

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

ЛОБОДИНА ЗОРЯНА МИКОЛАЇВНА

УДК 336.13

ФІНАНСОВІ РЕСУРСИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Спеціальність 08.00.08 – гроші, фінанси і кредит

Дисертація

на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук

Науковий керівник

доктор економічних наук, професор

Андрущенко Володимир Леонідович

ТЕРНОПІЛЬ – 2009

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ	12
1.1. Концептуалізація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей	12
1.2. Організаційні та нормативно-правові засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей	33
Висновки до розділу 1	57
РОЗДІЛ 2. ПРАГМАТИКА І ПРОБЛЕМАТИКА УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ	60
2.1. Оцінка методів управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей	60
2.2. Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей	73
2.3. Закономірності та тенденції розподілу і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей	96
Висновки до розділу 2	116
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ	119
3.1. Шляхи вдосконалення формування, розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей	119
3.2. Автономізація постачальників медичних послуг дітям та перспективи запровадження контрактних відносин у галузь охорони здоров'я	134
3.3. Реформування механізму оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей	147
Висновки до розділу 3	170
ВИСНОВКИ	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	179
ДОДАТКИ	197

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АМНУ – Академія медичних наук України

АР Крим – Автономна Республіка Крим

ВВП – валовий внутрішній продукт

ВНП – валовий національний продукт

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВРУ – Верховна Рада України

ЄС – Європейський Союз

КЕКВ – код економічної класифікації видатків

КМУ – Кабінет Міністрів України

КСГ – клініко-статистичні групи

КФКВ – код функціональної класифікації видатків

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

ОЕСР – Організація економічного співробітництва та розвитку

ОМС – обов'язкове медичне страхування

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

ЦМС – Центр медичної статистики

ВСТУП

Актуальність теми. Одна з найгостріших соціальних проблем у сучасній Україні – це незадовільний стан здоров'я дітей, що характеризується підвищенням рівня їхньої захворюваності, інвалідності і смертності немовлят. З огляду на це, розроблення та реалізація заходів щодо поліпшення здоров'я дитячого населення, від якого залежить формування трудового та інтелектуального потенціалу нашої країни, визнані пріоритетним напрямом державної політики охорони здоров'я.

Визначальним чинником забезпечення дітей доступними та високоякісними медичними послугами і запорукою належного функціонування закладів охорони здоров'я є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Проте, незважаючи на зростання обсягів фінансування охорони здоров'я, ситуація в галузі суттєво не покращується, а законодавчо задекларована безоплатна медична допомога замінюється платною. Наслідком цього є обмеження доступу дітей до медичних послуг, неповна реалізація їхнього права на охорону здоров'я. Отже, необхідність реформування управлінських та економічних засад вітчизняної системи охорони здоров'я і зміни її відповідно до сучасних запитів суспільства не викликає сумнівів.

Тим часом основні концептуальні підходи до вдосконалення функціонування медичного сектору й досі залишаються дискусійними, а намічені стратегічні плани – не реалізованими. Така невизначеність у майбутньому галузі не сприяє розв'язанню проблем підвищення якості та доступності медичних послуг дітям, поліпшенню їхнього здоров'я, зниженню рівня захворюваності й смертності, тому загрожує національній безпеці України та потребує негайного вирішення.

Викладене вище актуалізує дослідження теоретичних засад і практики формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей, визначення пріоритетних напрямів реформування управління фінансами зазначених медичних інституцій.

В Україні дослідженню теоретичних і практичних аспектів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я присвячені праці В. Андрущенко, О. Василика, В. Войцехівського, В. Галайди, Д. Карамішева, Н. Карпишин, О. Кириленко, С. Кондратюка, Н. Лакізи-Савчук, В. Лехан, С. Михайленко, В. Опаріна, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудого, Г. Трілленберг, О. Тулай, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін.

Однак у наукових працях згаданих учених недостатньо уваги приділено вирішенню проблем комплексного підходу до фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, а щодо закладів охорони здоров'я дітей, то в Україні практично не проводились дослідження з проблем управління їхніми фінансовими ресурсами. Вищевказане зумовило вибір теми дисертаційної роботи, її актуальність, теоретичну і практичну важливість.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є складовою частиною науково-дослідних робіт кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету згідно з планом науково-дослідної роботи за темами: „Удосконалення фінансових відносин в умовах становлення економіки ринкового типу” (державний реєстраційний номер 0101U002355), „Фінансова політика в стратегії соціально-економічного розвитку України” (державний реєстраційний номер 0105U000861), у межах яких здобувачем запропоновано комплекс заходів для вдосконалення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційного дослідження є наукове обґрунтування теоретичних і прикладних засад формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей і визначення шляхів удосконалення управління фінансовими ресурсами зазначених інституцій.

Реалізація визначеної мети зумовила необхідність вирішення таких завдань:

- розглянути наукові підходи до трактування сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей;
- з'ясувати організаційні та нормативно-правові засади управління

фінансовими ресурсами медичних закладів;

- визначити методи управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей;
- провести моніторинг фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей та джерел їхнього формування;
- оцінити діючу практику розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей;
- сформулювати найважливіші напрямки вдосконалення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей;
- обґрунтувати необхідність автономізації постачальників медичних послуг дітям та запровадження контрактних відносин у галузь охорони здоров'я;
- окреслити підходи до реформування механізму оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей.

Об'єкт дослідження – формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах ринкової економіки.

Предмет дослідження – фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей.

Теоретичною основою дисертації є фундаментальні положення світової економічної та фінансової наук, наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених, в яких висвітлені проблеми державних фінансів.

Методологічною основою дослідження є діалектичний метод наукового пізнання та системний підхід до вивчення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей.

Методи дослідження. У процесі написання дисертаційної роботи застосовано прийоми індукції і дедукції, аналізу й синтезу, економіко-математичні, статистичні методи. При обґрунтуванні категорійно-понятійного апарату використано метод наукових абстракцій і аналогій. Економіко-статистичний аналіз, методи узагальнення, порівняння, спостереження та історичний метод застосовано у процесі дослідження практики і проблематики управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей. У роботі широко використовувався графічний метод для наочного ілюстрування досліджуваних

явищ і процесів.

Інформаційно-нормативною базою дисертації є законодавчі та нормативно-правові акти України, законопроекти, дані Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, матеріали Державного комітету статистики України, річні фінансові звіти Головних фінансових управлінь обласних державних адміністрацій Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей, фінансові звіти закладів охорони здоров'я дітей Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у комплексному дослідженні проблем формування і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей та обґрунтуванні стратегічних векторів реформування управління ними.

Найвагоміші результати дисертаційної роботи, що містять наукову новизну, полягають у такому:

вперше:

– виокремлено як фінансово-економічне явище та сформульовано на основі матриці видатків концептуальне поняття видатків функціональних підрозділів медичного закладу з урахуванням специфіки охорони здоров'я дітей, що дає змогу визначити розміри прямих і непрямих витрат, видатки окремого структурного підрозділу, розмір окремого елемента видатків за економічною класифікацією медичного закладу та слугуватиме основою для розрахунку собівартості медичної послуги.

удосконалено:

– трактування поняття „фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей”, яке запропоновано розглядати як грошові кошти у фондovій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я дітей для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг дітям. Такий підхід, на відміну від існуючих, акцентує увагу не лише на джерелах формування, а й на формі існування і напрямках використання фінансових ресурсів;

– класифікацію фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я за такими критеріями: способом формування; джерелами формування; методами надходження; напрямками використання; характером діяльності; формами фінансового забезпечення, що дає змогу розширити інформаційну базу для забезпечення ефективного управління фінансами зазначених медичних інституцій;

– засади фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей шляхом: відображення під окремим кодом у бюджетній класифікації видатків на їхнє утримання, що дає змогу контролювати грошові потоки у процесі діяльності зазначених закладів; планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів окремо на дитяче та доросле населення і забезпечення оптимальної частки видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я з місцевого бюджету, що дасть змогу спрямувати фінансові ресурси, призначені для охорони здоров'я дітей, на фінансування закладів, які її забезпечують.

дістало подальший розвиток:

– підходи до управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я щодо законодавчого врегулювання належності права на управління діяльністю комунальних медичних закладів до власних чи делегованих державою повноважень органів місцевого самоврядування для забезпечення децентралізації та відповідальності за фінансування закладів охорони здоров'я;

– порядок визначення часткової оплати населення за медичні послуги дітям (послуги підвищеної комфортності, витрати на госпіталізацію понад встановлений нормативами термін лікування), базований на відшкодуванні хворими частини витрат за лікування з урахуванням надходження фінансових ресурсів до закладу охорони здоров'я з бюджету та інших джерел, що дасть змогу диверсифікувати джерела фінансових ресурсів.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що сформульовані в дисертації висновки та пропозиції можуть бути використані для вдосконалення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я

дітей у сучасних умовах.

Рекомендації щодо порядку розрахунку видатків закладу охорони здоров'я дітей за допомогою матриці видатків у розрізі функціональних підрозділів медичного закладу впроваджені в практичну діяльність Міністерства охорони здоров'я України (довідка № 156 від 05.06.2008 р.). Пропозиції щодо відображення під окремим кодом у бюджетній класифікації видатків на заклади охорони здоров'я дітей взяті до впровадження Головним фінансовим управлінням Вінницької обласної державної адміністрації (довідка № 129-13 від 8.05.2008 р.). Рекомендації щодо доцільності скасування законодавчої заборони бюджетним установам здійснювати запозичення внесені до складу пропозицій Головного фінансового управління Тернопільської обласної державної адміністрації щодо внесення змін до Бюджетного кодексу України (довідка № 186-07 від 15.05.2008 р.). Запропонований автором алгоритм розрахунку величини часткової оплати за медичні послуги застосовано в роботі управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації (довідка № 115-3 від 13.05.2008 р.). Пропозиції щодо доцільності фінансування з районного бюджету сільських, селищних та міських районного значення закладів охорони здоров'я враховані у практичній роботі Гусятинської районної державної адміністрації (довідка № 01-546/01-17 від 06.05.2008 р.). Окремі положення дисертаційного дослідження впроваджені у навчальний процес Тернопільського національного економічного університету при викладанні дисциплін „Фінанси”, „Бюджетний менеджмент”, „Бюджетна система” (довідка № 126-24/864 від 14.05.2008 р.) та Львівської державної фінансової академії при викладанні курсів „Бюджетний менеджмент”, „Бюджетна система” (довідка № 01-13/576 від 30.05.2008 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є одноосібно виконаною науковою працею, в якій досліджено теоретичні та практичні засади формування, розподілу й використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей у контексті світового і вітчизняного досвіду. Наукові дослідження, розробки, висновки та пропозиції, винесені на захист, одержані автором самостійно.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дисертаційного

дослідження доповідались та обговорювались на: Міжнародній науковій конференції „Розвиток підприємницької діяльності в Україні: історія та сьогодення” (м. Тернопіль, 2004 р.), Міжнародних науково-практичних конференціях „Динаміка наукових досліджень – 2004” (м. Дніпропетровськ, 2004 р.), „Фінансові механізми активізації підприємництва в Україні” (м. Львів, 2004 р.), „Науковий потенціал світу – 2004” (м. Дніпропетровськ, 2004 р.), „Дні науки – 2006” (м. Дніпропетровськ, 2006 р.), „Передові наукові розробки – 2006” (м. Дніпропетровськ, 2006 р.), „Фінансові ресурси регіону: організація та управління” (м. Івано-Франківськ, 2006 р.), „Образование и наука без границ – 2006” (м. Дніпропетровськ, 2006 р.), „Современные научные достижения – 2007” (м. Дніпропетровськ, 2007 р.), „Особливості фінансово-бюджетного регулювання соціально-економічного розвитку регіону” (м. Чернівці, 2007 р.), „Формування єдиного наукового простору Європи та завдання економічної науки” (м. Тернопіль, 2007 р.), „Інноваційний розвиток економіки і фінансів України в умовах глобалізації” (м. Хмельницький, 2008 р.); Міжнародних науково-практичних конференціях молодих вчених „Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації” (м. Тернопіль, 2007 – 2008 рр.); Міжнародній науково-практичній конференції аспірантів і студентів „Проблеми розвитку фінансової системи України в умовах глобалізації” (м. Сімферополь, 2008 р.); Всеукраїнських науково-практичних конференціях вчених, викладачів та практичних працівників „Розвиток фінансової системи України в умовах ринкових трансформацій” (м. Вінниця, 2004 р., 2006 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції „Теорія та практика ринкових перетворень: економічний та соціальний контекст” (м. Вінниця, 2008 р.); наукових конференціях професорсько-викладацького складу „Економічні, правові, інформаційні та гуманітарні проблеми розвитку України в постстабілізаційний період” (м. Тернопіль, 2006 – 2008 рр.); науковій конференції „Проблеми розвитку фінансової системи України на сучасному етапі” (м. Тернопіль, 2008 р.); наукових семінарах кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету.

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи опубліковано в 33 одноосібних наукових працях загальним обсягом 9,62 друк. арк., з них – 12 статей у наукових фахових виданнях обсягом 5,65 друк. арк., 21 публікація – у збірниках наукових праць за матеріалами конференцій (3,97 друк. арк.).

Структура і обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел зі 163 найменувань на 18 сторінках та 24 додатків, що містяться на 59 сторінках. Загальний обсяг роботи становить 196 сторінок. Подано 15 таблиць на 17 сторінках і 28 рисунків на 28 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

1.1. Концептуалізація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей

У всіх країнах, що володіють великим економічним і науково-культурним потенціалом, здоров'я людей – вища соціальна цінність, а його охорона є важливим напрямом діяльності держави і суспільства та інтегральним показником успішності функціонування державних інституцій.

Як зазначено в Законі України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801–ХІІ (стаття 3, 4 та 12), „охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя”, „охорона здоров'я – один із пріоритетних напрямків державної діяльності”, „...один з головних чинників виживання та розвитку народу України [30, с.60]”. Всесвітня організація охорони здоров'я, наголошуючи на індивідуальній та суспільній значимості здоров'я, його впливі на стан національної безпеки країни, розглядає охорону здоров'я як „сукупність взаємозалежних заходів, що сприяють зміцненню здоров'я і проводяться вдома, у навчальних закладах, на робочих місцях, у громадських місцях, у громадах, у фізичному і психосоціальному оточенні, а також у секторі охорони здоров'я і зв'язаних з ним секторах [18, с.15]”.

Підставою для обґрунтування зростаючої ролі держави у фінансовому забезпеченні та регулюванні галузі охорони здоров'я є:

– неспроможність ринкових механізмів протистояти негативним зовнішнім екстерналіям (ефектам), існуванням інформаційної асиметрії на користь постачальників медичних послуг (теорія відмови функціонування ринку – Дж. Е. Стігліц, П. Самуельсон, Ш. Бланкарт);

– частковою приналежністю охорони здоров'я до суспільних благ, які характерні неподільністю, відсутністю властивостей виключення, суперництва при споживанні (теорія суспільних благ – У. Маццола, К. Вікселль, Дж. Б'юкенен, Р. Масгрейв);

– трактування здоров'я людини як головної цінності суспільства та основи його економічного зростання, а витрат на охорону здоров'я – одного із видів інвестицій у „людський капітал” (теорія людського капіталу та концепція „інвестицій у людину” – Г. Беккер, Л. Туроу, К. Макконелл, К. Уінслоу);

– потреба суспільства, яке в умовах демократії визначає пріоритети державної політики охорони здоров'я (теорія суспільного вибору – Дж. Б'юкенен, Дж. Бреннан, Д. Мюллер, Р. Вагнер) [2].

Охорона здоров'я характеризується такими особливостями, які відносять медичні послуги до суспільних благ: споживання медичних послуг одним індивідумом не зменшує доступність цих послуг для інших людей; надання медичних послуг приносить користь третім особам; інші члени суспільства не виключаються із процесу споживання [149, с.26]. При цьому виникає ситуація, коли споживачі медичних послуг оплачують одночасно з послугами, що отримують, ще й надання цих послуг третім особам. Але не всі медичні послуги можуть бути віднесені до суспільних благ. Велика їх частина індивідуальна і оплачується безпосередньо споживачем. Все це вимагає особливого підходу до управління фінансами галузі охорони здоров'я.

Підсумовуючи наведені аргументи, можна стверджувати, що охорона здоров'я є важливим соціальним компонентом держави загального добробуту, визначальною складовою її соціальної політики, яка покликана забезпечити доступність медичної допомоги для всіх членів суспільства незалежно від рівня їх доходів.

Одним із пріоритетів державної політики охорони здоров'я є розробка та реалізація заходів для покращення здоров'я дітей, від рівня якого великою мірою залежить формування майбутнього трудового та інтелектуального потенціалу України. Особливої актуальності дане питання набуває в умовах постійного

погіршення здоров'я дітей та зростання їхньої смертності. Моніторинг показників здоров'я цієї вікової категорії населення свідчить, що протягом 2000–2007 рр. спостерігалася негативна тенденція зростання захворюваності дітей (уперше виявлені хвороби) – на 10,5% та поширеності хвороб (усі хвороби) – на 15,9%. Дані показники найвищі порівняно із захворюваністю та поширеністю хвороб серед інших груп населення України (рис. 1.1).

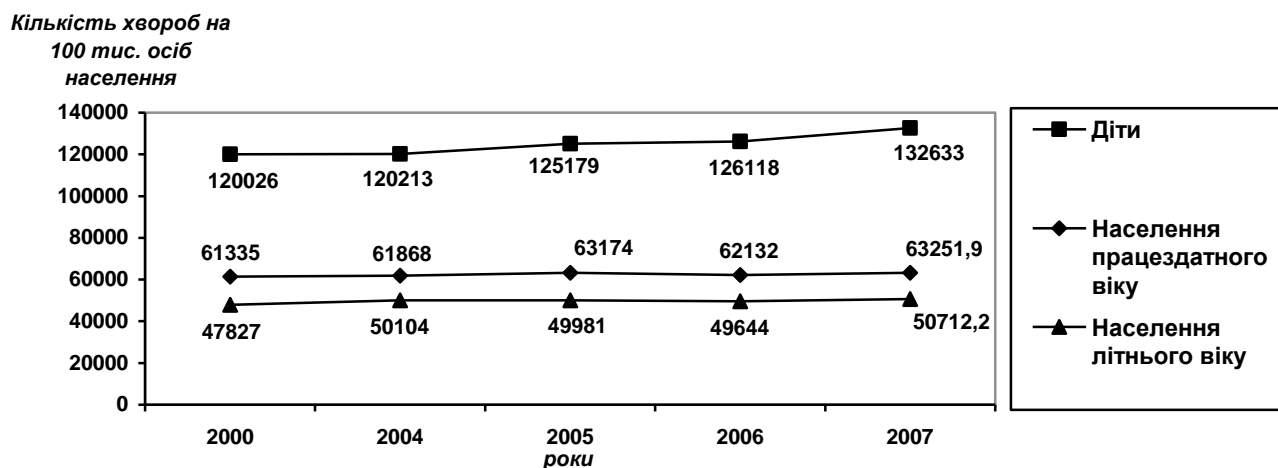


Рис. 1.1. Динаміка захворюваності (на 100 тис. осіб населення) різних груп населення України у 2000р, 2004–2007 рр.*

Відновилась тенденція підвищення рівня смертності немовлят. Протягом 1996–2004 рр. смертність дітей віком до року знижувалась, а в 2007 р. зафіксовано її підвищення на 17,2% порівняно з 2004 р. Зазначений показник в Україні (11,1 на 1000 народжених живими) є дуже високим і майже у 2,5 раза перевищує аналогічний показник Європейського Союзу (4,5) (додаток А.1 та А.2). Таким чином, аналіз стану здоров'я дітей свідчить про необхідність постійної підвищеної уваги до проблем дитячого населення та перенесення пріоритетів у фінансуванні саме на заклади, які забезпечують збереження та відновлення їхнього здоров'я.

Зклади системи Міністерства охорони здоров'я України, які надають медичні послуги дітям, пропонуємо згрупувати за класифікаційними ознаками, що сприятиме чіткішому розмежуванню фінансових ресурсів, які надходять у їх

* Складено на основі даних Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України за 2000р, 2004–2007рр.

розпорядження, та оцінці ефективності використання обмежених коштів:

- за формами власності: державні, комунальні, приватні;
- за територіальною ознакою: міські, районні, обласні, республіканські (Автономної Республіки Крим), державні (загальнодержавного значення і підпорядкування).
- за формами надання медичної допомоги: платні, безоплатні, частково платні.
- за характером діяльності: лікарняні, амбулаторно-поліклінічні, санаторно-курортні, медико-соціального захисту.
- залежно від рівня надання медичної допомоги: заклади первинного рівня (первинна медико-санітарна допомога), заклади вторинного рівня (спеціалізована медико-санітарна допомога), заклади третинного рівня (високоспеціалізована медико-санітарна допомога).
- за специфікою організації діяльності (рис. 1.2): амбулаторії загальної практики – сімейної медицини; фельдшерсько-акушерські пункти; дитячі відділення при районних, міських лікарнях; дитячі консультації (кабінети) при районних, міських поліклініках; дитячі лікарні (республіканська, обласна, районна, міська); дитячі спеціалізовані лікарні; дитячі диспансери; дитячі медичні центри; дитячі поліклініки (обласна, районна, міська); санаторно-курортні та фізкультурно-оздоровчі заклади; будинки дитини; науково-дослідні установи та інші.

Заклади охорони здоров'я дітей належать до закладів системи МОЗ України і створюються для надання медичних послуг тільки населенню віком від 0 до 17 років. Сюди відносяться дитячі багатопрофільні та спеціалізовані лікарняні заклади, дитячі амбулаторно-поліклінічні заклади, будинки дитини, дитячі санаторно-курортні та фізкультурно-оздоровчі заклади.

У діючій законодавчій базі України відсутнє трактування поняття „заклад охорони здоров'я дітей”, хоча в багатьох правових актах, юридичній та медичній термінології широко вживаними є поняття „дитяча лікарня”, „дитяча поліклініка”, „дитячий лікувально-профілактичний заклад”, „дитячий санаторій”, „дитячий

медичний заклад” та ін.

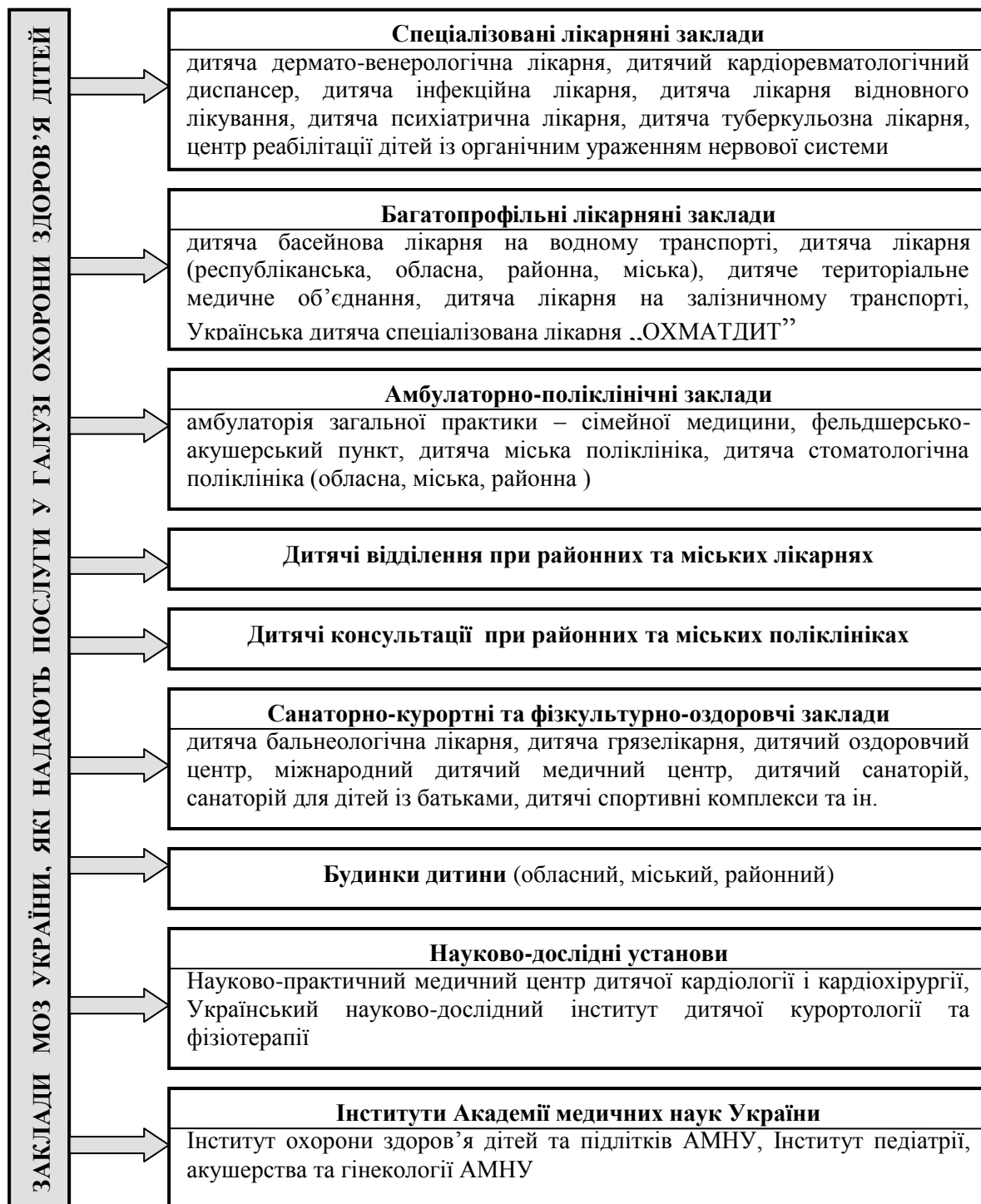


Рис. 1.2. Система закладів МОЗ України, які надають послуги у галузі охорони здоров'я дітей*.

Згідно із положеннями наказу МОЗ України „Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я” від

* Складено автором на основі [83].

28.10.2002 р. № 385 дитяча лікарня, дитяча поліклініка, дитячий санаторій включені у групу „Лікувально-профілактичні заклади” [83], назва „дитячий медичний заклад” у зазначеному документі взагалі не зустрічається. Крім того, зважаючи на наявність окремої групи закладів медико-соціального захисту, до яких належать будинки дитини, поняття „дитячі лікувально-профілактичні заклади” не охоплює всіх груп закладів, які надають медичну допомогу виключно дітям.

Враховуючи викладене, у переліку закладів охорони здоров'я доцільно, на наш погляд, виокремити групу „Зклади охорони здоров'я дітей”, яка б охоплювала дитячі лікарняні заклади, дитячі амбулаторно-поліклінічні заклади, дитячі санаторно-курортні заклади і заклади медико-соціального захисту дітей, та відобразити під окремим кодом у бюджетній класифікації видатки на їх утримання. Це дало б змогу контролювати грошові потоки та ефективність витрачання бюджетних коштів у процесі діяльності закладів охорони здоров'я дітей.

Таким чином, заклад охорони здоров'я дітей трактуємо як інституцію (організацію) будь-якої форми власності, основною діяльністю котрої є надання медичних послуг дітям (населенню віком від 0 до 17 років).

Реалізація функцій, покладених на заклади охорони здоров'я дітей, неможлива без надійної фінансової бази та ефективного управління нею. Зазначений процес охоплює розробку та реалізацію системи управлінських рішень щодо порядку формування, розподілу й раціонального використання фінансових ресурсів медичних закладів і потребує чіткої термінологічної визначеності дефініції „фінансові ресурси”.

Велику увагу дослідженню поняття „фінансові ресурси” приділяли ще радянські економісти, котрі трактували його як грошові нагромадження, амортизаційні відрахування та інші грошові кошти (В. К. Сенчагов [120, с.49]); грошові кошти (А. Г. Грязнова [22, с.1037]); виражену у грошах частину національного доходу, а за надзвичайних обставин – частину створеного в минулому національного багатства (О. М. Бірман [5]). Одностайними погляди

науковців були лише щодо джерела формування фінансових ресурсів як результату створення, розподілу та перерозподілу сукупного суспільного продукту та напрямку їх використання – на потреби простого і розширеного відтворення.

У сучасній українській та російській фінансовій літературі дублюється властиве для радянських часів розширене визначення фінансових ресурсів із заміною поняття „сукупний суспільний продукт” на „валовий внутрішній продукт”. Наприклад, у „Фінансовому словнику” наведено таке трактування: „Ресурси фінансові – сукупність коштів, що перебувають у розпорядженні держави і суб’єктів господарювання... Основним джерелом формування фінансових ресурсів є ВВП [29, с.404]”. У даному твердженні фінансові ресурси характеризуються як результат створення ВВП й ототожнюються із грошовими коштами.

Л. Д. Буряк, Г. Г. Нам, А. М. Поддєрьогін під фінансовими ресурсами розуміють „грошові кошти, що є у розпорядженні підприємств. Таким чином, до фінансових ресурсів належать усі грошові фонди й та частина грошових коштів, яка використовується в нефондовій формі”. При цьому грошові фонди визначені як „частина грошових коштів, що мають цільове спрямування [140, с.9]”. У наведеному визначенні „фінансові ресурси” та „грошові кошти” розглянуті як синоніми.

Дещо по-іншому трактує економічну сутність фінансових ресурсів російський економіст В. М. Родіонова, розглядаючи їх як „грошові доходи, нагромадження і надходження, що формуються в руках суб’єктів господарювання й держави і призначені для потреб розширеного відтворення, матеріального стимулювання працівників, задоволення соціальних потреб, потреб оборони і державного управління [137, с.428]”. У цьому визначенні зроблена спроба конкретизувати призначення і належність фінансових ресурсів до суб’єктів фінансових відносин. Запропоновану позицію поділяє вітчизняний науковець О. П. Кириленко, акцентуючи увагу на джерелі формування фінансових ресурсів як на результаті розподілу ВВП [56, с.9].

К. В. Павлюк вважає, що фінансові ресурси – це „грошові нагромадження і доходи, які утворюються в процесі розподілу й перерозподілу ВВП й зосереджуються у відповідних фондах для забезпечення безперервності розширеного відтворення і задоволення інших суспільних потреб [93, с.24]”. Доповнив дане визначення М. М. Каленський, який зазначив, що фінансові ресурси створюються не тільки в процесі утворення, розподілу, перерозподілу та використання ВВП, а й національного багатства за рік [47, с.11]. Наведене трактування відрізняється від попередніх тим, що фінансові ресурси тут розглянуті як грошові нагромадження й доходи, а не грошові кошти, і обмежені рамками „відповідних фондів” та певним періодом часу. Тлумачать фінансові ресурси як „грошові фонди” і автори наступних визначень.

О. Д. Василик вважає, що „фінансові ресурси – це грошові фонди, які створюються в процесі розподілу, перерозподілу і використання ВВП країни, що створюється упродовж певного часу в державі”. Відповідно до джерел утворення, форми виявлення, цільового призначення він дав таке визначення: „фінансові ресурси – це грошові накопичення і доходи, що створюються в процесі розподілу й перерозподілу ВВП і зосереджуються у відповідних фондах для забезпечення безперервності розширеного відтворення та задоволення інших суспільних потреб [12, с.75–76]”. Такої ж думки дотримується М. Г. Сичов, трактуючи їх як утворені підприємствами, об’єднаннями, організаціями, державою грошові накопичення та грошові фонди в порядку розподілу і перерозподілу суспільного продукту й національного доходу [121, с.13].

На думку С. І. Юрія фінансові ресурси – це грошові фонди, які створюються в процесі розподілу і використання ВВП за певний період часу (макрорівень). Також він визначив досліджувану дефініцію „як акумульовані підприємством із різних джерел грошові кошти, які надходять у його обіг і призначені для покриття потреб підприємства (мікрорівень) [139, с.28]”. Схожої думки дотримується С. В. Мочерний, зазначаючи, що фінансові ресурси – це грошові фонди, створені в процесі розподілу, перерозподілу і використання валового внутрішнього продукту країни [28, с.821]. Проте дане трактування не дає

відповіді на питання про цільове призначення фінансових ресурсів, час їх створення та використання.

На фондовому характері формування та використання фінансових ресурсів наголошують і окремі російські економісти. Так, за визначенням Г. Б. Поляка „фінансові ресурси – це сукупність фондів грошових коштів, що перебувають у розпорядженні господарюючих суб’єктів, держави, домашніх господарств, тобто це гроші, що обслуговують фінансові відносини [96, с.62]”.

Автори наступних визначень вважають, що фінансові ресурси суб’єктів господарювання можуть перебувати як у фондовій, так і у нефондовій формах та мати або не мати цільового спрямування. Наприклад, на їхню думку, виконання фінансових зобов’язань перед бюджетом, банками, страховими організаціями здійснюється у нефондовій формі.

Зокрема, Л. А. Лахтіонова зазначила, що фінансові ресурси – „це грошові кошти у формі грошових фондів (статутний фонд, фонд оплати праці, резервний фонд) та у нефондовій формі (використання грошових коштів для виконання фінансових зобов’язань перед бюджетом і позабюджетними фондами, банками, страховими компаніями і т. д.). Основними джерелами фінансових ресурсів підприємств є власні й залучені кошти [61, с.16]”.

С. В. Хачатурян трактує фінансові ресурси як частину коштів підприємства у фондовій і нефондовій формі, яка формується у результаті розподілу виробленого продукту, залучається до діяльності підприємства з різних джерел і спрямовується на забезпечення розширеного відтворення виробництва [147, с.81].

П. А. Стецюк найсуттєвішою функцією фінансових ресурсів вважає забезпечення неперервності руху грошових потоків суб’єкта господарювання і на основі цієї концепції визначає фінансові ресурси як найбільш ліквідні активи суб’єкта господарювання, що забезпечують неперервність руху грошових потоків [130, с.143].

О. С. Білоус, В. М. Вовк, Р. В. Федорович під фінансовими ресурсами підприємства розуміють „кошти, за рахунок яких формуються власний і позиковий капітал, що використовується для придбання активів і здійснення

звичайної діяльності з метою забезпечення економічної вигоди, а також застосовується у разі виникнення надзвичайних подій [7, с.10]”.

Отже, у наведених тлумаченнях фінансові ресурси визначають як: грошові кошти, або грошові нагромадження, або доходи, або фонди грошових коштів. При цьому в жодному визначенні не конкретизовано, чи вся сукупність грошових коштів (доходів, нагромаджень, фондів), чи лише їх частина становить фінансові ресурси. Оскільки поняття „грошові кошти” за змістом та обсягом значно ширше поняття „фінансові ресурси”, слід визначати, які саме кошти є ресурсами. Грошові надходження теж пов’язані з фінансовими ресурсами, але тільки як джерело їх відновлення і нарощування, однак вони можуть бути використані й на інші потреби. Фонди ж грошових коштів можна розглядати як засіб концентрації фінансових ресурсів, але, знову ж таки, у фондах можуть бути сконцентровані не тільки ці ресурси, а й доходи [136, с.144]. Тобто, всі зазначені поняття між собою тісно пов’язані, але не тотожні.

Відома також точка зору, що фінансові ресурси є активами, проте ми не поділяємо таку думку, оскільки вважаємо, що активи характеризують напрямок використання фінансових ресурсів і не можуть бути тотожними їм.

Дещо по-іншому трактує фінансові ресурси В. М. Опарін, який не погоджується з їх характеристикою як результатом створення, розподілу і перерозподілу ВВП. Він вважає, що результат відображається не в ресурсах, а в отриманих доходах, тому фінансові ресурси з позицій їх продуктивного використання є передумовою виробництва, а, отже, – створення ВВП. Вони не гарантують ні відповідного обсягу ВВП, ні позитивних фінансових результатів. Отже, на думку В. М. Опаріна, „фінансові ресурси – це сума коштів, спрямованих в основні засоби та обігові кошти підприємства. Це авансовані кошти, що вкладаються в оборот і мають обов’язково повернутись. Але це не всі грошові кошти, а тільки ті гроші, які роблять гроші, тобто на основі використання яких формується додана вартість [90, с.133]”. Дане визначення відповідає розумінню фінансових ресурсів як спорідненого з капіталом явища.

Такої ж думки дотримується і О. С. Філімоненко, який стверджує, що

„фінансові ресурси – це власний, позиковий і залучений грошовий капітал, що використовується підприємствами для формування своїх активів і здійснення виробничо-фінансової діяльності з метою одержання відповідного доходу, прибутку [138, с.351]”.

Трактування українськими та російськими науковцями сутності фінансових ресурсів та ресурсів взагалі дещо не співпадають із уявленнями західних економістів. Останні не надають такого істотного концептуального значення дефініціям, як вітчизняні науковці, а, користуючись суто діловим, прагматичним підходом, обмежуються, як кажуть, „робочими” назвами. Наприклад, для англійського економіста Р. Коха ресурси в цілому – це „люди, машини або комп’ютерні системи, котрі виконують роботу і на які затрачають гроші”. Він відносить до ресурсів „грошові кошти, співробітників, технології та інші активи” [58,с.316]. А в категорійно-поняттевому апараті відомого „Словника сучасної економіки Макміллана” термін „ресурси” відсутній взагалі.

У Free Online Dictionary ресурси трактуються як будь-які доступні джерела багатства; новий або резервний запас, який можна використати в разі потреби; а фінансові ресурси визначаються як кошти, що забезпечують реалізацію проектів [158]. У цьому розумінні надання або наявність фінансових ресурсів рівнозначні фінансовій допомозі, підтримці, фінансуванню.

Згідно зі словником Babylon, „фінансові ресурси – грошові кошти, доступні в формі готівки, цінних паперів, кредитів та ін., що перебувають у розпорядженні організації [156]”.

У словнику Vernimmen фінансові ресурси трактуються як „фонди готівкових коштів, якими покривають дефіцит, що виникає у результаті розриву в часі між касовими надходженнями та грошовими витратами; фінансові ресурси надають різні інвестори (акціонери, кредитори) в обмін на винагороду у вигляді дивідендів, процентів, прибутку на капітал [163]”.

Автори словника статистичних термінів OECD, розглядаючи фінансові ресурси за галузевою ознакою, зазначили: „Фінансові ресурси сільськогосподарської ферми або її дохід складаються з ринкових доходів від

аграрної продукції, позик, акціонерного капіталу, бюджетної підтримки у вигляді трансфертів, наданих у межах державної аграрної політики за рахунок платників податків, а також за рахунок споживачів (через регулювання ринкових цін) [161]”. Вочевидь, що подібну дефініцію можна поширити на будь-яку фінансову або субсидовану з бюджету галузь економіки.

Різномбій у тлумаченні дефініції „фінансові ресурси” трапився тому, що дану категорію розглядають фахівці різних галузей економічної науки та на різних рівнях. У дисертаційній роботі ми досліджуємо фінансові ресурси з позиції фінансового менеджменту на рівні бюджетних закладів соціальної сфери (мікрорівень), у зв'язку з чим варто взяти до уваги особливості функціонування бюджетних установ (основним джерелом їх фінансових ресурсів є бюджет, та фінансують дані установи згідно з кошторисом, де чітко визначені їх видатки). Тому, як справедливо зауважила Т. М. Писаренко, „фінансові ресурси бюджетної установи – це фонди грошових коштів цільового призначення, які виступають у формі нагромаджень і надходжень ...концентруються в бюджетних установах та використовуються за основними напрямками їх діяльності [95, с.6]”.

Що стосується терміну „фінансові ресурси закладів охорони здоров'я”, то він зустрічається в працях окремих вчених здебільшого як матеріальний носій фінансів закладів охорони здоров'я.

Так, російські науковці Л. Ю. Трушкіна, Р. А. Глепцєрішев, А. Г. Трушкін, Л. М. Дем'янова під фінансовими ресурсами лікувально-профілактичних закладів розуміють „сукупність грошових коштів (власних і залучених), що перебувають в господарському обороті та використовуються в процесі діяльності [27, с.337]”.

Т. В. Акімова фінансові ресурси закладів охорони здоров'я визначає як „фонди сукупних грошових ресурсів, які вони мобілізують із різних джерел на здійснення і розвиток своєї діяльності, котра носить яскраво виражений соціальний характер [1, с.19]”.

О. І. Тулай розглядає фінансові ресурси закладів охорони здоров'я як „грошові кошти, що є у розпорядженні суб'єкта господарювання і спрямовуються на задоволення його потреб [132, с.29]”.

Отже, наведені твердження сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я розкриті в економічній літературі не повністю, нічим суттєвим не відрізняються від трактування дефініції „фінансові ресурси суб'єктів господарювання”, не враховують особливостей функціонування медичних установ, тому потребують подальшого дослідження і наукового уточнення.

Враховуючи викладене, доцільно, на наш погляд, розглянути характерні ознаки фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я дітей, що відрізняють їх від інших інституцій національної економіки і суттєво впливають на процес формування та використання фінансових ресурсів. Це, зокрема:

1. Яскраво виражений соціальний характер медичних послуг, що надають заклади охорони здоров'я дітей, зафіксований в Конституції як право всіх громадян, у т. ч. і дітей, на безкоштовну медичну допомогу.

2. Заклади охорони здоров'я дітей створені в установленому порядку органами державної влади або місцевого самоврядування, фінансуються за рахунок коштів державного чи місцевих бюджетів та мають статус бюджетних установ.

3. Наявність різних за формою власності й характером діяльності закладів охорони здоров'я дітей зі значним переважанням державних та комунальних установ.

4. Комплексне поєднання державних і недержавних джерел формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей.

5. Незначний обсяг власних надходжень згаданих закладів через законодавчо обмежені можливості надання платних медичних послуг, а звідси – повна залежність даних інституцій від бюджетного фінансування.

6. Подвійність медичних послуг, що проявляється у поєднанні індивідуальних послуг зі суспільними.

7. Неоднорідний спектр і складність медичних послуг, які надаються дітям, що ускладнює їх визначення та вимірювання.

8. Життєва важливість медичних послуг дітям, що робить необхідним постійне функціонування закладів охорони здоров'я дітей.

9. Фінансово-господарською діяльністю вищеназваних закладів управляють головні лікарі, а не менеджери охорони здоров'я.

Отже, на основі критичного аналізу наукових праць вітчизняних і зарубіжних вчених із даної проблематики та з урахуванням функціональних особливостей медичних закладів і необхідності змін у їх фінансово-господарській діяльності у зв'язку з ринковими умовами господарювання у нас сформувався власне визначення фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей. *Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей – це грошові кошти у фондovій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я дітей для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг дітям.* Тим самим на стадії використання ВВП фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей матеріалізуються у суспільне благо охорони здоров'я дітей, оскільки ВВП – це сукупна вартість обсягу кінцевих товарів і послуг, вироблених у країні.

Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801–ХІІ та Указ Президента України „Концепція розвитку охорони здоров'я населення України” від 7. 12. 2000 р. № 1313 / 2000 визначають основні джерела фінансування цієї галузі, залежно від яких можна виділити види та джерела фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей (рис. 1.3):

На наш погляд, з метою розширення інформаційної бази для забезпечення ефективного управління фінансами закладів охорони здоров'я дітей доцільно згрупувати їх фінансові ресурси за ознаками, наведеними у таблиці 1.1.

Серед джерел фінансових ресурсів можна виділити: бюджетні кошти; внески на обов'язкове та добровільне медичне страхування; власні кошти юридичних та фізичних осіб, що надходять у вигляді плати за надані послуги та благодійних внесків.

Бюджетне фінансування характерне високою надійністю. Проте бюджет будь-якого рівня має безліч напрямків витрачання коштів, тому фінансове благополуччя галузі охорони здоров'я залежить від рівня економічного розвитку та пріоритетів фінансової політики держави.

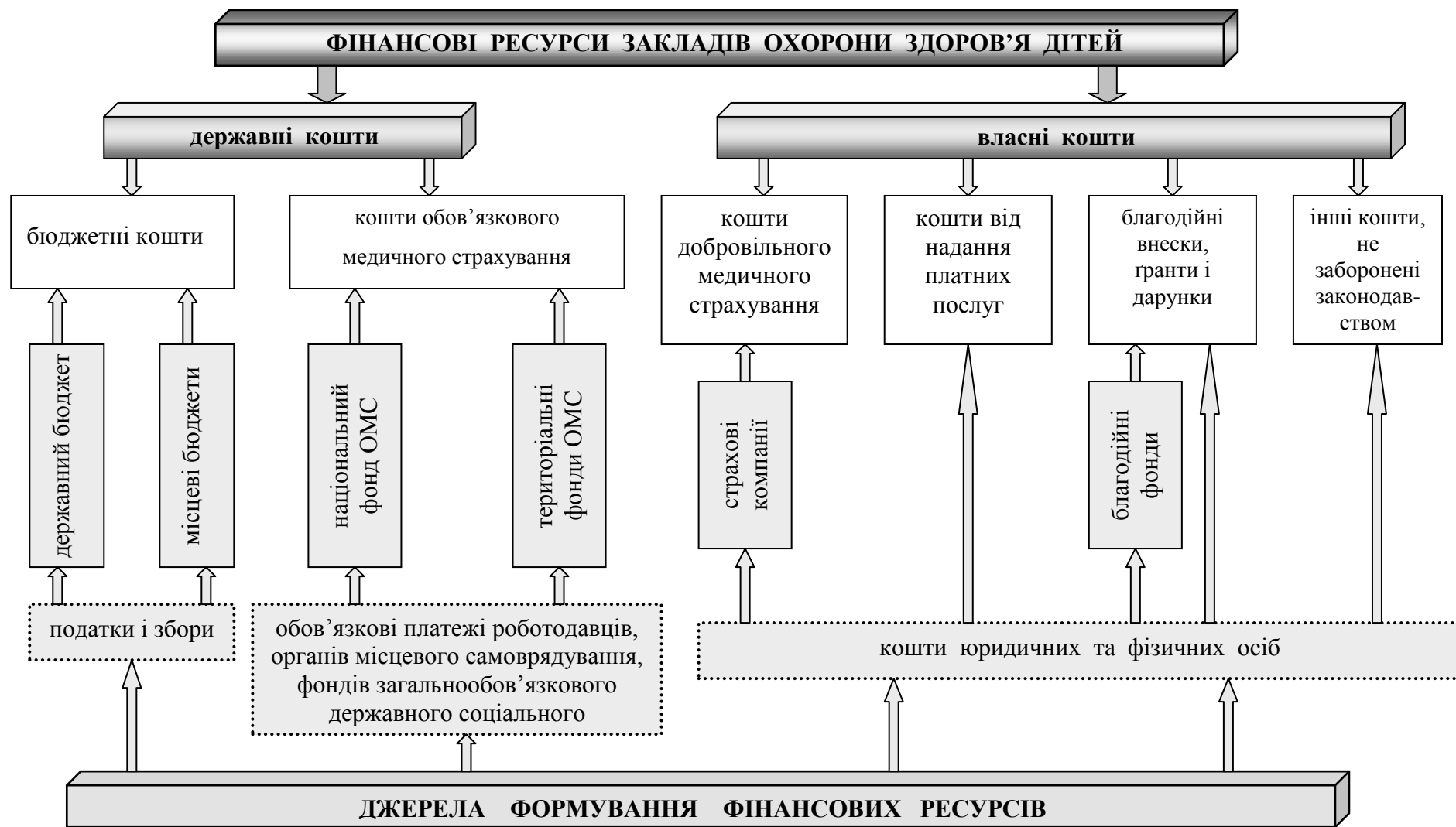


Рис. 1.3. Види та джерела формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей *

* Розроблено автором на основі [30; 133].

Страхові платежі є цільовими, що забезпечує гарантоване спрямування зібраних коштів на фінансування охорони здоров'я. Проте за рахунок страхових внесків акумулюють набагато менший обсяг коштів, ніж той, що може бути забезпечений за рахунок бюджетів. Окрім того, бюджет має перевагу в тому, що зменшення розміру податкових надходжень можна певною мірою компенсувати, збільшуючи обсяг інших видів доходів бюджету, а система страхування такої можливості позбавлена.

Таблиця 1.1

Класифікація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей *

Критерії класифікації	Види фінансових ресурсів
За способом формування	<ul style="list-style-type: none"> – державні кошти; – недержавні кошти.
За джерелами формування	<ul style="list-style-type: none"> – кошти загального фонду державного бюджету; – власні надходження або кошти спеціального фонду державного бюджету (кошти від надання платних послуг, благодійні внески, гранти, кошти, що надходять для виконання певних доручень); – кошти загального фонду місцевого бюджету; – власні надходження або кошти спеціального фонду місцевого бюджету.
За методами надходження	<ul style="list-style-type: none"> – фінансові ресурси, сформовані з використанням фіскальних методів; – фінансові ресурси, сформовані на добровільних і благодійних засадах.
За напрямками використання	<ul style="list-style-type: none"> – фінансові ресурси, вкладені в необоротні активи; – фінансові ресурси, вкладені в оборотні активи.
За характером діяльності	<ul style="list-style-type: none"> – надходження від надання медичних послуг; – надходження від надання послуг немедичного характеру.
За формами фінансового забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> – бюджетні кошти; – кошти медичного страхування; – кошти від надання платних послуг; – благодійні внески.

Приватні кошти як джерело фінансування безпосередньо пов'язані з національними традиціями, рівнем економічного розвитку держави і платоспроможністю фізичних та юридичних осіб.

* Самостійно складено автором.

Розглянуті нами джерела фінансових ресурсів безпосередньо стосуються процесу організації фінансування закладів охорони здоров'я дітей і дають змогу виділити три основні моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я *

1. Страхова – модель Бісмарка (названа за іменем німецького державного діяча Отто Бісмарка (1815–1898), який уперше запровадив медичне обслуговування на страхових засадах) використовується у країнах із поміркованим рівнем централізації ВВП у бюджеті – майже 35–45%.

2. Державна (бюджетна) – модель Беверіджа (названа за іменем британського політика Уільяма Беверіджа (1879–1963), проект якого покладений в основу державної системи медичного обслуговування у Великобританії); застосовується, як правило, у країнах із порівняно високим рівнем державної централізації ВВП – близько 50–60%.

3. Платна (приватна) модель застосовується у країнах із незначним рівнем бюджетної централізації ВВП – близько 25–30%.

Бюджетна модель передбачає жорстку централізацію й фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я з державних джерел

* Складено автором на основі даних [60; 62; 148].

(бюджетів), здебільшого за рахунок податкових надходжень юридичних та фізичних осіб. Дана модель може бути у двох варіантах – із елементами страхування і без них. Варіант бюджетного фінансування з використанням державного страхування передбачає оплату медичних послуг не безпосередньо з бюджету до медичного закладу, а шляхом створення медичних страхових фондів, які зараховують суму страхового внеску, що оплачується бюджетом за кожного жителя, і ведуть поосібний облік витрат своїх клієнтів на медичні послуги. Згідно з другим варіантом – медичні заклади отримують кошти безпосередньо з бюджету і надають населенню безкоштовну медичну допомогу.

Страхову систему організації медичного обслуговування переважно використовують у країнах, де національні системи охорони здоров'я побудовані на недержавній основі. Основною характеристикою такої моделі є те, що держава для забезпечення гарантованою медичною допомогою більшості населення (за винятком найбагатших громадян, які оплачують лікування самостійно) в законодавчому порядку зобов'язує всіх працедавців і громадян відраховувати частину доходів на медичне страхування, а заклади охорони здоров'я забезпечувати населення медичною допомогою в рамках державних зобов'язань за посередництва страхових організацій (модель регульованого обов'язкового страхування). Медичне страхування фінансують із трьох джерел: страхові внески підприємців – відрахування від доходів, доходи працівників – відрахування із заробітної плати, бюджетні кошти, що акумулюються в спеціальних страхових фондах [119].

Привабливість страхової медицини – і у тому, що вона дає змогу економити бюджетні кошти, оскільки велика частина фінансового тягаря перекладена на страхувальника, а також робить медичну допомогу доступною для широкого кола осіб.

Приватна модель охорони здоров'я передбачає, що медичну допомогу оплачує пацієнт у вигляді платних медичних послуг або через систему добровільного медичного страхування. Держава турбується лише про малозабезпечені верстви населення, пенсіонерів, безробітних і т.п. Перевагами

моделі є висока якість медичних послуг, безпосередня відповідальність страховика перед клієнтом, гарантія оплати при страховому випадку, високі доходи лікарів. Головний її недолік – значна вартість медичних послуг, недоступність медичної допомоги для більшості населення тощо.

Основні переваги та недоліки моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я наведено в додатку Б.

У даний час жодна з розглянутих моделей не функціонує самостійно, що свідчить про відсутність яскраво виражених переваг будь-якої з них. Усі перераховані джерела фінансових ресурсів поєднуються, і можна говорити тільки про переважаючий тип фінансового забезпечення. На думку експертів ВООЗ, реформи системи охорони здоров'я, які зараз проходять у країнах СНД, Болгарії, Угорщині, Польщі мають на меті заміну бюджетної моделі страховою. В Іспанії здійснюється перехід у зворотному напрямку. У Великобританії бюджетну модель доповнюють ринковими елементами, а в Нідерландах та Франції – аналогічний процес проходить у рамках страхової моделі [148]. Таким чином, спостерігаються загальні тенденції щодо спроб запровадження багатоканальних систем гнучкого фінансування охорони здоров'я.

Сучасна система охорони здоров'я дітей України побудована на основі бюджетної державно-комунальної моделі з елементами приватної медицини. Державні заклади охорони здоров'я дітей мають загальнонаціональне значення і фінансуються з державного бюджету. Комунальні заклади перебувають у власності органів місцевого самоврядування, фінансуються з місцевих бюджетів і забезпечують охорону здоров'я дітей на місцевому рівні. Приватні заклади охорони здоров'я дітей нечисленні, надають медичні послуги на комерційних засадах та фінансуються з недержавних джерел.

Варто зазначити, що зміни в економіці охорони здоров'я відбуваються шляхом забезпечення позитивної динаміки зростання номінальних обсягів фінансування галузі з 4398,1 млн. грн. у 2000 р. до 23108,3 млн. грн. у 2007 р. та видатків на медичну допомогу одному жителю з 87,8 грн. у 2000 р. до 492,4 грн. у 2007 р. (табл. 1.2).

**Динаміка основних показників фінансування галузі охорони здоров'я
України у 2000–2007 рр. ***

Показники	Роки							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Питома вага видатків на охорону здоров'я щодо ВВП, %	2,6	2,7	2,9	3,2	2,8	3,03	3,3	3,3
Видатки загального фонду зведеного бюджету на охорону здоров'я, млн. грн.	4398,1	5432,1	6460,2	8459	9553,5	12881,6	16559,4	23108,3
Видатки загального фонду державного бюджету на охорону здоров'я, млн. грн.	562,9	779,8	1126,5	1825,8	1746,3	2039,3	2365,2	5284,1
Видатки загального фонду місцевих бюджетів на охорону здоров'я, млн. грн.	3835,2	4652,3	5333,2	6633,2	7807,2	10842,3	14194,2	17824,2
Видатки на охорону здоров'я на одного жителя, грн.	87,8	109,3	131,1	174,7	224,5	261	351,4	492,4
Питома вага витрат на охорону здоров'я у видатках зведеного бюджету України, %	11,6	12,8	13,9	14,4	12,8	11,3	12,5	10,2
Індекси змін обсягів видатків загального фонду зведеного бюджету на охорону здоров'я, порівняно з попереднім роком	1,0	1,2351	1,1893	1,3094	1,1293	1,3484	1,2855	1,3955
Індекси змін обсягів видатків загального фонду державного бюджету на охорону здоров'я, порівняно з попереднім роком	1,0	1,3853	1,4446	1,6208	0,9565	1,1678	1,1598	2,2341
Індекси змін обсягів видатків загального фонду місцевих бюджетів на охорону здоров'я, порівняно з попереднім роком	1,0	1,2131	1,1464	1,2438	1,1770	1,3888	1,3092	1,2558
Індекси змін обсягів видатків на охорону здоров'я на одного жителя, порівняно з попереднім роком	1,0	1,2449	1,1995	1,3326	1,1328	1,1626	1,3464	1,4013

У 2008 р. видатки на охорону здоров'я із зведеного бюджету збільшено до 32,1 млрд. грн.: видатки загального фонду становитимуть 29,1 млрд. грн. (із державного бюджету – 6,5 млрд. грн., із місцевих бюджетів – 22,6 млрд. грн.), видатки спеціального фонду – 3 млрд. грн. Видатки на одного жителя за рахунок коштів загального фонду зведеного бюджету передбачено у розмірі 689,3 грн., що на 159,2 грн. більше, ніж у 2007 р.[45].

Незважаючи на зростання обсягів витрат на охорону здоров'я у відсотках до

* Складено та розраховано автором на основі даних [41, с.30; 42; 152, с.78; 153, с.39; 154, с.44]

ВВП, дані показники залишаються в Україні майже у 2–3 рази нижчими порівняно з країнами-членами ЄС і не належать до числа соціальних пріоритетів держави, оскільки за рекомендаціями ВООЗ для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні витрати на охорону здоров'я повинні становити 7–10% від ВВП (у країнах Європейського регіону зазначений показник становить близько 6,5%, країнах-членах Європейського Союзу – 8,7%). На задоволення потреб в охороні здоров'я мешканця України, у т.ч. і дітей, із урахуванням паритету купівельної вартості витрачаються у 8,5 рази менше коштів, ніж у країнах Європейського регіону, та у 12,9 рази менше, ніж у країнах-членах ЄС [152, с.79].

Окрім того, фінансові ресурси, що інвестуються у галузь, не сповна відповідають її потребам, використовуються із низькою економічною ефективністю, тому не дають змоги підвищити якість та доступність медичних послуг дітям. Таку ситуацію можна пояснити тим, що величина фінансових ресурсів, які виділяються закладам охорони здоров'я дітей, не залежить від кінцевих результатів їх діяльності, що не сприяє поліпшенню якості наданих медичних послуг (за розрахунками фахівців МОЗ України, 80% фінансових ресурсів, які виділяються на потреби закладів охорони здоров'я, витрачаються на їх утримання, і лише 20% – на лікування пацієнтів). Крім того, державні та комунальні заклади охорони здоров'я дітей мають статус бюджетних установ із обмеженими правами щодо управління фінансами, зорієнтовані лише на систему нормативів, які доводять органи управління охорони здоров'я, і позбавлені економічних стимулів щодо покращення результативності діяльності та підвищення якості медичної допомоги.

Як наслідок, неузгодженість державних гарантій у сфері охорони здоров'я з економічними можливостями країни призвела до заміни безоплатної медичної допомоги платною та збільшення частки особистих витрат населення у відшкодуванні вартості медичних послуг. У зв'язку з цим, особливо актуальними є розроблення і запровадження такої моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка дала б змогу зміцнити фінансову базу та гарантувати фінансову стійкість закладів охорони здоров'я, підвищити якість і

забезпечити доступність медичної допомоги населенню.

1.2. Організаційні та нормативно-правові засади управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей

Важливою передумовою ефективного функціонування закладів охорони здоров'я є вироблення дієвого управлінського механізму для найповнішої мобілізації і раціонального використання фінансових ресурсів зазначених інституцій, визначальна складова якого – організаційне забезпечення. Воно передбачає створення та функціонування органів, котрі приймають управлінські рішення щодо обсягу та руху фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я.

На основі територіально-адміністративного поділу України лікувально-профілактичну допомогу дітям надають на трьох рівнях (рис. В.1 додатку В). Перший рівень – первинна медико-санітарна допомога – передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, спрямування пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів. Вторинна (спеціалізована) медична допомога – це кваліфіковане консультування, профілактика та лікування, які здійснюють лікарі-спеціалісти. Зазначені види медичної допомоги надають в амбулаторіях, сільських дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях. Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу надають лікарі у спеціалізованих і багатопрофільних лікарнях, діагностичних та медичних центрах, диспансерах [124, с.97].

Сьогодні в Україні функціонує триланкова система управління охороною здоров'я національного, обласного та місцевого рівнів (рис. В.2 додатку В).

Стратегічне управління фінансовими ресурсами (рис. 1.5) здійснюють згідно зі статтями 13 та 14 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” Верховна Рада України, Верховна Рада АР Крим, Президент України, Кабінет Міністрів України, Рада Міністрів АР Крим.



Рис. 1.5. Система організаційного забезпечення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей*.

* Складено автором на основі даних [17; 30; 33; 34; 139, с.49–52; 155, с.123–134]

Верховна Рада України формує основи державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів та пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних й інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

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

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладена на органи державної виконавчої влади. За це відповідає Президент України, який виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади та втілює у життя державну політику охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України організовує розроблення та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я й створює економічні, правові та організаційні механізми для стимулювання їх діяльності, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо [30].

Оперативне управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей здійснюють:

- 1) Органи виконавчої влади спеціальної компетенції у галузі охорони здоров'я.

На державному рівні управлінням фінансовими ресурсами медичних інституцій займається Міністерство охорони здоров'я України, яке забезпечує дотримання закладами охорони здоров'я права громадян на охорону здоров'я; бере участь у розробленні проектів Державної програми економічного і соціального розвитку України, Державного бюджету України, Програми

діяльності КМУ; готує пропозиції щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує реалізацію державних програм охорони здоров'я; управляє об'єктами державної власності у межах наданих повноважень; здійснює державну акредитацію закладів охорони здоров'я та проводить заходи щодо розвитку підприємницької діяльності закладами охорони здоров'я; аналізує і прогнозує показники стану здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини; бере участь у розробленні й затверджує державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я тощо [103].

Міністерство охорони здоров'я АР Крим займає проміжне становище між МОЗ України та органами управління охороною здоров'я районного рівня в АР Крим і за обсягом наділених повноважень нагадує управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, однак із урахуванням існування у складі України автономії називається міністерством.

Для керівництва закладами охорони здоров'я на обласному рівні створені управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Вони, з одного боку, є спеціалізованим органом виконавчої влади області і їх утворює обласна державна адміністрація, а з іншого – як галузевий орган вони вступають у службові відносини з МОЗ України, належать до системи органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління охороною здоров'я. „Двоїстість” юридичної природи управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації проявляється у поєднанні в його діяльності як загальнодержавних, так і територіальних засад, і саме тому воно є головним „робочим” органом реалізації державної політики охорони здоров'я в області [17].

Управління охорони здоров'я наділене такими повноваженнями: готує та подає на розгляд держадміністрації пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку території, проектів місцевого бюджету, забезпечує їх виконання; в межах своєї компетенції сприяє органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку відповідної території; подає пропозиції та погоджує проекти планів приватизації закладів охорони здоров'я дітей; здійснює організаційне і методичне керівництво роботою вищезазначених

інституцій із 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, визначає потребу у фінансових, матеріальних, трудових ресурсах та контролює ефективне їх використання; вживає заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я, прогнозує її розвиток тощо [105].

Для забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я та координації діяльності закладів охорони здоров'я на рівні району в складі районних державних адміністрацій створені відділи охорони здоров'я. Вони розробляють пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку районів та проектів місцевих бюджетів, забезпечують їхнє виконання; планують розвиток мережі закладів охорони здоров'я району; вивчають потребу зазначених суб'єктів господарювання у фінансових, матеріальних, кадрових ресурсах та аналізують ефективність їх використання; організовують закупівлі медичного обладнання, лікарських засобів, спеціальних санітарних транспортних засобів, що централізовано постачаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів тощо [104]. Зазначений орган є головним розпорядником коштів районного бюджету, передбачених на фінансування охорони здоров'я, та має право здійснювати управління фінансовими ресурсами безпосередньо закладів охорони здоров'я, які фінансуються із районного бюджету, – районних лікарень (а їх у районі, як правило, не більше одної). Фактично, продубльовані функції відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації та головного лікаря щодо управління фінансами районної лікарні. Тому, на наш погляд, у сучасних умовах функціонування зазначеного структурного підрозділу є недоцільним. Проте із запровадженням контрактної моделі закупівель медичних послуг його діяльність стане необхідною.

Своєрідне продовження організаційної системи управління у галузі охорони здоров'я – виконавчі органи місцевого самоврядування, головні лікарі міських, сільських і селищних медичних закладів та їх заступники. Для керівництва

охороною здоров'я населення міста у складі виконавчих комітетів деяких міських рад створені міські відділи (управління) охорони здоров'я, які є структурними підрозділами органів самоврядування, а не місцевих органів державної виконавчої влади. При цьому, виконуючи делеговані державою повноваження, згадані органи підконтрольні місцевим державним адміністраціям. Основними завданнями міських відділів (управлінь) охорони здоров'я щодо управління закладами охорони здоров'я є організація лікувально-профілактичної допомоги, забезпечення належної діяльності та здійснення керівництва комунальними закладами охорони здоров'я, розподіл коштів міського бюджету, виділених на забезпечення діяльності вищезазначених інституцій, вивчення стану здоров'я людей, розроблення заходів для профілактики та зниження рівня захворюваності, інвалідності, смертності та ін.

2) Безпосереднє керівництво діяльністю закладу охорони здоров'я дітей відповідно до ст.16 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801–ХІІ здійснює головний лікар, який контролює правильність витрат матеріалів і медикаментів, відповідає за санітарний стан, за підбір і розстановку кадрів, є розпорядником бюджетних коштів, відповідає за їх раціональне та цільове використання. Організаційна структура управління закладом охорони здоров'я дітей будується, як правило, за лінійно-функціональним принципом і включає чотири рівні управління:

- I. Головний лікар.
- II. Заступник головного лікаря з основних ресурсів (кадри, фінанси, лікувальні технології, матеріально-технічне забезпечення).
- III. Заступники головного лікаря з основних напрямів лікувальної діяльності (хірургія, педіатрія, неонатологія, амбулаторна допомога тощо).
- IV. Завідувачі спеціалізованими відділеннями з напрямів лікувальної діяльності (завідувач хірургічного відділення, завідувач соматичного відділення, завідувач консультативно-діагностичної поліклініки і т. д.) [26, с.50].

