



РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ: ПЕРСПЕК- ТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ГЛО- БАЛЬНОГО БЮДЖЕТУ

Зоряна ЛОБОДИНА

Розглянуто переваги та недоліки різних методів оплати стаціонарної допомоги, проаналізовано метод глобального бюджету як основний механізм оплати медичних послуг дитячих лікарняних закладів та обґрунтовано доцільність його використання в Україні. Розроблено пропозиції щодо реорганізації постатейного бюджету у глобальний на основі розрахунку матриці статей витрат закладу охорони здоров'я дітей.

The advantages and lacks of different methods of stationary help payment are considered. The method of global budget as a basic mechanism of payment for medical services at children hospital establishments is analysed, and the expedience of its use in Ukraine is proved. The suggestions as to budget reorganization into global one by expense items matrix calculation of children health care establishment are given.

Проведення політичних та соціально-економічних реформ в Україні в контексті переходу до ринкових відносин не призвело до адекватних новим умовам перетворень у закладах охорони здоров'я дітей, які продовжують здійснювати свою діяльність за принципами адміністративно-командної економіки, що й стало однією з основних причин неефективної їх управлінської діяльності та фінансової розбалансованості.

Головною запорукою належного функціонування медичних закладів є забезпечення сталого та достатнього за обсягами фінансування. Проте, як свідчить світовий досвід, системи охорони здоров'я різних країн більшою чи меншою мірою зустрічаються з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. Зважаючи на соціальну значущість медицини та відповідні зобов'язання держав перед своїми громадянами, уряди змушені шукати та застосовувати різноманітні заходи, спрямовані на покращення фінансового забезпечення цієї галузі в основному шляхом більш ефек-

тивного використання обмежених фінансових ресурсів.

Виходячи з наведених міркувань, на наш погляд, одним із найважливіших пріоритетів у стратегії забезпечення ефективного розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей повинна стати зміна методів оплати медичних послуг.

Дослідженням механізму фінансування первинної медико-санітарної та стаціонарної медичної допомоги присвячені праці Бескида Й., Василика О., Войцехівського В., Галайди В., Карпишин Н., Кириленко О., Лакізи-Савчук Н., Лехан В., Малагардіса А., Радь І., Рудого В., Семьонова В., Черненко В., Тулай О., Юрія С. та інших зарубіжних і вітчизняних науковців. Проте, недостатньо розробленими залишаються практичні підходи до реалізації стратегії реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей.

З огляду на вищесказане, спробуємо охарактеризувати переваги та недоліки різних методів фінансування стаціонарної допомоги;

проаналізувати метод глобального бюджету як основний механізм оплати медичних послуг дитячих лікарняних закладів та обґрунтувати доцільність його використання в Україні; окреслити пропозиції щодо реорганізації постатейного бюджету в глобальний на основі розрахунку матриці статей витрат закладу охорони здоров'я дітей.

Оптимальна система оплати медичних послуг передбачає одночасне досягнення таких цілей: ефективне використання ресурсів, забезпечення доступної і якісної медичної допомоги, свобода вибору для пацієнта, професійна незалежність лікаря, профілактична спрямованість охорони здоров'я [6, 322]. Проте, в жодній країні світу не існує ідеального методу оплати медичних послуг, тому кожна держава будує власну модель фінансування закладів охорони здоров'я дітей.

Одним із найдорожчих видів медичної допомоги дітям є стаціонарна, підвищення обсягів якої зумовлює значне зростання витрат на охорону здоров'я. Саме тому в процесі реформування цієї галузі, на наш погляд, особливу увагу доцільно приділяти питанням оплати стаціонарної допомоги та намагатися розробити таку систему, щоб перемістити надання максимально можливих медичних послуг на амбулаторний рівень.

До середини ХХ ст. у більшості зарубіжних країн лікарняні заклади традиційно фінансувалися на основі постатейного бюджету, що затверджувався централізовано. При цьому, центральний фінансовий орган встановлював не лише загальний бюджет закладів охорони здоров'я, але й зобов'язував їх витратити кошти лише за визначеними ним статтями кошторису. Зазначений порядок закріплювався законодавством, що значно обмежувало чи взагалі не надавало жодних можливостей медичним закладам для перерозподілу ресурсів між напрямками витрат у залежності від пріоритетності потреб.

Цей підхід має переваги в тому, що забезпечує головну роль фінансуючої установи, яка визначає та контролює вхідні витрати. Також він може бути зручним інструментом забезпечення медичних працівників постійною

роботою. Проте, як справедливо зазначають А. Малагардіс та В. Рудий, кошторисне фінансування має багато явних недоліків, зокрема:

1. Погана гнучкість – не дозволяє змінювати відносну вартість вхідних ресурсів упродовж року чи з року в рік.

2. Стимули – не надає медичним працівникам та менеджерам медичних закладів жодних мотивацій щодо покращення їх діяльності та результатів лікування.

