги та контролю якості медичних послуг. В такій системі організації

медичної допомоги суттєво зростає роль первинної медико-санітарної допомоги як часткового фондочасника, головною діючою особою якої є дільничний або сімейний лікар (за умов переходу на сімейну медицину).

З метою забезпечення чіткого розподілу функцій платника (замовника) та постачальника медичних послуг необхідно у районах (містах) створити (там, де їх немає) відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій (відділи чи управління охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад), на які покласти здійснення управління усіма медичними закладами відповідних районів (міст) та закупівель медичних послуг для потреб населення зазначених районів (міст) на підставі договорів про державні закупівлі з територіальним об'єднанням постачальників цих послуг.

Контракти є важливим інструментом впливу покупців на постачальників послуг, оскільки в них зазначені умови надання, перелік, обсяг медичних послуг. Перевагами договірних відносин є розділення функцій платника та постачальника медичних послуг, зміна типу відносин між ними з ієрархічних на партнерські, формування економічної зацікавленості медичних інституцій у забезпечення максимально можливої результативності власної діяльності – високої якості послуг за мінімальних витрат, підвищення рівня адміністративної та фінансової автономії, гнучкості постачальників медичних послуг та рівня їх відповідальності за якість наданих послуг, посилення відповідальності платника за організацію фінансування [84; 164]. Договірні відносини передбачають формування пацієнтів як обізнаних, добре проінформованих споживачів медичних послуг, здатних цивілізовано захищати свої визначені законом права та реально впливати на поліпшення якості охорони здоров'я. Договірні відносини також сприяють створенню рівних можливостей укладення контрактів, які фінансують за рахунок бюджетних коштів, для приватних постачальників медичних послуг.

Для запровадження договірних відносин пропонується застосовувати найбільш просту з відомих у світовій управлінській практиці модель такого договору, відому як «пакетний договір» або «блок-контракт» [122].

Така форма закупівлі медичних послуг є найбільш прийнятною через наявність низки об'єктивних реалій, які мають місце в Україні, зокрема: відсутність єдиних уніфікованих тарифів на медичні послуги, що надаються в публічному секторі, недостатній рівень комп'ютеризації медичних закладів та запровадження в них відповідних ІТ-технологій, необхідних для відповідного управлінського супроводу застосування більш складних методів оплати тощо. Перевагою блок-контракту є те, що його запровадження не вимагає обов'язкової наявності тарифів на конкретні медичні послуги. При використанні такого типу договору у практиці державних закупівель медичних послуг постачальник зобов'язується своєчасно надавати населенню конкретної території певний пакет послуг відповідної, встановленої стандартами якості за кошти, що передаються йому платником на умовах контракту. Тим не менше, незважаючи на простоту такого методу оплати, його запровадження в поєднанні зі зміною господарсько-правового статусу лікарень й наданням їм статусу підприємств дозволить відійти від фінансування за методом постатейного кошторису, запровадити оплату за методом глобального бюджету та значно розширити автономію й гнучкість цих установ, закласти основи для поступового формування мотивацій до контролю витрат, підвищення економічної ефективності та якості своєї діяльності.

Експертами розробляється модель контракту на різні види послуг, визначається обсяг контракту на підставі послуг, що надаються, обумовлюються взаємозв'язки між замовником (платником) та постачальником медичних послуг, забезпечується якість наданих послуг. Під час розробки та укладення контрактів на надання медичних послуг є потреба в конкретності щодо питань кількості, якості та вартості послуг. Необхідне також дотримання гнучкості та врахування балансу інтересів обох сторін контракту.

Модель формування замовлення, визначення розмірів фінансових ресурсів для медичних комплексів зображено на рис. 3. 2. Вона складається з 3 блоків (етапів). На першому етапі на підставі аналізу віково-статевої структури, захворюваності населення, показників споживання медичних послуг, кількості

лікарів, установ охорони здоров'я (постачальників медичних послуг) визначається потреба в медичній допомозі і визначається потреба в фінансових ресурсах на місцевому рівні. При розрахунку потреби можуть враховуватися і інші фактори, такі, наприклад, як рівень доходів населення, рівень безробіття, кількість самотніх осіб старшого віку, витрат на медикаменти і ін.

На другому етапі медичні комплекси на основі аналізу фінансових витрат закладів формують свою потребу в фінансових ресурсах і визначають розмір фінансового нормативу на одну особу. У 3 блоці запропоновано процедуру узгодження позицій між медичними комплексами та замовником і розпорядником бюджетних коштів (органами державної влади, місцевого самоврядування чи уповноваженими ними органами) щодо фінансування установ комплексу відповідно до потреб населення у наданні медичних послуг в зоні обслуговування. На основі даних моніторингу діяльності та ефективності роботи закладу, аудиторських фінансових перевірок, замовник здійснюватиме оцінку економічної та соціальної ефективності використання бюджетних коштів для надання медичних послуг для жителів окремої територіально-адміністративної одиниці чи територіальної громади. За умови узгодження основних позицій щодо кількості, якості медичних послуг, їх вартості відбувається формування замовлення на надання медичної допомоги, підготовка, узгодження і підписання контрактів (договорів) з медичними комплексами на надання медичних послуг, визначення обсягів фінансових ресурсів для комплексу. Якщо ж домовленостей не досягнуто, то коригуються обсяги надання медичної допомоги і обсяги фінансових ресурсів. Актуальним є впровадження практики «фондотримання» в охороні здоров'я. За основу схеми фондотримання береться розділення фінансових ризиків між фінансуючою стороною і окремими ланками, що надають медичну допомогу і входять до медичного комплексу. Під фінансовим ризиком в охороні здоров'я розуміється вірогідність того, що медичні послуги, надані тією чи іншою ланкою медичного комплексу, будуть непрофінансовані або профінансовані частково.

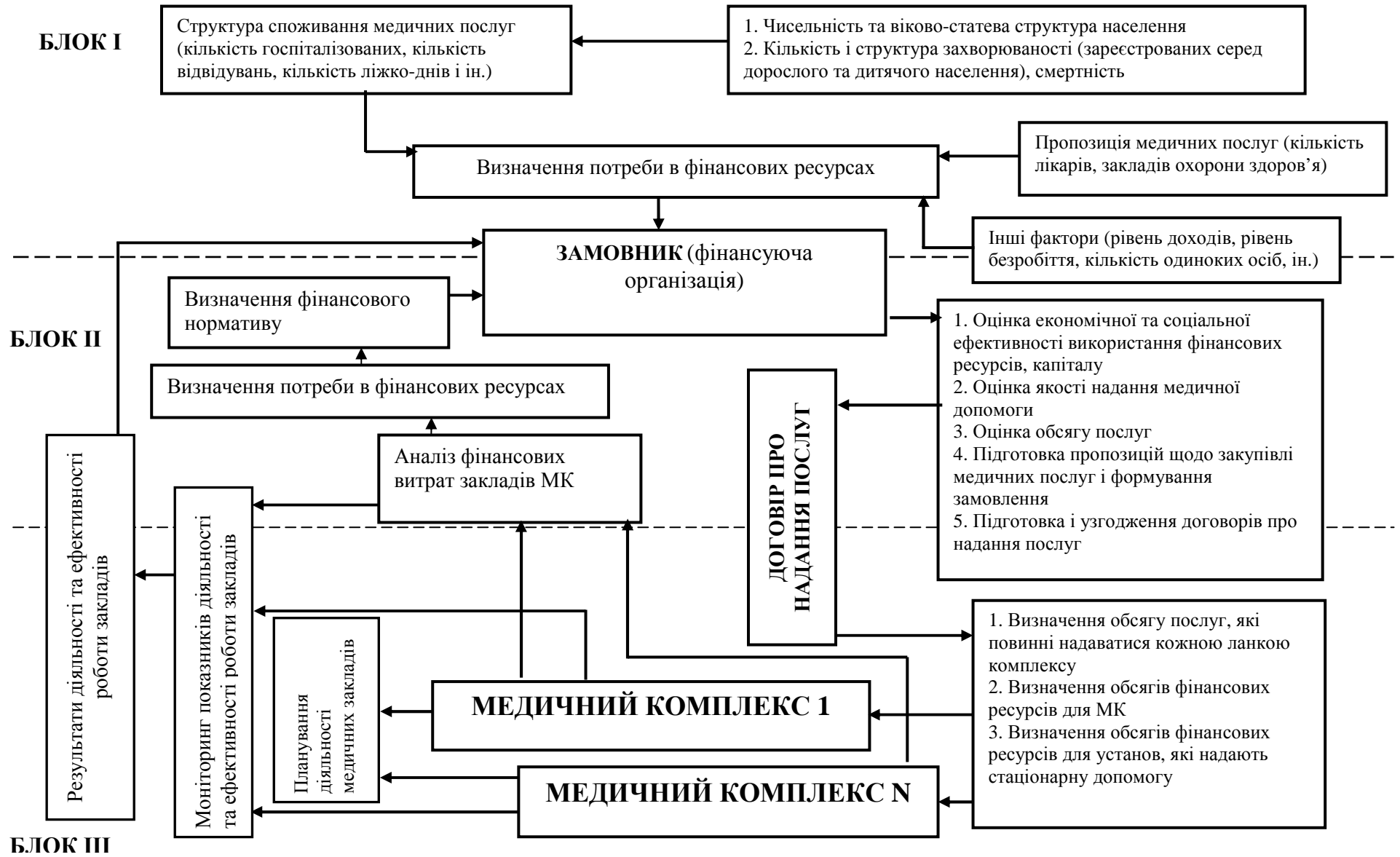


Рис. 3.2. Модель формування замовлення і визначення обсягів фінансових ресурсів для медичних комплексів.*

* Складено автором.

Розділення фінансових ризиків особливо важливо для медичних установ первинної ланки, оскільки в умовах інтегрованої системи вони можуть потрапити в складне становище, пов'язане з необхідністю надання пацієнтам дорогих медичних послуг, на оплату яких у цієї ланки немає коштів, а це, в свою чергу, може спричинити необгрунтовані відмови в наданні послуг. Саме для усунення цієї проблеми пропонується розділення фінансових ризиків за оплату стаціонарної допомоги між фінансуючою організацією і фондодласником. Розділення фінансових ризиків із фінансуючою організацією дозволить підтримувати економічні інтереси установ первинної та консультативно-діагностичної допомоги. При сумісній фінансовій відповідальності первинної ланки і фінансуючої організації знижується фінансова вразливість ланки-фондодласника, причому зберігаються стимули до розширення обсягу стаціонарозамінних послуг, зменшення дороговартісних виїздів швидкої медичної допомоги. У зв'язку з цим межа фінансової відповідальності повинна носити варіативний характер. Наприклад, розширення обсягу стаціонарозамінних видів допомоги, що надаються амбулаторно-поліклінічними установами, може збільшувати цю межу.

Метод фінансування на одну особу вибраний не випадково [79]. У світовій практиці відомі різні методи оплати медичної допомоги: оплата за медичні послуги, за відвідування, за пролікованого хворого, кошторисне, подушне фінансування та ін. Саме метод фінансування на одну особу, порівняно з кошторисним, який використовується зараз, є простішим, економічнішим і більш універсальним, здатним мотивувати медичні установи раціонально використовувати фінансові та інші ресурси, що вкрай важливо насамперед для установ, що виконують соціальну, а не комерційну функцію.

Для формування мотивацій сімейних лікарів – працівників Центру ПМСД до більш якісної та економічно ефективної роботи слід запровадити оплату за нормативом з розрахунку на одного жителя згідно зі списком пацієнтів кожного конкретного сімейного лікаря та запровадження стимулюючої (бонусної) додаткової оплати діяльності сімейних лікарів з урахуванням якості їх роботи

на основі аналізу діяльності кожного сімейного лікаря за визначеними організацією управління ресурсами індикаторами. Необхідними умовами є комп'ютеризація установ охорони здоров'я та забезпечення їх відповідними програмними продуктами.

Такий метод оплати праці лікарів загальної практики, при якому бюджет медичної установи залежить від кількості зареєстрованих на постійній основі пацієнтів (капітації) з'явився ще в 1911 році в Англії. Використання принципів капітації в поєднанні з частковим або повним фондотриманням та централізованим фінансуванням дозволяє Великобританії витратити майже в два рази менше фінансових ресурсів щодо ВВП порівняно з іншими розвинутими країнами і протягом тривалого періоду залишатися державою, яка ефективно стримує витрати на охорону здоров'я.

Фінансування медичного комплексу на одну особу не означає адміністративного підпорядкування медичних установ, що входять до цього комплексу, фінансуючій організації, а передбачає насамперед договірні відносини між господарюючими суб'єктами. Модель управління фінансами медичного комплексу зображена на рис. 3. 3.

Основна ідея фінансування за схемою фондотримання – мотивувати лікарів первинної ланки перебрати на себе відповідальність за організацію всіх видів медичної допомоги прикріпленому населенню з використанням найменш витратних технологій лікування залежно від складності захворювання й на цій основі підвищити ефективність використання ресурсів і забезпечити реальний захист інтересів пацієнтів [206, с. 94].

Під юрисдикцію цього комплексу повинно бути передане також управління сільськими амбулаторіями сімейної медицини, при цьому розподіл медичних послуг здійснюється з урахуванням інтересів пацієнта, медичної і економічної доцільності, пріоритету первинної ланки охорони здоров'я. З розширенням можливостей амбулаторій, збільшенням кількості медичних послуг, які вони надають населенню, відбувається адекватний перерозподіл фінансових ресурсів на користь первинної ланки.

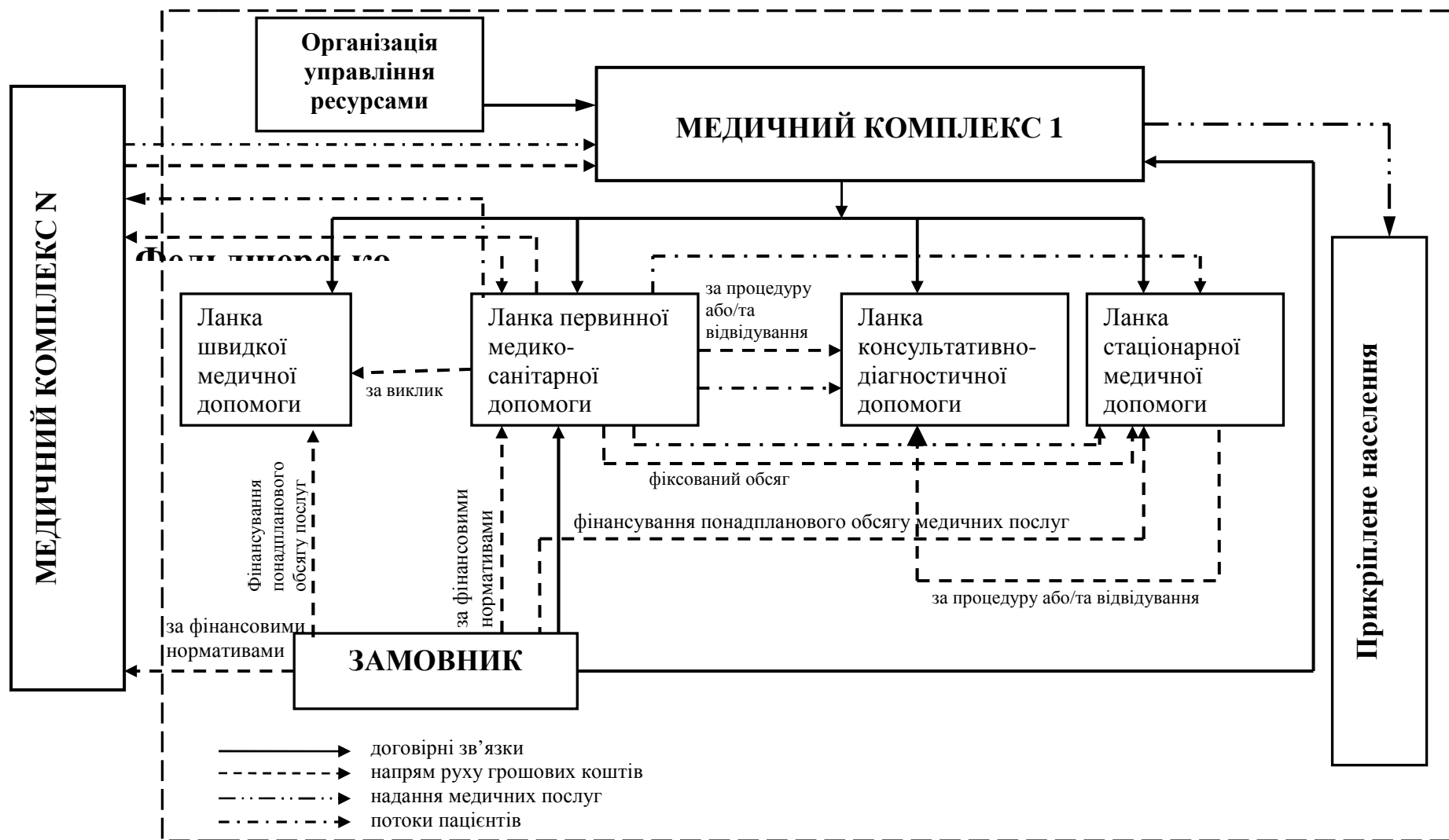


Рис. 3. 3. Модель управління фінансами медичного комплексу.*

* Складено автором.

Особлива роль ланки первинної медико-санітарної допомоги (як часткового фондодержателя) закріплюється багатостороннім договором між замовником–фінансуючою організацією і ланками медичного комплексу. У договорі також указуються види послуг, що надаються кожною ланкою, визначаються фінансові зобов'язання сторін договору, встановлюється порядок розрахунків між ланками комплексу, обумовлюється форма розрахунків з медичними установами, що не входять в комплекс, за надані ними послуги та ін. У договорі між ланкою ПМСД і фінансуючою стороною визначається частка фінансових ресурсів від загального обсягу фінансування медичного комплексу, яка передається первинній ланці як частковому фондотримачеві на його обсяг діяльності, а також на обсяг діяльності фахівців ланки консультативно-діагностичної допомоги, швидкої медичної допомоги і частково стаціонарної ланки (частка визначається на підставі аналізу звернень до послуг стаціонарної ланки за минулі періоди). Такий порядок фінансування обґрунтований, з одного боку, необхідністю обмежити ресурси ланки первинної медико-санітарної допомоги тими видами послуг, які вони здатні реально контролювати, з іншого – прагненням нейтралізувати потенційний недолік схеми фондотримання – здатність поліклінік стримувати спрямування пацієнтів в стаціонар. Ланка ПМСД із отриманих коштів розраховується за ті види допомоги, які вона не може надати, і які повинні бути визначені за допомогою стандартів. Необхідно зазначити, що перенесення акцентів медичної допомоги до первинної ланки можливе тільки за умов істотного поліпшення матеріально-технічної бази ланки ПМСД, розробці науково-обґрунтованих тарифів, нормативів, що визначають показники направлення пацієнтів до фахівців, у стаціонари, широкого впровадження центрів амбулаторної хірургії, денних стаціонарів, стаціонарів удома, розвитку інституту лікаря загальної практики та ін. Відсоток фінансування від загального фінансового нормативу для стаціонарної ланки встановлюється за результатами переговорів замовника зі стаціонаром та з ланкою ПМСД (з метою стимулювання розвитку стаціонарозамінних технологій), а також за результатами аналізу обсягу робіт стаціонару за

попередній період. На перших порах ланці ПМСД можна виділяти 10-20 % від обсягу фінансування ланки стаціонарної допомоги, проте з розширенням можливостей первинної ланки, з підвищенням ступеня її відповідальності за здоров'я населення відповідної території, частка фінансування стаціонарної допомоги, яка передається ланці первинної допомоги може збільшуватися.

Слід розробити також стандарти, що визначають умови спрямування пацієнтів ланкою ПМСД до фахівців, на госпіталізацію та ін. У випадку, якщо медичний комплекс не може надати допомогу в обсязі, передбаченому договором з замовником і відповідно до стандарту, то він зобов'язаний за свій рахунок забезпечити пацієнту потрібну допомогу в іншому медичному комплексі області. Необхідно визначити також межі фінансової відповідальності ланки ПМСД за оплату послуг, наданих іншими медичними комплексами її пацієнтам. Перевищення цієї межі (якщо доведена обґрунтованість такого перевищення) повинно відшкодовуватися замовником, і відповідно обумовлено і визначено.

В умовах єдиного медичного комплексу підвищується рівень відповідальності всіх ланок за якість медичної допомоги, кінцевий результат, раціональне використання ресурсів, оскільки від цього залежить оплата праці. Такий медичний комплекс повинен мати статус юридичної особи, яка організовує свою роботу на принципах комунального підприємства з контрактною формою роботи для співробітників. При цьому стосунки зі споживачами послуг, страховими компаніями або ж місцевими органами управління, будуються на договірних відносинах, в основі яких лежить загальний пакет медичних послуг з розрахунком необхідних фінансових витрат і можливості їх реалізації на тендерній основі. Необхідно враховувати також місцеві умови, існуючі фінансові можливості, мережу медичних установ, що склалася, систему економічних відносин тощо. У разі потреби медичні установи можуть використовувати різні варіанти міжлікарняної інтеграції.

Важливою є необхідність фінансування медичного комплексу саме на прикріплене населення. У межах адміністративно-територіальної одиниці за

певним медичним комплексом повинна бути закріплена певна кількість населення. Проте в межах територіальної інтегрованої системи громадяни можуть вибирати, в якого лікаря чи в якій медичній установі обслуговуватися. Така умова необхідна для підтримання конкуренції між медичними установами територій. Що стосується спрямування пацієнтів за межі територіально-медичного комплексу (наприклад, до іншого медичного комплексу чи до установи вищого рівня спеціалізації) для лікування, то тут необхідно обґрунтувати необхідність спеціалізованої медичної допомоги за його межами.

За такої організації медичного обслуговування фінансування здійснюється на одного прикріпленого за даним комплексом пацієнта на основі попередньої оплати, тобто незалежно від обсягу конкретних наданих послуг, а оскільки фінансовий норматив на одну особу, за своїм змістом, є тарифом, то фінансування виявиться фіксованим.

При цьому замовник, який є і головним розпорядником коштів повинен виконувати такі функції:

- фінансувати медичні установи за фінансовим нормативом на прикріплене населення;
- захищати інтереси пацієнтів медичних послуг щодо їх якості та кількості;
- укладати договори з медичними установами, здійснювати контроль за їх реалізацію з наступною оцінкою кінцевих результатів виконання договірних зобов'язань;
- брати участь в управлінні ресурсами медичних установ, що входять до комплексу та ін.

Фінансовий інтерес постачальників послуг у нових умовах полягатиме в управлінні їх собівартістю, а не в наданні більшої кількості послуг, як, наприклад, при системі «оплати за послугу» [25, с. 86]. В результаті виникає загальна зацікавленість усього медичного комплексу і кожної ланки в підвищенні якості та раціональному використанні фінансових, матеріальних й інших ресурсів комплексу, що витрачаються на надання медичної допомоги. Кожна ланка, крім власного інтересу в розширенні обсягів наданих послуг і

збільшенні доходу своєї установи, зацікавлена також в ефективному функціонуванні всього комплексу.

При системі, що застосовує норматив фінансування на мешканця, управління собівартістю (витратами) вимагає зниження обсягу послуг і вартості з розрахунку «на одного пацієнта», проте при цьому необхідно зберегти якість допомоги і задоволеність пацієнта.

Однак, навіть за умови запровадження поособового розрахунку стаціонари не стануть повноцінними фінансовими центрами оскільки визначатимуть дохід лише тільки на рівні медичного комплексу, тобто загалом. Лікарні швидше можна назвати «центрами поособового розрахунку», де дохід (лікарняна частка поособової оплати «на мешканця» всього медичного комплексу) враховується тільки на рівні закладу, а не на рівні підрозділів. В зв'язку з цим зрозуміло, що лікарні як «центру поособового розрахунку» цілісного медичного комплексу немає ніякого стимулу витратити кошти понад дійсно необхідний рівень витрат. Усі відділення лікарні в такому випадку стануть фінансовими центрами з нерозпізнаваними доходами [25, с. 87].

Орієнтиром щодо розподілу фінансових ресурсів між відділеннями можуть бути пропозиції, зроблені фахівцями Науково-дослідницького інституту Федерального об'єднання місцевих лікарняних кас Німеччини на основі міжнародного досвіду. Зокрема, експертні висновки свідчать, що співвідношення витрат на лікування в стаціонарних відділеннях повинно бути орієнтовно таким, як показано в таблиці 3.2. Проте оптимальною слід визнати ситуацію, при якій фінансування кожного відділення буде гнучким, легкозмінним залежно від обсягу необхідних послуг, наданих населенню, оскільки фіксоване фінансування може спонукати витратити всі виділені асигнування незалежно від потреби.

Для формування структури територіально-інтегрованої системи та розподілу частки фінансового нормативу між її підрозділами і ланками важливим стає формування вихідної інформації, зокрема, щодо оцінки фінансового забезпечення і фінансового стану, доходів і видатків, грошових

потоків, ефективності використання фінансових ресурсів та результатів фінансової діяльності медичних установ, діяльності служб фінансового менеджменту (фінансових менеджерів, керівництва установи), відповідності фінансових рішень загальним та конкретним цілям, директивам (указам, постановам, розпорядженням і ін.). Це буде, так звана, вихідна інформація, або інформація, яка формується з внутрішніх джерел.

Таблиця 3. 2.

Коефіцієнти вартості ліжко-днів у відділеннях стаціонару [228].

№ з/п	Відділення стаціонару	Коефіцієнти відповідності вартості ліжко-днів
1	Інфекційне	-30%
2	Отоларингологічне	-15%
3	Неврологічне	-15%
4	Офтальмологічне	-15%
5	Терапевтичне	-10%
6	Акушерсько-гінекологічне	-5%
7	Дитяче	-5%
8	Пологове	0%
9	Травматологічне	10%
10	Хірургічне	30%
11	Урологічне	45%

Для оцінки фінансового стану охорони здоров'я слід володіти усією повнотою інформації щодо фінансування галузі: частка видатків на утримання галузі у валовому внутрішньому продукті, частка державних, приватних видатків, оцінка складу і структури джерел фінансування охорони здоров'я, стан та рівень медичного оснащення і ін.

Оцінюючи фінансовий стан медичного комплексу обраховують ті ж показники, що й при оцінці фінансового стану закладів. Так як медичний комплекс складається з окремих ланок надання медичних послуг, то оцінюється фінансовий стан кожної ланки і кожного відділення ланки. Погіршення чи

покращення діяльності медичного комплексу може бути викликане певними змінами в діяльності установ і їх відділень.