3) Фінансові інституції.

Центральним спеціалізованим органом виконавчої влади з управління

фінансами є Міністерство фінансів України, яке визначає основні організаційно-методичні засади та керує роботою у сфері бюджетного планування; розробляє і доводить до головних розпорядників бюджетних коштів інструкції з підготовки бюджетних запитів; складає проект і затверджує розпис державного бюджету, забезпечує його відповідність бюджетним призначенням, визначаючи при цьому обсяг фінансових ресурсів на потреби закладів охорони здоров'я дітей, які фінансуються з державного бюджету; контролює у межах своїх повноважень цільове використання бюджетних коштів; проводить у в бюджетних установах та організаціях, в т.ч. і закладах охорони здоров'я дітей, перевірки фінансово-бухгалтерських документів, звітів, планів, кошторисів та інших документів щодо зарахування, перерахування і використання бюджетних коштів, а також отримує пояснення, довідки й дані з питань, що виникають під час перевірки тощо [134].

Місцеві фінансові органи займаються стратегічним прогнозуванням і плануванням показників видаткової частини місцевих бюджетів, складають проекти та бюджетні розписи місцевих бюджетів, визначаючи при цьому обсяг фінансових ресурсів на потреби закладів охорони здоров'я дітей; здійснюють контроль за цільовим, економним й ефективним використанням бюджетних коштів даними закладами, створенням належних фінансових умов для виконання функцій місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування.

Органи державної податкової служби у закладах охорони здоров'я дітей контролюють дотримання законодавства щодо обчислення і сплати податків та інших обов'язкових платежів.

Рахункова палата, як конституційний орган парламентського контролю, проводить ревізії та перевірки у закладах охорони здоров'я за витрачанням коштів Державного бюджету України і державних позабюджетних фондів.

Повноваженнями щодо управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей наділені органи Державного казначейства України, які ведуть мережу розпорядників бюджетних коштів; здійснюють оперативне прогнозування і касове планування видатків бюджету, в т.ч. на потреби закладів охорони

здоров'я дітей; відкривають рахунки для операцій із бюджетними коштами даним закладам та здійснюють їх розрахунково-касове обслуговування; контролюють відповідність кошторисів медичних закладів розписам бюджетів; ведуть облік їх зобов'язань; зараховують на рахунки даних закладів виділені їм бюджетні асигнування; здійснюють контроль бюджетних повноважень при зарахуванні надходжень, прийнятті зобов'язань та проведенні платежів; оплачують витрати бюджетних коштів закладів охорони здоров'я тощо [155, с.135].

Завданням Державної контрольно-ревізійної служби є здійснення державного контролю за витрачанням коштів і матеріальних цінностей, їх збереженням, станом і достовірністю бухгалтерського обліку й звітності в міністерствах, державних комітетах, державних фондах, бюджетних установах (до яких належать заклади охорони здоров'я дітей), а також на підприємствах та в організаціях, котрі отримують кошти з бюджетів усіх рівнів і державних валютних фондів; розроблення пропозицій щодо усунення виявлених вад та порушень і запобігання їм у подальшому [32].

Фонди соціального страхування також наділені відповідними повноваженнями щодо управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей усіх форм власності. Вони можуть перевіряти фінансово-бухгалтерських документи, плани, кошториси та інші документи щодо правильності обчислення і сплати зборів у відповідні фонди, а також цільового використання їхніх коштів.

Банківські установи приймають від платників готівкою кошти для здійснення розрахунків із закладами охорони здоров'я дітей за надані послуги; здійснюють готівкове та безготівкове обслуговування цих закладів.

Страхові організації беруть участь в управлінні закладами охорони здоров'я дітей у частині формування їх фінансових ресурсів, здійснюючи посередницьку діяльність в організації та фінансуванні страхових програм медичної допомоги дітям; а також розраховуються із закладами охорони здоров'я за надані медичні послуги через страхові фонди, сформовані за рахунок внесків страхувальників.

Повноваження Державної інспекції України з контролю за цінами щодо управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей впливають із

таких завдань інспекції: здійснення державного контролю за дотриманням встановленого порядку затвердження й застосування цін і тарифів у закладах охорони здоров'я; перевірка обґрунтованості затверджених міністерствами та відомствами України, організаціями, в межах їхньої компетенції, незалежно від форм власності й господарювання, цін і тарифів, стану організації та ефективності роботи відомчого контролю за цінами [4, с.134].

4) Система органів виконавчої влади загальної компетенції.

Обласна державна адміністрація здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення області через спеціально створений галузевий орган виконавчої влади – управління охорони здоров'я. Її керівний вплив поширюється на заклади охорони здоров'я державної форми власності, а через механізм делегування повноважень із боку обласної ради – також на медичні заклади обласної комунальної власності. До повноважень обласної державної адміністрації в галузі охорони здоров'я належить вжиття заходів щодо збереження та прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я; розроблення проектів програм соціально-економічного розвитку, заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям та їх ліквідації, організація роботи медичних закладів із надання допомоги населенню, надання встановлених пільг і допомоги, пов'язаної з охороною материнства та дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей [34].

Районна державна адміністрація через створений у її складі відділ охорони здоров'я здійснює загальне керівництво охороною здоров'я населення району, до об'єктів управління якої через делегування повноважень районною радою належать районні лікарні та інші заклади охорони здоров'я районного підпорядкування.

Повноваження міських державних адміністрацій у містах Києві та Севастополі подібні до обласних державних адміністрацій і передбачають утворення у їх складі Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації і управління охорони здоров'я Севастопольської міської державної адміністрації.

До функцій місцевих адміністрацій у сфері фінансів належить забезпечення виконання відповідних обласних, районних та міських бюджетів, а також державних і регіональних програм соціально-економічного розвитку; забезпечення здійснення контролю за відповідністю бюджетному законодавству показників затверджених бюджетів відповідних адміністративно-територіальних одиниць, бюджетних розписів та кошторисів бюджетних установ тощо.

5) Органи місцевого самоврядування реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я, формують та реалізують місцеву і регіональну політику в межах своїх територіальних громад. До функцій органів місцевого самоврядування належить управління комунальною власністю (створення, ліквідація, реорганізація, перепрофілювання та фінансування комунальних закладів охорони здоров'я). Зокрема, зазначені органи затверджують програми соціально-економічного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць, місцевий бюджет, у якому передбачають і фінансування діяльності комунальних закладів охорони здоров'я дітей, вносять зміни до нього, затверджують звіт про виконання відповідного бюджету.

Управління закладами охорони здоров'я, в т. ч. і їх фінансовими ресурсами, здійснюють виконавчі комітети сільських, селищних та міських рад і виконавчі апарати районних й обласних рад. Виконавчі органи сільських, селищних та міських рад забезпечують реалізацію власних (управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування і харчування у закладах освіти, культури, фізкультури та спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм) та делегованих (забезпечення розвитку, доступності й безоплатності всіх видів медичного обслуговування, вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я всіх форм власності; вирішення питань про повне державне утримання дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків, у школах-інтернатах, дитячих будинках; реєстрація статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій до

відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я та інші) повноважень [33].

Міська рада здійснює загальне керівництво закладами охорони здоров'я дітей міської комунальної власності через спеціально утворений нею виконавчий орган – управління охорони здоров'я. Ці ж питання, тільки вищих рівнях місцевого самоврядування – районному й обласному, належать до повноважень районних і обласних рад, які вони повинні безпосередньо виконувати. Це, зокрема, затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку, бюджетів, розподіл переданих із державного бюджету коштів у вигляді дотацій, субвенцій відповідно між районними бюджетами, місцевими бюджетами міст обласного значення, сіл, селищ, міст районного значення, управління об'єктами комунальної власності, які забезпечують спільні потреби територіальних громад сіл, селищ, міст та інші питання.

Ми погоджуємося з думкою В. Пашкова, який зазначив, що діяльність органів місцевого самоврядування щодо управління комунальними закладами охорони здоров'я схожа до державного управління. Це стосується, насамперед, владно-управлінської діяльності, що спрямована на повне і своєчасне втілення в життя суспільних потреб та інтересів й одночасно характеризується окремими, власними ознаками, з допомогою яких її можна розглядати як окремий самостійний різновид владно-управлінської діяльності [94, с.31].

Аналіз функцій перерахованих державних інституцій дає підстави стверджувати, що в Україні відсутній спеціально уповноважений орган, який займався б тільки управлінням фінансами закладів охорони здоров'я. Проте, на сучасному етапі функціонує достатня кількість інституцій, наділених повноваженнями щодо управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей. На наш погляд, можна виділити недоліки, що виникають у процесі реалізації їхньої управлінської компетенції на різних рівнях:

– органи державної влади загальної та спеціальної компетенції в галузі охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування недостатньо уваги приділяють проблемам здоров'я дітей, оскільки не мають для цього відповідної

інформації, повноважень і адекватного потребам обсягу фінансових ресурсів;

- зазначені органи через нестачу фахівців та необізнаність мало займаються економічними проблемами, до яких належить і управління фінансами, закладів охорони здоров'я дітей;

- в управлінні фінансовими ресурсами медичних закладів переважають адміністративні методи;

- відсутнє чітке розуміння різниці між інтенсивним та екстенсивним шляхами здійсненням фінансово-господарської діяльності.

Цілком можливо, що в умовах децентралізації управління охороною здоров'я можуть виникнути нові організаційні структури або буде розширена компетенція вже існуючих органів, які братимуть участь у керівництві фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей. Проте ефективність такого управління визначається, насамперед, не кількістю відповідних інституцій, а якістю ухвалених ними управлінських рішень щодо формування та використання фінансових ресурсів, розмежуванням функцій і прав центральних, регіональних та місцевих органів управління, управлінською та фінансовою автономією закладів охорони здоров'я дітей як найнижчої ланки управління.

Формування та реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я дітей у першу чергу визначається якістю та змістом законодавчої бази. У зв'язку з цим, на наш погляд, доцільно проаналізувати діючі нормативно-правові акти з питань управління та фінансування закладів зазначеної галузі (рис. 1.6).

Право на охорону здоров'я належить до категорії основних прав дитини, визнається ООН, передовою світовою громадськістю та закріплене в таких міжнародно-правових актах: Женевська Декларація прав дитини (1924 р.), Загальна Декларація прав людини (1948 р.), Декларація про соціальні і правові принципи, що стосуються захисту і благополуччя дітей, особливо у разі передачі дітей на виховання та їх усиновлення, на національному і міжнародному рівнях (1986 р.), Конвенція про права дитини (1989 р.), Всесвітня декларація про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей (1990 р.), Європейська стратегія „Здоров'я дітей та підлітків” (2005 р.) та ін.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Конституція України

Ратифіковані Україною міжнародні правові акти: Женевська Декларація прав дитини; Загальна Декларація прав людини; Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права; Декларація про соціальні і правові принципи, що стосуються захисту і благополуччя дітей, особливо при передачі дітей на виховання та їх усиновлення, на національному і міжнародному рівнях; Конвенція про права дитини; Всесвітня декларація

Бюджетний кодекс України; Цивільний кодекс України; Господарський кодекс України; Закони України, прийняті ВРУ („Основи законодавства України про охорону здоров'я”, „Про страхування”, „Основи законодавства про загальнообов'язкове державне страхування”, „Про благодійництво і благодійні організації”, „Про охорону дитинства”, „Про місцеве самоврядування в Україні”, „Про місцеві державні адміністрації”, „Про Державний бюджет України на 2008 рік та про внесення змін до деяких законодавчих актів України” Про державну контрольно-ревізійну службу в Україні” та ін.); Постанови

Укази Президента України („Положення про Міністерство охорони здоров'я України”, „Положення про Міністерство фінансів України”, „Концепція розвитку охорони здоров'я населення України”, „Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” (Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я) та ін.);

Постанови Кабінету Міністрів України („Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я”, „Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації”, „Положення про Державне казначейство України”, „Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти”, „Про затвердження Положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти”, „Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямів використання”, „Про затвердження формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами”, „Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)”, „Про прогноз показників зведеного бюджету України за основними видами доходів, видатків і фінансування на 2008–2010 роки”, „Про затвердження Національного плану розвитку

Накази Міністерства охорони здоров'я України („Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я”, „Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”, „Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення” та ін.); положення;

Підзаконні нормативно-правові акти інших центральних органів виконавчої влади (наказ Міністерства фінансів України „Про бюджетну класифікацію та її запровадження” та ін.).

Рішення місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування.

Рис. 1.6. Нормативно-правові акти у сфері управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей *

* Складено автором.

Конституція України від 28.06.1996 р. № 254/96 ВР визначає концептуальні підходи до управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я, у статті 49 якої закріплено право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, яке забезпечується державним фінансуванням. „ Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу надають безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [57]”. Цією статтею фактично скасовано положення Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо можливості скорочення мережі закладів охорони здоров'я та створення базового пакета медичних послуг для надання населенню безоплатної медичної допомоги за рахунок публічних джерел фінансування.

Приписи цієї статті стали гальмівними чинниками подальших реформ у системі охорони здоров'я, оскільки реорганізація мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я є ефективним інструментом раціонального використання ресурсів, а базовий пакет медичних послуг, забезпечений коштами, – інструментом нормування державних гарантій безоплатності їх надання населенню в державних і комунальних закладах охорони здоров'я [152, с.102].

Поряд із закріпленням гарантії на надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я стаття 49 Конституції України визначає право кожного на медичне страхування, тобто цією статтею регламентовані можливі додаткові джерела фінансування галузі охорони здоров'я. За роз'ясненням Конституційного Суду України, безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я не унеможлиблює фінансування цієї галузі за рахунок розвитку позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у т. ч. і шляхом створення лікарняних кас, діяльність яких має бути врегульована законом [111].

Одним із недоліків національного законодавства є суперечність між задекларованим у ст. 49 Конституції правом на безоплатну медичну допомогу та

нормою ст. 95 Конституції, згідно з якою видатки на загальносуспільні потреби, їх розмір та цільове спрямування визначаються виключно законом про державний бюджет, тобто враховуючи фінансові можливості держави на певний час щодо забезпечення безкоштовного медичного обслуговування населення. Як підтверджує світова практика, жодна з економічно розвинутих країни, в яких витрати на охорону здоров'я коливаються в межах 6,5% ВВП (Великобританія) – 15% ВВП (США) не гарантує безоплатність усіх видів медичної допомоги, на відміну від України, де зазначений показник становить близько 3%.

Базовими для галузі охорони здоров'я є Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801-ХІІ, що визначив основні принципи державної політики у зазначеній сфері та створив правові засади, спрямовані на розбудову системи охорони здоров'я. Зокрема, задекларовано можливість багатоканального фінансування галузі (статті 4 та 18) за рахунок коштів бюджету, медичного страхування, власних коштів громадян, благодійних внесків та інших не заборонених законом джерел фінансування, створення базового пакета медичних послуг, які надають безоплатно; функціонування системи медичного страхування.

У статті 12 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” зазначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу [30]. Законодавче закріплення чіткої ставки національного доходу для фінансування галузі охорони здоров'я суперечить статті 95 Конституції України та реалізується не сповна. Вважаємо за доцільне також зауважити, що фінансування в межах нормативу, котрий визначають як частку від національного доходу, не є повністю обґрунтованим, оскільки в сучасній економічній практиці для характеристики макроекономічних процесів використовують переважно показник валового внутрішнього продукту.

Важливі для проведення реформ у галузі охорони здоров'я закони – „Про страхування” (1996 р.) та „Основи законодавства про загальнообов'язкове

державне страхування” (1998 р.) створили передумови для здійснення добровільного медичного страхування та розроблення законопроекту про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування.

Поступове формування ринку платних медичних послуг в Україні, а також позитивний досвід його функціонування у зарубіжних країнах сприяли скасуванню заборони щодо надання платних послуг. Постановою КМУ від 17. 06. 1996 р. № 1138 (із змінами та доповненнями, внесеними постановами КМУ від 11. 07. 2002р. № 989 та від 02. 09. 2005р. № 862) затверджено перелік платних послуг, які можуть надаватися закладами охорони здоров’я. До цього переліку належать 3 групи послуг [98]: послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров’я; послуги з провадження господарської та/або виробничої діяльності; послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами (додаток Д).

Проаналізувавши цей перелік платних послуг, доцільно зауважити, що закладам охорони здоров’я дітей дозволено надавати лише незначну кількість послуг, які віднесені здебільшого до другої групи (всі інші види платних послуг розраховані переважно на дорослого пацієнта). У зв’язку з цим платні медичні послуги не можуть бути важливим джерелом фінансових ресурсів зазначених інституцій і є доповненням до бюджетного фінансування.

Надходження від спонсорських і благодійних внесків розглядаються як „інвестиції в соціальну сферу” взагалі та в охорону здоров’я дітей зокрема, і їх слід здійснювати в порядку, передбаченому Законом України „Про благодійництво і благодійні організації” від 13. 09. 1997 р. № 531-97/ВР. Він закріплює основні принципи та форми благодійності, напрямки діяльності благодійних організацій.

Із метою прискорення та ефективного здійснення реформ у галузі охорони здоров’я указом Президента України затверджено „Концепцію розвитку охорони здоров’я населення України” від 7. 12. 2000 р. № 1313 / 2000. Вона спрямована на забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги

кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя і передбачає створення правових, економічних й управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги; формування керованого ринку платних медичних послуг; сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, ефективного використання кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів; солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад й окремих юридичних та фізичних осіб у фінансуванні послуг із надання громадянам медичної допомоги [152, с.104]. У цьому ж році затверджені комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я та визначено порядок отримання бюджетними установами охорони здоров'я благодійних внесків.

Із моменту вступу в дію Закону України „Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” (із змінами та доповненнями) (2000 р.), а після втрати його чинності – Постанови КМУ „Про затвердження Положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” від 17. 10. 2008 р. № 921, закупівлю товарів, робіт і послуг державні та комунальні заклади охорони здоров'я дітей здійснюють через оголошення тендерів. Проте, незважаючи на всі позитиви зазначених правових актів, на практиці медичні інституції позбавлені можливості нормально здійснювати господарську діяльність і проводити тендери на закупівлю необхідних лікарських засобів, товарів та послуг. Причин цьому кілька: терміни проведення торгів збільшують час, необхідний для придбання товарів; у регіонах не завжди можна знайти трьох учасників торгів; у кошторисах закладів охорони здоров'я не передбачені кошти на оплату витрат консалтингових агентств, тому вартість згаданих послуг перекладають на учасників торгів, що призводить до відмови від участі у них. Великі труднощі у закладах охорони здоров'я дітей виникають у зв'язку з необхідністю оприлюднення інформації у

мережі Інтернет та проведення тендерів на невеликі суми. Розв'язання зазначених проблем є актуальним і потребує внесення змін до законодавства.

Закон України „Про охорону дитинства” від 26. 04. 2001 р. № 2402–III визначає охорону дитинства як стратегічний загальнонаціональний пріоритет і з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіти, соціальний захист та всебічний розвиток встановлює основні засади державної політики у цій сфері. У статті 6 Закону закріплене гарантоване державою право дитини на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, створення безпечних умов для життя та здорового розвитку дитини, раціонального харчування, формування навичок здорового способу життя [35].

Бюджетний кодекс України від 21. 06. 2001 р. № 2542 – III регламентує порядок фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів, встановлює розподіл видатків на охорону здоров'я між бюджетами різних рівнів. Статтею 21 Бюджетного кодексу України передбачено можливість отримання бюджетних коштів не лише державними та комунальними закладами охорони здоров'я, а й фізичними та юридичними особами, які не мають статусу бюджетної установи [11]. Це стосується приватних медичних закладів та індивідуально практикуючих медичних працівників, які можуть виступати в ролі одержувачів бюджетних коштів і бути уповноважені розпорядниками бюджетних коштів на виконання програм чи надання послуг у сфері охорони здоров'я дітей. Однак, незважаючи на наявні правові умови, в Україні відсутня практика здійснення державних закупівель медичних послуг на основі договорів між розпорядниками державних коштів та постачальниками послуг.

Згідно з Бюджетним кодексом України, видатки на охорону здоров'я слід враховувати при визначенні обсягів міжбюджетних трансфертів (статті 89 та 90), тому що, будучи функцією держави, передаються для виконання АР Крим та місцевому самоврядуванню. Оскільки у статті 85 Бюджетного кодексу зазначено, що держава може передати Раді Міністрів АР Крим чи органам місцевого

самоврядування право на здійснення видатків лише за умови відповідної передачі бюджетних ресурсів у вигляді закріплених за відповідними бюджетами загальнодержавних податків і зборів або їх частки, а також трансфертів із Державного бюджету України [11], вона регулює видатки на охорону здоров'я та зобов'язана забезпечувати місцеві бюджети відповідними ресурсами. Наведені положення суперечать статті 32 Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” від 21. 05. 1997 р. № 280/97–ВР, де зазначено, що управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, а також організація матеріально-технічного та фінансового забезпечення цих закладів належать до власних (самоврядних) повноважень виконавчих органів сільських, селищних та міських рад і статті 44 цього документа, яка регламентує фінансування районних та обласних медичних закладів [33]. Така ситуація призводить до неоднозначного розуміння того, до якого типу видатків (видатки на виконання власних повноважень чи видатки на виконання делегованих державних повноважень) належать видатки на охорону здоров'я, і є одним із гальмівних чинників підвищення ефективності управління ресурсами системи охорони здоров'я та запровадження контрактної моделі закупівель медичних послуг.

Окрім того, статтею 21 Бюджетного кодексу України передбачено, що „бюджетна установа не має права здійснювати запозичення у будь-якій формі [11]”, що позбавляє медичні заклади можливості формувати фінансові ресурси за рахунок кредитів.

Отже, незважаючи на всі позитиви, внесені Бюджетним кодексом у регулювання діяльності бюджетної сфери, цей документ не сповна врахував особливості функціонування системи охорони здоров'я і не визначив рівень децентралізації фінансування медичних закладів.

Для забезпечення справедливих та рівних умов фінансування різних регіонів прийнято постанову КМУ „Про затвердження формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами” від 5. 09. 2001 р. № 1195, яка регулює порядок розподілу обсягів міжбюджетних

трансферів між бюджетами різних рівнів, в основі визначення котрих лежать фінансові нормативи бюджетної забезпеченості та коригуючі коефіцієнти до них у розрахунку на особу населення [106]. Проте при визначенні видатків на охорону здоров'я з відповідного бюджету не враховується фактична потреба у фінансових ресурсах закладів охорони здоров'я дітей, які фінансуються з нього, та кількість дітей, які реально потребують медичної допомоги і яким її фактично надають у зазначених закладах. Це породжує парадоксальну ситуацію – при зменшенні чисельності дітей знижуються показники реального фінансування системи охорони здоров'я дітей, незважаючи на те, що рівень первинної захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення підвищується.

Для вдосконалення формування та використання власних надходжень бюджетних установ, до яких належать державні та комунальні заклади охорони здоров'я дітей, КМУ 17. 05. 2002 р. прийняв постанову № 659 „Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямів використання”. Згідно з цим документом власні надходження бюджетних установ поділяють на дві групи:

1. Плата за послуги, що надаються бюджетними установами:

- 1) плата за послуги, що надаються бюджетними установами згідно з їх функціональними повноваженнями, тобто це кошти, які надійшли бюджетним установам як плата за послуги, надання яких пов'язане з виконанням основних функцій та завдань бюджетних установ;
- 2) надходження бюджетних установ від господарської та/або виробничої діяльності;
- 3) плата за оренду майна бюджетних установ;
- 4) надходження бюджетних установ від реалізації майна.

2. Інші джерела власних надходжень бюджетних установ:

- 1) благодійні внески, гранти та дарунки.
- 2) кошти, які отримують бюджетні установи для виконання окремих конкретних доручень від підприємств, організацій чи фізичних осіб, від інших бюджетних установ [102].

У 2003 р. ВРУ прийняла Цивільний кодекс України та Господарський кодекс України, що дали імпульс для реалізації заходів із реформування системи охорони здоров'я України. Зокрема, Цивільним кодексом договір про надання медичних послуг віднесено до категорії публічних договорів; Господарський кодекс передбачає таку форму діяльності закладів охорони здоров'я, як державне або комунальне некомерційне підприємство, що на послуги соціального характеру, до яких належать також медичні послуги, встановлюються державні фіксовані або регульовані ціни. Однак перелік медичних послуг, охоплених державними гарантіями, досі не визначено, відповідно не встановлені державні фіксовані або регульовані ціни, немає також затвердженого типового договору щодо поставки медичних послуг [152, с.105].

У січні 2005 р. ВРУ внесла зміни до Бюджетного кодексу України, що передбачають фінансування первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського АР Крим і міст обласного значення, оскільки малопотужні сільські й міські територіальні громади не можуть забезпечити необхідний обсяг фінансових ресурсів для надання медичної допомоги у цих закладах. Проте з 2006 р. дія таких правових норм призупинена, а у 2008 р. згідно із Законом України „Про Державний бюджет України на 2008 рік та про внесення змін до деяких законодавчих актів України” від 28. 12. 2007 р. № 107-VI вони втратили чинність.

Наприкінці 2005 р. Президент України видав Указ „Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” (Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я), що передбачає здійснення заходів із розвитку сімейної медицини в Україні, створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги, підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення, впровадження обґрунтованих державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги, ефективної та прозорої моделі фінансування галузі, що орієнтована на реальні потреби пацієнтів, розроблення та впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я стандартів

медичної допомоги, раціоналізації використання ресурсів, удосконалення системи управління галуззю [135]. Ключовим питанням залишається оптимізація мережі закладів охорони здоров'я, оновлення їхньої матеріально-технічної бази і забезпечення діяльності в єдиному медичному просторі держави (додаток Е).

Таким чином, аналіз національної нормативно-правової бази дає змогу зробити висновок, що законодавство України, яке стосується управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей, характерне достатнім рівнем систематизації, наявністю розроблених із урахуванням основних міжнародних вимог законодавчих та підзаконних актів. Тому, незважаючи на певні недоліки, воно придатне для реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я дітей.

Однак національну правову базу нині ще не можна вважати досконалою, оскільки поліпшення потребує практика реалізації законів, що регулюють фінансування та управління закладами охорони здоров'я дітей. Так, окремі правові норми суперечать одна одній, є загальними, що призводить до неоднозначного їх тлумачення, і потребують уточнення й адаптації з урахуванням специфіки управління фінансовими ресурсами згаданих закладів.

У законодавстві також відсутня відповідність між обсягами надання безоплатної медичної допомоги, гарантованої державою, та виділеними бюджетними коштами на реалізацію зазначеної функції, не врегульовано дії закладів охорони здоров'я дітей у разі їх недофінансування згідно з потребами. Це призводить до того, що медичні заклади не можуть безкоштовно надавати достатні за обсягом, високоякісні та доступні медичні послуги дітям, оскільки заклад охорони здоров'я не має права відмовити пацієнтові у медичній допомозі, а бюджет неспроможний відшкодувати необхідні для цього витрати.

Не вирішеними у національній законодавчій базі залишаються правові норми, пов'язані із формуванням регульованого ринку медичних послуг. Це стосується, зокрема, таких проблем:

- меж та етапів децентралізації управлінських функцій, у т.ч. щодо фінансової автономності, розвитку ефективніших механізмів управління на рівні

закладу охорони здоров'я шляхом підвищення правової компетентності їхніх керівників, впровадження сучасних інформаційних систем;

- розроблення стратегій стримування витрат на медичну допомогу та раціонального використання ресурсів;

- розроблення науково-обґрунтованого механізму визначення пріоритетів та на його основі – Програми соціальних гарантій медичної допомоги в обсягах коштів, передбачених у бюджеті;

- визначення стратегічних підходів до реформування стаціонарної медичної допомоги та інтенсифікації розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;

- забезпечення обґрунтованого співвідношення між принципами солідарності та конкуренції;

- системи оплати праці виробників медичних послуг із урахуванням їх результативності;

- захисту прав пацієнтів та визначення правових засад щодо практики співучасті населення в оплаті вартості медичних послуг [153,с.12].

Від розв'язання окреслених проблем значною мірою залежать подальша структура органів управління системою охорони здоров'я, обсяг і характер управлінських фінансових повноважень основних учасників цієї системи, а також визначення характеру й черговості нормативно-правових та практичних заходів щодо її реформування.

Актуальним залишається створення нормативно-правової бази для регулювання обов'язкового медичного страхування в Україні, доцільність запровадження якого викликає широку дискусію в урядових колах, у представників медичної громадськості, науковців, економістів, страховиків та інших категорій населення. За роки незалежності здійснена не одна спроба ухвалити закон про обов'язкове медичне страхування, було напрацьовано одинадцять законопроектів із цих питань, але жоден із них не затвердила ВРУ. Зазначені законопроекти базуються або на концепції соціального страхування і передбачають створення одного національного страхового фонду, або – на

концепції обов'язкового цивільного (комерційного) страхування та орієнтовані на формування конкурентного ринку обов'язкового медичного страхування за участю багатьох комерційних страхових компаній. Концептуальні відмінності моделей медичного страхування наведені в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Характерні ознаки моделей обов'язкового медичного страхування [14, с.33]

Модель за концепцією соціального медичного страхування	Модель за концепцією обов'язкового цивільного (комерційного) медичного страхування
<ul style="list-style-type: none"> – солідарність фінансування; – універсальна програма послуг для всіх застрахованих (справедливість); – неконкурентна універсальна страхова система, що унеможливує селекцію страхових ризиків і негативний вплив на справедливість; – порівняно простий механізм управління системою. 	<ul style="list-style-type: none"> – регресивність фінансування (бідні платять більше, ніж багаті); – різні програми послуг залежно від суми страховки; – створення конкурентних страхових ринків, за яких неминуче „зняття вершків” і зменшення справедливості; – складний із точки зору реалізації механізм управління.

На наш погляд, основними причинами неприйняття у парламенті закону про медичне страхування є наступні:

- відсутність консенсусу серед осіб, які впливають на прийняття політичних рішень, щодо вибору моделі медичного страхування;
- підвищення податкового тиску на юридичні та фізичні особи у зв'язку зі сплатою ними страхових внесків, унаслідок чого може знизитися конкурентоспроможність продукції і посилюється тенденція „тінізації” економіки;
- недостатньо високий рівень економічної активності суб'єктів господарювання, поширення практики видачі заробітної плати „в конвертах”, високий рівень безробіття, що перешкоджатиме акумуляції в достатньому розмірі коштів на медичне страхування;
- впровадження обов'язкового медичного страхування суперечить конституційному праву людини на вільний вибір системи медичного страхування;
- відсутність ефективної системи взаємозв'язку між кількістю та якістю

наданої медичної допомоги, оплатою праці медичного персоналу, фінансуванням закладів охорони здоров'я, які б забезпечували прозорість та ефективність функціонування медичного страхування;

– у законопроектах не передбачено вигоди для медичних працівників у зв'язку із запровадженням медичного страхування.

Враховуючи переваги та недоліки різних моделей медичного страхування і національні особливості України, констатуємо, що для нашої держави неприйнятною є модель за концепцією цивільно-правового обов'язкового медичного страхування, яка передбачає наявність конкурентного страхового ринку, стабільної економічної ситуації, налагодженого державного механізму, незалежної судової системи (в Україні всі ці ознаки поки що відсутні) та, крім Швейцарії та Нідерландів, більше ніде в розвинених країнах світу не застосовується. У зв'язку з цим, на увагу заслуговує концепція соціального медичного страхування, пропозиції щодо запровадження якої викладені у законопроектах „Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування” № 1040 від 27. 11. 2007 р., № 1040-1 від 18. 12. 2007 р. та „Про внесення змін до деяких законів України (щодо запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування)” № 1040-2 від 8. 01. 2008 р.

Отже, на сучасному етапі доцільно визначитись із майбутньою моделлю розбудови обов'язкового медичного страхування, надавши перевагу концепції соціального медичного страхування, та створити сприятливе організаційно-правове поле для його ефективної реалізації. Здійснення зазначеної реформи має сприяти збільшенню обсягу фінансування системи охорони здоров'я і забезпечити раціональний розподіл та використання фінансових ресурсів закладів даної галузі.

Висновки до розділу 1

Всебічно дослідивши концептуальні та організаційно-правові засади фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей, можна зробити такі резюме:

1. В умовах зростаючої захворюваності та смертності дитячого населення актуальними є розроблення та реалізація заходів, спрямованих на покращення їхнього здоров'я, та перенесення пріоритетів у фінансуванні саме на заклади, які забезпечують охорону здоров'я дітей. У зв'язку з цим медичні інституції доцільно, на нашу думку, розмежовувати з урахуванням вікової категорії населення, якому надають медичні послуги, та відобразити під окремим кодом у бюджетній класифікації видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей.

2. Визначальним чинником забезпечення дітей доступними і високоякісними медичними послугами і запорукою належного функціонування закладів охорони здоров'я є наявність необхідного для надання таких послуг обсягу фінансових ресурсів. Автором запропоновано трактувати фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей як грошові кошти у фондовій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я дітей для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг дітям.

3. Із метою чіткого розмежування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей та оцінки ефективності використання обмежених коштів доцільно класифікувати фінансові ресурси зазначених інституцій за ознаками: способом формування; джерелами формування; методами надходження; напрямками використання; характером діяльності.

4. У процесі реалізації повноважень органів, які здійснюють управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей, виникають проблеми, пов'язані з невизначеністю щодо приналежності права на управління організаційно-економічними засадами діяльності закладів охорони здоров'я, що належать або передані територіальним громадам (до власних чи делегованих повноважень); дублюванням функцій відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації та головного лікаря районної лікарні в частині управління фінансами; відсутністю достатнього обсягу інформації; зростанням потреби у компетентних в економічних питаннях фахівцях; відсутністю чіткого розуміння різниці між інтенсивним та екстенсивним шляхами здійснення фінансово-

господарської діяльності медичних закладів тощо.

5. Огляд національного законодавства показав, що питання управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей фрагментарно регламентовані положеннями численних нормативно-правових актів, які відповідають міжнародним вимогам і є придатними для визначення та реалізації державної політики охорони здоров'я. Однак діючу правову базу не можна вважати повністю досконалою у зв'язку з наступними недоліками: наявністю суперечностей та неоднозначності тлумачення правових норм; невідповідністю між обсягами надання гарантованої державою безоплатної медичної допомоги та виділеними бюджетними коштами на реалізацію зазначеної функції; відсутністю правових норм, пов'язаних із формуванням регульованого ринку медичних послуг та запровадженням обов'язкового медичного страхування; нерозмежованістю понять „медична послуга” і „медична допомога”; відсутністю алгоритму розрахунку вартості медичних послуг; нерозробленням єдиної стратегії реформування організаційно-економічних засад галузі охорони здоров'я тощо.

6. Основні наукові результати розділу опубліковані в працях автора [78; 79; 80].

РОЗДІЛ 2

ПРАГМАТИКА І ПРОБЛЕМАТИКА УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

2.4. Оцінка методів управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей

За несприятливої демографічної ситуації, що зберігається в Україні, підвищення рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед дітей особливої значимості набуває створення умов для формування, збереження і зміцнення їхнього здоров'я. Важлива роль у забезпеченні реалізації пріоритетної державної політики у даному напрямі належить закладам охорони здоров'я дітей, мережа яких охоплює Українську спеціалізовану лікарню „Охматдит”, 28 обласних дитячих лікарень, 97 дитячих міських, 6 інфекційних, 4 туберкульозні лікарні для дітей, 48 будинків дитини, 58 дитячих поліклінік, 3,3 тис. медичних закладів, що мають дитячі відділення чи кабінети, 23 загальнодержавних спеціалізованих санаторно-курортних закладів на 9346 ліжок та ін. В усіх стаціонарах країни у 2007 р. налічувалося 54828 ліжок для дітей, це близько 13,56% від ліжкового фонду закладів системи МОЗ України [129].

Функціонування закладів охорони здоров'я дітей у рамках цілей і завдань, визначених державною політикою, забезпечується через певну сукупність фінансових методів управління, на вибір яких впливають форма власності та господарсько-правовий статус закладів охорони здоров'я дітей. Оскільки найбільш чисельними є бюджетні заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, детальніше розглянемо особливості управління саме їх фінансовими ресурсами.

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я дітей відповідно до законодавства є бюджетними установами, основною метою діяльності яких є надання високоякісних медичних послуг дітям. Згідно з Бюджетним кодексом України від 21. 06. 2001 р. № 2542 – III бюджетна установа – це орган, установа чи організація, визначена Конституцією України, а також організація, створена в установленому порядку органами державної влади, органами влади АРК чи органами місцевого самоврядування, яка повністю утримується за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевих бюджетів [11]. Проте, на наш погляд, із даним визначенням не можна погодитись, оскільки в сучасних умовах державні та комунальні заклади охорони здоров'я фінансуються не тільки за рахунок бюджетних коштів, а отримують власні надходження. Тому вважаємо за доцільне трактувати бюджетну устанovu охорони здоров'я дітей як *організацію, створену в установленому порядку органами державної влади, органами влади АРК чи органами місцевого самоврядування, яка утримується за рахунок відповідно державного чи місцевих бюджетів і/або власних надходжень від некомерційної діяльності.*

Одним із методів управління фінансами закладів охорони здоров'я дітей є фінансове планування і прогнозування, в процесі якого визначають обсяги фінансових ресурсів, що перебуватимуть у розпорядженні медичної інституції. Розгляд практики фінансового планування у галузі охорони здоров'я дітей дає змогу стверджувати, що воно здебільшого необ'єктивне і не має належного наукового підґрунтя, оскільки не розроблено нової системи норм та нормативів, яка б реально враховувала та відображала потребу в ліжковому фонді, а, отже, і фінансових ресурсах закладів охорони здоров'я дітей. Прикладом може служити ситуація з реструктуризацією ліжкового фонду для дітей. Так, в умовах зростаючої захворюваності дітей за 2000–2007 рр. на 10,5% та поширеності хвороб – на 15,9% зменшено кількість лікарняних ліжок для дітей зі 59297 до 54828 (на 0,8%), дитячих санаторіїв та ліжок у них. Дані заходи здійснюють для підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, що виділяються на утримання закладів охорони здоров'я дітей, проте належно не обґрунтовані щодо

доцільності такого скорочення, не підкріплені розвитком ланки ПМСД дітям і суттєво не поліпшують фінансовий стан медичних закладів. Ми розцінюємо це як негативну тенденцію, оскільки згадані заходи призводять до необ'єктивного формування штатів посад медичного персоналу (визначається на підставі кількості ліжок), погіршення якості медичних послуг, відсутності доступності та можливості забезпечення зростаючої потреби дітей у медичній допомозі. Ми погоджуємося із Т.Грузевою, яка вважає, що спроби реформування галузі охорони здоров'я шляхом скорочення ліжкового фонду і штатів медичних працівників закладів охорони здоров'я первинного рівня здійснені без будь-яких організаційних змін і призвели лише до порушення напрацьованих схем їх роботи. При цьому економічний ефект, очікуваний від здійснених заходів, зведений нанівець збільшенням навантаження на лікувальні заклади вторинного і третинного рівнів, лікування в яких коштує дорожче, ніж у закладах первинного рівня [21, с.62]. Крім того, у регіонах із високою захворюваністю дітей (Київська, Кіровоградська, Чернігівська області) спостерігається надмірна інтенсивність роботи ліжок закладів охорони здоров'я дітей.

Недосконалість діючих норм і нормативів та відсутність нових, що враховували б сучасні реалії, призводить до необґрунтованості планування видатків за основними статтями кошторису закладів охорони здоров'я дітей.

Проаналізуємо порядок планування видатків на оплату праці в закладах охорони здоров'я дітей, оскільки в структурі видатків названих суб'єктів господарювання на фінансування даного КЕКВ кошторису разом із нарахуваннями на оплату праці припадає близько 65% коштів. В основу розрахунку кількості посад лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу покладено: для дитячих лікарень та дитячих санаторіїв показник кількості ліжок, для дитячих поліклінік – кількість дітей, які прикріплені до поліклініки, для будинків дитини – кількість дітей, котрі в них перебувають. Наприклад, у дитячих лікарнях (обласних, міських) та дільничних лікарнях одна посада лікаря-педіатра педіатричного відділення встановлюється на 20 ліжок; посади медичних сестер встановлюються з розрахунку один цілодобовий пост на

20 ліжок (при триступеневій системі обслуговування) / 15 ліжок (при двоступеневій системі обслуговування); посади молодших медичних сестер – 1 цілодобовий пост на 20 ліжок / 30 ліжок. У дитячих поліклініках та поліклінічних відділеннях дільничних лікарень встановлюються 1,25 посади лікаря-педіатра на 1000 дітей; посади дільничних медичних сестер – 1,5 посади на кожну посаду лікаря-педіатра; посади молодших медичних сестер лікарських кабінетів – 1 посада на кожні три посади лікарів-педіатрів дільничних [86].

Зазначеним наказом також визначено граничну штатну чисельність працівників цих закладів, а їх керівникам у разі виробничої потреби надано право змінювати штати окремих структурних підрозділів у межах однієї категорії персоналу, не перевищуючи при цьому визначений у кошторисі фонд оплати праці. Отже, керівник закладу охорони здоров'я дітей позбавлений права з власної ініціативи замінити, наприклад, непотрібну з погляду виробничої необхідності того чи іншого клінічного підрозділу посаду лікаря доцільнішою посадою медичної сестри або ж, наприклад, замінити посаду фактично зайнятої лише прибиранням приміщень молодшої медичної сестри (санітарки) „дешевшою” з точки зору оплати праці та цілком підходящою для виконання такої роботи кваліфікації – посадою прибиральниці [114, с.115].

Практика засвідчує, що зазначений порядок визначення штатів працівників закладів охорони здоров'я дітей не враховує кількості пролікованих у стаціонарі дітей чи дітей, які відвідали дитячу поліклініку, тобто кількість фактично наданих медичних послуг, і призводить до неефективного витрачання фінансових ресурсів (керівники закладів зацікавлені у зростанні ліжкового фонду, оскільки це збільшує обсяг виділених із бюджету коштів на їх утримання) у даних закладах через прості ліжок, роздування штатів тощо.

Суттєвою проблемою галузі охорони здоров'я залишається низький рівень заробітної плати працівників медичних закладів. У 2007 р. середньомісячна номінальна заробітна плата в галузі охорони здоров'я становила 871 грн. (що у 5,6 раза більше, ніж у 2000 р.), ще нижчою вона була лише у галузі сільського господарства – 733 грн. Окрім того, спостерігається негативна тенденція

зниження рівня середньої заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я щодо відповідного показника в промисловості. Наприклад, якщо у 1995 р. різниця між середньою заробітною платою в охороні здоров'я і промисловості становила 14 грн., то у 2007 р. – вже 683 грн. (рис. Ж.1 додатку Ж). Темп зростання номінальної заробітної плати в охороні здоров'я теж дуже низький: за 1995–2007 рр. становив лише 11,6 раза, а у промисловості заробітна плата за цей період зростає у 17,5 раза, фінансовій діяльності – 16,1 раза, державному управлінні – 22,9 раза, авіаційному транспорті – 23,3 раза.

Співвідношення рівнів заробітної плати медичного персоналу за 2003–2007 рр. порівняно з такими соціальними стандартами, як мінімальна заробітна плата і прожитковий мінімум, показує, що лише починаючи з 2005 р. середня заробітна плата у галузі охорони здоров'я перевищила розмір зазначених показників для працездатних осіб (рис. Ж.2 додатку Ж).

Окрім того, система заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я дітей характеризується відсутністю оптимальних міжпосадових співвідношень. Наприклад, посадовий оклад лікаря-хірурга вищої кваліфікаційної категорії на 1.01.2008р. встановлений на рівні 1138 грн., лікаря іншої спеціальності та провізора аптеки тієї ж категорії – 917 грн., медичної сестри тієї ж категорії – 855 грн., молодшої медичної сестри – 608 грн*. Звичайно, така диференціація є несправедливою і, враховуючи рівень відповідальності й складність роботи, викликає невдоволення у висококваліфікованих фахівців. Не витримує порівняння і розмір заробітної плати працівників бюджетних та приватних закладів охорони здоров'я дітей (в останніх гонорар медичного персоналу в кілька разів вищий).

Описані вище підходи до планування чисельності персоналу закладів охорони здоров'я дітей та розміру витрат на їхню оплату праці не можна вважати раціональними, оскільки вони не сприяють підвищенню економічної ефективності роботи зазначених інституцій, встановленню контролю за витратами та не відображають реальні медичні потреби дитячого населення. Тому одним із

* Розраховано автором на основі [31; 87]

пріоритетів реформування системи охорони здоров'я має стати впровадження нових форм оплати праці, що дали б змогу отримувати працівникам закладів охорони здоров'я легальний і адекватний затрачений праці заробіток.

Що стосується планування видатків за іншими КЕКВ кошторису вищезазначених закладів, то розрахунок обсягів асигнувань для їхнього фінансування базується на фактичних даних минулого року з незначними коригуваннями. Нормативний метод планування практично не використовується, оскільки через нестачу фінансових ресурсів визначені обсяги витрат (потреба) закладів охорони здоров'я на 100% не фінансуються. Наприклад, видатки на продукти харчування розраховують на основі вартості встановленого на одного хворого добового набору продуктів харчування, диференційованого за профілем відділень і віковими групами дітей та кількістю ліжко-днів. Проте фактично вони фінансуються із врахуванням фінансових можливостей відповідного бюджету та не відповідають реальній потребі закладів охорони здоров'я дітей.

Діючі нормативи, що регулюють ключові показники ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я дітей, не враховують наукових і технологічних інновацій у медицині, що мало б бути відображено у відповідних змінах напрямків потоків ресурсів. Наприклад, методи ендоскопічної хірургії дали змогу здійснювати менш травматичні хірургічні втручання і відповідно скоротили період післяопераційної реабілітації. Проте це не відобразилось на нормативах, що пов'язують між собою кількість ліжок хірургічних, гінекологічних та інших оперативних відділень із кількістю штату, який працює в них.

На основі викладеного можна зробити висновок, що проблема розроблення науково-обґрунтованих норм і нормативів, які використовують у процесі планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей, залишається актуальною на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я і потребує розв'язання.

Необхідною передумовою функціонування закладів охорони здоров'я дітей є фінансове забезпечення їх діяльності, яке здійснюється у таких формах

(рис. 2.1): державного (бюджетного) фінансування, некомерційного самофінансування, добровільного медичного страхування, благодійництва.

Державне фінансування закладів охорони здоров'я дітей здійснюється за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, тому дане поняття часто ототожнюють із бюджетним фінансуванням.



Рис. 2.1. Форми фінансового забезпечення державних та комунальних закладів охорони здоров'я дітей.

В економічній літературі зустрічаються різні підходи до трактування сутності „бюджетного фінансування”, проте, на наш погляд, найповніше зазначений термін висвітлений у публікації В. Дем'янишина. На його думку, бюджетне фінансування – це сукупність грошових відносин, пов'язаних із розподілом і використанням коштів централізованого грошового фонду держави, які реалізуються шляхом безповоротного й безоплатного надання бюджетних коштів юридичним і фізичним особам на проведення заходів, передбачених бюджетом [23, с.46]. До найважливіших принципів зазначеного виду фінансування належать: цільове використання коштів, безповоротність використаних ресурсів, безкоштовність, дотримання режиму економії.

Самофінансування передбачає використання власних фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей. Зазначена форма фінансового забезпечення є основною при організації фінансового механізму приватних медичних закладів,

що займаються комерційною діяльністю. Впровадження механізмів некомерційного самофінансування у діяльність бюджетних закладів охорони здоров'я дітей стало вимушеним кроком через дефіцит бюджетних фінансових ресурсів і неспроможність держави повноцінно утримувати даний сектор. Некомерційна діяльність бюджетних установ не має на меті отримання прибутку, здійснюється для залучення додаткових фінансових ресурсів від надання платних послуг та іншої некомерційної діяльності, дозволеної законодавством, тому власні надходження закладів охорони здоров'я дітей суттєвої ролі у формуванні їх фінансового потенціалу не відіграють.

Добровільне медичне страхування передбачає залучення від юридичних і фізичних осіб страхових внесків та у разі виникнення страхового випадку – оплату за їх рахунок медичних послуг, які надаються закладами охорони здоров'я дітей різних форм власності чи приватно практикуючими лікарями. Зазначена форма фінансового забезпечення медичних інституцій більш поширеною є у зарубіжній практиці, проте в Україні через низький рівень платоспроможності населення трапляється рідко.

Благодійництво передбачає добровільне, безкорисливе надання фізичними та юридичними особами благодійної допомоги у грошовому чи натуральному виразі медичним інституціям і може здійснюватися у формі меценатства й спонсорства. Незважаючи на добровільність зазначеної форми фінансового забезпечення, заклади охорони здоров'я часто використовують її для відшкодування вартості законодавчо заборонених платних медичних послуг, які надаються пацієнтам.

Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я здійснюється за допомогою таких методів: кошторисного; програмно-цільового; за надані медичні послуги.

Кошторисне фінансування – це виділення коштів на утримання закладів, установ і організацій, виконання певних програм та реалізацію певних заходів на підставі спеціального фінансового документа – кошторису [10, с.309]. Це традиційна для України форма фінансування закладів охорони здоров'я дітей, до

переваг якої відносять можливість достатньо чіткого прогнозування видатків (за відсутності інфляції), контролю за цільовим витрачанням коштів і обмеження їх абсолютного розміру. Однак кошторисне фінансування не пов'язує витрачені фінансові ресурси з досягнутими результатами та не дає змоги оперативно маневрувати коштами між елементами видатків (за економічною класифікацією) кошторису при зміні обсягу діяльності медичної інституції.

Програмно-цільовий метод фінансування передбачає визначення об'єктів, чіткої мети фінансування і необхідних ресурсів, сприяє уникненню нецільового використання бюджетних коштів, спрямований на результативне їх витрачання та передбачає персональну відповідальність керівників закладів охорони здоров'я за досягнення соціальних результатів бюджетних програм. Цінність зазначеного методу фінансування в тому, що він дозволяє підходити до реалізації програми комплексно; негативною особливістю є те, що фінансування за програмно-цільовим методом здійснюється за залишковим принципом. У сучасних умовах на основі програмно-цільового методу фінансуються лише видатки з державного бюджету, тому актуальною проблемою є його запровадження на місцевому рівні.

На поліпшення організації медичного обслуговування і задоволення потреб дітей впливають державні й галузеві програми, серед яких: національні програми „Планування сім'ї”, „Діти України”, „Цільова комплексна програма генетичного моніторингу”, „Про затвердження комплексних заходів розвитку дитячої кардіохірургічної служби”, довгострокова програма „Поліпшення становища жінок, охорони материнства і дитинства”, міжгалузєва комплексна програма „Здоров'я нації на 2002–2011” та інші. Зокрема, в процесі реалізації програми „Здоров'я нації на 2002–2011” у 2006р. було здійснено ряд заходів: запроваджено в діяльність амбулаторно-поліклінічних закладів діагностично-оздоровчу систему „Здоров'я дітей та підлітків”; здійснено профілактичні огляди дітей у загальноосвітніх навчальних закладах на рівні охоплення 90–100% дітей у цих закладах; забезпечено поступовий перехід до системи медичної допомоги дітям за принципом лікаря загальної практики/сімейного лікаря; забезпечено атестацію і функціонування клінік, „дружніх до молоді”, та лікарень, „доброзичливих до

дитини”); забезпечено дітей і підлітків ліками при амбулаторному лікуванні на пільговій основі – від 1,98 грн. витрачених бюджетних коштів на 1 дитину у Волинській області до 226 грн. на 1 дитину в Тернопільській області; розширено можливості надання медичної допомоги дітям сільської місцевості тощо [46].

Фінансування за надані медичні послуги є найточнішим методом визначення витрат, здійснюється при добровільному медичному страхуванні та некомерційному самофінансуванні закладів охорони здоров'я дітей як від передбачуваного (планованого), так і від фактичного обсягу наданих послуг і пов'язане з розрахунком цін (тарифів). Формування механізму ціноутворення на медичні послуги є однією з найважливіших проблем функціонування ринку медичних послуг в Україні, оскільки, з одного боку, вартісна оцінка медичної допомоги стала необхідною у зв'язку з переходом до нових форм господарювання, а з іншого – медичне страхування може бути впроваджене тільки за наявності показників вартості медичних послуг, що визначають величину страхових внесків. У той же час проблеми, пов'язані з ціноутворенням, далеко не розв'язані й стосуються: відсутності єдиного методичного підходу до формування цін; розбіжності в питанні про те, який вид витрат має бути в основі визначення рівня цін (фактичні або такі, що забезпечують стандарти лікування хворих і т. д.), та яку одиницю обрати для виміру обсягу наданих медичних послуг. Спірним залишається питання про те, чи ціни повинні бути єдиними для однакових видів медичних послуг, чи їх слід диференціювати залежно від рівня надання, економічних умов функціонування медичного закладу, чи встановлювати для кожного закладу охорони здоров'я дітей індивідуально. Недоліком методу оплати за надані медичні послуги є те, що в умовах інфляції доводиться часто переглядати ціни.

Одним із методів управління фінансами закладів охорони здоров'я є фінансовий контроль – це комплекс заходів, що вживають законодавчі та виконавчі органи влади всіх рівнів, а також спеціально створені установи для забезпечення законності й ефективності формування, володіння та використання фінансових ресурсів із метою захисту фінансових інтересів держави, місцевого

самоврядування, суб'єктів господарювання та громадян, а також успішного досягнення намічених цілей у сфері фінансів [155, с.581]. Організація фінансового контролю передбачає вплив суб'єкта контролю на об'єкт (рис. 2.2).

Робота контролюючих органів у закладах охорони здоров'я дітей зводиться переважно до контролю за цільовим та ефективним використанням бюджетних коштів, їх збереженням, максимальним відшкодуванням збитків винними особами, мобілізацією до бюджету платежів й інших надходжень, що були приховані в обліку та звітності. Проте чинний інститут фінансового контролю не може сповна запобігти розбазарюванню бюджетних коштів, зловживанням із фінансовими і матеріальними ресурсами у закладах охорони здоров'я, а, отже, потребує реформування. Підтвердженням цього є інформація, наведена у додатку 3, аналіз якої свідчить про зростання виявлених фінансових порушень у медичних закладах Тернопільської області протягом 2004–2007 рр. в 1,2 раза. Негативною тенденцією є зменшення частки усунутих фінансових порушень у загальній сумі виявлених порушень із 96,9% у 2005 р. до 81,9% у 2007 р., що підтверджує зниження ефективності прийнятих управлінських рішень у напрямку реалізації результатів контрольних заходів.



Рис. 2.2. Схема здійснення фінансового контролю у закладах охорони здоров'я дітей *

При виконанні кошторисів закладів охорони здоров'я дітей виникає потреба в оперативному управлінні фінансово-господарською діяльністю даних закладів, метою якого є досягнення запланованих результатів та ліквідація недоліків, що можуть виникнути в процесі формування і використання фінансових ресурсів. Найбільшою компетенцією у питаннях оперативного управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я наділений головний лікар, оскільки він може у першу чергу виявити недоліки у фінансово-господарській діяльності та прийняти управлінські рішення щодо їх усунення. Однак, як доводить практика, керівники медичних закладів та їх заступники через низький рівень управлінської та фінансової автономії обмежені у правах самостійно приймати рішення щодо формування та використання фінансових ресурсів, зокрема через жорсткі постатейні обмеження кошторису вони не можуть оперувати коштами, що перебувають у їх розпорядженні. Така ситуація зумовлена тривалою централізацією управління вітчизняною системою охорони здоров'я із застосуванням адміністративних методів. Як правильно зазначають дослідники проблем організації охорони здоров'я, раніше вважалося, що для ефективного управління галуззю необхідне застосування лише авторитарного впливу керівника [89, с.39], високої вимогливості до підлеглих, звичайного управління [110], інтуїції. Проте практика показує, що дотримання таких поглядів себе не виправдовує, і „зараз неможливо ефективно виконувати функції планування, організації, мотивації та контролю, опираючись на власний емпіричний досвід [89, с.39]”.

Ще однією проблемою сучасної системи охорони здоров'я є відсутність сучасного кадрового потенціалу менеджерів, здатних еволюційно змінювати консервативні форми застарілої системи надання медичної допомоги, формувати структури та відносини в охороні здоров'я на основі економічних, ринкових

* Розроблено автором на основі даних [113, с.51–60; 155, с.584–596].

закономірностей, забезпечити ефективне управління і регулювання ринків медичних послуг [6]. Дуже часто керівники закладів охорони здоров'я дітей недосконало знають сучасні форми і методи менеджменту, в т. ч. фінансового, оскільки основною їх освітою є медична, і не можуть адаптуватися до ринкових умов господарювання. За даними соціологічних досліджень, лише 50% керівників закладів охорони здоров'я готові до роботи в нових економічних умовах діяльності зазначених закладів. До того ж, готовність до такої роботи зменшується зі збільшенням віку і стажу роботи керівника та зростанням потужності медичного закладу [122, с.63]. За цих умов актуальною є зміна якісних форм, методів і змісту управління фінансами закладів охорони здоров'я дітей, оскільки без цього неможливо буде побудувати адекватну сучасним запитам модель фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Для організації управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей необхідні:

- нормативно-правове забезпечення, яке представлене законами, підзаконними актами, нормами, інструкціями тощо;
- інформаційне забезпечення – сукупність різного роду інформації, необхідної для ефективного управління фінансовою діяльністю закладу. Якість управлінських рішень у сфері охорони здоров'я залежить від повноти інформації, що використовують у процесі їх прийняття – чим повніша і достовірніша інформація, тим глибша обґрунтованість і вища потенційна результативність управлінських рішень [49, с.54]. Проте сучасна система управління закладами охорони здоров'я дітей характеризується низьким рівнем інформаційного забезпечення, невідповідністю та поверховістю даних, на чому в своїх публікаціях акцентують увагу науковці [15, с.66; 19, с.181; 49, с.53]. У зв'язку з цим нагальним є впровадження нової концепції інформаційного забезпечення охорони здоров'я, що враховувала б потреби в інформації всіх рівнів управління медичними закладами і стала підґрунтям для прийняття ефективних управлінських рішень щодо формування й використання їх фінансових ресурсів.

- організаційне забезпечення – система органів, які розробляють і приймають управлінські рішення у процесі формування й використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей та відповідають за результати даних рішень;
- технічне забезпечення – сукупність устаткування, необхідного для ефективної роботи органів управління;
- програмне забезпечення – наявність відповідного пакета прикладних програм для роботи персональних комп'ютерів із метою розроблення та прийняття ефективних управлінських рішень у процесі фінансової діяльності закладу охорони здоров'я дітей, зокрема можливість застосування сучасних і перспективних методів ситуативного моделювання на основі комп'ютерних технологій і систем штучного інтелекту [6].

Викладене свідчить, що ефективність управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей залежить від вибору методів управління, які мають бути взаємопов'язані, узгоджені й спрямовані на оптимізацію формування і раціональне використання фінансових ресурсів зазначених інституцій із метою задоволення потреб дітей у високоякісних та доступних медичних послугах.

2.2. Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей

В умовах переходу галузі охорони здоров'я до багатоканальної моделі фінансового забезпечення актуальним є вирішення питання про порядок формування та структуру джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей, оскільки від цього залежать можливість реалізації конституційного права дітей на охорону здоров'я та фінансова стійкість обраної моделі фінансового забезпечення зазначеної галузі.

Згідно з нормативно-правовою базою покриття витрат, пов'язаних із наданням гарантованого обсягу медичної допомоги, передбачається за рахунок бюджетних коштів і коштів фондів обов'язкового медичного страхування. Фінансове забезпечення медичних послуг понад базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги здійснюється за рахунок коштів

добровільного медичного страхування, благодійних внесків та інших джерел.

Сучасна модель фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей є бюджетною із залишковим принципом фінансування, який базується на показниках ресурсного забезпечення, не враховує кінцеві результати діяльності вищеназваних суб'єктів господарювання та не має механізмів залучення коштів, які б могли значно покращити їх фінансовий стан. Така ситуація викликана природою бюджетних медичних закладів, підставою для виділення коштів яким є факт їх існування, а не те, наскільки успішно вони підтримують або поліпшують стан здоров'я дітей. Основні переваги та недоліки діючого кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я дітей наведено у додатку И.

Дослідження джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дає змогу констатувати, що пріоритетним джерелом формування їх фінансових ресурсів, як свідчать дані рис. 2.3, є державний та місцеві бюджети, частка надходжень з яких у 2007 р. становила 95,5%.



Рис. 2.3. Структура джерел формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в Україні у 2007 р., % *

Розподіл видатків на фінансування закладів охорони здоров'я між державним та місцевими бюджетами регламентовано статтею 87 Бюджетного кодексу України. Відповідно до законодавства більшість закладів охорони здоров'я фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів, про що свідчать і

* Складено на основі даних [42].

дані рис. 2.4.

Протягом 2001–2008 рр. обсяг фінансування закладів охорони здоров'я зріс у 4,3 раза. Основним джерелом фінансових ресурсів зазначених інституцій залишаються кошти місцевих бюджетів, абсолютна величина яких щороку збільшується. Проте спостерігається тенденція до зменшення частки місцевих бюджетів і зростання питомої ваги коштів державного бюджету у фінансовому забезпеченні закладів охорони здоров'я. Так, у 2001 р. частка видатків із місцевих бюджетів становить 87,2%, із державного – 12,8%; 2002 р. – 85,6% та 14,4%; 2003 р. – 82,6% та 17,4%; 2004 р. – 81,7% та 18,3%; 2005 р. – 84,2% та 15,8%; 2006 р. – 79,3% та 20,7%; 2007 р. – 77,1% та 22,9%; 2008 р. (план) – 77,7% та 22,3% відповідно.

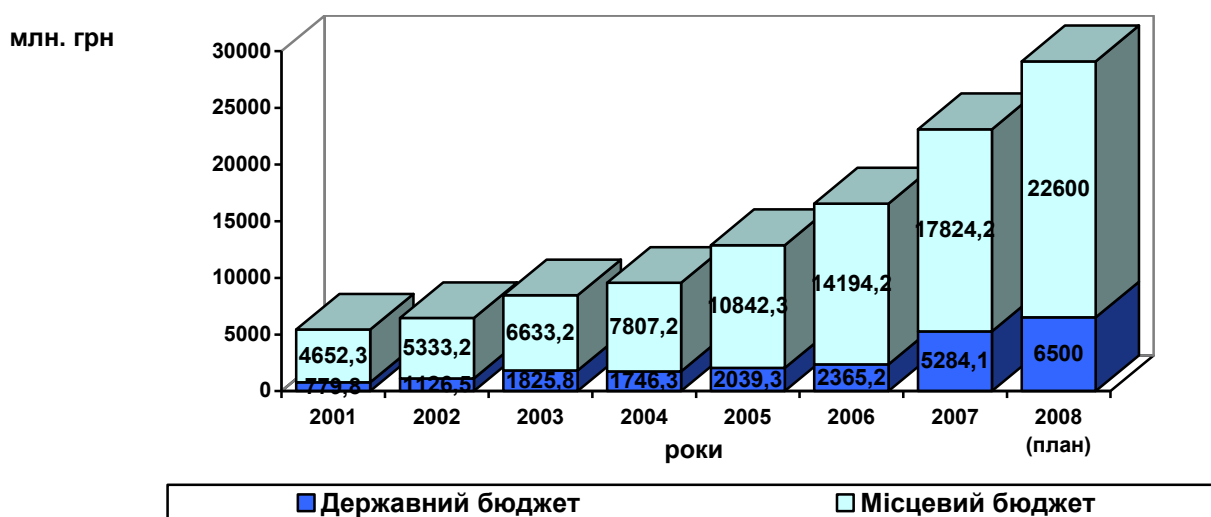


Рис. 2.4. Співвідношення коштів державного та місцевих бюджетів України у фінансуванні закладів охорони здоров'я в 2001–2008 рр., млн. грн *.

Аналіз питомої ваги витрат на охорону здоров'я у видатках зведеного бюджету України показує, що частка коштів, виділених на утримання закладів даної галузі, поступово зростає з 11,6% у 2000 р. до 14,4% у 2003 р., проте від 2004 р. – 12,8% спостерігається негативна тенденція до зниження даного показника – до 10,2% у 2007 р. (рис. К.1 додатку К). Динаміку зазначених змін у розрізі державного та місцевих бюджетів у 2000–2007 рр. відображено на рис. К.2 додатку К, дані якого підтверджують швидкі темпи зростання видатків на

* Складено автором на основі даних [41; 42; 45; 152,с.78–80; 153,с.39–42].

охорону здоров'я за рахунок коштів державного бюджету на протипагу збільшенню видатків за рахунок коштів місцевих бюджетів. Видатки загального фонду місцевих бюджетів у 2007 р. зросли на 23%, що на 8% менше, ніж у 2006 р., у той час як видатки загального фонду державного бюджету зросли на 123%, що на 107% більше порівняно з 2006 р.

Низькими залишаються відсотки витрат на охорону здоров'я щодо ВВП (у 2007 р. – 3,3%). Це підтверджує неможливість держави виконувати фінансові зобов'язання щодо забезпечення бюджетними коштами політики охорони здоров'я на рівні, „... не менше 10% національного доходу [30]”. Окрім того, як зазначили фахівці ВООЗ, при витратах на галузь охорони здоров'я менше 5% від ВВП вона не здатна виконувати свої функції. Незважаючи на це, Україна продовжує декларувати безкоштовну медицину.

Для покращення фінансування закладів охорони здоров'я залучалися їхні власні надходження (додаток Л), обсяги яких у 2007 р. становили 1373,1 тис. грн., що на 20,3% більше, ніж у 2006 р. та у 1,7 раза – ніж у 2003 р. У 2006 р. питома вага власних надходжень у загальному обсязі фінансових ресурсів згаданих закладів становила 11,4% (у 2002 р. – 18,9%), а у розрахунку на одного жителя власних надходжень було 29,44 грн. (у 2006 р. – 24,13 грн., 2004 р. – 18,50 грн.) [153, с.43; 154, с.50]. Як негативну тенденцію можна відзначити зменшення частки благодійних внесків та гуманітарної допомоги у структурі джерел фінансового забезпечення медичних інституцій із 3,8% у 2004 р. до 2,4% у 2006 р.