3. Баланс на кінець року – існує “протилежає мотивування” витратити весь призначений бюджет, оскільки немає можливості заощадити позитивний залишок на наступний бюджетний рік [6, 24].

З огляду на вищезазначене, на початку 60–70-х років ХХ ст. у більшості європейських країн відбувся перехід від постатейного бюджетування до інших форм фінансування послуг охорони здоров'я.

Актуальним зазначений процес є і для України, оскільки дитячі лікарняні заклади продовжують фінансуватися на основі кошторисів у залежності від їх потужності (ліжкового фонду), а не обсягу та якості наданих медичних послуг. Фактично фінансові ресурси, що виділяються з бюджетів, орієнтовані не на покращення здоров'я дітей, а на утримання медичних закладів, насамперед стаціонарних, при цьому не приділяється належна увага розвитку мережі первинної медико-санітарної допомоги, що призводить до погіршення якості, доступності та подорожчання медичних послуг дітям. Тому, враховуючи вище перелічені недоліки сучасного екстенсивного розвитку системи охорони здоров'я дітей, нарізла необхідність реформування діючого механізму фінансування медичних послуг закладів зазначеної галузі в Україні.

Оплата медичних послуг дитячих лікарняних закладів може здійснюватися за допомогою наступних методів:

а) ретроспективної оплати – витрати відшкодовуються за фактично наданий обсяг послуг (оплата за проведений ліжко-день; за окремі медичні послуги; пролікованого хворого згідно з тарифами, побудованими на

основі клініко-статистичних груп або медико-економічних стандартів);

б) проспективної оплати – відшкодовується не фактичний, а заздалегідь узгоджений сумісно з фінансуючою стороною і надавачем послуг обсяг медичної допомоги (кошторисне фінансування, глобальний бюджет) (таблиця 1).

Для оцінки методів оплати стаціонарної медичної допомоги дітям можна використовуються такі критерії як зацікавленість у: скороченні термінів госпіталізації; стримуванні витрат; максимально ефективному використанні наявних ресурсів; скороченні невикористовуваних потужностей та кадрового потенціалу [6, 330].

Таблиця 1

Порівняльна характеристика методів оплати стаціонарної медичної допомоги*

Переваги	Недоліки
Кошторисне фінансування (постатейний бюджет)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Наперед передбачувані витрати. 2. Мінімальні адміністративні витрати. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів. 2. Неможливість повного контролю за приписуваннями. 3. Намагання медичних працівників направити пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я та інших спеціалістів. 4. Недостатньо інформації для поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надається. 5. Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам.
Оплата за проведений ліжко-день	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Невеликі адміністративні витрати. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників ефективно використовувати ресурси. 2. Обсяг фінансування непередбачуваний.
Оплата за окремі медичні послуги	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові. 2. Дозволяє зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. У медичних працівників немає стимулів ефективно використовувати ресурси. 2. Пацієнтам можуть надаватися непотрібні послуги. 3. Обсяг фінансування непередбачуваний. 4. Значні адміністративні витрати через необхідність обробки великого обсягу інформації.
Оплата за пролікованого хворого	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Невеликий обсяг адміністративних витрат. 2. Медичні працівники зацікавлені у скороченні термінів лікування. 3. В певній мірі передбачувані витрати. 4. Відсутність стимулів у лікарів для гіпердіагностики. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам. 2. З'являються стимули у лікарів маніпулювати діагнозами для віднесення пацієнтів до високо вартісних груп оплати. 3. Можлива відмова важкохворим, лікування яких буде обходитися дорожче, ніж передбачено тарифами. 4. Недостатньо інформації для детального аналізу структури медичної допомоги, що надається.
Глобальний бюджет	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Наперед передбачувані та обмежені витрати. 2. Більш просте і дешеве управління. 3. Мінімальні адміністративні витрати. 4. Фінансова стабільність та відсутність напруги, характерної для умов постатейного бюджетування. 5. Покращення координації та планування послуг і відмова від надання тих послуг, що не є необхідними. 6. Децентралізація та місцева автономія щодо використання ресурсів системи охорони здоров'я. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Можливі випадки зменшення обсягів та якості наданих медичних послуг окремим пацієнтам. 2. Лікарі не зацікавлені в скороченні термінів лікування. 3. Можуть бути відсутні стимули у медичних працівників для інтенсифікації праці та конкуренції.

* Складено автором за [5, 25; 6, 340].

Досвід зарубіжних країн свідчить, що застосування ретроспективних методів оплати стаціонарної допомоги не забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів та здатне лише посилити проблему структурних диспропорцій у системі надання медичних послуг. Стаціонари отримують могутні економічні стимули до нарощування обсягу робіт (через скорочення термінів лікування та збільшення кількості госпіталізацій), що провокує зростання загальних витрат на надання стаціонарної допомоги.