В єдиній інтегрованій системі важливою є наявність повної медико-економічної інформації про пацієнтів, потоки, що скеровуються в стаціонарні і консультативні відділення, обсяги робіт, виконаних у кожному структурному підрозділі, і витрати. Прозора, системна інформація дозволяє коригувати обсяги медичної допомоги і фінансові потоки між структурними підрозділами з урахуванням медичної та економічної доцільності. Для обміну інформацією між користувачами необхідно перейти до єдиного інформаційного поля, яке забезпечить швидке й надійне передавання медичної та іншої інформації між комп'ютерними системами різних закладів, що надають медичні послуги. Така система управління дозволяє оптимізувати об'єми медичної допомоги, функцію і структуру медичних установ регіону, їх кадровий склад, виключити нераціональні витрати і визначитися з реальним розміром фінансового нормативу, необхідного для організації повноцінної медичної допомоги населенню в будь-якій моделі охорони здоров'я [25, с. 88]. Доречно також розглянути запровадження спільних платежів за відвідання лікарів, навіть якщо це будуть зовсім несуттєві внески. Цей крок важливий для запобігання вживання й зловживання ліками за рецептами [170]. На основі показників цих груп здійснюється фінансове планування, прийняття оперативних управлінських рішень.

В умовах системних перетворень у галузі охорони здоров'я загалом, і в окремих медичних закладах назріла нагальна потреба у запровадженні управлінського обліку та контролю. Складовими управлінського обліку, які дають можливість підвищити його ефективність та врахувати вплив фінансових ризиків на діяльність установ охорони здоров'я є аналіз відшкодування витрат і ціноутворення, порівняння фактичних показників з плановими та нормативними, система бюджетів.

Загалом, організація роботи в рамках єдиного медичного комплексу в системі керованої медичної допомоги передбачає відповідність окремих ланок надання медичної допомоги загальним економічним інтересам за допомогою:

- інтеграції усіх фінансових ресурсів і формування фінансового нормативу на одну особу;
- встановлення договірних відносин між усіма учасниками керованої медичної допомоги;
- визначення частки кожної ланки у фінансовому нормативі на одну особу;
- поєднання проспективної (попередньої) з ретроспективною оплатою;
- договірного розподілу отриманої економії.

В умовах територіальної інтегрованої системи основою раціонального використання ресурсного потенціалу установ охорони здоров'я, на нашу думку, є визначення розмірів потреб у фінансових ресурсах медичного об'єднання і його складових. Ця величина, з одного боку, будучи сукупною, складається з вартості конкретних медичних послуг, з урахуванням їх обсягу і структури. З іншого боку, вона виступає основою формування фінансового нормативу на одну особу для медичного об'єднання. Її розрахунок дозволить визначити обсяг передбачуваного недофінансування медичного комплексу, що є основою побудови системи фінансового планування та ефективної внутрішньої політики розподілу фінансових ресурсів і використання наявного ресурсного потенціалу установ охорони здоров'я.

Далі за допомогою матричного моделювання, в основі якого закладений міжгалузевий балансовий метод, можна здійснити аналіз і провести розподіл коштів на різних ієрархічних рівнях (ланках комплексу). Таким чином, маємо можливість побудувати внутрішньо погоджені та збалансовані плани, які суттєво допоможуть у фінансуванні закладів охорони здоров'я. За допомогою наявних математичних методів і засобів обчислювальної техніки такі завдання вирішуються просто.

Ефективним методом обґрунтування потреби у фінансових ресурсах, необхідних для медичного комплексу в умовах територіальної інтегрованої системи, є економіко-математичне моделювання, засноване на принципах системного підходу. Системний підхід полягає у встановленні взаємозв'язку між елементами системи, де економічні показники не є незалежними, а пов'язані між собою. Він дозволяє оцінювати результати діяльності як кожної окремої ланки, так і всього медичного комплексу загалом.

Враховуючи досліджене, ми побудували бюджети ланок, які входять до медичного комплексу (табл. 1–4 дод. Ю). Розрахунок планується починати з ланки первинної медико-санітарної допомоги, оскільки ця ланка є частковим фондодержателем, тому спочатку необхідно визначити її потребу в фінансових ресурсах. Розрахунок видатків за економічною класифікацією пропонуємо здійснювати за методикою, поданою у додатку Я.

Завершальним етапом процедури визначення основних статей витрат функціональних ланок медичного комплексу охорони здоров'я є побудова матриці статей витрат зведеного балансу (табл. 3. 3).

Таблиця 3. 3.

Зведений бюджет медичного комплексу

Структурні підрозділи Елементи видатків за економічною класифікацією	Ланка 1	Ланка 2	Ланка 3	Ланка 4	Разом у розрізі статей витрат
1. Оплата праці працівників	\sum_1^I	\sum_1^{II}	\sum_1^{III}	\sum_1^{IV}	\sum_1
2. Нарахування на заробітну плату	\sum_2^I	\sum_2^{II}	\sum_2^{III}	\sum_2^{IV}	\sum_2
3. Медикаменти та перев'язувальні матеріали	\sum_3^I	\sum_3^{II}	\sum_3^{III}	\sum_3^{IV}	\sum_3
4. Продукти харчування	—	—	\sum_4^{III}	—	\sum_4
5.. М'який інвентар та обмундирування	\sum_5^I	\sum_5^{II}	\sum_5^{III}	\sum_5^{IV}	\sum_5
6. Предмети, матеріали, обладнання короткострокового користування	\sum_6^I	\sum_6^{II}	\sum_6^{III}	\sum_6^{IV}	\sum_6
7. Оплата електроенергії	\sum_7^I	\sum_7^{II}	\sum_7^{III}	\sum_7^{IV}	\sum_7
8. Оплата тепlopостачання	\sum_8^I	\sum_8^{II}	\sum_8^{III}	\sum_8^{IV}	\sum_8
9. Оплата водopостачання і водовідведення	\sum_9^I	\sum_9^{II}	\sum_9^{III}	\sum_9^{IV}	\sum_9

Продовження таблиці 3. 3.

10. Оплата природного газу	\sum_{10}^I	\sum_{10}^{II}	\sum_{10}^{III}	\sum_{10}^{IV}	\sum_{10}
11. Оплата інших комунальних послуг	\sum_{11}^I	\sum_{11}^{II}	\sum_{11}^{III}	\sum_{11}^{IV}	\sum_{11}
12. Оплата послуг зв'язку	\sum_{12}^I	\sum_{12}^{II}	\sum_{12}^{III}	\sum_{12}^{IV}	\sum_{12}
13. Оплата транспортних послуг та утримання автотранспортних засобів	\sum_{13}^I	\sum_{13}^{II}	\sum_{13}^{III}	\sum_{13}^{IV}	\sum_{13}
14. Видатки на відрядження	\sum_{14}^I	\sum_{14}^{II}	\sum_{14}^{III}	\sum_{14}^{IV}	\sum_{14}
15. Ремонт будівель, обладнання та інвентарю	\sum_{15}^I	\sum_{15}^{II}	\sum_{15}^{III}	\sum_{15}^{IV}	\sum_{15}
16. Обладнання і предмети довгострокового користування	\sum_{16}^I	\sum_{16}^{II}	\sum_{16}^{III}	\sum_{16}^{IV}	\sum_{16}
17. Інші витрати	\sum_{17}^I	\sum_{17}^{II}	\sum_{17}^{III}	\sum_{17}^{IV}	\sum_{17}
Разом по функціональних центрах витрат	\sum^I	\sum^{II}	\sum^{III}	\sum^{IV}	Σ

Розрахунок фінансового нормативу на одну особу для медичного комплексу (F_n) здійснюється за формулою:

$$F_n = \frac{\sum}{N_{заг}}, \quad (3.1)$$

де $N_{заг}$ – загальна кількість населення, закріпленого за медичним комплексом.

Крім фінансового нормативу, ланка ПМСД має право на отримання винагороди за кожну профілактичну послугу.

Наступним етапом є визначення частки кожної ланки в поособовому фінансовому нормативі. Розподіл фінансових ресурсів усередині медичного комплексу здійснюється на основі кількості послуг, що замовляються, та їх вартості. Кожна ланка бере певні зобов'язання щодо обсягу послуг, які може надати і розподілу фінансових ризиків. Обсяг послуг, який може бути наданий кожною ланкою визначається на основі стандартів (які ще слід розробити) або на основі аналізу показників діяльності медичних закладів в минулих періодах. Об'єктом розрахунку вартості є медична послуга, яка може бути простою і складною (комплексною). Прості послуги – це лікувально-діагностичні процедури, окремі обстеження, маніпуляції тощо, які приймаються в якості елементарних одиниць відповідно до нормативів надання медичної допомоги

населенню. Складні (комплексні) послуги – це набір простих послуг відповідно до кожної нозологічної форми.

Основними видами медичних послуг є: відвідування сімейного (дільничного) лікаря, відвідування спеціалістів, лікувально-діагностичні процедури й обстеження, день перебування хворого у стаціонарі лікарні.

Завершальним етапом розрахунків є визначення передбачуваної величини недофінансування медичного комплексу. У разі суттєвого перевищення величини необхідних фінансових ресурсів, отриманих розрахунковим чином, над планованим обсягом фінансування, можна використовувати такі способи відшкодування дефіциту: надходження від надання платних послуг, від медичного страхування; залучення інвестицій, благодійних внесків; введення співоплати населення за медичні послуги і ін. Проте основним фактором зменшення дефіциту повинна стати економія за рахунок раціонального використання ресурсного потенціалу медичного комплексу. Основною формою розрахунків фондодержателя з іншими ланками комплексу доцільно вибрати змішаний варіант фінансування, як поєднання ретроспективної оплати за фактично наданий обсяг послуг з попередньою оплатою наперед обумовленого обсягу. Проте, основна частина розрахунків ланки фондодержателя з іншими повинна визначатися наперед за домовленостями. За фактом повинен оплачуватися лише незапланований обсяг діяльності консультативно-діагностичної, стаціонарної і ланки швидкої медичної допомоги. Незапланований обсяг діяльності медичних комплексів повинен оплачуватися за медичними стандартами або за кожну послугу. Для ланки швидкої медичної допомоги доцільно використовувати оплату за кожен виклик.

Фінансування охорони здоров'я на принципах керованої медицини через визначення фінансового нормативу дасть можливість оптимізувати управління фінансами галузі за основними компонентами – визначення необхідних та забезпечення заданих обсягів медичної допомоги, її доступності за високої якості послуг (медичний ефект), покращенні стану здоров'я населення (соціальний ефект). Метою такої оптимізації є отримання найвищого

медичного і соціального ефекту в рамках фінансових можливостей держави на основі визначення потреби у фінансових ресурсах конкретних адміністративно-територіальних одиниць та держави загалом.

З метою підвищення фінансової стійкості галузі та установ охорони здоров'я слід удосконалити фінансове забезпечення. Для цього необхідні:

- розширення джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я шляхом залучення інвестицій. Одним із основних механізмів залучення недержавних інвестицій в охорону здоров'я можуть бути механізми приватно-державного партнерства. Проте їх реалізація переважно здійснюється через концесійні угоди, при яких держава залишається власником об'єкта концесійної угоди. При цьому основну увагу слід приділяти розвитку концесійних угод в основному незадіяних або порожніх потужностей лікувально-профілактичних установ;
- визначення умов здійснення лізингу медичного устаткування для державних і комунальних закладів охорони здоров'я в законодавчому порядку. Створення можливостей і стимулів для розширення інвестицій роботодавців і працівників у поліпшення стану здоров'я населення, якісної сторони функціонування системи охорони здоров'я можна досягти шляхом модернізації матеріально-технічної бази галузі. Для цього необхідно розробити й впровадити процедуру планування забезпечення установ охорони здоров'я сучасним устаткуванням, узгодити плани оснащення державних і комунальних лікувально-профілактичних установ з гарантованим обсягом надання медичної допомоги, розробити стандарти забезпечення різних типів медичних організацій і лікарняних ліжок. На сучасному етапі розвитку галузь охорони здоров'я потребує оновлення основних фондів, оснащення медичних закладів сучасним обладнанням [132; с. 27]. В таких умовах лізинг повинен отримати широке застосування, оскільки впровадження нових методів діагностики та лікування можливе тільки на сучасному обладнанні. Фінансовий лізинг дасть можливість установам охорони здоров'я отримати необхідне обладнання та придбати

його у власність протягом певного періоду часу без значного залучення додаткових фінансових ресурсів. Лізинг повинен стати одним із основних фінансових механізмів оновлення основних фондів у ринковій економіці. Лізинг доцільно розглядати як частину стратегічного фінансового менеджменту, використання якого дозволить здійснити оновлення основних виробничих фондів медичних установ, а також дасть додаткові можливості для підвищення ефективності управління фінансами галузі;

- законодавче врегулювання переліку платних медичних послуг та затвердження методики розрахунку їх вартості, що забезпечить формування єдиного підходу до створення системи тарифів на медичні послуги;
- створення умов для запровадження обов'язкового та розвитку добровільного медичного страхування. Етапові реформування охорони здоров'я шляхом запровадження обов'язкового медичного страхування повинна передувати підготовча робота щодо підвищення ефективності функціонування існуючої системи з паралельним сприянням розвитку добровільного медичного страхування;
- введення співучасті населення в оплаті медичних послуг. Досвід зарубіжних країн свідчить, що введення співоплат населення за надані медичні послуги, слід розглядати, насамперед, як можливість підвищення відповідального ставлення населення до власного здоров'я, потім – як можливість диверсифікації джерел фінансових ресурсів і збільшення надходжень до закладів охорони здоров'я. Розмір співоплати за медичні послуги необхідно диференціювати залежно від середньої заробітної плати в регіоні;
- запровадження системи реімбурсації для пільгових категорій громадян з метою забезпечення доступності лікарських засобів та фармацевтичної допомоги населенню. Система реімбурсації (загальноприйнята назва в міжнародній практиці) являє собою соціально-економічну систему, яка забезпечує доступність лікарських засобів та фармацевтичної допомоги населенню. Впровадження такої системи відшкодування дасть можливість

підвищити ефективність державних видатків та мінімізувати видатки громадян на придбання ліків.

Для забезпечення якісного управління фінансовими ресурсами на основі принципів економичності, ефективності, результативності, законності та прозорості слід організувати ефективно діючу систему внутрішнього контролю в кожного розпорядника бюджетних коштів, підрозділи внутрішнього аудиту в системі розпорядників бюджетних коштів та систему гармонізації внутрішнього контролю та внутрішнього аудиту. Принципова відмінність системи державного внутрішнього фінансового контролю від організації діючої системи фінансового контролю, зокрема зовнішнього, в тому, що його призначення – допомагати бюджетним установам вирішувати поточні проблеми. Зокрема, внутрішній контроль повинен забезпечувати впевненість керівництва бюджетної установи в досягненні належного рівня економії, ефективності і результативності; достовірність фінансової, статистичної та управлінської звітності; дотримання встановлених норм і правил; належний захист активів від втрат.

Внутрішній аудит повинен забезпечувати функціонально незалежну оцінку діяльності розпорядників бюджетних коштів; впевненість керівництва розпорядників бюджетних коштів в тому, що система управління функціонує в спосіб, який максимально знижує ризик шахрайства, марнотратства, допущення помилок чи інших недоліків; надання рекомендацій з удосконалення діяльності розпорядників бюджетних коштів, підвищення ефективності процесів управління; оцінку ефективності внутрішнього контролю відповідно до понесених витрат.

З метою оцінки рівня виконання запланованих показників, виявлення загроз фінансовій безпеці установ виникає необхідність здійснювати моніторинг та контролінг. Призначенням системи контролінгу є оцінка якості прийнятих управлінських рішень та забезпечення управлінського процесу максимально повною і точною кількісною інформацією.

Концепція реформування управління фінансами охорони здоров'я в Україні передбачає удосконалення та підвищення ефективності використання ресурсів галузі. Реалізація цієї концепції разом зі збільшенням державних видатків на охорону здоров'я дозволить забезпечити:

- подолання відставання середньої заробітної плати працівників охорони здоров'я від середньої у промисловості;
- дотримання державних гарантій щодо безкоштовного надання медичних послуг громадянам. У результаті – можна буде здійснити безкоштовне медикаментозне забезпечення пацієнтів у стаціонарах і суттєве поліпшення лікарського забезпечення окремих категорій громадян в амбулаторних умовах;
- заміну зношеного медичного обладнання, ремонт будівель та споруд, першочергове придбання необхідного обладнання первинної ланки надання медичної допомоги;
- збільшення витрат на лікувальне харчування хворих у стаціонарі та ін.

Висновки до розділу 3

Дослідження, здійснене у третьому розділі роботи, дозволяє зробити такі висновки:

1. Аналізуючи тенденції реформування систем управління фінансами в зарубіжних країнах, ми зазначили, що усі вони спрямовані на поєднання механізмів стримування видатків і реформ, спрямованих на підвищення ефективності їх використання. Зарубіжний досвід функціонування та реформування охорони здоров'я вказує на необхідність зміни організаційного забезпечення галузі, зокрема реструктуризацію мережі лікувально-профілактичних установ, удосконалення економічних механізмів та правових форм функціонування медичних організацій, розвиток механізмів координації діяльності всіх ланок управління охороною здоров'я, зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів та зміни механізму управління фінансами галузі. Одним із підходів, який здатний забезпечити можливість реформування управління

фінансами охорони здоров'я є система «керованої медичної допомоги», різні варіанти якої використовуються у багатьох країнах, зокрема у країнах, що мають бюджетну модель фінансового забезпечення охорони здоров'я. Ключовим заходом забезпечення реформування системи управління фінансами охорони здоров'я України є структурна реорганізація галузі шляхом створення на регіональному рівні «територіальної інтегрованої системи», основними складовими якої є медичні комплекси, які є об'єднанням основних ланок надання медичних послуг.

2. Розроблено концепцію реформування управління фінансами охорони здоров'я, де визначено пріоритетні завдання та необхідні кроки для її реалізації. Запропоновано стратегію реструктуризації системи надання населенню медичної допомоги, напрями реформування фінансового, організаційного, інформаційного, кадрового, програмного забезпечення управління фінансами охорони здоров'я, заходи щодо реформування фінансового планування, контролю, механізму оплати послуг охорони здоров'я. Обґрунтовано перспективи розвитку управління фінансами охорони здоров'я та передбачено запровадження управлінських технологій фінансового менеджменту у діяльність медичних установ з метою підвищення доступності і якості медичного обслуговування громадян. Стратегічним напрямом реформування системи оплати медичних послуг в умовах територіально-інтегрованої системи є запровадження фінансування медичних комплексів за фінансовими нормативами на одну особу за моделлю закріплення функцій часткового фондотримання за ланкою первинної медико-санітарної допомоги і запровадження стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності; на вторинному та третинному рівнях – запровадження фінансування стаціонарних закладів на основі глобального бюджету залежно від структури та обсягів наданої допомоги; для консультативно-діагностичної ланки – оплати за обсяг наданих послуг.

3. Основні наукові результати розділу опубліковано в працях автора [97; 99; 103; 105; 107; 109; 111; 113].

ВИСНОВКИ

У дисертації систематизовано теоретичні засади, здійснено узагальнення діючої практики управління фінансами охорони здоров'я. Це дало змогу обґрунтувати рекомендації щодо удосконалення управління фінансами охорони здоров'я. Проведене дослідження дозволило зробити висновки, які мають науково-теоретичну і практичну цінність.

1. Узагальнення концептуальних підходів з використанням таких філософських категорій, як «сутність», «явище», «зміст» і «форма» дало можливість сформулювати авторське визначення фінансів охорони здоров'я і виявити, що фінансам охорони здоров'я властиві діалектичні суперечності, які виникають у відносинах з державою щодо можливостей виконання нею конституційних зобов'язань з безоплатного надання медичної допомоги, обмеженості фінансових ресурсів та постійним зростанням потреб галузі, а також щодо розподілу фінансових ресурсів між рівнями бюджетної системи. Попри те, що участь держави є обов'язковою умовою розвитку і функціонування будь-якої системи медичного обслуговування, обсяги державної діяльності можуть відрізнятися. З метою визначення видів, обсягів, порядку та умов надання медичної допомоги, яка повинна надаватися безкоштовно, запропонована класифікація медичних послуг. Завданням державного управління є створення моделі організації фінансів охорони здоров'я, яка б оптимально поєднувала принципи державного і ринкового господарювання, одночасно забезпечуючи доступність, справедливість, рівність, соціальну та економічну ефективність медичних послуг.

2. На основі узагальнення наукових підходів до трактування сутності понять управління фінансами, фінансовий менеджмент та з урахуванням сучасних тенденцій подано визначення дефініції «управління фінансами охорони здоров'я», в якому акцентовано увагу на визначальному впливі суспільного вибору, визначено зміст управління, зазначено його об'єкт та вказано, що управлінська діяльність обов'язково повинна бути

цілеспрямованою. Управління фінансами, з одного боку, має бути спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності закладу охорони здоров'я і проявлятися у покращенні його конкурентної позиції на ринку медичних послуг, з іншого – на забезпечення фінансової стабільності як установи, так і галузі загалом, а також забезпечувати можливості їх розвитку. Проте на кожному етапі розвитку держави, галузі, медичних закладів, мета управління фінансами може бути різною і її слід узгоджувати з цілями інших функціональних менеджментів.

3. З метою систематизації методологічних підходів до управління фінансами охорони здоров'я у дисертаційній роботі охарактеризовано об'єкти і суб'єкти управління, принципи, функції, управлінські технології та системи забезпечення. Тому особливо важливим є дотримання принципів, які дають змогу пов'язати функції управління фінансами охорони здоров'я зі стратегічними цілями розвитку галузі. На основі аналізу методів управління фінансами виокремлено управлінські технології фінансового адміністрування і фінансового менеджменту охорони здоров'я. Зазначено, що організаційне забезпечення сучасної системи управління фінансами охорони здоров'я є громіздким і характеризується високим рівнем централізації з застосуванням адміністративних принципів, методів і форм організації управління фінансовою діяльністю у галузі охорони здоров'я, а також відсутністю узгодженості та взаємодії між органами управління щодо реалізації державної політики, досягненні цілей функціонування і розвитку галузі.

4. Встановлено, що механізм бюджетного планування видатків на охорону здоров'я, основу якого складає формульний розрахунок трансфертів, є недосконалим. Він полягає у плануванні за принципом вертикальної підпорядкованості, характеризується відсутністю єдиної методології стратегічного планування, посиленням централізації. Кошторисне планування у галузі охорони здоров'я базується на системі норм та нормативів, які не мають наукового підґрунтя і не відображають потребу медичних установ у матеріальних, трудових та фінансових ресурсах. Розподіл бюджетних ресурсів

зкладам охорони здоров'я за оперативно-мережевими показниками їхньої діяльності не стимулює зазначені установи поліпшувати ефективність власної роботи. Відтак, мають місце суперечності між зростанням потреб галузі, медичних установ і населення у високоякісній медичній допомозі та можливостями її забезпечення за рахунок бюджетних коштів. Динаміка обсягів і структури видатків Державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я засвідчує недостатність обсягів та недосконалість пропорцій розподілу фінансових ресурсів: за економічним змістом, між рівнями надання медичної допомоги, між бюджетами різних рівнів.

5. Результати фінансового контролю в галузі охорони здоров'я засвідчили, що в Україні до сьогодні переважають фіскальні форми контролю, що проводяться сторонніми для об'єкта контролю органами з метою встановлення фінансових порушень, а не вивчення причин їх виникнення. У зв'язку з чим виявлено зростання фінансових порушень у галузі охорони здоров'я. Підвищенню результативності контрольної діяльності сприятиме розвиток систем внутрішнього фінансового контролю і аудиту, контролінгу та моніторингу в кожного розпорядника бюджетних коштів, підвищення ролі попереднього і поточного фінансового контролю.

6. Характеристика моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я, методів розподілу фінансових ресурсів, статусу установ охорони здоров'я та лікарів, які надають медичні послуги, визначають сучасні світові тенденції управління фінансами охорони здоров'я. Незважаючи на відмінні моделі поєднання названих складників, системи управління фінансами зазнають реформування. Зарубіжний досвід реформування управління фінансами охорони здоров'я свідчить про його спрямованість на поєднання механізмів стримування бюджетних видатків і проведення реформ спрямованих на підвищення ефективності їх використання. Основними напрямками таких реформ є: встановлення бюджетних обмежень у поєднанні з державним фінансовим контролем; участь місцевих і регіональних органів управління в прийнятті рішень щодо обсягів фінансових ресурсів, методів і способів їх

мобілізації, розподілу та використання; застосування ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я; збільшення частки видатків, що оплачується пацієнтами за рахунок розширення переліку платних послуг чи добровільного медичного страхування; обмеження пропозицій медичних послуг чи ресурсів. Усі ці напрями є перспективними для використання у практиці реформування механізму управління фінансами охорони здоров'я України. Проте основною передумовою використання одного чи кількох з описаних напрямів реформ є визначення концептуальних підходів до їх реалізації, вироблення єдиної державної стратегії реформування організації надання послуг охорони здоров'я з метою поліпшення якості, доступності та ефективності медичних послуг для населення.

7. Запропонована концепція управління фінансами охорони здоров'я передбачає реалізацію наступних пріоритетних завдань: конкретизація і законодавче закріплення державних гарантій щодо видів, обсягів, порядку та умов надання безкоштовної медичної допомоги, включаючи визначення набору медичних послуг, лікарських технологій, що належать до гарантованого обсягу медичного обслуговування та з урахуванням фінансових можливостей щодо їх забезпечення; запровадження системи стратегічного фінансового планування, заснованого на програмно-цільових методах; розробка науково-обґрунтованих норм та нормативів показників ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я, які би враховували вплив сучасних наукових й технологічних інновацій у медицині на потребу у відповідних ресурсах; затвердження фінансових нормативів планування ресурсів; оптимізація структури галузі охорони здоров'я; зміна методів оплати медичних послуг; вдосконалення оплати праці медичного персоналу і кадрового забезпечення управління фінансами галузі; підвищення фінансового забезпечення та фінансової стійкості галузі і установ; запровадження управлінських технологій фінансового менеджменту у фінансову діяльність медичних установ.

8. Модель управління фінансами охорони здоров'я передбачає структурну реорганізацію охорони здоров'я на регіональному рівні на засадах

«керованої медицини», укладення контрактів про надання медичних послуг між замовником і постачальниками цих послуг, визначення потреби у фінансових ресурсах галузі на регіональному рівні шляхом розрахунку фінансового нормативу на одну особу, зміну підходів до фінансування медичних установ і запровадження оплати послуг медичних комплексів за моделлю часткового фондотримання. Такий підхід дає можливість пов'язати обсяг наданих фінансових ресурсів з потребами населення у наданні медичних послуг в зоні обслуговування та створює умови для підвищення доступності та якості медичної допомоги населенню.