Практику ширшого залучення додаткових фінансових ресурсів за рахунок надання різних видів платних послуг гальмує недосконалість законодавства. Зокрема, неврегульовано порядок надання платних послуг, відсутня єдина методика розрахунку вартості медичних послуг, невеликий перелік послуг, що можуть надавати саме заклади охорони здоров'я дітей, у зв'язку з чим зазначені медичні інституції практично позбавлені можливості збільшувати власні надходження.

Інститут медичного страхування в Україні тільки починає розвиватися й функціонує у вигляді добровільного медичного страхування та лікарняних кас.

Страхові компанії пропонують такі види добровільного медичного страхування як страхування здоров'я на випадок хвороби і безперервне страхування здоров'я. Базові програми медичного страхування охоплюють: амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, стоматологічні послуги, стаціонарне лікування, медичне обслуговування вдома, швидку та невідкладну медичну допомогу. Страхова сума при страхуванні здоров'я на випадок хвороби коливається від 1,5 до 15 тис. дол. США (страхові внески становлять 0,5–5% від цієї суми); при безперервному страхуванні здоров'я – 7 20 тис. дол. США (страхові внески 0,5–0,8% зазначеної суми). За бажанням страхувальника, крім базових програм до страхового полісу можуть належати додаткові страхові програми (вакцинація дітей, медична допомога при поїздках територією України чи за її межами на відпочинок та інші) [151]. Особливість добровільного медичного страхування дітей у тому, що за них платять страхові внески страхувальники – або це батьки (якщо договір страхування укладено з фізичною особою), або страхувальники їх батьків (якщо юридична особа-працедавець застрахувала працівників).

Як підтверджує практика, добровільне медичне страхування в Україні повноцінно не розвивається, оскільки для більшості страхових компаній не забезпечує значного прибутку через високі страхові виплати. Крім того, через низький рівень купівельної спроможності населення воно доступне лише для багатих людей або суб'єктів господарювання, які включають медичне страхування у „соціальний” пакет для своїх працівників.

В Україні також поширеною є негативна тенденція, коли страховики під виглядом медичного страхування намагаються легалізувати надання закладами охорони здоров'я дітей неофіційних „платних медичних послуг” дітям.

Одним із вагомих додаткових джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я протягом останніх років стали кошти лікарняних кас, які використовують на поліпшення медикаментозного забезпечення їхніх учасників. Це свого роду громадські добровільні нагромаджувальні фонди, які створюються з ініціативи громадян та лікарів-активістів. У сучасних умовах спостерігається позитивна динаміка розвитку лікарняних кас, загальна кількість членів яких

становить близько 800,1 тис. осіб. За їх рахунок на потреби закладів охорони здоров'я у 2007 р. надійшло понад 53,7 млн. грн. Якщо аналізувати за регіонами, то найбільше коштів до лікарняних кас надійшло у Харківській (17,8 млн. грн.), Житомирській (15,6 млн. грн.), Миколаївській (5,7 млн. грн.) та Чернігівській (5,6 млн. грн.) областях [154, с.51]. Члени лікарняних кас щомісячно вносять або фіксовану суму коштів (по 15–20 грн), або відсоток від заробітної плати чи пенсії (близько 5%) до бюджету каси, які зараховують на їх персональні рахунки.

Існують різні точки зору щодо доцільності діяльності таких інституцій. Противники створення лікарняних кас вважають, що цей процес законодавчо не врегульований та неконтрольований з боку держави, що стає причиною зловживань, фінансових порушень і тому не може бути ефективним. На наш погляд, поки в Україні не буде впроваджено обов'язкове медичне страхування як доповнення до бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, доцільно залучати кошти лікарняних кас, що можна формувати за рахунок внесків населення та роботодавців. Як підтверджує вітчизняний і зарубіжний досвід, діяльність зазначених інституцій сприятиме ефективному використанню фінансових ресурсів, оскільки до контролю залучаються члени лікарняних кас, що підвищує його результативність та забезпечує цільове спрямування наявних коштів.

Частка коштів населення у загальній структурі джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей неухильно зростає за рахунок оплати лікарських засобів та неофіційних платежів за медичну допомогу, яку формально мають надавати безплатно. Затрати населення на оплату медичних послуг та придбання медикаментів коливаються від 35 до 55% від сукупних затрат на охорону здоров'я, в т. ч. неформальні платежі – 24% [150, с.151]. Така ситуація обумовлена відсутністю виваженої стратегії реформування системи охорони здоров'я, недосконалістю законодавства, неефективною організацією управління коштами та є особливо несприятливою для незахищених верств населення, доходи яких не забезпечують фінансування потреби в медичному забезпеченні. У

результаті цього частина населення змушена відмовляти дітям у медичних послугах саме у зв'язку зі складним фінансовим становищем.

Розглянемо особливості формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей. Основним джерелом фінансового забезпечення зазначених інституцій є кошти місцевих бюджетів, що свідчить про перенесення акцентів у фінансуванні охорони здоров'я дітей саме на регіональний рівень. За рахунок коштів державного бюджету в Тернопільській, Вінницькій та Хмельницькій областях фінансуються централізовані заходи, до яких належать: заходи щодо забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я дітей медикаментами, медичним обладнанням, які мають вирішальне або першочергове значення у розв'язанні проблем профілактики та лікування окремих видів захворювань; зміцнення їхньої матеріально-технічної бази; заходи, що здійснюються в рамках цільових програм.

Таблиця 2.1

Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей зі зведених бюджетів Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

Роки	Тернопільська область			Вінницька область			Хмельницька область		
	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %
2001	94632,3	9413,9	9,95	81423,5	10569,3	13,00	153863,4	10862,8	7,06
2002	113957,3	11073,2	9,72	93773,5	13182,2	14,10	176730,6	12512,5	7,08
2003	149945,9	15262,5	10,18	225500,0	32104,1	14,2	198421,6	13968,9	7,04
2004	181971,2	18539,4	10,19	263200,0	20692,1	7,90	236776,0	16622,6	7,02
2005	254048,6	24224,8	9,54	399265,0	27001,8	6,80	320468,0	22880,1	7,14
2006	320401,0	31201,2	9,74	542887,7	38612,0	7,10	429733,0	31315,4	7,29
2007	430512,5	44520,2	10,34	686452,9	49482,6	7,21	549796,2	37376,1	6,80

Аналіз даних, наведених у табл. 2.1., засвідчує позитивну тенденцію зростання обсягів фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей протягом 2001–2007 рр.

* Складено автором на основі даних [36; 141–146].

Проте, незважаючи на зростаючий рівень захворюваності дитячого населення (рис. М.1 та М.2 додатку М), а, отже, збільшення їхньої потреби у медичних послугах, фінансування закладів охорони здоров'я дітей не є пріоритетним напрямом витрачання бюджетних коштів, оскільки частка видатків на утримання згаданих медичних інституцій у загальному обсязі видатків зведених бюджетів областей є незначною і впродовж 2001–2007 рр. становила у середньому в Тернопільській та Вінницькій областях – 10%, у Хмельницькій обл. – 7%.

Порівнюючи темпи приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей (рис.2.5), можна відзначити щорічне підвищення згаданого показника у медичних інституціях усіх областей (за винятком закладів Вінницької обл. – від'ємний приріст фінансових ресурсів –36,5% у 2003 р.).

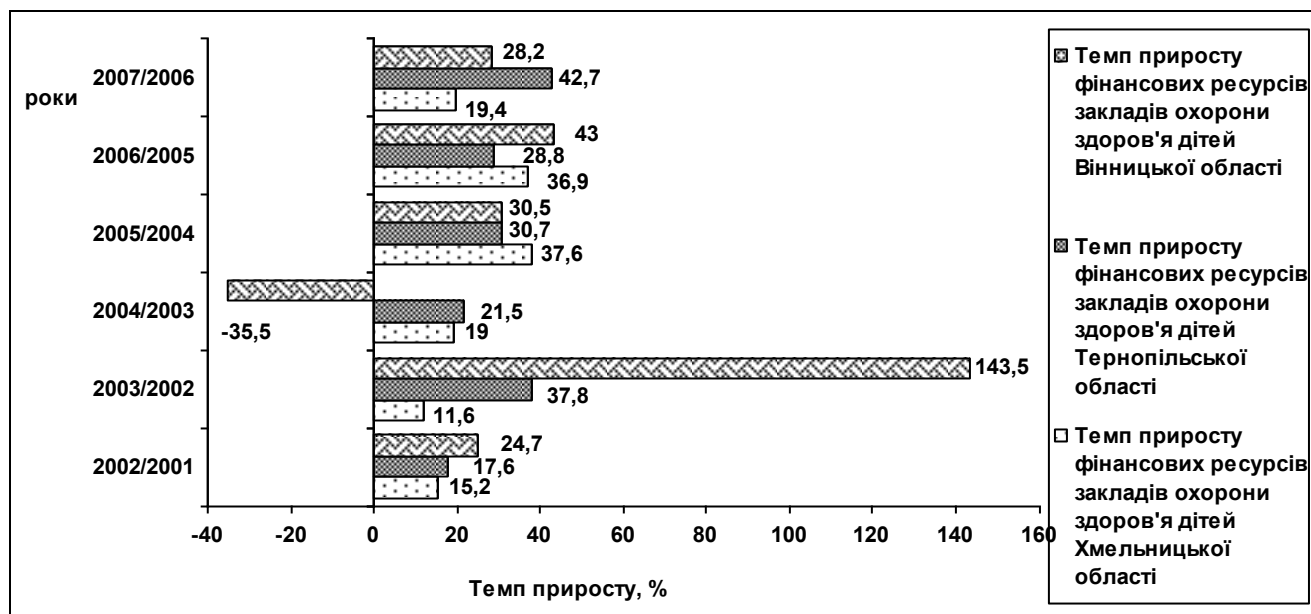


Рис. 2.5. Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., % *

Найвищий темп приросту фінансових ресурсів у 2001–2007 рр. зафіксований у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – його середнє значення становило 29,56%, дещо нижчим він був у закладах Вінницької обл. – 29,34% і найнижчим – у закладах Хмельницької обл. – 22,9%. Згадані суб'єкти господарювання утримуються здебільшого за рахунок надходжень із обласного бюджету (табл. 2.2), що протягом 2001–2007 рр. зросли у Тернопільській обл. – у 5,2 раза, Вінницькій обл.

* Розраховано автором на основі даних [144–146].

– 4,7 раза, Хмельницькій обл. – 3,8 раза. Деяко повільнішими темпами зростали також видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей і з міського бюджету: надходження з бюджету міста Тернополя збільшились у 3,8 раза, бюджету міста Вінниці – 4,7 раза, бюджету міста Хмельницького – 3,2 раза.

Спостерігається позитивна тенденція до зростання частки видатків із обласного бюджету в загальному обсязі видатків на заклади охорони здоров'я дітей із зведеного бюджету Тернопільської обл. на 6,59%, Хмельницької обл. – на 4,33% та негативна тенденція до зменшення – із зведеного бюджету Вінницької обл. – на 0,06%. Питома вага надходжень із міського бюджету на фінансування згаданих закладів у 2007 р. зростає на 0,06% порівняно із 2001 р. у Вінницькій обл. і становила 26,95% та знизилась у Тернопільській обл. – на 6,59%, Хмельницькій обл. – 4,33% і становила відповідно 26,32% і 47,84%.

Таблиця 2.2

Фінансування закладів охорони здоров'я дітей у розрізі місцевих бюджетів Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

Роки	Тернопільська область				Вінницька область				Хмельницька область			
	Видатки з обласного бюджету, тис. грн.	Частка видатків із обласного бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з міського бюджету, тис. грн.	Частка видатків із міського бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з обласного бюджету, тис. грн.	Частка видатків із обласного бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з міського бюджету, тис. грн.	Частка видатків із міського бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з обласного бюджету, тис. грн.	Частка видатків із обласного бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %	Видатки з міського бюджету, тис. грн.	Частка видатків із міського бюджету у загальному обсязі видатків із зведеного бюджету, %
2001	6315,4	67,09	3098,5	32,91	7727,1	73,11	2842,26	26,89	5196,1	47,83	5666,7	52,17
2002	7497,1	67,70	3576,1	32,30	9598,0	72,81	3584,23	27,19	6137,9	49,05	6374,6	50,95
2003	10180,9	66,71	5081,6	33,29	27221,4	84,79	4882,68	15,21	6779,5	48,53	7189,4	51,47
2004	12929,9	69,74	5609,5	30,26	15516,8	74,99	5175,22	25,01	8209,5	49,39	8413,2	50,61
2005	16137,4	66,62	8087,3	33,38	19977,4	73,99	7024,41	26,01	11976,4	52,34	10903,7	47,66
2006	22292,6	71,45	8908,7	28,55	28367,2	73,47	10244,83	26,53	16040,1	51,22	15275,3	48,78
2007	32800,4	73,68	11719,8	26,32	36147,6	73,05	13335,01	26,95	19496,8	52,16	17879,3	47,84

* Розраховано автором на основі даних [144–146].

Аналіз даних щодо обсягів фінансування закладів охорони здоров'я дітей у розрізі загального і спеціального фондів місцевих бюджетів, наведених у табл. 2.3, дає змогу констатувати:

– видатки на заклади охорони здоров'я дітей із загального фонду місцевих бюджетів протягом 2001–2007 рр. збільшились у Тернопільській обл. в 4,3 раза, Вінницькій обл. – 5,01 раза, Хмельницькій обл. – 3,5 раза. Питома вага коштів зазначеного фонду в загальній сумі видатків із зведеного бюджету Вінницької обл. зросла з 87,8% у 2001 р. до 94,5% у 2007 р., Хмельницької обл. – зросла з 95,6% у 2001 р. до 96,8% у 2007 р., Тернопільської обл. – знизилася на 8,8% порівняно із 2001 р. і у 2007 р. становила 88,5%.

Таблиця 2.3

Динаміка фінансування закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у розрізі загального і спеціального фондів місцевих бюджетів у 2001–2007 рр.*

Роки	Загальний фонд					Спеціальний фонд					Разом		
	План	Факт	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду у загальній сумі видатків, %	План	Факт	% виконання	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага коштів фонду у загальній сумі видатків, %	План	Факт	% виконання
<i>Видатки із зведеного бюджету Тернопільської області, тис. грн.</i>													
2001	9317,8	9159,0	98,3	-	97,3	122,1	254,8	208,7	-	2,7	9439,9	9413,9	99,7
2002	10585,7	10429,9	98,5	+13,9	94,2	378,6	643,3	169,9	+152,4	5,8	10964,3	11073,2	101,0
2003	13506,0	13849,1	102,5	+32,8	90,7	830,4	1413,4	170,2	+119,7	9,3	14336,4	15262,5	106,5
2004	16419,0	16600,8	101,1	+19,9	89,5	1931,6	1938,6	100,4	+37,2	10,5	18350,5	18539,4	101,0
2005	22850,7	22555,7	98,7	+35,9	93,1	1726,7	1669,0	96,7	-13,9	6,9	24577,4	24224,8	98,6
2006	30279,8	29955,0	98,9	+32,8	96,0	1317,7	1246,2	94,6	-25,3	4,0	31597,5	31201,2	98,7
2007	39396,3	39389,4	99,98	+36,2	88,5	697,0	5130,8	736,1	+113,8	11,5	40093,3	44520,2	111,0
<i>Видатки із зведеного бюджету Вінницької області, тис. грн.</i>													
2001	9587,2	9276,8	96,8	-	87,8	227,6	1292,6	567,9	-	12,2	9814,8	10569,4	107,7
2002	11856,5	11730,2	98,9	26,4	89,0	1430,7	1452,1	101,5	12,3	11,0	13287,2	13182,3	99,2
2003	15319,4	15250,4	99,5	30,0	47,5	16896,8	16853,8	99,7	1060,7	52,5	32216,2	32104,2	99,7
2004	19362,4	19320,6	99,8	26,7	93,4	2137,6	1371,5	64,2	-91,9	6,6	21500,0	20692,1	96,2
2005	26264,2	25480,5	97,0	31,9	94,4	1664,2	1521,2	91,4	10,9	5,6	27928,4	27001,7	96,7
2006	37080,3	37043,6	99,9	45,4	95,9	1520,7	1568,4	103,1	3,1	4,1	38601,0	38612,0	100,03
2007	41499,4	46776,2	112,7	26,3	94,5	2801,1	2706,4	96,6	72,6	5,5	44300,5	49482,6	111,7
<i>Видатки із зведеного бюджету Хмельницької області, тис. грн.</i>													
2001	9517,6	10389,9	109,2	-	95,6	522,1	472,9	90,6	-	4,4	10039,7	10862,8	108,2
2002	11593,7	11970,6	103,3	+15,2	95,7	578,6	541,9	93,7	+14,6	4,3	12172,3	12512,5	102,8
2003	13006,0	13334,2	102,5	+11,4	95,5	630,4	634,7	100,7	+17,1	4,5	13636,4	13968,9	102,4
2004	15487,8	15310,5	98,9	+14,8	92,1	1668	1312,1	78,7	+106,7	7,9	17155,8	16622,6	96,9
2005	22128,1	21515,5	97,2	+40,5	94,0	1454,5	1364,6	93,8	+4,0	6,0	23582,6	22880,1	97,0
2006	29035,6	28915,2	99,6	+34,4	92,3	2982,5	2400,2	80,5	+75,9	7,7	32018,2	31315,4	97,8
2007	36244,4	36187,6	99,8	+25,2	96,8	1251,1	1188,5	95,0	-50,5	3,2	37495,5	37376,1	99,7

* Розраховано автором на основі даних [144–146].

– обсяг коштів спеціального фонду місцевих бюджетів, за рахунок яких формували фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей, упродовж 2001–2007 рр. у Тернопільській обл. зріс у 20,1 раза, Вінницькій обл. – 2,09 раза, Хмельницькій області – 2,5 раза. Оскільки частка коштів зазначеного фонду в загальній сумі видатків із зведеного бюджету кожної області залишалася порівняно низькою (у 2007 р. у Тернопільської обл. – 11,5%, Вінницької обл. – 5,5%, Хмельницької обл. – 3,2%), власні надходження закладів охорони здоров'я дітей суттєвої ролі у формуванні їх фінансових ресурсів не відіграють.

У Тернопільській обл. план фінансування закладів охорони здоров'я дітей перевиконали: у 2002 р. – на 1%, 2003 р. – 6,5%, 2004 р. – 1%, 2007р. – 11%; у Вінницькій обл. – у 2001 р. – на 7,7%, 2006 р. – 0,03%, 2007 р. – 11,7%; у Хмельницькій обл. – у 2001 р. – на 8,2%, 2002 р. – 2,8%, 2003 р. – 2,4% переважно за рахунок незапланованих надходжень спеціального фонду. У середньому рівень виконання плану щодо фінансування закладів охорони здоров'я дітей за рахунок коштів місцевих бюджетів становив: у Тернопільській обл. – 102,4% (по загальному фонду – 99,7%), Вінницькій обл. – 101,6% (100,7%) та Хмельницькій обл. – 100,7% (101,5%).

Оскільки в сучасних умовах зазначених суб'єктів господарювання фінансують у середньому на 70 відсотків від потреби у фінансових ресурсах, така ситуація ще більше погіршує фінансовий стан медичних закладів.

Аналіз структури власних надходжень закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. (табл. 2.4) свідчить про щорічне зростання абсолютного розміру та часток надходжень від надання платних медичних послуг (із 0,4% у 2001 р. до 6,4% у 2007 р.) та орендної плати (від 4% до 4,7%). Вагоме значення для формування фінансових ресурсів медичних закладів мали надходження від благодійної діяльності – у 2007 р. їх надійшло 3947,3 тис. грн. (76,9%), що на 3934,1 тис. грн. (71,7%) більше, ніж у 2001 р. Незважаючи на зростання абсолютного розміру коштів, отриманих закладами охорони здоров'я дітей для виконання окремих конкретних доручень та надходжень від господарської діяльності, їх частка у загальному обсязі власних надходжень у звітному році зменшилась до 9,4% та 2,5% відповідно.

Таблиця 2.4

**Власні надходження закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської,
Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. ***

Роки	Плата за медичні послуги		Надходження від господарської діяльності		Орендна плата		Надходження від реалізації майна		Благодійні внески		Суми за дорученнями		Разом власні надходження, тис. грн.	
	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %	тис. грн.	пит. вага, %		
<i>Заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області</i>														
2001	1,0	0,4	19,8	7,8	10,3	4,0	12,0	4,7	13,2	5,2	198,5	77,9	254,8	
2002	30,0	4,7	33,3	5,2	32,2	5,0	115,0	17,9	413,2	64,2	19,6	3,0	643,3	
2003	30,0	2,1	43,9	3,1	56,6	4,0	20,0	1,4	449,8	31,8	813,1	57,5	1413,4	
2004	180,0	9,3	42,5	2,2	104,1	5,4	105,1	5,4	1130,7	58,3	376,2	19,4	1938,6	
2005	180,0	10,8	49,6	3,0	141,8	8,5	408,4	24,5	50,0	3,0	839,2	50,3	1669,0	
2006	194,8	15,6	170,4	13,7	175,3	14,1	125,6	10,1	327,1	26,2	253,1	20,3	1246,2	
2007	329,5	6,4	129,1	2,5	243,4	4,7	-	-	3947,3	76,9	481,6	9,4	5130,9	
Відхилення 2007 р. до	2001	+328,5	+6,0	+109,3	-5,3	+233,1	+0,7	-12,0	-4,71	+3934,1	+71,8	+283,1	-68,5	+4876,1
	2002	+299,5	+1,8	+95,8	-2,7	+211,2	-0,3	-115,0	-17,9	+3534,1	+12,7	+462,0	+6,3	+4487,6
	2003	+299,5	+4,3	+85,2	-0,6	+186,8	0,7	-20,0	-1,42	+3497,5	+45,1	-331,5	-48,1	+3717,5
	2004	+149,5	-2,9	+86,6	+0,3	+139,3	-0,6	-105,1	-5,42	+2816,6	+18,6	+105,4	-10,0	+3192,3
	2005	+149,5	-4,4	+79,5	-0,5	+101,6	-3,8	-408,4	-24,5	+3897,3	+73,9	-357,6	-40,9	+3461,9
	2006	+134,7	-9,2	-41,3	-11,2	+68,1	-9,3	-125,6	-10,1	+3620,2	+50,7	+228,5	-10,9	+3884,6
<i>Заклади охорони здоров'я дітей Вінницької області</i>														
2001	31,3	2,4	16,0	1,2	794,3	61,4	-	-	288,1	22,3	162,9	12,6	1292,6	
2002	747,5	51,5	19,3	1,3	4,3	0,3	11,8	0,8	523,8	36,1	145,4	10,0	1452,1	
2003	69,4	0,4	35,5	0,2	15,9	0,1	0,8	0,005	1541	9,1	15191,1	90,1	16853,8	
2004	58,6	4,3	18,5	1,4	37,6	2,7	1,0	0,1	1244,8	90,8	10,9	0,8	1371,5	
2005	70,5	4,6	12,0	0,8	61,4	4,0	2,4	0,2	1199,4	78,8	175,4	11,5	1521,2	
2006	74,2	4,7	14,8	0,9	38,3	2,4	0,5	0,03	1314,4	83,8	126,2	8,0	1568,4	
2007	92,2	3,4	39,5	1,5	99,1	3,7	64,3	2,4	2013,1	74,4	398,2	14,7	2706,4	
Відхилення 2007 р. до	2001	+60,9	+1,0	+23,5	+0,2	-695,2	-57,8	+64,3	+2,4	+1725,0	+52,1	+235,3	+2,1	+1413,9
	2002	-655,3	-48,1	+20,2	+0,1	+94,8	+3,4	+52,5	+1,6	+1489,3	+38,3	+252,8	+4,7	+1254,4
	2003	+22,8	+3,0	+4,0	+1,2	+83,2	+3,6	+63,5	+2,4	+472,1	+65,2	-14792,9	-75,4	-14147,3
	2004	+33,6	-0,9	+21,0	+0,1	+61,5	+0,9	+63,3	+2,3	+768,3	-16,4	+387,3	+13,9	+1335,0
	2005	+21,7	-1,2	+27,4	+0,7	+37,7	+0,4	+61,9	+2,2	+813,7	-4,5	+222,8	+3,2	+1185,2
	2006	+18,0	-1,3	+24,7	+0,5	+60,8	+1,2	+63,8	+2,3	+698,7	-9,4	+272,0	+6,7	+1138,0
<i>Заклади охорони здоров'я дітей Хмельницької області</i>														
2001	-	-	2,3	0,5	58,0	12,3	-	-	172,6	36,5	240,0	50,8	472,9	
2002	-	-	2,9	0,5	75,5	13,9	-	-	215,9	39,8	247,6	45,7	541,9	
2003	-	-	3,0	0,5	100,0	15,8	-	-	278,1	43,8	253,6	40,0	634,7	
2004	-	-	3,8	0,3	111,5	8,5	-	-	736,3	56,1	460,5	35,1	1312,1	
2005	-	-	9,5	0,7	167,5	12,3	-	-	768,8	56,3	418,8	30,7	1364,6	
2006	-	-	8,6	0,4	197,4	8,2	-	-	1032,8	43,0	1161,4	48,4	2400,2	
2007	-	-	5,2	0,4	266,7	22,4	-	-	552,6	46,5	364,1	30,6	1188,6	
Відхилення 2007 р. до	2001	-	-	+2,9	-	+208,7	+10,2	-	-	+380,0	+10,0	+124,1	-20,1	+715,7
	2002	-	-	+2,3	-0,1	+191,2	+8,5	-	-	+336,7	+6,7	+116,5	-15,1	+646,7
	2003	-	-	+2,2	-	+166,7	+6,7	-	-	+274,5	+2,7	+110,5	-9,3	+553,9
	2004	-	-	+1,4	+0,1	+155,2	+13,9	-	-	-183,7	-9,6	-96,4	-4,5	-123,5
	2005	-	-	-4,3	-0,3	+99,2	+10,2	-	-	-216,2	-9,8	-54,7	-0,1	-176,0
	2006	-	-	-3,4	+0,1	+69,3	+14,2	-	-	-480,2	+3,5	-797,3	-17,8	-1211,6

Зростали власні надходження закладів охорони здоров'я дітей і Вінницької обл.: з 1292,6 тис. грн. у 2001 р. до 2706,4 тис. грн. у 2007 р. Найбільшу питому вагу в

* Розраховано автором на основі даних [144–146].

структурі власних надходжень у 2007 р. займали благодійні внески – 74,4%. У 2007 р. їх надійшло на суму 2013,1 тис. грн., що на 1725,0 тис. грн. більше, ніж у 2001 р. Частка орендної плати має тенденцію до зниження на противагу надходженням від надання платних медичних послуг, сум за дорученнями, надходженням від господарської діяльності та реалізації майна, питома вага яких у 2007 р. зросла до 3,4%, 14,7%, 1,5% та 2,4%.

Упродовж 2001–2006 рр. спостерігалася позитивна тенденція зростання власних надходжень закладів охорони здоров'я дітей Хмельницької обл.: із 472,9 тис. грн. у 2001 р. до 2400,2 тис. грн. у 2006 р., проте у 2007 р. вони зменшилися на 1211,6 тис. грн. У структурі коштів спеціального фонду згаданих закладів у 2007 р. кошти, отримані для виконання окремих конкретних доручень, займали 30,6%, благодійні внески – 46,5%. Значно меншою залишалася частка орендної плати – 22,4% та взагалі незначною – частка надходжень від господарської діяльності – 0,4%. Таких джерел фінансових ресурсів, як надходження від платних медичних послуг та реалізації майна, у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької області нема взагалі.

Незначна частка власних надходжень у структурі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей (табл. 2.5) свідчить про майже повну залежність фінансового потенціалу зазначених інституцій від бюджетних коштів та про низький рівень залучення ними фінансових ресурсів за рахунок інших джерел. Найбільшу питому вагу в структурі джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей протягом 2001–2007 рр. займали бюджетні кошти, частка яких коливається від 87,77 до 97,29% (за винятком закладів Вінницької обл. – 47,5% (2003 р.)). Питома вага інших джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей є незначною і у 2007 р. становила: благодійні внески, гранти та дарунки – 1,48–8,87%; кошти, отримані для виконання окремих конкретних доручень – 0,33–1,08%; плата за медичні послуги – 0,19–0,74%; плата за оренду майна – 0,1–0,71%; надходження від господарської діяльності – 0,01–0,29%; кошти від реалізації майна – не більше 0,4%. Як досить рідкісне явище у практиці формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької обл., в 2003 р. відзначена висока частка коштів, отриманих для виконання окремих доручень.

Структура джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

(%)

Роки	<i>Джерела фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей</i>						
	Бюджетні асигнування	Плата за медичні послуги	Находження від господарської діяльності	Плата за оренду майна	Находження від реалізації майна	Благодійні внески	Кошти для виконання окремих доручень
<i>Заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області</i>							
2001	97,29	0,01	0,21	0,11	0,13	0,14	2,11
2002	94,19	0,27	0,30	0,29	1,04	3,73	0,18
2003	90,74	0,20	0,29	0,37	0,13	2,95	5,33
2004	89,54	0,97	0,23	0,56	0,57	6,10	2,03
2005	93,11	0,74	0,20	0,59	1,69	0,21	3,46
2006	96,01	0,62	0,55	0,56	0,40	1,05	0,81
2007	88,48	0,74	0,29	0,55	-	8,87	1,08
<i>Заклади охорони здоров'я дітей Вінницької області</i>							
2001	87,77	0,30	0,15	7,51	-	2,73	1,54
2002	88,98	5,67	0,15	0,03	0,09	3,97	1,10
2003	47,50	0,22	0,11	0,05	0,003	4,80	47,32
2004	93,37	0,28	0,09	0,18	0,005	6,02	0,05
2005	94,37	0,26	0,04	0,23	0,01	4,44	0,65
2006	95,94	0,19	0,04	0,10	0,001	3,40	0,33
2007	94,53	0,19	0,08	0,20	0,13	4,07	0,80
<i>Заклади охорони здоров'я дітей Хмельницької області</i>							
2001	95,65	-	0,02	0,53	-	1,59	2,21
2002	95,67	-	0,02	0,60	-	1,73	1,98
2003	95,46	-	0,02	0,72	-	1,99	1,82
2004	92,11	-	0,02	0,67	-	4,43	2,77
2005	94,04	-	0,04	0,73	-	3,36	1,83
2006	92,34	-	0,03	0,63	-	3,30	3,71
2007	96,82	-	0,01	0,71	-	1,48	0,97

Детальніше проаналізуємо стан фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей за даними додатку Н.

Із зведеного бюджету Тернопільської обл. фінансуються 8 закладів охорони здоров'я дітей із ліжковим фондом 1105 ліжок, Вінницької обл. – 13 закладів із ліжковим фондом 1140 ліжок та Хмельницької обл. – 8 закладів із ліжковим фондом 1035 ліжок. Надходження фінансових ресурсів зазначених суб'єктів господарювання щорічно збільшуються. За 2001–2007 рр. обсяг фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької обл. зріс на 38913,3 тис. грн. (4,7 раза). Зокрема,

* Розраховано автором на основі даних [144–146].

фінансування Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні збільшилось на 14766 тис. грн. або 4,4 раза, Тульчинського обласного будинку дитини – 1488,9 тис. грн. (3,6 раза), Вінницького обласного спеціалізованого будинку дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки – 4116,4 тис. грн. (6,1 раза), Вінницького обласного дитячого кардіоревматологічного санаторію – 1038 тис. грн. (4,3 раза), Маньковецького обласного дитячого санаторію – 1090,6 тис. грн. (4,8 раза), Кашперівського підліткового туберкульозного санаторію „Лісова пісня” – 1467,2 тис. грн. (4,5 раза), Тульчинського дитячого ортопедичного санаторію – 1745,9 тис. грн. (5,4 раза), Могилів-Подільського дитячого легеневого туберкульозного санаторію – 1159,4 тис. грн. (5,6 раза), Заболотненського дитячого психоневрологічного санаторію – 1548,1 тис. грн. (6,1 раза), Вінницької міської дитячої поліклініки №1 – 3218,8 тис. грн. (5,0 раза), Вінницької міської дитячої поліклініки №2 – 2991,3 тис. грн. (4,3 раза), Вінницької міської дитячої поліклініки №3 – 2268 тис. грн. (4,6 раза), Вінницької міської клінічної дитячої лікарні – 2014,7 тис. грн. (4,9 раза).

Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. зросли на 35106,3 тис. грн. (4,7 раза). Так, упродовж 2001–2007 рр. фінансування Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні збільшилося на 17306 тис. грн. або у 6 разів, Тернопільського обласного комунального спеціалізованого будинку дитини – 2564,8 тис. грн. (4,3 раза), Кременецького обласного комунального дитячого психоневрологічного санаторію – 1182,8 тис. грн. (5,6 раза), Заліщицького обласного комунального дитячого санаторію – 1902,8 тис. грн. (5,7 раза), Бережанського обласного дитячого санаторію – 1382,3 тис. грн. (4,5 раза), Яблунівського обласного комунального дитячого туберкульозного санаторію – 2146,2 тис. грн. (3,2 раза), Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні – 8166,5 тис. грн. (4 раза), Тернопільської комунальної дитячої стоматологічної поліклініки – 454,8 тис. грн. (2,2 раза).

Найменше зросли надходження фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Хмельницької області – на 26513,3 тис. грн. (3,4 раза): Хмельницької обласної дитячої лікарні – на 4913,4 тис. грн. або у 3,5 раза, Хмельницького спеціалізованого будинку дитини „Берізка” – 3658,6 тис. грн. (4,1 раза),

Староушицького обласного дитячого санаторію „Дністер” – 1754,8 тис. грн. (3,8 раза), Малієвецького обласного дитячого туберкульозного санаторію „Світанок” – 1581 тис. грн. (4,1 раза), Великожванчицького обласного дитячого пульмонологічного санаторію – 1054,5 тис. грн. (3 раза), Кам’янець-Подільського обласного дитячого туберкульозного санаторію – 549,7 тис. грн. (3,7 раза), Куявського обласного дитячого психоневрологічного санаторію – 789 тис. грн. (4,9 раза), Хмельницької міської дитячої лікарні – 12212,6 тис. грн. (3,2 раза).

Найвищий темп приросту фінансових ресурсів спостерігався:

– у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні – 302,8% (2002 р.), Тульчинському обласному будинку дитини – 37,5% (2005 р.), Вінницькому обласному спеціалізованому будинку дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки – 54,8% (2006 р.), Вінницькому обласному дитячому кардіоревматологічному санаторію – 45,2% (2004 р.), Маньковецькому обласному дитячому санаторію – 43,8% (2005 р.), Кашперівському підлітковому туберкульозному санаторію „Лісова пісня” – 56,1% (2005 р.), Тульчинському дитячому ортопедичному санаторію – 49,3% (2002 р.), Могилів-Подільському дитячому легеневому туберкульозному санаторію – 62,5% (2006 р.), Заболотненському дитячому психоневрологічному санаторію – 44,1% (2005 р.), Вінницькій міській дитячій поліклініці №1 – 44,8% (2002 р.), Вінницькій міській дитячій поліклініці №2 – 47,1% (2006р.), Вінницькій міській дитячій поліклініці №3 – 52,9% (2003 р.), Вінницькій міській клінічній дитячій лікарні – 65,3% (2006 р.) (рис. П.2 додатку П).

– у Тернопільській обласній комунальній дитячій клінічній лікарні – 60,1% (2007 р.), Тернопільському обласному комунальному спеціалізованому будинку дитини – 38,4% (2005 р.), Кременецькому обласному комунальному дитячому психоневрологічному санаторію – 43,3% (2004 р.), Заліщицькому обласному комунальному дитячому санаторію – 44,9% (2005 р.), Бережанському обласному дитячому санаторію – 53,3% (2006 р.), Яблунівському обласному комунальному дитячому туберкульозному санаторію – 34,5% (2006 р.), Тернопільській міській дитячій комунальній лікарні – 48% (2005 р.), Тернопільській комунальній дитячій

стоматологічній поліклініці – 43% (2007 р.) (рис. П.1 додатку П).

– у 2005 р. в Хмельницькій обласній дитячій лікарні – 37,5%, Хмельницькому спеціалізованому будинку дитини „Берізка” – 45,2%, Староушицькому обласному дитячому санаторію „Дністер” – 44,2%, Малієвецькому обласному дитячому туберкульозному санаторію „Світанок” – 90,9%, Великожванчицькому обласному дитячому пульмонологічному санаторію – 37,6% та у 2006 р. у Кам’янець-Подільському обласному дитячому туберкульозному санаторію – 46%, Куявському обласному дитячому психоневрологічному санаторію – 96,5%, Хмельницькій міській дитячій лікарні – 40,1% (рис. П.3 додатку П).

Аналізуючи структуру джерел формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров’я дітей досліджуваних областей у 2001–2007 рр. у розрізі окремих закладів, наведену в додатку Р, можна відзначити, що у фінансовому забезпеченні кожної медичної інституції бюджетні асигнування відіграють вирішальну роль і коливаються в межах – 84–99%.

У 2001–2007 рр. найбільша частка бюджетних коштів, як видно із рис. 2.6, спрямовувалась на фінансування дитячих лікарняних закладів – 44,7–68,1%.

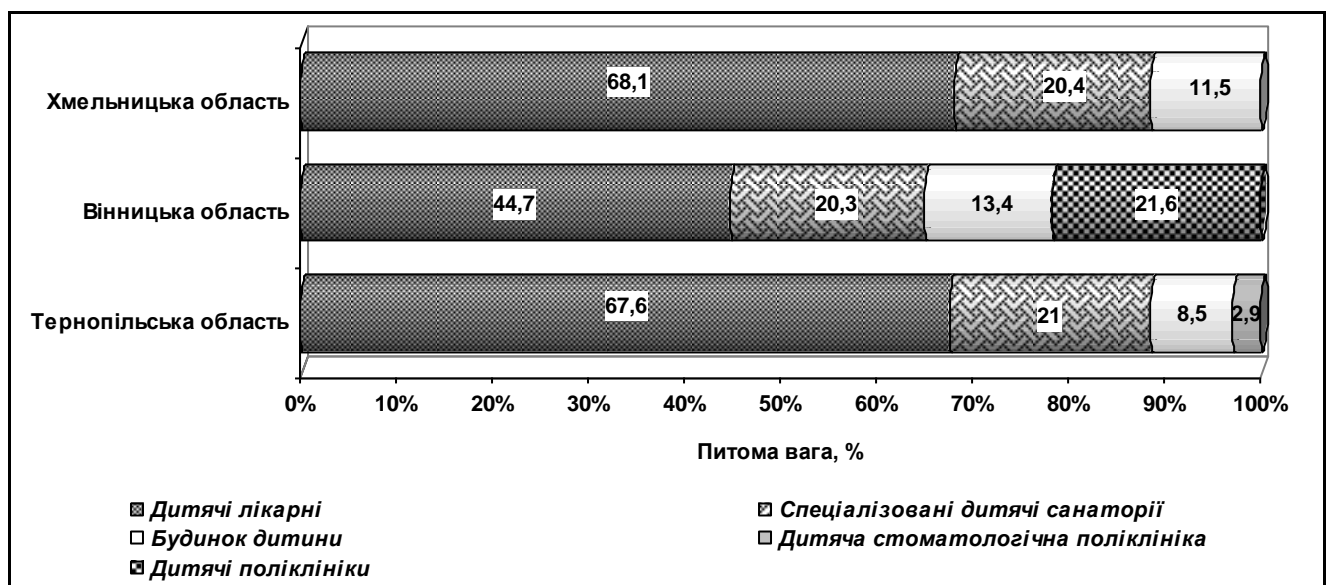


Рис. 2.6. Розподіл бюджетних коштів між закладами охорони здоров’я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей (середній показник за 2001–2007 рр.), %*.

* Складено автором на основі даних [144–146].

На утримання спеціалізованих дитячих санаторіїв виділялось 20,3–21% коштів загального фонду зведеного бюджету області, будинків дитини – 8,5–13,4%. Питома вага бюджетних коштів, призначених для фінансування видатків Тернопільської комунальної дитячої стоматологічної поліклініки, є незначною і становить 2,9%. Для утримання дитячих поліклінік у Вінницькій області виділялось у середньому 21,6% від обсягу коштів загального фонду зведеного бюджету Вінницької області.

В умовах діючого кошторисного порядку фінансування закладів охорони здоров'я дітей обсяг бюджетних коштів, необхідних для їх утримання, визначають, базуючись на оперативно-сітьових показниках діяльності зазначених суб'єктів господарювання. На основі статистичної інформації (додаток С.1), що характеризує діяльність Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні впродовж 2001–2007 рр., та з допомогою ПЕОМ, статистичного пакета опрацювання даних STADIA створені й представлені в додатку С.2 економіко-математичні моделі залежності обсягу бюджетного фінансування та основних показників діяльності зазначених лікарняних закладів. Проведений аналіз свідчить про щільний взаємозв'язок між обсягом бюджетних коштів Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні з кількістю виконаних ліжко-днів, зайнятістю лікарняного ліжка та кількістю госпіталізованих дітей до даного закладу (значення коефіцієнтів кореляційного зв'язку створених моделей лежать у діапазоні 0,863–0,9755 для Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та 0,6703–0,9992 – для Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні). Обернені залежності до попередніх моделей підтверджують стійкий функціональний зв'язок між досліджуваними показниками. У процесі вивчення аналогічних показників діяльності Хмельницької обласної дитячої лікарні не встановлено взаємозв'язків між досліджуваними показниками, що свідчить про низький рівень фінансового планування та невідповідність виділених бюджетних коштів оперативно-сітьовим показникам зазначеного закладу.

Таким чином, одержані нами результати дають підстави констатувати, що

обсяг бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я дітей прямо пропорційно залежить від кількості відвідувань поліклінік та числа ліжко-днів, проведених хворими у стаціонарах. З одного боку, це свідчить про відповідність практики планування фінансових ресурсів діючим вимогам, а з іншого – не підвищує зацікавленість зазначених інституцій покращувати здоров'я пацієнтів чи зменшувати терміни їх лікування, а, навпаки, – стимулює до невиправданого затягування термінів лікування, госпіталізації хворих без істотної потреби, реєстрації фіктивних відвідувань у поліклініках. Враховуючи викладене, одним із пріоритетів реформування управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей вважаємо вдосконалення практики планування фінансових ресурсів та зміну методів оплати медичних послуг, що надають зазначені медичні інституції.

Незважаючи на щорічне зростання обсягів надходжень від надання платних медичних послуг у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської та Вінницької областей, частка зазначеного джерела фінансових ресурсів, як свідчать дані додатку Р, у 2007 р. не перевищувала 14,3%. Однією із причин такої ситуації є відсутність фінансових ресурсів для закупівлі високотехнологічного медичного обладнання та облаштування приміщень відповідно до медичних стандартів (наприклад, для ультразвукової діагностики, лікувальних та оздоровчих масажів тощо).

Позитивна тенденція до зростання надходжень від господарської та/або виробничої діяльності спостерігається у Бережанському обласному дитячому санаторії, Кременецькому обласному комунальному дитячому психоневрологічному санаторії, Заліщицькому обласному комунальному дитячому санаторії. В інших медичних закладах частка зазначеного джерела фінансових ресурсів залишається невеликою.

Незначним джерелом фінансового забезпечення дитячих лікарняних закладів є плата від здачі в оренду належних їм приміщень. Її частка не перевищує 1%, за винятком Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні, Хмельницької міської дитячої лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної

лікарні.

Вагому частку в структурі джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей займають благодійні внески, гранти та дарунки у формі грошових коштів, товарів (медикаментів, продуктів харчування), медичного обладнання та інших основних засобів. У 2007 р. найбільше благодійної допомоги надійшло до Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні – 16,9%, найменше – до Бережанського і Маньковецького обласних дитячих санаторіїв – 0,2%.

Як позитивну тенденцію можна відзначити зростання питомої ваги коштів, що заклади охорони здоров'я дітей отримують для виконання окремих конкретних доручень, у загальному обсязі їх фінансових ресурсів.

Упродовж 2001–2007 рр. зріс обсяг бюджетних коштів, залучених закладами охорони здоров'я дітей, у розрахунку на 1 ліжко-день (рис. 2.7). Найбільше бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день отримали заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області, дещо менше – Хмельницької, найменше – Вінницької області. У 2007 р. цей показник становив 120,27 грн., 105,63 грн. та 103,86 грн. відповідно в областях.

Серед закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської області найбільше бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день, як видно із рис. Т.1 додатку Т, надійшло до Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні – від 49,13 грн. у 2001 р. до 184,81 грн. у 2007 р. та Тернопільського обласного комунального спеціалізованого будинку дитини – від 33,46 грн. (2001 р.) до 135,99 грн. (2007 р.). Найменше профінансовано із бюджету Бережанський обласний дитячий санаторій – від 16,21 грн. на 1 ліжко-день (2001 р.) до 72,88 грн. (2007 р.).

Найбільше бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у Вінницькій області (рис. Т.2 додатку Т) отримали Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня – від 28,98 грн. у 2001 р. до 144,15 грн. у 2007 р., Тульчинський обласний будинок дитини – від 25,47 грн. (2001 р.) до 95,24 грн. (2007 р.); найменше – Тульчинський дитячий ортопедичний санаторій - від 11,14 грн. (2001 р.) до 69,06 грн. (2007 р.).

У 2001–2007 рр. у Хмельницькій області, як свідчить аналіз рис. Т.3 додатку Т, найвищий обсяг бюджетного фінансування у розрахунку на 1 ліжко-день був у

Хмельницькій міській дитячій лікарні – від 43,15 грн. (2001 р.) до 135,34 грн. (2007 р.) та Хмельницькому спеціалізованому будинку дитини „Берізка ” – 32,52 грн. (2001 р.) до 129,83 грн. (2007 р.); найнижчий – у Великожванчицькому обласному дитячому пульмонологічному санаторію – 20,72 грн. у 2001 р. та 69,41 грн. у 2007 р.

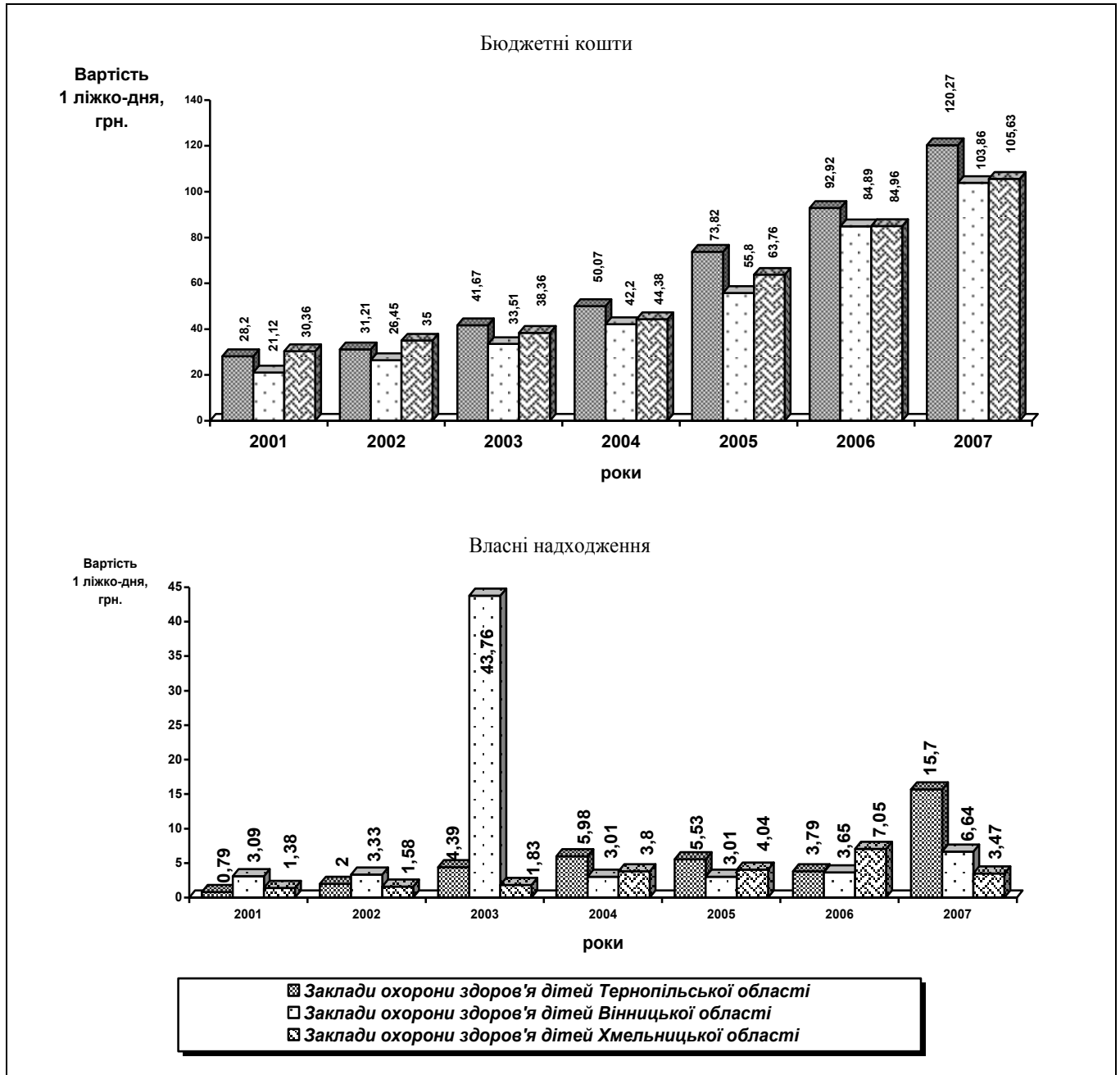


Рис. 2.7. Вартість 1 ліжка-дня в розрізі коштів загального і спеціального фондів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007рр., грн.*

* Складено автором на основі даних [38–40; 144–146].

Протягом 2001–2007 рр. пріоритет при виділенні бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день надавали:

– у Тернопільській обл. – дитячим лікарняним закладам, оскільки середнє значення досліджуваного показника у них становило 81,17 грн. на 1 ліжко-день, на другому місці за обсягом виділених коштів – будинок дитини: 72,17 грн. на 1 ліжко-день, найменше коштів надійшло до дитячих спеціалізованих санаторіїв – 42,63 грн. на 1 ліжко-день;

– у Вінницькій обл. – дитячим лікарняним закладам: середнє значення бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день становить 57,06 грн., дитячі будинки дитини та спеціалізовані санаторії отримали 43,22 грн. та 42,72 грн. відповідно;

– у Хмельницькій обл. – будинку дитини: середнє значення виділених бюджетних коштів на 1 ліжко-день становило 64,88 грн., у дитячі лікарняні заклади надійшло 60,42 грн. бюджетних коштів на 1 ліжко-день, найменше коштів отримали дитячі спеціалізовані санаторії – 43,43 грн. на 1 ліжко-день.

У 2001–2007 рр. обсяг бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у міських закладах охорони здоров'я дітей майже вдвічі перевищував аналогічний показник в обласних закладах охорони здоров'я дітей (рис. Т.7 та Т.8 додатку Т). Середнє значення обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей, які фінансуються із обласних та міських бюджетів, становило відповідно у Тернопільській обл. – 50,73 грн. та 100,62 грн., Хмельницькій обл. – 46,89 грн. та 74,65 грн. Це свідчить про кращі фінансові можливості міських бюджетів, порівняно з обласними, щодо задоволення потреб закладів охорони здоров'я дітей у фінансових ресурсах та про пріоритетність витрат бюджетних коштів саме на розв'язання проблем охорони здоров'я дитячого населення на місцевому рівні. Інша ситуація була у Вінницькій обл.: середнє значення обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день в обласних закладах охорони здоров'я становило 46,34 грн., а в міських закладах – 39,88 грн.

Протилежною є ситуація щодо залучення власних надходжень у розрахунку

на 1 ліжко-день закладами охорони здоров'я дітей (див. рис. 2.7). Найвище середнє значення даного показника – у Вінницькій області – 9,5 грн., дещо нижче – у Тернопільській області – 5,45 грн. і найнижче – у Хмельницькій області – 3,3 грн. Найбільше власних надходжень у розрахунку на 1 ліжко-день у Тернопільській області, як свідчать дані рис. Т.4 додатку Т, зуміли залучити у Тернопільській міській дитячій комунальній лікарні – від 0,87 грн. (2001 р.) до 9,05 грн. (2007 р.) та Тернопільській обласній комунальній дитячій клінічній лікарні – від 1,42 грн. (2001 р.) до 26,69 грн. (2007 р.); найменше – у Яблунівському обласному комунальному дитячому туберкульозному санаторії – від 0,13 грн. (2001 р.) до 0,54 грн. (2007 р.).

Серед закладів охорони здоров'я дітей Вінницької області коштів від неосновної діяльності у розрахунку на 1 ліжко-день (рис. Т.5 додатку Т) найбільше надійшло до Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні – від 6,4 грн. у 2001 р. до 11,3 грн. у 2007 р., Тульчинського обласного будинку дитини – від 3,77 грн. (2001 р.) до 6,67 грн. (2007 р.); найменше – до Заболотненського дитячого психоневрологічного санаторію – від 0,31 грн. (2003 р.) до 0,38 грн. (2007 р.).

Активно залучали власні надходження і заклади охорони здоров'я дітей Хмельницької області (рис. Т.6 додатку Т). Найбільше власних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день надійшло до Куявського обласного дитячого психоневрологічного санаторію – від 1,97 грн. у 2001 р. до 9,41 грн. у 2007 р. Найнижчим зазначений показник був у Малієвецькому обласному дитячому туберкульозному санаторію „Світанок” – 0,41 грн. (2001 р.) – 1,93 грн. (2007 р.).

Отже, результати аналізу фінансування закладів охорони здоров'я дітей дають підстави констатувати майже повну залежність фінансового потенціалу зазначених інституцій від бюджетних асигнувань, що не можуть повністю задовольнити їх потреби. Розвиток і залучення альтернативних джерел фінансових ресурсів стримується недосконалістю чинного законодавства щодо запровадження обов'язкового медичного страхування, надання платних послуг, розрахунку вартості медичних послуг. Через неспроможність держави усунути негативні наслідки впливу ринкових механізмів на функціонування

галузі охорони здоров'я дітей стрімко розвивається „тіньовий” сектор у закладах цієї галузі, який породжує небажані явища:

– економічні: грошові потоки, що формуються за рахунок неофіційних платежів пацієнтів за надані медичні послуги, не інвестуються у розвиток закладів охорони здоров'я дітей (запровадження нових медичних технологій, підвищення якості медичних послуг тощо), не оподатковуються, чим обмежують можливості органів державної влади та місцевого самоврядування збільшувати бюджетні кошти на їх утримання;

– соціальні: не сповна забезпечено конституційне право дітей на безоплатну медичну допомогу, через зростання вартості медичних послуг знижується їх доступність для населення з низьким рівнем доходу, виникають соціальна напруженість і невдоволення ситуацією, що склалася, у пацієнтів та медичного персоналу.

2.3. Закономірності та тенденції розподілу і використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей.

Реалізація функцій закладів охорони здоров'я дітей залежить не тільки від оптимізації формування фінансових ресурсів, а й від раціонального розподілу та ефективного використання коштів, передбачених для фінансового забезпечення даної галузі.

Бюджетні кошти, призначені для фінансування медичних закладів, перед тим, як надійти у їх розпорядження, розподіляються головними розпорядниками бюджетних коштів – МОЗ України (асигнування з державного бюджету) та органами управління охороною здоров'я на обласному, районному й місцевому рівнях (асигнування з місцевого бюджету). Від того, настільки ефективним буде розподіл фінансових ресурсів медичного сектору, залежать фінансовий потенціал закладів охорони здоров'я дітей та можливість надання ними доступних і якісних медичних послуг дітям.

У зв'язку з погіршенням стану здоров'я дітей, високим рівнем смертності

немовлят охорона здоров'я дітей визнана в Україні загальнодержавним пріоритетом. Наведені положення відображені у Міжгалузовій комплексній програмі „Здоров'я нації” на 2002–2011 рр. та інших правових актах, а в Національному плані розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2010 р. закладено засади розбудови якісно нової системи охорони здоров'я. Проте, незважаючи на задекларовані заходи, судити про пріоритетність фінансування охорони здоров'я дітей важко, оскільки у функціональній класифікації видатків державного та місцевих бюджетів не відображено окремою статтею видатки, призначені для закладів охорони здоров'я дітей (наприклад, у звітності про виконання місцевого бюджету видатки на утримання дитячої лікарні віднесені до коду функціональної класифікації видатків 080101 „Лікарні”, дитячої поліклініки – коду 080300 „Поліклініки і амбулаторії” і т. д.).

Не забезпечено пріоритетність фінансування закладів охорони здоров'я дітей і при розподілі бюджетних коштів на локальному рівні. Незважаючи на те, що формульний порядок розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я із місцевих бюджетів передбачає фіксований обсяг бюджетних асигнувань на одного жителя (фінансовий норматив бюджетної забезпеченості) та через коригувальні коефіцієнти враховує диференціацію потреб населення певної адміністративної території у медичній допомозі залежно від віку й статі, заклади охорони здоров'я фінансують на основі оперативно-сітьових показників їх потужності. При цьому не беруться до уваги кількість і якість наданих медичних послуг, вид медичного закладу залежно від вікової структури пацієнтів, які обслуговуються. Така ситуація призводить до недофінансування закладів охорони здоров'я дітей через невідповідність між чисельністю дитячого населення та обсягом фінансових ресурсів, призначених для задоволення потреб дітей у медичній допомозі (табл. 2.6).

Результати порівняння частки дітей у загальній чисельності населення з часткою видатків на заклади охорони здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я із зведених бюджетів Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей (враховуючи питому вагу видатків на заклади охорони

здоров'я для дорослого населення, в яких функціонують дитячі відділення та консультації, у Тернопільській – 1,8%, Вінницькій – 4,7% та Хмельницькій – 4,8% областях) дають підстави стверджувати про недосконалість практики фінансування закладів охорони здоров'я дітей на основі показників їх потужності, оскільки названі медичні інституції недоотримали у Тернопільській області від 33,3% до 53,9%, Вінницькій області – 13,49–41,53%, Хмельницькій області – 40,6–44,8% грошових коштів, призначених для надання медичних послуг дітям.

Таблиця 2.6

Співвідношення кількості дітей до загальної чисельності населення України та обсягу видатків на заклади охорони здоров'я дітей до загального обсягу видатків на охорону здоров'я із зведених бюджетів Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2002–2007 рр. *

Роки	Тернопільська область				Вінницька область				Хмельницька область			
	Чисельність населення, осіб	Чисельність дітей, осіб	Питома вага дітей у загальній чисельності населення, %	Питома вага видатків на заклади охорони здоров'я дітей, %	Чисельність населення, осіб	Чисельність дітей, осіб	Питома вага дітей у загальній чисельності населення, %	Питома вага видатків на заклади охорони здоров'я дітей, %	Чисельність населення, осіб	Чисельність дітей, осіб	Питома вага дітей у загальній чисельності населення, %	Питома вага видатків на заклади охорони здоров'я дітей, %
2002	1133200	268720	23,71	9,72	1751600	389091	22,21	14,1	1413300	314325	22,24	7,08
2003	1130411	258193	22,84	10,18	1745054	374188	21,44	14,2	1408006	303316	21,54	7,04
2004	1123100	250408	22,30	10,19	1728200	362033	20,95	7,9	1394600	294012	21,08	7,02
2005	1115900	242243	21,71	9,54	1710900	348397	20,36	7,3	1380700	283770	20,55	7,14
2006	1108800	235288	21,22	9,74	1694000	336722	19,88	7,1	1367400	273872	20,03	7,29
2007	1102113	229186	20,8	10,34	1679382	326558	19,45	7,21	1358205	265733	19,57	6,8

Про необґрунтованість діючого порядку розподілу фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я свідчать результати аналізу обсягу видатків на охорону здоров'я на одного жителя (табл. У.1 додатку У). Згідно з наведеними статистичними даними, спостерігається розбіжність між обсягом видатків на охорону здоров'я на одного жителя у різних адміністративно-територіальних одиницях: найвищим зазначений показник є у містах Києві – 431,3 грн. та

* Розраховано автором на основі даних [36; 65, с.5; 125, с.21; 126, с.11; 127, с.19; 128, с.30; 129, с.5; 141–146].

Севастополі – 330,1грн., найнижчим – у Одеській області – 262,9 грн.

Суттєвою проблемою моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей є диспропорція між потребами дітей у медичній допомозі та розподілом фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я, які надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу. Пріоритетною досі залишається стаціонарна допомога, яка потребує найбільше витрат, однак через нестачу коштів не має змоги використовувати дорогі й ефективні методи дослідження (ангіографію, імплантацію кардіостимуляторів, ендоскопічні втручання тощо). Значну частину цих втручань можна здійснювати амбулаторно, а заощаджені на утримання таких стаціонарів кошти можна витратити для забезпечення високоякісної медичної допомоги [153,с.25].

Експерти ВООЗ довели, що об'єктивно потреба населення у медичній допомозі відповідає моделі побудови пірамід. Із кожної тисячі осіб протягом місяця у 750 виникають проблеми зі здоров'ям, з них 250 чоловік потребують консультації лікаря первинної ланки, з числа яких 5-ти необхідна консультація фахівця, 9-ти – госпіталізація і лише одному – допомога у високоспеціалізованому центрі [25]. Таким чином, потреба в первинній допомозі – найбільша, у спеціалізованій – менша, а у високоспеціалізованій – ще менша. Проте, як показує рис. 2.8, піраміда розподілу фінансових ресурсів виявляється перевернутою. В Україні 80% усіх фінансових ресурсів спрямовують на спеціалізовану стаціонарну допомогу, 15% – на спеціалізовану амбулаторну допомогу і лише 5% – на первинну медико-профілактичну допомогу. Водночас у 90% випадків медична допомога може бути надана на первинному рівні. Для порівняння: в країнах-членах ЄС загальна частка витрат на дорожчу стаціонарну допомогу в загальній структурі витрат на охорону здоров'я набагато нижча і, наприклад, у 2002 р. в Іспанії становила (показник – найнижчий серед країн-членів ЄС) 27,6%, в Латвії (показник – найвищий серед країн-членів ЄС) – 56%. В інших країнах зазначеної групи він коливається в межах 30 – 40%.

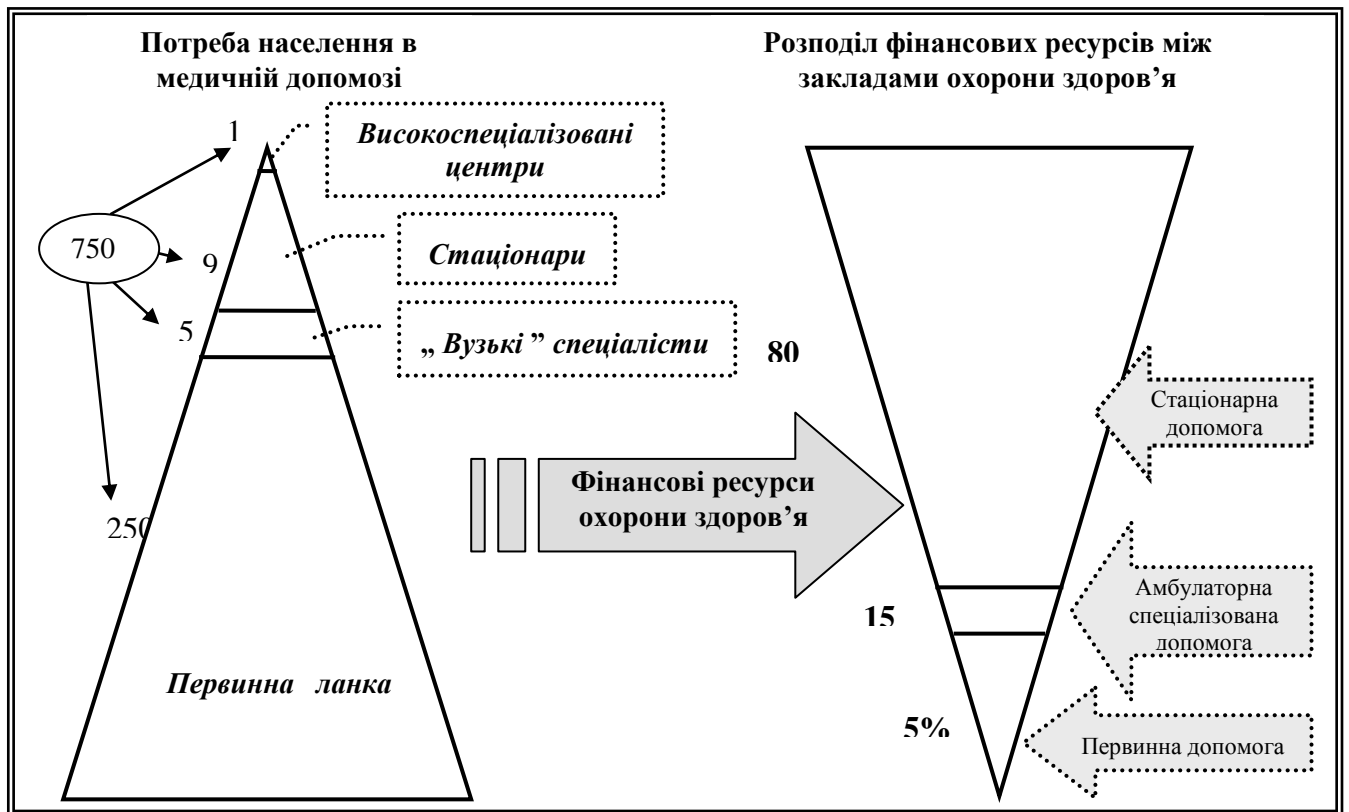


Рис. 2.8. Взаємозв'язок структури споживання медичних послуг та розподілу фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я [25].