За цих умов актуальним є вибір проспективних методів, серед яких вище переліченим критеріям найбільше відповідає модель глобального бюджету – спосіб оплати стаціонарної допомоги, при якому внаслідок переговорів заклад охорони здоров'я отримує від фінансуючої сторони під узгоджений обсяг медичних послуг відповідно до стандартів їх якості фіксований річний бюджет, розмір якого не залежить від ресурсних показників та потужності медичного закладу. На сучасному етапі більшість країн світу (Англія, Франція, Данія, Німеччина, Ірландія, Італія, Нідерланди, Норвегія, Швеція та інші) схиляються до використання саме зазначеного методу оплати медичних послуг лікарняних закладів.

Фінансування за методом глобального бюджету належить до найбільш результативних інструментів стимулювання лікарень до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги [3, 99] та сприяє ефективному використанню фінансових ресурсів для забезпечення досягнення цілей замовника. Жорсткість вимог фінансуючої сторони до обґрунтованості госпіталізацій формує у стаціонарів мотивації до об'єктивної оцінки направлень поліклінік, відмови від випадків, що не потребують госпіталізації, створення стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги (денних стаціонарів, амбулаторної хірургії), пошуку шляхів кооперації з поліклінічними службами аж до створення власних підрозділів амбулаторного прийому. Відсутність прив'язки фінансування до кількості ліжок дозволяє лікарняним закладам самостійно скорочувати і перепрофільо-

увати ліжковий фонд під тиском економічних стимулів при мінімізації адміністративного впливу [4, 5].

Основною метою (і перевагою) глобального бюджету є контроль витрат в межах загальної суми, що виділяється на певну програму, види послуг чи окремому закладу охорони здоров'я. Проте, бюджети можуть деталізуватись для забезпечення більш гнучкого використання фінансових ресурсів. Це заохочує постачальників медичних послуг до запровадження певних шаблонів (протоколів) надання допомоги та включення мотивуючих регуляторів: винагороди за якісну та ефективну діяльність, застосування належної медичної практики та штрафних санкцій в разі неналежного виконання роботи.

Формування глобального бюджету здійснюється фінансовою установою ("замовником") на основі принципу рівності, який передбачає складання бюджету, виходячи з еквівалентної кількості витрат на лікування для одиниці охопленого населення (з врахуванням демографічних, епідеміологічних та соціально-економічних факторів, що впливають на попит в галузі охорони здоров'я) в умовах обмеженості наявних фінансових ресурсів. В процесі планування та практичної реалізації глобального бюджету доцільно враховувати переваги та недоліки зазначеного методу оплати стаціонарної допомоги, щоб запобігти фінансуванню тих пунктів (видів послуг), які не входять до програми державних гарантій забезпечення населення безоплатною медичною допомогою та не повинні відшкодуватись за рахунок бюджетних коштів.

Глобальний бюджет є загальним лімітом витрат медичного закладу, тому, виходячи із ціни медичної послуги, він визначає обсяг послуг, що повинні бути надані населенню. Якщо провайдер зменшить ціну вихідної одиниці послуг, то загальний обсяг медичних послуг, що надаються за рахунок бюджету, зросте, і навпаки – при зростанні ціни загальний обсяг медичних послуг скоротиться. Це пояснює формула глобального бюджету:

$$\text{Глобальний бюджет} = \text{Ціна одиниці медичної послуги} \times \text{Обсяг медичних послуг}$$

Враховуючи те, що бюджет є фіксованою сумою, а витрати треба стримувати в межах відведеного бюджету, при зміні ціни має бути пропорційно відкоригований й загальний обсяг послуг, що надаються за рахунок цього бюджету. Тому дані, які дозволяють встановити обсяг та ціну медичних послуг, є необхідними для обчислення глобального бюджету.

Планування обсягу і структури медичних послуг дітям, які надаються виключно клінічними відділеннями закладу, здійснюється на основі аналізу його роботи за попередній рік з урахуванням можливостей скорочення частки випадків, що не вимагають госпіталізації, та тривалості перебування хворого у стаціонарі. Після цього з метою реальної оцінки медичних послуг, що будуть профінансовані замовником, визначається вартість зазначених послуг.

Для розрахунку вартості медичних послуг їх доцільно класифікувати за спеціальностями, підрозділи закладу охорони здоров'я дітей поділяти на основні і допоміжні, а витрати – на прямі і непрямі.

До основних підрозділів медичного закладу відносяться профільні відділення стаціонарів, відділення (кабінети) поліклінік, діагностичні центри, параклінічні відділення, в яких пацієнтам надаються медичні послуги. До допоміжних підрозділів належать загальнолікарняні служби, котрі забезпечують діяльність лікувально-діагностичних відділень (адміністрація, відділ кадрів, бухгалтерія, кабінет медичної статистики, реєстратура, аптека, стерилізаційна, господарські служби та ін.) [1, 78].