Реалізація наукових положень і практичних пропозицій, обґрунтованих у дисертації, сприятиме удосконаленню та підвищенню ефективності надання медичних послуг. Однак, з огляду на те, що в Україні нині відбувається становлення національної системи управління фінансами охорони здоров'я, є очевидною доцільність продовження наукових пошуків, розпочатих у роботі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 71.Крайник О. П. Фінансовий менеджмент: навч. посібник / О. П. Крайник, З. В. Клепикова. – Львів: ЛДУ, 2001. – 258 с.
- 72.Крамаренко В. И. Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении / В. И. Крамаренко. – Симферополь: Таврида, 1997. – 153 с.
- 73.Крамаренко Г. О. Фінансовий менеджмент. 2-ге вид.: підручник / Г. О. Крамаренко, О. Є. Чорна. – К.: «Центр учбової літератури», 2009 р. – 520 с.
- 74.Кудряшов В.П. Фінанси: навч. посібник / В.П. Кудряшов – Херсон: Олді-плюс, 2002 р. – 352 с.
- 75.Кузьменко М.М. Финансовый менеджмент в здравоохранении России / М.М. Кузьменко, В.В. Баранов – М.: Медицина, 1995. – 272 с.
- 76.Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики / М.М. Кузьменко, В.В. Баранов, Ю.В. Шиленко; [под ред. Э.Н. Нечаева, Е.Н. Жильцова] – М.: Медицина, 1994. – 304 с.
- 77.Курс экономической теории: учебник / [под ред. проф. М.Н. Чепурина, проф. Е.А. Киселевой]. – Киров: Издательство «АСА», 2005. – 624 с.
- 78.Куценко В. Менеджмент сфери послуг / В. Куценко, Г. Трілленберг. – К.: 2007. – 459 с.
- 79.Куценко В. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти / В. Куценко, Г. Трілленберг. – К.: 2005. – 366 с.
- 80.Лехан В. Система финансирования здравоохранения в Украине и пути ее реформирования / В. Лехан, В. Рудый, С. Шишкин // Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні: дод. матеріали до семінару. – Режим доступу: <http://www.eu-shc.com.ua/>.
- 81.Лехан В. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. Лехан, Н. Лакіза-Савчук, В. Войцехівський. – К.: Сфера, 2001. –176 с.

- 82.Лехан В. Нові механізми оплати медичних послуг та умови їх запровадження / В. Лехан // Сімейний лікар. – 2005. – № 9. – С. 5–7.
- 83.Ліннакко Е. Критичний аналіз напрямків фінансування та продуктивності у сфері охорони здоров'я країн ЄС / Е. Ліннакко // Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я. – Режим доступу: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/analiz_u.htm
- 84.Лободіна З. М. Реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони дітей: перспективи запровадження глобального бюджету / З. М. Лободіна // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 4 (13). – С. 151–162.
- 85.Ломикін І. А. Особливості управління фінансовими ресурсами в умовах ринкових відносин (на прикладі лікувальних установ): автореф. дис. ... канд. екон. наук: 08.02.03. / І. А. Ломикін. – Донецьк, 2002. – 20 с.
- 86.Магуайр Е. Економіка охорони здоров'я: вступ. курс / [Е. Магуайр, Дж. Гендерсон, Г. Муні]; пер. з англ. В. Чайківський; за ред. І. Солоненко. – К.: Основи, 1998. – 313 с.
- 87.Макконнелл К. Макроекономіка. Тринадцяте видання. Пер. з англ. / К. Макконнелл, С. Брю – Львів: Просвіта, 1997. – 671 с.
- 88.Маршалл А. Принципы экономической науки. Т.1. / А. Маршалл – М.: Прогресс, 1993.– 415 с.
- 89.Матвієнко Ю. Медичне страхування в різних країнах світу. Проблеми реформування охорони здоров'я / Ю. Матвієнко // Режим доступу: <http://www.likar.info/profi/articles/404.html>].
- 90.Матвієнко Ю. Порівняння системи охорони здоров'я Канади і США: враження практикуючого лікаря. Скорочений виклад / Ю. Матвієнко // Медицина світу. – 2006. – квітень. – С. 309–313.
- 91.Матинян Н.С. Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам / Н.С. Матинян, Е.И. Скачкова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – №3. – Режим доступу: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/74/30/>

92. Медичне страхування в деяких країнах східної Європи, Росії, Латвії (Огляд, складений з фрагментів статей). Підготовлено міським науковим інформаційно-аналітичним центром медичної статистики // Лікар. – 2010. – № 9. – Режим доступу: <http://www.likar.info/profi/articles/406.html>:
93. Менкью Н. Г. Принципы экономикс: учебник / Н. Г. Менкью. – Санкт-Петербург: Питер Ком, 1999. – 784 с.
94. Менгер К. Основания политической экономии. Австрийская школа в политической экономии / К. Менгер – М: Экономика, 1992. – 242 с.
95. Місцеві фінанси: Підручник / [О. Р. Квасовський, А. В. Лучка, Б. С. Малиняк та ін.]; за ред. О.П. Кириленко. – К.: Знання, 2006. – 677 с.
96. Мкртчян С. Реформы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы / С. Мкртчян, Н. Чачава // Врач. – 1998. – № 11. – С. 36–37.
97. Мокрицька А. Б. Актуальні проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні / А. Мокрицька // Економічні, правові, інформаційні, та гуманітарні проблеми розвитку України в пост стабілізаційний період: наук. конф.: зб. матеріалів. – Тернопіль, 2008. – С. 40–44.
98. Мокрицька А. Б. Державне управління охороною здоров'я / А. Мокрицька // Управління у 21 столітті: погляд молодих вчених: наук. конф. мол. наук.: зб. матеріалів. – Хмельницький: В-во ХІУП, 2004. – С. 81–82.
99. Мокрицька А. Б. До питання про управління фінансами охорони здоров'я / А. Мокрицька // Вісник Тернопільської академії народного господарства. – 2000 – № 9. – С. 267–269.
100. Мокрицька А. Б. Інформаційне забезпечення фінансового менеджменту установ охорони здоров'я / А. Мокрицька // Вісник Тернопільської академії народного господарства. – 2004. – № 6 – С. 119–125.
101. Мокрицька А. Б. Концептуалізація фінансів охорони здоров'я / А. Мокрицька // Науковий вісник: фінанси, банки, інвестиції. – 2011. – №4 (13). – С. 51–54.

102. Мокрицька А. Б. Концептуальні основи організації фінансів охорони здоров'я / А. Мокрицька // *Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах проведення системних реформ: наук. конф. проф.-викл. складу: зб. матеріалів.* – Тернопіль: Видавничий центр «Вектор», 2012. – С. 86–88.
103. Мокрицька А. Б. Концепції організації охорони здоров'я в розвинутих країнах світу / А. Мокрицька // *Охорона здоров'я: державна політика та розвиток ринку медичних та фармацевтичних послуг: Міжн. наук.-практ. конф.: зб. матеріалів.* – Сімферополь: Кримський інститут бізнесу УЕУ, 2011. – С. 32–34.
104. Мокрицька А. Б. Медичні послуги в системі суспільних благ / А. Мокрицька // *Проблеми трансформації соціально-економічної системи в Україні. Збірник наукових праць* – Острог: видавництво «Острозька академія», 2003. – С. 185–192.
105. Мокрицька А. Б. Методи оплати стаціонарної медичної допомоги / А. Мокрицька // *Соціально-економічний розвиток України та її регіонів: проблеми науки та практики: Міжн. наук.-практ. конф.: зб. матеріалів.* – Харків: ФОП Лібуркіна Л.М., ВД «ІНЖЕК», 2009. – С. 118–121.
106. Мокрицька А. Б. Механізм управління фінансовими ресурсами установ охорони здоров'я в умовах демократичних перетворень / А. Мокрицька // *Формування єдиного наукового простору Європи та завдання економічної науки: Міжн. наук.-практ. конф.: зб. матеріалів.* – Тернопіль, 2007. – С. 234–236.
107. Мокрицька А. Б. Моделі організації та основні характеристики охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / А. Мокрицька // *Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Економіка. Збірник наукових праць.* – Випуск 2 (46). – Рівне, 2009. – С. 228–234.
108. Мокрицька А. Б. Оперативне управління фінансами охорони здоров'я: аналіз практики та проблем / А. Мокрицька // *Науковий вісник*

Національного університету ім. Лесі Українки. Економічні науки. – 2010. – № 19. – С. 83–88.

109. Мокрицька А. Б. Основні проблеми та характеристики охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / А. Мокрицька // Перспективи розвитку економіки України: теорія, методологія, практика: Міжн. наук.-практ. конф.: зб. матеріалів. – Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. Нац. ун-ту ім. Л. Українки, 2009. – С. 112–113.
110. Мокрицька А. Б. Особливості фінансів охорони здоров'я в період ринкових трансформацій. / А. Мокрицька // Формування економічних відносин в умовах становлення ринку. Збірник наукових праць за редакцією І.Д. Фаріона. – Тернопіль, 2001. – С. 103–111.
111. Мокрицька А. Б. Проблеми вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я / А. Мокрицька // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету ім. В. Гнатюка. Серія: економіка, 2002. – С. 122–126.

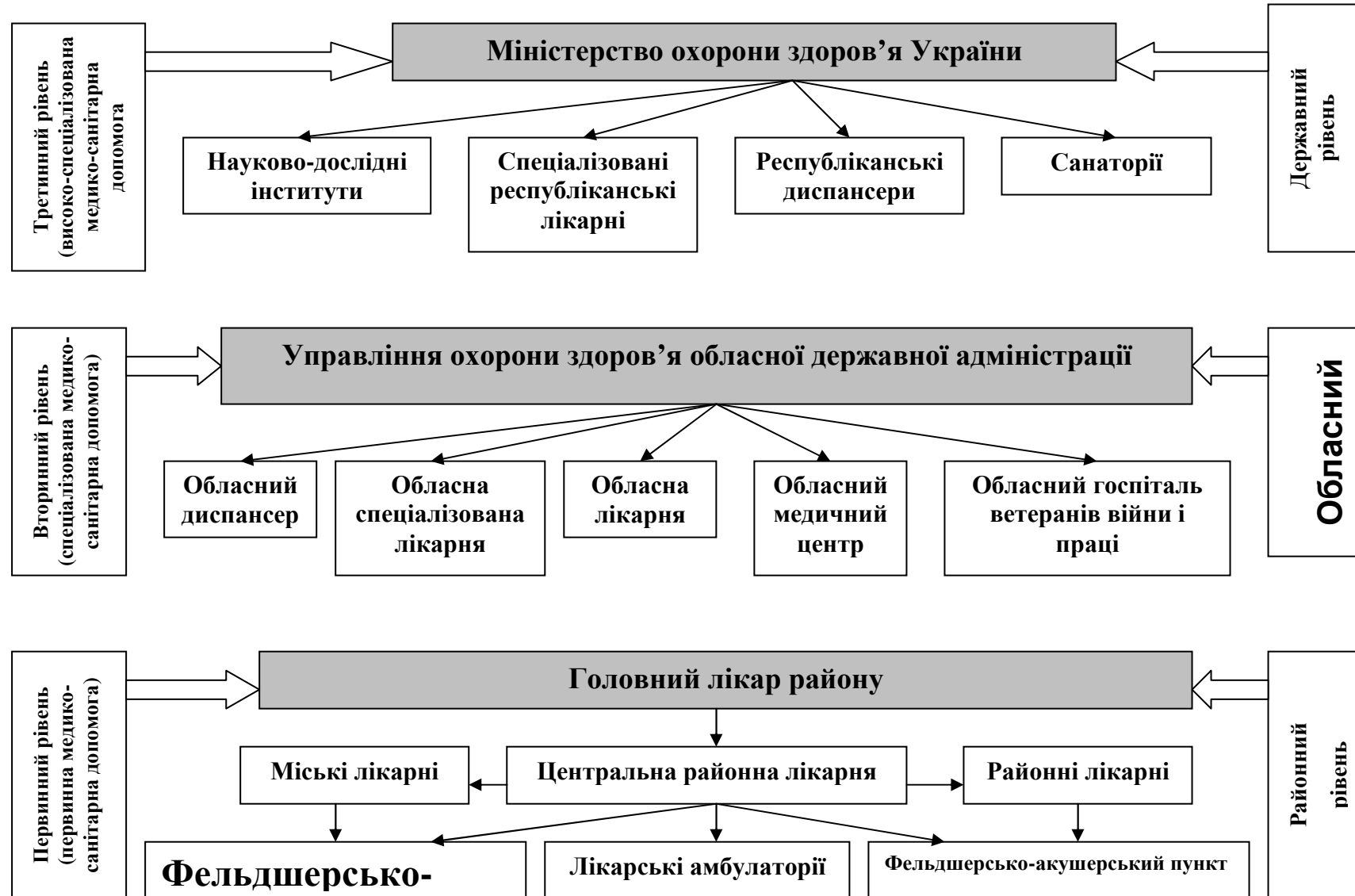
Додаток А
Характеристики визначень фінансового менеджменту

№	Визначення	Характеристики	
		Зміст	Об'єкт
1	«Фінансовий менеджмент – це система, функціонування якої спрямовано на досягнення загальних цілей управління підприємством» [6,с.16].	Не розкриває його змісту і може стосуватися будь-якої системи управління.	Не вказано.
2	«...ефективне управління ресурсами підприємств різних форм власності» [192,с.86].	Не розкриває змісту.	Неточне. Не вказано якими саме ресурсами.
3	«...наука управління фінансами підприємства, спрямована на досягнення його стратегічних та тактичних цілей» [200,с.8].	Не розкриває змісту оскільки, в перекладі фінансовий менеджмент це і є управління фінансами, тому визначати сутність терміна через його перекладний аналог некоректно. Єдина особливість цього визначення полягає в тому, що фінансовий менеджмент розглядається не як система управління, а як наука.	Не вказано.
5	«...діяльність суб'єктів фінансових відносин з метою організації раціонального і ефективного формування, розподілу і використання фінансових ресурсів об'єкта» [74,с.315].	Не відображає його сутності як системи управління	Розкрито предмет управління фінансами підприємства, але точніше було б назвати - фінансові потоки
6	«...система розробки і реалізації управлінських рішень щодо формування, розподілу і використання фінансових ресурсів підприємницьких структур і організацій, обігу їх грошових коштів» [63,с.8].	Розкрито зміст фінансового менеджменту	Розкрито предмет управління фінансами підприємства
7	«...система принципів і методів розробки і реалізації управлінських рішень, пов'язаних з формуванням, розподілом і використанням фінансових ресурсів підприємств і організацією його грошових коштів» [9,с.33].	Детально розкрито зміст управління фінансами (фінансового менеджменту) на підприємстві.	Більш детально розкрито предмет управління фінансами підприємства.
8	[115, с. 62].	Детально розкрито зміст управління фінансами (фінансового менеджменту) на підприємстві.	Не зовсім коректно визначено предмет цього управління, який розглядається як грошові відносини.

Продовження додатку А

9	«...професійна управлінська діяльність щодо визначення виробничих і фінансових напрямків роботи господарюючого суб'єкта з точки зору організації грошових потоків, формування і використання капіталу, грошових доходів і фондів, необхідних для досягнення стратегічних і тактичних цілей розвитку організації»[197,с.452].	Суть фінансового менеджменту зводиться до визначення основних напрямків роботи.	Визначено предмет такого управління як капітал, грошові потоки і фонди.
11	«Підсистема загального управління комерційно-господарською діяльністю підприємства, яка включає сукупність принципів, методів і форм організації управління всіма аспектами його фінансової діяльності і спрямована на реалізацію стратегічних і тактичних цілей підприємства» [67,с.130]	Сукупність принципів, методів і форм організації управління	Визначено предмет такого управління як фінансову діяльність

Додаток Б
Структура системи охорони здоров'я України



Додаток В

Розрахункові показники видатків на охорону здоров'я, що враховуються при визначенні міжбюджетних трансфертів між Державним та місцевими бюджетами України

Таблиця В.1

Динаміка розрахункових показників видатків на охорону здоров'я
за 2006–2011 рр.*

Назва адміністративно-територіальної одиниці	2006	2007 зі змінами	2008 зі змінами	2009	2010	2011
Автономна Республіка Крим	548354,9	744226,6	974316,5	1053552,7	1379049,1	1340887,0
Вінницька область	467687,2	630216,7	820053	880504,3	1145683,4	1108218,4
Волинська область	281232,6	380815,1	497470,4	537622,4	704299,5	684473,4
Дніпропетровська область	956658	1286509	1675196,1	1801838,6	2354661,0	2283198,1
Донецька область	1341216,6	1807089,5	2350140	2523685,1	3284163,6	3175084,1
Житомирська область	369601	494382,9	643841,8	691989,8	899239,6	868964,9
Закарпатська область	332133,9	450614	589845,6	639064	838957,3	817656,0
Запорізька область	515457,7	696287,4	906145,6	975212,2	1272431,2	1232666,9
Івано-Франківська область	384845,9	522314,3	683454,7	739870,7	969982,7	943664,6
Київська область	481435,6	648107,1	844405,7	908518,2	1185642,8	1152768,0
Кіровоградська область	298252,5	399095,8	516558,8	552334,4	716224,0	691007,3
Луганська область	690969,1	930771,4	1205232,1	1293880	1682676,5	1624365,3
Львівська область	705553,1	956023,8	1248432,5	1348051,7	1760828,4	1709853,8
Миколаївська область	331850,6	447547,1	583349,4	627850	818729,6	792103,9
Одеська область	651310,3	880119,6	1149341,8	1244410,2	1631074,6	1586295,5
Полтавська область	437911,8	588557,9	764684,1	819609,4	1067713,1	1029974,9
Рівненська область	300262,2	406645,4	531433,7	574026,8	751340,2	730873,6
Сумська область	344709,4	461959,6	599073,8	641494,2	832231,9	801712,1

тис. грн.

Продовження таблиці В.1

Тернопільська область	300486,7	406807,6	529544,4	569395,3	742519,8	718756,1
Харківська область	793654	1071368,8	1395450,2	1503740	1968495,7	1906460,6
Херсонська область	310057,2	417206,4	542485,1	583083,5	759712,3	736308,9
Хмельницька область	377544,5	506889,6	658006,8	706040,3	920098,2	892795,5
Черкаська область	378500,8	507546,4	658862,2	706841,7	920352,8	890164,1
Чернівецька область	244208,4	330339,1	431903,9	466251	611010,7	594932,2
Чернігівська область	334841,1	448054,3	578094,4	617275,4	798657,9	768613,4
м. Київ	711649,6	973311,7	1284723,6	1403173,6	1863585,7	1825712,9
м. Севастополь	105281,8	143610,4	188188,9	204029,1	268194,1	261061,0
Всього	12995666,5	17536417,5	22850235,1	24613344,6	32147555,7	31168572,5
Затверджено місцевими радами по місцевих бюджетах України	14440248,1	18802156,2	25063964,5	27906055,1	34040556,9	35171369,5

* Розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Таблиця В.2.

Розрахункові показники обсягів видатків на охорону здоров'я місцевих бюджетів
адміністративно-територіальних одиниць України у 2008 р. *

(тис. грн.)

Назва адміністративно-територіальних одиниць	Обласний бюджет		Разом по бюджетах міст		Разом по бюджетах районів		Зведений бюджет	
	Розрахунковий показник	Затверджено місцевими радами	Розрахунковий показник	Затверджено місцевими радами	Розрахунковий показник	Затверджено місцевими радами	Розрахунковий показник	Затверджено місцевими радами
Автономна Республіка Крим	329604,9	379175,9	362633,4	405817,5	282078,2	330137,5	974316,5	1138606,3
Вінницька область	284485,9	300028,3	143733,9	148941,3	391833,2	400707,1	820053,0	862501,9
Волинська область	170192,3	173105,5	127684,7	138927,6	199593,4	201401,1	497470,4	518645,3
Дніпропетровська область	578336,3	588287,7	821770,4	953308,5	275089,4	351381,5	1675196,1	1939705,3
Донецька область	779154,2	776576,2	1360692,6	1420323,7	210293,2	227911,0	2350140,0	2468487,0
Житомирська область	221471,8	242827,4	169662,4	185555,5	252707,6	253680,8	643841,8	693068,9
Закарпатська область	201811,3	199202,4	68587,8	89228,1	319446,5	319750,6	589845,6	613455,2
Запорізька область	312633,2	337953,8	381679,4	441795,7	211833	228095,9	906145,6	1014350,1
Івано-Франківська область	229744,8	229244,8	103930,5	115790,7	349779,4	368293,6	683454,7	719360,4
Київська область	294065,2	306851,3	136098,1	121921,4	414242,4	505525,9	844405,7	962945,1
Кіровоградська область	179469,6	189612,3	142628,4	139413,4	194460,8	203900,2	516558,8	538742,5
Луганська область	402533,5	421610,4	598279,8	592654,8	204418,8	220073,1	1205232,1	1269190,1
Львівська область	424910,8	423510,2	377907,9	390659,5	445613,8	445317,6	1248432,5	1287592,5
Миколаївська область	201992,4	218481,4	215910,9	211647,8	165446,1	187043,9	583349,4	619560,4
Одеська область	399035,1	376109,3	422810,5	439763,9	327496,2	341881,8	1149341,8	1232480,4
Полтавська область	263659	282068,6	236181,4	241160,6	264843,7	297229,4	764684,1	823361,4
Рівненська область	188621	202999,7	100916,9	110018,3	241895,8	270848,7	531433,7	586104,4

Продовження таблиці В.3 додатку В

Сумська область	205128,3	215465,2	224443	232432,8	169502,5	177676,0	599073,8	630417,2
Тернопільська область	184773,4	186537,9	70922,3	74218,4	273848,7	278958,8	529544,4	541559,5
Харківська область	475108,5	456360,0	576422,8	597505,8	343918,9	358225,5	1395450,2	1431642,7
Херсонська область	187882	196278,4	142449,1	142005,6	212154,0	218103,7	542485,1	559491,4
Хмельницька область	231679,8	235804,0	128970	144531,5	297357,0	326933,2	658006,8	714476,8
Черкаська область	228585,9	228969,1	166884	170517,9	263392,3	286965,3	658862,2	696251,4
Чернівецька область	149828,6	165357,7	83940,7	87060,7	198134,6	200224,5	431903,9	454546,5
Чернігівська область	198942,2	199514,4	148014,7	165296,1	231137,5	241014,2	578094,4	622306,5
м. Київ	-	-	1284723,6	1626874,5	-	-	1284723,6	1626874,5
м. Севастополь	-	-	188188,9	215463,7	-	-	188188,9	215463,7
Всього	7323650,0	9368282,6	8786068,1	9602835,3	6740517,0	7242012,7	22850235,1	24376047,3

* Розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Додаток Г

Розрахункові показники обсягів видатків на охорону здоров'я місцевих бюджетів
Тернопільської області за 2006–2011 рр. *

(тис. грн.)

	2006			2007			2008			2009			2010			2011		
	Розрахункові показники	Затверджено місцевими радами	Абсолютне відхилення (+,-)	Розрахункові показники	Затверджено місцевими радами	Абсолютне відхилення (+,-)	Розрахункові показники	Затверджено місцевими радами	Абсолютне відхилення (+,-)	Розрахункові показники	Затверджено місцевими радами	Абсолютне відхилення (+,-)	Розрахункові показники	Затверджено місцевими радами	Абсолютне відхилення (+,-)	Розрахункові показники	Затверджено місцевими радами	Абсолютне відхилення (+,-)
Обласний бюджет	10487 1,1	10742 7,3	2556,2	13839 8,2	12544 1,6	- 12956,6	17784 5,7	18261 7,4	4771,7	19821 0,5	20527 9,5	7069	25964 2,2	26204 0,9	2398,7	25270 0,6	26872 7,7	16027,1
Бюджет м. Тернополя	39893, 7	42506, 7	2613	55226, 9	49967, 3	- 5259,6	70072, 8	70072, 8	0	76765, 0	77075, 0	310	10064 1,8	10131 1,8	670	98190, 2	10951 3,4	11323,2
Зведений бюджет Березанського р-ну	7728,1	8497,9	769,8	10610, 7	9637,7	- 937,0	13421, 3	13452, 0	30,7	14591, 2	14749, 5	158,3	18825, 4	18819, 6	-5,8	18049, 0	19133, 7	1084,7
Зведений бюджет Борщівського р-ну	12799, 0	13795, 7	996,7	17424, 3	15561, 2	- 1863,1	22156, 8	22429, 6	272,8	24072, 4	25872, 4	1800	31138, 5	31749, 8	611,3	29844, 8	31050, 5	1205,7
Зведений бюджет Бучацького р-ну	10982, 6	12001, 5	1018,9	15150, 7	13709, 0	- 1441,7	19248, 2	19645, 0	396,8	20984, 2	22043, 9	1059,7	27370, 5	27904, 6	534,1	26520, 0	28350, 2	1830,2
Зведений бюджет Гусятинського р-ну	11405, 3	12565, 3	1160	15634	14003, 8	- 1630,2	19790, 4	19798, 4	8,0	21508, 1	22491, 3	983,2	27838, 2	29413, 3	1575,1	26754, 5	30388, 2	3633,7
Зведений бюджет Заліщицького р-ну	9068,0	9974,6	906,6	12349, 9	11301, 4	- 1048,5	15642, 1	16297, 9	655,8	16955, 3	18219, 7	1264,4	21942, 1	23945, 6	2003,5	21088, 9	24504, 2	3415,3
Зведений бюджет Збаразького р-ну	10390, 1	10803, 6	413,5	14219, 4	12758, 5	- 1460,9	18099, 6	18254, 9	155,3	19781, 0	20589, 1	808,1	25790, 0	26357, 2	567,2	24882, 3	26465, 1	1582,8

Продовження додатку Г

Зведений бюджет Зборівського р-ну	8128,1	8672,0	543,9	11125,1	9894,7	- 1230,4	14102,9	14090,9	- 12,0	15268,2	15221,4	-46,8	19684,3	19715,6	31,3	18857,0	19741,5	884,5
Зведений бюджет Козівського р-ну	7222,7	7789,5	566,8	9918,4	8962,8	-955,6	12565,0	12585,4	20,4	13629,8	13854,4	224,6	17625,7	17585,5	-40,2	16937,2	18828,2	1891,0
Зведений бюджет Кременецького р-ну	12304,5	13457,0	1153	16825,2	15051,0	- 1774,2	21354,6	21198,4	- 156,2	23268,7	24270,0	1001,3	30222,6	30316,5	93,9	29128,9	31807,7	2678,8
Зведений бюджет Лановецького р-ну	5692,1	6071,7	379,6	7762,8	6940,2	-822,6	9806,4	10258,6	452,2	10621,1	11500,9	879,8	13764,2	14489,6	725,4	13132,8	14709,5	1576,7
Зведений б-т Монастирського р-ну	5892,3	6215,9	323,6	7983,0	6952,2	- 1030,8	10082,3	10015,8	- 66,5	10879,7	10603,8	- 275,9	13971,4	13450,7	- 520,7	13361,8	13931,9	570,1
Зведений бюджет Підволочиського р-ну	7919,6	8579,3	659,7	10846,1	9783,2	- 1062,9	13736,3	13809,2	72,9	14939,9	15587,9	648	19371,7	19673,2	301,5	18670,5	20488,7	1818,2
Зведений бюджет Підгаєцького р-ну	3892,0	4250,2	358,2	5286,9	4788,7	-498,2	6685,2	6704,4	19,2	7153,7	7526,0	372,3	9173,0	9523,4	350,4	8766,3	9901,4	1135,1
Зведений бюджет Тербовлянського р-ну	12196,9	12666,1	469,2	16686,0	14897,6	- 1788,4	21184,9	20949,3	- 235,6	23072,2	23496,0	423,8	30022,5	29526,9	- 495,5	28891,9	30366,1	1474,2
Зведений бюджет Тернопільського р-ну	10526,4	11252,9	726,5	14621,3	12976,3	11514,1,7	18370,5	18374,6	4,1	20694,6	20417,2	- 277,4	27281,0	27125,2	- 155,8	26552,9	27239,3	686,4
Зведений бюджет Чортківського р-ну	13362,5	14719,2	1356,7	18280,8	16702,9	- 1577,9	23225,1	24104,7	879,6	25318,6	27332,0	2013,4	33080,6	35466,9	2386,3	31883,5	34879,8	2996,3
Зведений бюджет Шумського р-ну	6211,7	6816,6	604,9	8457,9	7669,6	-788,3	10736,9	10866,4	129,5	11681,1	12115,1	434	15134,1	15505,4	371,3	14543,0	15908,0	1365,0
Всього-зведений бюджет Тернопільської області	300486,7	318062,9	17576,2	406807,6	366999,7	- 39807,9	523258,7	525525,7	2267,0	569395,3	588244,9	18849,6	742519,8	753921,4	11401,6	718756,1	775935,1	57179,0

* Складено автором за даними Головного фінуправління в Тернопільській області.