Набагато вищими в Україні продовжують залишатися і відносні показники кількості лікарів, стаціонарних ліжок, середньої тривалості перебування на ліжку, кількості госпіталізацій тощо [114, с.140]. Зокрема, співвідношення лікарів ПМСД та лікарів вузьких спеціальностей становить 1:4, тоді як у зарубіжних країнах лікарі ПМСД контролюють 70–80% загальних витрат на охорону здоров'я, а на їхню власну діяльність витрачають близько 20% бюджетних коштів. Кваліфікований фахівець ПМСД може істотно зменшити загальні витрати на лікування хворого [153, с.25].

На основі викладеного можна зробити висновок, що в процесі розподілу фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я доцільно переносити пріоритети у фінансуванні саме на заклади охорони здоров'я, які забезпечують надання первинної медико-санітарної й амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям.

Для ефективного управління фінансами закладів охорони здоров'я дітей доцільно проаналізувати витрати (рис. 2.9), які здійснюють зазначені суб'єкти господарювання в процесі своєї фінансово-господарської діяльності, оскільки

якість та доступність медичної допомоги дітям залежить не тільки від обсягу фінансових ресурсів, а й від раціонального їх використання постачальниками медичних послуг.

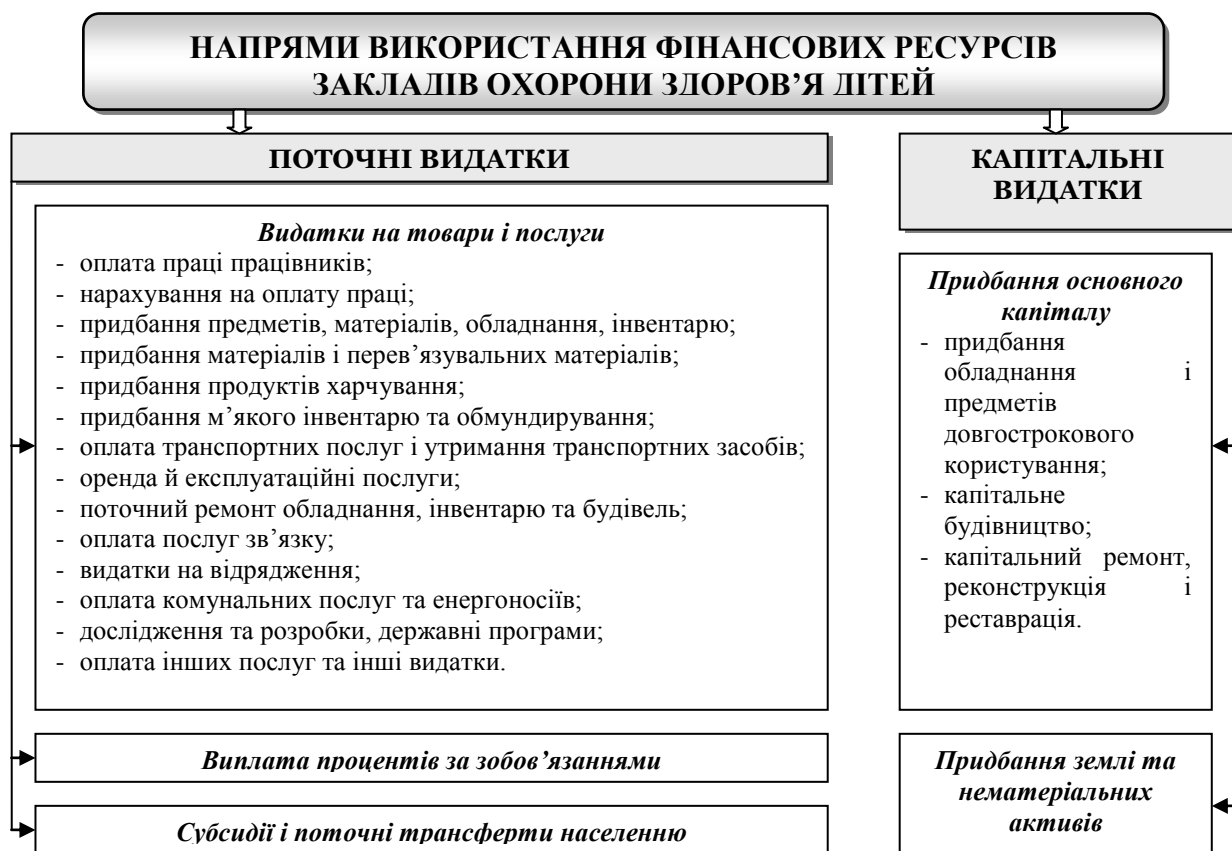


Рис. 2.9. Напрями використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей *

Аналіз витрат закладів охорони здоров'я засвідчив, що впродовж 2000–2006 рр. в Україні не зуміли змінити тенденцію щодо перенесення акцентів із фінансування видатків на оплату праці та утримання зазначених закладів на забезпечення, зокрема медикаментозне, лікувального процесу, що підтверджено аналізом економічної структури видатків із державного та місцевих бюджетів. За рахунок надходжень із загального фонду державного бюджету у 2006 р. профінансовано видатки на заробітну плату з нарахуваннями на суму 832171 тис. грн., видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 62137,8 тис. грн., придбання медикаментів та перев'язувальних матеріалів – 599232,6 тис. грн., продукти харчування – 57202,9 тис. грн., інші видатки – 714139,0 тис. грн. [41, с.30].

* Розроблено автором на основі даних [88].

Найбільшу питому вагу в структурі видатків закладів охорони здоров'я, які фінансуються з державного бюджету (рис. 2.10), займають захищені статті (оплата праці з нарахуваннями, медикаменти та перев'язувальні матеріали, продукти харчування, оплата комунальних послуг і енергоносіїв) – 68,5%.

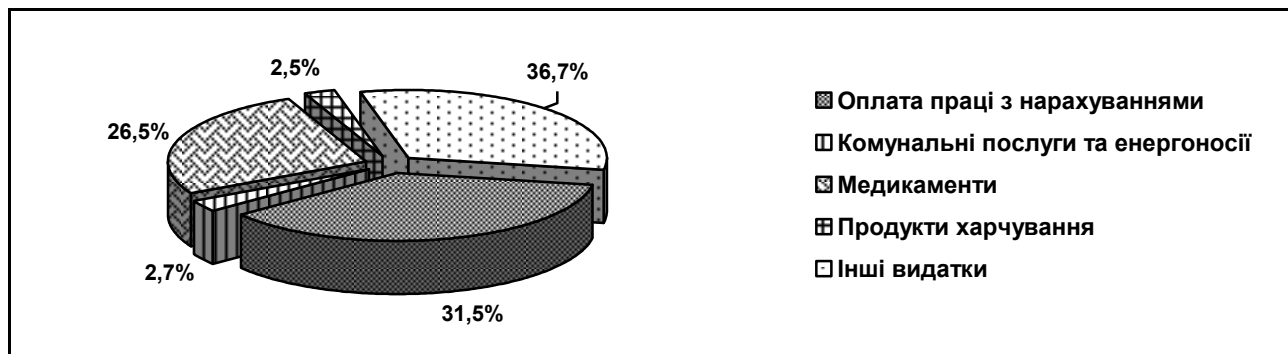


Рис. 2.10. Структура видатків закладів охорони здоров'я у 2006 р., які фінансуються із Державного бюджету України, % *

Питома вага капітальних видатків є незначною. Однією із причин такої ситуації є те, що з бюджетних інвестицій, які спрямовують у сферу охорони здоров'я, лише частину фінансових ресурсів надають закладам, що підпорядковані МОЗ України (у 2003 р. зазначений показник становив 46,5% бюджетних капіталовкладень у галузь, у 2004 р. – 59,4%, у 2005 р. – 62,7%). Крім того, порівняно стабільну частку інвестицій надавали АМНУ, обсяг якої у 2003–2005 рр. коливався в межах 15–17%. Іншу частину бюджетних асигнувань капітального характеру (від 38% у 2003 р. до 22,2% у 2005 р.) спрямували у відомчі заклади охорони здоров'я з метою надання медичних послуг кращої якості працівникам окремих органів державної влади [55, с.117].

Аналогічна тенденція й у структурі видатків закладів охорони здоров'я, які фінансуються із місцевих бюджетів (рис. 2.11). Питома вага видатків на оплату праці й нарахування на неї у 2007 р. зросла на 6,8% порівняно з 2000 р. і становила 69,9%.

Зменшилися частки витрат на медикаменти (з 8,3% у 2000 р. до 7,7% у 2007 р.) та оплату комунальних послуг і енергоносіїв (з 11,2% у 2000 р. до 7,5% у

* Складено автором на основі даних [41, с.30].

2007 р.). Питома вага капітальних видатків залишилася незначною (у 2007 р. – 5,3%), однак у номінальному вираженні їх обсяг зріс порівняно з попередніми роками. Аналіз структури видатків у розрізі адміністративно-територіальних одиниць (табл. У.2 додатку У) у 2007 р. свідчить, що найменшу величину частки витрат на оплату праці зафіксовано у Дніпропетровській (66,3%), Закарпатській (66,4%), Черкаській (66,6%), Хмельницькій (66,7%), найбільшу – у Кіровоградській (75,8%) і Рівненській (77,1%) областях. Щодо частки витрат на медикаменти та перев’язувальні матеріали, то найнижчий показник зареєстровано у Кіровоградській (4,8%), найвищий – у м. Києві (12,9%). Найменшу величину питомої ваги капітальних видатків на придбання обладнання та предметів довгострокового використання зафіксовано у м. Києві (0,6%), найбільшу – у Хмельницькій області (5,5%) [42].

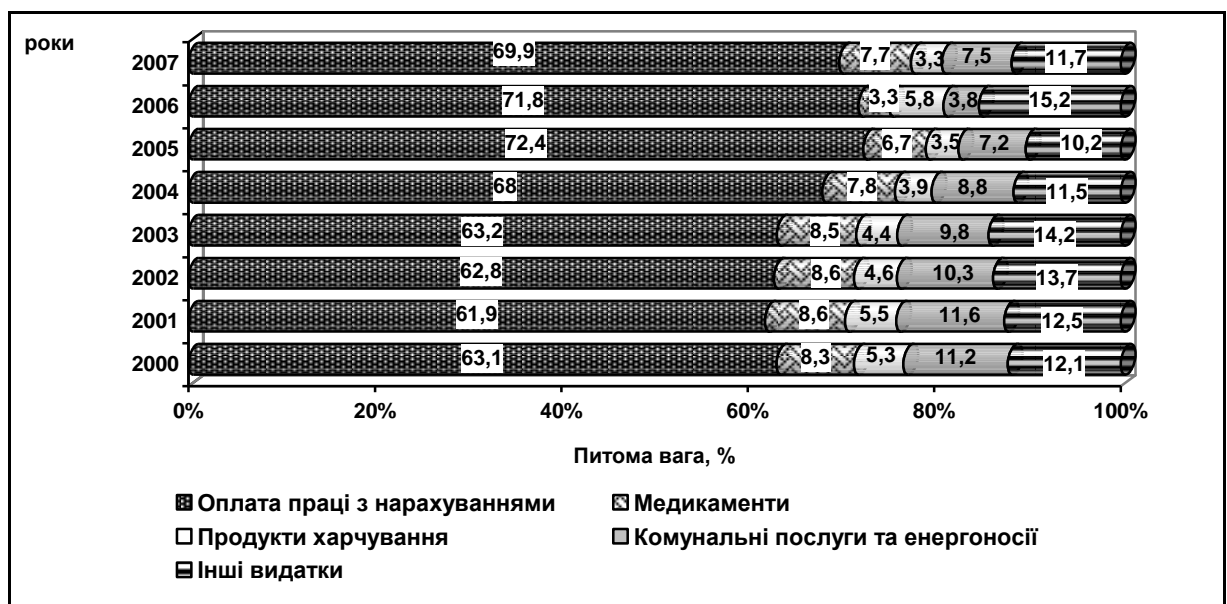


Рис. 2.11. Структура видатків закладів охорони здоров’я, які фінансуються із місцевих бюджетів у 2000–2007 рр., %*.

Проаналізуємо особливості використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров’я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей.

Статистичні дані, наведені на рис. 2.12, свідчать про щорічне зростання обсягів видатків закладів охорони здоров’я дітей протягом 2001–2007 рр. у досліджуваних областях. Частка видатків за рахунок коштів загального фонду в закладах

* Складено автором на основі даних [41, с.30; 152, с.80; 154, с.49–51].

Тернопільської обл. у середньому за даний період становила 92,8%, а за рахунок коштів спеціального фонду – 7,2%, у Вінницькій обл. – 86,07% і 13,93%, у Хмельницькій обл. – 94,6% і 5,4% відповідно.

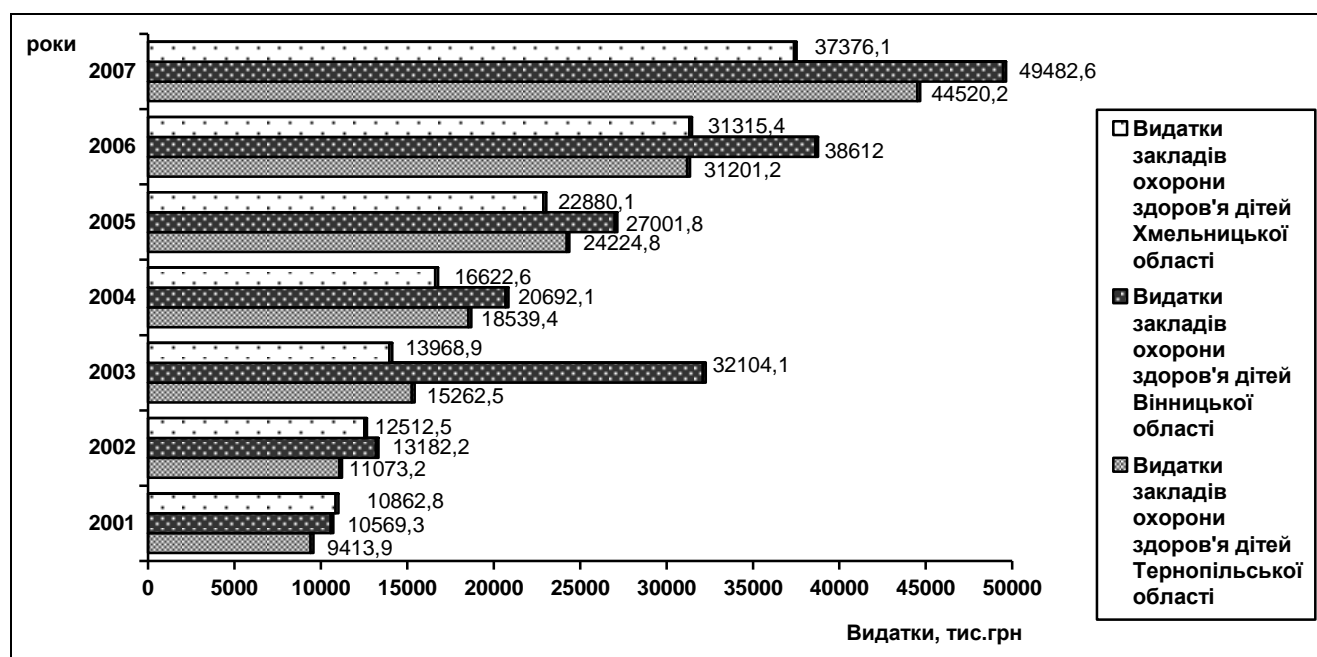


Рис. 2.12. Динаміка витратів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., тис. грн. *

Упродовж 2001–2007 рр. у структурі витратів закладів охорони здоров'я дітей найбільшу питому вагу займали поточні витрати (табл. 2.7).

У Тернопільській області їхня питома вага становила: із загального фонду – від 95,47% у 2001 р. до 91,74% у 2007 р. та зі спеціального фонду – від 55,74% (2001 р.) до 20,66% (2007 р.); у Вінницькій області – із загального фонду – від 96,65% (2001 р.) до 91,36% (2007 р.) та зі спеціального фонду – від 88,34% (2001 р.) до 44,37% (2007 р.); у Хмельницькій області – із загального фонду – від 96,56% (2001 р.) до 95,77% (2007 р.) та зі спеціального фонду – від 90,5% (2001 р.) до 58,97% (2007 р.).

Частка капітальних витратів у загальному обсязі коштів загального фонду у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської області становила 4,53% у 2001 р. та 8,26% у 2007 р., а зі спеціального фонду – 44,26% та 79,34% відповідно, Вінницької області – із загального фонду – 3,35% та 8,64%, а зі спеціального фонду – 11,66% та 55,63% відповідно, Хмельницької області – із загального фонду – 3,44% та 4,23%, а зі

* Складено автором на основі даних [144–146].

спеціального фонду – 9,5% та 41,03% відповідно.

Таблиця 2.7

**Структура видатків із загального і спеціального фондів кошторисів
закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької
областей у 2001–2007 рр. ***

(%)

Роки	Видатки закладів охорони здоров'я дітей											
	Оплата праці з нарахуваннями		Медикаменти		Продукти харчування		Комунальні послуги та енергоносії		Інші поточні видатки		Капітальні видатки	
	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд	заг. фонд	спец. фонд
Заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області												
2001	64,69	-	3,52	27,71	7,69	21,20	12,23	1,00	7,34	5,84	4,53	44,26
2002	69,38	-	3,08	9,78	5,16	22,01	10,51	0,70	7,91	7,55	3,96	59,96
2003	65,25	-	3,24	2,86	5,91	2,72	9,28	0,50	7,15	3,45	9,17	90,46
2004	70,08	-	3,91	24,02	6,41	5,70	8,18	1,35	5,90	18,44	5,53	50,49
2005	74,21	-	3,53	46,45	4,89	6,06	7,07	2,51	5,52	10,58	4,78	34,40
2006	68,97	0,58	5,19	26,87	5,52	16,44	7,28	4,11	5,32	31,63	7,72	20,37
2007	67,26	0,32	5,73	3,8	5,19	3,66	8,34	0,95	5,23	11,93	8,26	79,34
Заклади охорони здоров'я дітей Вінницької області												
2001	66,20	0,33	4,27	64,16	8,01	7,77	11,72	0,43	6,46	15,64	3,35	11,66
2002	67,44	1,50	4,89	52,07	8,14	7,50	9,89	1,80	7,29	26,27	2,35	10,86
2003	66,60	0,05	3,93	8,96	6,97	0,99	11,21	0,20	6,71	2,26	4,57	87,55
2004	68,75	0,05	3,78	47,33	6,48	10,93	8,67	1,52	6,24	15,51	6,08	24,65
2005	73,43	-	3,69	41,69	6,98	7,89	6,83	2,26	5,97	18,19	3,10	29,97
2006	68,09	-	4,59	43,60	5,34	9,02	5,84	0,36	7,06	25,62	9,08	21,40
2007	68,64	-	5,10	17,52	5,33	6,98	5,58	5,01	6,70	14,87	8,64	55,63
Заклади охорони здоров'я дітей Хмельницької області												
2001	60,06	-	9,63	44,48	12,95	20,32	7,82	1,27	6,09	24,42	3,44	9,50
2002	60,13	-	9,18	40,26	12,43	20,80	8,32	1,52	6,08	26,55	3,86	10,87
2003	60,40	-	8,81	30,25	12,26	22,48	8,43	1,45	6,19	27,42	3,92	18,40
2004	61,66	0,1	8,15	26,21	11,90	13,94	8,20	0,29	5,96	15,91	4,13	43,55
2005	67,91	0,49	6,49	31,84	11,65	11,01	6,74	1,20	4,93	22,24	2,29	33,22
2006	66,75	-	5,80	35,59	10,03	6,72	6,20	0,66	5,16	10,74	6,06	46,30
2007	68,2	0,44	5,44	7,24	9,14	15,98	7,73	1,87	5,26	33,44	4,23	41,03

Найбільшу частку коштів у закладах охорони здоров'я дітей витрачають на оплату праці персоналу (табл. 2.8): у Тернопільській обл. – 45,9% від загального обсягу видатків у 2001 р. до 43,8% у 2007 р. (64,69% від обсягу видатків загального фонду в 2001 р. до 67,26% у 2007 р.), Вінницькій обл. – 42,4% від загального обсягу видатків у 2001 р. до 47,8% у 2007 р. (66,2% від обсягу видатків загального фонду в

* Розраховано автором на основі даних [144–146].

2001 р. до 68,64% у 2007 р.) та Хмельницькій обл. – від 42,5% (2001 р.) до 48,5% (2007 р.) (60,06% від обсягу видатків загального фонду у 2001 р. до 68,2% у 2007 р.). Виплачували її переважно за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у загальному обсязі видатків на оплату праці щороку становила: в закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 100% (за винятком 2006 р. – 99,97% та 2007 р. – 99,94%), Вінницької обл. – 100% (за винятком 2001 р. – 99,93%, 2002 р. – 99,72%, 2003 р. – 99,93%, 2004 р. – 99,99%), Хмельницької обл. – 100% (за винятком 2004 р. – 99,99%, 2005 р. – 99,96%, 2007 р. – 99,98%).

Таблиця 2.8

Динаміка видатків на оплату праці працівників і нарахувань на неї у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

Роки	Тернопільська область				Вінницька область				Хмельницька область			
	Оплата праці, тис. грн.	на оплату праці в загальному обсязі	Нарахування на оплату праці, тис. грн.	Питома вага видатків на нарахування на оплату праці в загальному обсязі видатків, %	Оплата праці, тис. грн.	на оплату праці в загальному обсязі	Нарахування на оплату праці, тис. грн.	Питома вага видатків на нарахування на оплату праці в загальному обсязі видатків, %	Оплата праці, тис. грн.	на оплату праці в загальному обсязі	Нарахування на оплату праці, тис. грн.	Питома вага видатків на нарахування на оплату праці в загальному обсязі видатків, %
2001	4323	45,9	1603	17,0	4483	42,4	1663	15,7	4621	42,5	1620	14,9
2002	5299	47,9	1938	17,5	5831	44,5	2102	15,9	5266	42,1	1931	15,4
2003	6694	43,9	2343	15,4	7453	23,2	2711	8,4	5856	41,9	2198	15,7
2004	8465	45,7	3169	17,1	9728	47,0	3555	17,2	6853	41,2	2589	15,6
2005	12220	50,4	4518	18,7	13705	50,8	5004	18,5	10630	46,5	3987	17,4
2006	15171	48,6	5495	17,6	18589	48,1	6634	17,2	13996	44,7	5304	16,9
2007	19518	43,8	6992	15,7	23632	47,8	8478	17,1	18121	48,5	6565	17,6

Найвищий рівень середнього темпу приросту видатків на оплату праці упродовж 2001–2007 рр. був у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. – 31,9%, дещо нижчий – у Тернопільській обл. – 28,56% і найнижчий – у Хмельницькій обл. – 25,57%.

Питома вага нарахувань на фонд оплати праці в загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей має тенденцію до зростання у Вінницькій обл. – 15,7% (2001 р.) – 17,1% (2007 р.) і Хмельницькій обл. – 14,9% (2001 р.) – 17,6%

* Складено автором на основі даних [144–146].

(2007 р.) та до зменшення – у Тернопільській обл. – 17% (2001 р.) – 15,7% (2007 р.). Протягом 2001–2007 рр. у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської та Вінницької областей нарахування на оплату праці зростали повільніше, ніж фонд оплати праці – середній темп приросту становив 27,82% та 31,2% відповідно. У згаданих інституціях Хмельницької обл. спостерігалася протилежна ситуація – щорічно темп приросту видатків на нарахування на оплату праці перевищував темп приросту видатків на оплату праці – середнє значення зазначеного показника дорівнювало 26,27%.

Найбільша частка видатків на оплату праці й нарахувань на неї, як підтверджує додаток Ф, у 2007 р. зафіксована серед закладів охорони здоров'я дітей: Тернопільської обл. – у Тернопільській міській дитячій комунальній лікарні – 58,95 та 21,34%; Вінницької обл. – у Вінницькій міській дитячій поліклініці № 3 – 64,02% та 22,9% відповідно, Вінницькій міській дитячій поліклініці № 2 – 57,95% та 20,61%; Хмельницької обл. – у Хмельницькій міській дитячій лікарні – 51,62% та 19,07%, відповідно. Упродовж 2001–2007 рр. спостерігалася тенденція до зростання питомої ваги видатків на оплату праці персоналу і нарахувань на неї у багатьох закладах охорони здоров'я дітей, що свідчить не лише про абсолютне зростання розміру видатків на оплату праці з нарахуваннями, а й про зниження обсягу фінансових ресурсів, які використовують для фінансування інших потреб медичних закладів.

Медикаментозне забезпечення є ваговою складовою системи якісного та адекватного медичного обслуговування [62, с.144], проте, незважаючи на щорічне зростання абсолютного розміру видатків на медикаменти та перев'язувальні засоби, питома вага зазначеної статті видатків у загальному обсязі видатків залишається невеликою (рис. 2.13): найбільшим зазначений показник є у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької обл. (максимальне значення зафіксовано у 2001 р. – 11,2%), дещо меншим – у закладах Вінницької обл. (максимальне значення – 11,6% у 2001 р.) і найменшим – у закладах Тернопільської обл. (максимальне значення – 6,5% у 2005 р.).

Протягом 2001–2007 рр. у Тернопільській та Хмельницькій областях купували медикаменти здебільшого за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у

вартості медикаментів (середнє значення) становила у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 77,4%, Хмельницької обл. – 81,25%.

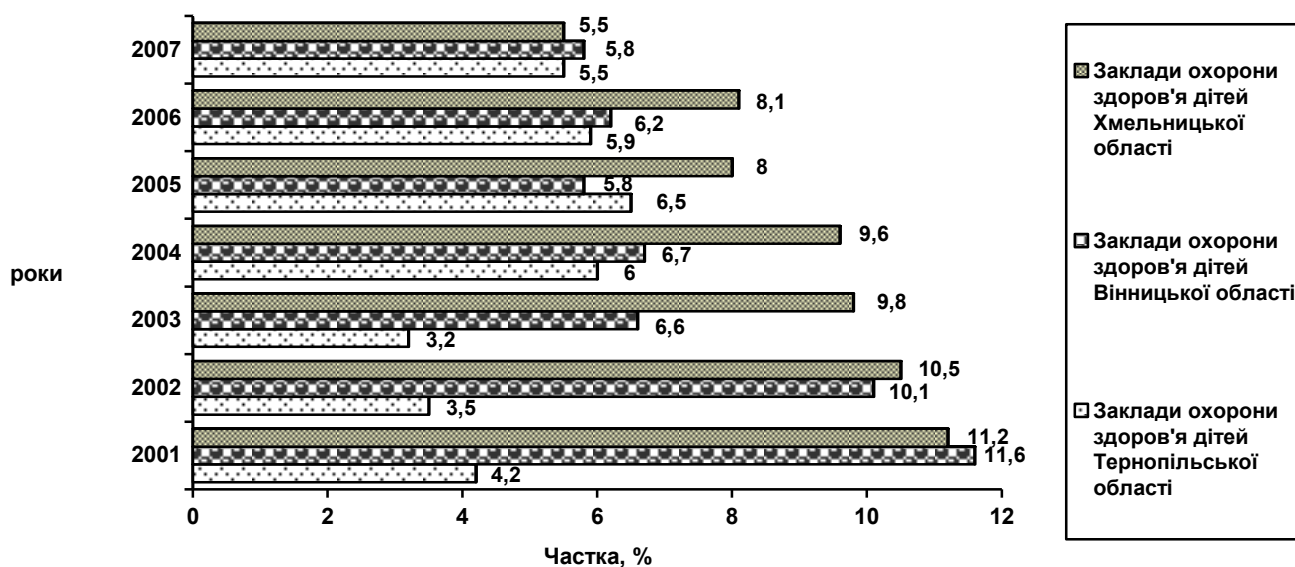


Рис. 2.13. Питома вага витратів на медикаменти та перев'язувальні засоби у загальному обсязі витратів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., % *

У закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. спостерігалася протилежна ситуація – середнє значення питомої ваги коштів загального фонду становило у вартості медикаментів 53,04%. Проте частка зазначеної статті витратів у загальному обсязі коштів загального фонду має позитивну тенденцію до зростання у закладах Тернопільської обл. – з 3,52% у 2001 р. до 5,73% у 2007 р. та Вінницької обл. – з 4,27% (2001 р.) до 5,1% (2007 р.) та негативну тенденцію до зменшення у закладах Хмельницької обл. – з 9,63% у 2001 р. до 5,4% у 2007 р. (див. табл. 2.7).

Найвищий рівень середнього темпу приросту витратів на медикаменти та перев'язувальні засоби впродовж 2001–2007 рр. спостерігався у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 35,7%, дещо нижчий – у Вінницькій обл. – 15,2% та найнижчий – у Хмельницькій обл. – 9,2%.

Протягом 2001–2007 рр. спостерігалася позитивна тенденція до зростання витратів на медикаменти у розрахунку на 1 ліжко-день (рис. 2.14): у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. зазначений показник збільшився на 6,3 грн.,

* Складено автором на основі даних [144–146].

Вінницької обл. – на 3,5 грн. та Хмельницької обл. – на 2,5 грн. Обсяг видатків на медикаменти за рахунок коштів загального фонду на 1 ліжко-день у 2001–2007 рр. також зростає і був майже однаковий за розміром у всіх областях: Тернопільська область – 1,01; 0,98; 1,37; 1,99; 2,64; 4,88; 6,99 грн.; Вінницька область – 1,04; 1,44; 1,47; 1,74; 2,23; 4,19; 5,45 грн.; Хмельницька область – 2,92; 3,21; 3,38; 3,62; 4,14; 4,93; 5,74 грн.

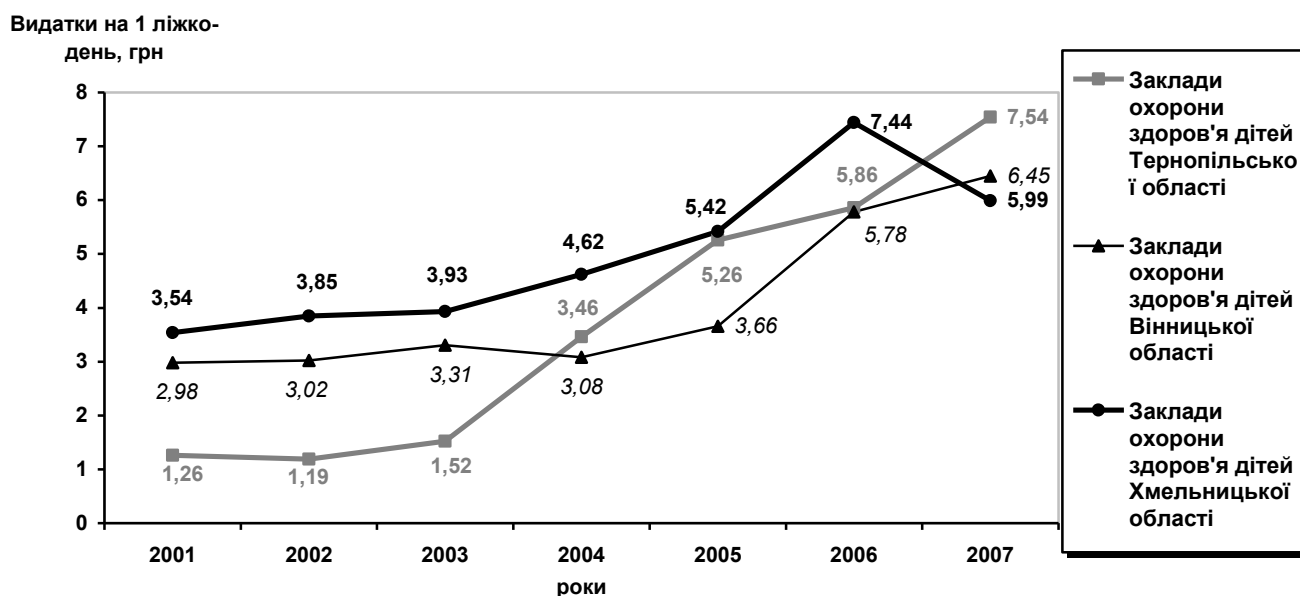


Рис. 2.14. Динаміка видатків на медикаменти та перев'язувальні засоби на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., грн. *

У 2001–2007 рр. середнє значення обсягу видатків на медикаменти та перев'язувальні засоби на 1 ліжко-день за рахунок бюджетних коштів у дитячих лікарнях Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей становило 3,68; 3,6 та 5,58 грн. відповідно; спеціалізованих дитячих санаторіях – 0,95; 0,86 та 0,97 грн.; будинках дитини – 1,58 грн; 0,62 та 3,11 грн. Із обласних бюджетів на закупівлю медикаментів передбачалося у Тернопільській області – 1,63 грн., Вінницькій – 1,34 грн. та Хмельницькій – 1,93 грн., із бюджетів міста Тернополя – 2,96 грн., міста Вінниці – 1,57 грн. та міста Хмельницького – 5,57 грн.

Незважаючи на те, що видатки на медикаменти є однією із соціально

* Складено автором на основі даних [38–40; 144–146].

захищених статей видатків бюджету, виділені бюджетні кошти лише на 20–30% забезпечують потребу закладів охорони здоров'я дітей у фінансових ресурсах на зазначені цілі. Підтвердженням цього є результати порівняння розглянутих вище показників із обсягами витрат на придбання лікарських препаратів, необхідних для однодобового лікування різних за рівнем важкості дитячих хвороб (хронічний бронхіт, пієлонефрит, гостра пневмонія), що потребують госпіталізації у стаціонар (табл. X.2 додатку X). А якщо врахувати те, що видатки по КЕКВ 1132 „Медикаменти та перев'язувальні матеріали” охоплюють видатки не лише на придбання лікарських препаратів, необхідних для лікування пацієнта, а й на закупівлю дезінфекційних засобів, дрібного медичного інвентарю тощо (для забезпечення організації процесу надання медичної допомоги), то показник невідповідності між виділеними фінансовими ресурсами і необхідністю у них на зазначені потреби буде ще вищим.

Упродовж 2001–2007 рр. зріс абсолютний розмір видатків на продукти харчування, проте питома вага зазначеної статті видатків у загальному обсязі видатків залишалася невеликою (рис. 2.15): найбільшим зазначений показник (середнє значення) був у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької обл. – 11,66% (максимальне значення зафіксовано у 2001 р. – 13,3%), дещо меншим – у закладах Вінницької обл. – 6,37% (максимальне значення – 8,1% у 2002 р.) і найменшим – у закладах Тернопільської обл. – 6% (максимальне значення – 8,1% у 2001 р.).

У 2001–2007 рр. медичні заклади закупляли продукти харчування здебільшого за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у загальному обсязі витрат на продукти харчування (середнє значення) становила в закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 90,19%, Вінницької обл. – 90,51%, Хмельницької обл. – 93,25%. Проте, за 2001–2007 рр. частка зазначеної статті видатків у загальному обсязі коштів загального фонду мала негативну тенденцію до зменшення (див. табл. 2.7).

Найвищий рівень середнього темпу приросту видатків на продукти харчування впродовж 2001–2007 рр. спостерігався у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. – 21,27%, дещо нижчий – у Тернопільській обл. – 19,7%, та найнижчий – у Хмельницькій обл. – 15,92%.

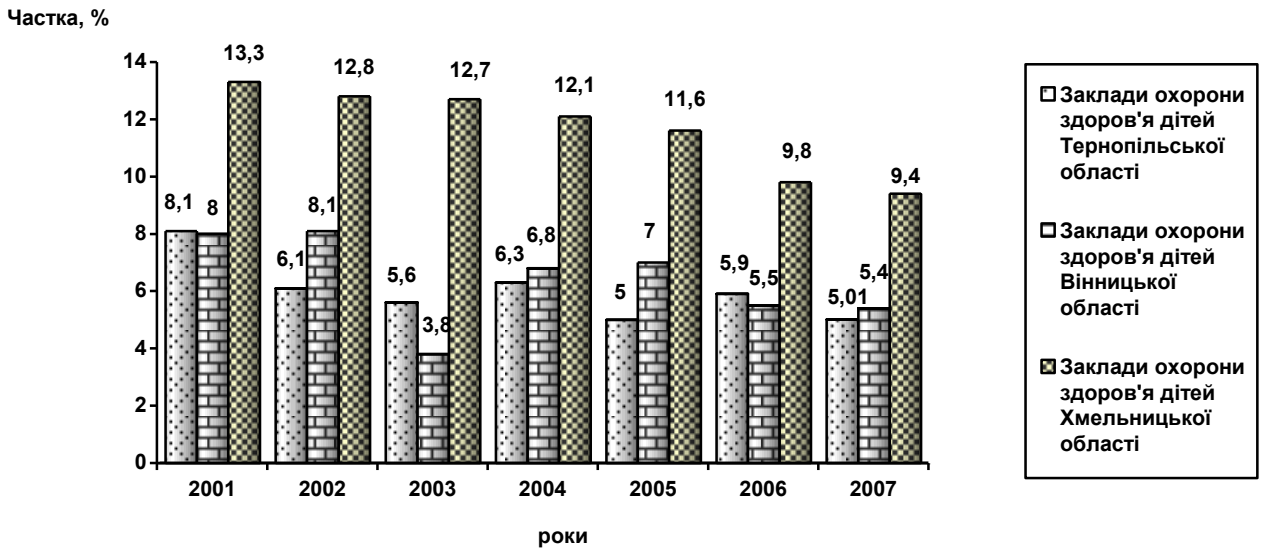


Рис. 2.15. Питома вага видатків на продукти харчування в загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., %*.

Протягом 2001–2007 рр. спостерігалася позитивна тенденція до зростання видатків на продукти харчування у розрахунку на 1 ліжко-день (рис. 2.16): у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. зазначений показник збільшився на 4,51 грн., Вінницької обл. – на 5,05 грн. та Хмельницької обл. – на 6,0 грн.

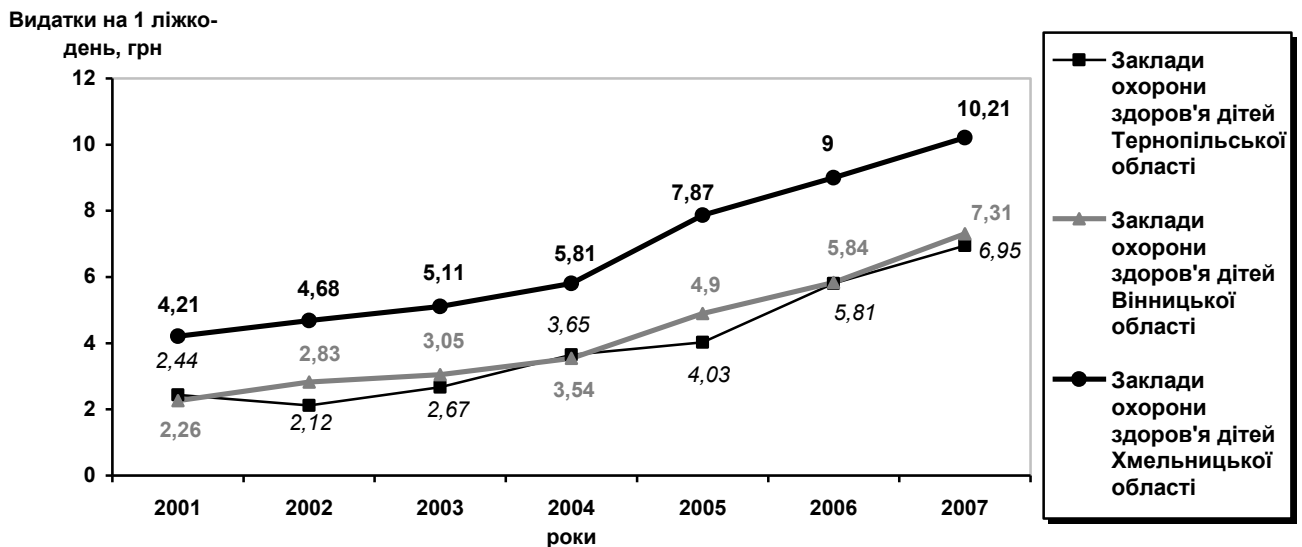


Рис. 2.16. Динаміка видатків на продукти харчування на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., грн.*.

* Складено автором на основі даних [144–146].

Обсяг видатків на продукти харчування за рахунок коштів загального фонду на 1 ліжко-день у 2001–2007 рр. також мав тенденцію до зростання в усіх областях. Найвище значення даного показника було у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької обл. – 3,93; 4,35; 4,7; 5,28; 7,43; 8,52; 9,66 грн. на 1 ліжко-день, дещо нижче у Вінницькій обл. – 2,06; 2,65; 2,77; 3,31; 4,76; 5,64; 7,05 грн. і найнижче у Тернопільській обл. – 2,26; 1,68; 2,55; 3,31; 3,69; 5,22; 6,36 грн.

Упродовж 2001–2007 рр. середнє значення обсягу видатків на продукти харчування на 1 ліжко-день за рахунок бюджетних коштів у дитячих лікарнях Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей становило 2,33; 2,43 та 5,11 грн. відповідно; спеціалізованих дитячих санаторіях – 5,19; 5,74 та 7,72 грн.; будинках дитини – 6,0; 3,82 та 8,64 грн. Із обласних бюджетів на придбання продуктів харчування передбачали у Тернопільській області – 4,87 грн., Вінницькій – 5,09 грн. та Хмельницькій – 7,5 грн., із бюджетів міста Тернополя – 2,16 грн., міста Вінниці – 1,17 грн. та міста Хмельницького – 4,95 грн.

Результати аналізу свідчать, що в усіх закладах охорони здоров'я дітей у 2001–2007 рр. сумарна величина видатків загального і спеціального фондів на придбання продуктів харчування була невисокою і за останній рік коливалася в межах 6,95 – 10 грн. на 1 ліжко-день. Порівняння даних показників із вартістю рекомендованого фахівцями набору продуктів харчування для однієї дитини на день – 15,75 грн. (табл. X.1 додатку X), дає підстави стверджувати, що видатки на продукти харчування фінансують лише на 36,9–57,14% від рекомендованої потреби.

Така ситуація призводить до того, що заклади охорони здоров'я дітей не можуть закупити потрібний асортимент продуктів харчування у необхідній кількості, в результаті чого втрачається ефект від лікування хворих. Адже дієтичне (лікувальне) харчування у лікувально-профілактичних закладах сприяє поліпшенню профілактики захворювань серед дітей, становить фон, на якому здійснюють усі види лікування, та протидіє токсичним проявам медикаментозного лікування [52].

Однією із соціально захищених статей видатків є оплата комунальних послуг та

енергоносіїв, абсолютний розмір якої впродовж 2001–2007 рр. щорічно зростав. Однак частка зазначеної статті видатків постійно зменшується, що свідчить про збільшення обсягів фінансування інших потреб закладів охорони здоров'я дітей.

Найбільша питома вага видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв (середнє значення) у 2001–2007 р., як видно із рис. 2.17, зафіксована у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 8,45% (максимальне значення спостерігалось у 2001 р. – 11,9%), дещо менша – у закладах Хмельницької обл. – 7,28% (максимальне значення – 8,1% у 2003 р.) і найменша – у закладах Вінницької обл. – 7,24% (максимальне значення – 10,3% у 2001 р.).

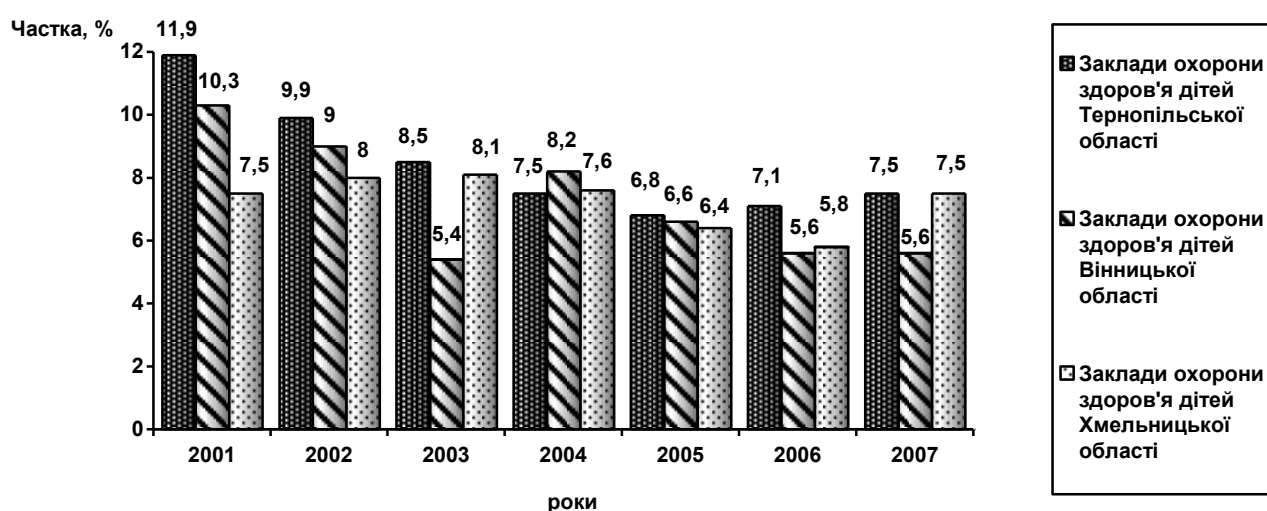


Рис. 2.17. Питома вага видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв у загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., % *

Протягом 2001–2007 рр. оплата комунальних послуг та енергоносіїв закладами охорони здоров'я дітей проводилася здебільшого за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у загальному обсязі витрат на оплату комунальних послуг та енергоносіїв становила у середньому в закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 98,69%, Вінницької обл. – 98,14%, Хмельницької обл. – 99,22%. Проте, як видно з табл. 2.7, у протягом 2001–2007 рр. частка зазначеної статті видатків у загальному обсязі коштів загального фонду зменшилася в закладах усіх областей.

Найвищий рівень середнього темпу приросту видатків на оплату

* Складено автором на основі даних [144–146].

комунальних послуг та енергоносіїв упродовж 2001–2007 рр. спостерігався в закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької обл. – 22,9%, дещо нижчий – у Тернопільській обл. – 19,89% та найнижчий – у Вінницькій обл. – 16,6%.

Протягом 2001–2007 рр. частка видатків на придбання предметів і матеріалів, м'якого інвентарю й обмундирування, оплату транспортних послуг та утримання транспортних засобів, поточного ремонту обладнання, інвентарю і будівель, оплату послуг зв'язку, видатків на відрядження, поточних трансфертів населенню у загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей не перевищувала 8%. Така ситуація пояснюється обмеженими фінансовими можливостями бюджетів, на утриманні яких перебувають заклади охорони здоров'я дітей.

Капітальні видатки, незважаючи на задеклароване у розділі 6 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України „...першочергове оснащення дитячих закладів лікувально-діагностичною апаратурою [133]”, через дефіцит фінансових ресурсів у закладах охорони здоров'я дітей не є пріоритетними. Так, упродовж 2001–2007 рр. частка капітальних видатків у загальному обсязі видатків залишається невеликою (рис. 2.18): найбільшим зазначений показник був у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. – 12,64% (максимальне значення зафіксовано у 2003 р. – 48,1%), дещо меншим – у закладах Тернопільської обл. – 10,22% (максимальне значення зафіксовано у 2003 р. – 16,7%) і найменшим – у закладах Хмельницької обл. – 5,48% (максимальне значення – 9,1% у 2005 р.).

Протягом 2001–2007 рр. капітальні видатки здійснювали здебільшого за рахунок коштів загального фонду, питома вага яких у загальному обсязі капітальних видатків становила у середньому в закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – 60,71%, Вінницької обл. – 62,9%, Хмельницької обл. – 71,54%. Найвищий рівень середнього темпу приросту капітальних видатків упродовж 2001–2007 рр. спостерігався у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької обл. – 51,36% , дещо нижчий – у Тернопільській обл. – 55,0% і найнижчий – у Хмельницькій обл. – 30,8%.

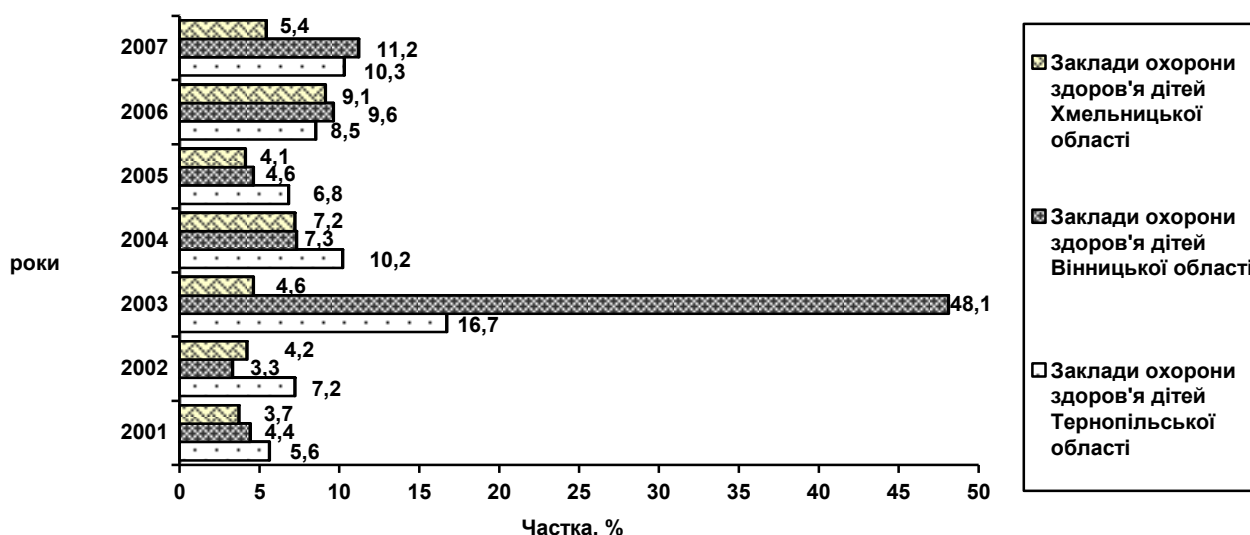


Рис. 2.18. Питома вага капітальних видатків у загальному обсязі видатків закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., %*.

Така ситуація викликана насамперед обмеженим обсягом бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я дітей. У результаті цього зазначені суб'єкти господарювання позбавлені можливості оновлювати власну матеріально-технічну базу, підвищувати рівень оснащення медичною технікою й обладнанням, а натомість користуються морально застарілою та фізично зношеною апаратурою. Тому, найбільш актуальною проблемою для закладів охорони здоров'я дітей є їх переоснащення сучасним медичним обладнанням, зокрема рентген-діагностичною та дихально-реанімаційною апаратурою, системними кардіомоніторами, кюветами й іншою технікою [153, с.199, 318, 345].

Матеріально-технічний потенціал, а також такі показники, як рівень забезпеченості ліжковим фондом, тривалість лікування, кількість амбулаторних відвідувань у розрахунку на одного жителя та рівень госпіталізації, дає змогу визначити тип розвитку медичної допомоги та медичного обслуговування дітей (високоінтенсивний, середньоінтенсивний, екстенсивний) [60, с.125].

Діючи в Україні систему надання медичної допомоги дітям можна вважати екстенсивною з окремими ознаками середньоінтенсивного типу. У галузі охорони

* Складено автором на основі даних [144–146].

здоров'я не забезпечується оптимальне використання ресурсного потенціалу, стаціонарозамінні та інші ресурсозберігаючі технології розвиваються повільно. Пріоритетним є надання стаціонарної допомоги при зростанні зайнятості ліжка із практично незмінним обсягом амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям, унаслідок чого виникла диспропорція у фінансуванні стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів. Як позитивну тенденцію, що наближає вітчизняну систему надання медичної допомоги дітям до середньоінтенсивного типу, є скорочення середньої тривалості госпіталізації хворого (додаток Ц).

Проведений нами аналіз розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей дав змогу виявити, що в результаті недосконалого розподілу бюджетних коштів недофінансовують зазначені інституції, обсяги видатків на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя в окремих регіонах суттєво коливаються. Пріоритетними напрямками витрачання фінансових ресурсів є соціально захищені статті видатків, за рахунок яких покривають здебільшого поточні потреби закладів охорони здоров'я дітей. У зв'язку з цим у процесі реформування галузі охорони здоров'я доцільно вжити заходів щодо вдосконалення діючої практики управління фінансами закладів охорони здоров'я дітей.

Висновки до розділу 2

Результати аналізу діючої практики управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей дають підстави зробити такі висновки:

1. Основними формами фінансового забезпечення державних і комунальних медичних закладів є бюджетне фінансування, некомерційне самофінансування, добровільне медичне страхування та благодійництво. З урахуванням цього обґрунтовано доцільність трактування бюджетної установи охорони здоров'я як організації, створеної у встановленому порядку органами державної влади, органами влади Автономної Республіки Крим чи органами місцевого самоврядування, яка утримується за рахунок відповідно державного чи місцевих бюджетів і/або власних надходжень від некомерційної діяльності.

2. Найбільшими повноваженнями щодо оперативного управління

фінансами закладів охорони здоров'я дітей наділені їх керівники, однак через низький рівень управлінської та фінансової автономії вони обмежені у правах самостійно приймати рішення стосовно формування і використання фінансових ресурсів. Не маючи економічної освіти, головні лікарі недосконало володіють знаннями сучасних форм і методів фінансового менеджменту, не можуть адаптуватися до ринкових умов господарювання, тому актуальною є зміна якісних форм, методів і змісту управління фінансами медичних закладів.

3. Фінансове прогнозування і планування у галузі охорони здоров'я дітей базується на системі норм та нормативів, що не відображає реальну потребу медичних інституцій у матеріальних, трудових та фінансових ресурсах, не враховує наукових і технологічних інновацій у медицині та призводить до необґрунтованості планування основних статей видатків закладів охорони здоров'я дітей.

4. Основним джерелом формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей є кошти місцевих бюджетів (здебільшого обласних), що свідчить про перенесення акцентів у фінансуванні охорони здоров'я дітей саме на регіональний рівень. Обсяг бюджетного фінансування залежить від оперативних показників діяльності зазначених суб'єктів господарювання, внаслідок чого вони зацікавлені в їх підвищенні, а не у покращенні якості медичних послуг дітям. Незважаючи на зростання потреби дітей у медичних послугах у зв'язку із погіршенням стану їх здоров'я, частка видатків на утримання згаданих медичних інституцій у загальному обсязі видатків зведених бюджетів областей не перевищує 11%, тому не може вважатись пріоритетним напрямом витрачання бюджетних коштів. Власні надходження закладів охорони здоров'я дітей суттєвої ролі у формуванні їх фінансового потенціалу не відіграють, оскільки в структурі джерел фінансування не перевищують 5–6 %, та залучаються із метою забезпечення фінансової стійкості зазначених суб'єктів господарювання.

5. У зв'язку із зростанням фінансових порушень у медичних закладах зроблено висновок про доцільність посилення попереднього і поточного контролю за формуванням та використанням їхніх фінансових ресурсів.

6. Через неспроможність держави усунути негативні наслідки впливу ринкових механізмів на функціонування галузі охорони здоров'я стрімко розвивається „тіньовий” сектор у медичних закладах, що породжує небажані економічні та соціальні явища.

7. У процесі розподілу бюджетних коштів на локальному рівні не забезпечується пріоритетність фінансування закладів охорони здоров'я дітей та спостерігається їх недофінансування. Це спричинено невідповідністю між запланованим обсягом видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів, виходячи із фіксованого розміру бюджетних коштів на одного жителя, і фактичним фінансуванням закладів охорони здоров'я на основі їх оперативносітьових показників (без урахування кількості й якості наданих медичних послуг, виду медичного закладу залежно від вікової структури пацієнтів, які обслуговуються).

8. Суттєвою проблемою моделі фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я є диспропорція між потребами населення у медичній допомозі та розподілом фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я, які надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу. Незважаючи на те, що потреба людей у ПМСД найбільша, на її фінансування виділяють найменше коштів.

9. Пріоритетними напрямками витрачання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей є поточні видатки (зокрема, видатки на оплату праці), внаслідок чого зазначені суб'єкти господарювання позбавлені можливості оновлювати власну матеріально-технічну базу, підвищувати рівень оснащеності медичною технікою та обладнанням.

10. Основні наукові результати розділу опубліковано у працях автора [68; 69; 73; 74].

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

3.1. Шляхи вдосконалення формування, розподілу та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей

Здійснення в Україні політичних та соціально-економічних реформ у контексті переходу до ринкових відносин не привело до адекватних новим умовам перетворень у закладах охорони здоров'я дітей, у фінансово-господарській діяльності яких ще зберігаються рудименти адміністративно-командної економіки. Останнє пояснює неефективність їх управлінської діяльності та фінансової розбалансованості.

Обмежений доступ до медичних послуг, незадовільний стан здоров'я дітей, майже повна відсутність сучасного лікувально-діагностичного обладнання у закладах охорони здоров'я, соціальна незахищеність медичних працівників та зростання масштабів „тіньових” розрахунків за послуги викликає негативне ставлення до існуючої системи надання медичної допомоги населенню. При цьому загальні ресурси галузі охорони здоров'я України перевищують показники деяких розвинутих країн [44]. Саме тому проблеми вдосконалення управління медичним сектором постійно перебувають у центрі уваги держави і переслідують мету покращення обґрунтування і прийняття управлінських рішень та ефективної їх реалізації при раціональному використанні обмежених ресурсів [97, с.5].

За останні роки автори багатьох наукових праць висловлювали численні пропозиції щодо реформування національної системи охорони здоров'я, проте основні концептуальні підходи і досі залишаються дискусійними, а визначені стратегії – нереалізованими.

Погляди науковців сьогодні розділяються: одні з них вважають, що головною проблемою охорони здоров'я є недостатнє фінансування, інші – доводять, що збільшення обсягу фінансових ресурсів без підвищення

ефективності їх використання не поліпшить стан справ у галузі. Ми дотримуємося позиції останніх, оскільки вважаємо, що з розвитком та впровадженням новітніх лікувально-діагностичних технологій, зростанням цін на медичне обладнання і препарати коштів для системи охорони здоров'я завжди не вистачатиме (про це свідчить досвід США, де незважаючи на фінансування охорони здоров'я в обсязі 15% ВВП країни, галузь усе ж відчуває дефіцит ресурсів), тому актуальним є здійснення реформ, спрямованих на покращення фінансового забезпечення галузі шляхом ефективнішого розподілу та використання обмежених фінансових ресурсів.

Незважаючи на численні нормативно-правові акти, прийняті для реалізації намічених заходів, ситуація з надання медичних послуг дітям суттєво не покращилася. У зв'язку з цим доцільно розглянути підходи до організації управління фінансовими ресурсами медичних закладів, які застосовують у світовій практиці (рис. 3.1), та котрі можуть бути використані в Україні.

До першої групи належать заходи подолання кількісного дефіциту фінансових ресурсів, спрямовані на безпосереднє збільшення обсягів фінансування, і охоплюють:

- перерозподіл ресурсів на користь системи охорони здоров'я шляхом зменшення фінансування інших секторів бюджетної сфери;
- запровадження нового податку чи збору на соціальне медичне страхування [116].

Наведені заходи можна використовувати й одночасно, однак через ряд соціально-політичних та макроекономічних причин їх застосування не завжди можливе. Наприклад, унаслідок використання першої рекомендації в умовах обмежених бюджетних ресурсів погіршиться фінансування інших бюджетних програм, що також мають важливе суспільне значення. Крім того, за низького рівня розвитку економіки держава не завжди готова збільшувати асигнування на охорону здоров'я у більшому розмірі, ніж це дозволяють її фінансові можливості.

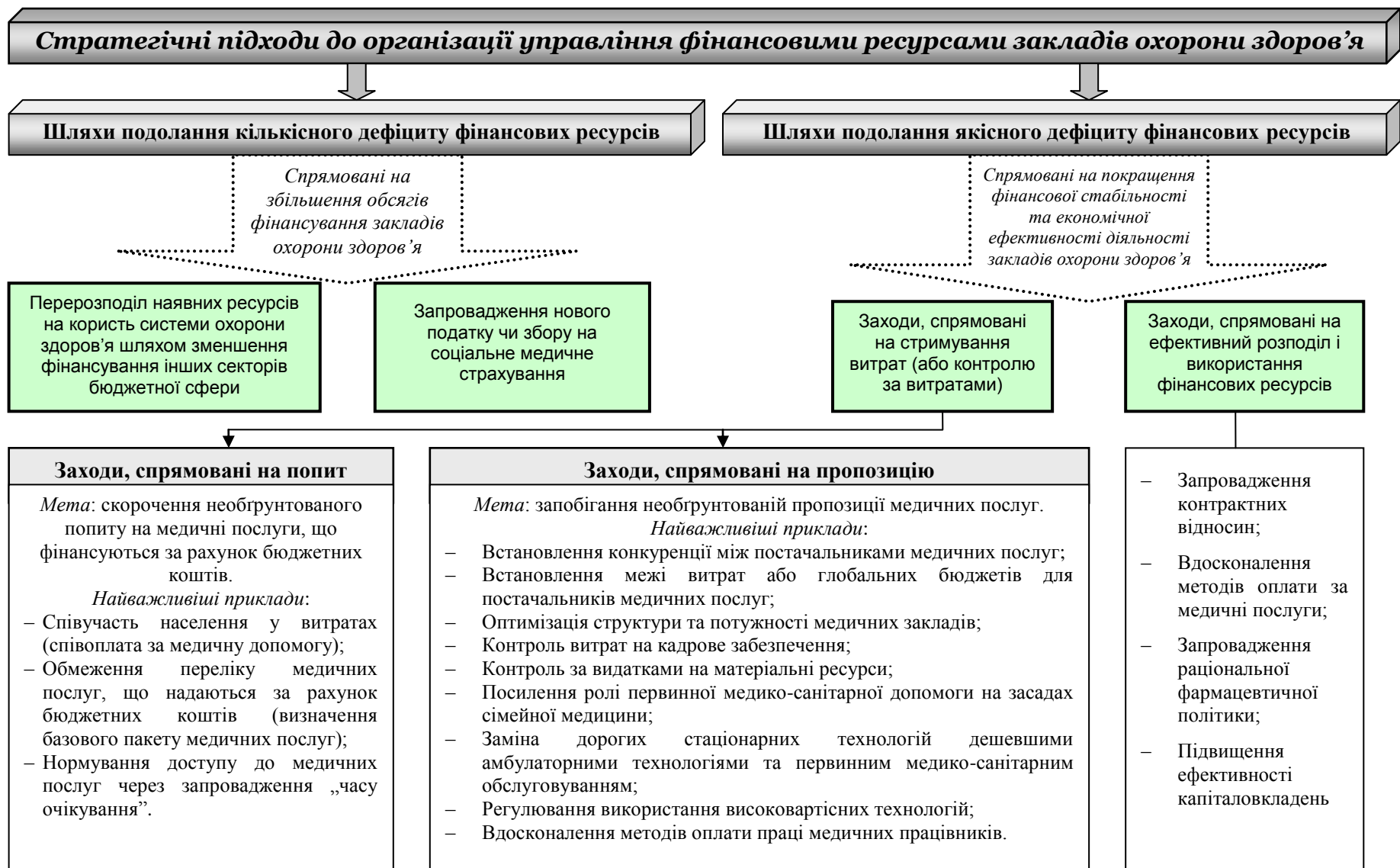


Рис. 3.1. Стратегічні підходи до організації управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я *

* Складено автором на основі [62; 116; 118].

Збільшення обсягів фінансування медичного сектору можна досягти і шляхом запровадження нових податків, що дасть змогу уникнути недофінансування інших статей видатків бюджету. Однак, це суперечитиме політиці зменшення податкового тиску і тому не знайде належної підтримки серед більшості населення.

За таких обставин основним шляхом подолання дефіциту фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я України та підвищення ефективності їх використання може стати введення соціального медичного страхування, переваги та недоліки якого відображені у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Переваги та недоліки соціального медичного страхування [14, с.15]

Переваги	Недоліки
<ul style="list-style-type: none"> – можливість отримання стабільного джерела фінансування – забезпечення наочності притоку ресурсів у систему охорони здоров'я – можливість забезпечення становлення прав пацієнтів як споживачів медичних послуг – можливість комбінації об'єднання ризиків і взаємної підтримки: надання послуг згідно з потребами та розподіл фінансового навантаження відповідно до можливості здійснювати оплату – певна незалежність від держави та одночасна з цим можливість участі у реалізації державної політики охорони здоров'я – можливість сприяння ефективному наданню медичної допомоги 	<ul style="list-style-type: none"> – високий рівень адміністративних витрат – наявність проблем у сфері стримування витрат – наявність проблем із забезпеченням охоплення страхуванням працівників сільського господарства та працівників, які отримують заробітну плату у „конверті”

Соціальне медичне страхування має сприяти досягненню цілей політики охорони здоров'я і може бути успішно втілене лише за наявності в країні відповідних умов [160]. Ми поділяємо думку науковців, які вважають, що недоцільно впроваджувати соціальне медичне страхування за таких обставин [14, с.14–20]:

- недофінансування та неможливість збільшення витрат на охорону здоров'я через недостатній рівень економічного розвитку;
- невисокий рейтинг галузі в переліку національних пріоритетів;
- відсутність належної законодавчої бази й адміністративних механізмів для реалізації медичного страхування;

- значний рівень безробіття та високий розмір відрахувань від доходу;
- переважання неформального сектору економіки над формальним і значні масштаби неофіційних розрахунків за медичні послуги;
- неготовність наявної інфраструктури системи охорони здоров'я до надання відчутних переваг при отриманні медичних послуг застрахованими особами, не обмежуючи при цьому доступ до невідкладної медичної допомоги населенню, яке не охоплене страхуванням.