Виходячи з вищевикладеного, основними функціональними центрами витрат закладу охорони здоров'я дітей будуть:

- клінічні відділення: стаціонарні (хірургічне, терапевтичне, пульмонологічне та ін.), поліклінічне та параклінічне;
- служби підтримки: харчування, ремонт, транспорт, енергетичне забезпечення, прибирання;
- управління.

Стаціонарні, поліклінічні та параклінічні відділення в системі обліку витрат закладу охорони здоров'я дітей є кінцевими центрами

витрат, оскільки вони безпосередньо надають медичні послуги пацієнтам. Служби забезпечення називаються вихідними чи посередницькими центрами витрат, оскільки вони виробляють послуги переважно для кінцевих центрів витрат.

При визначенні вартості медичних послуг, на думку В. Галайди, доцільно використовувати такі принципи:

- Розрахунок складових собівартості медичної послуги – вираженої у грошовій формі вартості поточних витрат закладу охорони здоров'я, пов'язаних із наданням лікувально-діагностичних, профілактичних, оздоровчих, реабілітаційних та інших видів медичних послуг населенню. В основу визначення собівартості медичної послуги має бути покладено розрахунок собівартості медичної процедури, витрат на стаціонарне лікування окремих нозологічних одиниць, сумарних витрат підрозділів закладу охорони здоров'я та загальних затрат усього медичного закладу.

- Чіткий розподіл затрат на прямі (основні) та непрямі (накладні), змінні та умовно-постійні, поточні та одноразові [2].

На основі дослідження зарубіжної та вітчизняної практики калькулювання витрат закладу охорони здоров'я дітей ми пропонуємо згрупувати та розрахувати їх у розрізі функціональних підрозділів таким чином:

1. Оплата праці працівників закладу охорони здоров'я дітей встановлюється в розрізі груп персоналу (лікарі, середній та молодший медичний персонал, адміністративно-управлінський та обслуговуючий персонал) і включає:

- основну заробітну плату, яка розраховується, виходячи із кількості ставок та посадових окладів для певної групи персоналу;
- доплати за суміщення професій, роботи в нічний час, науковий ступінь та інші доплати, які встановлюються у відсотках від посадового окладу працівника;
- надбавки за тривалість безперервної роботи, почесні звання, знання та використання у роботі іноземної мови, за

високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість у роботі, інші надбавки, які визначаються у відсотках від посадового окладу працівника.

Оскільки кожен окремий член колективу працює в одному із підрозділів закладу охорони здоров'я дітей, витрати на оплату праці персоналу та нарахування на неї доцільно обліковувати в розрізі функціональних центрів витрат.

Річний фонд заробітної плати ($ЗП$) розраховується за формулою:

$$ЗП = 12 \sum_{i=1}^I PO_i \cdot C_i + \sum_{i=1}^I \sum_{l=1}^L D_{il} \cdot PO_i \cdot C_{il} \cdot \Pi_{il} + \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J H_{ij} \cdot PO_i \cdot C_{ij} \cdot \Pi_{ij}$$

$$i = \overline{1, I}, \quad l = \overline{1, L}, \quad j = \overline{1, J},$$

де: PO_i – посадовий оклад працівника i -ої спеціалізації; C_i – кількість ставок заробітної плати персоналу i -ої спеціалізації; I – кількість видів спеціалізації персоналу; D_{il} – відсоток l -го виду доплати до основної заробітної плати персоналу i -ої спеціалізації; C_{il} – кількість ставок заробітної плати персоналу i -ої спеціалізації для яких передбачена l -та доплата; Π_{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; Π_{ij} – період, за який встановлюється j -го виду надбавка для персоналу i -ої спеціалізації; J – кількість видів надбавок до основної заробітної плати персоналу.

2. Нарахування на заробітну плату працівників закладу охорони здоров'я дітей ($НЗП$) – це витрати на оплату збору на обов'язкове державне пенсійне страхування ($Зпс$) та зборів на всі види обов'язкового соціального страхування ($Зсс$), розмір (відсоткові ставки) і порядок сплати яких передбачаються чинним законодавством і розраховуються за формулою:

$$НЗП = ЗП \cdot \frac{Зпс + Зсс}{100}$$

В умовах реорганізації постатейного бюджету закладу охорони здоров'я дітей у глобальний, визначення витрат, не пов'язаних із заробітною платою, залежатиме від наявних даних фінансового обліку. Організація обліку витрат на рівні функціональних підрозділів, на наш погляд, дозволить сформувати глобальний бюджет відділень та підвищити ефективність використання фінансових ресурсів, що надходять у їх розпорядження.

3. У зарубіжній та вітчизняній практиці фінансового планування відомі три варіанти розрахунку витрат за статтями “Медикаменти та перев'язувальні матеріали” і “Продукти харчування”: за фактичними затратами; за розрахунковими вартісними нормами; за натуральними нормами витратків [6, 417–421].