Додаток Д

Структура розрахункових показників видатків на охорону здоров'я місцевих бюджетів України за 2006-2011 рр.*

Назва адміністративно-територіальних одиниць	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
Разом по бюджетах міст	203384,0	37,1	289818,9	39,0	362633,4	37,2	392465,2	37,2	512315,4	37,2	495882,5	37,0
Разом по бюджетах районів	159500,6	29,1	208663,6	28,0	282078,2	29	305059,4	29	398378,3	28,9	386218,3	28,8
Разом по бюджетах міст і районів	362884,6	66,2	498482,5	67,0	644711,6	66,2	697524,6	66,2	910693,7	66,0	882100,8	65,8
Бюджет Автономної Республіки Крим	185470,3	33,8	245744,1	33	329604,9	33,8	356028,1	33,8	468355,4	33,9	458786,2	34,2
Зведений бюджет Автономної Республіки Крим	548354,9	100	744226,6	100	974316,5	100	1053552,7	100	1379049,1	100	1340887,0	100
Разом по бюджетах міст	78156,2	16,7	126661,0	20	143733,9	17,5	156597,4	17,7	205582,9	17,9	200200,2	18,1
Разом по бюджетах районів	226659,2	48,5	289286,8	45,9	391833,2	47,7	419166,6	47,6	541936,4	47,2	520264,5	46,9
Разом по бюджетах міст і районів	304815,4	65,2	415947,8	65,9	327278,1	65,3	353903,8	65,3	747519,3	65,1	720464,7	65,0
Обласний бюджет	162871,8	34,8	214268,9	34,1	284485,9	34,7	304740,3	34,7	398164,1	34,8	387753,7	35,0
Зведений бюджет Вінницької області	467687,2	100	630216,7	100	820053	100	880504,3	100	1145683,4	100	1108218,4	100
Разом по бюджетах міст	68516,9	24,3	95142,2	25	127684,7	25,6	139022	25,9	182889,5	26,0	178496,5	26,1
Разом по бюджетах районів	115960,9	41,3	158034	41,5	199593,4	40,1	214881,8	40,0	279498,7	40,0	269446,2	39,4
Разом по бюджетах міст і районів	184477,8	65,6	253176,2	66,5	327278,1	65,7	353903,8	65,9	462388,2	66,0	447942,7	65,4
Обласний бюджет	96754,8	34,4	127638,9	33,5	170192,3	34,3	183718,6	34,1	241911,3	34,0	236530,7	34,6
Зведений бюджет Волинської області	281232,6	100	380815,1	100	497470,4	100	537622,4	100	704299,5	100	684473,4	100
Разом по бюджетах міст	466404,8	48,7	649198,8	50,5	821770,4	49,0	884357	49,0	1151590,7	48,9	1113307,8	48,8
Разом по бюджетах районів	157389,8	16,5	207711	16,1	275089,4	16,4	296635,2	16,5	385972,2	16,4	372279,4	16,3
Разом по бюджетах міст і районів	623794,6	65,2	856909,8	66,6	1096859,8	65,4	1180992,2	65,5	1537562,9	65,3	1485587,2	65,1
Обласний бюджет	332863,4	34,8	429599,2	33,4	578336,3	34,6	620846,4	34,5	817098,1	34,7	797610,9	34,9
Зведений бюджет Дніпропетровської області	956658,0	100	1286509	100	1675196,1	100	1801838,6	100	2354661,0	100	2283198,1	100
Разом по бюджетах міст	773746,7	57,7	1061111,5	58,7	1360692,6	57,9	1463343,4	58	1900266,6	57,9	1831095,8	57,6
Разом по бюджетах районів	120163,9	8,9	164748,2	9,1	210293,2	8,9	225537,6	8,9	291575,6	8,9	279859,5	8,9
Разом по бюджетах міст і районів	893910,6	66,6	1225859,7	67,8	1570985,8	66,8	1688881	66,9	2191842,2	66,8	2110955,3	66,5

Продовження додатку Д

Обласний бюджет	447306,0	33,4	581229,8	32,2	779154,2	33,2	834804,1	33,1	1092321,4	33,2	1064128,8	33,5
Зведений бюджет Донецької області	1341216,6	100	1807089,5	100	2350140	100	2523685,1	100	3284163,6	100	3175084,1	100
Разом по бюджетах міст	97367,1	26,3	130689,5	26,4	169662,4	26,4	183695,8	26,5	239445,7	26,6	232053,6	26,5
Разом по бюджетах районів	145757,4	39,4	197276,5	39,9	252707,6	39,2	270456,2	39,1	349145,9	38,8	334605,0	38,7
Разом по бюджетах міст і районів	243124,5	65,7	327966	66,3	422370	65,6	454152	65,6	588591,6	65,4	566658,6	65,2
Обласний бюджет	126476,5	34,3	166416,9	33,7	221471,8	34,4	237837,8	34,4	310648,0	34,6	302306,3	34,8
Зведений бюджет Житомирської області	369601,0	100	494382,9	100	643841,8	100	691989,8	100	899239,6	100	868964,9	100
Разом по бюджетах міст	38403,3	11,6	68042,1	15,1	68587,8	11,6	75316,7	11,8	98628,2	11,8	97318,5	11,4
Разом по бюджетах районів	179156,0	53,9	231934,2	51,5	319446,5	54,1	345220	54,0	452002,2	54,1	437324,7	54,0
Разом по бюджетах міст і районів	217559,3	65,5	299976,3	66,6	388034,3	65,7	420536,7	65,8	550630,4	65,9	534643,2	65,4
Обласний бюджет	114574,6	34,5	150637,7	33,4	201811,3	34,3	218527,3	34,2	288326,9	34,1	283012,8	34,6
Зведений бюджет Закарпатської області	332133,9	100	450614	100	589845,6	100	639064	100	838957,3	100	817656,0	100
Разом по бюджетах міст	215188,0	41,7	297621,4	42,7	381679,4	42,1	412119,9	42,3	538480,6	42,3	520461,1	42,2
Разом по бюджетах районів	121696,6	23,6	166276,6	23,9	211833	23,4	226798,1	23,3	293350,2	23,4	281964,8	23,5
Разом по бюджетах міст і районів	336884,6	65,3	463898	66,6	593512,4	65,5	638918	65,6	831830,8	65,7	802425,9	65,7
Обласний бюджет	178573,1	34,7	232389,4	33,4	312633,2	34,5	336294,2	34,4	440600,4	34,3	430241,0	34,3
Зведений бюджет Запорізької області	515457,7	100	696287,4	100	906145,6	100	975212,2	100	1272431,2	100	1232666,9	100
Разом по бюджетах міст	55217,6	14,3	106528	20,4	103930,5	15,2	135072,8	18,3	169323,1	17,5	165064,9	13,4
Разом по бюджетах районів	199115,2	51,7	243741	46,6	349779,4	51,1	356509,9	48,2	474077,7	48,9	459090,8	37,2
Разом по бюджетах міст і районів	254332,8	66,0	350269	67,0	453709,9	66,3	491582,7	66,5	643400,8	66,4	624155,7	50,6
Обласний бюджет	130513,1	34,0	172045,3	33,0	229744,8	33,7	248288	33,5	326581,9	33,6	319508,9	25,9
Зведений бюджет Івано-Франківської області	384845,9	100	522314,3	100	683454,7	100	739870,7	100	969982,7	100	943664,6	100
Разом по бюджетах міст	75656,4	15,7	153170,8	23,6	136098,1	16,1	147468,4	16,2	175375,9	14,8	185913,4	29,1
Разом по бюджетах районів	236686,6	49,2	275191,7	42,4	414242,4	49,1	445197,2	49	595887,9	50,3	561763,0	50,1
Разом по бюджетах міст і районів	312343,0	64,9	428362,5	66,0	550340,5	65,2	592665,6	65,2	771263,8	65,1	747676,4	79,2
Обласний бюджет	169092,6	35,1	219744,6	34,0	294065,2	34,8	315852,6	34,8	414379,0	34,9	405091,6	20,8
Зведений бюджет Київської області	481435,6	100	648107,1	100	844405,7	100	908518,2	100	1185642,8	100	1152768,0	100
Разом по бюджетах міст	81495,7	27,3	116073,7	29,1	142628,4	27,6	153201,5	27,7	198075,4	27,7	191069,7	27,3

Продовження додатку Д

Разом по бюджетах районів	112518,2	37,7	148968	37,3	194460,8	37,6	207783,2	37,6	268478,4	37,5	257336,1	37,6
Разом по бюджетах міст і районів	194013,9	65,0	265041,7	66,4	337089,2	65,2	360984,7	65,3	466553,8	65,2	448405,8	64,9
Обласний бюджет	104238,6	35,0	134054,1	33,6	179469,6	34,8	191349,7	34,7	249670,2	34,8	242601,5	35,1
Зведений бюджет Кіровоградської області	298252,5	100	399095,8	100	516558,8	100	552334,4	100	716224,0	100	691007,3	100
Разом по бюджетах міст	340437,4	49,3	467556,8	50,2	598279,8	49,6	642969,9	49,6	834807,5	50,0	804073,7	49,5
Разом по бюджетах районів	117887,0	17,0	161138,6	17,3	204418,8	17,0	218989,9	17,0	283324,5	16,8	271791,3	16,7
Разом по бюджетах міст і районів	458324,4	66,3	628695,4	67,5	802698,6	66,9	861959,8	66,6	1118132,0	66,8	1075865,0	66,2
Обласний бюджет	232644,7	33,7	302076	32,5	402533,5	33,4	431920,2	33,4	564544,5	33,2	548500,3	33,8
Зведений бюджет Луганської області	690969,1	100	930771,4	100	1205232,1	100	1293880	100	1682676,5	100	1624365,3	100
Разом по бюджетах міст	210919,4	29,8	295938,9	30,9	377907,9	30,2	409603,9	30,4	533260,1	30,3	520024,2	30,3
Разом по бюджетах районів	252615,0	35,8	342949,8	35,9	445613,8	35,7	479874,1	35,5	626767,4	35,6	602833,4	35,6
Разом по бюджетах міст і районів	463534,4	65,6	638888,7	66,8	823521,7	65,9	889478	65,9	1160027,5	65,9	1122857,6	69,5
Обласний бюджет	242018,7	34,4	317135,1	33,2	424910,8	34,1	458573,7	34,1	600800,9	34,1	586996,2	34,1
Зведений бюджет Львівської області	705553,1	100	956023,8	100	1248432,5	100	1348051,7	100	1760828,4	100	1709853,8	100
Разом по бюджетах міст	121464,5	36,6	167241,5	37,3	215910,9	37	233955,4	37,2	305092,6	37,3	294252,7	37,3
Разом по бюджетах районів	94650,8	28,5	129594,6	29	165446,1	28,4	176797,6	28,2	229272,5	28,0	220764,0	28,0
Разом по бюджетах міст і районів	216115,3	65,1	296836,1	66,3	381357	65,4	410753	65,4	534365,1	65,3	515016,7	65,3
Обласний бюджет	115735,3	34,9	150711	33,7	201992,4	34,6	217097	34,6	284364,5	34,7	277087,2	34,7
Зведений бюджет Миколаївської області	331850,6	100	447547,1	100	583349,4	100	627850	100	818729,6	100	792103,9	100
Разом по бюджетах міст	237854,4	36,5	321906,2	36,6	422810,5	36,8	459937,7	37,0	603123,8	37,0	586100,9	37,0
Разом по бюджетах районів	185515,8	26,5	261714,4	29,7	327496,2	28,4	352923,5	28,3	459085,0	28,4	442968,6	28,4
Разом по бюджетах міст і районів	423370,2	65	583620,6	66,3	750306,7	65,2	812861,2	65,3	1062208,8	65,4	1029069,5	65,4
Обласний бюджет	227940,1	35	296499	33,7	399035,1	34,8	431549	34,7	568865,8	34,6	557226,0	34,6
Зведений бюджет Одеської області	651310,3	100	880119,6	100	1149341,8	100	1244410,2	100	1631074,6	100	1586295,5	100
Разом по бюджетах міст	132856,7	30,3	180961	30,7	236181,4	30,8	254783,8	31	311460,0	29,2	301342,4	29,2
Разом по бюджетах районів	152949,9	34,9	211841,1	36	264843,7	34,6	283025,5	34,5	385873,7	36,1	368984,4	36,1
Разом по бюджетах міст і районів	285806,6	65,2	392802,1	66,7	501025,1	65,4	537809,3	65,5	697333,7	65,3	670326,8	65,3
Обласний бюджет	152105,2	34,8	195755,8	33,3	263659	34,6	281800,1	34,5	370379,4	34,7	359648,1	34,7

Продовження додатку Д

Зведений бюджет Полтавської області	437911,8	100	588557,9	100	764684,1	100	819609,4	100	1067713,1	100	1029974,9	100
Разом по бюджетах міст	55732,2	18,5	76837,7	18,9	100916,9	19,0	108876,6	19,0	143365,5	19,1	139087,9	19,1
Разом по бюджетах районів	137222,3	45,7	188932,7	46,5	241895,8	45,5	261527,6	45,5	340218,3	45,3	329477,0	45,3
Разом по бюджетах міст і районів	192954,5	64,2	265770,4	65,4	342812,7	64,5	370404,2	64,5	483583,8	64,4	468564,9	64,4
Обласний бюджет	107307,7	35,8	140875	34,6	188621	35,5	203622,6	35,5	267756,4	35,6	262308,7	35,6
Зведений бюджет Рівненської області	300262,2	100	406645,4	100	531433,7	100	574026,8	100	751340,2	100	730873,6	100
Разом по бюджетах міст	126760,8	36,7	159872,8	34,6	224443	37,5	235308,5	36,6	306703,7	36,9	302189,4	36,9
Разом по бюджетах районів	98627,9	28,6	147708,5	32	169502,5	28,3	186681,3	29,1	239443,9	28,9	221902,2	28,9
Разом по бюджетах міст і районів	225388,7	65,3	307581,3	66,6	393945,5	65,8	421989,8	65,7	546147,6	65,8	524091,6	65,8
Обласний бюджет	119320,7	34,7	154378,3	33,4	205128,3	34,2	219504,4	34,3	286084,3	34,2	277620,5	34,2
Зведений б-т Сумської обл.	344709,4	100	461959,6	100	599073,8	100	641494,2	100	832231,9	100	801712,1	100
Разом по бюджетах міст	39893,7	13,2	55226,9	13,5	70922,3	13,4	76765	13,5	100641,8	13,6	98190,2	13,6
Разом по бюджетах районів	155721,9	51,8	213182,5	52,4	273848,7	51,7	294419,8	51,7	382235,8	51,8	367865,3	51,8
Разом по бюджетах міст і районів	195615,6	65	268409,4	65,9	344771	65,1	371184,8	65,2	482877,6	65,4	466055,5	65,4
Обласний бюджет	104871,1	35,0	138398,2	34,1	184773,4	34,9	198210,5	34,8	259642,2	34,6	252700,6	34,6
Зведений бюджет Тернопільської області	300486,7	100	406807,6	100	529544,4	100	569395,3	100	742519,8	100	718756,1	100
Разом по бюджетах міст	320099,3	40,3	455304,5	42,5	576422,8	41,3	622259	41,4	818150,1	41,6	790421,4	41,6
Разом по бюджетах районів	200025,4	25,2	264340,9	24,6	343918,9	24,6	370418,9	24,6	478554,9	24,7	461263,9	24,7
Разом по бюджетах міст і районів	520124,7	65,5	719645,4	67,1	920341,7	65,9	992677,9	66,0	1296705,0	66,3	1251685,3	66,3
Обласний бюджет	273529,3	34,5	351723,4	32,9	475108,5	34,1	511062,1	34,0	671790,7	34,7	654775,3	34,7
Зведений бюджет Харківської області	793654,0	100	1071368,8	100	1395450,2	100	1503740	100	1968495,7	100	1906460,6	100
Разом по бюджетах міст	80740,3	26,0	122343	29,3	142449,1	26,2	153121,9	26,3	199248,2	26,2	192370,6	26,2
Разом по бюджетах районів	120958,2	39,0	156014,4	37,4	212154	39,1	228435	39,1	296505,2	39,0	286060,0	39,0
Разом по бюджетах міст і районів	201698,5	65,0	278357,4	66,7	354603,1	65,3	381556,9	65,4	495753,4	65,2	478430,6	65,2
Обласний бюджет	108358,7	35,0	138849	33,3	187882	34,7	201526,6	34,6	263958,9	34,8	257878,3	34,8
Зведений бюджет Херсонської області	310057,2	100	417206,4	100	542485,1	100	583083,5	100	759712,3	100	736308,9	100
Разом по бюджетах міст	77988,8	20,7	121330,5	23,9	128970	19,6	140266,8	19,8	184873,8	20,1	182942,0	20,1
Разом по бюджетах районів	165433,0	43,8	212935	42	297357	45,1	317828,8	45	410095,2	44,8	392745,4	44,8

Продовження додатку Д

Разом по бюджетах міст і районів	243421,8	64,4	334265,5	65,9	426327	64,7	458095,6	64,8	594969,0	64,9	575687,4	64,9
Обласний бюджет	134122,7	35,6	172624,1	34,1	231679,8	35,3	247944,7	35,2	325129,2	35,1	317108,1	35,1
Зведений бюджет Хмельницької області	377544,5	100	506889,6	100	658006,8	100	706040,3	100	920098,2	100	892795,5	100
Разом по бюджетах міст	93770,6	24,8	137557,6	27,1	166884	25,3	180642,5	25,5	235928,6	25,6	228567,0	25,6
Разом по бюджетах районів	152037,9	40,1	200665,8	39,5	263392,3	40	281592,6	39,8	363707,7	40,0	348846,2	40,0
Разом по бюджетах міст і районів	245808,5	64,9	338223,4	66,6	430276,3	65,3	462235,1	65,3	599636,3	65,6	577413,2	65,6
Обласний бюджет	132692,3	35,1	169323	33,4	228585,9	34,7	244606,6	34,7	320716,5	34,4	312750,9	34,4
Зведений бюджет Черкаської області	378500,8	100	507546,4	100	658862,2	100	706841,7	100	920352,8	100	890164,1	100
Разом по бюджетах міст	46464,1	19	64817,1	19,6	83940,7	19,4	91675	19,7	121155,5	19,8	118577,4	19,8
Разом по бюджетах районів	112327,0	46	153965,5	46,6	198134,6	45,9	213268,5	45,7	277398,2	45,7	267740,7	45,7
Разом по бюджетах міст і районів	158791,1	65	218782,6	66,2	282075,3	65,3	304943,5	65,4	398553,7	65,5	386318,1	65,5
Обласний бюджет	85417,3	35	111556,5	33,8	149828,6	34,7	161307,5	34,6	212457,0	34,5	208614,1	34,5
Зведений бюджет Чернівецької області	244208,4	100	330339,1	100	431903,9	100	466251	100	611010,7	100	594932,2	100
Разом по бюджетах міст	82959,1	24,7	115332,2	25,7	148014,7	25,6	160115,9	26	209119,9	26,2	202563,4	26,1
Разом по бюджетах районів	135794,6	40,5	182868,5	40,8	231137,5	40	245041,4	39,6	313795,4	39,3	298794,5	39,1
Разом по бюджетах міст і районів	218753,7	65,3	298200,7	66,5	379152,2	65,6	405157,3	65,6	522915,3	65,5	501357,9	65,2
Обласний бюджет	116087,4	34,7	149853,6	33,5	198942,2	34,4	212118,1	34,4	275742,6	34,5	267255,5	34,8
Зведений бюджет Чернігівської області	334841,1	100	448054,3	100	578094,4	100	617275,4	100	798657,9	100	768613,4	100
Всього по обласних бюджетах	4200886,0	34,5	5463526,9	33,3	7323650,0	34,3	7869130,2	34,2	10320289,6	33,7	10068042,2	32,3
Всього по бюджетах міст і районів	7977849,1	65,5	10793196,9	66,7	13845383,6	65,7	14915151,5	65,8	20264352,1	66,3	19013756,4	61,0
Всього по бюджетах адміністративно-територіальних одиниць без міст Києва і Севастополя	12178735,1	93,7	16256723,8	93,6	21169033,6	93,6	22784281,7	93,5	30015775,9	93,4	29081798,6	93,3
Зведений бюджет міста Києва	711649,6	5,5	973311,7	5,6	1284723,6	5,6	1403173,6	5,7	1863585,7	5,8	1825712,9	5,9
Зведений бюджет міста Севастополя	105281,8	0,8	143610,4	0,8	188188,9	0,8	204029,1	0,8	268194,1	0,8	261061,0	0,8
Всього по бюджетах адміністративно-територіальних одиниць	12995666,5	100	17536417,5	100	22850235,1	100	24613345	100	32147555,7	100	31168572,5	100

* Складено автором за даними Головного фінуправління в Тернопільській області.

Додаток Е
Ресурси охорони здоров'я Тернопільської області за 2000–2011 рр.*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Число лікарняних закладів	77	74	74	71	68	68	67	67	66	65	64	63
Число ліжок в них	10540	10175	10089	10010	9940	9860	9846	9836	9801	9725	9695	9497
Забезпеченість ліжками на 10 тис.нас.	93,3	88,7	88,0	87,9	88,5	88,3	88,8	89,3	89,5	89,2	89,3	87,9
Рівень госпіталізації на 100 жителів	20,1	21,05	20,9	21,3	21,7	22,3	22,6	23,2	23,6	23,6	24,1	24,2
Рівень госпіталізації на 100 с/жителів	19,7	19,8	20,2	20,7	21,0	22,6	22,5	23,1	23,6	23,7	24,0	23,5
Число закладів, які надають амб.-поліклінічну допомогу	171	173	174	177	179	182	215	219	222	225	228	229
Станції (відділ.) швидкої мед.доп.	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Число центральних райлікарень	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
в них ліжок	4029	3844	3803	3779	3749	3729	3725	3725	3740	3699	3679	3601
Число районних лікарень	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
в них ліжок	911	866	861	851	851	851	851	851	851	831	831	821
Число дільничних лікарень	21	18	18	16	13	13	12	12	10	12	11	10
в них ліжок	270	230	220	195	160	160	150	150	125	170	160	140
Число сільських лікарських амбулаторій	104	110	44	37	20	4	0	0	0	0	0	0
Число фельдш.-акушерських пунктів	785	782	768	777	776	774	762	759	757	756	754	747
Денні стаціонари (кількість ліжок)	1119	1250	9860	1399	1415	1442	1511	1530	1579	1599	1603	1608
Стаціонари вдома (кількість)	820	787	88,3	735	750	752	771	777	784	779	780	774
Амбулаторії загальної практики – сімейної медицини	-	-	-	80	102	121	136	140	143	146	149	154

* Складено автором за даними Управління охорони здоров'я в Тернопільській області.

**Структура планових показників видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я
у 2006–2011 рр. за функціональною класифікацією***

	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього
Охорона здоров'я, всього, в т.ч.	15 443,7	100	20 056,0	100	26 309,5	100	28 959,3	100	35 986,3	100	35 171,4	100
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	2 377,7	15,4	3 110,5	15,5	4 163,0	15,8	4 572,7	15,8	5 571,3	15,5	5 496,2	15,6
<i>Поліклініки загального профілю та амбулаторії</i>	1 211,3	7,8	1 612,5	8,0	2 157,5	8,2	2 378,0	8,2	2 972,2	8,3	3 021,6	8,6
<i>Спеціалізовані поліклініки</i>	117,5	0,8	163,9	0,8	234,4	0,9	239,6	0,8	324,1	0,9	336,6	1,0
<i>Стоматологічні поліклініки</i>	325,5	2,1	414,2	2,1	547,4	2,1	595,1	2,1	719,9	2,0	531,8	1,5
<i>Станції швидкої та невідкладної допомоги</i>	450,5	2,9	567,6	2,8	750,2	2,9	831,1	3,0	942,5	2,6	1 035,9	2,9
<i>Фельдшерсько- акушерські пункти</i>	272,8	1,8	352,3	1,8	473,6	1,8	528,9	1,8	612,7	1,7	570,4	1,6
Лікарні та санаторно- курортні заклади	11 723,4	75,9	15 396,7	76,8	20 126,2	76,5	21 980,4	75,9	27 797,5	77,2	26 953,2	76,6
<i>Лікарні загального профілю</i>	8 502,2	55,1	11 072,1	55,2	14 699,9	55,9	16 141,0	55,7	20 441,0	56,8	19 996,8	56,9
<i>Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади</i>	2 578,7	16,7	3 481,9	17,4	4 322,2	16,4	4 653,7	15,0	5 901,5	16,4	5 565,7	15,8
<i>Пологові будинки</i>	373,8	2,4	491,9	2,5	645,7	2,5	697,5	2,4	891,3	2,5	858,1	2,4
<i>Санаторно-курортні заклади</i>	268,8	1,7	350,8	1,8	458,3	1,7	488,3	1,7	563,7	1,6	532,6	1,5
Санітарно- профілактичні та протиенід. заходи	13,3	0,1	16,6	0,1	21,3	0,1	104,0	0,4	28,3	0,1	29,0	0,1
Інша діяльність	1 329,3	8,6	1 532,1	7,6	1 998,9	7,6	2 302,1	7,9	2 589,2	7,2	2 692,9	7,7
<i>Будинки дитини</i>	173,9	1,1	221,9	1,1	294,2	1,1	310,5	1,1	384,8	1,1	385,7	1,1
<i>Станції переливання крові</i>	123,0	0,8	158,6	0,8	210,6	0,8	240,6	0,8	297,2	0,8	263,3	0,7
<i>Інші заклади та заходи</i>	1 032,4	6,7	1 151,7	5,7	1 494,2	5,7	1 751,1	6,0	1 907,2	5,3	2 043,9	5,8

* Розраховано автором за даними [49].