Значна частина перерахованих вище умов спостерігається і в Україні. У даний час держава фінансує систему охорони здоров'я, враховуючи реальні економічні можливості, й надіятися на суттєве збільшення видатків на дану галузь практично неможливо. Одна із причин зазначеної ситуації – надзвичайно потужний неофіційний сектор економіки, який, за оцінками експертів, становить близько 50–60% ВВП [14, с.20], що призводить до дефіциту бюджетних коштів та недофінансування державних програм, зокрема в галузі охорони здоров'я.

Окрім того, внески на соціальне медичне страхування формуватимуться за рахунок відрахувань від доходу працівників та нарахувань на фонд заробітної плати для роботодавців, розмір яких і так порівняно високий (наприклад, нарахування на фонд оплати праці сьогодні становлять біля 40% фонду оплати праці, а відрахування від заробітної плати – близько 20%). Результатом запровадження додаткових нарахувань може бути незацікавленість працедавців в утриманні персоналу з наступним зростанням рівня безробіття або ж поширення практики видачі заробітку в „конверті”. Вже сьогодні багато громадян офіційно є безробітними, а документально засвідчений розмір заробітної плати працівників комерційного сектору у більшості випадків занижений і не відповідає реальності. Тому, гарантуючи всім певний пакет послуг за умови сплати податків із заробітної плати, неможливо буде забезпечити задекларовані гарантії, оскільки реально держава, за підрахунками експертів, зможе зібрати тільки 20% коштів, які необхідно було б зібрати, якщо враховувати, що всі, кому буде гарантовано послуги в рамках програми, їх отримуватимуть [51, с.98]. За таких обставин система медичного страхування виявиться неспроможною, і її не підтримає

населення.

Не сприяє запровадженню соціального медичного страхування й відсутність менеджерів, здатних ефективно забезпечувати управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. Ми поділяємо думку О. Баєвої, що організація роботи лікувально-профілактичних установ потребує керівників двох якісних рівнів: керівників лікувально-профілактичною діяльністю установи та керівників, які забезпечують організацію планово-економічної та фінансової роботи зазначеної інституції [3, с.233]. В охороні здоров'я має відбутися поступовий перехід від інтуїтивних, досвідно-прагматичних методів управління галуззю до науково-обґрунтованих методів і форм класичного менеджменту із формуванням та використанням якісно нового кадрового ресурсу менеджерів охорони здоров'я [6]. Тому для України актуальним є вирішення в законодавчому порядку питання про надання професійним менеджерам охорони здоров'я права на управління медичними закладами (нормативно-правова база забороняє керувати закладом охорони здоров'я особі без медичної освіти).

Таким чином, медичне страхування справедливо вважається джерелом залучення додаткових фінансових ресурсів у галузь охорони здоров'я та сприяє підвищенню ефективності їх використання. Тому в перспективі оптимальною для вітчизняних реалій була б бюджетно-страхова модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка б передбачала поєднання бюджетних коштів (для фінансування гарантованого державою обсягу надання медичної допомоги), коштів, що надходять від обов'язкового та добровільного медичного страхування, платних медичних послуг і благодійних внесків.

Варто зазначити, що необхідність збільшення фінансування охорони здоров'я не викликає сумніву, проте не завжди причиною незадовільного стану справ у закладах охорони здоров'я дітей є лише кількісний дефіцит фінансових ресурсів. Так, незважаючи на низьку питому вагу видатків на охорону здоров'я (близько 3% ВВП) порівняно з розвинутими країнами світу, видатки на дану галузь у структурі видатків зведеного бюджету України досягають 10,2% (2007 р.), що не так уже й мало, враховуючи необхідність фінансування й інших

сфер діяльності держави. Крім того, за 2001–2007 рр. обсяги отриманих галуззю охорони здоров'я фінансових ресурсів зросли більш як у чотири рази, проте ситуація з надання медичних послуг населенню суттєво не покращилася.

За таких умов доцільно застосовувати заходи, спрямовані на подолання якісного дефіциту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, забезпечення фінансової стабільності та підвищення економічної ефективності системи медичного обслуговування. Їх поділяють на [116]:

- заходи, спрямовані на стримування витрат (або контролю за витратами), передбачають вплив на попит та на пропозицію медичних послуг;
- заходи, спрямовані на ефективний розподіл і використання ресурсів.

Заходи впливу на попит на медичні послуги передбачають співучасть населення у витратах на медичну допомогу і встановлення базового пакета медичних послуг, що покриваються за рахунок бюджетних коштів, але застосування їх в Україні стримується недоліками у законодавстві. Стаття 49 Конституції України та рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. передбачають безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я без будь-яких обмежень, надання всіх без винятку медичних послуг усім громадянам без будь-якого фінансового відшкодування з їх боку на користь медичного закладу [111]. При цьому навіть найбагатші країни неспроможні забезпечити надання всіх медичних послуг усім без винятку членам суспільства за рахунок державних фінансів. Тому загальне визнання й підтримку протягом останніх кількох десятиліть отримала доктрина нормування державних гарантій у сфері медичного обслуговування, що базується на парадигмі базового пакета послуг [116].

Окрім того, якщо держава не може забезпечити повну безоплатність медичної допомоги, потрібна цивілізована форма участі населення у відшкодуванні вартості наданих послуг, один із прикладів чого демонструє Фінляндія [60, с.113]. Залучають населення до участі в оплаті за медичні послуги і в інших зарубіжних країнах. Зокрема, частка приватних внесків (співоплата та приватні схеми медичного страхування) у загальному обсязі лікарняних

надходжень найбільша у Франції, Італії та Фінляндії – 8–10% (середній рівень у країнах-членах ЄС – 3–4%) [66].

На наш погляд, величину часткової оплати за стаціонарну медичну допомогу дітям доцільно базувати на тому, що населення відшкодуватиме частину витрат за лікування з урахуванням надходження фінансових ресурсів до закладу охорони здоров'я дітей із різних джерел:

1. Розраховується необхідний обсяг видатків на лікування однієї хворої дитини в стаціонарі – собівартість одного ліжко-дня з урахуванням усіх КЕКВ.

2. Визначаються джерела й обсяг фінансування дитячого лікарняного закладу з розрахунку на 1 ліжко-день: надходження з бюджету (фінансування гарантованого державою обсягу надання медичної допомоги); інші надходження.

3. Після визначення собівартості 1 ліжко-дня і розміру очікуваних надходжень, суму коштів, яких не вистачає для надання медичної послуги, пропонуємо внести у вигляді плати за лікування однієї хворої дитини в стаціонарі (B):

$$B = \left(B_{л/д} - \sum_{i=1}^I H_i \right) \cdot K_{л/д}, \quad i = \overline{1, I},$$

де $B_{л/д}$ – собівартість одного ліжко-дня за спеціалізаціями лікарняних ліжок;

H_i – надходження в розрахунку на один ліжко-день із i -го джерела фінансування дитячого лікарняного закладу за спеціалізаціями лікарняних ліжок;

$K_{л/д}$ – кількість ліжко-днів, проведених одним хворим у дитячому лікарняному закладі закладі на ліжку відповідної спеціалізації;

I – кількість джерел фінансування дитячого лікарняного закладу.

Величину співоплати населення за медичні послуги можна розраховувати з використанням як абсолютних, так і відносних показників та диференціювати її пропорційно до середньої заробітної плати в регіоні. Крім того, можлива і деяка модифікація наведеної методики розрахунку розміру співоплати населення:

1. Пацієнти можуть відшкодувати лише витрати на лікувальне харчування та перебування в приміщенні закладу охорони здоров'я (готельні

послуги і послуги підвищеної комфортності), а частину інших витрат, необхідних для надання медичної послуги, покриватимуть за рахунок бюджетних та інших надходжень.

2. Зважаючи на те, що найдорожчими є перші дні перебування хворого на стаціонарному лікуванні, відшкодування витрат на надання медичних послуг за рахунок співоплати населення можна застосовувати для оплати кінцевих днів госпіталізації пацієнта в лікарняному закладі понад установлений нормативами (відповідно до медичних стандартів) термін стаціонарного лікування.

Запровадження співучасті населення у витратах на охорону здоров'я, на нашу думку, сприятиме усуненню неофіційних розрахунків у закладах охорони здоров'я дітей, диверсифікації джерел фінансових ресурсів і дасть змогу більшій кількості дітей отримати якісну медичну допомогу. Успішна реалізація описаного заходу за умови збереження бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я можлива лише за умови забезпечення бюджетними коштами витрат на надання гарантованого державою базового обсягу медичних послуг та потребує вдосконалення національної нормативно-правової бази. Держава має чітко визначити, які соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я вона спроможна фінансувати за рахунок бюджетних коштів, а які – доцільно забезпечувати за рахунок інших джерел фінансування.

Невід'ємною складовою процесу реформування фінансово-економічних відносин у галузі охорони здоров'я є вдосконалення системи оплати праці медичного персоналу. Метою даного заходу, як зазначив Д. Ділноїдж, є створення таких соціальних умов у сфері охорони здоров'я, за яких професійна поведінка лікарів на мікрорівні забезпечила б контроль за витратами на макрорівні [157]. Для цього доцільно: 1) підвищити рівень винагородження лікарів та іншого медичного персоналу; 2) виробити механізми оплати праці, що сприяють зростанню ефективності використання ресурсів охорони здоров'я.

Вітчизняний та світовий досвід свідчить, якщо лікарі отримують менше, ніж заслуговують, вони знаходять способи неофіційного стягнення плати з пацієнтів. Без підвищення розміру зарплати медичному персоналові неможливо викоринити

„приховані” виплати. Отже, оптимізація системи оплати праці має сприяти досягненню таких стратегічних цілей: орієнтованості на високі кінцеві результати, ефективного використання ресурсів і координації між різними медичними службами, спрямованості на забезпечення доступності та високої якості медичної допомоги. При виборі методів оплати праці слід враховувати їх тісний зв'язок із прийнятими підходами до фінансування відповідних медичних служб [62, с.108].

Основою змін в оплаті праці лікарів первинної ланки має стати перехід від моделі, за якою лікар, котрого найняла держава, працює за зарплату, до договірних відносин, за яких працю лікарів оплачує згідно з визначеними у контракті умовами. Найоптимальнішою для України була б змішана модель, що передбачає комбінацію гонорарного (10–15%), подушового (55–60%) і поокладного (25–40%) методів фінансування. Фіксована оплата повинна складати невелику частку і забезпечувати соціальний захист спеціалістів. Основна частина оплати – подушна залежить від обсягу лікарської практики (кількості прикріпленого населення), що стимулює інтенсифікацію діяльності через залучення додаткового числа пацієнтів, пропорційно до зростання яких лікар має отримувати надбавки. Гонорарну частку можна використовувати для стимулювання надання ефективних та ощадливих профілактичних послуг, розширення стаціонарозамінних послуг, надання яких зменшує звернення пацієнтів до лікарняного сектору [53, с.77].

У процесі реформування системи оплати праці лікарів у стаціонарах на відміну від існуючих жорстких посадових окладів, що не залежать від результатів роботи, доцільно формувати оклад лікаря з двох частин: постійної і змінної. У змінній частці (40–50%) доцільно враховувати обсяг, складність втручань, ведення амбулаторного прийому, надання стаціонарозамінних послуг тощо. Якість надання медичних послуг рекомендовано оцінювати з допомогою моделей кінцевих результатів, які передбачають застосування санкцій при рівні, нижчому за контрольні значення [62, с.109].

Здійснення ефективної кадрової політики має передбачати усунення

кадрового дисбалансу між лікарями та середнім і молодшим медичним персоналом, співвідношення між якими в Україні становить 1:1,5–2 (у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей близько 1:3,6) і не відповідає сучасним вимогам (у європейських країнах таке співвідношення дорівнює 1:5–6). У зв'язку з недостатньою кількістю середнього та молодшого медичного персоналу сестринські обов'язки часто змушені виконувати лікарі, оплата праці яких потребує значно більших витрат. Зазначені проблеми доцільно врахувати при розробленні нормативів для визначення штатів медичного персоналу.

Реалізація таких заходів, як скорочення кількості лікарів та ліжкового фонду в медичних закладах, контроль за витратами на матеріально-технічні й кадрові ресурси залежить, на наш погляд, від наукової обґрунтованості планування ресурсного потенціалу закладів охорони здоров'я дітей. Наукові підходи щодо організації процесу планування мають базуватися на медичних потребах населення й економічній ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, пов'язаній із обсягом та якістю послуг, що надаються населенню [114, с.117].

Механізм фінансового планування в закладах охорони здоров'я дітей також потребує вдосконалення. Це стосується насамперед системи норм і нормативів, що відіграють вирішальну роль у процесі планування фінансових ресурсів, проте на сучасному етапі залишаються необґрунтованими та неактуальними. Перегляду потребують і основні оперативні-сітьові показники закладів охорони здоров'я дітей. На наш погляд, планувати і виділяти фінансові ресурси згаданим інституціям із бюджету варто, враховуючи кількість наданих медичних послуг або пролікованих хворих, а не число ліжко-днів, показники яких не завжди достовірні.

Удосконалення потребує і методика формульного розрахунку видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів. Зважаючи на пріоритетність охорони здоров'я дітей у державній політиці охорони здоров'я України та відчутну різницю між показниками захворюваності дитячого й дорослого населення, на

наш погляд, доцільно окремо визначати видатки на охорону здоров'я з бюджету для даних категорій пацієнтів та фінансувати заклади, які надають їм медичну допомогу, враховуючи отримані суми. Частка видатків на охорону здоров'я дітей (OZ_d) у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я (OZ) з бюджету локального рівня, на наш погляд, має бути не меншою, ніж питома вага чисельності дітей ($ЧД$) у загальній чисельності населення ($ЧН$) і частка загальної захворюваності дітей (Z_d) у загальній захворюваності населення (Z_n) відповідної території:

$$\frac{OZ_d}{OZ} \geq \frac{ЧД}{ЧН}, \quad \frac{OZ_d}{OZ} \geq \frac{Z_d}{Z_n}.$$

Розрахунок оптимального діапазону частки видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я із зведеного бюджету Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей наведено у додатку С.3.

Розподіл фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я дітей пропонуємо здійснювати залежно від фінансового стану зазначених інституцій, обсягу і характеру їх діяльності.

Ключовими заходами забезпечення ефективного розподілу ресурсів є запровадження контрактних відносин і автономізація постачальників медичних послуг, перспективи здійснення яких розглянемо в наступних параграфах дисертаційної роботи.

За допомогою реалізації заходів, спрямованих на забезпечення раціональної фармацевтичної політики, можна стримувати видатки на охорону здоров'я за рахунок впливу на попит та пропозицію медикаментів і раціонального вибору ліків із урахуванням співвідношення ціни й терапевтичного ефекту. Необхідність таких дій обумовлена причинами відсутності: системи раціонального медикаментозного забезпечення населення; офіційних механізмів залучення особистих коштів громадян для оплати стаціонарного лікування, в результаті чого пацієнти купують ліки у роздрібній мережі за цінами на 25–30% вищими, ніж оптові, що встановлюють при закупівлі партій медичних препаратів для закладів

охорони здоров'я; єдиного механізму формування цін на ліки вітчизняного виробництва та недосконалістю системи дистрибуції лікарських засобів.

Незважаючи на декларації щодо запровадження зазначених заходів у вітчизняну практику, в Україні досі не створено справді ефективного нормативно-правового підґрунтя для її належного застосування. Тому нагальним є: запровадження державної реєстрації цін на життєво необхідні лікарські засоби вітчизняних і зарубіжних виробників; вдосконалення механізму регулювання граничних рівнів оптових та роздрібних надбавок на основні ліки, аналіз їх економічної обґрунтованості [62, с.166].

Заходи, спрямовані на підвищення ефективності капіталовкладень передбачають: закриття чи перепрофілювання стаціонарів і спрямування інвестицій в амбулаторний сектор чи на профілактику захворювань; уникнення запровадження високовартісних технологій та методів лікування, ефективність яких не доведена [116].

Для поліпшення обслуговування пацієнтів, раціоналізації використання лікувально-діагностичного обладнання й одночасного перенесення пріоритетів у фінансуванні на первинну медико-санітарну допомогу варто поширювати практику створення регіональних діагностичних центрів [59, с.294] і надавати перевагу впровадженню профілактичних та реабілітаційних технологій, а не, як сьогодні, – дорогих спеціалізованих і високоспеціалізованих.

Для зменшення необґрунтованих витрат на медичну допомогу дітям органам виконавчої влади та місцевого самоврядування доцільно активізувати запровадження стаціонаророзамінних технологій, що, за розрахунками експертів, дають змогу зекономити 50–70% загальних витрат на лікування одного хворого без погіршення якості медичних послуг. Пояснюється це тим, що лікування в умовах цілодобового стаціонару коштує значно (у сім разів!) дорожче, ніж у денному стаціонарі поліклініки.

Недофінансування закладів охорони здоров'я дітей призвело до відсутності оновлення та модернізації основних фондів, що зумовило необхідність використання близько 80% більш як на половину фізично та морально застарілого

обладнання і загрожує безпеці пацієнтів і медичного персоналу. Виходом із окресленої ситуації може бути фінансовий лізинг – як один із інструментів кредитування операцій із купівлі обладнання та інших високовартісних товарів медичного призначення. Його основна перевага в тому, що він суттєво не впливає на статті видатків та в умовах динамічного розвитку ринку медичної техніки дає змогу закладам охорони здоров'я уникнути морального зношення основних засобів та протягом короткого терміну вирішити питання власного ресурсозабезпечення [50, с.193].

Альтернативною можливістю зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я дітей може бути скасування законодавчої заборони бюджетним установам здійснювати запозичення і надання державою пільгових кредитів медичним установам на придбання й переоснащення лікувально-діагностичної апаратури та обладнання.

Необхідна передумова реалізації розглянутих вище шляхів удосконалення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я – формування належної нормативно-правової бази, яка б створила підґрунтя для ефективного реформування фінансового забезпечення медичних інституцій.

На наш погляд, нагальним є усунення суперечностей між такими основними законодавчими документами України:

- статтею 49 Конституції України, статтею 6 Закону України „Про охорону дитинства”, де визначено гарантоване державою право дитини на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я;

- статтею 95 Конституції України, в якій відзначено, що виключно законом про Державний бюджет України визначаються види і розміри видатків держави на загальносуспільні потреби;

- статтею 12 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я”, де зазначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу.

Для ефективного регулювання бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я нагальним є, на наш погляд, усунення неоднозначності трактування норм Бюджетного кодексу України і Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” щодо рівня децентралізації фінансування медичного сектору, делегування повноважень із одного рівня на інший.

Підсумовуючи викладене, констатуємо, що в сучасних умовах Україна не готова до запровадження страхової моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Тому, не очікуючи прийняття закону про обов'язкове медичне страхування, на який покладають основні надії щодо розв'язання проблем у медичному секторі, в процесі реформування системи охорони здоров'я доцільно не лише збільшувати обсяги її фінансування, а й здійснювати заходи, спрямовані на стримування витрат та ефективне використання ресурсів. Отже, для вдосконалення управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей пропонуємо здійснити комплекс заходів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Концепція реформування управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей *

Вектори реформи	Заходи для реалізації
<i>Відмова від декларацій держави щодо забезпечення всіх громадян усіма видами безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.</i>	Визначення базового пакета гарантованого державою обсягу безоплатних медичних послуг і забезпечення адекватного розміру фінансових ресурсів для організації їх надання.
<i>Усунення неофіційних розрахунків населення за надану медичну допомогу дітям.</i>	Введення співучасті населення в оплаті медичних послуг.
<i>Зміна господарсько-правового статусу бюджетних закладів охорони здоров'я дітей.</i>	Надання управлінської та фінансової автономії закладам охорони здоров'я дітей шляхом перетворення їх на некомерційні підприємства.
<i>Законодавче врегулювання здійснення некомерційної діяльності закладами охорони здоров'я дітей.</i>	Розширення переліку платних послуг, які можуть надавати безпосередньо заклади охорони здоров'я дітей, розроблення методики визначення їх вартості.
<i>Зміна характеру фінансових відносин між фінансуючою стороною і провайдерами медичних послуг дітям.</i>	Відмова від принципу фінансування витрат (утримання) закладів охорони здоров'я дітей та перехід до контрактних закупівель медичних послуг за моделлю блок-контракту.

* Розроблено автором

<i>Зміна методів оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей.</i>	Відмова від кошторисного методу фінансування закладів охорони здоров'я та запровадження: подушного фінансування за моделлю часткового фондотримання – для оплати медичних послуг дитячих амбулаторно-поліклінічних закладів та фінансування за методом глобального бюджету – для дитячих лікарняних закладів.
<i>Диверсифікація джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей.</i>	Формування багатоканальної моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей із залученням бюджетних коштів як основного джерела фінансових ресурсів, коштів від медичного страхування, надання платних медичних і немедичних послуг, благодійних внесків, кредиту, лізингу та інших джерел, не заборонених законодавством.
<i>Зміна пріоритетів у розподілі фінансових ресурсів.</i>	Перенесення пріоритетів у фінансуванні на заклади охорони здоров'я дітей, які забезпечують надання первинної медико-санітарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям.
<i>Підвищення ефективності використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей.</i>	Впровадження стаціонарозамінних та ресурсозберігаючих технологій, оптимізація потужності медичних закладів, підвищення ефективності капіталовкладень.
<i>Зміни у складі управлінського персоналу закладів охорони здоров'я дітей.</i>	Залучення до управління закладами охорони здоров'я дітей менеджерів охорони здоров'я, здатних забезпечувати ефективно управління фінансовими ресурсами.
<i>Вдосконалення системи оплати праці медичного персоналу.</i>	Для лікарів ланки ПМСД оптимальною була б змішана модель оплати праці (комбінація покладного, подушного і гонорарного методів); оплата праці лікарів стаціонарного сектору медичної допомоги має складатися з постійної і змінної частин; усунення міжпосадових диспропорцій.

Реалізація запропонованих заходів сприятиме поліпшенню якості, доступності, ефективності й прозорості нинішньої системи медичного обслуговування дітей та підготовці її інфраструктури до майбутнього впровадження моделі соціального медичного страхування.

3.2. Автономізація постачальників медичних послуг дітям та перспективи запровадження контрактних відносин у галузь охорони здоров'я

Пусковим механізмом для забезпечення ефективного розподілу фінансових ресурсів та контролю за витратами у секторі медичного обслуговування є підвищення рівня фінансової та управлінської автономії постачальників медичних послуг [81, с.6] і запровадження контрактних закупівель даних послуг. Використання зазначених заходів – основна відмінність, що відрізняє орієнтовані

на фінансування за рахунок загальних податків чи соціального медичного страхування контрактні моделі систем охорони здоров'я ряду європейських країн (наприклад, Великобританія, Скандинавські країни, Італія тощо) від системи охорони здоров'я України, що досі базована на характерній для радянських часів інтегрованій моделі розподілу ресурсів, в якій відсутні контрактні відносини [116].

Необхідність автономізації вітчизняних постачальників медичних послуг обумовлена: неефективністю діяльності бюджетних медичних закладів; впливом кваліфікованих кадрів у приватний сектор; недостатньою прозорістю і поширеною корупцією в бюджетних медичних закладах; недоступністю допомоги для малозабезпечених осіб унаслідок дефіциту фінансування медичних бюджетних установ та зростанням неформальних платежів; фактичною відсутністю реальних заохочень і санкцій за якість роботи медичного персоналу [131, с.292].

Автономія (управлінська та фінансова самостійність) постачальників медичних послуг – один із проявів здатності закладів охорони здоров'я гнучко й оперативно реагувати на вимоги оточення і пристосовуватися до них на основі відповідних внутрішніх та зовнішніх мотивацій. Автономію забезпечують наданням професійним медичним працівникам і медичним закладам свободи у прийнятті фахових медичних, управлінських та фінансових рішень, і, серед іншого, вона охоплює право постачальників медичних послуг застосовувати у своїй діяльності не заборонені законодавством альтернативні підходи до організації власної господарської діяльності, лікування, обстеження та інших видів обслуговування пацієнтів.

Процес підвищення рівня управлінської та фінансової автономії постачальників медичних послуг передбачає зміну господарсько-правового статусу цих суб'єктів із метою створення передумов для забезпечення ширших і вільніших можливостей у прийнятті управлінських та фінансових рішень, пов'язаних із організацією їх діяльності [81, с.7] (рис. 3.2).

Основний зміст стратегії автономізації закладів охорони здоров'я та

очікувані від її запровадження позитивні можливості, базуючись на зарубіжному досвіді, можна підсумувати у вигляді табл. 3.3.



Рис. 3.2. Цілі зміни господарського статусу закладів охорони здоров'я та взаємозв'язок між ними [115, с.11].

Як свідчить досвід більшості зарубіжних країн, автономізацію постачальників медичних послуг – фізичних осіб забезпечують наданням їм права на підприємницьку діяльність – приватну медичну практику.

Таблиця 3.3

Стратегія автономізації постачальників медичних послуг [81, с.7]

Зміст стратегії	Очікувані позитивні можливості
Обмеження адміністративних прав органів державної влади та місцевого самоврядування і передача керівникам медичних закладів права самостійного розпорядження ресурсами.	<ul style="list-style-type: none"> – перехід від постатейного бюджетного утримання медичних закладів до самостійного визначення ними пріоритетних напрямів витрат і фінансування – збільшення обсягу наданих платних медичних послуг, використання отриманих від них доходів і зекономлених державних коштів для матеріального заохочення персоналу та інвестицій – запровадження контрактних відносин із стороною-платником, фінансування за допомогою методу глобального бюджету та інших нових методів відшкодування – створення стимулів та мотивацій для надання високоякісних послуг та ефективного використання ресурсів – запобігання виникненню конфлікту між соціальною функцією підприємства та комерційним інтересом

Автономізація постачальників медичних послуг – юридичних осіб потребує зміни господарсько-правового статусу медичних закладів, що вимагає прийняття відповідних управлінських рішень власників цих закладів. Найвищий ступінь свободи державним та комунальним закладам охорони здоров'я міг би бути

наданий шляхом їх перетворення на приватні підприємницькі структури. Однак такий підхід негативно сприймається суспільством і спричиняє високі ризики конфлікту між підприємницькою поведінкою, основною мотивацією якої є отримання прибутку, та соціальною функцією, котру мають виконувати лікарні. Крім того, приватизація публічних медичних закладів в Україні заборонена статтею 49 Конституції України, де відзначено, що „...існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена [57]”. Тому в багатьох країнах світу публічні заклади охорони здоров'я функціонують за концепцією регульованого ринку („внутрішнього ринку”) або моделлю „соціального підприємництва”, яка передбачає збереження медичних закладів у державній (муніципальній, комунальній) власності з наданням їм більшого рівня самостійності та можливості запровадження характерних для підприємництва механізмів, що сприяють підвищенню ефективності та якості діяльності. Це дає змогу збалансувати використання ринкових стимулів та державного контролю за державним сектором охорони здоров'я й оптимізувати якість, доступність і економічну ефективність медичного обслуговування.

В Україні необхідність застосування ринкових інструментів у галузі охорони здоров'я та формування „внутрішнього ринку” викликана низьким рівнем фінансування медичних закладів, невідповідністю інституційних структур зазначеної галузі й економіки в цілому, зниженням мотиваційного механізму в поведінці виробників медичних послуг, ослабленням контролю за якістю діагностики та лікування, наявністю значного за масштабами „тіньового” ринку медичних послуг і неефективною структурою їх надання в легальному сегменті, яка виражається в переважанні високовитратного стаціонарного сектору [48, с.18].

Для впровадження моделі „соціального підприємництва” у вітчизняну практику необхідна відповідна законодавча база. Проте в Україні поки що немає закону, що спеціально врегулював би господарський статус публічних медичних закладів, надаючи при цьому їм достатній ступінь управлінської та

фінансової автономії. У зв'язку з цим нині єдиним можливим шляхом автономізації зазначених інституцій є використання чинного законодавства [117].

Як випливає з положень Господарського кодексу України, найбільший ступінь самостійності притаманний такому видові суб'єкта господарювання, як підприємство (найбільшим він є у приватних підприємств, дещо меншим – у державних та комунальних комерційних підприємств, найменшим – у казенних та комунальних некомерційних підприємств), правовий статус якого порівняно з бюджетною установою дає змогу ефективніше використовувати ресурси та підвищувати якість діяльності.

Що стосується безпосередньо закладів охорони здоров'я дітей, то стаття 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я надає їм право здійснювати свою господарську діяльність у формі підприємства. Згадана стаття, зокрема, трактує заклад охорони здоров'я як „підприємство, установу та організацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників [30]”. Таким чином, правове поле в Україні дає змогу здійснювати реформи у галузі охорони здоров'я в напрямку перетворення публічних медичних закладів у підприємства – суб'єкти господарювання, що мають значно вищий, аніж бюджетні установи, ступінь управлінської та фінансової самостійності.

Ми погоджуємось із думкою В. Рудого, який вважає, що прийнятнішою для України, зважаючи на законодавчу заборону приватизації медичних закладів, є модель автономізації закладів охорони здоров'я шляхом їх перетворення з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства (для закладів комунальної форми власності) й казенні підприємства (для закладів державної форми власності), за якими має бути закріплений статус неприбуткових організацій. Економічні показники, що відображають раціональність використання у закладах охорони здоров'я дітей фінансових ресурсів, мають бути

провідними критеріями оцінки ефективності фінансово-господарської діяльності зазначених інституцій [115].

Така модель дає змогу уникнути конфлікту між бажанням підприємства отримувати максимальний прибуток і виконанням дорученої медичним закладам суспільнокорисної функції, що полягає в забезпеченні населення безоплатною медичною допомогою у рамках встановлених державою гарантій. Проте на шляху зазначеного процесу є суттєві перешкоди, пов'язані з проблемами реєстрації некомерційного підприємства як неприбуткової установи й оподаткування податком на прибуток підприємств, земельним податком та відсутністю примірного статуту для медичних підприємств; методичного забезпечення запровадження та використання нових методів оплати діяльності провайдерів, орієнтованих на врахування обсягів та якості роботи; адміністраторів і менеджерів на місцях для забезпечення ефективної роботи медичних закладів із урахуванням зміни господарського статусу; відповідних знань та політичної волі до запровадження реформ у представників місцевої влади та місцевого самоврядування [117, с.14].

Невід'ємною складовою реформи системи охорони здоров'я є здійснення закупівель медичних послуг та запровадження договірних відносин між платниками та постачальниками цих послуг, які служитимуть альтернативою інтегрованій моделі розподілу ресурсів. Домінуючу роль договірних відносин підкреслює спеціальна резолюція Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я „Про роль контрактних відносин у поліпшенні діяльності систем охорони здоров'я” (травень, 2003 р.).

Контракти є важливим інструментом впливу покупців на постачальників послуг, оскільки в них зазначені умови надання, перелік, обсяг медичних послуг. Окрім того, договірні відносини сприяють створенню рівних можливостей укладення контрактів, які фінансують за рахунок бюджетних коштів, для публічних та приватних постачальників медичних послуг, і дозволяють активізувати такі управлінські стратегії:

- децентралізація управління для делегування частини повноважень від вищих органів управління до закладів охорони здоров'я дітей [153, с.13];
- розділення функцій платника та постачальника медичних послуг, зміна типу відносин між ними з ієрархічних на партнерські;
- формування економічної зацікавленості медичних інституцій у забезпеченні максимально можливої результативності власної діяльності – високої якості послуг за якомога менших 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;
- формування пацієнтів як обізнаних, добре інформованих споживачів медичних послуг, які здатні цивілізовано захищати свої визначені законом права та реально впливати на поліпшення якості системи охорони здоров'я [116].

Процес контрактування передбачає ведення переговорів та укладення угоди між покупцем і постачальником на конкурентних засадах, і дає змогу покупцям забезпечувати контроль за витратами на макrorівні, а також підвищувати результативність роботи закладів охорони здоров'я [112, с.224]. Контрактні закупівлі медичних послуг дозволяють формалізувати процес планування й управління, зробити прозорими та чіткими зобов'язання сторін договору щодо досягнення конкретних цілей і виконання визначених завдань. А саме це і є ключем для забезпечення правових та економічних стимулів підвищення ефективності використання ресурсів [117, с.15].

У світовій практиці трапляються різні моделі контракції медичних послуг, що мають певні переваги та недоліки:

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

направлення до спеціалістів”.

Перевагами блок-контрактів для надавачів медичних послуг є гарантований дохід для покриття витрат незалежно від фактично вкладеної праці та можливість планувати обсяги власної діяльності. До недоліків блок-контрактів можна віднести безоплатне виконання послуг, якщо їх обсяги перевищують очікувані, й надмірні витрати, якщо випадок захворювання виявиться важчим, аніж передбачали. Щоби запобігти некомпенсованим витратам, провайдери можуть наполягати на встановленні в блок-контракті верхніх меж на певні обсяги та види послуг за контрактом.

Переваги блок-контрактів для закупівельників медичних послуг полягають у простоті виконання й гарантії отримання певного обсягу послуг за фіксовану плату. Серед недоліків блок-контрактів можна відзначити недостатню їх гнучкість, якщо послуг виконано менше, ніж очікували (у випадку меншої кількості пологів у зв'язку із меншою народжуваністю), та, як наслідок, перевищення фактичних витрат над необхідними.

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

Досвід використання блок-контрактів показує, що вони найпридатніші для порівняно легко прогнозованих випадків невідкладної допомоги, наприклад, травми або захворювання, що виникають у певні періоди року, сезонні епідемії. Також вважають доцільним використання блок-контрактів для оплати послуг пологових будинків, де попит також є більш-менш передбачуваним. Небажано застосовувати блок-контракти для оплати послуг косметичної хірургії, якщо не встановлено верхні межі на кількість надаваних послуг.

– Контракти на узгоджену вартість та обсяг медичної допомоги передбачають виконання таких умов: закупівельник платить надавачеві за узгоджений обсяг медичних послуг; оплату здійснюють за кожний пролікований випадок понад узгоджений обсяг.

У разі відхилення від зазначених у контракті обсягів медичних послуг недовиконані роботи можна не оплачувати. Також на практиці інколи встановлюють так званий „рівень толерантності” – визначений відсоток відхилення від встановленого обсягу медичних послуг не спричиняє додаткових витрат для закупівельників чи штрафів для надавачів [112].

Контракти за вартістю та обсягом мають перевагу для закупівельників у тому, що вони передбачають оплату лише за фактично надані медичні послуги. Недолік цієї форми контрактації – можливість суттєвого перевищення обсягів витрат порівняно зі законтракованими, що може викликати необхідність встановлення у договорах максимального обсягу діяльності для запобігання „накручуванню” витрат і надання непотрібних послуг.

Для надавачів контракти за вартістю та обсягом мають наступні переваги:

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

Контракти за вартістю та обсягом підходять для тих випадків, коли попит можна точно передбачити, і є максимально гнучкими як для провайдерів, так і для закупівельників медичних послуг [91, с.6].

– Контракти із зазначеною вартістю пролікованого випадку передбачають, що закупівельник оплачує узгоджену суму за кожний епізод діяльності, тобто кожне надходження пацієнта на лікування оплачують на основі індивідуального контракту. Зазначена модель контрактації є найдоцільнішою за невеликих обсягів діяльності, їх невизначеності або тенденції до зниження і застосовується до провайдерів медичних послуг, які обслуговують місцевості з низькою чисельністю населення.

Перевагою контрактів за вартістю пролікованого випадку є максимум гнучкості у встановленні обсягів послуг, недоліками – високий рівень трансакційних витрат, проблематичність визначення знижок, вимушеність

покупців приймати ціну (а не впливати на неї) як наслідок монопольного становища надавачів послуг, потреба у надто великій кількості детальної інформації, через що контракти за вартістю пролікованого випадку поки що не знайшли широкого застосування у зарубіжних країнах.

Більшість сучасних експертів вважають, що найпридатнішою формою контрактації послуг системи охорони здоров'я в країнах, де відчувають нестачу інформації про ресурси, процеси та результати діяльності внаслідок нерозвиненості інформаційних систем, до яких належить і Україна, є застосування блок-контрактів [91, с.6]. Схематично основні складові такого договору відображені на рис. 3.3.

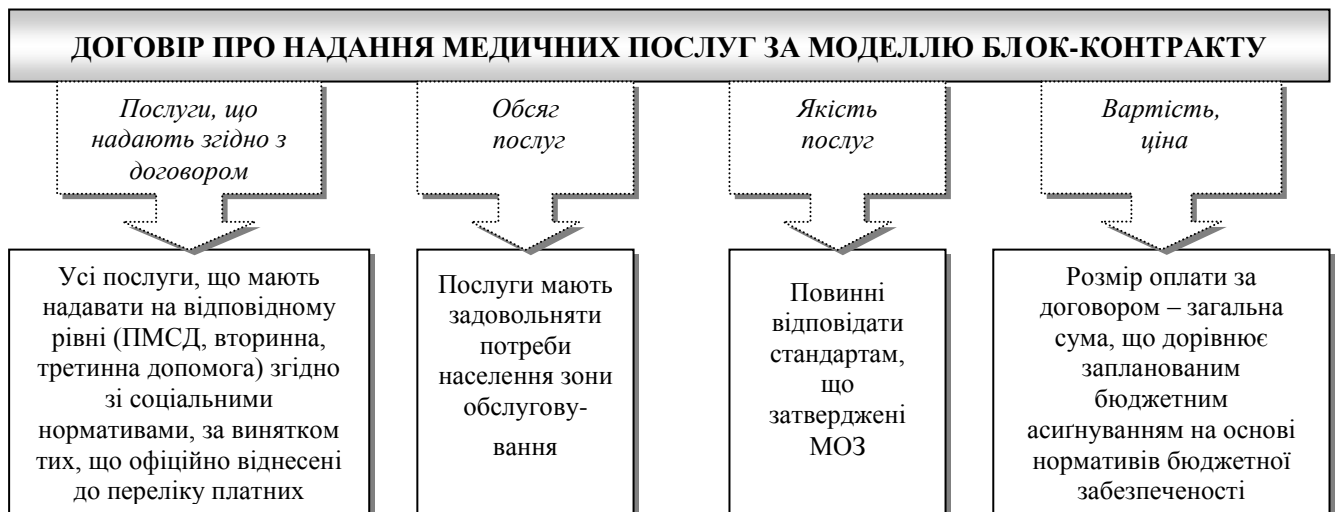


Рис. 3.3. Складові договору про надання медичних послуг за моделлю блок-контракту *.

Механізм контрактних закупівель медичних послуг в Україні слід запроваджувати відповідно до „Положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти”, затвердженого постановою КМУ від 17. 10. 2008 р. № 921. Підтвердженням цього є включення медичного обслуговування до поняття „послуги” у пункті 2 даного нормативно-правового акта. Зазначений документ відкриває можливості для конкуренції за кошти державного та місцевих бюджетів між закладами охорони здоров'я різних форм власності, а визначені у ньому процедури можна було б застосовувати й при подальшому запровадженні в

* Складено на основі даних [81, с.20].

Україні соціального медичного страхування. Крім того, згідно з даним правовим актом потенційними постачальниками медичних послуг можуть бути як юридичні, так і фізичні особи, що створює умови для подальшого розвитку індивідуальної приватної медичної практики.

Пункт 19 „Тимчасового положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” передбачає такі процедури закупівель, як відкриті торги, торги з обмеженою участю, двоступеневі торги, запит цінових пропозицій (котирувань), торги зі зменшенням ціни (редукціон), закупівля в одного постачальника (учасника) [107]. Перші п’ять із перерахованих процедур потребують конкурентного середовища, якого в сучасних умовах між закладами охорони здоров’я дітей майже нема. Підтвердження цього – ситуація на ринку медичних послуг дітям: на рівні міста обласного значення медичні послуги дітям надає лише одна міська дитяча лікарня, на рівні району та міста районного значення – заклади охорони здоров’я дітей взагалі відсутні, медичні послуги дітям надають дитячі відділення та консультації районних та міських лікарень, на обласному рівні – функціонують будинок дитини й одна обласна дитяча лікарня, за винятком Львівської, Харківської та Чернівецької областей. Що стосується дитячих санаторіїв, то враховуючи різну спеціалізацію кожного з них, їх важко назвати конкурентами. Діють також небагато приватних лікарських практик і приватних дитячих лікарень, здатних конкурувати з публічними медичними закладами за державний чи муніципальний контракт.

Фактично, як правильно зазначає В. Рудий, виникла ситуація, коли, з одного боку, платник (тобто в нинішніх умовах – розпорядник бюджетних коштів) не має змоги обрати іншого провайдера, а, з іншого боку, монопольний постачальник медичних послуг об’єктивно обмежений у можливості отримати інші, ніж бюджетні, кошти, необхідні для власної діяльності [117, с.16]. Враховуючи викладене, у даний час для закладів охорони здоров’я дітей найбільший інтерес становить процедура закупівлі в одного учасника, відповідно до якої після переговорів із провайдером замовник укладає договір про закупівлю медичних послуг дітям. Саме відсутність конкуренції, згідно з пунктом 83

„Тимчасового положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти”, – одна з умов застосування зазначеної процедури закупівель.

У перспективі, з розвитком приватного сектору системи охорони здоров'я дітей, можливим стане використання конкурентних процедур закупівлі медичних послуг дітям. Проте за умови впровадження єдиних державних тарифів на медичні послуги (а досвід багатьох розвинутих країн свідчить про доцільність використання такого підходу) цінова конкуренція між постачальниками згаданих послуг втратить актуальність, і на першому плані буде конкуренція на основі якості послуг.

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

- розмежувати поняття „медична послуга” і „медична допомога” та законодавчо врегулювати контрактні закупівлі медичних послуг;
- визначити обсяг державних гарантій безоплатної медичної допомоги – „базовий пакет” медичних послуг;
- забезпечити точність інформації про стан здоров'я та потреби населення у медичній допомозі;
- розробити медико-економічні стандарти і запровадити методику розрахунку вартості медичних послуг, що мають стати основою єдиного механізму ціноутворення;
- удосконалити систему оплати медичних послуг та створити правове підґрунтя для запровадження контрактної моделі оплати праці медичних працівників.

Заважає ефективному запровадженню системи контрактних державних закупівель медичних послуг та потребує законодавчого врегулювання проблема взаєморозрахунків між місцевими бюджетами за надання медичної допомоги громадянам, які не проживають постійно на території, за рахунок бюджетних коштів котрої було надано таку медичну допомогу. Необхідність цього зумовлена тим, що бюджетні видатки на охорону здоров'я населення певної території затверджують на підставі нормативів бюджетного фінансування з розрахунку на

одного постійного жителя, і не враховують випадків фактичного незапланованого надання медичної допомоги громадянам, які тимчасово перебувають на території населеного пункту, району чи області. Особливо велике значення ця проблема має для великих міст, куди громадяни-нерезиденти приїзять для отримання якіснішої допомоги у медичних закладах, котрі фінансуються з міських бюджетів цих міст. При цьому, внаслідок особливостей статті 49 Конституції України про безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та відповідних норм Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо права громадянина на вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я, утворюється ситуація, коли водночас відсутні:

- фінансові ресурси на відшкодування вартості медичного обслуговування додатковій кількості пацієнтів у місцевому бюджеті за місцем надання допомоги нерезиденту;

- право та можливість закладу охорони здоров'я, що опинився перед необхідністю надати допомогу громадянину-нерезиденту, відмовити йому в наданні послуг чи, надавши допомогу, стягнути плату для відшкодування вартості фактично наданих послуг безпосередньо з такого пацієнта;

- право бюджетного медичного закладу, який надав допомогу громадянину-нерезиденту, вимагати відшкодування витрат за фактично надані медичні послуги з бюджету, що має фінансувати фактичне надання медичної допомоги пацієнту-нерезиденту за місцем його постійного проживання.

Така ситуація сприяє практиці неофіційних платежів у секторі охорони здоров'я і не може бути розв'язана за допомогою передбаченого статтею 104 Бюджетного кодексу механізму надання на договірній основі субвенцій на утримання об'єктів спільного користування [114, с.136].

Для збільшення фінансової самодостатності бюджетів територіальних громад доцільно в законодавчому порядку врегулювати механізм передачі видатків у вигляді міжбюджетних трансфертів між різними рівнями бюджетів. Для ефективної організації сімейної медицини, поліпшення фінансового забезпечення сільських, селищних та міст районного значення дільничних

лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських і фельдшерських пунктів варто відновити редакцію статей 88 та 89 Бюджетного кодексу України, що передбачали консолідацію видатків на охорону здоров'я на рівні району та фінансування зазначених медичних інституцій із районного бюджету. Необхідність цього зумовлена фінансовою неспроможністю територіальних громад сіл, селищ та міст районного значення забезпечити необхідний для надання первинної медико-санітарної допомоги дорослому і дитячому населенню обсяг фінансових ресурсів.

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

3.3. Реформування механізму оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей

Оптимальна система оплати медичних послуг передбачає: ефективне використання ресурсів, забезпечення доступної і високоякісної медичної допомоги, свободу вибору для пацієнта, професійну незалежність лікаря, профілактичну спрямованість охорони здоров'я [119, с.322]. Проте в жодній країні світу не існує ідеального методу оплати медичних послуг, що забезпечував би результативне досягнення перерахованих пріоритетів і враховував би чисельні фактори та особливості організації системи охорони здоров'я. Тому кожна держава обирає для себе таку модель фінансування закладів охорони здоров'я, яка б давала змогу компенсувати недоліки окремих моделей і поєднати їх переваги.

Вибір методу фінансування структур первинної медико-санітарної допомоги має особливе значення для підвищення ефективності використання ресурсів, оскільки їх діяльність багато в чому визначає обсяг витрат на інших

етапах надання медичної допомоги [62, с.83].

У світовій практиці відомі різні методи оплати первинної медико-санітарної допомоги: кошторисне фінансування, оплата за відвідування, за медичну послугу, пролікованого хворого, подушне фінансування з урахуванням статеві-вікової структури (табл. Ш.1 додатку Ш). Для оцінки правильності вибору способу оплати первинної медико-санітарної допомоги використовують такі критерії, як зацікавленість первинної ланки у: збереженні здоров'я закріпленого населення і зменшення частоти звертань за медичною допомогою; найефективнішому використанні ресурсів; наданні максимального обсягу допомоги власними силами і засобами та зменшенні кількості направлень до вузьких спеціалістів і в стаціонар [119, с.330].

Найбільше перерахованим критеріям відповідає такий метод оплати медичних послуг, як подушне фінансування, за якого дитячим амбулаторно-поліклінічним закладам періодично виплачують фіксовану суму коштів на одну зареєстровану в них особу для забезпечення надання ними узгодженого переліку послуг. Медичні інституції перебирають фінансовий ризик надання медичних послуг, тому вони зацікавлені в їх наданні з найменшими затратами. Розмір фінансування визначають на основі оцінки очікуваного обсягу діяльності, що стимулює до ефективнішого використання ресурсів у амбулаторно-поліклінічних закладах. Однак зазначений метод не формує зацікавленості лікарів у наданні основної частини медичної допомоги, не перекладаючи її на спеціалістів і стаціонари.

Модифікацією класичного подушного методу є подушне фінансування первинної ланки на весь обсяг позалікарняної допомоги і частку обсягу стаціонарної допомоги (часткове фондотримання) або подушне фінансування на загальний обсяг медичної допомоги (повне фондотримання). Основна ідея фінансування за схемою фондотримання – мотивувати лікарів первинної ланки перебрати 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 [148, с.94]. Фондотримання передбачає, що поліклініка отримує кошти для надання всього обсягу амбулаторної допомоги прикріпленому населенню і володіє винятковим правом направляти пацієнтів на госпіталізацію у лікарняні заклади. Якщо ж вона неспроможна надати окремі види допомоги (в т.ч. і дозволеної в амбулаторних умовах стаціонарної), то поліклініка їх купує у інших закладах за рахунок наданих коштів. При цьому кошти акумулюються на рахунку або поліклініки, або платника, який може їх використати тільки за вказівкою цього закладу.

Із огляду на наведені характеристики переваг та недоліків різних способів оплати найоптимальнішим методом фінансування ПМСД в Україні є подушне фінансування за моделлю часткового фондотримання (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Модель подушного фінансування первинної ланки медико-санітарної допомоги за схемою фондотримання [62, с. 89].

Важливою умовою в моделі подушного фінансування за схемою часткового фондотримання є надання права амбулаторно-поліклінічному закладові розпоряджатися частиною коштів, передбачених для оплати стаціонарної допомоги. При цьому доцільно визначити тарифи на медичні послуги стаціонару, які б економічно стимулювали лікарів поліклінік не направляти хворих у лікарняні заклади, якщо їх можна пролікувати в амбулаторних умовах, у денному

чи домашньому стаціонарі. Зекономлені кошти, заплановані для оплати стаціонарної допомоги, спрямовують для стимулювання поліклініки, в т. ч. матеріального стимулювання персоналу [119, с.338].

Однак при передачі секторові ПМСД широких фінансових повноважень у рамках повного фондотримання є ризик недопостачання спеціалізованої допомоги через намагання закладів зазначеної ланки заощадити і залишити у своєму розпорядженні якомога більше коштів. Розв'язання цієї проблеми потребує розроблення і запровадження дієвих механізмів контролю за якістю надання медичних послуг.

Одним із найдорожчих видів медичної допомоги дітям є стаціонарна, збільшення обсягів якої зумовлює значне зростання витрат на охорону здоров'я. Саме тому в процесі реформування зазначеної галузі, на наш погляд, особливу увагу доцільно приділяти питанням оплати стаціонарної допомоги і намагатися розробити таку систему, щоби перемістити надання максимально можливих медичних послуг на амбулаторний рівень. При цьому важливо, щоби заклади ПМСД були готові пролікувати додаткову кількість пацієнтів. В іншому випадку відбудеться обмеження доступності медичної допомоги населенню або підвищення витрат на охорону здоров'я у зв'язку з необхідністю оплати зростаючих обсягів стаціонарної допомоги.

У світовій практиці використовують наступні методи оплати медичних послуг лікарняних закладів:

а) ретроспективну оплату – витрати відшкодовують 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) проспективну оплату – відшкодовують не фактичний, а заздалегідь узгоджений сумісно з фінансуючою стороною і надавачем послуг обсяг медичних послуг (кошторисне фінансування, глобальний бюджет) (табл. III.2 додатку III).

Для оцінки методів оплати стаціонарної медичної допомоги дітям використовують такі критерії: зацікавленість у скороченні термінів госпіталізації;

стримуванні витрат; максимально ефективному використанні наявних ресурсів; скороченні невикористовуваних потужностей і кадрового потенціалу [119, с.330].

Досвід зарубіжних країн свідчить, що застосування ретроспективних методів оплати стаціонарної допомоги не забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів, оскільки стаціонари через скорочення термінів лікування та збільшення кількості госпіталізацій отримують економічні стимули до нарощування обсягу робіт. Це провокує зростання загальних витрат на стаціонарну допомогу, тому зазначені методи оплати можуть посилити проблему структурних диспропорцій у системі надання медичних послуг. За цих умов актуальним є вибір проспективних методів, серед яких переліченим вище критеріям найбільше відповідає модель глобального бюджету – спосіб оплати стаціонарної допомоги, за якого заклад охорони здоров'я у результаті переговорів отримує від фінансуючої сторони під узгоджений обсяг медичних послуг відповідно до стандартів їх якості фіксований річний бюджет, розмір котрого не залежить від ресурсних показників та потужності медичного закладу.

На сучасному етапі більшість країн світу використовують зазначений метод оплати медичних послуг лікарняних закладів (додаток Щ), оскільки він належить до найрезультативніших інструментів стимулювання лікарень до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги та сприяє ефективному використанню фінансових ресурсів для забезпечення досягнення потреб замовника. Жорсткість вимог фінансуючої сторони до обґрунтованості госпіталізацій мотивує стаціонари об'єктивно оцінювати направлення поліклінік, відмови від випадків, що не потребують госпіталізації, створення стаціонаророзамінних форм надання медичної допомоги, пошуку шляхів кооперації з поліклінічними службами аж до створення власних підрозділів амбулаторного прийому. Оскільки нема „прив'язування” фінансування до числа ліжок, лікарняні заклади можуть самостійно скорочувати і перепрофільовувати ліжковий фонд [63, с.5].

Основною метою (і перевагою) глобального бюджету є контроль витрат у межах загальної суми, що виділяють на певну програму, види послуг чи окремому закладові охорони здоров'я. Проте бюджети можна деталізувати для забезпечення

гнучкішого використання фінансових ресурсів.

Глобальний бюджет формує фінансова установа („замовник”) на основі принципу рівності, який передбачає складання бюджету, виходячи з еквівалентної кількості витрат на лікування для одиниці охопленого населення (із урахуванням демографічних, епідеміологічних та соціально-економічних факторів, що впливають на попит у галузі охорони здоров'я), та не виходить за межі обсягу державних гарантій забезпечення населення безоплатною медичною допомогою. Глобальний бюджет є загальним лімітом витрат медичного закладу, тому на основі вартості медичної послуги, він визначає обсяг послуг, що мають бути надані населенню. Зважаючи на те, що бюджет є фіксованою сумою, а витрати потрібно стримувати в його межах, при зміні вартості слід пропорційно відкоригувати загальний обсяг послуг, що надають за рахунок цього бюджету. Тому дані, які дозволять встановити обсяг та вартість медичних послуг, є необхідними для обчислення глобального бюджету [81, с.24].

Визначення обсягу і структури медичних послуг дітям, що надають тільки клінічні відділення закладу, здійснюють на основі аналізу його роботи за попередній рік із урахуванням можливостей скорочення частки випадків, при котрих не потрібна госпіталізація, та тривалості перебування хворого у стаціонарі. Із метою реальної оцінки медичних послуг, що профінансує замовник, визначають вартість зазначених послуг.

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

До основних підрозділів медичного закладу належать профільні відділення стаціонарів, відділення (кабінети) поліклінік, діагностичні центри, параклінічні відділення, в яких пацієнтам надають медичні послуги. До допоміжних підрозділів – загальнолікарняні служби, котрі забезпечують діяльність лікувально-діагностичних відділень (адміністрація, відділ кадрів, бухгалтерія, кабінет медичної статистики, реєстратура, аптека, стерилізаційна, господарські служби та ін.) [8, с.78]. Із урахуванням викладеного основними функціональними центрами витрат закладу охорони здоров'я

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

Стаціонарні, поліклінічні й параклінічні відділення закладу охорони здоров'я 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.

Для обчислення собівартості медичних послуг, доцільно насамперед визначити, що саме є медичною послугою. Ми поділяємо думку Е. Ліннакко, який охарактеризував медичну послугу як будь-який вид діяльності, спрямованої на підтримку життєвих функцій пацієнта, отримання знань про стан здоров'я хворого та його поліпшення (обстеження, лікування, операції, аналізи, призначення медикаментозного лікування, послуги стаціонарного догляду пацієнтів). Вилікованого пацієнта (чи розв'язану медичну проблему) можна вважати „кінцевим результатом виробництва” в лікарнях, це становить основу для контролю витрат, у той час, коли продукти виробництва (ліжко-дні, лабораторні дослідження чи операції) є лише проміжними складовими кінцевої послуги [67, с.3] або медичними процедурами.

При визначенні вартості медичних послуг доцільно, на думку В. Галайди, 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 і загальних затрат усього медичного закладу. Під медичною процедурою слід розуміти технологічно

та організаційно відокремлену частину лікувального процесу, яку здійснюють один працівник або бригада медичних працівників на одному робочому місці за незмінного складу засобів праці. Витрати клінічного підрозділу – це його поточні витрати за весь обсяг медичних процедур, що виконує персонал за певний звітний період. Витрати закладу охорони здоров'я – сумарні поточні витрати медичної установи за всі медичні послуги, що надають у всіх підрозділах закладу за певний період.

Чіткий розподіл затрат на прямі (основні) та непрямі (накладні), змінні й умовно-постійні, поточні та одноразові. До перших відносять витрати, безпосередньо пов'язані з наданням медичної послуги (процедури) – вартість лікарських засобів, харчування хворих, вартість основних та допоміжних матеріалів (шприців, систем для інфузій, катетерів, зондів тощо), заробітна плата персоналу, залученого до виконання медичної процедури. Ці витрати можуть бути безпосередньо закладені у собівартість медичної послуги. Непрямі – витрати, що неможливо чітко віднести до вартості конкретного випадку надання медичної допомоги: утримання та експлуатація обладнання, у т. ч. немедичного призначення, адміністративні, загальновиробничі й загальногосподарські витрати. До змінних витрат відносять ті, абсолютна величина яких зростає пропорційно до збільшення обсягу наданих медичних послуг. Витрати, абсолютна величина яких суттєво не залежить від обсягів медичних послуг, вважають умовно-постійними. Поточні – це витрати, періодичність обігу яких менше місяця. Одноразовими є витрати, періодичність обігу яких більше місяця, для функціонування визначених видів діяльності медичного закладу [16].

На основі дослідження зарубіжної та вітчизняної практики калькулювання витрат (видатків) закладу охорони здоров'я пропонуємо згрупувати та розрахувати їх за функціональними підрозділами так:

1. Оплату праці працівників встановлюють у розрізі груп персоналу (лікарі, середній та молодший медичний персонал, адміністративно-управлінський та обслуговуючий персонал), і вона охоплює:

- основну заробітну плату, яку розраховують на основі кількості ставок та

посадових окладів для певної групи персоналу;

– доплати за суміщення професій, роботу в нічний час, науковий ступінь та інші доплати, що встановлюють 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, що визначають у відсотках від посадового окладу працівника.

Оскільки кожен окремий член колективу працює в одному з підрозділів закладу охорони здоров'я дітей, витрати на оплату праці персоналу і нарахування на неї доцільно обліковувати за функціональними центрами витрат.

Річний фонд заробітної плати (ЗП) розраховують за формулою:

$$ЗП = 12 \sum_{i=1}^I ПО_i \cdot C_i + \sum_{i=1}^I \sum_{l=1}^L D_{il} \cdot ПО_i \cdot C_{il} \cdot П_{il} + \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J H_{ij} \cdot ПО_i \cdot C_{ij} \cdot П_{ij}, \quad i=\overline{1, I}, \quad l=\overline{1, L}, \quad j=\overline{1, J},$$

де $ПО_i$ – 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;

$П_{il}$ – період, за який встановлюють l -го виду доплату 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 встановлюють j -го виду надбавку 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 ($HЗП$) – 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 передбачені законодавством і розраховуються за формулою:

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

В умовах реорганізації постатейного бюджету закладу охорони здоров'я дітей у глобальний визначення витрат, не пов'язаних із заробітною платою, залежатиме від даних фінансового обліку. Організація обліку витрат на рівні функціональних підрозділів, на наш погляд, дасть змогу сформувавши 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 таких КЕКВ як „Медикаменти та перев'язувальні матеріали” і „Продукти харчування”: за фактичними затратами; за розрахунковими вартісними нормами; за натуральними нормами видатків [119, с.417–421]. На наш погляд, найоптимальнішим є третій спосіб розрахунку, що базований на використанні встановлених норм видатків окремих медикаментів (продуктів харчування) на 1 хворого на день за ліжками різної спеціалізації та ціни на них. Цей спосіб дає змогу найповніше врахувати потребу хворих у медикаментах і продуктах харчування.

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

$$Мс = \sum_{k=1}^K \sum_{f=1}^F Ц_f \cdot Нс_{kf} \times Л_k \cdot Д_k , \quad k=\overline{1,K}, f=\overline{1,F},$$

де $Ц_f$ – 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 видатків на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів (Mn) розраховуватимуть за формулою:

$$Mn = \sum_{v=1}^V \sum_{f=1}^F C_f \cdot Hn_{vf} \times \frac{Pd_v \cdot Td_v}{Hc_v} \cdot Cl_v, \quad v = \overline{1, V}, \quad f = \overline{1, F},$$

де C_f – ціна одиниці медикаменту та перев'язувального матеріалу f -го виду;

Hn_{vf} – індивідуальна натуральна норма витрат f -го медикаменту та перев'язувального матеріалу на 1 хворого на одне відвідування лікаря v -ої спеціальності;

Pd_v – кількість робочих днів лікаря v -ої спеціальності на рік;

Td_v – тривалість робочого дня лікаря v -ої спеціальності (год);

Hc_v – норми витрат часу на прийом одного хворого для лікаря v -ої спеціальності (год);

Cl_v – кількість ставок лікаря v -ої спеціальності у поліклінічному відділенні;

V – кількість видів спеціальності лікаря;

F – кількість видів медикаментів та перев'язувальних матеріалів.

Для параклінічного відділення видатки на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів ($Mл$) можна визначити за формулою:

$$Mл = \sum_{f=1}^F C_f \cdot K_f, \quad f = \overline{1, F},$$

де C_f – ціна одиниці медикаменту та перев'язувального матеріалу f -го виду;

K_f – кількість необхідних для відповідного відділу закладу охорони здоров'я дітей

одиниць медикаменту та перев'язувального матеріалу f -го виду;

F – кількість видів медикаменту та перев'язувального матеріалу.

4. Видатки на придбання продуктів харчування ($ПХ$) для стаціонарних відділень закладу охорони здоров'я дітей визначають за формулою:

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

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. Величину видатків за КЕКВ „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. Найоптимальнішим, на наш погляд, є останній спосіб розрахунку, оскільки він передбачає стовідсоткове забезпечення реальної потреби у зазначених засобах функціональних відділень.

Ураховуючи викладене, видатки на придбання м'якого інвентарю та обмундирування визначають за формулою:

– для стаціонарних відділень ($МІОс$):

$$МІОс = \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{km} \cdot L_k + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{im} \cdot C_i, \quad k=\overline{1, K}, m=\overline{1, M}, i=\overline{1, I},$$

– для поліклінічного (параклінічного) відділення ($МІОп$):

$$МІОп = \sum_{s=1}^S \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{sm} \cdot K_{K_s} + \sum_{i=1}^I \sum_{m=1}^M \Pi_m \cdot H_{im} \cdot C_i, \quad s=\overline{1, S}, m=\overline{1, M}, i=\overline{1, I},$$

де C_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 (MIO_y):

$$MIO_y = \sum_{m=1}^M C_m \cdot K_m, \quad m = \overline{1, M},$$

де C_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.

Амортизаційні відрахування на м'який інвентар та обмундирування (AB_{MIO}) для включення у вартість медичної послуги, на наш погляд, доцільно розраховувати за формулою:

$$AB_{MIO} = \sum_{m=1}^M BB_m \cdot HA_m, \quad m = \overline{1, M},$$

де BB_m – балансова вартість m -го виду м'якого інвентарю та обмундирування із урахуванням їх придбання, ремонту, індексації;

HA_m – річна норма амортизації для m -го виду м'якого інвентарю та обмундирування, %.

6. Одним з найвагоміших і найдинамічніших елементів видатків за економічною класифікацією закладу охорони здоров'я дітей є КЕКВ „Придбання предметів, матеріалів та обладнання короткотермінового користування” (ПМОк), який доцільно розраховувати з урахуванням нормативів забезпеченості відділень зазначеними активами:

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

де $Ц_r$ – 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 короткотермінового користування.

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

$$ОЕЕ = \left(\sum_{c=1}^C ПОП_c \cdot Нее_c + \sum_{b=1}^B ПА_b \cdot ГРА_b \right) \cdot Цее, \quad c = \overline{1, C}, \quad b = \overline{1, B},$$

де $ПОП_c$ – площа освітлювальних приміщень c -го функціонального призначення, м²;

Hee_c – натуральні норми витрат електроенергії на 1 м^2 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;

$Цee$ – тариф за 1 кВт електроенергії, грн.

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

$$OT = PPP \cdot Hn \cdot TOS \cdot Цn,$$

де PPP – об'єм опалювальних приміщень, м^3 ;

Hn – натуральні норми витрат палива (природного газу) на одиницю об'єму опалювального приміщення на рік, м^3 ;

TOS – тривалість опалювального сезону в місяцях;

$Цn$ – тариф за одиницю (1 м^3) палива (природного газу) (в тариф за природний газ включається також тариф за його транспортування), грн.

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

– для стаціонарних відділень ($OBVc$):

$$OBVc = \frac{KXc + КПc}{KX + КП} \cdot (XB \cdot (Цxв + Цвв) + GB \cdot (Цгв + Цвв)),$$

– для інших центрів витрат ($OBVe$):

$$OBVe = \frac{КПе}{КП} \cdot (XB \cdot (Цxв + Цвв) + GB \cdot (Цгв + Цвв)),$$

де KXc – кількість хворих окремого стаціонарного відділення;

KX – кількість хворих, які перебувають у всіх стаціонарних відділеннях закладу охорони здоров'я дітей;

$KПс$ – кількість персоналу окремого стаціонарного відділення;

$KП$ – загальна кількість персоналу закладу охорони здоров'я дітей;

$KПв$ – кількість персоналу іншого функціонального відділення;

$XВ$ – об'єм спожитої холодної води у закладі охорони здоров'я дітей за рік (згідно з нормативами), $м^3$;

$ГВ$ – об'єм спожитої гарячої води у закладі охорони здоров'я дітей за рік (згідно з нормативами), $м^3$;

$Цхв$ – тариф за $1 м^3$ холодної води, грн.;

$Цгв$ – тариф за $1 м^3$ гарячої води, грн.;

$Цвв$ – тариф за $1 м^3$ водовідведення, грн.