На наш погляд, найоптимальнішим є третій спосіб розрахунку, який базується на використанні встановлених норм витратків окремих медикаментів (продуктів харчування) на 1 хворого на день в розрізі ліжок різної спеціалізації та ціни на них. Цей спосіб дає можливість найповніше врахувати потребу хворих у медикаментах і продуктах харчування.

З огляду на це, розмір витратків на медикаменти та перев'язувальні матеріали для стаціонарних відділень ($Мс$) (із ліжками різної спеціалізації) можна визначити за формулою:

$$Мс = \sum_{k=1}^K \sum_{f=1}^F C_f \cdot H_{c_{kf}} \times L_k \cdot D_k,$$

$$k = \overline{1, K}, \quad f = \overline{1, F},$$

де: C_f – ціна одиниці медикаменту та перев'язувального матеріалу f -го виду; $H_{c_{kf}}$ – індивідуальна натуральна норма витрат f -го виду медикаменту та перев'язувального матеріалу на 1 хворого на день для ліжок k -ої спеціалізації; L_k – кількість ліжок k -ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я дітей; D_k – кількість днів функціонування ліжка k -ої спеціалізації на рік; K – кількість видів спеціалізації ліжка; F – кількість видів медикаменту та перев'язувального матеріалу.

Для поліклінічного відділення обсяг витратків на придбання медикаментів і

перев'язувальних матеріалів (Mn) розраховується за формулою:

$$Mn = \sum_{v=1}^V \sum_{f=1}^F \Pi_f \cdot H_{n_{vf}} \times \frac{P\partial_v \cdot T\partial_v}{H\chi_v} \cdot C_{л},$$

$$v = \overline{1, V}, \quad f = \overline{1, F},$$

де: Π_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; $P\partial_v$ – кількість робочих днів лікаря v -ої спеціальності на рік; $T\partial_v$ – тривалість робочого дня лікаря v -ої спеціальності (год); $H\chi_v$ – норми витрат часу на прийом одного хворого для лікаря v -ої спеціальності (год); $C_{лv}$ – кількість ставок лікаря v -ої спеціальності у поліклінічному відділенні; V – кількість видів спеціальності лікаря; F – кількість видів медикаментів та перев'язувальних матеріалів.

4. Витрати на придбання продуктів харчування (ΠX) для стаціонарних відділень закладу охорони здоров'я дітей розраховуються за формулою:

$$\Pi X = \sum_{k=1}^K \sum_{n=1}^N \Pi_n \cdot H_{kn} \times L_k \cdot D_k,$$

$$k = \overline{1, K}, \quad n = \overline{1, N},$$

де: Π_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 дітей; D_k – кількість днів функціонування ліжка k -ої спеціалізації на рік; K – кількість видів спеціалізації ліжка; N – кількість видів продукту харчування.

5. Витрати за статтю "М'який інвентар і обмундирування" можна визначати: за фактичними затратами; за вартісними нормами на придбання м'якого інвентарю; за натуральними нормами забезпечення закладу охорони здоров'я м'яким інвентарем. Найбільш оптимальним, на наш погляд, є останній спосіб

розрахунку, оскільки він передбачає стовідсоткове забезпечення реальної потреби в вищезазначених засобах функціональних відділень.

Виходячи з вищевикладеного, видатки на придбання м'якого інвентарю та обмундирування визначаються за формулою:

- для стаціонарних відділень ($MIOC$):

$$MIOC = \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{l_{km}} \cdot L_k + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{m_{im}} \cdot C_i,$$

$$k = \overline{1, K}, \quad m = \overline{1, M}, \quad i = \overline{1, I},$$

- для поліклінічного (параклінічного) відділення ($MIOn$):

$$MIOn = \sum_{s=1}^S \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{k_{sm}} \cdot K_{k_s} + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{m_{im}} \cdot C_i,$$

$$s = \overline{1, S}, \quad m = \overline{1, M}, \quad i = \overline{1, I},$$

де: Π_m – ціна одиниці м'якого інвентарю та обмундирування m -го виду; $H_{l_{km}}$ – 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 дітей; 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 дітей; S – кількість видів спеціалізації кабінетів.

- для інших відділів ($MIOu$):

$$MIOu = \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot K_m, \quad m = \overline{1, M},$$

де: Π_m – ціна одиниці м'якого інвентарю та обмундирування m -го виду; K_m – кількість необхідних для відповідного відділу закладу

охорони здоров'я дітей м'якого інвентарю та обмундирування m -го виду; M – кількість видів м'якого інвентарю та обмундирування.