Таблиця Ж.2 додатку Ж

**Структура планових показників видатків державного бюджету на охорону здоров'я
за 2006–2011 рр. за функціональною класифікацією***

Видатки	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього	млн.грн.	у % до всього
Охорона здоров'я, всього, в т.ч.	3404,8	100	5297,7	100	6557,1	100	6378,7	100	9048,3	100	9080,8	100
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога, в т.ч.	269,9	7,9	374,3	7,1	465,1	7,1	412,3	6,5	706,5	7,8	801,1	8,8
<i>Поліклініки загального профілю та амбулаторії</i>	234,4	6,8	313,6	5,9	383,7	5,9	349,8	5,5	589,4	6,5	517,0	5,7
<i>Спеціалізовані поліклініки</i>	22,7	0,7	43,3	0,8	58,1	0,8	37,8	0,6	82,4	0,9	49,2	0,5
<i>Стоматологічні поліклініки</i>	12,9	0,4	17,4	0,4	23,3	0,4	24,8	0,4	34,8	0,4	35,0	0,4
<i>Станції швидкої та невідкладної допомоги</i>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	200,0	2,2
Лікарні та санаторно-курортні заклади, в т.ч.	1497,4	43,9	2200,4	41,5	2 827,0	41,5	2490,8	39,1	4370,5	48,3	4641,8	51,1
<i>Лікарні загального профілю</i>	338,2	9,9	451,9	8,5	545,5	8,5	599,7	9,4	1118,2	12,4	977,9	10,8
<i>Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади</i>	801,9	23,7	1237,2	23,4	1 610,2	23,4	1306,7	20,5	2265,5	25,0	2 853,8	31,4
<i>Санаторно-курортні заклади</i>	357,2	10,5	511,3	9,6	671,3	9,6	584,3	9,2	986,8	10,9	810,1	8,9
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	727,9	21,4	925,5	17,5	1176,6	17,5	2139,3	33,5	2073,8	22,9	1576,1	17,4
Дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я	81,6	2,4	122,3	2,3	190,9	2,3	176,0	2,8	277,0	3,1	193,0	2,1
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я, в т.ч.	828,1	24,3	1675,2	31,6	1897,4	31,6	1131,3	17,7	1620,6	17,9	1868,8	20,6
<i>Станції переливання крові</i>	2,5	0,1	2,6	0,1	5,3	0,1	3,7	0,1	8,6	0,1	5,0	0,1
<i>Інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я</i>	825,6	24,3	1672,6	31,6	1892,2	31,6	1127,5	17,6	1612,0	17,8	1 863,8	20,5
Медична продукція та обладнання	-	-	-	-	-	-	29,1	0,5	-	-	-	-

*Розраховано автором за даними [49].

Додаток 3
Вартість ліжко-дня на харчування в Тернопільській області
у 2006 – 2011 рр. *

Найменування адміністративної території	Фактичні видатки (тис. грн.)						На одне ліжко (грн.)					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Тернопільський	146,3	160,1	235,7	210,4	220,7	264,8	5,66	9,11	6,22	5,64	5,86	6,01
Гусятинський	418,5	530,5	656,2	618,2	988,3	1189,8	4,35	4,76	5,45	5,34	8,50	11,20
Кременецький	388,2	318,8	417,3	397,6	443,5	420,8	3,68	4,59	4,97	5,35	6,04	4,68
Борщівський	411,2	435,4	602,1	707,3	599,6	464,1	4,16	4,46	5,29	6,21	5,17	4,63
Теребовлянський	541,1	458,6	505,1	558,0	681,7	663,0	3,12	4,27	5,20	5,79	7,14	7,60
Зборівський	280,7	335,4	265,6	257,6	314,1	269,8	3,42	4,04	4,87	4,83	6,58	6,09
Чортківський	541,1	581,4	708,2	780,2	993,3	1122,6	2,84	3,52	4,48	5,07	6,47	7,45
Шумський	133,4	211,8	203,6	235,7	273,9	362,2	2,44	2,90	4,18	6,00	6,45	7,91
Збараський	237,0	287,2	375,6	456,8	440,6	490,8	2,91	2,89	4,56	5,55	5,42	6,45
Буцацький	225,9	305,1	441,3	477,0	566,1	535,3	1,11	2,78	4,51	4,87	5,90	5,91
Підгасцький	57,6	74,3	90,5	103,5	132,7	117,7	1,63	2,52	3,53	4,09	4,92	4,14
Заліщицький	176,2	234,8	277,4	297,2	340,8	350,5	2,40	2,33	3,48	3,79	4,64	4,93
Підволочиський	128,3	167,5	224,2	270,5	273,5	279,4	1,22	2,26	3,72	4,45	4,50	4,41
Бережанський	89,9	99,9	150,2	106,2	153,0	184,5	1,88	1,95	3,51	2,93	4,05	5,24
Монастирський	94,7	112,2	138,2	148,3	170,2	219,5	1,45	1,75	3,25	3,73	4,66	6,20
Ланівецький	119,6	147,1	203,0	231,7	240,7	225,5	1,29	1,70	3,43	3,82	4,15	3,87
Козівський	98,9	121,3	133,7	160,0	387,8	205,1	1,67	1,53	2,34	2,74	6,23	3,31
м. Тернопіль	1103,5	1304,8	1335,1	1691,6	2050,7	2008,6	7,09	13,69	4,05	5,16	5,90	6,20
Область	12721,3	14917,0	17616,1	20195,5	24111,9	22646,3	5,91	8,16	6,07	7,11	8,41	8,09
Середнє значення по районах	240,5	269,5	331,1	353,9	424,7	433,3	2,66	3,37	5,21	4,72	5,69	5,88
Розмах варіації по районах	483,5	507,1	617,5	676,5	860,6	1072,1	4,55	7,58	3,88	3,47	4,45	7,89

* Складено автором за даними Управління охорони здоров'я в Тернопільській області.

Додаток К

Вартість ліжко-дня на медикаменти
в Тернопільській області у 2006 – 2011 рр. *

Найменування адміністративної території	Фактичні видатки (тис. грн.)						На одне ліжко (грн.)					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Чортківський	820,8	1342,3	1233,9	1164,6	923,4	1052,5	5,66	9,11	8,18	7,97	6,32	7,38
Монастирський	282,1	312,9	312,2	431,5	231,1	321,7	4,35	4,76	4,94	7,33	3,86	5,81
Зборівський	322,3	390,7	483,4	574,1	720,7	612,0	3,68	4,59	5,73	6,74	8,50	7,36
Заліщицький	303,3	449,2	385,6	609,1	589,7	584,3	4,16	4,46	4,90	6,43	6,50	6,51
Теребовлянський	376,9	492,7	461,4	599,4	770,3	631,9	3,12	4,27	3,95	6,26	8,32	7,42
Тернопільський	257,2	303,3	347,3	446,2	622,4	549,6	3,42	4,04	4,58	5,82	8,38	7,43
Збаразький	283,1	355,8	504,1	273,5	426,4	385,3	2,84	3,52	5,16	2,74	4,33	3,94
Підволочиський	201,2	230,6	258,5	303,5	550,8	397,1	2,44	2,90	3,19	3,69	6,76	4,96
Борщівський	356,5	339,7	573,3	626,1	542,3	628,3	2,91	2,89	4,75	5,17	4,44	5,31
Шумський	91,5	230,8	191,8	207,5	180,9	279,2	1,11	2,78	2,33	2,52	2,20	3,34
Підгаєцький	70,4	111,2	142,4	148,4	165,2	119,0	1,63	2,52	3,19	3,43	3,74	2,78
Кременецький	318,9	318,9	411,6	714,8	644,6	440,6	2,40	2,33	3,0	5,30	4,79	3,32
Бережанський	98,1	171,9	230,4	240,4	323,3	691,8	1,22	2,26	2,92	3,22	3,95	8,66
Бучацький	217,2	227,0	361,5	518,9	576,4	942,3	1,88	1,95	3,06	4,39	4,87	8,01
Ланівецький	88,9	102,9	136,1	184,9	212,6	253,8	1,45	1,75	2,40	3,16	3,83	4,55
Козівський	96,7	128,6	150,4	148,1	210,8	224,8	1,29	1,70	2,0	1,97	2,79	3,01
Гусятинський	205,9	189,6	200,1	283,5	479,2	609,0	1,67	1,53	1,68	2,49	4,12	5,85
м. Тернопіль	3088,4	5978,3	5618,3	7904,0	4855,8	8334,5	7,09	13,69	15,50	21,87	12,67	23,27
Область	20194,4	28113,7	35086,2	63317,5	54731,8	48247,3	5,91	8,16	10,33	18,89	16,17	14,61
Середнє значення по районах	258,3	335,2	375,5	439,7	480,6	513,1	2,66	3,37	3,88	4,63	5,16	5,63
Розмах варіації по районах	750,4	1239,4	1097,8	1016,5	758,2	827,7	4,55	7,58	6,5	6,0	6,3	5,88

* Складено автором за даними Управління охорони здоров'я в Тернопільській області.

Додаток Л

Динаміка видатків бюджетів на охорону здоров'я у розрізі загального і спеціального фондів Державного та місцевих бюджетів України у 2000-2011 рр. *

Роки	Видатки Державного бюджету, млн. грн.														
	Загальний фонд бюджету					Спеціальний фонд бюджету					Всього				
	План	Викона но	% виконанн я	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальн ій сумі видаткі в, %	План	Викона но	% виконан ня	Темп приросту ,% (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальн ій сумі видаткі в, %	План	Викона но	% виконан ня	Темп прирос ту, % (за фактом)	Питома вага коштів бюджет у в загальн ій сумі видаткі в, %
2000	599,3	562,9	93,9	–	77,9	187,0	159,4	85,2	–	22,1	786,3	722,3	91,8	–	14,5
2001	1042,7	779,9	74,8	+38,5	70,5	338,3	326,1	96,4	+104,5	29,5	1381,0	1105,9	80,1	+53,1	17,7
2002	1805,1	1126,5	62,4	+44,4	71,2	631,9	455,8	72,1	+39,8	28,8	2437,0	1582,3	64,9	+43,1	21,1
2003	1834,1	1825,8	99,5	+62,1	77,6	719,8	526,0	73,1	+15,4	22,4	2553,9	2351,8	92,1	+48,6	24,2
2004	2810,2	2761,7	98,0	+51,3	80,0	803,0	698,1	85,8	+15,6	20,0	3613,2	3447,8	95,4	+46,6	28,4
2005	2824,7	2778,9	98,4	+0,6	79,2	914,8	729,2	79,7	+4,5	20,8	3739,5	3508,1	93,8	+1,8	25,7
2006	3404,8	3232,6	94,9	+16,3	78,9	1019,2	867,1	85,1	+18,9	21,1	4424,0	4099,7	92,7	+16,9	20,8
2007	5297,7	5240,6	98,9	+62,1	82,9	1168,9	1080,4	92,4	+23,3	17,1	6466,6	6321,0	97,8	+54,2	23,7
2008	6557,1	6161,8	94,0	+17,6	83,7	1417,3	1203,7	85,1	+11,4	16,3	7974,4	7365,5	92,4	+16,5	21,9
2009	6378,7	6090,1	95,5	-1,6	80,8	1663,6	1444,8	86,7	+20,0	19,2	8042,3	7535,0	93,7	+2,3	20,6
2010	7291,8	7141,6	97,9	+17,3	81,5	1756,5	1617,5	92,1	+12,0	18,5	9048,3	8759,0	96,8	+16,2	19,6
2011	9080,8	8548,0	94,1	+19,7	83,6	1842,1	1675,9	91,0	+3,6	16,4	10922, 9	10223, 9	93,6	+16,7	20,2

Продовження додатку Л

<i>Видатки місцевих бюджетів, млн.грн.</i>															
	План	Виконано	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальній сумі видатків, %	План	Виконано	% виконано	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальній сумі видатків, %	План	Виконано	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів бюджету в загальній сумі видатків, %
2000	4049,2	3835,2	94,7	–	92,1	377,2	330,7	87,7	–	7,9	4426,4	4265,9	96,4	-	85,5
2001	4826,2	4652,3	96,4	+21,3	90,6	537,7	480,8	89,4	+45,4	9,4	5363,9	5133,0	95,7	+20,3	82,3
2002	5474,3	5333,8	97,4	+14,6	89,6	591,6	582,8	105,1	+21,2	10,4	6065,9	5916,6	97,5	+15,3	78,9
2003	6717,9	6633,2	98,6	+24,4	90,2	614,5	723,2	117,6	+24,1	9,8	7342,4	7356,4	100,2	+24,3	75,8
2004	7983,8	7856,0	98,4	+18,4	90,2	647,9	855,6	132,1	+18,3	9,8	8631,7	8711,6	101,0	+18,4	71,6
2005	11075,9	10883,4	98,3	+38,4	90,9	744,6	1085,0	145,7	+26,8	9,1	11820,5	11968,4	101,3	+37,4	74,3
2006	14440,5	14269,8	98,8	+31,1	91,3	1003,2	1368,3	136,4	+26,1	8,7	15443,7	15638,1	101,3	+30,7	79,2
2007	18802,2	18643,1	99,2	+30,7	91,4	1253,8	1753,5	139,9	+28,2	8,6	20056,0	20396,5	101,7	+30,4	76,3
2008	25064,0	24376,1	97,3	+30,8	93,1	1245,5	1818,3	146,0	+3,7	6,9	26309,5	26194,4	99,6	+28,4	78,1
2009	27906,1	27037,6	96,9	+10,9	93,4	2037,0	1921,4	94,3	+5,7	6,6	29943,1	28959,0	96,7	+10,6	79,4
2010	34040,6	33347,4	97,8	+23,3	92,7	1549,5	2638,9	170,3	+37,3	7,3	35590,1	35986,3	101,1	+24,3	80,4
2011	35171,4	34527,1	98,2	+3,5	88,4	4520,5	4046,7	89,5	+53,3	11,6	39691,9	39047,6	98,4	+8,5	79,8

*Розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Додаток М

Фінансування видатків на охорону здоров'я
Державного та місцевих бюджетів України у 2011 р. *

млн. грн.

Статті видатків	Державний бюджет			Місцеві бюджети		
	заплановано	виконано	% виконання	заплановано	виконано	% виконання
ВСЬОГО ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	10 198,0	10 223,9	100,3	39691,9	38573,8	97,2
Поточні видатки, в т.ч.:	8 171,1	8 520,7	104,3	37281,8	36519,8	98,0
Оплата праці працівників бюджетних установ	3 132,6	3 100,1	98,9	19531,9	19449,3	99,6
Нарахування на заробітну плату	1 117,3	1 101,0	98,5	6938,2	6889,7	99,3
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	130,6	181,2	138,7	1155,4	1068,0	92,4
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	2 090,0	2 333,0	111,6	3642,4	3493,1	95,9
Продукти харчування	289,6	295,8	102,2	1047,4	1013,8	96,8
Оплата послуг	167,3	205,4	122,8	864,3	770,0	89,1
Інші видатки	84,0	85,5	101,8	82,3	76,3	92,7
Видатки на відрядження	14,7	12,3	83,7	53,5	44,7	83,6
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	496,9	534,2	107,5	3454,9	3233,1	93,6
Дослідження і розробки, видатки державного (регіонального) значення	251,0	289,7	115,4	14,2	12,6	88,7
Субсидії і поточні трансферти	397,1	382,5	96,5	497,4	469,2	94,4
Капітальні видатки, в т. ч.:	2 026,9	1703,1	84,0	2410,1	2053,9	85,2
Придбання основного капіталу	1 905,5	1 600,8	84,0	1715,6	1511,5	88,1
Створення державних запасів і резервів	0,00	0,05	...	119,1	117,8	98,9
Придбання землі і нематеріальних активів	5,9	0,05	0,8	535,2	389,7	72,8
Капітальні трансферти	115,5	102,3	88,6	28,5	25,2	88,4

* Розраховано автором за даними Міністерства фінансів.

Додаток Н

**Динаміка видатків на охорону здоров'я загального фонду місцевих бюджетів
за економічною класифікацією за 2006–2011 рр. ***

Видатки	2006	2007		2008		2009		2010		2011	
	Факт, млн. грн.	Факт, млн. грн.	Темп приросту, %	Факт, млн. грн.	Темп приросту, %	Факт, млн. грн.	Темп приросту, %	Факт, млн. грн.	Темп приросту, %	Факт, млн. грн.	Темп приросту, %
ВСЬОГО ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	14269,5	18643,1	30,6	24376,1	30,7	27037,5	10,9	33347,4	23,3	34527,1	3,5
Поточні видатки, в т.ч.:	13426,6	17622,1	31,2	23066,7	30,5	26328,5	14,1	32277,4	22,6	34527,1	7,0
Оплата праці працівників бюджетних установ	7227,4	9601,2	33,3	12748,6	32,8	14307,4	12,2	17693,5	23,7	19125,8	8,1
Нарахування на заробітну плату	2593,7	3423,1	32,0	4534,8	32,5	5113,8	12,7	6305,8	23,3	6775,4	7,4
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	135,5	187,5	38,5	207,4	10,7	174,0	-15,9	742,4	326,4	748,9	1,0
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	1157,1	1429,9	23,5	1761,5	23,2	2314,4	31,4	2649,2	14,4	2733,7	3,2
Продукти харчування	516,0	617,5	20,0	801,8	29,8	857,5	6,9	1001,0	16,7	938,1	-6,3
Інші видатки, в т. ч.:	636,9	757,9	19,0	900,5	18,8	855,0	-5,1	626,1	-26,8	557,5	-11,0
м'який інвентар та обмундирування	43,5	50,0	13,6	42,2	-15,6	26,7	-36,7	610,1	2285,0	-	...
оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	322,4	370,4	14,9	476,2	28,6	478,6	0,5	16,0	-96,7	-	...
оренда	3,1	3,9	25,8	6,6	69,2	5,1	-22,7	-	-	-	...
поточний ремонт обладнання, інвентарю та будівель; технічне обслуговування обладнання	145,5	170,8	17,1	187,3	9,3	169,1	-9,6	-	-	-	...
послуги зв'язку	29,7	37,2	25,3	38,9	5,4	35,0	10,3	-	-	-	...
оплата інших послуг та інші видатки	92,7	125,6	35,5	149,3	18,3	140,5	-5,3	-	-	-	...
Оплата послуг	...	...	...	...	...	...	...	...	...	545,6	...
Видатки на відрядження	39,5	45,1	15,4	53,4	18,4	42,4	-20,5	50,0	19,0	39,2	-21,6
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	994,5	1385,6	39,3	1747,2	26,1	2379,0	36,2	2821,3	18,6	3134,1	11,1

Продовження додатку Н

Дослідження і розробки, видатки державного (регіонального) значення	8,9	10,5	18,0	9,3	-11,4	6,3	-32,3	8,7	38,1	7,7	-11,5
Поточні трансферти населенню	116,9	163,6	40,0	185,1	13,5	278,6	50,2	379,3	36,1	466,7	23,0
Капітальні видатки, в т.ч.:	842,9	1021,0	21,3	1369,7	34,2	709,1	-48,2	1070,1	15,1	-	-
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	521,3	569,8	9,3	681,7	19,6	337,7	-50,6	546,5	61,8	-	-
Капітальне будівництво (придбання)	4,1	6,6	61,0	8,1	22,7	8,7	7,4	2,7	-69,0	-	-
Капітальний ремонт	290,2	405,6	39,8	621,8	53,3	311,2	-50,0	434,5	39,7	-	-
Реконструкція та реставрація	14,3	27,6	93,0	57,4	107,9	43,5	24,2	31,9	73,3	-	-

* Розраховано автором за даними Міністерства фінансів.

Додаток П
Фінансування охорони здоров'я Тернопільської області
у 2006 - 2011 рр. *

Найменування адміністративної території	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	% фінансування	Недо фінансовано (тис.грн.)	% фінансування	Недо фінансовано (тис.грн.)	% фінансування	Недо фінансовано (тис.грн.)	% фінансування	Недо фінансовано (тис.грн.)	% фінансування	Недо фінансовано (тис.грн.)	% фінансування	Недо фінансовано (тис.грн.)
Гусятинський р-н	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	99,4	164,2	99,6	118,2
Підгаєцький р-н	99,8	3,0	99,9	3,4	99,0	5,6	99,8	16,3	98,9	107,3	99,5	47,1
Ланівецький р-н	99,6	22,1	99,7	24,3	99,7	26,1	99,4	69,6	99,7	39,1	99,7	47,0
Монастириський	99,6	22,0	99,7	23,3	99,4	30,1	99,4	69,2	98,2	240,2	99,8	19,2
Підволочиський	99,5	27,1	99,7	28,1	100,0	-	99,8	34,9	99,4	116,2	99,9	3,0
Бережанський р-н	99,8	23,1	99,6	39,3	99,6	41,1	99,8	16,3	98,6	253,7	99,5	86,5
Борщівський р-н	99,6	65,1	99,6	74,2	99,5	78,1	99,4	161,3	98,4	500,6	99,5	160,5
Бучацький р-н	99,3	65,5	99,6	62,5	99,8	62,1	99,4	147,1	98,6	387,8	99,6	107,4
Збаразький р-н	99,4	74,1	99,5	75,2	99,5	77,2	98,1	414,9	98,6	354,0	99,8	50,5
Зборівський р-н	99,3	55,1	99,4	62,7	99,1	66,9	98,8	184,1	97,8	424,4	99,5	106,5
Теребовлянський	98,2	114,1	99,3	113,1	98,9	131,9	98,0	475,4	97,9	618,3	99,2	233,2
Чортківський р-н	99,1	121,9	99,3	130,6	99,5	129,0	99,5	149,9	99,5	182,5	99,8	78,8
Тернопільський	98,4	125,6	99,1	128,7	99,0	129,9	98,8	238,5	98,2	477,4	99,4	148,8
Козівський р-н	99,2	69,9	99,0	96,7	99,2	99,8	98,8	176,3	93,7	1108,1	99,8	30,0
Кременецький рн	99,6	22,7	98,9	179,8	99,5	78,9	99,0	242,2	98,2	553,0	99,7	102,5
Заліщицький р-н	98,4	178,8	98,6	184,4	98,7	187,7	98,8	242,2	98,3	387,4	99,5	120,6
Шумський р-н	98,6	112,3	98,4	137,0	98,6	129,0	99,6	47,0	98,1	294,9	99,8	26,5
м.Тернопіль	99,9	10,3	99,97	15,9	99,96	17,8	99,9	64,4	95,1	4945,7	99,7	277,1
Тернопільська обл.	99,5	1365,9	99,6	1547,2	99,6	1676,6	98,8	2921,3	98,1	14151,8	99,7	2067,5

* Складено автором за даними Управління охорони здоров'я в Тернопільській області.

Додаток Р
Аналіз фінансування охорони здоров'я Тернопільської області

Таблиця Р.1

Аналіз фінансування охорони здоров'я Тернопільської області за кварталами у 2008 р. *

(тис.грн.)

Видатки	запланова но на 3 місяці	профінан совано на 31.03	у % до запланов ано на 3 місяці	запланова но на 6 міс.	профінансо вано на 31.06	у % до запланов ано на 6 міс.	запланова но на 9 міс.	профінансо вано на 31.09	у % до запланова но на 9 міс.	заплано вано на 12 міс.	профінан совано на 31.12	у % до заплано вано на 12 міс.
Всього видатків	126157,6	116227,7	92,1	260073,6	244832,4	94,1	395822,9	379224,0	95,8	541559, 5	539714,9	99,7
Поточні видатки, в т.ч.	121821,7	114644,8	94,1	247898,5	236806,9	95,5	375194,6	361644,0	96,4	520379, 3	516791,6	99,3
Заробітна плата	66992,8	64804,4	96,7	139747,8	135885,7	97,2	213205,9	208508,7	97,8	294773, 0	294232,5	99,8
Нарахув. на зар. плату	24333,7	23525,3	96,7	50151,6	48579,4	96,9	76425,8	74933,2	98,1	105369, 6	105004,4	99,7
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	1564,1	1155,7	73,9	3559,2	2967,1	83,4	5480,1	4688,0	85,6	7381,4	7249,2	98,2
Медикаме-нти та перев'яз. матеріали	5453,2	4740,9	86,9	13069,3	12436,7	95,2	21289,6	20640,8	97,0	29817,4	29753,6	99,8
Продукти харчування	3011,8	2799,8	93,0	6924,8	6532,7	94,3	11820,4	11038,3	93,4	16326,8	16317,0	99,9
М'який інвентар та обмундируван ня	359,3	230,6	64,2	998,1	725,9	72,7	1360,8	1180,5	86,8	1458,5	1444,8	99,1
Оплата транс. послуг	2045,0	1738,8	85,0	4412,5	4220,7	95,7	6855,7	6651,9	97,0	9225,5	9213,7	99,9
Оренда	87,6	48,1	54,9	101,2	89,6	88,5	162,9	147,6	90,6	226,7	226,5	99,9
Поточний ремонт і технічне обслуговування	943,5	618,6	65,6	2449,6	1846,0	75,4	3982,0	3300,7	82,9	4996,9	4928,3	98,6

Продовження таблиці Р.1 додатку Р

Послуги зв'язку	424,9	317,7	74,8	850,4	661,5	77,8	1193,0	944,2	79,1	1309,1	1277,8	97,6
Оплата інших послуг та ін. видатки	783,9	582,7	74,3	1511,7	1242,7	82,2	2396,2	2022,6	84,4	2929,9	2864,7	97,8
Видатки на відрядження	461,6	351,1	76,1	1022,8	882,6	86,3	1454,0	1189,5	81,8	1840,7	1809,9	98,3
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	14468,7	12925,0	89,3	21162,9	18996,1	89,8	26687,2	23703,9	88,8	40653,5	38405,9	94,5
Окремі заходи по реалізації програм	66,3	42,0	63,3	84,4	48,7	57,7	78,5	48,7	62,1	51,2	51,2	100
Поточні трансферти населенню	825,1	764,3	92,6	1852,2	1721,7	93,0	2802,5	2645,4	94,4	4019,1	4012,1	99,8
Капітальні видатки	4335,9	1582,9	36,5	12175,1	8025,5	65,9	20628,3	17535,2	85,0	22819,4	22722,2	99,6
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	2915,2	926,6	31,8	7043,0	4396,2	62,4	11994,5	9901,3	82,6	12639,2	12559,2	99,4
інше придбання	-	-	-	-	-	-	78,4	33,6	70,0	112,1	112,1	100
Кап. ремонт	1420,7	656,3	46,2	5132,1	3629,3	70,7	8400,2	7495,8	89,2	10068,1	10050,9	99,8
Реконструкція та реставрація	-	-	-	-	-	-	155,2	104,5	67,3	-	-	-

* Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Продовження додатку Р
Таблиця Р.2

Аналіз фінансування охорони здоров'я Тернопільської області за кварталами у 2009 р. *

(тис.грн.)