10. Видатки на оплату природного газу ($ОПГ$) для приготування їжі визначають за формулою:

$$ОПГ = \sum_{k=1}^K Л_k \cdot D_k \times Цг \cdot Нг, \quad k = \overline{1, K},$$

де $Цг$ – тариф за $1 м^3$ природного газу (із врахуванням тарифу за його транспортування), грн.;

$Нг$ – норма витрат природного газу для приготування їжі на 1 хворого на день, $м^3$;

$Л_k$ – 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. Видатки на оплату інших комунальних послуг ($ОКП$) визначають так:

$$ОКП = \sum_{g=1}^G КП_g \cdot Н_g, \quad g = \overline{1, G},$$

де $Н_g$ – норма видатків на оплату комунальних послуг g -го виду у вартісному виразі, грн.;

$KП_g$ – кількість необхідних для закладу охорони здоров'я дітей комунальних послуг (згідно з нормативами) g -го виду;

G – кількість видів комунальних послуг.

12. Розмір видатків на оплату послуг зв'язку ($ОПЗ$) розраховують:

$$ОПЗ = ЗТР + I + ВЗ ,$$

де $ЗТР$ – оплата зовнішніх телефонних розмов, грн.;

I – оплата за користування глобальною електронною мережею Інтернет, грн.;

$ВЗ$ – видатки на обслуговування внутрішнього зв'язку, грн.

13. Видатки на утримання автотранспортних засобів і оплату транспортних послуг ($TЗ$) визначають за формулою:

$$TЗ = \sum_{t=1}^T \sum_{p=1}^P ПММ_{tp} \cdot П_t \cdot A_t \cdot Ц_{пмм_p} + \sum_{t=1}^T \sum_{h=1}^H Пp_{th} \cdot A_t + \sum_{z=1}^Z ЗЧ_z \cdot Цзч_z + IB ,$$

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

де $ПММ_{tp}$ – норма витрат необхідного паливо-мастильного матеріалу p -го виду для t -го автотранспортного засобу в натуральному виразі;

$П_t$ – плановий пробіг t -го автотранспортного засобу на рік, тис. км.;

A_t – кількість автотранспортних 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 автотранспортного засобу;

$Пp_{th}$ – видатки 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 із

власників транспортних засобів).

14. Видатки на відрядження (BB) розраховують:

$$BB = \sum_{u=1}^U (T_u \cdot (Доб + Кв) + Пр_u), \quad u = \overline{1, U},$$

де 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.

15. Обсяг видатків на ремонт будівель, обладнання та інвентарю ($РБОІ$) визначають за формулою:

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

де $ВРБ_w$ – видатки w -го виду на ремонт будівель (згідно з нормативами), грн.;

$ПП$ – площа будівель, у яких здійснюють ремонт, м²;

W – кількість видів видатків на ремонт будівель;

$ВРО$ – відсоток видатків на ремонт обладнання та інвентарю (згідно з нормативами), %;

$БВО$ – балансова вартість обладнання та інвентаря, грн.

16. У закладах охорони здоров'я дітей КЕКВ „Придбання обладнання і предметів довготермінового користування” ($ОП\partial$) охоплює суму коштів, необхідних для купівлі зазначених активів і розраховується так:

$$ОП\partial = \sum_{x=1}^X Ц_x \cdot ОП\partial_x, \quad x = \overline{1, X},$$

де $Ц_x$ – ціна одиниці обладнання та предметів довготермінового користування x -го виду;

$ОП_x$ – кількість необхідного для функціональних відділень закладу охорони

здоров'я дітей обладнання та предметів довготермінового користування x -го виду (згідно з нормативами);

X – кількість видів обладнання та предметів довготермінового користування.

Однак у такому розмірі видатки за зазначеним КЕКВ не можна включати 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, періодично їх переоцінювати з урахуванням інфляції та постійного подорожчання. Це дасть змогу забезпечити заміну застарілого обладнання за рахунок коштів, що надходять як відшкодування вартості наданих медичних послуг відповідним відділенням медичного закладу.

Розмір амортизаційних відрахувань (AB_{OPO}) доцільно, на наш погляд, визначати за формулою:

$$AB_{OPO} = \sum_{x=1}^X BB_x \cdot HA_x, \quad x = \overline{1, X},$$

де BB_x – балансова вартість x -го виду основних засобів із урахуванням їх придбання, продажу, капітального ремонту, модернізації, ліквідації, індексації;

HA_x – річна норма амортизації для x -го виду основних засобів, %.

17. У процесі діяльності заклади охорони здоров'я дітей можуть здійснювати, крім розглянутих, інші видатки (IB), специфіка розрахунку яких залежить від виду таких видатків.

Завершальним етапом процедури розрахунку видатків структурних підрозділів дитячого лікарняного закладу буде побудова матриці видатків даного медичного закладу (табл. 3.4).

За допомогою матриці можна розрахувати та проаналізувати:

– прями (видатки клінічних відділень) витрати (ПВ) дитячого лікарняного

закладу:

$$ПВ = \sum_{i=1}^I ВКВ_i ,$$

де $ВКВ_i$ – розмір видатків i -го клінічного відділення дитячого лікарняного закладу;

I – кількість клінічних відділень дитячого лікарняного закладу.

Таблиця 3.4

Матриця видатків дитячого лікарняного закладу за структурними підрозділами *

Структурні підрозділи	клінічні відділення						СЛУЖБИ ПІДТРИМКИ						УПРАВЛІННЯ	Разом за елементами видатків
	Стационарні відділення				Поліклінічне відділення	Параклінічне відділення	Харчування	Ремонт	Транспорт	Енергетичне забезпечення	Прибирання			
	Терапевтичне	Хірургічне	Психоневрологічне	Інші										
	Основні підрозділи						Допоміжні підрозділи							
Оплата праці працівників	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	ЗП	Всв ₁
Нарахування на заробітну плату	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	НЗП	Всв ₂
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	Мс	Мс	Мс	Мс	Мп	Мл								Всв ₃
Продукти харчування	ПХ	ПХ	ПХ	ПХ										Всв ₄
Амортизація м'якого інвентарю та обмундирування	АВ _{МО}	АВ _{МО}	АВ _{МО}	АВ _{МО}	АВ _{МО}	АВ _{МО}						АВ _{МО}	АВ _{МО}	Всв ₅
Предмети, матеріали, обладнання короткотермінового користування	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	ПМОк	Всв ₆
Оплата електроенергії	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	ОЕЕ	Всв ₇
Оплата теплопостачання	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	ОТ	Всв ₈

* Самостійно розроблено автором

Оплата водопостачання і водовідведення	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>ОВВс</i>	<i>Всв₉</i>
Оплата природного газу	<i>ОПГ</i>	<i>ОПГ</i>	<i>ОПГ</i>	<i>ОПГ</i>										<i>Всв₁₀</i>
Оплата інших комунальних послуг											<i>ОКП</i>			<i>Всв₁₁</i>
Оплата послуг зв'язку	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>ОПЗ</i>	<i>Всв₁₂</i>
Транспортні послуги, утримання автотранспортних засобів									<i>ТЗ</i>					<i>Всв₁₃</i>

Продовження табл. 3.4

Видатки на відрядження												<i>ВВ</i>	<i>Всв₁₄</i>	
Ремонт будівель, обладнання та інвентарю								<i>РБОІ</i>					<i>Всв₁₅</i>	
Амортизація обладнання і предметів довготермінового користування	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>АВ_{ОІтв}</i>	<i>Всв₁₆</i>
Інші видатки	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>ІВ</i>	<i>Всв₁₇</i>
Разом видатків за функціональними підрозділами	<i>Прямі витрати (ПВ)</i>						<i>Непрямі витрати (НВ)</i>						Σ	
	<i>Всн₁</i>	<i>Всн₂</i>	<i>Всн₃</i>	<i>Всн₄</i>	<i>Всн₅</i>	<i>Всн₆</i>	<i>Всн₇</i>	<i>Всн₈</i>	<i>Всн₉</i>	<i>Всн₁₀</i>	<i>Всн₁₁</i>	<i>Всн₁₂</i>		

Умовні позначення:

Σ – загальна сума видатків закладу охорони здоров'я дітей.

– непрямі (видатки допоміжних підрозділів) витрати (*НВ*) дитячого

лікарняного закладу:

$$НВ = \sum_{j=1}^J ВДП_j,$$

де *ВДП_j* – розмір видатків *j*-го допоміжного підрозділу дитячого лікарняного закладу;

J – кількість допоміжних підрозділів дитячого лікарняного закладу.

– видатки окремого структурного підрозділу (*Всн*) дитячого лікарняного

закладу:

$$Всн = \sum_{n=1}^N B_n,$$

де B_n – розмір n -го елемента видатків за економічною класифікацією структурного підрозділу дитячого лікарняного закладу;

N – кількість елементів видатків за економічною класифікацією структурного підрозділу дитячого лікарняного закладу.

– розмір окремого елемента видатків за економічною класифікацією (B_{sv}) дитячого лікарняного закладу:

$$B_{sv} = \sum_{k=1}^K B_k ,$$

де B_k – розмір окремого елемента видатків за економічною класифікацією k -го структурного підрозділу дитячого лікарняного закладу;

K – кількість структурних підрозділів дитячого лікарняного закладу.

Для розрахунку вартості медичної послуги після визначення видатків функціональних підрозділів дитячого лікарняного закладу непрямі витрати доцільно розподілити між клінічними підрозділами, безпосередньо залученими до надання медичних послуг дітям.

У сучасній економічній літературі [13; 16; 62] є різні пропозиції щодо розподілу накладних витрат, проте всіх їх можна звести до таких основних методів: групування, пропорційного розподілу, ступінчатого розподілу, багатостороннього розподілу. Ми поділяємо думку багатьох науковців, які вважають, що саме метод багатостороннього розподілу доцільно використовувати у вітчизняній системі охорони здоров'я, коли медичні заклади повністю працюватимуть за ринковими принципами.

Поки що в Україні відсутня законодавча база для визначення вартості медичної послуги, тому на увагу заслуговує вивчення досвіду зарубіжних країн, зокрема Російської Федерації.

Об'єктом визначення вартості медичної послуги є медична допомога, що може бути представлена переліком простих медичних послуг (окремі діагнози, маніпуляції, процедури, оперативні втручання), складних медичних послуг (ліжко-дні в профільних відділеннях стаціонару) чи комплексних медичних послуг за завершеними випадками поліклінічного і стаціонарного лікування

(медико-економічні стандарти) [43, с.48–52]. Розрахунок вартості простої та складної медичної послуги наведено у додатку Ю.

Зазначена методика розрахунку вартості медичної послуги не позбавлена недоліків (зокрема, витрати на медикаменти включають до вартості медичної послуги, базуючись на тривалості її надання), проте вона може служити основою для впровадження процесу визначення вартості медичних послуг у вітчизняну практику.

Враховуючи викладене, схему фінансування дитячих лікарняних закладів за методом глобального бюджету можна показати на рис. 3.5.

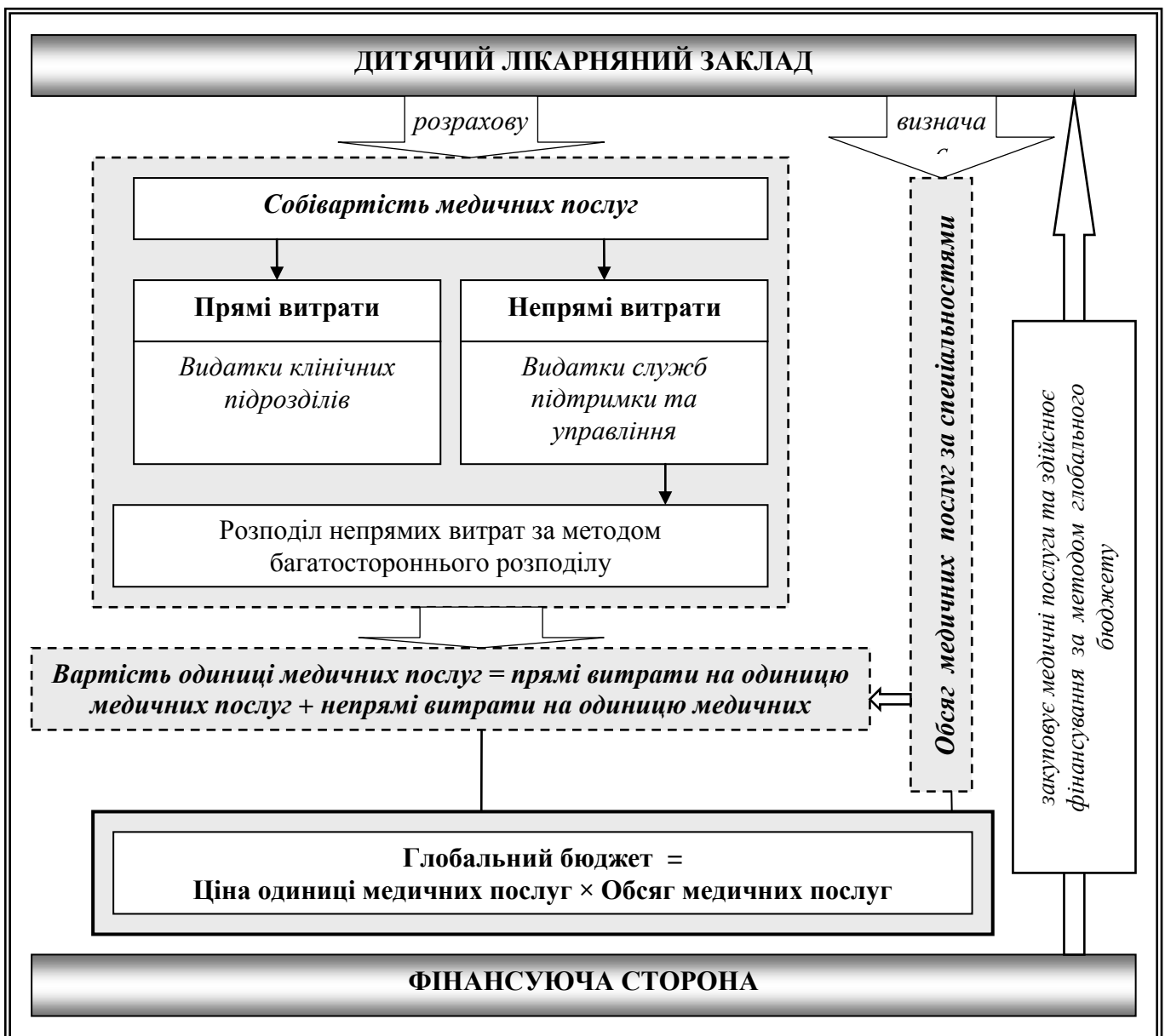


Рис. 3.5. Модель фінансування стаціонарної медичної допомоги дітям за

методом глобального бюджету *.

Результати аналізу методів оплати медичних послуг дають змогу зробити висновок, що пріоритетним напрямком фінансування первинної медико-санітарної допомоги дітям в Україні є запровадження подушного фінансування за моделлю часткового фондотримання, а метод глобального бюджету належить до найефективніших інструментів стимулювання дитячих лікарняних закладів до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги. Тому в процесі реформування системи фінансування закладів охорони здоров'я дітей доцільно надати перевагу названим методам та створити необхідні для їх запровадження умови (додаток Я).

Реалізація викладених положень сприятиме ефективному переходу від постатейного бюджетування до раціональніших методів оплати медичних послуг.

Висновки до розділу 3

На основі викладеного у третьому розділі матеріалу можна зробити наступні висновки щодо вдосконалення процесу управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей:

1. Необхідність реформування організаційно-економічних засад системи охорони здоров'я зумовлена суттєвими протиріччями між зростаючими потребами дитячого населення у високоякісній і доступній медичній допомозі та спроможністю галузі їх задовольнити через неадекватність фінансових ресурсів, що надходять у розпорядження закладів охорони здоров'я дітей, реальним потребам.

2. Суть економічних проблем у закладах охорони здоров'я дітей полягає не лише в кількісному дефіциті фінансових ресурсів, а й водночас у неефективному їх використанні. У зв'язку з цим одним із найважливіших пріоритетів реформування охорони здоров'я дітей має стати, на нашу думку, зміна системи

* Самостійно розроблено автором

управління фінансовими ресурсами закладів даної галузі, яку доцільно здійснювати у двох напрямках:

- пошук додаткових джерел фінансових ресурсів і запровадження багатоканальної моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей;

- підвищення ефективності використання фінансових ресурсів.

3. Ключовим заходом забезпечення ефективного розподілу і використання фінансових ресурсів є автономізації закладів охорони здоров'я дітей шляхом їх перетворення з бюджетних установ на комунальні чи казенні некомерційні підприємства із статусом неприбуткових організацій. Це дасть змогу уникнути конфлікту між бажанням підприємства отримувати максимально можливий прибуток і виконанням покладеної на державні та комунальні медичні заклади суспільнокорисної функції.

4. Для забезпечення прозорості економічних відносин у системі охорони здоров'я дітей, підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами та створення умов для запровадження обов'язкового медичного страхування доцільно реалізувати стратегію контрактних закупівель медичних послуг за найпростішою моделлю – блок-контракту на основі договірних відносин між платниками і постачальниками цих послуг за концепцією регульованого ринку або „соціального підприємництва”.

5. Стратегічним напрямом реформування системи оплати медичних послуг закладів первинної медико-санітарної допомоги дітям в Україні є запровадження подушного фінансування за моделлю часткового фондотримання, а метод глобального бюджету належить до найефективніших інструментів стимулювання дитячих лікарняних закладів у досягненні оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги.

6. Для розрахунку величини прямих та непрямих витрат, видатків окремого структурного підрозділу, розміру окремого елемента видатків за економічною класифікацією дитячого лікарняного закладу доцільно використовувати матрицю

видатків медичного закладу, що слугуватиме основою для розрахунку собівартості медичної послуги.

7. Запропоновано удосконалити засади фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей шляхом планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів окремо для дитячого та дорослого населення з наступним диференційованим фінансуванням закладів, які надають їм медичну допомогу, виходячи з одержаних сум.

8. Основні наукові результати розділу опубліковано в працях автора [70; 71; 72; 75; 76; 77].

ВИСНОВКИ

Дослідження концептуальних і практичних засад формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей у контексті світового та вітчизняного досвіду дало змогу виявити актуальні проблеми зазначеного процесу в Україні та сформулювати низку пропозицій щодо їх розв'язання в умовах соціально-економічних трансформацій.

Суть основних науково-теоретичних результатів дисертаційної роботи можна звести до наступного.

1. Охорона здоров'я дітей є однією з найважливіших складових соціальної політики держави та визнана в Україні загальнонаціональним пріоритетом, оскільки від рівня здоров'я дітей великою мірою залежить формування трудового та інтелектуального потенціалів України. Зважаючи на високий рівень захворюваності та смертності дитячого населення, автором аргументовано доцільність першочергового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей необхідним для надання високоякісних і доступних медичних послуг обсягом бюджетних коштів та здійснення ефективного управління ними.

2. У результаті дослідження різних наукових підходів до трактування сутності фінансових ресурсів та з урахуванням особливостей функціонування медичних закладів у дисертаційній роботі запропоновано власне бачення дефініції „фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей” як грошових коштів у фондovій формі, що створюються у результаті розподілу й перерозподілу ВВП, та спрямовуються на формування активів закладів охорони здоров'я дітей для здійснення діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг дітям.

3. Із метою розширення інформаційної бази для забезпечення ефективного управління фінансами закладів охорони здоров'я дітей автором виділено критерії класифікації фінансових ресурсів зазначених інституцій за: способом формування; джерелами формування; методами надходження; напрямками використання; характером діяльності; формами фінансового забезпечення.

4. Аргументовано, що основними формами фінансового забезпечення державних та комунальних закладів охорони здоров'я дітей є бюджетне фінансування, некомерційне самофінансування, добровільне медичне страхування, благодійництво, тому вважаємо за доцільне трактувати бюджетну установу охорони здоров'я дітей як організацію, створену у встановленому порядку органами державної влади, органами влади Автономної Республіки Крим чи органами місцевого самоврядування, яка утримується за рахунок відповідно державного чи місцевих бюджетів і/або власних надходжень від некомерційної діяльності.

5. У процесі аналізу законодавства України з питань охорони здоров'я, не зважаючи на достатній рівень його систематизації та відповідності міжнародним вимогам, виявлено ряд недоліків, що негативно впливають на фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я дітей. У зв'язку з цим автором запропоновано удосконалити нормативно-правове забезпечення управління фінансовими ресурсами згаданих інституцій шляхом:

5.1. Усунення суперечностей між статтями 49, 95 Конституції України від 28.06.1996 р. № 254/96 ВР, статтею 6 Закону України „Про охорону дитинства”

від 26. 04. 2001 р. № 2402–III і статтею 12 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801–XII з метою узгодження гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги населенню та бюджетних коштів, виділених на реалізацію зазначеної функції;

5.2. Усунення неоднозначності трактування норм Бюджетного кодексу України від 21. 06. 2001 р. № 2542 – III і Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” від 21. 05. 1997 р. № 280/97–ВР щодо приналежності права на управління організаційно-економічними засадами діяльності комунальних закладів охорони здоров'я до власних чи делегованих державою повноважень органів місцевого самоврядування для забезпечення можливості з'ясування рівня децентралізації та відповідальності за організацію фінансування закладів охорони здоров'я дітей;

5.3. Відновлення редакції статей 88 і 89 Бюджетного кодексу України, де було передбачено фінансування з районного бюджету сільських, селищних та міст районного значення дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів, що дозволить забезпечити ефективну організацію сімейної медицини та покращити фінансове забезпечення згаданих медичних інституцій;

5.4. Регулювання механізму здійснення взаєморозрахунків між місцевими бюджетами за надання медичної допомоги громадянам, які не проживають постійно на території, за рахунок бюджетних коштів котрої було надано медичну допомогу. Це дасть змогу закладові охорони здоров'я відшкодувати вартість незапланованого обсягу медичних послуг для додаткової кількості пацієнтів, які не належать до зони обслуговування цього закладу;

5.5. Розмежування понять „медична послуга” і „медична допомога” та розроблення алгоритму визначення вартості медичної послуги, що дозволить закладам охорони здоров'я в ринкових умовах господарювання планувати обсяги власної діяльності з урахуванням економічної доцільності надання різних видів медичних послуг;

5.6. Спрощення процедур закупівлі товарів, робіт та послуг державними і комунальними закладами охорони здоров'я;

5.7. Надання переваги концепції соціального медичного страхування при виборі моделі обов'язкового медичного страхування та створення сприятливого організаційно-правового поля для її ефективної реалізації, що дозволить розширити джерела фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я та підвищити ефективність використання її фінансових ресурсів.

Основні висновки та результати практичного характеру:

1. З'ясовано, що чинна система управління галуззю охорони здоров'я характеризується високим рівнем централізації із застосуванням адміністративних методів, що унеможлиблює ефективне управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей та відображає низький ступінь адаптації керівників медичних закладів до ринкових умов господарювання. У зв'язку з цим запропоновано активізувати підготовку професійних менеджерів охорони здоров'я та вирішити в законодавчому порядку питання про надання їм права на управління медичними закладами, що сприятиме підвищенню якості управлінських рішень у сфері фінансів.

2. Ураховуючи те, що охорона здоров'я дітей визнана в Україні пріоритетним напрямком державної політики і спостерігається відчутна різниця між показниками захворюваності дитячого та дорослого населення, запропоновано:

2.1. Виокремити в переліку закладів охорони здоров'я групу „заклади охорони здоров'я дітей”, яка б охоплювала дитячі лікарняні заклади, дитячі амбулаторно-поліклінічні заклади, дитячі санаторно-курортні заклади і заклади медико-соціального захисту дітей, була б відображена під окремим кодом у бюджетній класифікації, що дозволить контролювати грошові потоки та ефективність витрачання коштів у процесі діяльності закладів охорони здоров'я дітей;

2.2. Удосконалити порядок планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів шляхом визначення видатків на охорону здоров'я окремо для

дитячого та дорослого населення з наступним диференційованим фінансуванням закладів, які надають їм медичну допомогу, виходячи з отриманих сум. На думку автора, частка видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я з бюджету локального рівня має бути не меншою, ніж питома вага чисельності дітей у загальній чисельності населення і частка загальної захворюваності дітей у загальній захворюваності населення відповідної території. Це забезпечить рух бюджетних коштів „за пацієнтом” та спрямування фінансових ресурсів, призначених для охорони здоров'я дітей, на фінансування закладів, які її забезпечують;

2.3. Розподіляти бюджетні кошти між закладами охорони здоров'я дітей залежно від обсягу і характеру їх діяльності та переносити пріоритети у фінансуванні на медичні інституції, які надають первинну медико-санітарну і амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям, що значною мірою сприятиме підвищенню ефективності використання їх фінансових ресурсів.

3. Виявлено невідповідність діяльності вітчизняної системи охорони здоров'я дітей ринковим умовам господарювання, що проявляється в низькому рівні управлінської та фінансової автономії медичних інституцій, нераціональній кадровій і фармацевтичній політиці, зношеності матеріально-технічної бази, майже повній відсутності сучасного лікувально-діагностичного обладнання в закладах охорони здоров'я, соціальній незахищеності медичних працівників та призводить до обмеження доступу пацієнтів до високоякісних медичних послуг в умовах зростаючої захворюваності дитячого населення та зростання масштабів „тіньових” розрахунків за надані послуги. З'ясовано, що причиною зазначеної ситуації є відсутність єдиної виваженої стратегії реформування організаційно-економічних засад системи охорони здоров'я, спрямованої на покращення фінансового забезпечення галузі, що орієнтована на реальні потреби пацієнтів, із одночасним раціональним використанням фінансових ресурсів.

4. Встановлено, що залежність обсягу бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я дітей від оперативних показників їх діяльності не стимулює зазначені суб'єкти господарювання покращувати результативність

власної роботи. З огляду на це, автором запропоновано комплекс заходів щодо підвищення ефективності використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей:

4.1. Підвищити рівень фінансової та управлінської автономії медичних закладів шляхом перетворення їх на некомерційні підприємства, що забезпечить можливість самостійного визначення ними пріоритетних напрямів витрачання ресурсів, планування обсягів власної діяльності та формування економічної зацікавленості медичних інституцій у забезпеченні високоякісних медичних послуг за найменших витрат;

4.2. Запровадити контрактні закупівлі медичних послуг за моделлю блок-контракту, що сприятиме децентралізації управління та переходу до фінансування медичних закладів на основі кінцевих результатів їх діяльності;

4.3. Для оплати медичних послуг дитячих амбулаторно-поліклінічних закладів запровадити подушне фінансування за моделлю часткового фондотримання, що дозволить мотивувати лікарів первинної ланки взяти відповідальність за організацію всіх видів медичної допомоги прикріпленому населенню з використанням найменш витратних технологій лікування залежно від складності захворювання, зменшити частоту звернень пацієнтів за медичною допомогою, в т.ч. до „вузьких” спеціалістів, і на цій основі підвищити ефективність використання ресурсів та забезпечити реальний захист інтересів пацієнтів;

4.4. Для фінансування медичних послуг дитячих лікарняних закладів доцільно використовувати метод глобального бюджету, що дасть змогу оптимізувати обсяг та структуру стаціонарної допомоги, посилити зацікавленість у зменшенні термінів госпіталізації, ефективному використанні ресурсів, скороченні невикористовуваного ліжкового фонду і кадрового потенціалу;

4.5. Розробити систему норм і нормативів, яка б відображала реальну потребу медичних інституцій у матеріальних, трудових та фінансових ресурсах та враховувала наукові і технологічні інновації у медицині, що суттєво сприятиме

забезпеченню високої якості та наукової обґрунтованості планування ключових показників ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я дітей;

4.6. Забезпечити контроль за закупівлями та експлуатацією високовартісного і високотехнологічного обладнання, активізувати запровадження стаціонарозамінних технологій, що сприятиме зменшенню витрат на лікування без погіршення якості медичних послуг та підвищенню ефективності інвестицій в охорону здоров'я.

5. Зважаючи на обмеженість бюджетних ресурсів та неможливість держави суттєво збільшити видатки на охорону здоров'я, з метою покращення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей запропоновано диверсифікувати джерела їх фінансових ресурсів шляхом:

5.1. Скасування законодавчої заборони бюджетним установам здійснювати запозичення, що надасть можливість медичним закладам використовувати фінансовий лізинг для уникнення морального зношення основних засобів і протягом короткого терміну вирішити питання власного ресурсозабезпечення;

5.2. Залучення населення до участі в оплаті за медичні послуги (готельні послуги, послуги підвищеної комфортності, витрати на госпіталізацію понад встановлений нормативами термін лікування), у зв'язку з чим розроблено алгоритм розрахунку величини часткової оплати населення за стаціонарну медичну допомогу дітям, засновану на відшкодуванні хворими частини витрат за лікування з урахуванням надходження фінансових ресурсів до закладу охорони здоров'я дітей із різних джерел, що сприятиме усуненню неофіційних розрахунків у медичних інституціях.

6. Розроблено матрицю видатків дитячого лікарняного закладу у розрізі структурних підрозділів (клінічні відділення, допоміжні підрозділи), яка дасть змогу визначити розміри прямих і непрямих витрат, видатки окремого структурного підрозділу, розмір окремого елемента видатків за економічною класифікацією медичного закладу і слугуватиме основою для розрахунку собівартості медичної послуги.

7. З'ясовано, що кадрова політика закладів охорони здоров'я дітей характеризується дисбалансом між лікарським та середнім і молодшим медичним персоналом, унаслідок чого сестринські обов'язки змушені виконувати лікарі, оплата праці яких потребує значно більших витрат, а також відсутністю оптимальних міжпосадових співвідношень при організації оплати праці персоналу, неадекватним до затраченої праці розміром оплати. З огляду на це, запропоновано врахувати потребу в працівниках при розробленні нормативів для визначення штатів медичного персоналу; запровадити контрактну модель оплати праці медичних працівників. Це сприятиме підвищенню рівня винагородження кваліфікованого персоналу, забезпеченню оплати праці з урахуванням її результативності, покращенню доступу та підвищенню якості медичних послуг, ефективному використанню фінансових ресурсів охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акімова Т. В. Финансовые ресурсы системы здравоохранения в России : дис. ...кандидата экон. наук : 08.00.10 / Акімова Татьяна Валентиновна. – Саратов, 2004.– 179 с.
2. Андрущенко В. Л. Фінансова думка Заходу в ХХ столітті (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів) : монограф. / В. Л. Андрущенко. – Львів : Каменяр, 2000. – 303 с.
3. Баєва О. Формування напряму та стратегії підготовки менеджерів для галузі охорони здоров'я / О. Баєва // Вісник Української академії державного управління при Президентіві України. – 2003. – № 1. – С. 233–236.
4. Басанцов І. В. Система фінансового контролю в Україні / І. В. Басанцов // Фінанси України. – 2005. – № 11. – С. 132–139.
5. Бирман А. М. Очерки теории советских финансов : в 3 вып. / А. М. Бирман. – М. : Финансы, 1972.

Вып. 2. – 1972. – 224 с.

6. Білінська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я [Електронний ресурс] / М. М. Білінська, Т. П. Попченко // Державне управління: теорія та практика. – 2006. – № 1. – Режим доступу до журн. : <http://nbuv.gov.ua/e%2Djournals/DUTP/2006%2D1>.
7. Білоус О. Аналіз формування і використання фінансових ресурсів підприємства: методичний аспект / О. Білоус, В. Вовк, Р. Федорович. – Тернопіль : Астон, 2005. – 224 с.
8. Бутова В. Предпринимательская деятельность медицинских организаций : практ. Руков. / В. Бутова, В. Ковальський, Т. Манашеров. – М. : СТВООК, 2006. – 239 с.
9. Бюджетна політика у контексті стратегії соціально-економічного розвитку України : у 6 т. / редкол. : М. Я. Азаров (голова) [та ін.]. – К. : НДФІ, 2004.
Т. 2: Соціальна спрямованість бюджетної політики. – 2004. – 265 с.
10. Бюджетна система : навч.-метод. посіб. [для самост. вивч. дисц.] / В. М. Опарін, В. І. Малько, С. Я. Кондратюк, Г. Б. Коломієць. – [2-ге вид., перероб. і доп.]. – К. : КНЕУ, 2002. – 336 с.
11. Бюджетний кодекс України. Закон України від 21. 06. 2001 р. № 2542 - III (із змінами та доповненнями) // Нормативні акти. – 2001. – № 18. – С. 3–64.
12. Василик О. Д. Теорія фінансів : підруч. / О. Д. Василик. – К. : НІОС, 2001. – 416 с.
13. Василюшин Р. Й. Технології розрахунку собівартості і цін медичних процедур та нозологічної одиниці. Алгоритми визначення коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат у закладах охорони здоров'я – основа для створення медико-економічних стандартів / Р. Й. Василюшин // Український медичний часопис. – 2006. – № 6. – С. 28–34.
14. Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні : посіб. / [А. Драгомірістяну, А. Малагардіс, В. Рудий, М. Мучник]. –

- К., 2006. – 67 с. – (Серія „Реформування системи охорони здоров’я в Україні: досвід проекту ЄС „Фінансування та управління у сфері охорони здоров’я в Україні” : у 12 кн., кн. 2).
15. Вишневський В. Інформатизація системи охорони здоров’я / В. Вишневський, А. Голунов, А. Коньков // Персонал. – 2005. – № 12. – С. 66–69.
 16. Галайда В. Методи визначення витрат надавачів медичних послуг в Україні [Електронний ресурс] / В. Галайда // Аптека. – 2004. – № 45. – Режим доступу :
<http://www.apteka.ua/archives/466/21313.html>.
 17. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров’я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монограф. / З. С. Гладун. – Тернопіль: Екон. думка, 2005.– 460 с.
 18. Глоссарий терминов, используемых в серии „Здоровье для всех” [Електронний ресурс]. – № 1–8. – Женева: ВООЗ. – 1984. – Режим доступу :
<http://www.who.int>.
 19. Голяченко О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров’я / О. Голяченко, А. Сердюк, О. Приходський. – Тернопіль : Джура, 1997. – 328 с.
 20. Господарський кодекс України від 16.01.2003 р. № 436-IV (із змінами та доповненнями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=436-15>.
 21. Грузева Т. С. Наукове обґрунтування розробки державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою / Т. С. Грузева // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я в Україні. – 2001. – № 2. – С. 61–63.
 22. Грязнова А. Финансово-кредитный энциклопедический словарь / А. Грязнова. – М., 2002. – 1168 с.
 23. Дем’янишин В. Бюджетне фінансування та його особливості в сучасних умовах / Василь Дем’янишин // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 2. – С. 34–48.

24. Долот В. Домінанти державної політики України в галузі охорони здоров'я: нова парадигма / В. Долот, Л. Радиш, Я. Радиш // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2006. – № 1. – С. 207–211.
25. Доповідь Міністра охорони здоров'я України Поліщука М. Є. „Стан охорони здоров'я та завдання щодо виконання програми КМУ „На зустріч людям”, 26 квіт. 2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=3479>.
26. Дорошенко Г. Менеджмент в здравоохранении : уч. пособ. / Г. Дорошенко, Н. Литвинова, Н. Пронина. – [2-е изд., испр. и доп.]. – М. : ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. – 160 с. – (Профессиональное образование).
27. Экономика и управление здравоохранением : уч. пособ. / [Л. Ю. Трушкина, Р. А. Тлепцеришев, А. Г. Трушкин, Л. М. Демьянова]. – 2-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. – 384 с. – (Серия „Среднее профессиональное образование”).
28. Економічна енциклопедія : у 3 т. / редкол.: ...С. В. Мочерний (відп. ред.) [та ін.]. – К. : Академія, 2002.
Т. 3. – 2002. – 952 с.
29. Загородній А. Фінансовий словник / А. Загородній, Г. Вознюк, Т. Смовженко. – [3-тє вид., випр. та доп.]. – К. : Знання : КОО, 2000. – 404 с.
30. Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ (із змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 34. – С. 59–83.
31. Закон України „Про Державний бюджет України на 2008 рік та про внесення змін до деяких законодавчих актів України” від 28.12.2007 р. № 107-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=01&find=1&typ=1>.
32. Закон України „Про державну контрольно-ревізійну службу в Україні” від 26.01.1993 р. № 2939-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 13. – С. 110–115.

33. Закон України „Про місцеве самоврядування в Україні” від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР (із змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – С. 379–429.
34. Закон України „Про місцеві державні адміністрації” від 09.04.1999 р. № 586-XIV (із змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 20–21. – С. 190–191.
35. Закон України „Про охорону дитинства” від 26.04.2001 р. № 2402-III // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 30. – С. 142.
36. Звіт-виставка на базі МОЗ України „Стан та перспективи розвитку галузі охорони здоров’я”, Вінницька область – 2006 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/hcare/mrep>.
37. Звіт відділу контролю у сфері охорони здоров’я та соціального захисту населення Контрольно-ревізійного управління у Тернопільській області за 2004–2007 роки.
38. Звіти про виконання плану по мережі, штатах і контингентах установ, що знаходяться на місцевих бюджетах, управління охорони здоров’я Вінницької обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
39. Звіти про виконання плану по мережі, штатах і контингентах установ, що знаходяться на місцевих бюджетах, управління охорони здоров’я Тернопільської обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
40. Звіти про виконання плану по мережі, штатах і контингентах установ, що знаходяться на місцевих бюджетах, управління охорони здоров’я Хмельницької обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
41. Звіт про діяльність галузі охорони здоров’я у 2006 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=7600>.
42. Звітні дані Департаменту економіки і фінансів Міністерства охорони здоров’я України за 2007 рік.

43. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг : утв. приказами Министра здравоохранения Российской Федерации Ю. Л. Шевченко от 10.11.1999 г. № 01-23/4-10 и Президента Российской академии медицинских наук В. И. Покровского от 10.11.1999 г. № 01-02/41 // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1. – С.47–58.
44. Інформаційно-аналітичні матеріали МОЗ України : ін форм. підгот. на викон. постанови ВРУ № 2606-IV „Про проведення парламентських слухань на тему: „Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування та їх розв'язання”. – К., 2005. – 17 с.
45. Інформація про стан фінансування галузі охорони здоров'я у 2008 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ін форм. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=9122>.
46. Інформація про хід виконання Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації на 2002–2011 роки” за 2006 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ін форм. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/hcare/progs/?docID=8230>.
47. Каленський М. Контрольно-ревізійна служба – суб'єкт державного фінансового контролю підприємницької діяльності : навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / М. Каленський, І. Стефанюк. – К. : Ін-т регіон. дослідж. НАН України, 2001. – 203 с.
48. Камінська Т. М. Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я / Т. М. Камінська // Економічна теорія. – 2006. – № 6. – С. 17–24.
49. Карамішев Д. Аналітично-організаційне забезпечення прийняття рішень в умовах асиметричної інформації – складова інноваційної парадигми управління системою охорони здоров'я / Д. Карамішев, А. Дегтяр // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2005. – № 3. – С. 51–55.
50. Карамішев Д. Можливості застосування лізингових операцій у вирішенні питань ресурсозабезпечення галузі охорони здоров'я / Д. Карамішев //

- Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2006. – № 2. – С. 188–193.
51. Кармишев Д. Соціальне страхування в системі охорони здоров'я: суперечності та перспективи / Д. Кармишев, Я. Радиш // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. – 2006. – Вип. 1. – С. 95–105.
52. Карпенко П. О. Шляхи удосконалення організації лікувально-профілактичного та дієтичного харчування в Україні [Електронний ресурс]. / П. О. Карпенко, В. В. Вознюк, Н. О. Мельничук // Проблеми харчування. – 2003. – № 1. – Режим доступу до журн. :
http://www.medved.kiev.ua/arh_nutr/art_2003/n03_1_5.htm.
53. Карпишин Н. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні / Наталія Карпишин // Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в постстабілізаційний період : наук. конф. проф.-викл. складу, 18 квіт. 2007 р. : тези доп. / відп. ред. : С. І. Юрій. – Тернопіль, 2007. – С. 75–78.
54. Карпишин Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг : дис. ... кандидата екон. наук : 08.04.01 / Карпишин Наталія Іванівна. – Тернопіль, 2006. – 208 с.
55. Кириленко О. Теорія і практика бюджетних інвестицій : монограф. / О. Кириленко, Б. Малиняк. – Тернопіль : Екон. думка, 2007. – 288 с.
56. Кириленко О. Фінанси : навч. посіб. / О. Кириленко. – [2-ге вид., перероб. і доп.]. – Тернопіль : Екон. думка, 1998. – 163 с.
57. Конституція України : прийн. на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 р. № 254/96 ВР (із змінами та доповненнями). – К. : Право, 1996. – 38 с.
58. Кох Р. Менеджмент и финансы от А до Я / Р. Кох ; [пер. с англ. В. Біленького]. – СПб. : Питер, 1999. – 496 с.
59. Куценко В. Менеджмент сфери послуг: монограф. / В. Куценко, Г. Трілленберг. – К., 2007. – 459 с.

60. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти : монограф. / В. І. Куценко, Г. І. Трілленберг. – К., 2005. – 366 с.
61. Лахтіонова Л. Фінансовий аналіз суб'єктів господарювання : монограф. / Л. Лахтіонова. – К. : КНЕУ, 2001. – 387 с.
62. Лехан В. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. Лехан, Н. Лакіза-Савчук, В. Войцехівський. – К. : Сфера, 2001. – 176 с.
63. Лехан В. М. Нові механізми оплати медичних послуг та умови їх запровадження / В. М. Лехан // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 5.
64. Лещенко В. Напрями та шляхи реформування галузі охорони здоров'я України / В. Лещенко // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. – 2006. – Вип. 2. – С. 142–155.
65. Лікувально-профілактична допомога дітям в Україні : [стат. дані за 2006 р.]. – К. : Центр мед. статистики МОЗ України, 2007. – 249 с.
66. Ліннакко Е. Критичний аналіз напрямків фінансування та продуктивності у сфері охорони здоров'я країн ЄС [Електронний ресурс] / Е. Ліннакко. – Режим доступу до докум. :
http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/analysis_u.htm.
67. Ліннакко Е. Обчислення собівартості медичних послуг / Е. Ліннакко // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 3–4.
68. Лободіна З. Актуальні проблеми планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей / Зоряна Лободіна // Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в постстабілізаційний період : наук. конф. проф.-викл. складу, 18 квіт. 2007 р. : зб. матеріалів / відп. ред. : С. І. Юрій. – Тернопіль, 2007. – С. 106–110.
69. Лободіна З. М. Моніторинг фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей / З. М. Лободіна // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України. – 2007. – Вип. 21. – С. 296–301.
70. Лободіна З. М. Необхідність та напрями реформування управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей / З. М. Лободіна //

- Культура народів Причорномор'я. – 2008. – № 126. – С. 58–60.
71. Лободіна З. Передумови формування альтернативних джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я / Зоряна Лободіна // Галицький економічний вісник. – 2004. – № 3. – С. 78–82.
 72. Лободіна З. Перспективи запровадження контрактних відносин у галузь охорони здоров'я / Зоряна Лободіна // Економічні, правові, інформаційні та гуманітарні проблеми розвитку України в постстабілізаційний період : наук. конф. проф.- викл. складу, 16 квіт. 2008 р. : зб. матеріалів / наук. ред. : О. П. Кириленко. – Тернопіль, 2008. – С. 73–78.
 73. Лободіна З. М. Прагматизм бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я дітей / З. М. Лободіна // Теорія та практика ринкових перетворень: економічний та соціальний контекст : всеукр. наук.-практ. конф., 20–22 берез. 2008 р. : зб. матеріалів. – Вінниця : ВІЕ ТНЕУ, 2008. – С. 128–134.
 74. Лободіна З. Прагматика і проблематика розподілу фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей / Зоряна Лободіна // Економічний аналіз. – 2008. – Вип. 2. – С. 115–119.
 75. Лободіна З. М. Проблеми запровадження медичного страхування як альтернативного джерела фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей / З. М. Лободіна // Проблеми розвитку фінансової системи України на сучасному етапі : наук. конф. студентів та молодих вчених, 21 берез. 2008 р. : тези доп. / відп. ред. : О. П. Кириленко. – Тернопіль, 2008. – С. 12–15.
 76. Лободіна З. Реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей: перспективи запровадження глобального бюджету / Зоряна Лободіна // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 4. – С. 151–162.
 77. Лободіна З. М. Стратегії управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей / З. М. Лободіна // Наука й економіка. – 2008. – № 1. – С. 65–73.
 78. Лободіна З. Теоретичні підходи до трактування сутності фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей / Зоряна Лободіна // Галицький економічний вісник. – 2008. – № 1. – С. 132–137.

79. Лободіна З. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей: реалії формування та перспективи зростання / Зоряна Лободіна // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 2. – С. 73–84.
80. Лободіна З. М. Формування моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей в умовах ринкових трансформацій / З. М. Лободіна // Передові наукові розробки '2006 : I Міжнар. наук.-практ. конф., 1–15 верес. 2006 р. : зб. матеріалів. Т. 1. / відп. ред. : К. О. Біла. – Дніпропетровськ : Наука і освіта, 2006. – С. 36–37.
81. Малагардіс А. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях : посіб. / А. Малагардіс, В. Рудий. – К., 2006. – 61 с. – (Серія „Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні”: у 12 кн., кн. 7).
82. Михайленко С. Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні та напрями його модернізації / Світлана Михайленко // Економіст. – 2008. – № 11. – С. 58–59.
83. Наказ Міністерства охорони здоров'я України „Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я” від 28.10.2002 р. № 385 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=9664>.
84. Наказ Міністерства охорони здоров'я „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю „Дитяча нефрологія” від 8.08.2005 р. № 365 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=4095>.
85. Наказ Міністерства охорони здоров'я „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю „Дитяча пульмонологія” від 13.01.2005 р. № 18 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=3977>.

86. Наказ Міністерства охорони здоров'я України „Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” від 23.02.2000 р. № 33 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=6518>.
87. Наказ Міністерства праці та соціальної політики і Міністерства охорони здоров'я „Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення” від 15.03.2006 р. № 285/12159 (із змінами та доповненнями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=5581>.
88. Наказ Міністерства фінансів України „Про бюджетну класифікацію та її запровадження” від 27.12.2001 р. № 604 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://www.legal.com.ua/document/kodeks/0CH560604201-01.html>.
89. Нечаїв С. До питання про формування керівників системи охорони здоров'я / С. Нечаїв // Українські медичні вісті. – 1997. – № 2–3. – С. 39.
90. Опарін В. Фінансова система України (теоретико-методологічні аспекти) : монограф. / В. Опарін. – К. : КНЕУ, 2005. – 240 с.
91. Орел Є. Запровадження контрактних відносин – інструмент покращення показників ефективності діяльності постачальників медичних послуг / Є. Орел // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 6.
92. Оценка последних изменений в финансировании служб здравоохранения : [доклад Исслед. группы Всемир. ор-ции здравоохранения]. – Женева, 1995. – 116 с.
93. Павлюк К. В. Фінансові ресурси держави : монограф. / К. В. Павлюк. – К. : НІОС, 1997. – 176 с.
94. Пашков В. Господарська компетенція органів виконавчої влади та місцевого самоврядування щодо управління комунальними закладами охорони здоров'я / В. Пашков // Господарське право. – 2006. – № 3. – С. 28–31.

95. Писаренко Т. М. Облік, аналіз і контроль ефективності використання фінансових ресурсів у бюджетних установах (на матеріалах установ охорони здоров'я Волинської області) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.06.04 „Бухгалтерський облік, аналіз та аудит” / Т. М. Писаренко. – Тернопіль, 2001. – 20 с.
96. Поляк Г. Б. Финансы. Денежное обращение. Кредит : учеб. / Г. Б. Поляк. – [2-е изд.]– М. : Юнити-ДАНА, 2002. – 512 с.
97. Пономаренко В. М. Проблеми удосконалення системи управління в галузі охорони здоров'я і шляхи їх вирішення / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 5–8.
98. Постанова Кабінету Міністрів України „Перелік платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” від 17.08.1996 р. № 1138 (із змінами та доповненнями, внесеними постановами КМ від 11.07.2002 р. № 989 та від 02.09.2005 р. № 862) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1138-96-%EF>.
99. Постанова Кабінету Міністрів України „Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)” від 25.12.1996 р. № 1548 (із змінами та доповненнями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
100. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації” на 2002–2011 роки” від 10.01.2002 р. № 14 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С. 30–85.
101. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року” від 13.06.2007 р. № 815 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

102. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямів використання” від 17.05.2002 р. № 659 (із змінами та доповненнями) // Офіційний вісник України. – 2002. – № 21. – С. 42–46.
103. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Положенням про Міністерство охорони здоров’я України” від 02.11.2006 р. № 1542 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
104. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Типового положення про відділ охорони здоров’я районної державної адміністрації” від 28.11.2007 р. № 1364 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
105. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров’я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров’я Київської міської державної адміністрації” від 20.12.2000 р. № 1845 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
106. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами” від 5.09.2001 р. № 1195 (із змінами та доповненнями) // Офіційний вісник України. – 2001. – № 38. – С. 9–26.
107. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Положення про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” від 17.10.2008 р. № 921 // Урядовий Кур’єр. – 2008. – № 197. – С. 6–9.
108. Постанова Кабінету Міністрів України „Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я” від 20.06.2000 р. № 989 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=989-2000-%EF>.

109. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Я. Ф. Радиш. – К., 2001. – 360 с.
110. Радиш Я. Мистецтво результативного управління : [пробл. лекції] / Я. Радиш, О. Щербак. – К. : Віпол, 2000. – 172 с.
111. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 56 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 49 Конституції України „у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 23. – С. 107–112.
112. Рожкова І. Договірні відносини як механізм ефективного управління ресурсами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні / Інга Рожкова // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2008. – Вип. 1. – С. 223–230.
113. Романенко О. Р. Фінанси : підруч. / О. Р. Романенко. – К. : Центр навч. л-ри, 2004. – 312 с.
114. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні : монограф. / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – 272 с.
115. Рудий В. Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні : посіб. / В. Рудий. – К., 2006. – 62 с. – (Серія „Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні”: у 12 кн., кн. 3).
116. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / В. Рудий. – Режим доступу до докум. :
http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm.
117. Рудий В. Нормативно-правові та управлінські аспекти автономізації постачальників медичних послуг та запровадження договірних відносин у

- сфері охорони здоров'я в Україні / В. Рудий // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 2, 14–16.
118. Салтман Р. Б. Реформи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
119. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения : уч. пособ. / В. Ю. Семенов. – М. : МЦФЭР, 2004. – 656 с.
120. Сенчагов В. К. Финансовые ресурсы народного хозяйства (проблемы формирования и использования) / В. К. Сенчагов. – М. : Финансы и статистика, 1982. – 320 с.
121. Сычев М. Г. Финансы СССР / М. Г. Сычев. – М. : Финансы и статистика, 1984. – 286 с.
122. Слабкий Г. О. Про готовність керівників закладів охорони здоров'я до впровадження ринкових відносин в організацію стаціонарної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 2. – С. 61–63.
123. Словник сучасної економіки Макміллана / [пер. з англ. А. В. Дорошенко]. – К. : АртЕк, 2000. – 640 с.
124. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підруч. / [Ю. Вороненко, Л. Прус, А. Чуйко та ін.]. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 332 с.
125. Стан здоров'я дітей та підлітків в Україні та надання їм медичної допомоги за 2002 рік : [стат.-аналіт. довідник МОЗ України]. – К., 2003. – 210 с.
126. Стан здоров'я дітей та підлітків в Україні та надання їм медичної допомоги за 2003 рік : [стат.-аналіт. довідник МОЗ України]. – К., 2004. – 191 с.
127. Стан здоров'я дітей та підлітків в Україні та надання їм медичної допомоги за 2004 рік : [стат.-аналіт. довідник МОЗ України]. – К., 2005. – 199 с.
128. Стан здоров'я дітей та підлітків в Україні та надання їм медичної допомоги за 2005 рік : [стат.-аналіт. довідник МОЗ України]. – К., 2006. – 210 с.

129. Стан здоров'я дітей 0–17 років включно та надання їм медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України: [аналіт.-стат. довідник МОЗ України за 2007 р.]. – К., 2008. – 391 с.
130. Стецюк П. А. Економічна сутність фінансових ресурсів / П. А. Стецюк // Фінанси України. – 2007. – № 1. – С. 129–143.
131. Тулай О. Економічне обґрунтування необхідності реорганізації бюджетних установ охорони здоров'я України в контексті Європейської інтеграції / Оксана Тулай // Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації : IV Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених, 22–23 лют. 2007 р. : зб. тез доп. Ч. 2. / відп. за вип. : Г. Л. Монастирський. – Тернопіль : Екон. думка, 2007. – С. 291–293.
132. Тулай О. І. Фінансове забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в умовах трансформаційної економічної системи : дис. ... кандидата екон. наук : 08.04.01 / Тулай Оксана Іванівна. – Тернопіль, 2005. – 179 с.
133. Указ Президента України „Концепція розвитку охорони здоров'я населення України” від 7.12.2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісник України. – 2001.– № 49. – С. 5–13.
134. Указ Президента України „Положення про Міністерство фінансів України” від 26.08.1999 р. № 1081/99 // Офіційний вісник України. – 1999.– № 35. – С. 1–7.
135. Указ Президента України „Про невідкладні заходи реформування системи охорони здоров'я” (Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я) від 6.12.2005 р. № 1694/2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. :
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
136. Федосов В. Фінансова реструктуризація в Україні: проблеми і напрями : монограф. / В. Федосов, В. Опарін, С. Львовчкін ; [за наук. ред. В. Федосова]. – К. : КНЕУ, 2002. – 387 с.
137. Финансы / [В. М. Родионова, Ю. Я. Вавилов, Л. И. Гончаренко и др.] ; под ред. В. М. Родионовой. – М.: Финансы и статистика, 1995. – 432 с.

138. Філімоненко О. С. Фінанси підприємств : навч. посіб. / О. С. Філімоненко. – К. : Ельга : Ніка-Центр, 2002. – 360 с.
139. Фінанси: вишкіл студії : навч. посіб. / [С. І. Юрій, Т. О. Кізима, Н. П. Злепко, М. М. Тріпак] ; за ред. С. І. Юрія. – Тернопіль : Карт-Бланш, 2002. – 357 с.
140. Фінанси підприємств : підруч. / [А. М. Поддєрьогін, Л. Д. Буряк, Г. Г. Нам та ін.] ; за наук. ред. А. М. Поддєрьогіна. – [3-тє вид., перероб. та доп.]. – К. : КНЕУ, 2000. – 460 с.
141. Фінансові звіти Головного фінансового управління Вінницької обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
142. Фінансові звіти Головного фінансового управління Тернопільської обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
143. Фінансові звіти Головного фінансового управління Хмельницької обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
144. Фінансові звіти закладів охорони здоров'я дітей Вінницької області за 2001–2007 роки.
145. Фінансові звіти закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської області за 2001–2007 роки.
146. Фінансові звіти закладів охорони здоров'я дітей Хмельницької області за 2001–2007 роки.
147. Хачатурян С. В. Сутність фінансових ресурсів та їх класифікація / С. В. Хачатурян // Фінанси України. – 2003. – № 4. – С. 77–81.
148. Черненко В. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / В. Черненко, В. Рудий. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.
149. Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении : монограф. / И. М. Шейман. – М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.
150. Шутов М. М. Організаційно-економічний механізм розвитку системи охорони здоров'я у регіоні : дис. ... доктора екон. наук : 08.10.01 / Шутов Михайло Михайлович. – Донецьк, 2004. – 409 с.
151. Щеглова К. Добровільне медичне страхування [Електронний ресурс] / К. Щеглова. – Режим доступу до докум. :

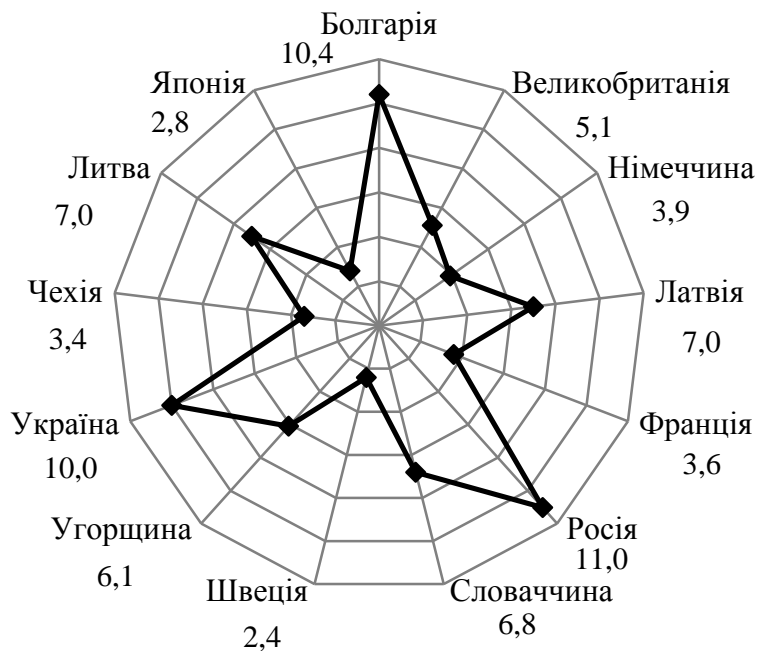
http://www.healthfin.kiev.ua/pages/smi/kor_01.htm.

152. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік / [за ред. Ю. Поляченка]. – К., 2006. – 226 с.
153. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік / [за ред. Ю. Гайдаєва]. – К., 2007. – 414 с.
154. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік / [за ред. В. Князевича]. – К., 2008. – 277 с.
155. Юрій С. І. Казначейська система : підруч. / С. І. Юрій, В. І. Стоян, О. С. Даневич. – [2-ге вид. змін. й доп.]. – Тернопіль : Карт-Бланш, 2006. – 818 с.
156. Babylon: vocabulary [Електронний ресурс]. – Режим доступу до словника:
http://www.babylon.com/definition?Financial_Resources/English.
157. Delnoij D. M. J. Physician Payment Systems and Cost Control / D. M. J. Delnoij. – Utrecht : Nivel, 1994. – 256 p.
158. Free Online Dictionary [Електронний ресурс]. – Режим доступу до словн. :
<http://www.thefreedictionary.com/resource>.
159. Lekhan V. Health care systems in transition Ukraine / V. Lekhan, V. Rudyi, E. Nolte. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 128 p.
160. Normand C. Социальное страхование здоровья : [руков. по планированию] / C. Normand, A. Weber ; Всемир. орг-ция здравоохранения, Междунар. бюро труда. – Женева, 1994. – 243 с.
161. OECD Glossary of Statistical Terms [Електронний ресурс]. – Режим доступу :
<http://www.stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=939>.
162. The role of contractual arrangements in improving health systems' performance. Resolution of the World Health Assembly, WHA 56.25 [Електронний ресурс]. – Режим доступу :
http://whqlibdoc.who.int/wha/2003/WHA56_25.pdf.
163. Vernimmen : vocabulary [Електронний ресурс]. – Режим доступу до словн. :

http://www.vernimmen.com/html/glossaire/definition_financial_resources.html.

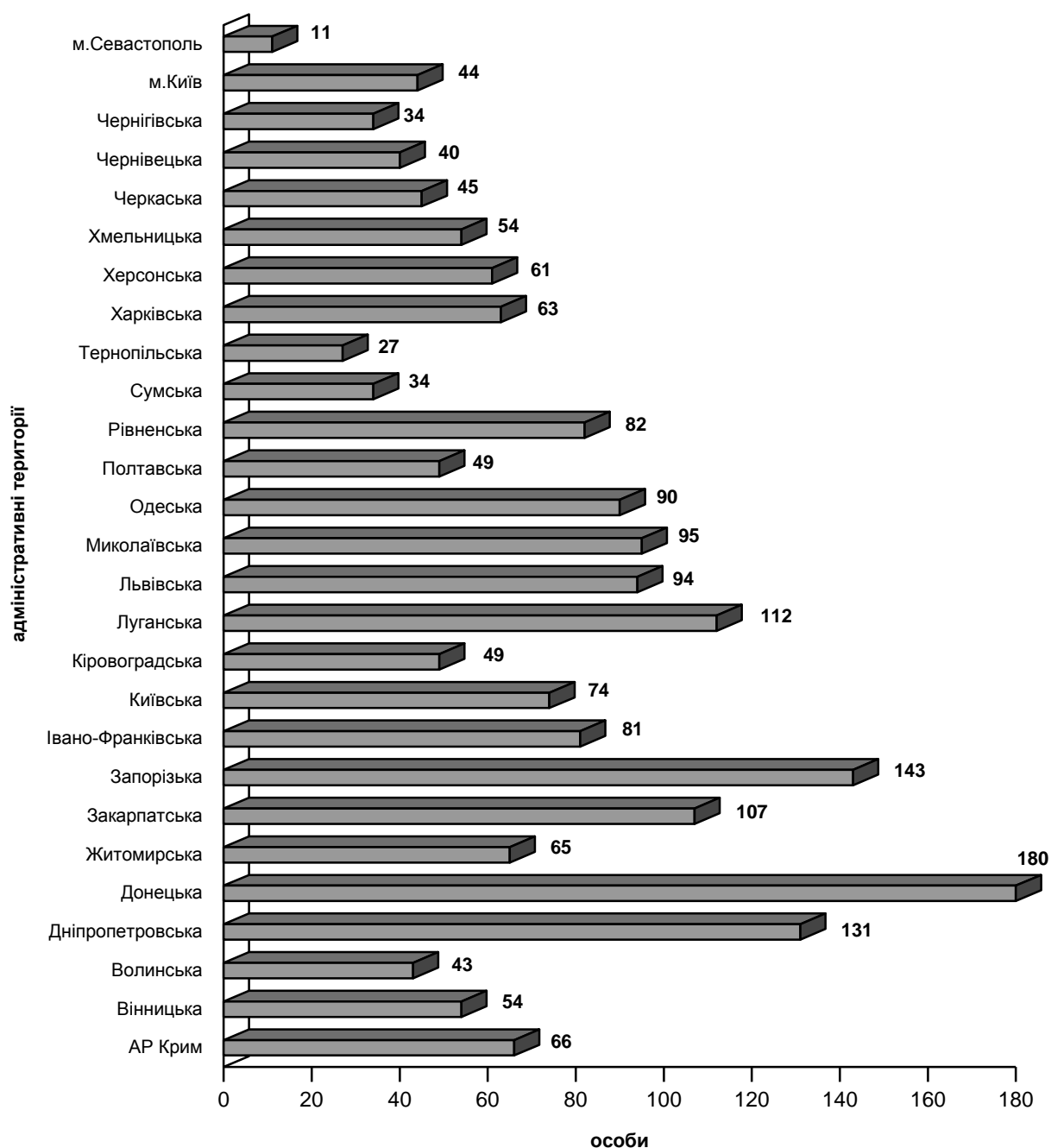
Додаток А.1

Показники смертності немовлят в Україні та інших країнах світу у 2006 р., осіб на 1000 живонароджених



Джерело: [153, с.73].

Показники смертності немовлят, які перебували під наглядом дитячих поліклінік
у 2007 році, в Україні, особи



Джерело: Складено автором на основі даних [129].

Додаток Б

Характеристика моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я

Державна модель		Страхова модель		Приватна модель	
Основні ознаки	Проблеми	Основні ознаки	Проблеми	Основні ознаки	Проблеми
<p>⇒ централізоване та регіональне планування;</p> <p>⇒ централізоване фінансування;</p> <p>⇒ відсутність приватного сектору в галузі охорони здоров'я;</p> <p>⇒ управління системою охорони здоров'я через медичних працівників;</p> <p>⇒ контроль за якістю медичних послуг з боку держави та медичних працівників;</p> <p>⇒ низька оплата праці;</p> <p>⇒ велика залежність галузі охорони здоров'я від бюджетних коштів;</p> <p>⇒ загальний доступ всіх верств населення до медичних послуг та справедливий географічний розподіл ресурсів;</p> <p>⇒ низькі адміністративні витрати.</p>	<p>◆ відсутність зацікавленості в економії всіх видів ресурсів та стимулів до підвищення якості та задоволення потреб споживачів;</p> <p>◆ держава стримує зростання витрат за допомогою макро-економічних методів;</p> <p>◆ для пацієнта право вибору лікаря обмежене;</p> <p>◆ недостатньо комфортні умови госпіталізації;</p> <p>◆ позиція спеціалістів із централізованого планування обмежує новаторство колективів закладів охорони здоров'я, не сповна враховує місцеві інтереси та зацікавленість споживачів;</p> <p>◆ пріоритетне фінансування закладів, які надають спеціалізовану і високоспеціалізовану медичну допомогу;</p> <p>◆ обмеження контактів пацієнтів і медичного персоналу стінами закладів охорони здоров'я;</p> <p>◆ державна монополія в охороні здоров'я;</p> <p>◆ черги в закладах охорони здоров'я, що призводить до звертання забезпечених верств населення до послуг приватно практикуючих лікарів;</p> <p>◆ слабкі зв'язки між центром та периферією, бюрократична, авторитарна система управління.</p>	<p>⇒ децентралізоване фінансування охорони здоров'я;</p> <p>⇒ право вибору пацієнтом страхового медичного фонду чи компанії;</p> <p>⇒ конкуренція між різними страховими компаніями і фондами;</p> <p>⇒ контроль за якістю медичних послуг та витратами закладів охорони здоров'я зі сторони страхових компаній чи фондів;</p> <p>⇒ широкий вибір комфортних умов госпіталізації;</p> <p>⇒ високий рівень відповідальності та чіткий поділ повноважень між державою, органами, що здійснюють фінансування та закладами охорони здоров'я.</p>	<p>◆ нерівність у доступі до медичної допомоги для окремих верств населення або адміністративних територій;</p> <p>◆ необґрунтоване зростання витрат та вартості медичних послуг;</p> <p>◆ недостатній контроль за роботою персоналу;</p> <p>◆ нехтування інтересами пацієнтів, які належать до групи високого ризику для здоров'я, тривалий час перебувають у стаціонарі або залишаються поза системою соціального страхування (5-10% населення);</p> <p>◆ недостатня увага до стратегічного планування;</p> <p>◆ значні адміністративні витрати (особливо на аналіз інформації та фінансові розрахунки);</p> <p>◆ недостатня увага до громадської охорони здоров'я, профілактичної роботи, пропаганди здорового способу життя.</p>	<p>⇒ високий рівень професіоналізму медичних працівників та застосування в їх діяльності новітніх медичних технологій;</p> <p>⇒ широкий вибір та висока якість медичних послуг, що відповідає особистим потребам і перевагам пацієнтів;</p> <p>⇒ відсутність черг у закладах охорони здоров'я;</p> <p>⇒ гарантія доступу до спеціалізованої медичної допомоги;</p> <p>⇒ конфіденційність лікування, увага до пацієнта;</p> <p>⇒ комфортні умови госпіталізації.</p>	<p>◆ висока вартість медичних послуг;</p> <p>◆ постійне підвищення суспільних витрат на охорону здоров'я, яке дуже важко стримати;</p> <p>◆ низький доступ до медичної допомоги малозабезпечених верств населення;</p> <p>◆ судові процеси – один з основних інструментів контролю за якістю медичних послуг;</p> <p>◆ недостатня увага до профілактичних заходів та до надання медичної допомоги в домашніх умовах;</p> <p>◆ обмежена кількість робочих місць в приватних клініках;</p> <p>◆ невелика кількість допоміжного персоналу, що здійснюють догляд за хворими;</p> <p>◆ труднощі в регулюванні та контролі за якістю медичних послуг.</p>

Джерело: Розроблено автором на основі даних [17; 118; 119; 148].