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 дітей. Розмір зносу м'якого інвентарю та обмундирування пропонуємо визначати за формулою:

- для стаціонарних відділень ($3c$):

$$3c = \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M U_m \cdot H_{k,m} \cdot L_k \cdot Z_m + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M U_m \cdot H_{i,m} \cdot C_i \cdot Z_m,$$

$$k = \overline{1, K}, \quad m = \overline{1, M}, \quad i = \overline{1, I},$$

- для поліклінічного (параклінічного) відділення ($3n$):

$$3n = \sum_{s=1}^S \sum_{m=1}^M U_m \cdot H_{s,m} \cdot K_{s,m} \cdot Z_m + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M U_m \cdot H_{i,m} \cdot C_i \cdot Z_m,$$

$$s = \overline{1, S}, \quad m = \overline{1, M}, \quad i = \overline{1, I},$$

- для інших відділів ($3y$):

$$3y = \sum_{m=1}^M U_m \cdot K_m \cdot Z_m, \quad m = \overline{1, M},$$

де: Z_m – норма зносу м'якого інвентарю та обмундирування m -го виду на рік, %.

6. Однією з найвагоміших і найбільш динамічних статей витрат закладу охорони здоров'я дітей є "Придбання предметів, матеріалів та обладнання короткострокового користування" (ПМОк), яку доцільно розраховувати із врахуванням нормативів забезпеченості відділень зазначеними активами:

$$ПМОк = \sum_{r=1}^R U_r \cdot ПМО_r, \quad r = \overline{1, R},$$

де: U_r – ціна одиниці r -го виду предметів, матеріалів та обладнання; $ПМО_r$ – кількість необхідних для функціональних відділень закладу охорони здоров'я дітей предметів, матеріалів та обладнання r -го виду (згідно з нормативами); R – кількість видів предмету, матеріалу та обладнання короткострокового користування.

7. Розмір витрат на оплату електроенергії (OEE) залежить від площі освітлювальних приміщень, їх функціонального призначення, кількості годин природного освітлення, потужності й терміну використання апаратури, діючих норм й тарифів та визначається за формулою:

$$OEE = \left(\sum_{c=1}^C ПОП_c \cdot H_{ee_c} + \sum_{b=1}^B ПA_b \cdot ГРА_b \right) \cdot Ц_{ee},$$

$$c = \overline{1, C}, \quad b = \overline{1, B},$$

де: $ПОП_c$ – площа освітлювальних приміщень c -го функціонального призначення, м²; H_{ee_c} – натуральні норми витрат електроенергії на 1 м² площі освітлювальних приміщень c -го функціонального призначення на рік, кВт; C – кількість видів освітлювальних приміщень за функціональним призначенням; $ПА_b$ – потужність медичної апаратури b -го виду, кВт/год; $ГРА_b$ – кількість годин роботи медичної апаратури b -го виду на рік, год; B – кількість видів медичної апаратури; $Ц_{ee}$ – тариф за 1 кВт електроенергії, грн.

8. Витрати на оплату теплопостачання (природного газу) (OT) залежать від норм витрат палива, площі опалювальних приміщень, тривалості опалювального сезону, тарифів на паливо (природний газ) та розраховуються за формулою:

$$OT = ПП \cdot Hn \cdot ТОС \cdot Цn,$$

де: $ПП$ – площа опалювальних приміщень, м²; Hn – натуральні норми витрат палива (природного газу) на одиницю площі опалювального приміщення на рік, м³; $ТОС$ – тривалість опалювального сезону в місяцях; $Цn$ – тариф за одиницю (1 м³) палива (природного газу) (в тариф за природний газ включається також тариф за його транспортування), грн.

9. Витрати на оплату водопостачання та водовідведення функціональних відділень закладу охорони здоров'я дітей залежать від кількості персоналу, пролікованих хворих, тарифів на оплату, які ми пропонуємо взяти за основу при розподілі зазначених витрат між центрами витрат:

- для стаціонарних відділень ($OBBc$):

$$OBBC = \frac{KXc + K\Pi c}{KX + K\Pi} \cdot (XB \cdot (Цxв + Цвв) + GB \cdot (Цzв + Цvv)),$$

для інших центрів витрат (OBV):

$$OBV = \frac{K\Pi v}{K\Pi} \cdot (XB \cdot (Цxв + Цвв) + GB \cdot (Цzв + Цvv)),$$

де: KXc – кількість хворих окремого стаціонарного відділення; KX – кількість хворих, які перебувають у всіх стаціонарних відділеннях закладу охорони здоров'я дітей; $K\Pi c$ – кількість персоналу окремого стаціонарного відділення; $K\Pi$ – загальна кількість персоналу закладу охорони здоров'я дітей; $K\Pi v$ – кількість персоналу іншого функціонального відділення; XB – об'єм спожитої холодної води у закладі охорони здоров'я дітей за рік (згідно з нормативами), м³; GB – об'єм спожитої гарячої води у закладі охорони здоров'я дітей за рік (згідно з нормативами), м³; $Цxв$ – тариф за 1 м³ холодної води, грн; $Цzв$ – тариф за 1 м³ гарячої води, грн; $Цvv$ – тариф за 1 м³ водовідведення, грн.