Видатки	заплановано на 3 місяці	профінансовано на 31.03	у % до заплановано на 3 місяці	заплановано на 6 міс.	профінансовано на 31.06	у % до заплановано на 6 міс.	заплановано на 9 міс.	профінансовано на 31.09	у % до заплановано на 9 міс.	заплановано на 12 міс.	профінансовано на 31.12	у % до заплановано на 12 міс.
Всього видатків	149639,7	137964,5	92,2	299960,0	279162,4	93,07	446604,7	425 074,5	95,18	614 874,9	608 022,9	98,89
Поточні видатки, в т.ч.												
Заробітна плата	77 577,8	74 990,3	96,66	161 059,2	157 105,3	97,55	243 962,5	240 459,5	98,56	331 289,8	330 697,1	99,82
Нарахування на заробітну плату	27 985,1	26 976,9	96,40	57 900,5	56 240,8	97,13	87 709,4	86 197,5	98,28	118 776,5	118 451,2	99,73
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	1 696,8	1 059,9	62,46	3 413,1	2 515,6	73,71	4 962,8	3 993,3	80,47	6 575,3	6 282,1	95,54
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	8 125,1	6 982,9	85,94	17 506,3	16 169 995,25	92,37	29 417,8	26 355,6	89,59	44 547,4	44 419,9	99,71
Продукти харчування	4 084,9	3 584,2	87,74	8 457,2	7 316,9	86,52	13 715,8	12 702,4	92,61	19 231,2	19 213,4	99,91
М'який інвентар та обмундирування	409,1	180,7	44,17	792,1	501,2	63,27	1 047,7	772,5	73,74	1 176,4	1 069,8	90,94
Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	2 333,3	1 940,1	83,15	4 758,2	4 205,4	88,38	7 016,6	6 640,5	94,64	9 555,8	10 218,4	106,93
Оренда	131,2	42,5	32,37	139,7	93,8	67,12	184,9	164,8	89,15	239,2	236,9	99,04

Продовження таблиці Р.2 додатку Р

Поточний ремонт обладнання, інвентарю та будівель; технічне обслуговування обладнання	887,1	568,5	64,08	2 317,2	1 704,2	73,55	3 649,3	3 078,3	84,35	4 679,6	4 540,7	97,03
Послуги зв'язку	365,1	281,2	77,02	697,7	541,2	77,57	1 034,2	852,4	82,42	1 241,2	1 194,9	96,27
Оплата інших послуг та інші видатки	908,2	509,2	56,07	1 766,3	1 142,4	64,68	2 490,2	1 914,8	76,89	2 849,4	2 755,0	96,69
Видатки на відрядження	408,0	261,7	64,14	914,7	616,6	67,42	1 275,3	923,3	72,40	1 525,2	1 457,2	95,53
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	21 587,6	19 332,4	89,55	31 766,2	26 605,9	83,76	37 243,5	31 655,1	84,99	53 706,7	52 877,3	98,46
Поточні трансферти населенню	1 217,3	1 033,7	84,9	2 465,5	2 134,6	86,58	3 558,9	3 232,6	90,83	4 451,0	4 434,9	99,6
Капітальні видатки	1922,9	220,2	11,4	6006,2	2268,0	37,8	9335,4	6131,6	65,7	15029,2	10173,4	67,9
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	914,1	46,7	5,1	3430,4	811,5	23,66	5326,9	3209,2	60,24	11059,2	6300,1	57,0
Капітальний ремонт	995,2	159,9	16,1	2515,8	1433,9	57,00	3878,4	2810,8	72,47	3735,6	3638,9	97,4
Реконструкція та реставрація	13,6	13,6	100,0	60,0	22,6	37,65	130,1	111,6	85,81	234,4	234,4	100,0

* Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Продовження додатку Р
Таблиця Р.3

Аналіз фінансування охорони здоров'я Тернопільської області за кварталами у 2010 р. *

(тис.грн.)

Видатки	заплановано на 3 місяці	профінансовано на 31.03	у % до заплановано на 3 місяці	заплановано на 6 міс.	профінансовано на 31.06	у % до заплановано на 6 міс.	заплановано на 9 міс.	профінансовано на 31.09	у % до заплановано на 9 міс.	заплановано на 12 міс.	профінансовано на 31.12	у % до заплановано на 12 міс.
Всього видатків	167185,1	161644,6	96,7	356967,4	340278,7	95,3	551522,2	523941,0	95,0	748705,3	739816,0	98,8
Поточні видатки, в т.ч.	167184,8	161644,7	96,7	353077,9	338869,7	96,0	544217,2	518554,9	95,3	740110,7	671646,6	90,7
Заробітна плата	94045,6	91279,1	97,1	200760,8	196470,9	97,9	309159,1	298763,9	96,64	413025,5	410040,8	99,3
Нарахування на заробітну плату	33662,0	32714,8	97,2	72481,9	70313,7	97,0	111567,1	107348,0	96,22	148771,5	146848,3	98,7
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	2802,3	2546,4	90,87	8652,4	7114,5	82,23	14851,0	13326,9	89,74	20779,9	19486,5	93,78
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	8467,5	8211,6	96,98	19737,7	18731,2	94,90	35723,5	34180,9	95,68	53813,6	53972,2	100,29
Продукти харчування	3223,5	3132,9	97,19	8126,8	7654,3	94,19	15796,5	14799,7	93,69	23062,4	23212,4	100,65
Оплата послуг (крім комунальних)	1307,6	1170,0	89,48	4677,1	3855,3	82,43	8666,0	7595,3	87,64	11577,7	11033,9	95,30
Інші видатки	86,0	52,3	60,77	304,1	210,6	69,26	476,4	325,3	68,28	600,5	456,7	76,05
Видатки на відрядження	189,3	120,8	63,81	883,0	664,1	75,21	1424,0	1001,0	70,29	1830,2	1515,6	82,81

Продовження таблиці Р.3 додатку Р

Оплата комун-них послуг та енергоносіїв	22289,4	21410,7	96,06	34917,7	31617,5	90,55	42577,0	37608,5	88,33	61590,9	59,7	96,90
Дослідження і розробки, видатки державного (регіонального) значення	5,7	4,6	81,41	7,2	6,7	92,63	12,8	10,5	82,51	13,4	13,5	102,94
Поточні трансферти населенню	1105,9	1001,5	93,9	2529,2	2230,9	88,20	3963,8	3594,9	90,70	5045,1	5007,0	99,2
Капітальні видатки	0,3	0	-	3889,4	1408,9	36,2	7305,0	5386,1	73,7	8594,8	8548,8	99,5
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	0,3	0	-	2155,9	947,0	43,93	3937,2	2767,4	70,29	4695,1	4324,6	92,1
Капітальний ремонт	-	-	-	1609,5	366,1	22,75	3061,9	2332,8	76,19	3522,6	3847,1	109,21
Реконструкція та реставрація	-	-	-	124,0	95,8	77,3	305,9	285,9	93,46	377,1	377,1	100,00

* Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Продовження додатку Р
Таблиця Р.4

Аналіз фінансування охорони здоров'я Тернопільської області за кварталами у 2011 р. *

(тис. грн.)

Видатки	заплановано на 3 місяці	профінансовано на 31.03	у % до заплановано на 3 місяці	заплановано на 6 міс.	профінансовано на 31.06	у % до заплановано на 6 міс.	заплановано на 9 міс.	профінансовано на 31.09	у % до заплановано на 9 міс.	заплановано на 12 міс.	профінансовано на 31.12	у % до заплановано на 12 міс.
Всього видатків, в т. ч.	204948,2	187 976,7	91,72	390893,2	375074,7	95,95	579 945,2	559 175,6	96,42	775 935,1	773 488,6	99,69
Поточні видатки, в т.ч.	204948,2	187 976,7	91,72	390893,2	375074,7	95,95	579 945,2	559 175,6	96,42	775 935,1	773 488,6	99,69
Заробітна плата	110620,7	103 835,5	93,87	219564,4	213774,3	97,36	332 057,4	324 596,7	97,75	443 975,2	443 902,3	99,97
Нарахування на заробітну плату	39820,8	36 888,5	92,64	78 688,7	75 643,9	96,13	118 949,1	115 044,7	96,72	157 501,2	157 501,2	100
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	5 803,9	4 770,7	82,20	10 573,7	9 546,1	90,28	16 306,5	15 344,5	94,10	20 017,0	19 258,3	96,21
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	10 896,7	9 626,9	88,35	23 543,2	22 751,9	96,64	37 056,9	35 937,5	96,98	50 814,8	50 680,1	99,74
Продукти харчування	4 620,9	3 963,3	85,77	8 966,9	8 066,1	89,95	14 520,5	13 599,1	93,65	19 117,8	19 096,9	99,89
Оплата послуг	2 875,2	2 314,9	80,51	5 305,9	4 781,5	90,12	7 638,2	7 003,5	91,69	9 659,8	8 864,1	91,77
Інші видатки	144,4	53,1	36,76	269,3	130,4	48,41	414,5	244,7	59,04	324,8	315,3	97,08
Видатки на відрядження	477,3	345,5	72,38	917,6	794,2	86,55	1 189,2	1 007,7	84,74	1 437,7	1 279,2	88,98
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	28 170,3	24 884,4	88,34	40 091,0	36 944,2	92,15	47 327,8	42 328,8	89,44	67 432,1	67 106,0	99,52

Продовження таблиці Р.3 додатку Р

Дослідження і розробки, видатки державного (регіонального) значення	5,9	0,7	11,39	8,7	8,5	98,38	11,2	10,6	95,32	34,1	23,8	69,79
Поточні трансферти населенню	1 512,2	1 293,4	85,53	2 963,9	2 633,7	88,86	4 473,9	4 057,7	90,70	5 587,9	5 587,9	100
Капітальні видатки	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Додаток С

Таблиця С.1.

Структура змін показників видатків зведеного бюджету Тернопільської області на охорону здоров'я
у процесі їх уточнення протягом 2006 р. *

тис.грн.

Видатки	Збільшення (зменшення) планового обсягу видатків,		в т. ч. за рахунок					
	тис.грн.	у % до всього	Резерв ного фонду	Невикористаних асигнувань попереднього року (затвердження дефіциту бюджету)	Внесення змін до доходів місцевих бюджетів	Збільшення фінансування за рахунок інших видатків бюджету	Трансфертів з державного бюджету	Інших джерел
ВСЬОГО	4009,0	100	22,3	498,5	726,9	-557,2	2966,5	352,0
Поточні видатки, в т.ч.	2381,1	59,4	22,3	305,4	659,0	-1226,6	2470,9	150,1
Оплата праці працівників бюджетних установ	1037,2	25,9	0,7	39,4	146,1	124,4	679,5	47,2
Нарахування на зар. плату	-644,0	-16,1	-	35,6	82,3	-977,1	203,0	12,2
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	67,0	1,7	1,6	19,7	37,5	160,1	-178,1	26,2
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	44,8	1,1	-	26,3	39,3	-58,4	4,5	33,0
Продукти харчування	52,6	1,3	-	0,5	1,6	35,5	15,0	
М'який інвентар та обмундирування	-140,9	-3,5	-	3,8	2,1	-146,8		
Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	462,7	11,5	-	7,0	28,9	390,8	34,0	2,0
Оренда	-39,0	-1,0	-	-	2,0	-41,0	-	-
Поточний ремонт	57,2	1,4	20,0	15,9	40,3	-45,1	7,9	18,2
Послуги зв'язку	-47,0	-1,2	-	3,6	2,5	-53,0		
Оплата інших послуг та інші видатки	-14,5	-0,4	-	33,5	31,5	70,6	0,9	8,4
Видатки на відрядження	18,2	0,5	-	-	-	-	-	-
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	1602,3	40,0	-	120,2	147,2	-314,6	1649,6	-0,1
Поточні трансферти населенню	-75,5	-1,9	-		97,7	-230,7	54,6	2,9
Капітальні видатки, в т.ч.	1627,8	40,6	-	193,1	67,9	669,3	495,7	201,9
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	671,2	16,7	-	113,6	11,2	-25,6	491,6	80,4
Капітальне будівництво (придбання)	22,2	0,6	-	1,4	-	11,5	-	9,3
Капітальний ремонт	934,4	23,3	-	78,0	56,7	683,4	4,1	112,2

* Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Таблиця С.2

Структура змін показників видатків місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я
у процесі їх уточнення протягом 2007 р.*

тис.грн.

Видатки	Збільшення (зменшення) планового обсягу видатків,		в т. ч. за рахунок					
	тис.грн.	у % до всього	Резерв ного фонду	Невикористаних асигнувань попереднього року (затвердження дефіциту бюджету)	Внесення змін до доходів місцевих бюджетів	Збільшення фінансування за рахунок інших видатків бюджету	Трансфертів з державного бюджету	Інших джерел
ВСЬОГО	41113,3	100	3,4	829,3	7283,0	-241,5	32742,0	497,1
Поточні видатки, в т.ч.	39328,8	95,7	3,4	529,0	6173,1	-492,1	32736,0	379,4
Оплата праці працівників бюджетних установ	27238,8	66,2	0,8	164,7	3084,0	28,4	23666,6	294,4
Нарахування на заробітну плату	8979,3	21,3	0,1	70,4	867,1	-670,8	8646,5	66,1
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	844,3	2,0	35,1	85,5	654,7	-	-	69,0
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	2182,9	5,4	2,0	43,4	500,4	1652,8	-	-15,8
Продукти харчування	584,6	1,5	-	-	41,0	576,6	-	-33,0
М'який інвентар та обмундирування	-233,5	-0,5	-	0,7	54,3	-277,1	-	-11,4
Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	387,9	1,0	-	-	258,4	156,8	-	-27,2
Оренда	-235,9	-0,5	-	-	-	-235,9	-	-
Поточний ремонт	502,5	1,2	-	93,4	166,7	233,9	-	8,6
Послуги зв'язку	-73,2	-0,2	-	4,4	-4,6	-66,4	-	-6,6
Оплата інших послуг та інші видатки	210,4	0,5	-0,1	24,2	36,4	122,1	-	27,7
Видатки на відрядження	-15,3	0,03	0,6	10,4	46,2	-59,6	-	-13,0
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	-1048,1	-2,5	-	82,3	942,8	-2516,1	423,0	19,9
Поточні трансферти населенню	-6,9	-	-	-	95,1	-102,6	-	0,6
Капітальні видатки, в т.ч.	1784,5	4,3	-	300,3	1109,9	250,6	6,0	117,7
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	537,1	1,3	-	217,2	607,1	-377,4	-	90,3
Капітальне будівництво	-	-	-	-	-	-0,3	-	0,3
Капітальний ремонт	1263,1	3,1	-	83,1	502,9	644,0	6,0	27,1
Реконструкція та реставрація	-15,7	-0,04	-	-	-	-15,7	-	-

* Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Продовження додатку С

Таблиця С.3.

Структура змін показників видатків місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я
у процесі їх уточнення протягом 2008 р.*

тис.грн.

Видатки	Збільшення (зменшення) планового обсягу видатків,		в т. ч. за рахунок					
	Тис.грн.	у % до всього	Резерв ного фонду	Невикористаних асигнувань попереднього року (затвердження дефіциту бюджету)	Внесення змін до доходів місцевих бюджетів	Збільшення обсягу фінансування за рахунок інших видатків бюджету	Трансфертів з державного бюджету	Інших джерел
ВСЬОГО	15966,7	100	-	1214,2	7006,6	-426,8	6866,6	1306,2
Поточні видатки, в т.ч.	13921,1	79,0	-	1020,2	5205,9	-426,8	6746,6	1306,2
Оплата праці працівників бюджетних установ	7319,2	45,8	-	543,9	232,1	1688,8	4423,2	431,2
Нарахування на заробітну плату	1054,7	6,6	-	-	1314,6	-886,0	559,0	67,1
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	543,7	3,4	-	143,0	854,2	-543,5	-	90,1
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	1119,8	7,0	-	227,3	739,9	116,0	-	36,6
Продукти харчування	733,0	4,6	-	65,7	547,2	55,8	-	65,0
М'який інвентар та обмундирування	-300,4	1,9	-	130,4	-	-523,2	-	92,4
Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	583,9	3,7	-	103,9	579,1	-99,1	-	-
Оренда	-106,6	6,7	-	-	-	-106,6	-	-
Поточний ремонт обладнання, інвентарю та будівель; технічне обслуговування обладнання	0,7	0,0	-	-	-	-	-	0,7
Послуги зв'язку	-275,3	1,7	-	-	-	-275,3	-	-
Оплата інших послуг та інші видатки	27,5	0,2	-	-	27,5	-	-	-
Видатки на відрядження	-9,6	0,1	-	-	-	-9,6	-	-
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	2634,1	16,5	-	-	610,3	-192,0	1500,7	523,1
Дослідження і розробки, видатки державного (регіонального) значення	-36,1	2,3	-	-	-	-36,1	-	-
Поточні трансферти населенню	555,7	3,5	-	-	301,0	-	254,7	-
Капітальні видатки	2112,7	21	-	192,0	1800,7	-	120,0	-

*Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Продовження додатку С

Таблиця С. 4

Структура змін показників видатків місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я
у процесі їх уточнення протягом 2009 р. *

тис.грн.

Видатки	Збільшення (зменшення) планового обсягу видатків,		в т. ч. за рахунок					
	Тис.грн.	у % до всього	Резерв ного фонду	Невикористаних асигнувань попереднього року (затвердження дефіциту бюджету)	Внесення змін до доходів місцевих бюджетів	Збільшення обсягу фінансування за рахунок інших видатків бюджету	Трансфертів з державного бюджету	Інших джерел
ВСЬОГО	36472,5	100	376,0	2789,3	5247,1	3008,9	23962,4	1088,8
Оплата праці працівників бюджетних установ	10489,6	28,6	-	421,1	524,8	3282,9	5815,9	444,9
Нарахування на заробітну плату	3433,9	29,6	-	137,3	241,9	934,5	1970,9	149,3
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	141,8	0,4	-	188,2	71,5	-154,4	6,7	29,8
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	10743,9	29,7	350,0	454,0	2455,5	2046,1	5426,6	11,7
Продукти харчування	239,7	0,7	-	78,0	108,4	53,3	-	-
М'який інвентар та обмундирування	-64,1	0,2	-	0,9	1,1	-66,0	-	-
Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	404,0	1,1	26,0	35,0	146,6	125,1	-	71,№
Оренда	-154,1	0,4	-	-	-	-154,1	-	-
Поточний ремонт обладнання, інвентарю та будівель; технічне обслуговування обладнання	438,0	1,2	-	59,9	251,3	99,5	-	28,1
Послуги зв'язку	-184,2	0,5	-	2,2	-0,8	-170,7	-	-14,8
Оплата інших послуг та інші видатки	-201,2	0,6	-	141,1	84,9	-410,7	-	-16,6
Видатки на відрядження	-74,5	0,2	-	19,9	14,4	-80,4	-	-25,3
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	6667,3	18,3	-	636,9	942,1	-1031,;	5937,3	182,5
Дослідження і розробки, видатки державного (регіонального) значення	0,8	0,01	-	-	-	0,8	-	-
Поточні трансферти населенню	23,9	0,01	-	40,9	40,9	-99,0	-	8,5
Капітальні видатки	4633,1	12,7	-	192,0	401,6	-1254,3	4804,0	229,5

*Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Продовження додатку С

Таблиця С.5

Структура змін показників видатків місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я
у процесі їх уточнення протягом 2010 р. *

тис.грн.

Видатки	Збільшення (зменшення) планового обсягу видатків,		в т. ч. за рахунок					
	Тис.грн.	у % до всього	Резерв ного фонду	Невикористаних асигнувань попереднього року (затвердження дефіциту бюджету)	Внесення змін до доходів місцевих бюджетів	Збільшення обсягу фінансування за рахунок інших видатків бюджету	Трансфертів з державного бюджету	Інших джерел
ВСЬОГО	3265,2	100	-	447,2	928,9	-415,0	1895,1	134,3
Поточні видатки, в т.ч.	3140,3	91,8	-	397,2	928,9	-359,8	1895,1	114,6
Оплата праці працівників бюджетних установ	-78,9	2,4	-	58,9	38,7	-451,1	0,00	
Нарахування на заробітну плату	-116,3	3,6	-	23,0	26,7	-275,9	0,00	109,9
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	475,3	14,6	-	10,4	301,7	163,0	0,00	0,3
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	2326,6	71,3	-	74,1	0,9	356,5	1895,1	
Продукти харчування	251,8	7,7	-	30,0	0,00	221,8	0,00	
Оплата послуг	30,0	0,9	-	53,8	52,7	-76,4	0,00	
Оплата інших послуг та інші видатки	-36,6	1,1	-	0,00	0,00	-36,6		
Видатки на відрядження	-107,1	3,3	-	2,2	-1,8	-107,5	0,00	
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	420,1	12,9	-	105,5	210,0	100,2	0,00	4,4
Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку	-2,6	0,1				-2,6		
Поточні трансферти населенню	-481,3	14,7	-			-481,3		
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	459,1	14,1		39,4	300,0	119,6	-	
Капітальні видатки	124,9	9,2	-	50,0	0,00	55,2	-	19,7
Капітальний ремонт інших об'єктів	-88,2	2,7	-	-	-	-107,9	0,00	19,7
Реконструкція та реставрація	213,1	6,5	-	50,0	0,00	163,1	-	-

* Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Продовження додатку С

Таблиця С.6

Структура змін показників видатків місцевих бюджетів Тернопільської області на охорону здоров'я
у процесі їх уточнення протягом 2011 р. *

тис.грн.

Видатки	Збільшення (зменшення) планового обсягу видатків,		в т. ч. за рахунків					
	тис. грн.	у % до всього	Резерв ного фонду	Невикористаних асигнувань попереднього року (затвердження дефіциту бюджету)	Внесення змін до доходів місцевих бюджетів	Збільшення обсягу фінансування за рахунок інших видатків бюджету	Трансфертів з державного бюджету	Інших джерел
ВСЬОГО	38687,9	100	0	11068,7	2461,9	2507,1	22019,3	666,1
Поточні видатки, в т.ч.	38687,9	100	0	11068,7	2461,9	2507,1	22019,3	666,1
Оплата праці працівників бюджетних установ	22427,8	58,0	0	4445,0	828,8	2567,9	14263,5	322,5
Нарахування на заробітну плату	5805,4	15,0	0	1467,5	235,8	-820,8	4824,5	98,6
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	8106,3	21,0	0	1535,1	183,7	-96,6	2080,3	160,6
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	3863,2	10,0	0	1077,5	261,8	826,3	0	109,0
Продукти харчування	456,3	1,2	0	505,9	122,0	-171,6	0	
Оплата послуг	1679,6	4,3	0	758,3	481,8	412,5	0	54,7
Інші видатки	-167,4	0,4	0	2,8	0	-170,8	0	0,7
Видатки на відрядження	122,6	0,3	0	115,7	0,5	-4,6	0	11,1
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	2198,5	5,7	0	1092,9	343,5	9,6	851,0	-91,1
Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку	27,2	0,1	0	0	0	27,2	0	0
Поточні трансферти населенню	-0,3	...	0	68,0	4,0	-71,7	0	0
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	0	0	0	0	0	0	0	0
Капітальні видатки	0	0	0	0	0	0	0	0

* Розраховано автором за даними Головного фінансового управління в Тернопільській області.

Додаток Т

Порівняння функцій основних суб'єктів фінансового контролю у сфері охорони здоров'я

Форми та види фінансового контролю	Суб'єкт контролю	Контрольні функції
наступний, зовнішній	Верховна Рада України	Контроль за використанням бюджетних коштів
наступний, зовнішній	Кабінет Міністрів України	Контроль за виконанням державних цільових програм.
наступний, зовнішній	Рахункова палата ВР України	Контроль та аудит фінансової та господарської діяльності міністерств, відомств, бюджетних установ в частині контролю за використанням коштів Державного бюджету України на охорону здоров'я; контроль за своєчасним виконанням видаткової частини Державного бюджету України, витрачанням бюджетних коштів за обсягами, структурою та їх цільовим призначенням; контроль за фінансуванням та ефективністю використання коштів на реалізацію загальнодержавних програм;
попередній, поточний, наступний, зовнішній	Міністерство фінансів України (Департамент фінансів охорони здоров'я та соціальних програм)	Контроль за ходом виконання відповідних бюджетних програм, підготовка аналітичних матеріалів та висновків щодо ефективності і результативності використання бюджетних коштів.
попередній, поточний, наступний, зовнішній	фінансові органи місцевих державних адміністрацій та міських рад	Контроль за дотриманням бюджетного законодавства головними розпорядниками коштів та одержувачами бюджетних коштів на всіх стадіях бюджетного процесу.
попередній, поточний, зовнішній	Державна казначейська служба України	Контроль за відповідністю кошторисів та планів використання бюджетних коштів розпису державного та місцевих бюджетів; відповідністю платежів узятим зобов'язанням та бюджетним асигнуванням; витрачанням бюджетних коштів; дотриманням правил ведення бухгалтерського обліку, складенням звітності про виконання кошторисів бюджетних установ; контроль за закупівлями товарів, робіт і послуг за державні кошти; за наявністю асигнувань для взяття зобов'язань та відповідністю взятих зобов'язань певним асигнуванням за їх економічними характеристиками.
наступний, зовнішній	Державна фінансова інспекція України	Контроль за: цільовим та ефективним використанням коштів державного та місцевих бюджетів і товарно-матеріальних цінностей в міністерствах, відомствах, бюджетних установах; аудит фінансово-господарської діяльності бюджетних установ; порядком ведення бухгалтерського обліку та достовірністю звітності про виконання кошторисів у бюджетних установах; правильністю визначення потреби в бюджетних коштах, взяття зобов'язань та виконанням кошторисів; перевірки закупівель товарів, робіт та послуг за державні кошти.
попередній, поточний, наступний, внутрішній	Міністерство охорони здоров'я України та його органи на місцях	Контроль за діяльністю суб'єктів, що належать до сфери управління міністерства, станом фінансово-бюджетної дисципліни у галузі. Контроль за повнотою надходжень, отриманих розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня та одержувачами бюджетних коштів та їх витрачанням, аналіз ефективності використання цих коштів.
поточний, внутрішній	Керівники установ охорони здоров'я	Контроль за фінансовою та господарською діяльністю бюджетної установи.

Додаток У

Види суб'єктів і об'єктів державного фінансового контролю

Об'єкти фінансового контролю	Суб'єкти фінансового контролю				
	РП ВРУ	МФУ, місцеві фінансові органи	ДФІУ	ДКСУ	контрольно- ревізійні підрозділи МОЗ
Планування бюджетних коштів	+	+	+	+	+
Використання бюджетних коштів	+	+	+	+	+
Стан бухгалтерського обліку та звітності	-	+	+	+	-
Касові операції	-	-	+	+	-
Збереження грошових коштів і матеріальних цінностей	+	+	+	-	+
Планування та використання коштів державного бюджету на виконання державних та регіональних цільових програм	+	+	+	-	+
Планування та використання бюджетних коштів на виконання державних і регіональних цільових програм	-	+	+	-	+
Закупівлі товарів, робіт і послуг за державні кошти	+	+	+	-	+
Фінансово-господарська діяльність установ охорони здоров'я					
Фінансові аспекти зовнішньоекономічної діяльності	+	+	+	-	+

Додаток Ф

**Показники проведених контрольних заходів ДФІ в Тернопільській області
у 2005-2010 рр. ***

Показники	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Проведено контрольних заходів	43	36	19	21	19	21
Перевірено установ і організацій	26	33	14	15	17	20
Кількість закладів, в яких виявлено фінансові порушення	22	28	14	13	17	18
Питома вага закладів, в яких виявлено фінансові порушення до перевірених	85	85	100	87	100	87
Обсяг охоплених контрольними заходами державних закупівель та фінансових і матеріальних ресурсів, тис.грн.,в т.ч.	292255,1	253853,8	357086,4	318909,2	485988,2	506444,38
загальнодержавні ресурси	127907,6	19525,2	160234,6	63781,7	130460,6	46770,65
комунальні ресурси	164347,5	234328,6	196851,8	255127,6	355527,6	459673,73

*Складено автором за даними [48].