Додаток В

Структура державної системи охорони здоров'я України

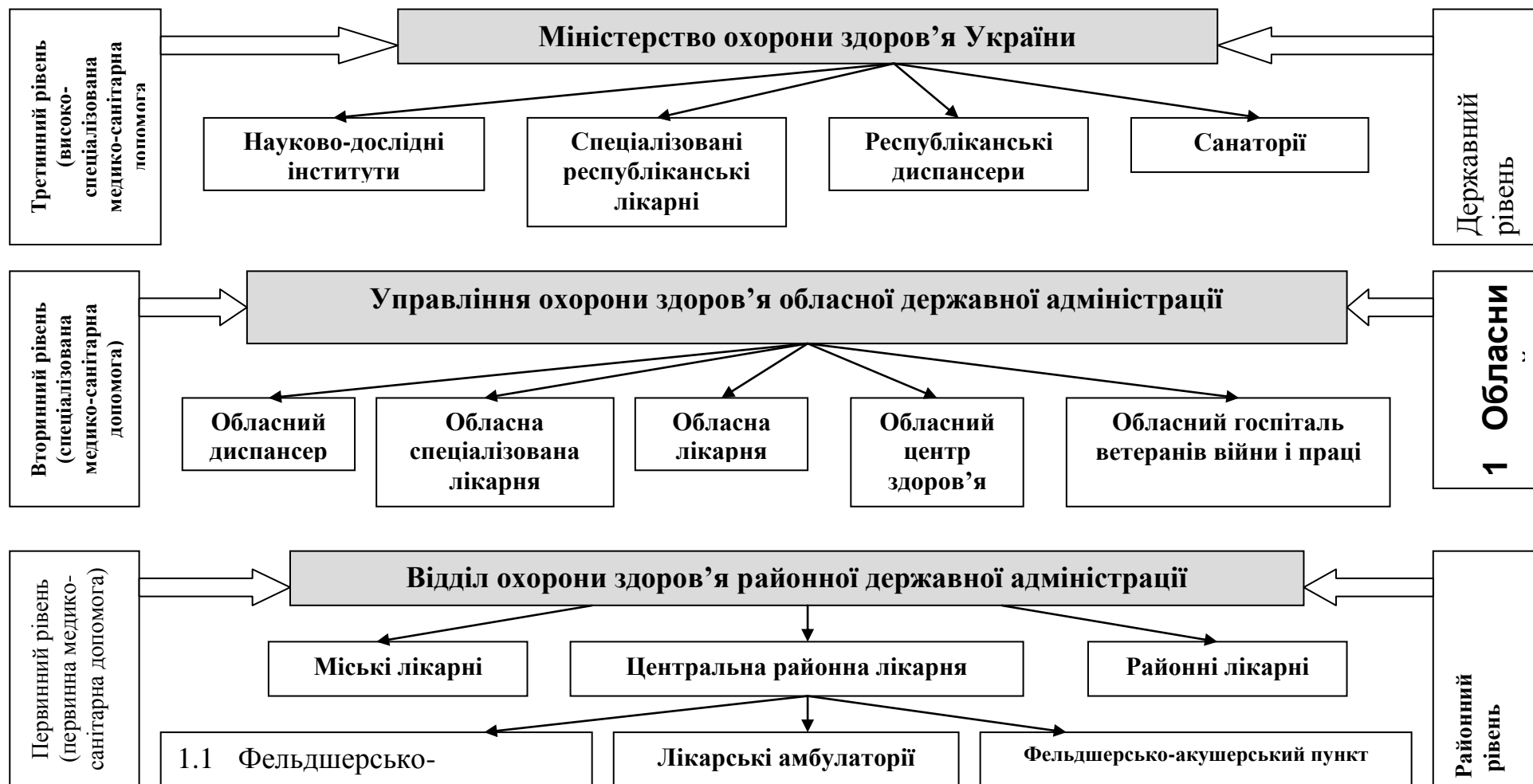


Рис. В.1. Структура державної системи охорони здоров'я України за адміністративно-територіальною ознакою.

Джерело: Складено автором на основі даних [104; 109, с.50].

Продовження додатку В

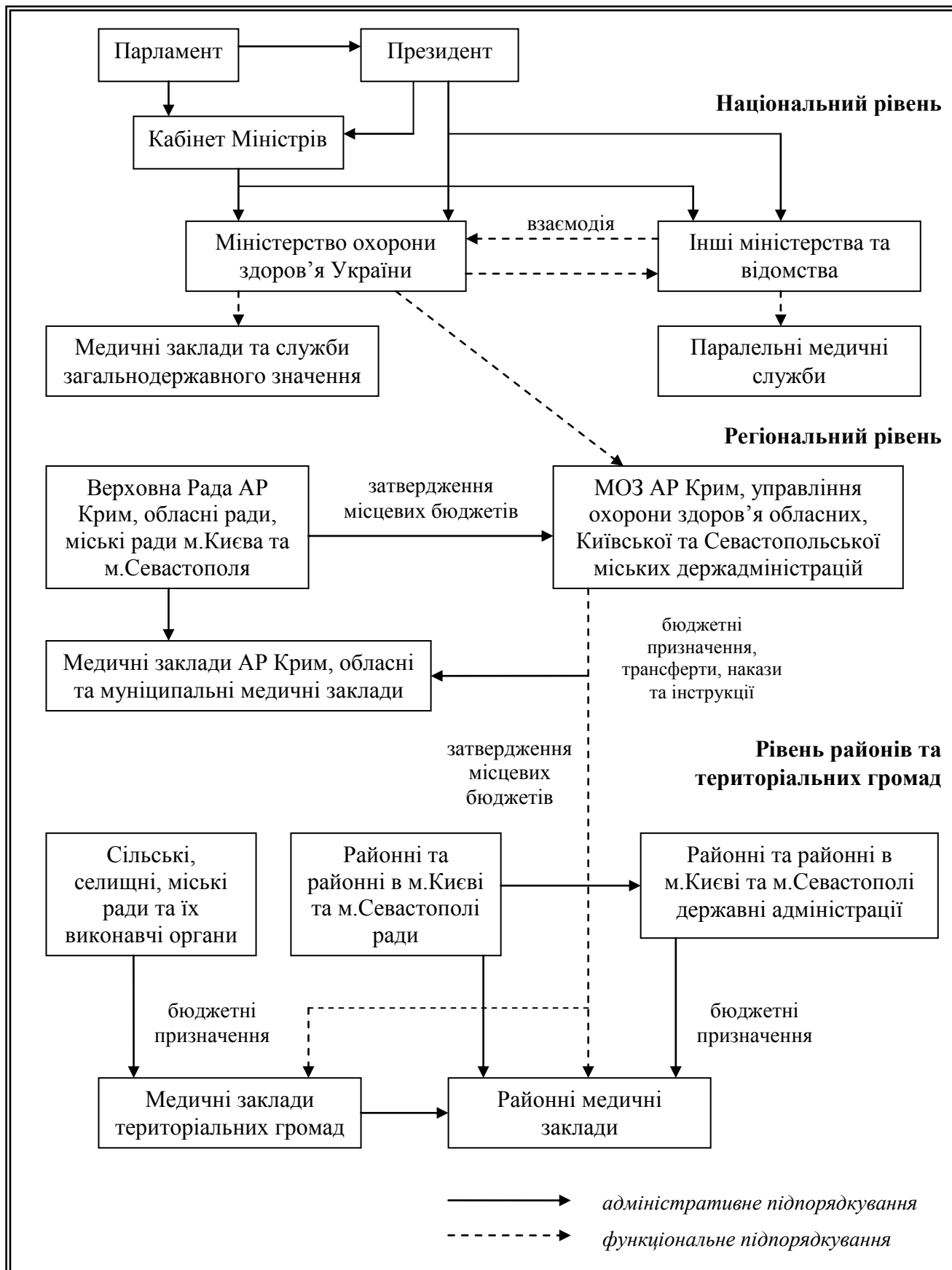


Рис. В.2. Організаційна структура системи охорони здоров'я України [159, с.18].

Додаток Д

Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах (після 02.09.2005 р.)

- 1) **послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я**
 1. Косметологічна допомога, крім тієї, що подається за медичними показаннями.
 2. Анонімне обстеження та лікування хворих, заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ та СНІД).
 3. Лікування безпліддя, включаючи хірургічні методи, штучне запліднення та імплантацію ембріона.
 4. Оздоровчий масаж, гімнастика, бальнеологічні процедури з метою профілактики захворювань та зміцнення здоров'я дорослого населення.
 5. Консультування і лікування осіб з вокальними порушеннями або з метою їх профілактики, подання фоніатричної допомоги.
 6. Лікування логоневрозів у дорослих.
 7. Операції штучного переривання вагітності в амбулаторних умовах (методом вакуум-аспірації у разі затримки менструації терміном не більш як на 20 днів) та у стаціонарі (до 12 тижнів вагітності), крім абортів за медичними і соціальними показаннями.
 8. Медичні огляди: для отримання виїзної візи (крім службових відряджень державних службовців та при виїзді на лікування за наявності відповідних медичних документів); попередні профілактичні медичні огляди при прийнятті на роботу та для отримання посвідчення водія транспортних засобів (крім випадків, коли медичні огляди проводяться за направленнями органів державної служби зайнятості), медичні огляди для отримання дозволу на право отримання та носіння зброї громадянами, а також відповідні періодичні профілактичні медичні огляди.
 9. Протезування в тому числі зубне, слухове та очне.
 10. Корекція зору за допомогою окулярів та контактних лінз.
 11. Стоматологічна допомога, що подається населенню госпрозрахунковими відділеннями, кабінетами закладів охорони здоров'я.
 12. Медичне обслуговування закладів відпочинку всіх типів, спортивних змагань, масових культурних та громадських заходів тощо.
 13. Лабораторні, діагностичні та консультативні послуги за зверненнями громадян, що надаються без направлення лікарів.
 14. Медична допомога хворим удома (діагностичне обстеження, процедури, маніпуляції, консультування, догляд), крім осіб, які за станом здоров'я та характером хвороби не можуть відвідувати заклад охорони здоров'я.
 15. Перебування у стаціонарі батьків у зв'язку з доглядом за дітьми віком понад 6 років, якщо це не зумовлено станом хворої дитини.
 16. Перебування батьків разом з дітьми в дитячих санаторіях та надання їм послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру.
 17. Надання санаторно-курортних послуг (реалізація путівок).
 18. Проведення профілактичних щеплень особам, які від'їжджають за кордон за викликом, для оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах, у туристичні подорожі тощо за власним бажанням або на вимогу сторони, що запрошує.
 19. Проведення профілактичних щеплень усім особам, які бажають їх зробити поза схемами календаря профілактичних щеплень в Україні.
 20. Діагностика, профілактика та лікування в госпрозрахункових кабінетах народної і нетрадиційної медицини.
 21. Медичне обслуговування за договорами із суб'єктами господарювання, страховими організаціями (в тому числі з Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України).
 22. Медичне обслуговування іноземних громадян, які тимчасово перебувають на території України, в тому числі за договорами страхування.
 23. Обстеження, консультування та лікування хворих із сексуальними розладами, за винятком тих, які є симптомами тяжких психічних розладів.
 24. Проведення судово-психіатричної експертизи за межами територіального розподілу.
 25. Проведення судово-медичної та судово-психіатричної експертизи у цивільних справах.
 26. Надання висновку фахівця з питань судово-медичної та судово-психіатричної експертизи на запити юридичних і фізичних осіб.

Продовження додатку Д

27. Проведення судово-медичних досліджень за замовленням іноземних громадян.
 28. Реалізація компонентів та препаратів, виготовлених з донорської крові.
 29. Видача бланків особистої медичної книжки.
 30. Стажування лікарів (провізорів) - інтернів у базових закладах та установах охорони здоров'я, якщо ці лікарі (провізори) - інтерни: закінчили недержавні вищі медичні (фармацевтичні) заклади освіти; закінчили державні вищі медичні (фармацевтичні) заклади освіти на умовах контракту; прийняті на роботу в недержавні заклади охорони здоров'я (недержавні фармацевтичні заклади, підприємства); повторно проходять інтернатуру; бажають отримати другу спеціальність в інтернатурі.
 31. Підготовка і навчання з відповідною видачею сертифіката працівників немедичних спеціальностей (громадян за їх бажанням) практичним навичкам подання невідкладної медичної допомоги.
 32. Видача копії медичної довідки, витягу з історії хвороби.
- 2) послуги з провадження господарської та/або виробничої діяльності**
1. Послуги пралень за договорами.
 2. Транспортні послуги (перевезення вантажів), здійснення вантажних робіт.
 3. Надання в користування автомобільних стоянок, паркування автомобілів та інших транспортних засобів.
 4. Перебування громадян за їх бажанням у медичних закладах з поліпшеним сервісним обслуговуванням.
 5. Виготовлення, вирощування та реалізація продукції підсобними господарствами, лікувально-виробничими та виробничими майстернями, молочними кухнями, закладами громадського харчування.
 6. Послуги з підготовки тіла покійного до поховання або кремації (послуги перукаря, косметолога, бальзамування).
 7. Утримання тіл померлих у холодильній камері патолого-анатомічного бюро після дослідження понад норми перебування, а також тих, що знаходяться на зберіганні.
- 3) послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами**
1. Отримання вищої медичної освіти у випадках, коли абітурієнт уже одержав вищу освіту з іншої спеціальності.
 2. Навчання іноземних і вітчизняних студентів на умовах контракту з фізичними та юридичними особами у межах ліцензованого обсягу підготовки.
 3. Поглиблене навчання окремих предметів понад обсяг навчального плану, вивчення різних напрямів нетрадиційної медицини.
 4. Відпрацювання студентами державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти практичних, лабораторних та семінарських занять з клінічних та медико-біологічних дисциплін, що були ними пропущені без поважних причин.
 5. Консультації докторантів та аспірантів з навчальних закладів, що не підпорядковані МОЗ.
 6. Переводи з одного до іншого медичного вузу та поновлення на навчання студентів, які були раніше відчислені, понад план державного замовлення, у тому числі на перший курс.
 7. Ліквідація студентами академічної різниці у разі їх переводів та поновлень у державних вищих медичних (фармацевтичних) закладах освіти, яка виникає внаслідок розбіжностей навчальних планів.
 8. Повторне проходження відрахованими студентами з державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти окремих дисциплін і курсів з наступним складанням іспитів.
 9. Прийом кандидатських іспитів у осіб, які не працюють у державному медичному (фармацевтичному) закладі освіти. Навчання в аспірантурі фахівців, які працювали поза системою МОЗ.
 10. Навчання іноземних громадян у клінічній ординатурі, аспірантурі, докторантурі, їх стажування.
 11. Проведення циклів підвищення кваліфікації лікарів і провізорів та стажування з освоєння окремих методів діагностики і лікування понад державне замовлення на госпрозрахункових засадах.
 12. Навчання лікарів-інтернів (провізорів), які закінчили недержавні вищі медичні (фармацевтичні) заклади освіти, або навчались на умовах контракту з юридичними та фізичними особами.
 13. Надання послуг по легалізації документів про медичну (фармацевтичну) освіту.
 14. Повторне навчання в інтернатурі на очному циклі лікаря (провізора) - інтерна.
 15. Отримання другої спеціальності в інтернатурі або магістратурі.
 16. Проведення наукових досліджень сторонніми юридичними та фізичними особами на базі державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти або державних закладів післядипломної освіти.
 17. Інші платні послуги, передбачені постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 38 "Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися державними навчальними закладами".
 18. Виконання науково-дослідних, дослідно-конструкторських та консультативно-методичних робіт на договірних умовах.
 19. Проведення наукової та науково-технічної експертизи.

Джерело: [98].

Додаток Е

Концептуальна структурно-функціональна модель єдиного медичного простору України



Джерело: [24, с.210].

Додаток Ж

Динаміка рівня заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я у
2003–2007 рр., грн.

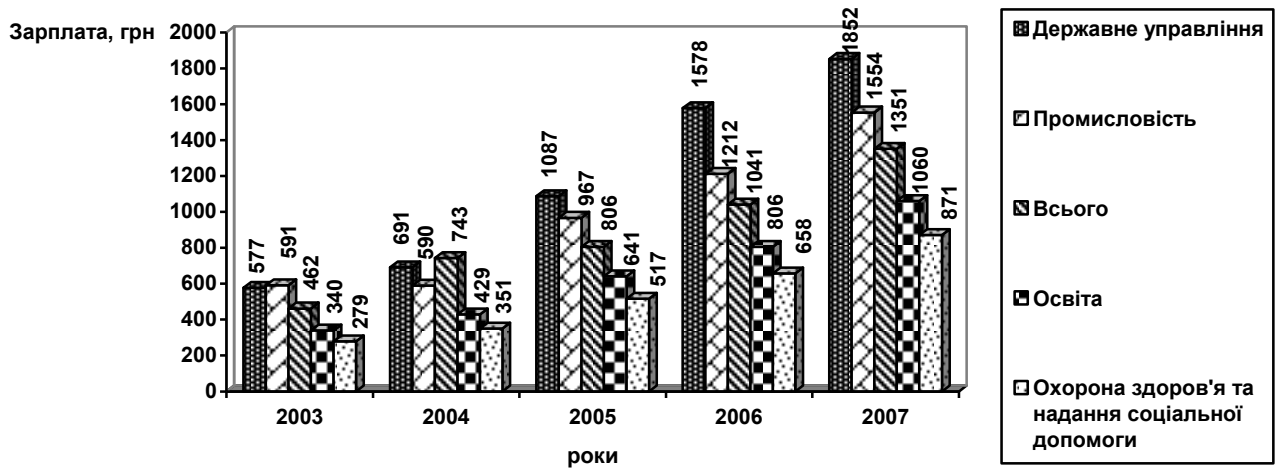
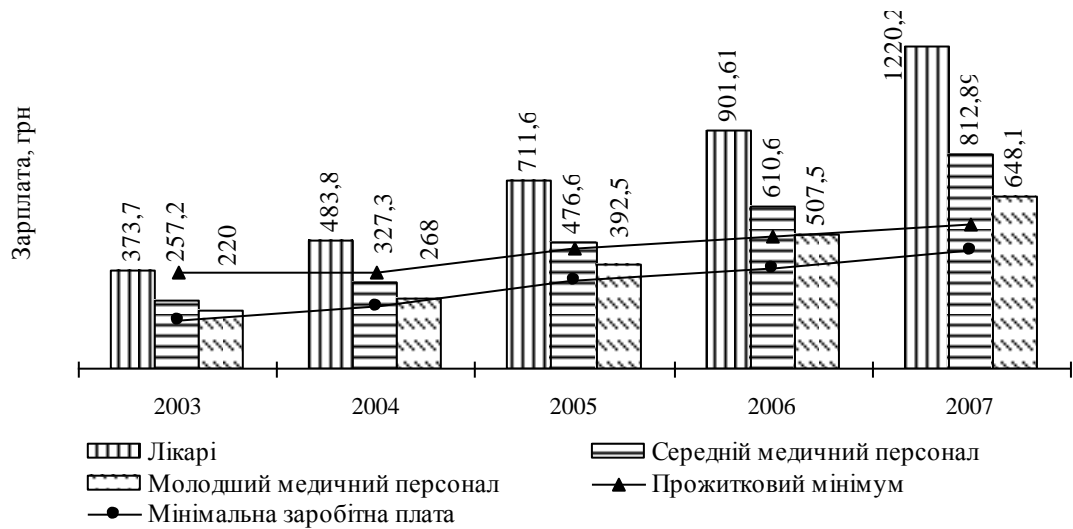


Рис. Ж.1. Динаміка змін рівня оплати праці за видами економічної діяльності у 2003–2007 рр., грн.



Примітка.	2003	2004	2005 (01.12)	2006 (01.04)	2007(01.12)
Прожитковий мінімум, грн	362	362	453	496	548
Мінімальна заробітна плата, грн	185	237	332	375	450

Рис. Ж.2. Співвідношення рівнів заробітної плати за категоріями медичних працівників до основних соціальних стандартів у 2003–2007 рр., грн.

Джерело: [154, с.51–52].

Додаток 3

Динаміка виявлених та усунутих фінансових порушень у закладах охорони здоров'я Тернопільської області у 2004–2007 рр.

(тис. грн.)

	2004 рік			2005 рік			2006 рік			2007 рік		
	Сума, всього	Загально державні ресурси	Комуна льні ресурси	Сума, всього	Загально державні ресурси	Комуна льні ресурси	Сума, всього	Загально державні ресурси	Комуна льні ресурси	Сума, всього	Загально державні ресурси	Комуна льні ресурси
Виявлено фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів	2160,35	0,2	2160,15	333,8	154,89	114,93	299,55	136,01	145,34	562,37	389,37	122,51
1.Недоотримано фінансових ресурсів, в т.ч.	6,23	-	6,23	87,86	17,41	6,47	54,75	48,32	6,43	159,56	105,1	3,97
-за заг.фондом бюджету				1,12	1,12	-	0,22	0,22	-	-	-	-
-за спец.фондом бюджету	-	-	-	21,6	15,13	6,47	54,53	48,10	6,43	109,07	105,1	3,97
2.Нецільові витрати коштів	-	-	-	26,3	26,3	-	33,8	-	33,8	-	-	-
3.Незаконні витрати коштів	2154,02	0,2	2153,82	150,01	41,61	108,4	113,23	8,17	105,06	402,71	284,17	118,54
4.Недостачі	0,1	-	0,1	0,18	0,12	0,06	12,92	12,87	0,05	0,1	0,1	-
Виявлено фінансових порушень, що не призвели до втрат фінансових і матеріальних ресурсів	48,11	0,04	48,07	3144,81	2991,14	153,67	604,5	50,48	554,02	1628,24	722,63	905,61
1.Завищення кредиторської заборгованості	1,4	-	1,4	11,99	10,19	1,8	5,11	5,11	-	17,47	12,23	5,24
2.Завищення потреби в бюджетних коштах, що не профінансовано	18,85	0,04	18,81	30,73	-	30,73	23,27	-	23,27	1,2	-	1,2
3.Заниження вартості активів	25,73	-	25,73	2866,29	2745,15	121,14	271,95	42,5	229,45	1046,25	698,58	347,67
4.Незаконні операції, що не призвели до втрат коштів	2,13	-	2,13	-	-	-	20,47	13,67	6,8	385,6	-	385,6
Всього виявлених порушень	2208,46	0,24	2208,22	3478,61	3146,03	268,6	904,05	186,49	699,36	2735,16	1586,15	1149,04
Усунуто фінансових порушень	2094,63	0,08	2093,17	3371,65	3131,32	240,33	743,14	74,49	650,45	2241,36	1484,82	756,54
Неусунуто фінансових порушень	113,83	0,16	115,05	106,96	14,71	28,27	160,9	112	48,9	493,8	101,33	392,5
Питома вага усунутих фінансових порушень у заг.сумі виявлених порушень, %	94,8	0,33	94,8	96,9	99,5	89,5	82,2	39,9	93,1	81,9	93,6	65,8

Джерело: Складено автором на основі даних [37].

Додаток И

Переваги та недоліки фінансування амбулаторно-поліклінічних та лікарняних закладів на основі показників потужності

	ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
Амбулаторно-поліклінічні заклади	<ul style="list-style-type: none"> – Витрати на надання медичної допомоги порівняно передбачувані через їх обмеженість; – За відсутності в охороні здоров'я тіньових відносин у медичного персоналу немає зацікавленості в наданні непотрібних пацієнтові медичних послуг; – Адміністративні витрати фінансуючої сторони мінімальні. 	<ul style="list-style-type: none"> – Виникає прагнення до нарощування ресурсних показників; – Відсутність економічної зацікавленості медичних працівників у: <ul style="list-style-type: none"> - поліпшенні здоров'я населення, яке обслуговують, а, отже, в ранньому виявленні захворювань та здійсненні профілактичних заходів; - підвищенні якості медичного обслуговування; - інтенсифікації діяльності, розширенні функцій первинної ланки; - раціональному використанні ресурсів – немає орієнтації на вибір найефективніших варіантів надання допомоги. – За наявності неформальних відносин із пацієнтами виникає зацікавленість медиків у наданні зайвих медичних послуг; неформальні договірні відносини з фарм-фірмами зацікавлюють лікарів у призначенні дорогих ліків. – Відсутність економічного взаємозв'язку між рівнями медичної допомоги, що призводить до перекладання на спеціалістів і стаціонар порівняно трудомістких випадків лікування захворювань, появі надмірних звертань пацієнтів до швидкої допомоги в зв'язку з їх несвочасним обслуговуванням удома.
Лікарняні заклади	<ul style="list-style-type: none"> – Витрати на надання медичної допомоги плануються і порівняно передбачувані у зв'язку з їх лімітуванням; – У медичного персоналу немає зацікавленості в наданні непотрібних пацієнтові медичних послуг; – Адміністративні витрати фінансуючої сторони мінімальні. 	<ul style="list-style-type: none"> – Виникає прагнення забезпечити завантаження ліжкового фонду незалежно від реальної потреби населення в стаціонарній допомозі; – Відсутність економічної зацікавленості медичних працівників у: <ul style="list-style-type: none"> - скороченні тривалості лікування у стаціонарі, використанні ресурсозберігаючих технологій; - підвищенні якості медичного обслуговування; - інтенсифікації діяльності, збільшенні кількості пролікованих хворих; - пошуку нових, альтернативних стаціонарним, форм надання медичної допомоги. – Підвищується ймовірність приписок; – Є „протилежне мотивування” витратити весь бюджет, оскільки нема змоги заощадити позитивний залишок на наступний бюджетний рік.

Джерело: Складено автором на основі даних [62, с.81–82].

Додаток К

Фінансування галузі охорони здоров'я України у 2000–2007 роках

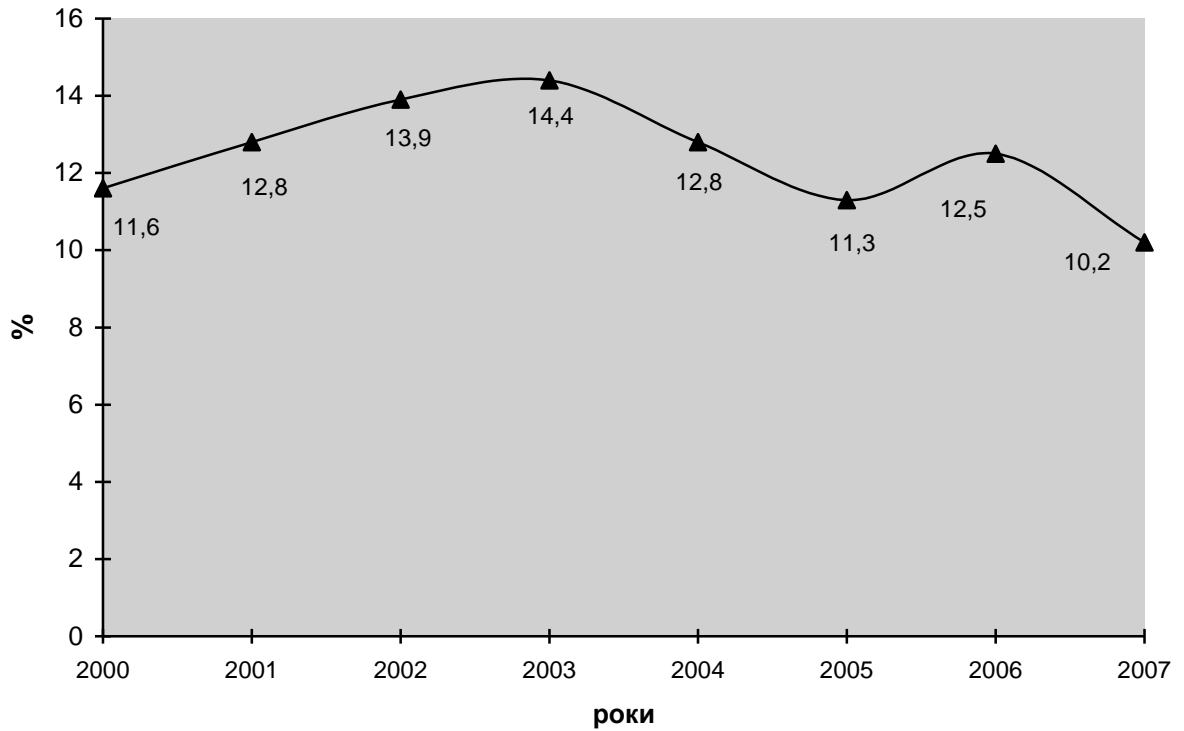


Рис. К.1. Динаміка процентного відношення витрат на охорону здоров'я до загальної суми видаткової частини зведеного бюджету України у 2000–2007 рр.,
%

Джерело: Складено автором на основі даних: [41, с.30; 152, с.78; 153, с.39; 154, с.43–46].

Продовження додатку К

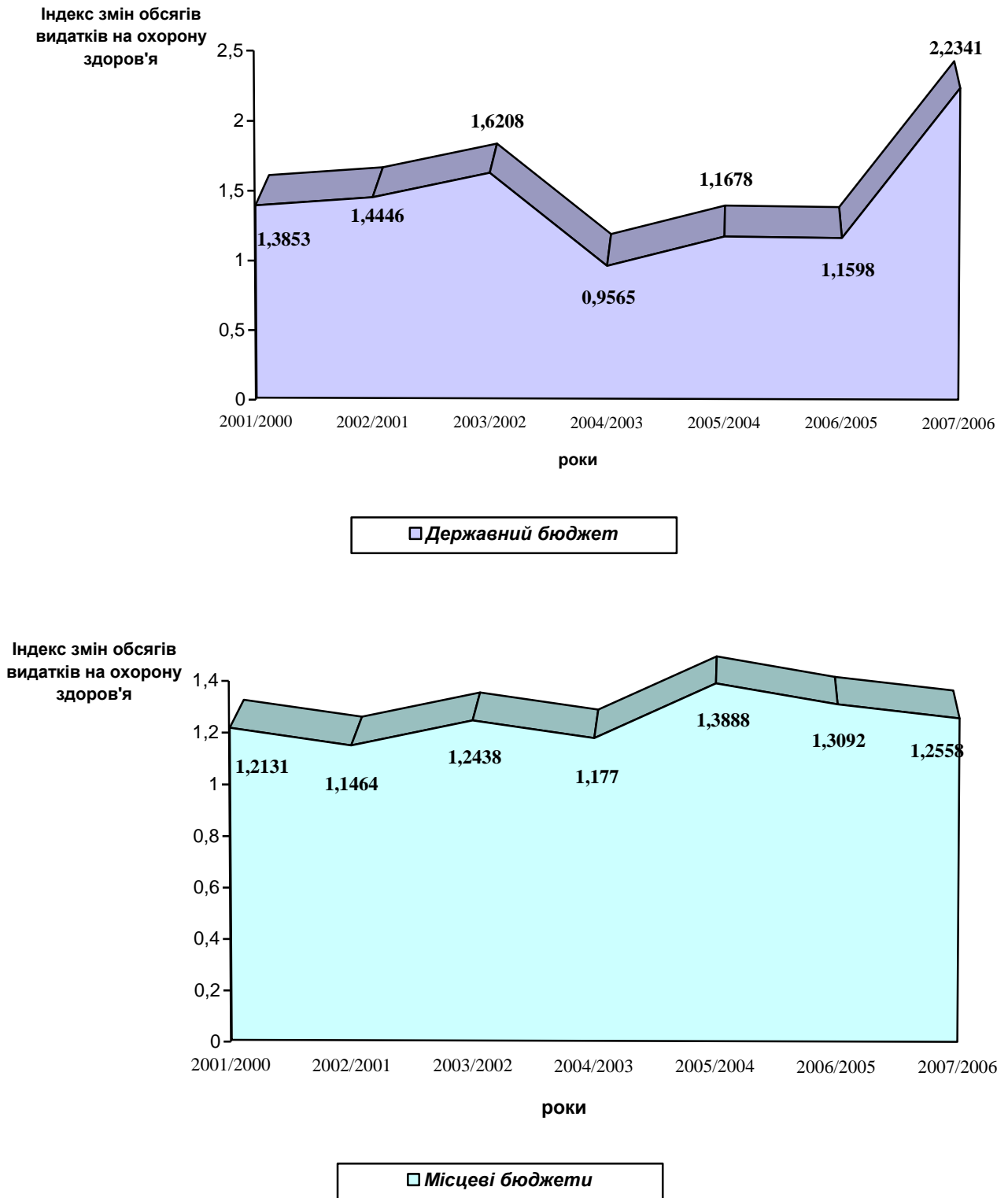


Рис. К.2. Динаміка змін обсягів видатків загального фонду державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я у 2000–2007 рр., до попереднього року

Джерело: Складено автором на основі даних: [41, с.30; 152, с.78; 153, с.39; 154, с.43–46].

Додаток Л

Динаміка власних надходжень закладів охорони здоров'я системи МОЗ України у
2002–2006 рр.

(млн. грн.)

<i>Види власних надходжень</i>	Рік				
	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Обсяги надходжень до системи МОЗ України</i>					
Надходження від надання медичних послуг	199	234,1	265,8	319,6	390,8
Надходження від надання немедичних послуг	300,1	421,7	533,7	633,4	689
Надходження від надання послуг освіти	278,2	290,2	348,7	391,0	415
Гуманітарна допомога	195,6	204,3	162,6	145,9	168,4
Благодійні внески	254,4	167,1	202,5	137,1	224,8
<i>Разом</i>	1227,3	1317,4	1513,3	1627,0	1888,2
<i>Обсяги надходжень до державного бюджету</i>					
Надходження від надання медичних послуг	39,4	27,6	38,9	44,2	47,3
Надходження від надання немедичних послуг	112,1	159,3	245,1	285,6	305,6
Надходження від надання послуг освіти	233,9	244,9	302,0	328,8	351,8
Гуманітарна допомога	45,9	55,3	11,3	11,5	12,3
Благодійні внески	105,0	10,6	27,8	28,2	30,2
<i>Разом</i>	536,3	497,7	625,1	698,3	747,2
<i>Обсяги надходжень до місцевих бюджетів</i>					
Надходження від надання медичних послуг	159,6	206,5	226,9	275,4	343,5
Надходження від надання немедичних послуг	188,0	262,4	288,6	347,8	383,3
Надходження від надання послуг освіти	44,3	45,3	46,7	62,2	63,5
Гуманітарна допомога	149,7	149,0	151,3	134,4	156,1
Благодійні внески	149,4	156,5	174,7	108,9	194,6
<i>Разом</i>	691,0	819,7	888,2	928,7	1141,0

Джерело: [152, с.81; 153, с.43].

Додаток М

Динаміка захворюваності дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., на 1000 дітей

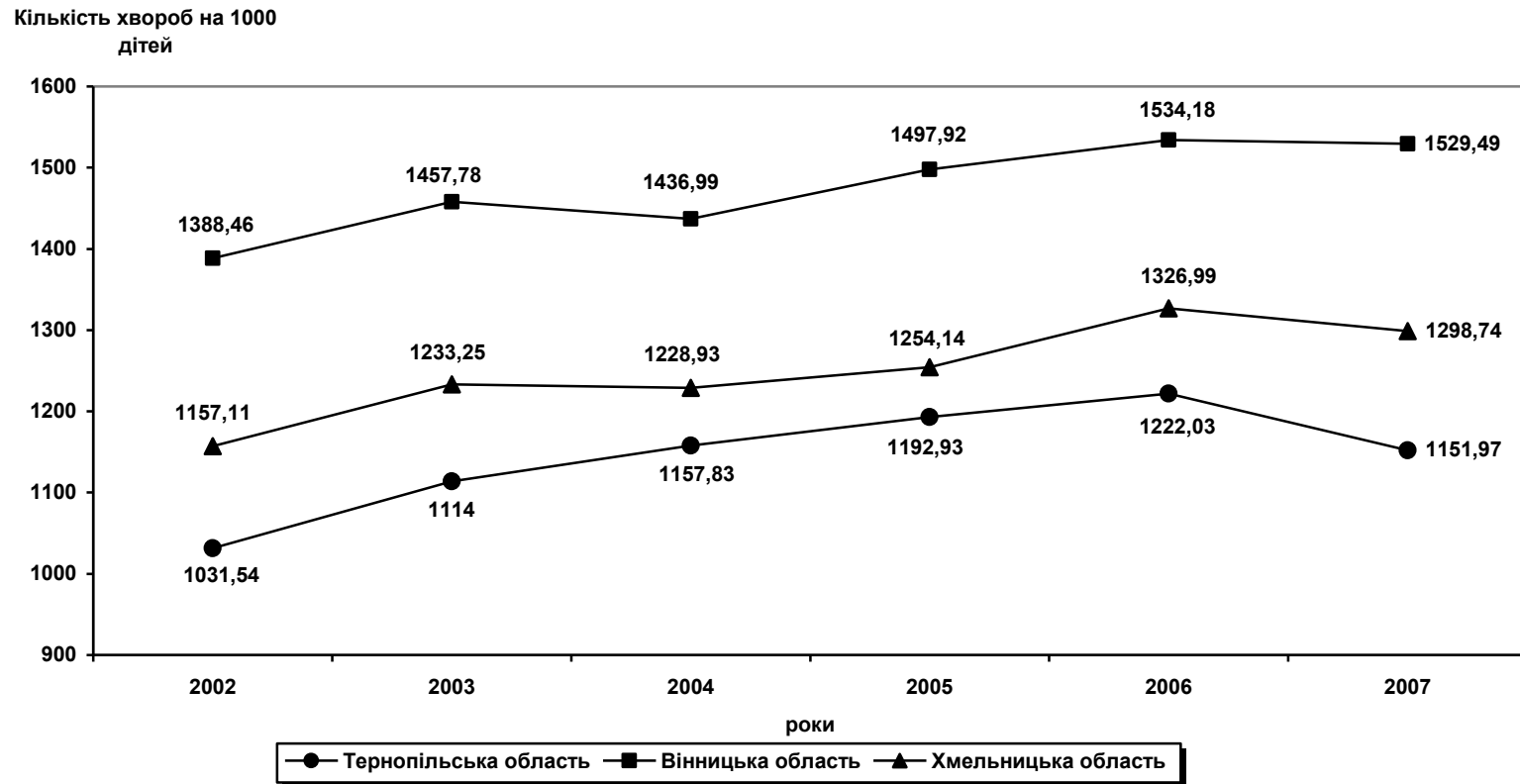


Рис. М.1. Динаміка первинної захворюваності дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей (на 1000 дітей) у 2002–2007 рр.

Джерело: Складено автором на основі даних Міністерства охорони здоров'я України та даних [65; 125–129].

Продовження додатку М

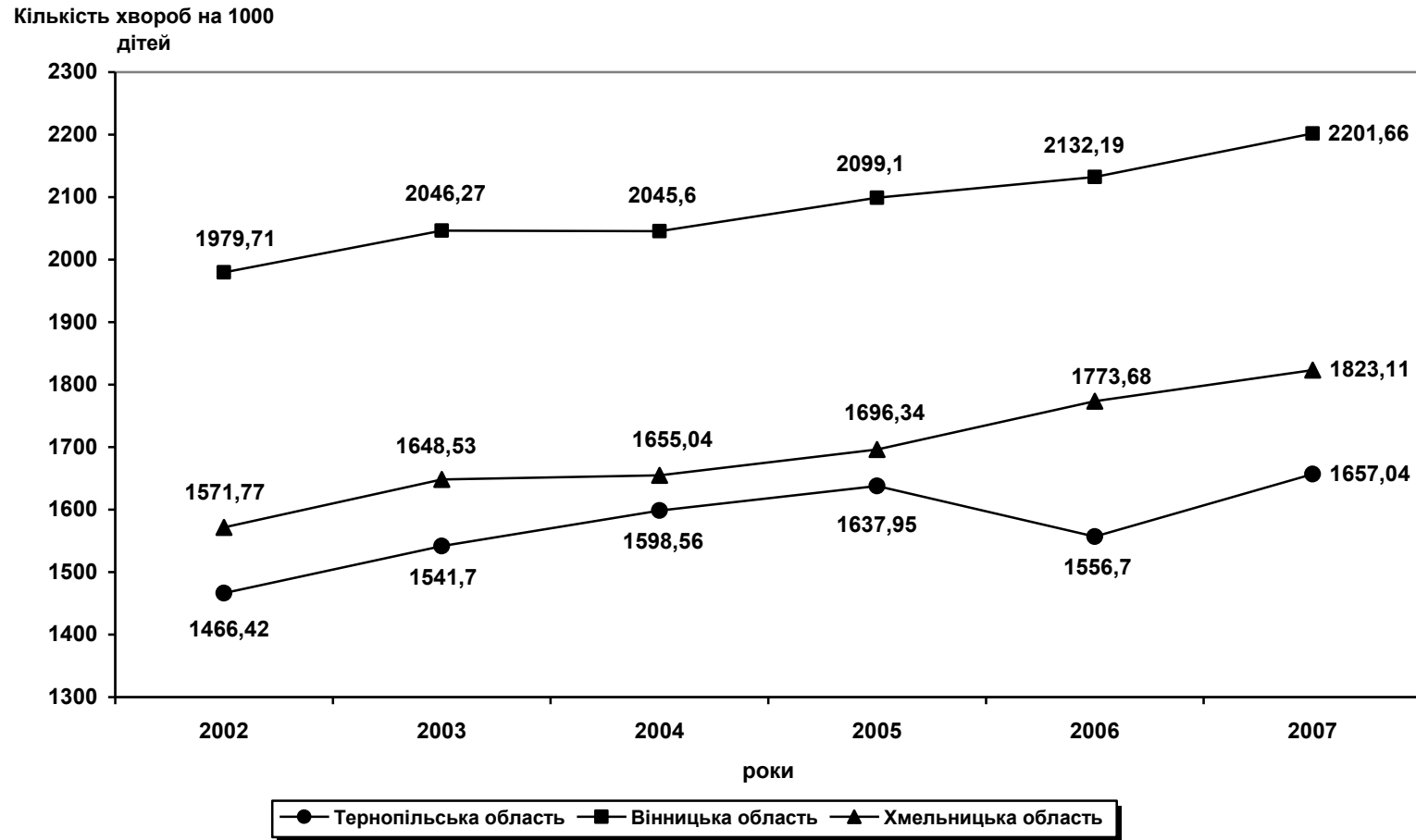


Рис. М.2. Динаміка загальної захворюваності (поширеності хвороб) дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей (на 1000 дітей) у 2002–2007 рр.

Джерело: Складено автором на основі даних Міністерства охорони здоров'я України та даних [65; 125–129].

Додаток Н

Динаміка надходження фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр.

(тис. грн.)

	Заклади охорони здоров'я дітей	Роки							Абсолютне відхилення 2007 року до					
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Тернопільська область	Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня	3491,2	4283,9	6107,8	7762,1	9289,9	12992,0	20797,2	+17306	+16513,3	+14689,4	+13035,1	+11507,3	+7805,2
	Тернопільський обласний комунальний спеціалізований будинок дитини	783,1	875,6	1196,9	1438,9	1991,9	2727,0	3348,0	+2564,9	+2472,4	+2151,1	+1909,1	+1356,1	+621
	Кременецький обласний комунальний дитячий психоневрологічний санаторій	257,7	326,8	460,8	660,2	871,5	1075,1	1440,6	+1182,9	+1113,8	+979,8	+780,4	+569,1	+365,5
	Заліщицький обласний комунальний дитячий санаторій	407,8	534,3	665,7	852,3	1234,8	1620,6	2310,7	+1902,9	+1776,4	+1645	+1458,4	+1075,9	+690,1
	Бережанський обласний дитячий санаторій	389,9	462,0	573,3	706,6	903,2	1394,0	1772,2	+1382,3	+1310,2	+1198,9	+1065,6	+869	+378,2
	Яблунівський обласний комунальний дитячий туберкульозний санаторій	985,6	1014,5	1176,4	1509,9	1846,1	2483,8	3131,8	+2146,2	+2117,3	+1955,4	+1621,9	+1285,7	+648
	Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня	2705,1	3175,0	4628,8	5115,3	7570,7	8315,3	10871,6	+8166,5	+7696,6	+6242,8	+5756,3	+3300,9	+2556,3
	Тернопільська комунальна дитяча стоматологічна поліклініка	393,4	401,1	452,8	494,3	516,6	593,3	848,2	+454,8	+447,1	+395,4	+353,9	+331,6	+254,9
Вінницька область	Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня	4391,4	5433,6	21884,5	8808,2	10596,4	15226,1	19157,4	+14766	+13723,8	-2727,1	+10349,2	+8561	3931,3
	Тульчинський обласний будинок дитини	563,7	749,3	845,5	907,6	1248,3	1619,2	2052,6	+1488,9	+1303,3	+1207,1	+1145	+804,3	+433,4
	Вінницький обласний спеціалізований будинок дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки	805,8	935,4	1364,0	1813,2	2502,6	3873,1	4922,2	+4116,4	+3986,8	+3558,2	+3109	+2419,6	+1049,1

Продовження додатку Н

Вінницька область	Вінницький обласний дитячий кардіоревматологічний санаторій	313,4	390,6	435,1	631,6	802,4	1129,1	1351,4	+1038	+960,8	+916,3	+719,8	+549	+222,3
	Маньковецький обласний дитячий санаторій	287,3	378,2	498,5	588,8	846,4	1200,1	1377,9	+1090,6	+999,7	+879,4	+789,1	+531,5	+177,8
	Кашперівський підлітковий туберкульозний санаторій «Лісова пісня»	414,5	452,5	623,8	692,6	1081,1	1290,3	1881,7	+1467,2	+1429,2	+1257,9	+1189,1	+800,6	+591,4
	Тульчинський дитячий ортопедичний санаторій	394,9	589,4	694,3	834,0	1207,3	1601,8	2140,8	+1745,9	+1551,4	+1446,5	+1306,8	+933,5	+539
	Могилів-Подільський дитячий легеневий туберкульозний санаторій	251,7	274,5	371,5	539,3	681,8	1108,0	1411,1	+1159,4	+1136,6	+1039,6	+871,8	+729,3	+303,1
	Заболотненський дитячий психоневрологічний санаторій	304,4	394,5	504,2	701,6	1011,1	1319,5	1852,5	+1548,1	+1458	+1348,3	+1150,9	+841,4	+533
	Вінницька міська дитяча поліклініка №1	797,4	1154,6	1447,0	1594,9	2203,7	3028,5	4016,2	+3218,8	+2861,6	+2569,2	+2421,3	+1812,5	+987,7
	Вінницька міська дитяча поліклініка №2	894,8	1083,7	1563,3	1571,5	2014,7	2964,6	3886,1	+2991,3	+2802,4	+2322,8	+2314,6	+1871,4	+921,5
	Вінницька міська дитяча поліклініка №3	628,4	730,5	1117,1	1184,6	1609,1	2273,0	2896,4	+2268	+2165,9	+1779,3	+1711,8	+1287,3	+623,4
Вінницька міська клінічна дитяча лікарня	521,6	615,4	755,3	824,2	1196,8	1978,8	2536,3	+2014,7	+1920,9	+1781	+1712,1	+1339,5	+557,5	
Хмельницька область	Хмельницька обласна дитяча лікарня	1931,6	2356,9	2496,5	3237,6	4464,3	5656,0	6845,0	+4913,4	+4488,1	+4348,5	+3607,4	+2380,7	+1189
	Хмельницький спеціалізований будинок дитини «Берізка»	1187,6	1368,4	1529,2	1758,3	2552,7	3662,3	4846,2	+3658,6	+3477,8	+3317	+3087,9	+2293,5	+1183,9
	Староушицький обласний дитячий санаторій «Дністер»	632,7	743,8	837,0	1020,3	1471,1	1989,4	2387,5	+1754,8	+1643,7	+1550,5	+1367,2	+916,4	+398,1
	Малівецький обласний дитячий туберкульозний санаторій «Світанок»	505,1	592,9	707,1	757,2	1445,8	1676,8	2086,1	+1581	+1493,2	+1379	+1328,9	+640,3	+409,3
	Великожванчицький обласний дитячий пульмонологічний санаторій	531,2	581,0	621,5	718,3	988,1	1201,6	1585,7	+1054,5	+1004,7	+964,2	+867,4	+597,6	+384,1
	Кам'янець-Подільський обласний дитячий туберкульозний санаторій	206,2	233,3	264,8	308,6	430,4	628,1	755,9	+549,7	+522,6	+491,1	+447,3	+325,5	+127,8
	Куявський обласний дитячий психоневрологічний санаторій	201,5	261,6	323,5	409,3	623,9	1225,9	990,5	+789	+728,9	+667	+581,2	+366,6	-235,4
	Хмельницька міська дитяча лікарня	5666,7	6374,6	7189,4	8413,2	10903,7	15275,3	17879,3	+12212,6	+11504,7	+10689,9	+9466,1	+6975,6	+2604

Джерело: Розраховано автором на основі даних [144–146]

Додаток П

Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., %

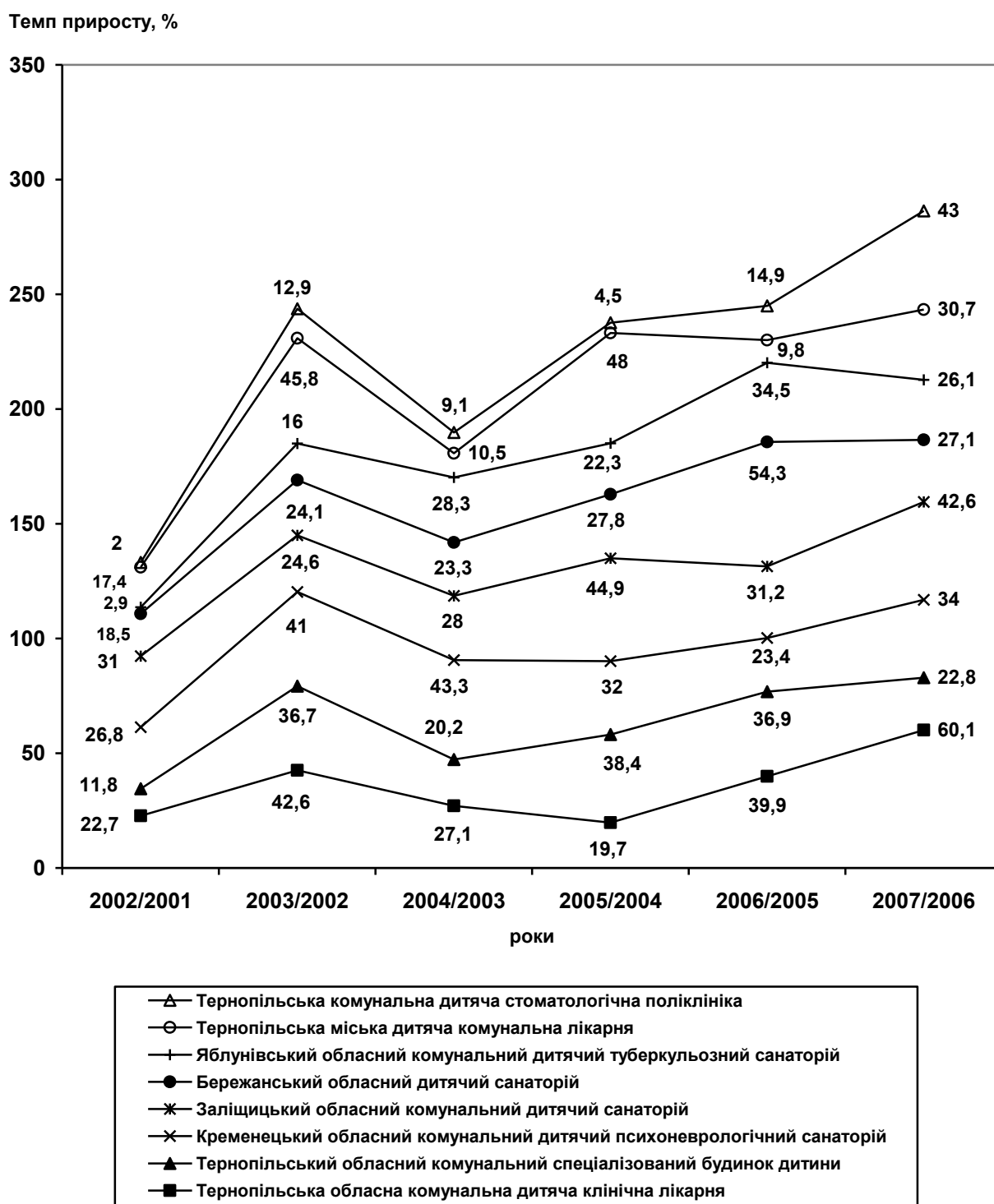


Рис. П.1. Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської області у 2001–2007 рр., %

Джерело: Складено автором на основі даних [145].

Продовження додатку П

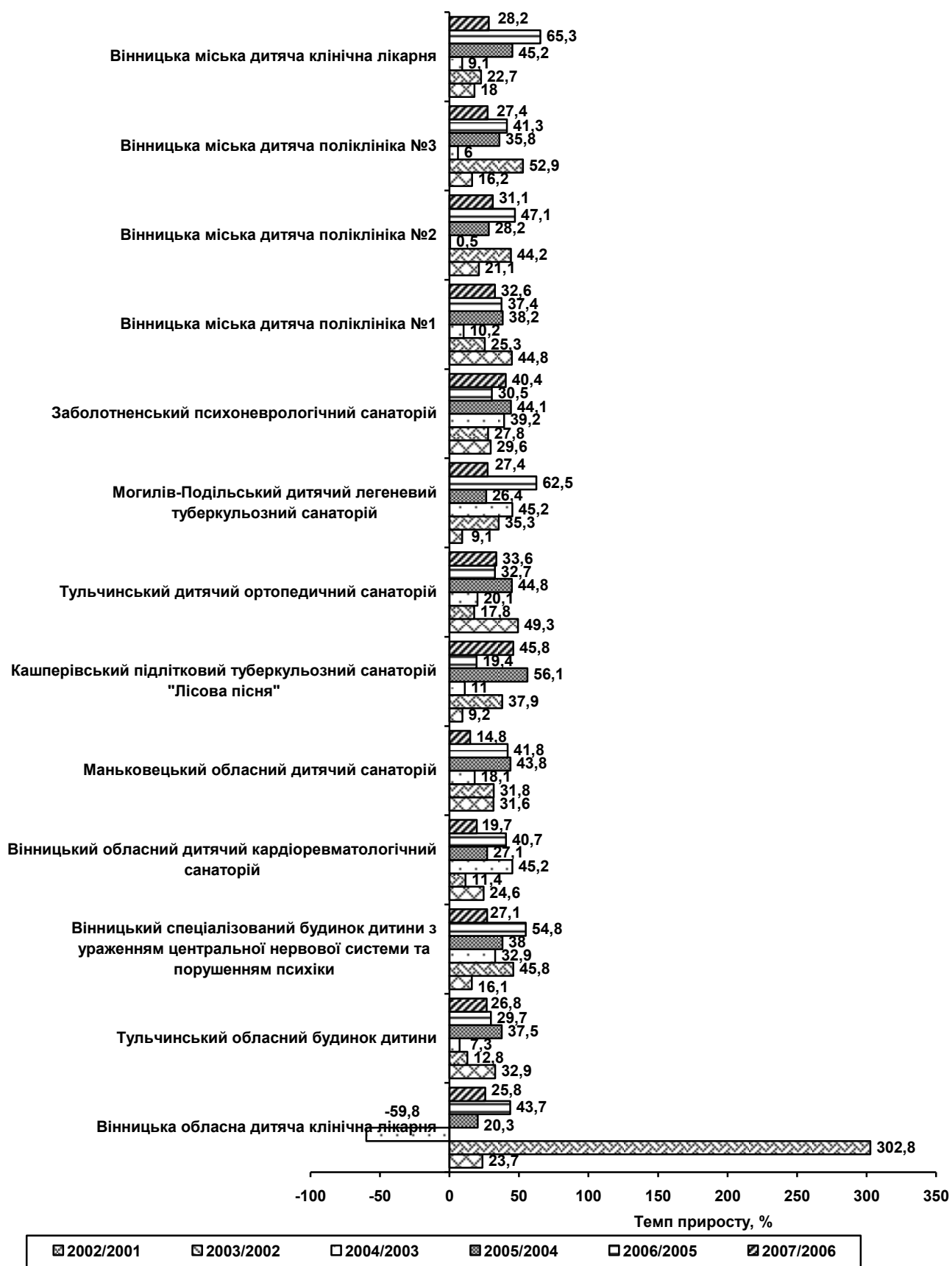


Рис. П.2. Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Вінницької області у 2001–2007 рр., %

Джерело: Складено автором на основі даних [144].

Продовження додатку П

Темп приросту, %

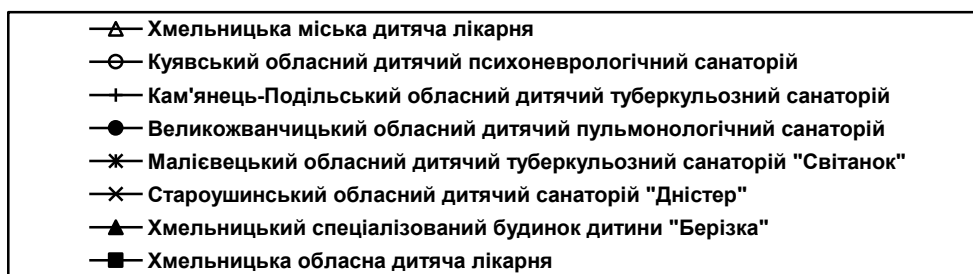
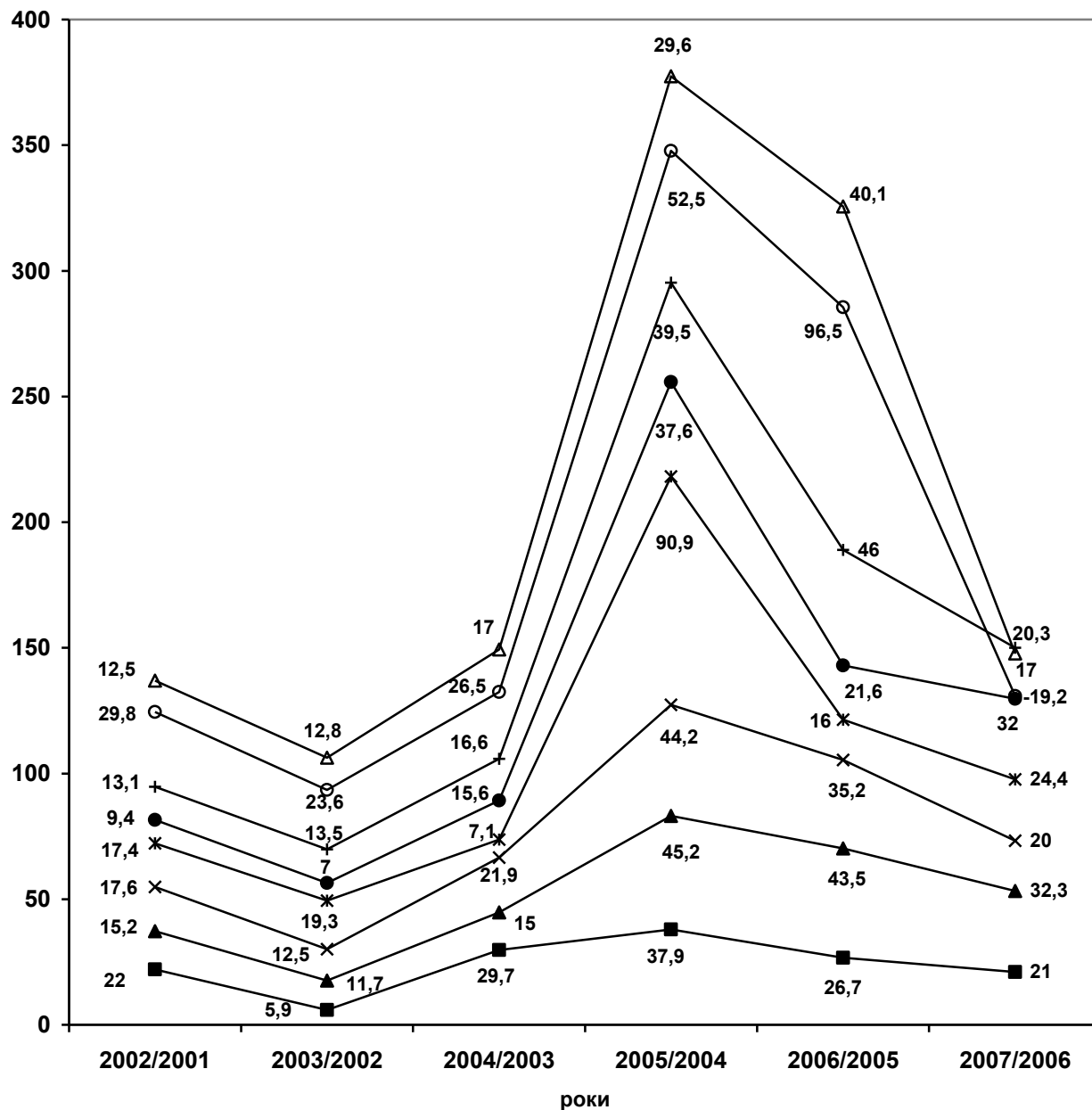


Рис. П.3. Динаміка приросту фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Хмельницької області у 2001–2007 рр., %

Джерело: Складено автором на основі даних [146].

Додаток С.1

Динаміка бюджетного фінансування та основних показників діяльності
Тернопільської, Вінницької та Хмельницької обласних дитячих лікарень
у 2001–2007 рр.

Роки	Обсяг бюджетного фінансування, грн	Виконані ліжко-дні	Індекс зайнятості ліжка	Кількість госпіталізованих, чол.
<i>Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня</i>				
2001	3309466	128064	0,8663	10084
2002	3916634	129573	0,8765	10449
2003	5415700	130373	0,8819	10686
2004	6632128	134486	0,9098	11694
2005	9207653	134812	0,9120	12145
2006	12806259	133701	0,9045	12495
2007	17037587	140859	0,9529	13619
<i>Хмельницька обласна дитяча лікарня</i>				
2001	1857583	78420	0,9341	6657
2002	2280571	78591	0,9362	6924
2003	2440348	80891	0,9636	7197
2004	2922497	78987	0,9409	6081
2005	4399251	78522	0,8964	7401
2006	5494832	81600	0,9315	7809
2007	6576400	80280	0,9164	6520
<i>Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня</i>				
2001	3597222	124129	0,9191	10423
2002	4731300	125583	0,9299	10985
2003	6517111	129557	0,9101	11245
2004	8051363	131007	0,9203	11850
2005	9948956	131045	0,9206	12057
2006	14420289	118945	0,8356	11799
2007	17765119	123240	0,8658	11858

Джерело: Складено автором на основі [38–40; 144–146].