10. Витрати на оплату природного газу (OПГ) для приготування їжі визначаються за формулою:

$$OПГ = \sum_{k=1}^K J_k \cdot D_k \times Цz \cdot H_z,$$

$$k = \overline{1, K},$$

де: $Цz$ – тариф за 1 м³ природного газу (із врахуванням тарифу за його транспортування); H_z – норма витрат природного газу для приготування їжі на 1 хворого на день; J_k – кількість ліжок k -ої спеціалізації у відповідному стаціонарному відділенні закладу охорони здоров'я дітей; D_k – кількість днів функціонування ліжка k -ої спеціалізації на рік; K – кількість видів спеціалізації ліжка.

11. Витрати на оплату інших комунальних послуг (OKП) визначаються:

$$OKП = \sum_{g=1}^G K\Pi_g \cdot H_g, \quad g = \overline{1, G},$$

де: H_g – норма витрат на оплату комунальних послуг g -го виду у вартісному виразі, грн; $K\Pi_g$ – кількість необхідних для закладу охорони здоров'я дітей комунальних послуг (згідно

з нормативами) g -го виду; G – кількість видів комунальних послуг.

12. Розмір витрат на оплату послуг зв'язку (OПЗ) розраховується:

$$OПЗ = ЗTP + I + BЗ,$$

де: $ЗTP$ – оплата зовнішніх телефонних розмов, грн; I – оплата за користування електронною мережею Інтернет, грн; $BЗ$ – витрати на обслуговування внутрішнього зв'язку, грн.

13. Витрати на утримання автотранспортних засобів і оплату транспортних послуг (ТЗ) визначаються за формулою:

$$TЗ = \sum_{t=1}^T \sum_{p=1}^P ПММ_{tp} \cdot \Pi_t \cdot A_t \cdot Цпмм_p +$$

$$\sum_{t=1}^T \sum_{h=1}^H \Pi p_{th} \cdot A_t + \sum_{z=1}^Z ЗЧ_z \cdot Цзч_z + IB$$

$$t = \overline{1, T}, \quad p = \overline{1, P}, \quad h = \overline{1, H}, \quad z = \overline{1, Z},$$

де: $ПММ_p$ – норма витрат необхідного паливо-мастильного матеріалу p -го виду для t -го автотранспортного засобу в натуральному виразі; Π_t – плановий пробіг t -го автотранспортного засобу на рік, тис.км; A_t – кількість автотранспортних засобів t -го виду; $Цпмм_p$ – ціна одиниці паливо-мастильного матеріалу p -го виду, грн; P – кількість видів паливо-мастильного матеріалу; T – кількість видів автотранспортного засобу; Πp_{th} – витрати на поточний ремонт h -го виду для t -го автотранспортного засобу, грн; H – кількість видів поточного ремонту; $ЗЧ_z$ – запасні частини z -го виду; $Цзч_z$ – ціна запасних частин z -го виду; Z – кількість видів запасних частин; IB – сума інших витрат (на техогляд, страхування, реєстрацію в ДАІ, податок з власників транспортних засобів).

14. Видатки на відрядження (ВВ) розраховуються:

$$ВВ = \sum_{u=1}^U (T_u \cdot (Доб + Кв) + Пp_u),$$

$$u = \overline{1, U},$$

де: T_u – тривалість u -го відрядження, дні; $Доб$ – оплата добових, грн; $Кв$ – оплата квартирних, грн; $Пp_u$ – оплата за проїзд по u -му відрядженню, грн; U – запланована кількість службових відряджень за рік.

15. Обсяг видатків на ремонт будівель, обладнання та інвентаря (*РБОІ*) визначається за формулою:

$$РБОІ = \sum_{w=1}^W ВРБ_w \cdot ПП + ВРО \cdot БВО,$$

$w = \overline{1, W}$,

де: $ВРБ_w$ – 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 інвентаря (згідно з нормативами), %; $БВО$ – балансова вартість обладнання та інвентаря, грн.

16. У закладах охорони здоров'я дітей стаття витрат «Придбання обладнання і предметів довгострокового користування» (*ОПд*) включає суму коштів, необхідних для купівлі зазначених активів і розраховується так:

$$ОПд = \sum_{x=1}^X Ц_x \cdot ОПд_x, \quad x = \overline{1, X},$$

де: $Ц_x$ – ціна одиниці обладнання та предметів довгострокового користування x -го виду; $ОП_x$ – кількість необхідного для функціональних відділень закладу охорони здоров'я дітей обладнання та предметів довгострокового користування x -го виду (згідно з нормативами); X – кількість видів обладнання та предметів довгострокового користування.

Однак у такому розмірі затрати по зазначеній статті не можуть включатися у ціну медичної послуги, тому що обладнання використовується кілька років і свою вартість у тарифи на медичні послуги переносить поступово. Оскільки в сучасних умовах бюджетні заклади охорони здоров'я дітей розраховують знос, а не амортизацію основних засобів, що ускладнює фінансування процесу оновлення зношеного обладнання, пропонуємо визначати амортизаційні відрахування на реально функціонуючі основні засоби, проводити періодичну їх переоцінку з урахуванням інфляції та постійного подорожчання. Це дозволить забезпечити заміну застарілого обладнання за рахунок коштів, що надходять як плата за на-

дані медичні послуги відповідним відділенням медичного закладу.