Додаток X

**Динаміка виявлених та усунутих фінансових порушень у закладах охорони здоров'я
Тернопільської області у 2004-2010 рр. ***

(тис. грн.)

Показники	2004	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
	сума, всього	сума, всього	загальнодержавні ресурси	комунальні ресурси	сума, всього	загальнодержавні ресурси	комунальні ресурси	сума, всього	загальнодержавні ресурси	комунальні ресурси	сума, всього	загальнодержавні ресурси	комунальні ресурси	сума, всього	загальнодержавні ресурси	комунальні ресурси	сума, всього	загальнодержавні ресурси	комунальні ресурси
Виявлено фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів	2154,12	333,8	154,89	114,93	299,55	136,01	145,34	562,37	389,37	122,51	939,70	79,34	791,09	2403,76	1438,79	927,70	1260,65	160,57	944,28
1.Недоотримано фінансових ресурсів, в т.ч.	6,23	87,86	17,41	6,47	54,75	48,32	6,43	159,56	105,1	3,97	46,83	-	15,17	1041,79	992,50	12,02	288,90	24,80	108,30
-за заг.фондом	-	1,12	1,12	-	0,22	0,22	-	-	-	-	-	-	-	751,55	741,67	9,88	61,73	0,00	61,73
-за спец.фондом бюджету	-	21,6	15,13	6,47	54,53	48,10	6,43	109,07	105,1	3,97	15,17	-	15,17	252,97	250,83	2,14	71,37	24,80	46,57
2.Нецільові витрати коштів	-	26,3	26,3	-	33,8	-	33,8	-	-	-	108,62	-	108,62	-	-	-	116,60	-	116,60
3.Незаконні витрати коштів	2154,02	150,01	41,61	108,4	113,23	8,17	105,06	402,71	284,17	118,54	639,20	63,66	575,54	1360,82	445,79	915,03	854,97	135,77	719,20
4.Недостачі	0,1	0,18	0,12	0,06	12,92	12,87	0,05	0,1	0,1	-	91,76	-	91,76	1,15	0,50	0,65	0,18	-	0,18
Відшкодовано втрат фінансових і матеріальних ресурсів, допущених внаслідок порушень законодавства	2094,53	256,37	139,98	52,41	141,40	13,92	109,28	418,17	245,17	122,51	498,70	18,33	450,33	914,56	187,79	689,44	828,48	124,74	545,89

Продовження додатку Х

<i>Питома вага усунутих фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів у виявлених, %</i>	97,2	76,8	90,4	45,6	47,2	0,7	75,2	74,4	63,0	100	53,1	23,1	56,9	38,1	13,1	74,3	65,7	77,7	57,8
Виявлено фінансових порушень, що не призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів	48,1 1	3144 ,81	2991,1 4	153,6 7	604,5	50,48	554,0 2	2151,1 2	1182,7 1	968,41	5699,7 6	7,60	5692,1 6	4611,8 1	676,80	3935,0 1	2674,4 6	491,0 8	2183,3 8
1. Завищення кредиторської заборгованості	1,4	11,9 9	10,19	1,8	5,11	5,11	-	17,47	12,23	5,24	37,20	-	37,20	46,66	-	46,66	-	-	-
2.Завищення потреби в бюджетних коштах, що не профінансовано	18,8 5	30,7 3	-	30,73	23,27	-	23,27	1,2	-	1,2	122,48	10,0 0	112,48	102,08	42,03	60,05	412,80	-	412,80
3.Заниження вартості активів	25,7 3	2866 ,29	2745,1 5	121,1 4	271,9 5	42,5	229,4 5	1046,2 5	698,58	347,67	5145,2 6	-	5145,2 6	3034,4 4	586,62	2447,8 2	1968,7 9	339,2 0	1629,5 9
4. Незаконні операції, що не призвели до втрат коштів,	2,13	-	-	-	20,47	13,67	6,8	385,60	-	385,6	77,89	8,97	68,92	424,45	-	424,45	61,47	-	61,47
оплата вартості товарів, робіт і послуг без проведення процедур закупівлі	-	-	-	-	-	-	-	341,80	-	341,80	68,92	-	68,92	424,45	-	424,45	-	-	-
Усунуто фінансових порушень, що не призвели до втрат фін-вих і матеріальних ресурсів	48,1 1	3112 ,18	2989,2 4	122,9 4	572,0 5	31,70	540,3 5	1737,7 2	1182,7 1	555,01	5344,2 4	7,60	5336,6 4	4119,6 5	651,48	3468,1 7	2211,1 3	502,0 2	1709,1 1

Продовження додатку X

<i>Питома вага усунутих фінансових порушень, що не призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів у виявлених, %</i>	100	99,0	99,9	80,0	94,6	62,8	97,5	80,8	100	57,3	93,8	100	93,8	89,3	96,3	88,1	82,7	102,2	78,3
Всього виявлених фінансових порушень	2202,23	3478,61	3146,03	268,6	904,05	186,49	699,36	2713,49	1572,08	1090,92	6639,46	86,94	6483,25	7015,57	2115,59	4862,71	3935,11	651,65	3283,46
Усунуто фінансових порушень	2142,63	3371,65	3131,32	240,33	743,14	74,49	650,45	2155,89	1427,88	677,52	5842,94	25,93	5786,97	5034,21	839,27	4157,61	3039,61	626,76	2412,85
Питома вага усунутих фінансових порушень у загальній сумі виявлених порушень, %	97,3	96,9	99,5	89,5	82,2	39,9	93,1	79,5	90,8	62,1	88,0	29,8	89,2	71,8	39,7	85,5	77,2	96,2	73,5
Не усунуто фінансових порушень	113,83	106,96	14,71	28,27	160,9	112	48,9	493,8	101,33	392,5	796,52	61,01	696,28	1981,36	1276,32	705,1	895,5	24,89	870,61

* Складено автором за даними [48].

Системи управління фінансами охорони здоров'я в зарубіжних країнах*

Країна	Модель фінансування охорони здоров'я	Основні джерела фінансування	Статус фондів, які акумулюють кошти	Способи оплати первинної медико-санітарної медичної допомоги	Методи оплати стаціонарної медичної допомоги	Статус установ охорони здоров'я і лікарів, які надають медичні послуги
Австрія	Централізована система соціального медичного страхування	Фінансування сфери охорони здоров'я базується на соціальному страхуванні та субсидується з оподаткування (12%). Система соціального страхування є обов'язковою. 40% населення покриті додатковим приватним медичним страхуванням.	Регіональні медичні фонди отримують свої надходження з федеральних та регіональних податків, внесків громадського медичного страхування. Фонди можуть також фінансувати альтернативне медичне оснащення	Надавачі первинної медичної допомоги отримують свої прибутки з оплати послуг, що надаються	Метод глобального бюджету. Оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ) залежно від складності захворювання знаходяться у стадії впровадження.	Лікарі, задіяні у приватних практиках, надають більшу частину первинної медичної допомоги за контрактами із страховими агентствами. Лікарні в основному знаходяться у приватній власності.
Бельгія	Централізована система соціального медичного страхування	Обов'язкове медичне страхування забезпечується: соціальними внесками - 55%; дотацією держави (для безробітних, пенсіонерів) - 40%; внесками пенсіонерів - 2,55%; оподаткуванням на страхування автотранспорту - 2%.	5 страхових компаній і одна громадська організація (допоміжна страхова каса)	Оплата за фактично надані медичні послуги з відшкодуванням вартості медикаментів.	Оплата за проведені ліжко-дні.	Первинна медична допомога надається приватними терапевтами, фармацевтами, дантистами та медсестрами та громадськими. Власниками лікарень є або приватні, або громадські організації. Більшість приватних лікарень, є некомерційними. Громадські лікарні зазвичай належать місцевим органам влади.
Велико-британія	Державна система охорони здоров'я	З бюджетів всіх рівнів - 84%, соціальне страхування і додаткові платежі населення - 16%		Диференційований подушний норматив. Гонорарний метод. Цільові субсидії.	Метод глобального бюджету. Оплата за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп	Лікарні залишилися у власності держави, але придбали статус лікарняних трастів НСОЗ - самоврядувальних організацій, наділених значно більшими правами.

Продовження додатку Ц

					(ДРГ) залежно від складності захворювання знаходиться у стадії впровадження	
Італія	Державна система охорони здоров'я	За рахунок державного соціального страхування -46,5%, загальних податків – 52%. Приватний сектор - 1,5%. Фінляндії, Франції і Італії, де плата пацієнтів покриває біля 8 - 10%		Диференційований подушний норматив	Глобальні бюджети на основі оплати за окремі випадки захворювань на базі клініко-статистичних груп	Основна частина установ належить державі
Канада	Державна система охорони здоров'я	3 бюджетів всіх рівнів – 90 %. Добровільне медичне страхування і добровільні пожертвування – 10 %	Федеральні фонди і фонди провінційних бюджетів. Приватні страхові компанії	Подушний норматив	Метод глобального бюджету	Первинна медична допомога надається приватними терапевтами, фармацевтами, дантистами та медсестрами та громадськими. Основна частина установ належить державі
Нідерланди	Централізована система соціального медичного страхування	Соціальне страхування - 70%. Приватне страхування -13% всіх витрат. Пряма співплата пацієнтами – 10% та урядовими субсидіями – 7%		Надавачі первинних послуг отримують прибутки на основі плати за обслуговування у випадку, коли пацієнт має більш високий рівень прибутку і у віці стягнення подушного податку. У випадку більш низького прибутку – застраховані державою. Бюджети лікарень встановлюються урядом	Метод глобального бюджету. Оплата за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ) залежно від складності захворювання знаходяться у стадії впровадження	Система охорони здоров'я перш за все забезпечується приватним чином. За виключенням восьми університетських лікарень, усі лікарні - приватні заклади
Німеччина	Децентралізована система соціального	Обов'язкове медичне страхування - 60%, Добровільне медичне		Оплата за окремі послуги. Вартість послуг визначається на	Метод глобального бюджету на основі оплати за кожен	Установи охорони здоров'я як приватні так і державні. Надання допомоги відбувається

Продовження додатку Ц

	медичного страхування	страхування - 10%, бюджетні кошти - 15%, особисті кошти - 15%		регіональному рівні і залежить від загальної кількості набраних лікарями балів Пацієнти безпосередньо не платять за амбулаторну допомогу	випадок госпіталізації за принципом діагностичних груп (ДРГ) залежно від складності захворювання	завдяки оснащенню, яке належить місцевим органам влади або незалежним приватним неприбутковим або комерційним організаціям.
Португалія	Державна система охорони здоров'я	Бюджетні надходження		Зарплата	Метод глобального бюджету оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ). Центральний уряд фінансує лікарні 100%.	Основна частина установ належить державі
США	Приватне медичне страхування	Приватне страхування - 40%, особисті кошти - 20%, програми для пенсіонерів і бідних - 40%	приватні страхові компанії, бюджети		Метод глобального бюджету на основі оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ)	Основна частина установ - приватні
Франція	Централізована система соціального медичного страхування	Обов'язкове медичне страхування - 50%, Добровільне медичне страхування - 20%, бюджетні кошти – 10%, особисті кошти - 20%			Метод глобального бюджету. Переходять до оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ) залежно від складності захворювання	Громадські лікарні є незалежними закладами, але місцеві органи влади контролюють їх. Вибір лікаря або лікарні залежить від індивідуальних переваг пацієнта, і пацієнти можуть відвідувати терапевтів або спеціалістів як в рамках приватної, так і громадської системи. Лікарняна допомога доступна у громадських некомерційних та приватних комерційних лікарнях

* Складено автором за даними [68;83;89-92].

Додаток Ш
Порівняння реформ в охороні здоров'я у країнах з перехідною економікою

Чеська республіка	Угорщина	Польща	Словенія	Україна
Принцип збору коштів для фінансування медичної допомоги (форми фінансування)				
<p>Фінансування системи охорони здоров'я засноване на принципі солідарності та справедливості, основними джерелами фінансування є державні кошти. Фінансування первинної ланки відбувається з ОМС здоров'я, яким покривається майже 80% загальних витрат, загальні податки покривають лише 11%. Приватне ДМС здоров'я та безпосередня оплата послуг складають лише 7%. Обов'язкове страхування здоров'я фінансується за рахунок внесків працівників (4,5%) та роботодавців (9%). Самозайняті особи сплачують приблизно ту саму частину - 13,5% - однак не більше 35% доходу. Існує 9 фондів страхування здоров'я. Вони конкурують один з одним, обговорюючи контрактні умови з приватними постачальниками амбул. послуг та лікарнями. Відшкодування витрат базується на принципі оплати за послугу. Загальний Фонд Страхування Здоров'я є найбільшим, та його платоспроможність гарантується державою.</p>	<p>Національний Фонд Страхування Здоров'я є первинним засобом покриття витрат на охорону здоров'я. Він формується з трьох основних джерел: безпосередні відрахування із фонду заробітної платні (11% від роботодавців та від 3% до 4% від працівників), загального оподаткування (для забезпечення послугами осіб, яким гарантовано надання полуг, але які не можуть робити внески до Фонду), та капіталів, які забезпечуються урядом централізовано. Бюджети місцевих урядів також покривають деякі витрати на охорону здоров'я.</p>	<p>Законом про Національний страховий фонд запроваджено обов'язкове страхування здоров'я. Існує Національний Фонд Здоров'я з 16 регіональними відділеннями. Обов'язкові внески становили 8% доходів, з 2007р. -9%. Громадяни, які не застраховані своїми роботодавцями чи працюють на умовах само зайнятості можуть придбати поліс добровільного страхування здоров'я у приватних страховиків чи через Національний страховий фонд. Доступне також додаткове добровільне страхування. Міністерство фінансів розподіляє фінансові ресурси центрального бюджету лише на покриття частини видатків з високоартісних послуг, наприклад, таких як пересадка органів, ін. операцій.</p>	<p>Всі громадяни Словенії мають право на обов'язкове страхове відшкодування, деякі з них на умовах співоплати. Внески працівників пропорційні їх доходам та поділені між працівниками та роботодавцями. Інші особи, такі як пенсіонери та деякі особливі групи населення, сплачують фіксовану суму. Національний Інститут Зайнятості робить внески за безробітних, а муніципалітети сплачують за найбільш уразливе та соціально незахищене населення. В 2002 році 84% витрат населення на охорону здоров'я були проведені через систему обов'язкових платежів та покриваються з фонду страхування здоров'я. Добровільні додаткові програми страхування запроваджені з 1993 року і з тих пір 98% словенців користуються ними. Національний Інститут Страхування Здоров'я має контрактні стосунки з майже усіма приватними надавачами послуг. Послуги приватних терапевтів, які не покриваються обов'язковим страхуванням оплачуються пацієнтами з власних доходів.</p>	<p>Бюджетні кошти залишаються основним офіційним джерелом фінансування охорони здоров'я, з якого майже 80% покривається з місцевих бюджетів, а 20% - з державного бюджету За Бюджетним Кодексом 2001 року, система міжбюджетних трансфертів була запроваджена для балансування диспропорцій між областями. Беручи до уваги неофіційні платежі, загальна частка прямих витрат населення сягає 50% загальних витрат на охорону здоров'я. Добровільне страхування здоров'я (ДСЗ) було легалізовано в 1996 році, воно складає лише 1% загальних витрат на охорону здоров'я. Мережа неурядових організацій, таких як кредитні спілки, фонди по втраті працездатності були створена як альтернатива для мобілізації ресурсів у системі охорони здоров'я. Однак їх вплив на рівень витрат на охорону здоров'я обмежений. Україна отримує фінансування на охорону здоров'я із різноманітних зовнішніх джерел, включаючи допомогу від міжнародних організацій та окремих країн.</p>

Продовження додатку Ш

Організація первинної медичної допомоги. Статус установ охорони здоров'я і лікарів, які надають ПМД та механізми її оплати.				
Первинна допомога надається приватними лікарями (98%) у медичних центрах, що є у власності громад та надаються в оренду. Більшість з них отримують оплату за пацієнта частково поєднану зі сплатою за послуги.	Більшість лікарів загальної практики (80%) мають приватну практику, з них 77% працюють за контрактами з місцевими урядами. Вони отримують подушову оплату з Національного Фонду Страхування Здоров'я згідно реєстру пацієнтів. 3% - ведуть власну приватну практику без укладання контрактів. Вони мають право отримувати подушову оплату зі страхового фонду за умови, якщо вони обслуговують більше 200 пацієнтів. Місцеві уряди працевлаштовують решту 20% лікарів загальної практики на основі фіксованих ставок заробітної плати. Лікарі загальної практики отримують подушову оплату,	Первинна допомога надається лікарями загальної практики сімейними лікарями чи спеціалістами у державних (комунальних) закладах. Вони отримують подушову оплату з Національного Фонду Страхування Здоров'я згідно реєстру пацієнтів. Оновлена система охорони здоров'я зорієнтована на послуги первинної допомоги. Муніципалітети у 46 великих містах отримують право власності на медичні установи, право фінансових та управлінських рішень, а також політичну відповідальність у 1995 р. Приватним установам у 1996р. надано право укладати контракти з урядом.	Первинна допомога надається в закладах охорони здоров'я, які досі перебувають у державній власності. Більшість спеціалістів первинної допомоги працюють незалежно, Працівники первинної ланки в громадському секторі отримують оплату або на основі ставки, або подушно; фінансові стимули для них ще в стані розробки. Приватні надавачі послуг отримують право на надання первинної допомоги згідно регулювань МОЗу. Сімейна медицина/ загальна практика не є достатньо популярною серед лікарів.	Первинна допомога надається у державних (комунальних) закладах. Надання первинної допомоги засновано на територіально-дільничному принципі, за яким територія обслуговування певним закладом первинної допомоги розділяється на зони обслуговування (дільниці) з певною кількістю населення. За кожною із зон обслуговування закріплено терапевта первинної ланки. Їх послуги оплачуються за фіксованими ставками, незалежно від навантаження та продуктивності праці, що не сприяє конкурентній боротьбі за пацієнтів.
Організація вторинної та третинної (амбулаторної) медичної допомоги, механізми її оплати та проблеми забезпечення.				
Спеціалісти з амбулаторної допомоги зазвичай працюють на приватних засадах. Більшість лікарень перебувають у комунальній власності регіону, району чи муніципалітету. Держава управляє університетськими лікарнями та спеціалізованими закладами. Також існують приватні лікарні, як комерційні, так і некомерційні, хоча лише 9% ліжок є приватними. Страхові фонди компенсують лише операційні	Районні лікарні надають вторинну допомогу населенню незалежно від місця проживання. Муніципалітети також є надавачами частини вторинної та спеціалізованої допомоги, хоча і через поліклініки, диспансери та невеликі лікарні. Третинна допомога надається в диспансерах та хоспісах, а також в університетських лікарнях. Лікарні для надання невідкладної допомоги, хронічної допомоги, а також	Лікарні належать до державної власності, однак є адміністративними одиницями, що діють на засадах самоуправління та самофінансування. Вони отримують подушову оплату з Національного Фонду Страхування Здоров'я згідно реєстру пацієнтів на основі алгоритму з урахуванням вікового фактору. Багато з них знаходяться на межі колапсу, оскільки вони досі надають послуги понад	Лікарні надають близько 75% вторинної допомоги в Словенії. Громадська мережа включає в себе 26 загальних та 12 спеціалізованих лікарень. Лікарняна система зазнала фундаментальних змін в результаті реформ з децентралізації. Було запропоновано концепцію стаціонарів денного перебування, а значну частину ресурсів було перерозподілено зі стаціонарної до амбулаторної допомоги, що привело до	Стаціонарна допомога організована на трьох рівнях: (1) лікарні, що обслуговують сільське населення, оснащені лише базовим обладнанням (3,5% всіх ліжок); (2) муніципальні та центральні районні лікарні, яким належить 70% всіх стаціонарних ліжок, потужністю в середньому 200 ліжок та певною спеціалізацією. Також міські диспансери надають стаціонарну допомогу з лікування певних хвороб, таких як туберкульоз та

Продовження додатку Ш

<p>витрати лікарням, що перебувають у державній власності та університетським лікарням, як районного, так і муніципального підпорядкування. Капітальне інвестування забезпечуються державою або регіональними органами. Всі лікарні, незалежно від форми власності, укладають контракти з фондами страхування здоров'я. В країні діють 216 лікарень та 218 центрів для допомоги пацієнтам зі спеціальними потребами.</p>	<p>реабілітаційні центри перебувають у власності національного уряду. Із загальної кількості ліжок Угорщини місцевим урядам належить 77%, університетським лікарням 9,5%, закладам національного значення 7%, різноманітним міністерствам близько 4% та церквам 2%. Відшкодування витрат на послуги в охороні здоров'я відбувається в два способи. Послуги спеціалістів амбулаторій оплачуються ретроспективно, згідно з переліком процедур, виконаних ними за схемою оплати за послугу та клінічно споріднених випадків для невідкладної допомоги. Практикуються методи обмеження/контролю витрат.</p>	<p>того обсягу, що погоджується до компенсації з системою страхування здоров'я. Основною проблемою є неадекватний розподіл ліжок, брак чіткого механізму фінансування в розрізі певних груп населення, довгі листи очікування, неофіційні платежі та корупційні стосунки між лікарнями, лікарями та фармацевтичними компаніями. Політичні програми для вирішення цих проблем в процесі запровадження, і вони включають в себе заходи по виведенню тривалої допомоги з лікарень, посилення амбулаторної допомоги та встановлення нової системи акредитації та реєстрації.</p>	<p>зменшення кількості ліжок для лікування гострих випадків. Існуючі державні лікарні отримали більшу автономію в управлінні в останні роки, однак вони досі потребують достатнього забезпечення ресурсами та надійних ресурсів для забезпечення якості послуг. Багато лікарень мають заборгованості, період очікування на послугу дуже тривалий.</p>	<p>хвороби, що передаються статевим шляхом; (3) обласні та міжобласні спеціалізовані клінічні та діагностичні центри національних дослідницьких інститутів (25% всіх стаціонарних ліжок). Спочатку засновані для надання високоспеціалізованої медичної допомоги, з часом межі між вторинною та третинної допомогою стають дедалі більш розмитими. Вторинна амбулаторна допомога надається також приватними клініками, однак інформація щодо переліку послуг, які ними надаються досить обмежена.</p>
лікарські засоби				
<p>Існує три категорії медикаментів: генерики, вартість яких покриваються соціальною страховкою; негенерики, витрати на які компенсуються страховою компанією за медичними показаннями; негенерики, за які пацієнти сплачують самостійно. Більшість аптек є приватними.</p>	<p>Гуртова торгівля лікарськими засобами в більшості випадків (90%) відбувається в приватному порядку. Роздрібну торгівлю також приватизовано. Об'єм фармацевтичного ринку різко зріс в останнє десятиріччя-середньостатистична родина сьогодні витрачає в 10 разів більше на ліки, ніж на початку 90-х. Діяльність фармацевтичного сектору всебічно регулюється.</p>	<p>Фармацевтична галузь підтримується пільгами в оподаткуванні та забезпечує вітчизняне виробництво ліків. Відшкодування витрат залежить від типу ліків: існує основний перелік ліків, доступних за фіксованою ціною, що розраховується як відсоток від мінімальної заробітної платні, та додатковий перелік ліків, за які пацієнти сплачують від 30% до 50% їх вартості. Витрати пацієнтам з хронічними захворюваннями чи ветеранам війни повністю відшкодовуються.</p>	<p>Нове законодавство було запроваджено для приведення фармацевтичного пакування, маркування, рекламування, контролю та дозволу у відповідність із збірником законів ЄС. Було розроблено систему для покращення економічної ефективності та контролю якості виробів. Встановлена законом страхівка покриває 75% вартості ліків з «позитивного» переліку; залишок в 25% сплачується з фондів добровільного страхування або безпосередньо пацієнтом.</p>	<p>90% вітчизняних виробників є приватними, а частка ліків вітчизняного виробництва сягає 50%. Більшість аптек приватизовані. Ціни суттєво зросли, що призвело до недоступності висооякісних, безпечних ліків та медичних приладів. З 2000 року в державних установах охорони здоров'я обов'язково є закупівля ліків за тендерними процедурами. Також мають місце централізовані закупки, за якими МОЗ закуповує ліки в основному для пацієнтів з особливими потребами. Національний перелік основних лікарських засобів та виробів медичного призначень був затверджений в 2001 році, що визначає основу для мінімального пакету основних найменувань</p>
вивчені уроки				

Продовження додатку Ш

<p>Два чеські міністерства - охорони здоров'я та праці - спільно працюють над двома проектами, поліканими на запровадження стандартів ЄС для регулювання соціального захисту. Перший проект було здійснено у співпраці з партнерами з Великобританії", а другий при партнерстві з експертами з Фінляндії. До 2002 року багато чого було досягнуто в межах першого проекту, що мав за мету посилення спроможності державного адміністрування для приведення системи відшкодувань у відповідність з правилами ЄС. З кінця 2002 року другий проект проводив випробування чеської системи щодо здатності запровадити модель ЄС з соціального захисту. Проект також направлений на систему розрахунків за послуги охорони здоров'я між країнами, взаємне визнання ліцензування медичних спеціалістів, прав пацієнтів та стандартів надання медичних і соціальних послуг.</p>	<p>З початку 90-х, країна розробила п'ять послідовних документів з охорони здоров'я національного масштабу. Кожний з них стосується стратегічного питання в межах всієї країни, наприклад пропаганди здорового способу життя, викликів системи охорони здоров'я, політики інвестування, напрямів довготривалих перетворень тощо. Останній з цих стратегічних документів був розроблений урядом та погоджений парламентом в 2002 році: Національна Програма Здоров'я, яка має інноваційний підхід. Одне із завдань програми - забезпечити трикратне зростання тривалості життя як для жінок, так і для чоловіків до кінця десятиріччя. Сталість розвитку відзначається як ключовий фактор для успіху програми, таким чином позитивний вплив реформ очікується отримати і й після закінчення врядування теперішньої адміністрації. Іншим іноваційним аспектом програми є чітке визначення різних ролей, що мають суспільство та уряд в прийнятті рішень з охорони здоров'я.</p>	<p>В1999 році Польща створила децентралізовану систему з 16 регіональними фондами страхування здоров'я. Однією з основних ідей, на яких ґрунтувалася система, було звільнення витрат на систему охорони здоров'я від політичних домовленостей та особистих преференцій. Цю мету не було досягнуто. Система зустріла ряд серйозних перешкод - брак регуляторного законодавчого підґрунтя, брак ресурсів, необхідних для функціонування системи тощо. Тому в квітні 2003 року, були прийняті закони для утворення Національного Фонду Здоров'я, підпорядкованого Міністерству охорони здоров'я, а отже відновлювали міністерську наглядову та управлінську роль в розподілі фінансів. Згідно нового законодавства: Реформи сектору охорони здоров'я Польщі потребували постійного супроводу з метою попередження їх нетривалої дії. Значного прогресу було досягнуто в розбудові партнерства між державним сектором охорони здоров'я та іншими секторами.</p>	<p>Словенія змінила підхід до посилення та оновлення первинної допомоги. Реформи останньої декади включали в себе впровадження концепції сімейної медицини, концепції яка була спочатку опробована, а після цього модифікована для відповідності ряду характеристик Словенської системи охорони здоров'я. Такий процес призвів до кращого розуміння ролі та завдань професіоналів системи охорони здоров'я, а також до пошуку заохочень для підвищення привабливості спеціальності лікаря загальної практики. Одним з ключових завдань, які необхідно вирішувати, це спосіб розробки ефективного зв'язку між первинною та вторинною/третинною медичною допомогою. За сучасних планів зменшення рівня госпіталізації, надія ресурсів вивільниться та буде розміщена для фінансування первинної допомоги, і що міжтериторіальні диспропорції можна буде врегулювати. Інноваційним кроком Міністерства охорони здоров'я стала спроба з'єднати виплати лікарям первинної ланки разом із скороченням листів очікування, підвищення ефективності системи направлень та впровадження профілактичних програм. Існування приватної первинної допомоги встановлює нові виклики - в основному щодо того, як скористатися перевагами конкуренції і як найкраще використовувати громадські державні заклади шляхом переведення їх у приватну власність.</p>	<p>З моменту набуття незалежності Україна для досягнення встановлених цілей послідовно створювала законодавчу базу, яка характеризується фрагментарністю та складністю з дублюваннями та нечітко визначеними лініями підвітності, що поєднується з недостатньою забезпеченістю ресурсами. Створення, що мали місце, не є сталими, оскільки не призводять до структурних претворень та не сприяють значному покращенню діючої системи. Також стає зрозумілим, що гострі проблеми в системі охорони здоров'я виникли через неефективність фінансування системи, її планування та регулювання</p>
---	---	---	--	--

* Складено автором за даними [68;83;89-92].