Виходячи з вище викладеного, розмір амортизаційних відрахувань (*АВ*) доцільно визначати за формулою:

$$АВ = \sum_{x=1}^X БВ_x \cdot НА_x, \quad x = \overline{1, X},$$

де: $БВ_x$ – 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, %.

17. У процесі здійснення своєї діяльності заклади охорони здоров'я дітей можуть здійснювати, крім вищезрозглянутих, і інші витрати, специфіка розрахунку яких залежить від виду таких витрат.

Завершальним етапом процедури визначення основних статей витрат функціональних підрозділів закладу охорони здоров'я дітей буде побудова матриці статей витрат глобального бюджету даного медичного закладу (таблиця 2).

За допомогою матриці можна подати наглядний розрахунок та аналіз обсягів витрат у розрізі окремих статей як закладу охорони здоров'я дітей в цілому, так і окремих його підрозділів. Окрім того, за побудованою таблицею швидко визначається розмір прямих (витрати клінічних відділень) та непрямих витрат (витрати служб підтримки і управління). Для розрахунку собівартості медичної послуги останні доцільно розподілити між клінічними підрозділами, безпосередньо залученими до надання медичних послуг дітям, за допомогою методу багатостороннього розподілу. Розподіл непрямих витрат здійснюється між кінцевими центрами витрат закладу охорони здоров'я і дозволяє враховувати послуги, які підрозділи закладу охорони здоров'я "надають самі собі" для забезпечення функціонування один одного.

Отже, результати проведеного аналізу методів оплати медичних послуг дозволяють

Таблиця 2
Матриця статей витрат глобального бюджету закладу охорони здоров'я дітей в розрізі функціональних центрів витрат*

Статті витрат	Функціональні центри витрат											Разом витрат в розрізі статей					
	КЛІНІЧНІ ВІДДІЛЕННЯ					СЛУЖБИ ПІДТРИМКИ											
	Стационарні відділення			Поліклінічне відділення		Параклінічне відділення		Харчування	Ремонт	Транспорт	Енергетичне забезпечення		Прибирання	УПРАВЛІННЯ			
	Терапевтичне	Хірургічного профілю	Психоневрологічне	Інші	Поліклінічне	Параклінічне											
1. Оплата праці працівників	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Нарахування на заробітну плату	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Медикаменти та перев'язувальні матеріали	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Продукти харчування	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. М'який інвентар та обмундирування	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Предмети, матеріали, обладнання короткострокового користування	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Оплата електроенергії	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8. Оплата тепlopостачання	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Оплата водopостачання і водовідведення	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10. Оплата природного газу	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
11. Оплата інших комунальних послуг	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
12. Оплата послуг зв'язку	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
13. Оплата транспортних послуг та утримання автотранспортних засобів	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
14. Видатки на відрядження	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
15. Ремонт будівель, обладнання та інвентарю	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
16. Обладнання і предмети довгострокового користування	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
17. Інші витрати	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Разом витрат по функціональних центрах	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	<i>Прямі витрати</i>					<i>Непрямі витрати</i>						■					
	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

* Розроблено автором

Умовні позначення:

■ – наявність відповідної статті витрат глобального бюджету у функціональному центрі витрат закладу охорони здоров'я дітей;

■ – загальна сума витрат по конкретному функціональному центрі витрат (по вертикалі) та конкретній статті витрат глобального бюджету (по горизонталі) закладу охорони здоров'я дітей.

дійти висновку, що модель глобального бюджету належить до найефективніших інструментів стимулювання дитячих лікарняних закладів у досягненні оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги та, як підтверджує світовий досвід, дозволяє наблизити темпи росту витрат на охорону здоров'я до темпів росту ВВП.

Література

1. Бутова В. Г., Ковальський В. Л., Манашеров Т. О. *Предпринимательская деятельность медицинских организаций: Практическое руководство.* – Москва: Издательский Дом "STBOOK", 2006. – 239 с.

2. Галайда В. *Методи визначення витрат надавачів медичних послуг в Україні.* – Режим доступу: <http://www.healthfin.kiev.ua>.

3. Лехан В. М., Лакіза-Савчук Н. М., Войцехівський В. М. та ін. *Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні.* – К.: Сфера, 2001. – 174 с.

4. Лехан В. М. *Нові механізми оплати медичних послуг та умови їх запровадження // Сімейний лікар.* – 2005. – Вересень. – С. 5.

5. Малагардіс А., Рудий В. *Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях: Посібник № 7 / Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні".* – К., 2006. – 61 с.

6. Семенов В. Ю. *Економіка здравоохранения: Учеб. пособ.* – Москва: МЦФЭР, 2004. – 656 с.