Додаток Щ

**Основні методи оплати первинної медичної допомоги
в країнах Західної Європи [81, с. 85]**

Країна	Метод оплати	Число лікарських відвідувань на душу населення в 1992	Необхідність направлення до спеціаліста від лікаря загальної практики	Співплатежі населення
Лікарі – незалежні контрактери				
Австрія	Гонорарний	5,1	Ні	20 % населення сплачує 10-20 % вартості окремих послуг
Бельгія	Гонорарний	8,0	Ні	Дрібні підприємці сплачують 100 % вартості послуг
Данія	28 % прибутку – подушний норматив, 63 % – гонорарний метод, 9 % – субсидії	4,4	Так	Немає
Франція	Гонорарний	6,3	Ні	25 %, включаючи додаткові рахунки
Німеччина	Гонорарний	12,8	Ні	Немає
Ірландія	Оплата за кожного хворого	6,6	Так	Немає – при низьких доходах
Італія	Диференційований подушний норматив	11,0	Так	Немає
Люксембург	Гонорарний	—	Немає	5 %
Нідерланди	Гонорарний	5,8	Так	Ні – при низьких доходах пацієнта
Швейцарія	Гонорарний	11,0	Ні	10%
Великобританія	Диференційований подушний норматив Гонорарний метод Цільові субсидії	5,8	Так	Немає
Лікарі – наймані працівники				
Фінляндія	Зарплата	3,3	Так	\$ 0,17 за візит
Греція	Зарплата	5,3	Ні	Немає
Норвегія	35 % – зарплата 65 % – гонорарний метод	—	Так	30 % за окремі послуги
Португалія	Зарплата	3,1	Так	Немає
Іспанія	Зарплата. Подушний норматив	6,2	Так	Немає
Швеція	Зарплата	3,0	Немає	\$6-\$9 за візит

Додаток Ю

Таблиця Ю 1.

Бюджет центру первинної медико-санітарної допомоги

Структурні підрозділи Елементи видатків за економічною класифікацією	Амбулаторія загальної практики № 1	Амбулаторія загальної практики № 2	...	Амбулаторія загальної практики № k	Разом у розрізі статей витрат
1. Оплата праці працівників	•	•	...	•	\sum_1^I
2. Нарахування на заробітну плату	•	•	...	•	\sum_2^I
3. Медикаменти та перев'язувальні матеріали	•	•	...	•	\sum_3^I
4. Продукти харчування	—	—	—	—	—
5. М'який інвентар та обмундирування	•	•	...	•	\sum_5^I
6. Предмети, матеріали, обладнання короткострокового користування	•	•	...	•	\sum_6^I
7. Оплата електроенергії	•	•	...	•	\sum_7^I
8. Оплата теплопостачання	•	•	...	•	\sum_8^I
9. Оплата водопостачання і водовідведення	•	•	...	•	\sum_9^I
10. Оплата природного газу	•	•	...	•	\sum_{10}^I
11. Оплата інших комунальних послуг	•	•	...	•	\sum_{11}^I
12. Оплата послуг зв'язку	•	•	...	•	\sum_{12}^I
13. Оплата транспортних послуг та утримання автотранспортних засобів	•	•	...	•	\sum_{13}^I
14. Видатки на відрядження	•	•	...	•	\sum_{14}^I
15. Ремонт будівель, обладнання та інвентарю	•	•	...	•	\sum_{15}^I
16. Обладнання і предмети довгострокового користування	•	•	...	•	\sum_{16}^I
17. Інші витрати	•	•	...	•	\sum_{17}^I
Разом по структурних підрозділах	\sum_{a1}^I	\sum_{a2}^I	...	\sum_{ak}^I	\sum^I

Продовження додатку Ю

Таблиця Ю 2.

Бюджет ланки консультативно-діагностичної допомоги

Елементи видатків за економічною класифікацією	Структурні підрозділи	Консультативне відділення	Діагностичне відділення	Разом у розрізі статей витрат
1. Оплата праці працівників		•	•	\sum_1''
2. Нарахування на заробітну плату		•	•	\sum_2''
3. Медикаменти та перев'язувальні матеріали		•	•	\sum_3''
4. Продукти харчування		—	—	—
5. М'який інвентар та обмундирування		•	•	\sum_5''
6. Предмети, матеріали, обладнання короткострокового користування		•	•	\sum_6''
7. Оплата електроенергії		•	•	\sum_7''
8. Оплата тепlopостачання		•	•	\sum_8''
9. Оплата водopостачання і водовідведення		•	•	\sum_9''
10. Оплата природного газу		•	•	\sum_{10}''
11. Оплата інших комунальних послуг		•	•	\sum_{11}''
12. Оплата послуг зв'язку		•	•	\sum_{12}''
13. Оплата транспортних послуг та утримання автотранспортних засобів		•	•	\sum_{13}''
14. Видатки на відрядження		•	•	\sum_{14}''
15. Ремонт будівель, обладнання та інвентарю		•	•	\sum_{15}''
16. Обладнання і предмети довгострокового користування		•	•	\sum_{16}''
17. Інші витрати		•	•	\sum_{17}''
Разом по структурних підрозділах		\sum_k''	\sum_o''	\sum''

Продовження додатку Ю

Таблиця Ю 3.

Бюджет ланки стаціонарної допомоги

Структурні підрозділи Елементи видатків за економічною класифікацією	Багатопрофіль на лікарня інтенсивного лікування	Лікарня планового лікування	Лікарня відновлювального лікування	Хоспіс	Інша установа, що надає стаціонарну вторинну допомогу	Разом у розрізі статей витрат
1. Оплата праці працівників	•	•	•	•	•	\sum_1^{III}
2. Нарахування на заробітну плату	•	•	•	•	•	\sum_2^{III}
3. Медикаменти та перев'язувальні матеріали	•	•	•	•	•	\sum_3^{III}
4. Продукти харчування	•	•	•	•	•	\sum_4^{III}
5. М'який інвентар та обмундирування	•	•	•	•	•	\sum_5^{III}
6. Предмети, матеріали, обладнання короткострокового користування	•	•	•	•	•	\sum_6^{III}
7. Оплата електроенергії	•	•	•	•	•	\sum_7^{III}
8. Оплата теплопостачання	•	•	•	•	•	\sum_8^{III}
9. Оплата водопостачання і водовідведення	•	•	•	•	•	\sum_9^{III}
10. Оплата природного газу	•	•	•	•	•	\sum_{10}^{III}
11. Оплата інших комунальних послуг	•	•	•	•	•	\sum_{11}^{III}
12. Оплата послуг зв'язку	•	•	•	•	•	\sum_{12}^{III}
13. Оплата транспортних послуг та утримання автотранспортних засобів	•	•	•	•	•	\sum_{13}^{III}
14. Видатки на відрядження	•	•	•	•	•	\sum_{14}^{III}
15. Ремонт будівель, обладнання та інвентарю	•	•	•	•	•	\sum_{15}^{III}
16. Обладнання і предмети довгострокового користування	•	•	•	•	•	\sum_{16}^{III}
17. Інші витрати	•	•	•	•	•	\sum_{17}^{III}
Разом по структур. підрозділах	\sum_I^{II}	\sum_{II}^{III}	\sum_{III}^{III}	\sum_{IV}^{III}	\sum_V^{III}	\sum^{III}

Таблиця Ю 4.

Бюджет центру екстреної медичної допомоги

Структурні підрозділи	Станція швидкої медичної допомоги № 1				Станція швидкої медичної допомоги № 1				Разом у розрізі статей витрат
	Підстанція № 1	Підстанція № 2	...	Підстанція № <i>t</i>	Підстанція № 1	Підстанція № 2	...	Підстанція № <i>l</i>	
1. Оплата праці працівників	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_1^{IV}
2. Нарахування на заробітну плату	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_2^{IV}
3. Медикаменти та перев'язувальні матеріали	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_3^{IV}
4. Продукти харчування	—	—		—	—	—		—	—
5. М'який інвентар, обмундирування	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_5^{IV}
6. Предмети, матеріали, обладнання короткострокового користування	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_6^{IV}
7. Оплата електроенергії	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_7^{IV}
8. Оплата теплопостачання	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_8^{IV}
9. Оплата водопостачання і водовідведення	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_9^{IV}
10. Оплата природного газу	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_{10}^{IV}
11. Оплата ін. комун. послуг	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_{11}^{IV}
12. Оплата послуг зв'язку	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_{12}^{IV}
13. Оплата транспортних послуг та утримання автотранспортних засобів	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_{13}^{IV}
14. Видатки на відрядження	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_{14}^{IV}
15. Ремонт будівель, обладнання та інвентарю	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_{15}^{IV}
16. Обладнання і предмети довгострокового користування	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_{16}^{IV}
17. Інші витрати	•	•	...	•	•	•	...	•	\sum_{17}^{IV}
Разом по структурних підр.	\sum_I^{IV}				\sum_{II}^{IV}				\sum^{IV}

Додаток Я

Методика нарахування витрат за статтями економічної класифікації
видатків

Стаття	Розрахунок (пояснення)
1. Оплата праці працівників	$ЗП = 12 \sum_{i=1}^I ПО_i \cdot C_i + \sum_{i=1}^I \sum_{l=1}^L Д_{il} \cdot ПО_i \cdot C_{il} \cdot П_{il} + \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J H_{ij} \cdot ПО_i \cdot C_{ij} \cdot П_{ij}$ $i = \overline{1, I}, l = \overline{1, L}, j = \overline{1, J},$ <p>$ПО_i$ – посадовий оклад працівника i-ої спеціалізації; C_i – кількість ставок заробітної плати персоналу i-ої спеціалізації; I – кількість видів спеціалізації персоналу; $Д_{il}$ – відсоток l-го виду доплати до основної заробітної плати персоналу i-ої спеціалізації; C_{il} – кількість ставок заробітної плати персоналу i-ої спеціалізації для яких передбачена l-та доплата; $П_{il}$ – період, за який встановлюється l-го виду доплата для персоналу i-ої спеціалізації; L – кількість видів доплат до основної заробітної плати персоналу; H_{ij} – відсоток j-го виду надбавки до основної заробітної плати персоналу i-ої спеціалізації; C_{ij} – кількість ставок заробітної плати персоналу i-ї спеціалізації для яких передбачена j-го виду надбавка; $П_{ij}$ – період, за який встановлюється j-го виду надбавка для персоналу i-ої спеціалізації; J – кількість видів надбавок до основної зар-ної плати персоналу.</p>
2. Нарухування на заробітну плату	$НЗП = ЗП \cdot \frac{Єсвн}{100}$ <p>$ЗП$ – витрати на оплату праці, $Єсвн$ – єдиний соціальний внесок на всі види обов'язкового державного соціального страхування, розмір (відсоткові ставки) і порядок сплати яких передбачаються чинним законодавством</p>
3. Медикаменти та перев'язувальні матеріали	$M_c = \sum_{k=1}^K \sum_{f=1}^F Ц_f \cdot H_{kf} \times L_k \cdot D_k, k = \overline{1, K}, f = \overline{1, F}$ <p>$Ц_f$ – ціна одиниці медикаменту та перев'язувального матеріалу f-го виду; H_{kf} – індивідуальна натуральна норма витрат f-го виду медикаменту та перев'язувального матеріалу на 1 хворого на день для ліжок k-ої спеціалізації; L_k – кількість ліжок k-ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я; D_k – кількість днів функціонування ліжка k-ої спеціалізації на рік; K – кількість видів спеціалізації ліжка; F – кількість видів медикаменту та перев'язувального матеріалу</p> <p>Для поліклінічного відділення розрахунок видатків на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів (M_n) буде наступним:</p> $M_n = \sum_{v=1}^V \sum_{f=1}^F Ц_f \cdot H_{vf} \times \frac{P_{dv} \cdot T_{dv}}{H_{qv}} \cdot C_{lv}, v = \overline{1, V}, f = \overline{1, F},$ <p>: $Ц_f$ – ціна одиниці медикаменту та перев'язувального матеріалу f-го виду; H_{vf} – індивідуальна натуральна норма витрат f-го медикаменту та перев'язувального матеріалу на 1 хворого на одне відвідування лікаря v-ої спеціальності; P_{dv} – кількість робочих днів лікаря v-ої спеціальності на рік; T_{dv} – тривалість робочого дня лікаря v-ої спеціальності (год); H_{qv} – норми витрат часу на прийом одного хворого для лікаря v-ої спеціальності (год); C_{lv} – кількість ставок лікаря v-ої спеціальності у поліклінічному відділенні; V – кількість видів спеціальності лікаря; F – кількість видів медикаментів та ерев.'язувальних матеріалів.</p>
4. Продукти харчування	$ПХ = \sum_{k=1}^K \sum_{n=1}^N Ц_n \cdot H_{kn} \times L_k \cdot D_k, k = \overline{1, K}, n = \overline{1, N}$ <p>$Ц_n$ – ціна одиниці продукту харчування n-го виду; H_{kn} – середньодобова натуральна норма витрат n-го виду продукту харчування на 1 хворого на день для ліжка k-ої спеціалізації; L_k – кількість ліжок k-ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я; D_k – кількість днів функціонування ліжка k-ої спеціалізації на рік; K – кількість видів спеціалізації ліжка; N – кількість видів продукту харчування.</p>

1	2
<p>5. М'який інвентар та обмундирування</p>	<p>- для стаціонарних відділень (MIOc):</p> $MIOc = \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{lk_{km}} \cdot L_k + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{m_{im}} \cdot C_i,$ $k = \overline{1, K}, m = \overline{1, M}, i = \overline{1, I};$ <p>- для поліклінічного (параклінічного) відділення (MIOн):</p> $MIOн = \sum_{s=1}^S \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{k_{sm}} \cdot K_{k_s} + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{m_{im}} \cdot C_i,$ $s = \overline{1, S}, m = \overline{1, M}, i = \overline{1, I},$ <p>Π_m – ціна одиниці м'якого інвентарю та обмундирування m-го виду; $H_{lk_{km}}$ – норматив забезпечення м'яким інвентарем та обмундируванням m-го виду на одне ліжко k-ої спеціалізації у натуральному виразі; L_k – кількість ліжок k-ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я; K – кількість видів спеціалізації ліжка; M – кількість видів м'якого інвентарю та обмундирування; $H_{m_{im}}$ – норматив забезпечення м'яким інвентарем та обмундируванням m-го виду на одну ставку персоналу i-ої спеціалізації; C_i – кількість ставок персоналу i-ої спеціалізації; I – кількість видів спеціалізації персоналу; $H_{k_{sm}}$ – норматив забезпечення м'яким інвентарем та обмундируванням m-го виду на один кабінет у поліклінічному (параклінічному) відділенні s-ої спеціалізації у натуральному виразі; K_{k_s} – кількість кабінетів s-ої спеціалізації у поліклінічному (параклінічному) відділенні закладу охорони здоров'я; S – кількість видів спеціалізації кабінетів.</p> <p>- для інших відділів (MIOу):</p> $MIOу = \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot K_m, m = \overline{1, M},$ <p>Π_m – ціна одиниці м'якого інвентарю та обмундирування m-го виду; K_m – кількість необхідних для відповідного відділу закладу охорони здоров'я м'якого інвентарю та обмундирування m-го виду; M – кількість видів м'якого інвентарю та обмундирування.</p> <p>Розрахунок витрат на м'який інвентар по кожній конкретній медичній послугі проводиться, виходячи із величини його зносу (фактичне списання по акту) незалежно від способу перенесення вартості, прийнятого відповідно із обліковою політикою закладу охорони здоров'я. Розмір зносу м'якого інвентарю та обмундирування пропонуємо визначати за формулою:</p> <p>- для стаціонарних відділень (Зс):</p> $Zc = \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{lk_{km}} \cdot L_k \cdot Z_r + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{m_{im}} \cdot C_i \cdot Z_r,$ $k = \overline{1, K}, m = \overline{1, M}, i = \overline{1, I};$ <p>- для поліклінічного (параклінічного) відділення (Зп):</p> $Zп = \sum_{s=1}^S \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{k_{sm}} \cdot K_{k_s} \cdot Z_r + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{m_{im}} \cdot C_i \cdot Z_r,$ $s = \overline{1, S}, m = \overline{1, M}, i = \overline{1, I};$ <p>- для інших відділів (Зу): $Zу = \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot K_m \cdot Z_r, m = \overline{1, M},$</p> <p>$Z_m$ – норма зносу м'якого інвентарю та обмундирування m-го виду на рік, %.</p>
<p>6. Предмети, матеріали, обладнання короткострокового користування</p>	$PMOK = \sum_{r=1}^R \Pi_r \cdot PMO_r, r = \overline{1, R}$ <p>Π_r – ціна одиниці r-го виду предметів, матеріалів та обладнання; PMO_r – кількість необхідних для функціональних відділень закладу охорони здоров'я предметів, матеріалів та обладнання r-го виду (згідно з нормативами); R – кількість видів предмету, матеріалу та обладнання коротк-ового користування</p>

Продовження додатку Я

1	2
7. Оплата електроенергії	$OEE = \left(\sum_{c=1}^C \text{ПОП}_c \cdot \text{Нее}_c + \sum_{b=1}^B \text{ПА}_b \cdot \text{ГРА}_b \right) \cdot \text{Цее}, c = \overline{1, C}, b = \overline{1, B}$ <p><i>ПОП_c</i> – площа освітлювальних приміщень <i>c</i>-го функціонального призначення, м²; <i>Нее_c</i> – натуральні норми витрат електроенергії на 1м² площі освітлювальних приміщень <i>c</i>-го функціонального призначення на рік, кВт; <i>C</i> – кількість видів освітлювальних приміщень за функціональним призначенням; <i>ПА_b</i> – потужність медичної апаратури <i>b</i>-го виду, кВт/год; <i>ГРА_b</i> – число годин роботи медичної апаратури <i>b</i>-го виду на рік, год; <i>B</i> – кількість видів медичної апаратури; <i>Цее</i> – тариф за 1 кВт електроенергії, грн.</p>
8. Оплата тепlopостачання	$OT = \text{ПП} \cdot \text{Нп} \cdot \text{ТОС} \cdot \text{Цп}$ <p><i>ПП</i> – площа опалювальних приміщень, м²; <i>Нп</i> – натуральні норми витрат палива (природного газу) на одиницю площі опалювального приміщення на рік, м³; <i>ТОС</i> – тривалість опалювального сезону в місяцях; <i>Цп</i> – тариф за одиницю (1м³) палива (природного газу) (в тариф за природний газ включається також тариф за його транспортування), грн..</p>
9. Оплата водопостачання і водовідведення	<p>- для стаціонарних відділень (ОВВс):</p> $\text{ОВВс} = \frac{\text{КХс} + \text{КПс}}{\text{КХ} + \text{КП}} \cdot (\text{ХВ} \cdot (\text{Цхв} + \text{Цвв}) + \text{ГВ} \cdot (\text{Цгв} + \text{Цвв})) ,$ <p>12. для інших центрів витрат (ОВВв):</p> $\text{ОВВв} = \frac{\text{КПв}}{\text{КП}} \cdot (\text{ХВ} \cdot (\text{Цхв} + \text{Цвв}) + \text{ГВ} \cdot (\text{Цгв} + \text{Цвв}))$ <p><i>КХс</i> – кількість хворих окремого стаціонарного відділення; <i>КХ</i> – кількість хворих, які перебувають у всіх стаціонарних відділеннях закладу охорони здоров'я; <i>КПс</i> – кількість персоналу окремого стаціонарного відділення; <i>КП</i> – загальна кількість персоналу закладу охорони здоров'я; <i>КПв</i> – кількість персоналу іншого функціонального відділення; <i>ХВ</i> – об'єм спожитої холодної води у закладі охорони здоров'я за рік (згідно з нормативами), м³; <i>ГВ</i> – об'єм спожитої гарячої води у закладі охорони здоров'я за рік (згідно з нормативами), м³; <i>Цхв</i> – тариф за 1м³ холодної води, грн.; <i>Цгв</i> – тариф за 1м³ гарячої води, грн.; <i>Цвв</i> – тариф за 1м³ водовідведення, грн..</p>
10. Оплата природного газу	$\text{ОПГ} = \sum_{k=1}^K \text{Л}_k \cdot \text{Д}_k \times \text{Цг} \cdot \text{Нг}, k = \overline{1, K}$ <p><i>Цг</i> – тариф за 1м³ природного газу (з урахуванням тарифу за його транспортування); <i>Нг</i> – норма витрат природного газу для приготування їжі на 1 хворого на день; <i>Л_k</i> – кількість ліжок <i>k</i>-ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я; <i>Д_k</i> – кількість днів функціонування ліжка <i>k</i>-ої спеціалізації на рік; <i>K</i> – кількість видів спеціалізації ліжка</p>
11. Оплата інших комунальних послуг	$\text{ОКП} = \sum_{g=1}^G \text{КП}_g \cdot \text{Н}_g, g = \overline{1, G},$ <p><i>Н_g</i> – норма витрат на оплату комунальних послуг <i>g</i>-го виду у вартісному виразі, рн.; <i>КП_g</i> – кількість необхідних для закладу охорони здоров'я комунальних послуг (згідно з нормативами) <i>g</i>-го виду; <i>G</i> – кількість видів комунальних послуг</p>
12. Оплата послуг зв'язку	$\text{ОПЗ} = \text{ЗТР} + \text{I} + \text{ВЗ}$ <p><i>ЗТР</i> – оплата зовнішніх телефонних розмов, грн.; <i>I</i> – оплата за користування електронною мережею Інтернет, грн.; <i>ВЗ</i> – витрати на обслуговування внутрішнього зв'язку, грн</p>

Продовження додатку Я

1	2
13. Оплата транспортних послуг і утримання автотransпортних засобів	$ГЗ = \sum_{t=1}^T \sum_{p=1}^P ПММ_{tp} \cdot \Pi_t \cdot A_t \cdot Ц_{пмм_p} + \sum_{t=1}^T \sum_{h=1}^H Пр_{th} \cdot A_t + \sum_{z=1}^Z ЗЧ_z \cdot Ц_{зч_z} + IB,$ $t = \overline{1, T}, p = \overline{1, P}, h = \overline{1, H}, z = \overline{1, Z},$ <p>$ПММ_{tp}$ – норма витрат необхідного паливо-мастильного матеріалу p-го виду для t-го автотransпортного засобу в натуральному виразі; Π_t – плановий пробіг t-го автотransпортного засобу на рік, тис.км; A_t – кількість автотransпортних засобів t-го виду; $Ц_{пмм_p}$ – ціна одиниці паливо-мастильного матеріалу p-го виду, грн; P – кількість видів паливо-мастильного матеріалу; T – кількість видів автотransпортного засобу; $Пр_{th}$ – витрати на поточний ремонт h-го виду для t-го автотransпортного засобу, грн; H – кількість видів поточного ремонту; $ЗЧ_z$ – запасні частини z-го виду; $Ц_{зч_z}$ – ціна запасних частин z-го виду; Z – кількість видів запасних частин; IB – сума інших витрат (на техогляд, страхування, реєстрацію в ДАІ, податок з власників транспортних засобів).</p>
14. Видатки на відрядження	$ВВ = \sum_{u=1}^U (T_u \cdot (Доб + Кв) + Пр_u), u = \overline{1, U},$ <p>T_u – тривалість u-го відрядження, дні; $Доб$ – оплата добових, грн; $Кв$ – оплата квартирних, грн; $Пр_u$ – оплата за проїзд по u-му відрядженню, грн; U – запланована кількість службових відряджень за рік</p>
15. Ремонт будівель, обладнання та інвентарю	$РБОІ = \sum_{w=1}^W ВРБ_w \cdot ПП + ВРО \cdot БВО, w = \overline{1, W}$ <p>$ВРБ_w$ – витрати w-го виду на ремонт будівель (згідно з нормативами), грн; $ПП$ – площа будівель, у яких здійснюється ремонт, м²; W – кількість видів витрат на ремонт будівель; $ВРО$ – відсоток витрат на ремонт обладнання та інвентарю (згідно з нормативами), %; $БВО$ – балансова вартість обладнання та інвентарю, грн.</p>
16. Обладнання і предмети довгострокового користування	$ОПд = \sum_{x=1}^X Ц_x \cdot ОП_{д_x}, x = \overline{1, X}$ <p>$Ц_x$ – ціна одиниці обладнання та предметів довгострокового користування x-го виду; $ОП_{д_x}$ – кількість необхідного для функціональних відділень закладу охорони здоров'я обладнання та предметів довгострокового користування x-го виду (згідно з нормативами); X – кількість видів обладнання та предметів довгострокового користування</p> <p>Розмір амортизаційних відрахувань (AB) доцільно визначати за формулою:</p> $AB = \sum_{x=1}^X БВ_x \cdot НА_x, x = \overline{1, X},$ <p>$БВ_x$ – балансова вартість x-го виду обладнання та предметів довгострокового користування з урахуванням їх придбання, продажу, проведення капітального ремонту, модернізації, ліквідації, індексації; $НА_x$ – річна норма амортизації для x-го виду обладнання та предметів довгострокового користування, %.</p>
17. Інші витрати	У процесі діяльності заклади охорони здоров'я можуть здійснювати, крім вищерозглянутих, і інші витрати, специфіка розрахунку яких залежить від виду таких витрат