Додаток С.2

Економіко-математичні моделі взаємозв'язку між обсягом бюджетного фінансування та основними показниками діяльності Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні

	Економіко-математична модель, y – обсяг бюджетного фінансування, грн., x – впливовий показник	Економіко-математична модель, y' – залежний фактор, x – обсяг бюджетного фінансування, грн.
<i>Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня</i>		
Виконані ліжко-дні	$y = e^{-4.743+0.000154x}, R = 0.8630$ $y = e^{-224.5} \cdot x^{20.37}, R = 0.8641$	$y' = e^{11.22} \cdot x^{0.0367}, R = 0.8641$
Зайнятість ліжка	$y = e^{17.97} \cdot x^{20.34}, R = 0.8643$ $y = e^{-4.711+22.81x}, R = 0.8631$	$y' = e^{-0.6889} \cdot x^{0.03676}, R = 0.8643$ $y' = 0.9287 - \frac{2.05 \cdot 10^5}{x}, R = 0.9099$
Кількість госпіталізованих	$y = -3.178 \cdot 10^7 + 3434 \cdot x, R = 0.9450$ $y = e^{9.936+0.0005062x}, R = 0.9755$ $y = 4.514 \cdot 10^7 - \frac{4.28 \cdot 10^{11}}{x}, R = 0.9327$	$y' = 9496 + 0.00026 \cdot x, R = 0.9450$ $y' = e^{9.168+2.29610^{-8}x}, R = 0.9390$ $y' = e^{6.718} \cdot x^{0.1668}, R = 0.9740$ $y' = 1.325 \cdot 10^4 - \frac{1.107 \cdot 10^{10}}{x}, R = 0.9647$
<i>Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня</i>		
Виконані ліжко-дні	$y = e^{159} \cdot x^{-12.18}, R = 0.6712$ $y = e^{27.95-9.49810^{-5}x}, R = 0.6703$	$y' = e^{12.34} \cdot x^{-0.037}, R = 0.6712$ $y' = 1233 \cdot 10^2 + \frac{315 \cdot 10^8}{x}, R = 0.6821$
Зайнятість ліжка	$y = 2.99 \cdot 10^5 + 4.464 \cdot 10^7 x, R = 0.9989$ $y = e^{14.83+5.57x}, R = 0.9733$ $y = e^{17.59} \cdot x^{0.9628}, R = 0.9992$	$y' = -0.006305 + 2.235 \cdot 10^{-8} x, R = 0.9989$ $y' = e^{-2.907+1.29710^{-7}x}, R = 0.9759$ $y' = e^{-18.25} \cdot x^{1.017}, R = 0.9992$ $y' = 0.322 - \frac{1039 \cdot 10^3}{x}, R = 0.9086$
Кількість госпіталізованих	$y = -4.926 \cdot 10^4 + 5015x, R = 0.7957$ $y = e^{7.529+0.007238x}, R = 0.8969$ $y = 6338 \cdot 10^4 - \frac{6307 \cdot 10^8}{x}, R = 0.7939$	$y' = 104 \cdot 10^2 + 0.000126 \cdot x, R = 0.7958$ $y' = e^{7.778} \cdot x^{0.09896}, R = 0.8976$ $y' = 12590 - \frac{7685 \cdot 10^6}{x}, R = 0.9475$

Джерело: Розраховано автором

Додаток С.3

Розрахунок оптимального діапазону частки видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я із місцевого бюджету (на прикладі Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей у 2004–2007 рр.), %

Роки	Чисельність населення, осіб	Чисельність дітей, осіб	Питома вага дітей у загальній чисельності населення, %	Загальна захворюваність населення, кількість випадків хвороб	Загальна захворюваність дітей, кількість випадків хвороб	Питома вага загальної захворюваності дітей у загальній захворюваності населення, %	Оптимальний діапазон частки видатків на охорону здоров'я дітей у загальному обсязі видатків зведеного бюджету області на охорону здоров'я, %
Вінницька область							
2004	1728200	362033	20,95	3530700	740575	20,98	20,95–20,98
2005	1710900	348397	20,36	3559965	731320	20,54	20,36–20,54
2006	1694000	336722	19,88	3579219	717955	20,06	19,88–20,06
2007	1679382	326558	19,45	3636584	718970	19,77	19,45–19,77
Тернопільська область							
2004	1123100	250408	22,30	1810255	400292	22,11	22,11–22,30
2005	1115900	242243	21,71	1838377	396782	21,58	21,58–21,71
2006	1108800	235288	21,22	1850665	366273	19,79	19,79–21,22
2007	1102113	229186	20,80	1904681	379770	19,94	19,94–20,80
Хмельницька область							
2004	1394600	294012	21,08	2187487	486602	22,24	21,08–22,24
2005	1380700	283770	20,55	2227396	481370	21,61	20,55–21,61
2006	1367400	273872	20,03	2259847	485761	21,50	20,03–21,50
2007	1358205	265733	19,57	2295598	484461	20,93	19,57–20,93

Джерело: Розраховано автором

Додаток Т

Динаміка доходів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007рр., грн.

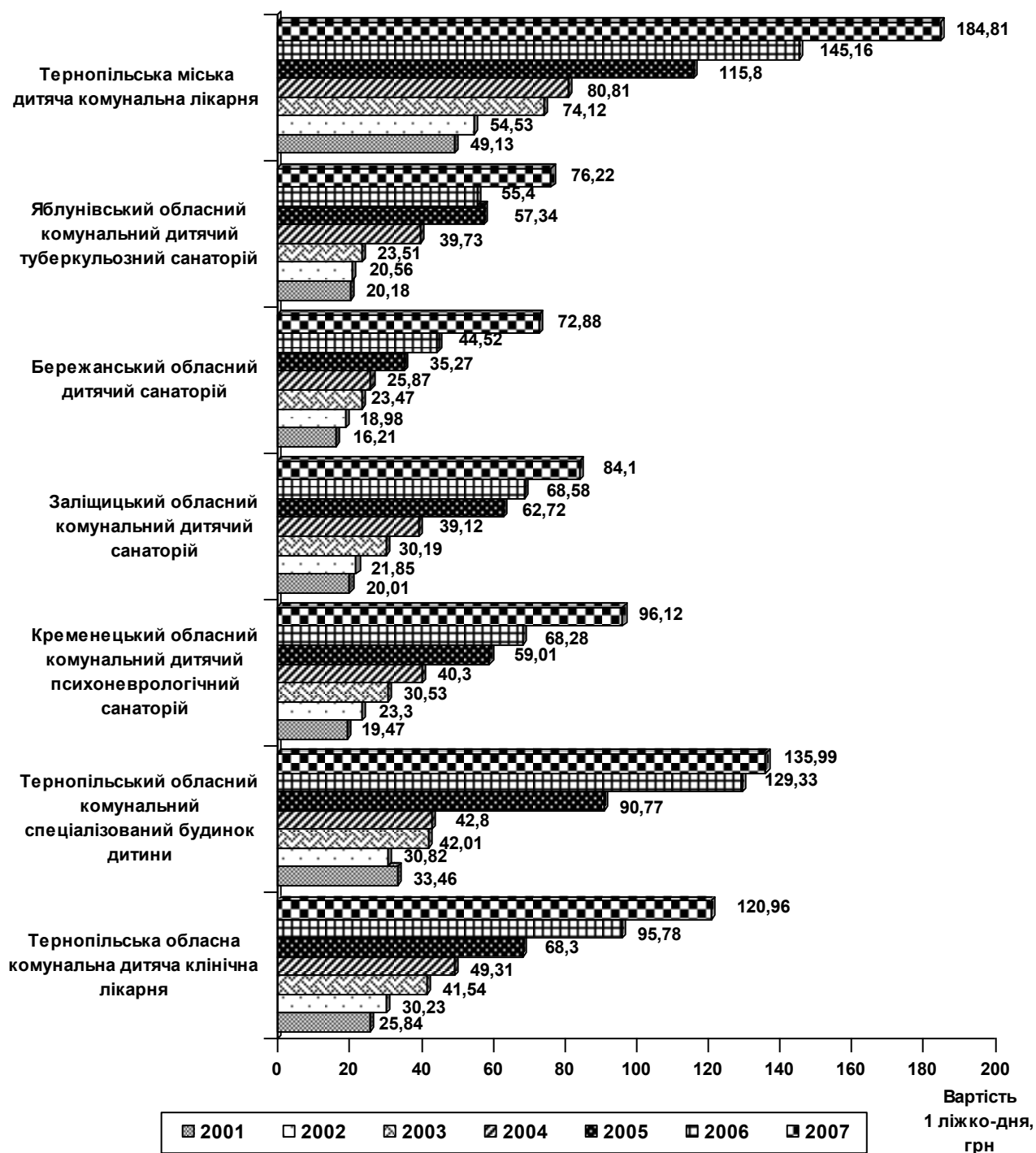


Рис. Т.1. Динаміка бюджетних асигнувань у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської області у 2001–2007рр., грн.

Джерело: Складено автором на основі даних [39; 145].

Продовження додатку Т

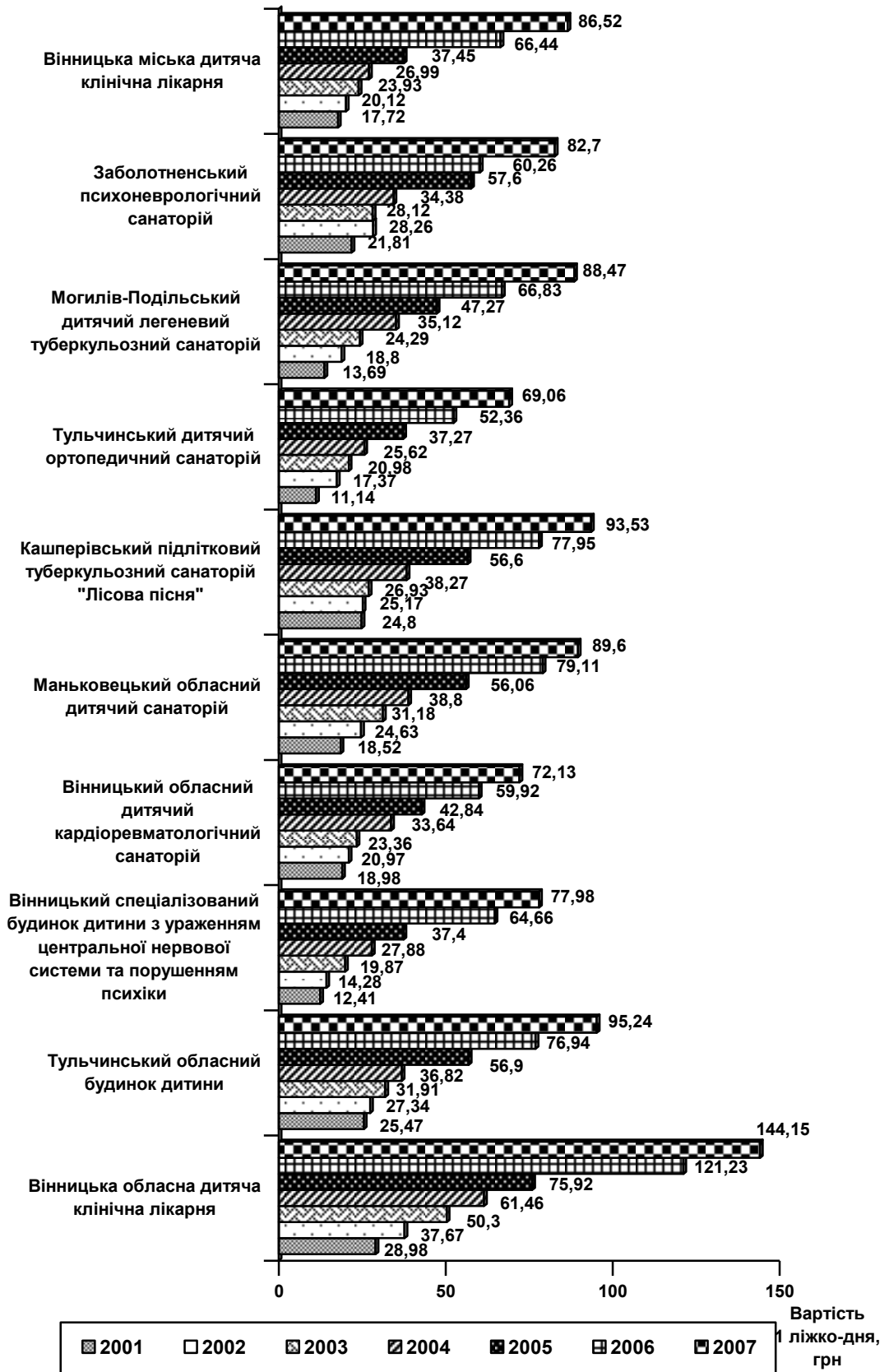


Рис. Т.2. Динаміка бюджетних асигнувань у розрахунку на 1 ліжка-день у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької області у 2001–2007 рр., грн.

Джерело: Складено автором на основі даних [38; 144].

Продовження додатку Т

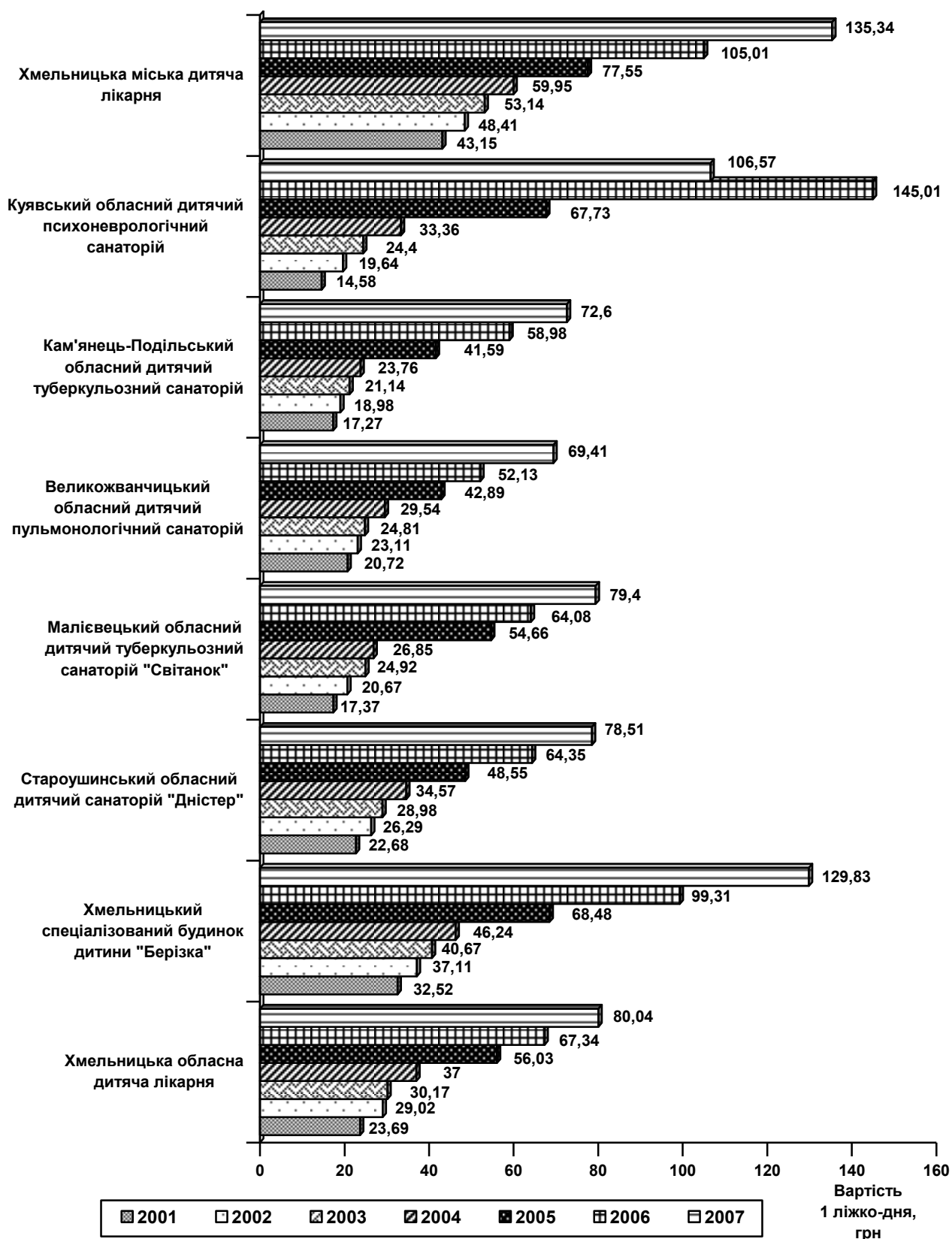


Рис. Т.3. Динаміка бюджетних асигнувань у розрахунку на 1 лішко-день у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької області у 2001–2007 рр., грн.

Джерело: Складено автором на основі даних [40; 146].

Продовження додатку Т

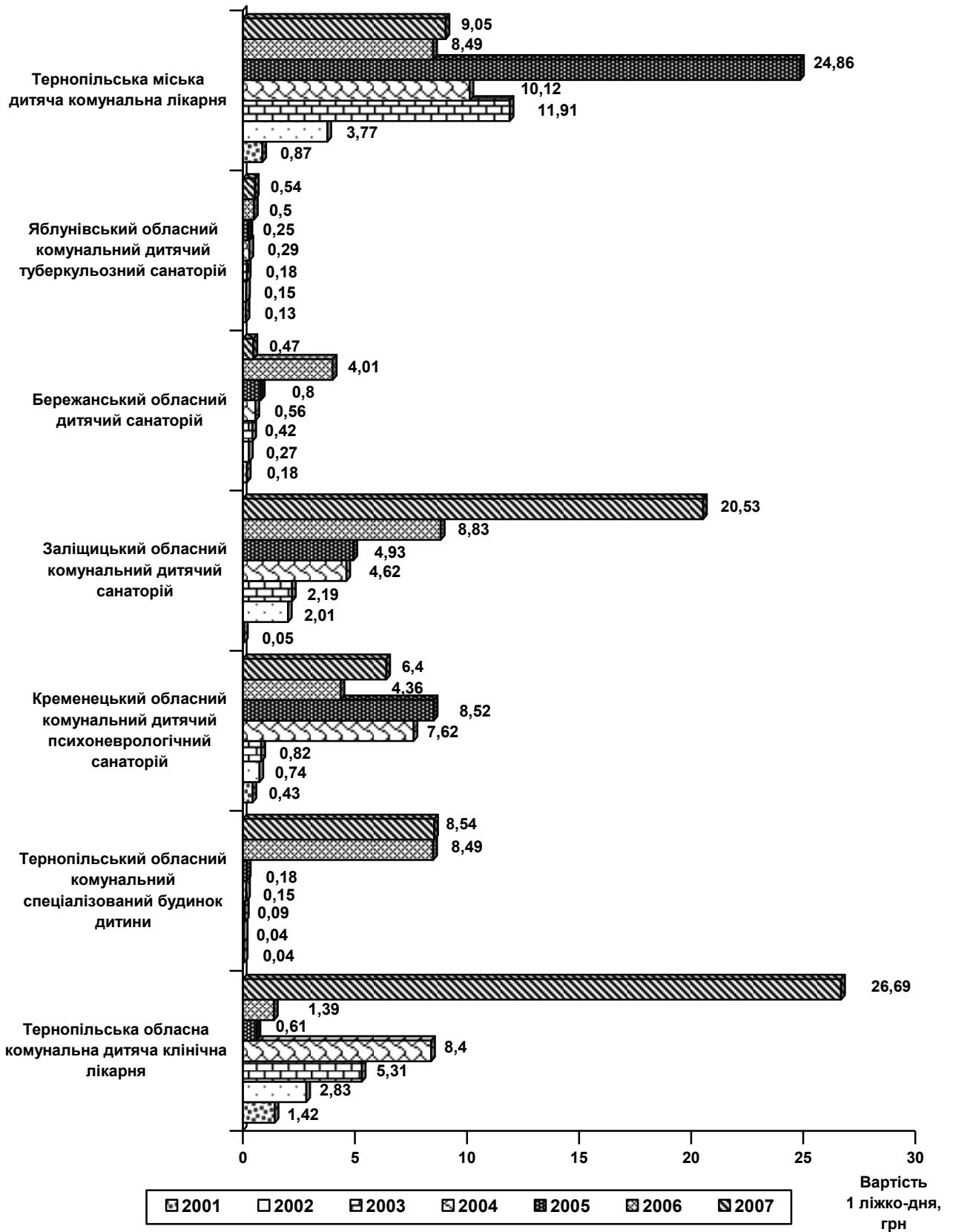


Рис. Т.4. Динаміка власних надходжень у розрахунку на 1 лішко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської області у 2001–2007 рр., грн.

Джерело: Складено автором на основі даних [39; 145].

Продовження додатку Т

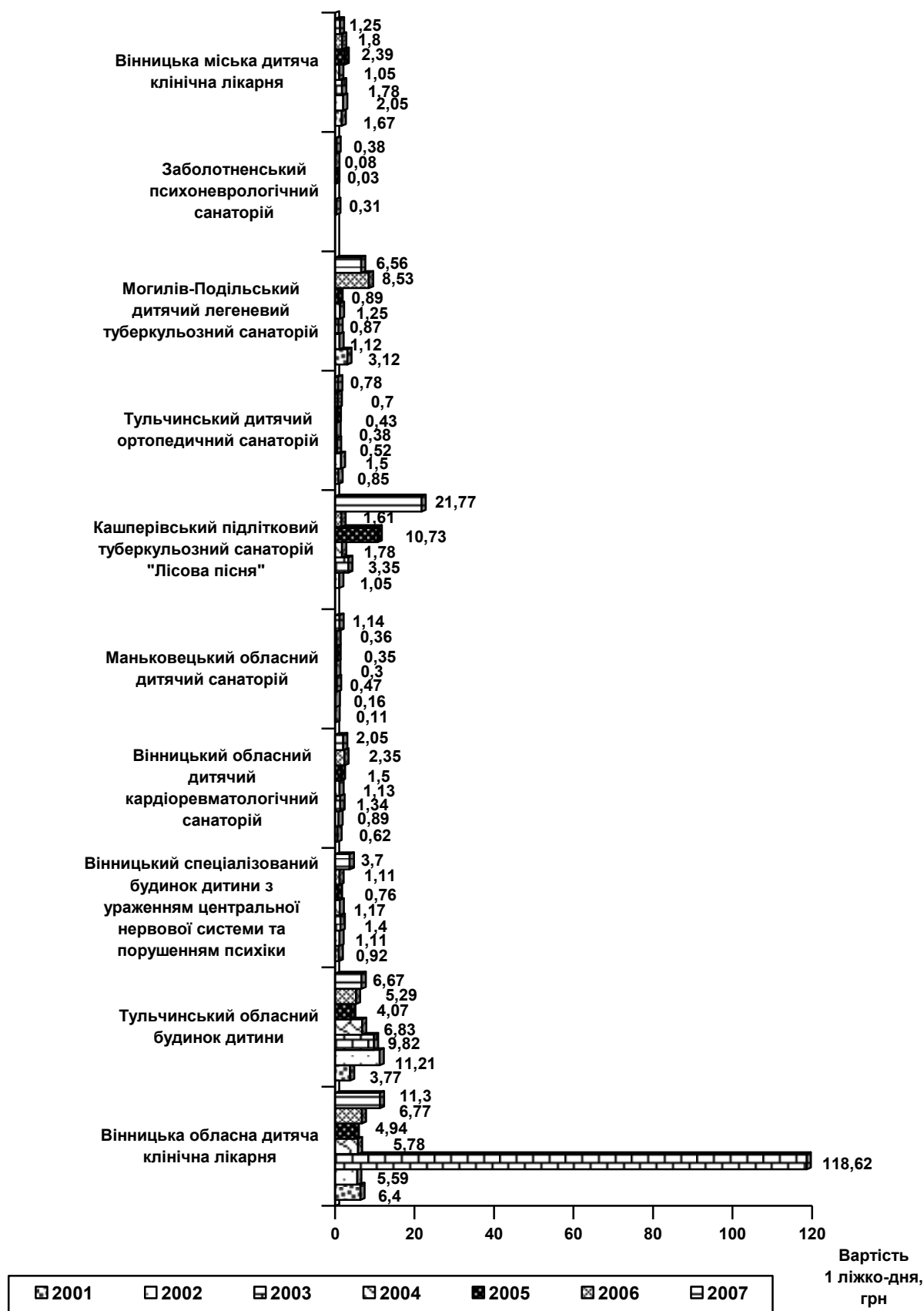


Рис. Т.5. Динаміка власних надходжень у розрахунку на 1 ліжка-день у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької області у 2001–2007 рр., грн.

Джерело: Складено автором на основі даних [38; 144].

Продовження додатку Т

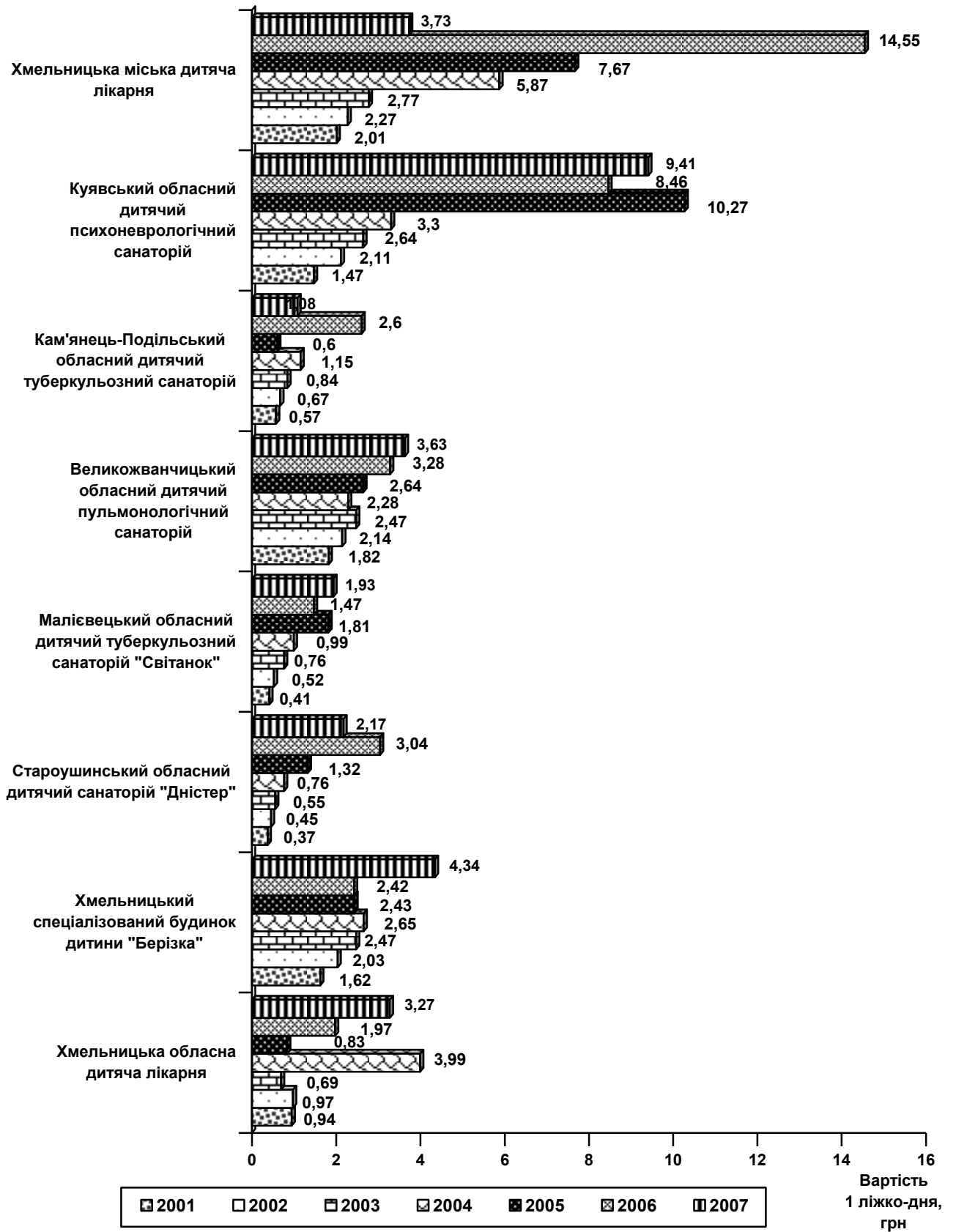


Рис. Т.6. Динаміка власних надходжень у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької області у 2001–2007 рр., грн.

Джерело: Складено автором на основі даних [40; 146].

Продовження додатку Т

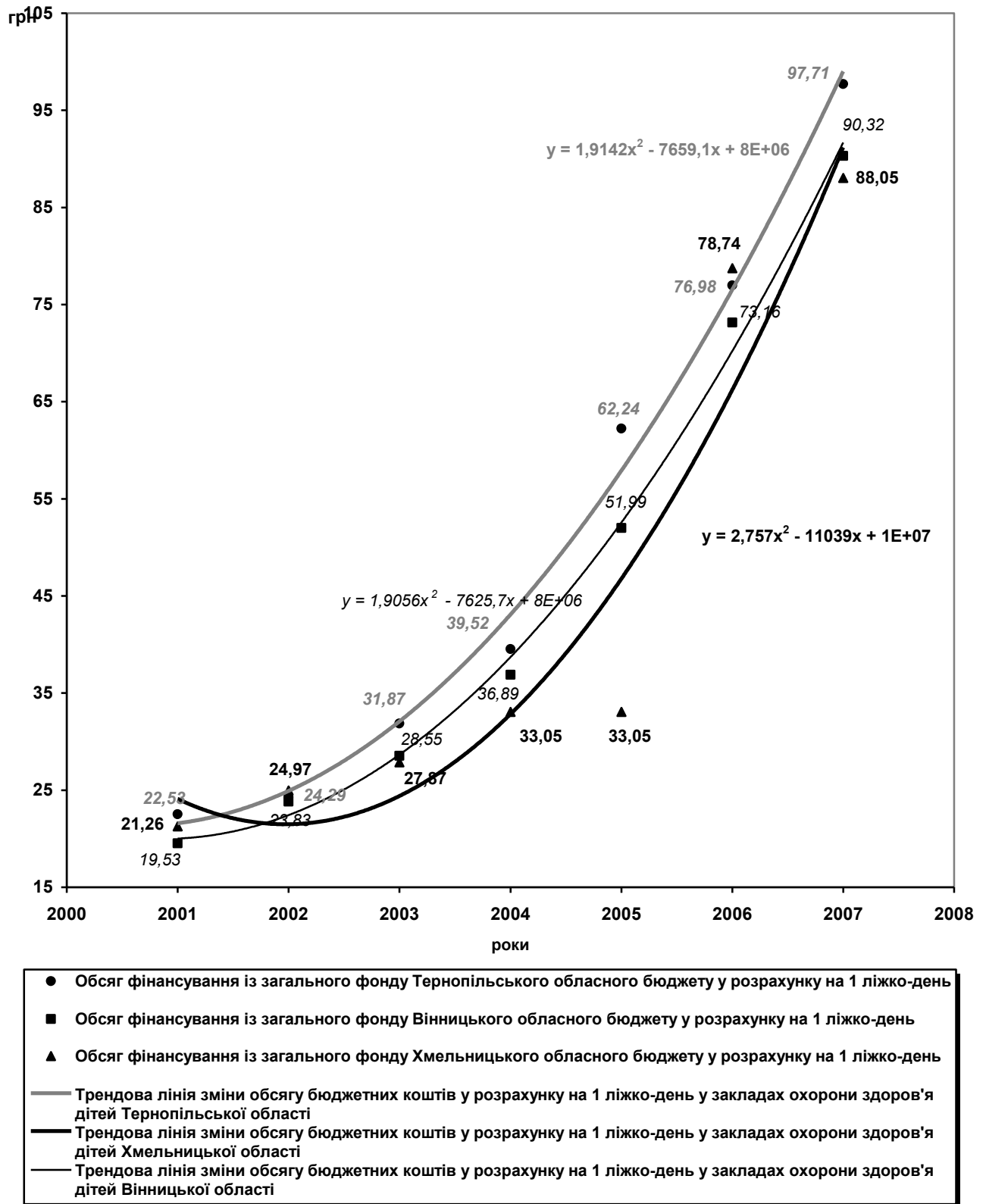
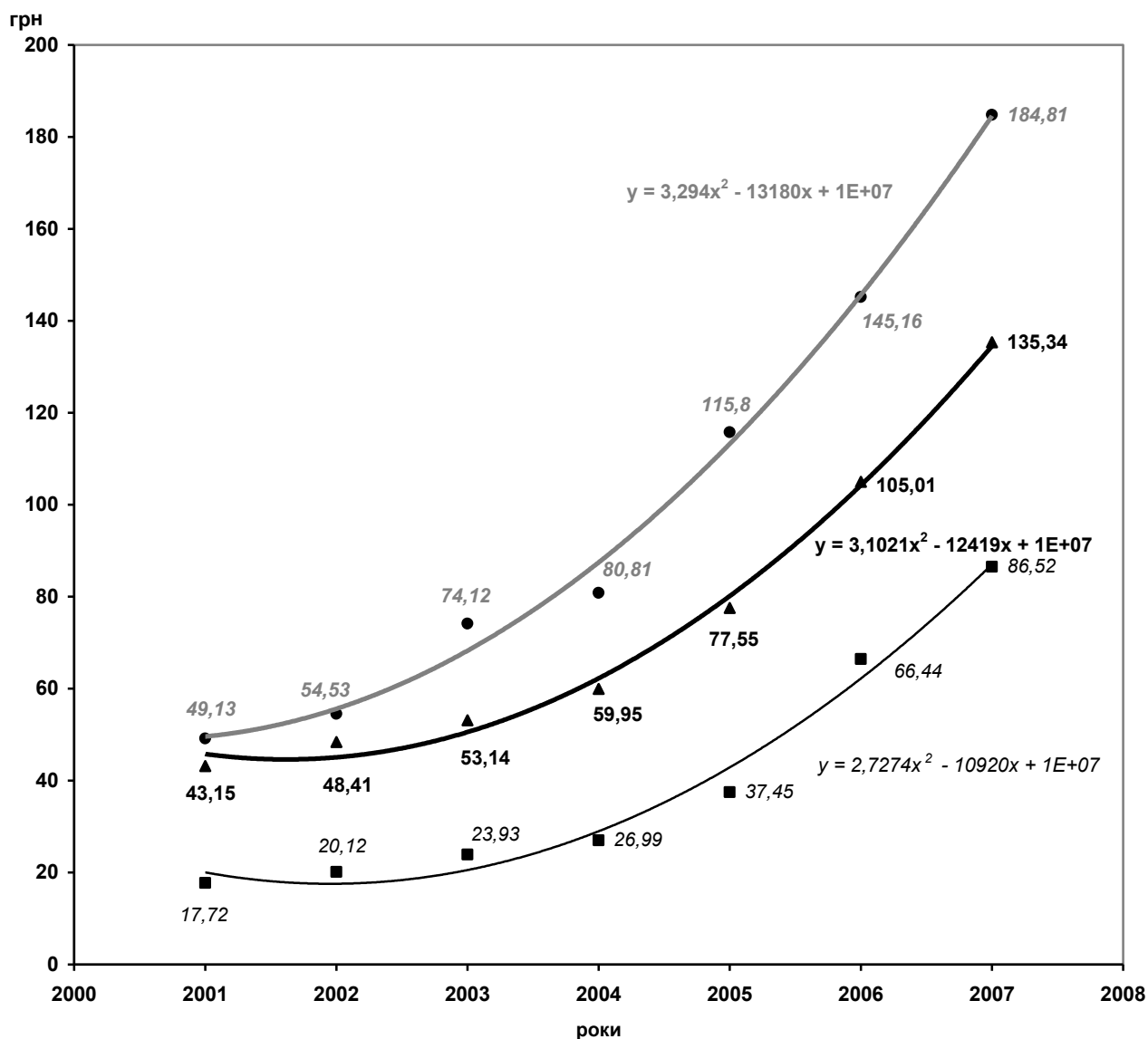


Рис. Т.7. Динаміка обсягу бюджетного фінансування із обласних бюджетів у розрахунку на 1 ліжко-день закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., грн.

Джерело: Складено автором на основі даних [38–40; 144–146].

Продовження додатку Т



- Обсяг фінансування із загального фонду бюджету міста Тернополя у розрахунку на 1 ліжко-день
- Обсяг фінансування із загального фонду бюджету міста Вінниці у розрахунку на 1 ліжко-день
- ▲ Обсяг фінансування із загального фонду бюджету міста Хмельницька у розрахунку на 1 ліжко-день
- Трендова лінія зміни обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської області
- Трендова лінія зміни обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Хмельницької області
- Трендова лінія зміни обсягу бюджетних коштів у розрахунку на 1 ліжко-день у закладах охорони здоров'я дітей Вінницької області

Рис. Т.8. Динаміка обсягу бюджетного фінансування із міських бюджетів у розрахунку на 1 ліжко-день закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр., грн.

Джерело: Складено автором на основі даних [38–40; 144–146].

Додаток У

Обсяг та структура видатків на охорону здоров'я у розрізі адміністративно-територіальних одиниць у 2006–2007 рр.

Таблиця У.1

Обсяг видатків на охорону здоров'я із загального фонду зведеного бюджету України на одного жителя у 2006 р.

(грн)

№ з/п	Адміністративно-територіальні одиниці	Видатки на 1 жителя, грн		Відсоток виконання плану, %	Відхилення (+,-) факту до плану, грн
		План	Факт		
1	м. Київ	432,9	431,3	99,6	-1,6
2	м. Севастополь	330,4	330,1	99,9	-0,3
3	Черкаська	315,0	311,9	99,0	-3,1
4	АР Крим	316,8	310,1	97,9	-6,7
5	Запорізька	314,0	309,9	98,7	-4,1
6	Дніпропетровська	311,0	309,2	99,4	-1,8
7	Полтавська	310,6	309,1	99,5	-1,5
8	Чернігівська	314,9	309,6	98,3	-5,3
9	Київська	314,8	305,0	96,9	-9,8
10	Донецька	306,5	302,6	98,7	-3,9
11	Хмельницька	304,2	301,4	99,1	-2,8
12	Сумська	304,4	300,0	98,6	-4,4
13	Кіровоградська	307,7	299,7	97,4	-8
14	Вінницька	300,3	299,3	99,7	-1
15	Миколаївська	293,6	293,0	99,8	-0,6
16	Рівненська	294,7	293,0	99,4	-1,7
17	Івано-Франківська	297,1	293,7	98,9	-3,4
18	Тернопільська	291,2	289,9	99,6	-1,3
19	Херсонська	292,4	290,9	99,5	-1,5
20	Волинська	290,8	288,2	99,1	-2,6
21	Луганська	301,2	290,2	96,3	-11
22	Харківська	293,1	282,5	96,4	-10,6
23	Житомирська	305,2	302,3	99,0	-2,9
24	Львівська	286,9	283,3	98,7	-3,6
25	Чернівецька	283,8	282,4	99,5	-1,4
26	Закарпатська	284,9	280,8	98,6	-4,1
27	Одеська	276,4	262,9	95,1	-13,5
Всього:		309,0	304,3	98,5	-4,7

Джерело: Складено автором на основі даних [41].

Продовження додатку У

Таблиця У.2

Структура видатків місцевих бюджетів у розрізі адміністративно-територіальних одиниць у 2007 р.

(%)

Адміністративно-територіальні одиниці	КЕКВ 1110	КЕКВ 1120	КЕКВ 1110+1120	КЕКВ 1132	КЕКВ 1133	КЕКВ 1160	КЕКВ 2110	КЕКВ 2130	Інші
АР Крим	53,9	19,1	72,9	6,2	3,5	10,1	1,1	1,6	4,6
Вінницька	52,5	18,7	71,2	6,1	3,0	7,6	2,6	2,4	7,1
Волинська	54,2	19,0	73,2	6,2	3,2	6,5	2,5	1,7	6,8
Дніпропетровська	48,8	17,5	66,3	9,6	3,0	8,2	4,4	2,1	6,4
Донецька	50,9	17,9	68,9	6,9	3,5	7,3	3,5	3,8	6,2
Житомирська	52,5	18,3	70,8	5,9	3,0	6,9	1,9	1,5	10,0
Закарпатська	48,8	17,6	66,4	8,6	4,0	5,7	3,5	4,2	7,6
Запорізька	52,0	18,6	70,6	7,2	2,9	7,5	2,7	2,7	6,5
Івано-Франківська	55,1	19,6	74,8	6,2	3,1	6,6	2,0	1,5	5,8
Київська	51,3	18,4	69,8	6,4	2,8	8,0	4,9	2,7	5,5
Кіровоградська	55,9	20,0	75,8	4,8	2,7	7,6	2,6	1,1	5,2
Луганська	51,1	18,4	69,6	6,6	3,4	9,4	2,7	2,6	5,7
Львівська	52,0	18,5	70,5	8,0	3,5	7,0	3,3	2,1	5,7
Миколаївська	51,1	18,4	69,5	7,0	3,6	6,9	4,0	2,1	6,8
Одеська	51,7	18,6	70,3	8,7	3,1	6,6	4,1	1,0	6,3
Полтавська	51,4	18,4	69,8	7,8	3,3	7,3	2,8	2,8	6,2
Рівненська	56,9	20,2	77,1	5,0	2,5	7,3	1,5	0,8	5,8
Сумська	51,4	18,5	69,8	8,2	3,9	6,9	2,9	1,4	6,9
Тернопільська	53,5	19,1	72,6	5,9	3,3	6,8	2,6	2,0	6,8
Харківська	49,8	17,8	67,6	8,2	2,7	8,6	4,4	2,4	6,1
Херсонська	50,9	18,3	69,2	7,7	4,0	7,2	3,3	1,5	7,0
Хмельницька	49,3	17,4	66,7	8,1	4,0	7,3	5,5	1,7	6,7
Черкаська	49,3	17,3	66,6	6,3	3,7	8,1	5,0	2,2	8,1
Чернівецька	52,8	19,0	71,8	7,1	2,7	6,1	3,8	2,9	5,7
Чернігівська	53,8	19,1	72,9	5,6	3,6	8,0	1,5	2,1	6,3
м. Київ	50,1	18,1	68,2	12,9	4,1	6,1	0,6	0,7	7,4
м. Севастополь	52,6	19,3	72,0	6,4	2,0	6,7	1,4	6,7	4,8
Україна	51,5	18,4	69,9	7,7	3,3	7,5	3,1	2,2	6,4

Джерело: [154, с.49].

Додаток Ф

Структура видатків окремих закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської, Вінницької та Хмельницької областей у 2001–2007 рр.

(%)

Видатки	Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня							Тернопільський обласний комунальний спеціалізований будинок дитини							Кременецький обласний комунальний дитячий психоневрологічний санаторій						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	42,16	43,37	41,22	40,49	50,11	44,44	35,32	47,43	51,62	49,63	51,05	53,14	48,41	49,36	46,4	47,43	41,73	36,73	41,09	41,35	39,25
Нарахування на оплату праці	15,64	16,34	13,94	15,08	18,55	15,94	12,54	16,23	17,8	16,52	18,46	18,88	16,49	16,58	16,59	16,37	14,3	13,65	14,93	14,79	14,25
Медикаменти	7,23	5,09	4,71	5,84	5,53	9,14	8,15	1,79	1,49	1,97	1,97	2,42	2,71	2,57	1,73	1,15	1,65	2,05	2,19	3,27	2,75
Продукти харчування	5,33	5,69	4,14	3,75	3,47	4,1	3,34	12,15	9,16	11,15	9,82	7,66	7,72	8,21	12,48	11,62	10,87	15,39	12,28	12,7	7,64
Комунальні послуги та енергоносії	14,92	11,4	9,4	8,16	8,2	8,04	7,83	10,91	11,18	9,45	8,74	7,52	7,62	9,19	14,53	11,15	9,82	8,1	8,81	9,05	4,8
Інші поточні видатки	6,87	7,96	6,72	8,33	6,35	6,35	5,14	9,63	6,82	7,66	7,56	6,8	9,23	11,66	7,15	7,74	13,92	14,7	7,74	12,17	14,6
Капітальні видатки	7,84	10,15	19,87	18,35	7,79	11,99	27,69	1,86	1,93	3,62	2,4	3,59	7,83	2,44	1,11	4,55	7,72	9,39	12,97	6,66	16,71
	Заліщицький обласний комунальний дитячий санаторій							Бережанський обласний дитячий санаторій							Яблунівський обласний комунальний дитячий туберкульозний санаторій						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	43,17	43,42	41,83	43,9	44,45	42,15	37,21	42,17	45,91	44,36	42,94	50,99	41,43	44,05	31,45	43,95	42,36	42,51	50,32	46,66	45,18
Нарахування на оплату праці	15,84	16,28	14,56	16,44	16,95	16,57	13,59	15,38	17,06	15,94	16,16	19,26	15,25	16,19	11,8	15,26	15,73	15,85	18,84	16,87	16,88
Медикаменти	1,07	0,94	1,25	1,44	1,06	1,57	0,75	1,36	1,59	2,09	2,36	2,35	4,65	3,67	2,54	1,83	1,71	3,7	2,43	3,23	2,75
Продукти харчування	17,84	13,6	13,7	13,45	12,19	14,53	15,25	18,32	18,01	18,94	21,0	9,65	17,65	11,35	23,41	8,35	8,85	17,04	13,34	12,88	12,76
Комунальні послуги та енергоносії	14,08	10,41	10,99	8,06	7,31	7,53	9,77	10,68	8,05	6,61	6,17	5,27	5,88	6,21	15,22	15,02	14,29	11,4	8,57	9,2	10,86
Інші поточні видатки	4,72	7,12	5,3	8,59	4,63	6,35	13,81	7,78	7,64	5,19	5,56	5,2	7,25	6,11	10,71	15,35	14,93	8,17	6,38	6,67	6,45
Капітальні видатки	3,28	8,24	12,37	8,12	13,41	11,3	9,61	4,32	2,64	6,86	5,8	7,26	7,89	12,41	4,87	0,24	2,13	1,32	0,11	4,49	5,12

Продовження додатку Ф

	<i>Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня</i>							<i>Тернопільська комунальна дитяча стоматологічна поліклініка</i>							<i>Хмельницька обласна дитяча лікарня</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	53,93	53,04	44,63	53,03	51,32	58,41	58,95	63,65	64,81	64,65	63,19	62,89	59,92	57,86	45,37	41,82	41,0	39,42	44,67	43,23	48,12
Нарахування на оплату праці	20,5	19,29	16,14	20,23	19,01	21,47	21,34	23,27	23,7	23,64	23,11	23,0	21,92	20,37	14,56	14,43	14,93	14,42	16,48	16,0	16,83
Медикаменти	2,95	3,5	2,62	10,17	11,83	4,38	3,98	1,8	1,82	1,93	2,79	3,12	4,0	3,74	18,2	17,03	16,13	17,1	11,4	11,55	10,03
Продукти харчування	2,59	2,44	2,53	2,36	1,81	1,89	1,82	-	-	-	-	-	-	-	12,92	12,91	13,23	12,09	11,49	9,92	9,36
Комунальні послуги та енергоносії	7,99	6,9	5,72	5,26	4,44	5,2	5,76	3,35	3,41	3,41	3,49	3,31	3,3	3,03	1,32	6,27	6,62	6,01	5,13	4,93	6,86
Інші поточні видатки	7,03	6,76	4,8	4,54	5,17	4,25	3,23	1,96	1,98	2,11	3,21	2,91	3,4	2,57	5,65	5,6	5,94	5,32	5,1	6,97	5,48
Капітальні видатки	5,0	8,07	23,55	4,39	6,42	4,51	4,91	5,97	4,28	4,26	4,21	4,76	7,48	12,43	1,98	1,94	2,14	5,65	5,72	7,4	3,33
	<i>Хмельницький спеціалізований будинок дитини «Берізка»</i>							<i>Староушицький обласний дитячий санаторій «Дністер»</i>							<i>Малієвецький обласний дитячий туберкульозний санаторій «Світанок»</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	43,35	43,75	43,09	43,32	46,82	50,21	49,35	33,25	36,36	36,14	38,88	41,55	40,97	42,82	39,31	38,81	39,66	40,69	38,48	38,97	40,42
Нарахування на оплату праці	14,96	14,92	15,73	16,08	17,06	19,14	17,68	12,07	13,27	13,33	14,42	15,38	15,05	15,18	14,35	14,28	14,72	15,24	14,25	14,09	14,51
Медикаменти	6,15	6,05	5,86	5,56	4,87	4,46	3,66	3,18	3,04	3,27	2,89	2,54	2,01	2,15	3,76	3,39	3,34	3,38	1,77	1,77	1,42
Продукти харчування	15,13	14,98	13,71	14,35	14,38	12,45	11,33	29,29	26,42	25,53	23,64	18,65	16,81	18,75	20,95	19,36	18,15	22,44	25,67	22,14	17,92
Комунальні послуги та енергоносії	8,31	8,22	9,17	8,91	7,04	5,73	7,76	15,25	13,47	13,81	12,48	8,98	12,37	9,45	8,06	7,85	7,24	8,47	5,65	5,71	5,54
Інші поточні видатки	11,47	11,36	11,76	11,78	9,83	7,43	8,79	6,46	6,76	7,1	6,91	9,71	6,41	9,72	9,52	9,74	10,0	9,77	8,36	9,99	9,90
Капітальні видатки	0,63	0,72	0,68	-	-	0,59	1,43	0,51	0,67	0,81	0,78	3,19	6,37	1,93	4,06	6,56	6,89	-	5,81	7,33	10,29
	<i>Великожванцький обласний дитячий пульс-монологічний санаторій</i>							<i>Кам'янець-Подільський обласний дитячий туберкульозний санаторій</i>							<i>Кувявський обласний дитячий психоневрологічний санаторій</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	34,38	33,6	32,42	31,77	35,83	35,7	34,8	44,33	42,33	39,76	40,9	42,82	40,15	42,61	43,65	38,99	42,29	42,23	46,66	29,77	47,07

Продовження додатку Ф

Нарахування на оплату праці	12,07	12,26	11,93	11,75	13,25	13,13	12,59	15,16	14,77	13,95	14,42	15,43	14,61	15,09	15,63	14,04	15,39	15,91	17,42	11,02	17,02
Медикаменти	2,93	3,22	3,24	3,06	2,44	2,3	3,08	1,96	2,13	2,19	1,98	2,56	2,04	2,02	3,39	3,1	2,97	2,72	1,76	1,0	1,3
Продукти харчування	21,49	21,82	21,76	22,19	24,87	22,2	18,52	18,91	19,42	20,81	19,11	24,87	21,11	19,28	18,81	21,31	20,73	18,24	15,28	8,81	13,6
Комунальні послуги та енергоносії	19,53	18,77	19,2	16,71	13,85	12,44	11,06	5,04	4,8	5,37	5,09	2,31	2,14	3,39	10,42	9,82	8,18	5,96	3,23	9,29	
Інші поточні видатки	9,02	9,68	10,79	11,49	9,16	11,43	12,85	11,14	12,69	13,72	12,92	10,95	18,37	17,6	6,61	7,09	6,83	7,16	4,35	11,3	
Капітальні видатки	0,59	0,65	0,67	3,04	0,61	2,8	7,09	3,46	3,86	4,19	5,58	1,07	1,58	-	1,49	5,66	2,01	5,89	5,76	41,81	0,42
	<i>Хмельницька міська дитяча лікарня</i>							<i>Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня</i>							<i>Тульчинський обласний будинок дитини</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	43,39	43,7	43,77	42,58	49,93	47,12	51,62	34,93	40,16	12,40	39,55	47,25	45,04	45,38	38,32	35,88	41,96	50,48	52,59	53,84	54,36
Нарахування на оплату праці	15,62	16,65	16,81	16,43	19,05	18,18	19,07	13,07	14,48	4,51	14,66	17,03	16,13	16,26	14,20	12,93	15,48	18,04	18,71	19,01	19,2
Медикаменти	12,73	11,9	10,95	10,07	9,97	10,44	5,77	20,18	15,75	4,69	10,32	10,49	10,68	9,56	4,01	2,80	2,53	5,07	2,14	1,98	1,61
Продукти харчування	9,36	8,67	8,88	7,8	6,27	5,45	5,11	5,97	6,57	1,69	4,66	4,88	3,93	4,27	13,51	10,49	10,25	10,27	12,27	9,23	7,49
Комунальні послуги та енергоносії	7,44	7,08	6,92	6,51	6,05	5,08	7,49	12,21	10,89	4,32	10,62	8,10	6,59	6,71	4,72	3,90	4,51	4,26	3,49	3,62	3,76
Інші поточні видатки	5,82	5,83	5,75	5,31	4,04	3,15	3,43	9,86	10,92	3,68	7,91	6,68	8,56	6,28	14,46	30,53	9,88	6,19	7,05	7,62	5,64
Капітальні видатки	5,65	6,18	6,93	11,3	4,7	10,59	7,51	3,78	1,23	68,71	12,29	5,57	9,05	11,54	10,77	3,48	15,37	5,69	3,74	4,70	7,93
	<i>Вінницький обласний спеціалізований будинок дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки</i>							<i>Вінницький обласний дитячий кардіоревматологічний санаторій</i>							<i>Маньковецький обласний дитячий санаторій</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата праці працівників	45,32	45,51	50,40	53,90	53,74	44,14	42,55	47,38	47,52	46,42	38,86	45,15	40,33	42,1	49,02	45,38	46,68	50,26	49,30	48,20	52,68
Нарахування на оплату праці	16,87	16,50	18,06	19,31	18,43	13,96	15,36	17,72	17,14	16,76	13,19	16,55	13,99	15,07	14,69	17,07	16,83	16,78	18,24	17,45	18,54

Продовження додатку Ф

Медикаменти	2,03	2,03	2,03	2,16	1,97	1,65	1,47	1,03	1,30	1,54	1,43	1,50	2,12	2,38	3,60	5,72	4,01	4,34	2,39	2,50	2,1
Продукти харчування	12,46	11,55	9,57	8,92	10,22	7,02	5,75	12,35	11,62	13,56	12,21	13,96	11,04	11,15	16,24	14,34	14,81	12,39	14,28	10,07	10,77
Комунальні послуги та енергоносії	16,45	16,97	13,53	9,56	7,74	6,06	5,77	13,50	13,12	13,04	8,85	7,34	5,30	4,96	7,78	7,53	5,21	4,76	6,14	4,17	3,82
Інші поточні видатки	1,68	2,03	1,84	3,41	4,47	4,08	5,7	4,51	5,11	6,61	19,08	14,64	16,76	14,36	8,67	8,91	11,25	7,74	6,74	9,58	9,46
Капітальні видатки	5,20	5,20	4,77	2,74	3,42	23,09	23,41	3,51	4,20	2,06	6,39	0,87	10,45	9,98	-	1,05	1,20	3,74	2,91	8,04	2,63
	<i>Каширівський підлітковий туберкульозний санаторій «Лісова пісня»</i>							<i>Тульчинський дитячий ортопедичний санаторій</i>							<i>Могилів-Подільський дитячий легеневий туберкульозний санаторій</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата працівників праці	34,57	34,03	36,26	36,05	36,85	38,37	31,62	42,18	40,98	46,22	45,40	42,78	46,44	46,2	32,53	38,36	38,55	37,33	47,17	38,96	39,51
Нарахування на оплату праці	11,96	12,78	12,50	13,15	13,91	13,98	11,34	14,69	14,82	17,10	16,61	15,97	16,57	16,85	11,55	13,69	14,24	13,85	17,45	14,11	14,3
Медикаменти	0,98	1,52	1,36	1,49	0,69	1,65	1,75	1,52	1,06	1,15	1,09	0,84	0,63	0,5	2,76	4,77	2,89	3,10	2,04	2,18	4,51
Продукти харчування	13,85	18,52	16,68	17,76	11,80	11,55	11,54	22,18	19,12	15,68	15,73	17,90	15,63	16,03	17,78	17,86	22,35	19,24	17,57	12,26	14,9
Комунальні послуги та енергоносії	12,30	5,67	7,18	6,04	4,96	6,84	5,66	7,24	5,09	5,75	5,05	2,66	4,17	2,85	7,60	8,04	7,72	6,63	5,76	4,35	3,63
Інші поточні видатки	15,73	22,82	21,53	18,76	15,60	21,93	17,58	10,85	9,42	6,87	7,37	16,83	5,12	5,09	9,59	12,55	12,49	9,69	8,53	12,57	14,29
Капітальні видатки	10,60	4,66	4,49	6,75	16,18	5,68	20,51	1,35	9,50	7,23	8,75	3,03	11,44	12,48	18,18	4,73	1,76	10,15	1,47	15,58	8,86
	<i>Заболотненський дитячий психоневрологічний санаторій</i>							<i>Вінницька міська дитяча поліклініка №1</i>							<i>Вінницька міська дитяча поліклініка №2</i>						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата працівників праці	42,17	40,50	46,16	45,14	47,21	44,41	39,36	50,46	44,31	43,04	55,13	53,49	54,41	53,57	53,84	56,79	47,59	61,57	62,51	59,18	57,95
Нарахування на оплату праці	15,68	14,78	17,04	15,82	17,50	16,45	14,26	19,20	16,27	15,78	20,44	19,89	19,80	19,52	20,47	20,41	17,30	22,28	23,36	21,91	20,61
Медикаменти	1,64	2,13	1,63	1,43	0,99	2,27	1,03	11,38	14,03	21,08	7,96	5,85	4,97	5,11	12,06	10,21	24,23	6,14	3,95	4,56	5,57
Продукти харчування	13,38	15,50	13,69	12,40	11,68	9,55	9,18	6,55	6,14	6,52	5,89	4,79	3,20	2,77	1,34	1,20	0,97	0,97	0,91	0,62	0,24

Продовження додатку Ф

Комунальні послуги та енергоносії	18,15	16,73	12,85	11,97	11,03	11,14	11,69	4,58	5,81	6,99	4,17	4,23	4,38	4,44	7,15	4,42	5,46	5,61	4,96	4,07	3,58	
Інші поточні видатки	8,98	8,34	8,63	9,61	7,46	11,63	11,53	2,43	3,17	3,58	3,01	2,99	4,14	4,42	3,60	3,44	2,80	2,96	3,85	2,20	4,59	
Капітальні видатки	-	2,03	-	3,63	4,14	4,55	12,95	5,40	10,27	3,01	3,40	8,76	9,11	10,18	1,54	3,52	1,65	0,47	0,46	7,47	7,47	
	<i>Вінницька міська дитяча поліклініка №3</i>							<i>Вінницька міська клінічна дитяча лікарня</i>														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007								
Оплата працівників	61,96	66,27	51,44	65,73	65,92	64,19	64,02	54,58	52,86	52,64	60,18	58,92	50,43	51,47								
Нарахування на оплату праці	23,23	23,23	18,81	24,78	24,93	23,32	22,9	20,77	18,26	19,32	22,20	22,41	18,34	18,31								
Медикаменти	2,02	2,71	20,17	3,46	3,01	5,29	6,21	10,19	12,67	8,66	4,82	4,64	6,01	5,23								
Продукти харчування	1,59	1,27	1,45	1,01	0,75	0,21	0,08	2,85	3,43	2,58	2,37	1,82	3,76	2,61								
Комунальні послуги та енергоносії	6,91	3,31	3,93	3,47	3,48	2,62	3,49	6,63	7,04	11,03	8,06	6,88	4,92	5,0								
Інші поточні видатки	1,89	1,63	2,02	1,16	1,68	2,34	2,54	2,10	4,94	2,17	2,32	3,44	11,38	12,99								
Капітальні видатки	2,39	1,57	2,20	0,38	0,24	2,02	0,76	2,88	0,79	3,60	0,04	1,90	5,15	4,38								

Джерело: Розраховано автором на основі даних [144–146].

Додаток X

Витрати на продукти харчування та медикаменти для однієї хворої дитини на день в лікувально-профілактичному закладі, грн.

Таблиця X.1

Вартість середньодобового набору продуктів харчування для однієї хворої дитини (2007 р.)

	Назва продукту	Норма, г	Ціна за 1 кг	Вартість, грн
1	Хліб житній	150	1,56	0,234
2	Хліб пшеничний	200	2,78	0,556
3	Мука пшенична	15	2,45	0,037
4	Крохмаль картопляний	5	12,00	0,06
5	Макаронні вироби	20	3,94	0,079
6	Крупа гречана	15	5,28	0,079
7	Геркулес вівсяний	15	18,00	0,27
8	Манка	15	3,41	0,051
9	Рис	15	3,85	0,058
10	Пшоно	5	2,65	0,013
11	Перлова крупа	5	3,20	0,016
12	Пшенична крупа	5	3,00	0,015
13	Кукурудзяна крупа	3	4,50	0,014
14	Саго	2	4,30	0,009
15	Картопля	400	2,39	0,956
16	Буряк	55	3,00	0,165
17	Капуста свіжа або квашена	200	3,00	0,6
18	Цибуля ріпчаста	20	3,19	0,064
19	Зелена цибуля	15	10,00	0,15
20	Петрушка, кріп	15	12,00	0,18
21	Морква	60	3,43	0,206
22	Огірки, помідори	10	8,00	0,08
23	Горошок зелений консервований	25	9,50	0,238
24	Свіжі фрукти	100	7,00	0,7
25	Сухофрукти	30	15,00	0,45
26	Соки фруктові	100	5,00	0,5
27	Говядина	125	26,92	3,365
28	Птиця	25	12,69	0,317
29	Сосиски, ковбаси	10	17,06	0,171
30	Риба	100	12,00	1,2
31	Творог	70	18,80	1,316
32	Сир	15	25,00	0,375

Продовження додатку Х

Продовж. табл. Х.1

33	Яйце	1 шт.	5,19	0,519
34	Кефір	100	6,00	0,6
35	Молоко	300	3,49	1,047
36	Масло сливове	40	3,49	0,14
37	Олія	20	9,21	0,184
38	Сметана	20	12,50	0,25
39	Цукор, варення, печиво	60	3,30	0,198
40	Чай	2	20,00	0,04
41	Кава, какао	1	46,00	0,046
42	Желатин	0,5	16,00	0,008
43	Дріжджі	1	5,00	0,005
44	Сіль	6	0,76	0,005
45	Томатна паста	3	5,20	0,016
46	Шипшина	20	8,30	0,166
	Разом	×	×	15,745

Джерело: Розраховано автором на основі Наказу Міністерства охорони здоров'я СРСР від 14.06.1989 р. № 369 „Про зміну та доповнення наказу Міністерства охорони здоров'я СРСР від 23.04.1985 р. № 540 „Про поліпшення організації лікувального харчування у лікувально–профілактичних закладах” ” та діючих цін на продукти харчування.

Продовження додатку Х

Таблиця Х.2

Витрати на медикаменти для однієї дитини на день для лікування хронічного бронхіту, пієлонефриту, гострої пневмонії, грн. (2007 р.)

Назва медикаменту	Добова потреба	Вартість, грн
<i>Хронічний бронхіт</i>		
Цефотаксим (цефтріаксон)	2 флакони	9,20
Сольбутамол	3 вприскування	1,28
Лазолван	3 чайні ложки	3,71
Бромгексин №25	3 таблетки	0,46
Полівітаміни супрадіні №30	1 таблетка	1,26
Авістам №6	1 таблетка	1,16
Хілак (краплі)	30 крапель	0,73
Біфі-форм №30	2 капсули	2,90
Разом	×	20,70
<i>Пієлонефрит</i>		
Цефотаксим (цефпіром)	2 флакони	9,20
Ентеросгель	3 десертні ложки	5,25
Глюкоза	1 флакон 200 мг	3,40
Фізрозчин	1 флакон 200 мг	3,30
Вітамін С 500мг №12	1 таблетка	0,16
Парацетамол №10	3 таблетки	0,09
Лінекс	3 капсули	4,26
Біфі-форм №30	2 капсули	3,00
Агістам (тавегіл) №6	1 таблетка	1,16
Разом	×	29,82
<i>Гостра пневмонія</i>		
Цефотаксим	2 флакони	9,20
Біфі-форм №30	2 капсули	3,00
Хілак	30 крапель	0,73
Лазолван 100мг	3 чайні ложки	3,71
Вітамін С 500мг №12	1 таблетка	0,16
Авістам №6	1 таблетка	0,16
Разом	×	16,96

Джерело: Розраховано автором на основі даних [84; 85] та діючих цін на медикаменти.

Додаток Ц

Динаміка основних показників діяльності педіатричної служби системи МОЗ
України у 2002–2007 рр.

Показники	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Відхилення 2007 р. до 2002 р.
Україна							
1. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тисяч дитячого населення, ліжка	73,14	75,38	77,14	78,73	80,99	64,23	-8,91
2. Середня зайнятість ліжка на рік, дні	295,38	303	309,43	311,53	310,67	316,48	+21,1
3. Середня тривалість перебування хворого на ліжку, дні	12,34	12,11	11,8	11,29	11,14	10,72	-1,62
Тернопільська область							
1. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тисяч дитячого населення, ліжка	61,03	63,23	65,38	67,12	70,24	56,46	-4,57
2. Середня зайнятість ліжка на рік, дні	314,01	316,05	320,4	318,52	319,37	320,91	+6,9
3. Середня тривалість перебування хворого на ліжку, дні	12,66	12,29	11,87	11,54	11,42	11,04	-1,62
Вінницька область							
1. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тисяч дитячого населення, ліжка	60,24	62,24	64,38	67,01	69,17	55,58	-4,66
2. Середня зайнятість ліжка на рік, дні	316,08	328,28	327,89	332,4	318,94	321,91	+5,83
3. Середня тривалість перебування хворого на ліжку, дні	11,61	11,41	11,27	10,59	10,74	10,37	-1,24
Хмельницька область							
1. Рівень забезпеченості ліжковим фондом на 10 тисяч дитячого населення, ліжка	65,72	66,62	67,67	70,72	74,61	60,51	-5,21
2. Середня зайнятість ліжка на рік, дні	287,88	329,86	322,74	325,84	320,03	325,61	+37,73
3. Середня тривалість перебування хворого на ліжку, дні	11,35	11,24	10,85	10,61	10,64	10,25	-1,1

Джерело: Складено автором на основі даних [65; 125–129].

Додаток Ш

Порівняльна характеристика способів оплати медичної допомоги

Таблиця Ш.1

Порівняльна характеристика способів оплати первинної медико-санітарної медичної допомоги

Переваги	Недоліки
1	2
<i>Кошторисне фінансування (постатейний бюджет)</i>	
<p>1. Наперед передбачувані витрати. 2. Мінімальні адміністративні витрати.</p>	<p>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 надають. 5. Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам.</p>
<i>Оплата за відвідування</i>	
<p>1. Зацікавленість медичних працівників у наданні медичних послуг максимальному числу пацієнтів. 2. Невеликі адміністративні витрати.</p>	<p>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 надають. 5. Обсяг фінансування непередбачуваний.</p>
<i>Оплата за окрему медичну послугу (гонорарний метод)</i>	
<p>1. Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові. 2. Дозволяє зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги.</p>	<p>1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів. 2. Пацієнтам надаються непотрібні послуги. 3. Неможливість повного контролю за приписуваннями. 4. Обсяг фінансування непередбачуваний. 5. Відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами допомоги. 6. Значні адміністративні витрати через необхідність опрацювання великого обсягу інформації.</p>

Продовження додатку Ш

Продовж. табл. Ш.1

1	2
<i>Бальна оплата окремих медичних послуг</i>	
<p>1. Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові.</p> <p>2. Дозволяє зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги.</p> <p>3. Витрати на надання медичної послуги наперед передбачувані.</p>	<p>1.Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів.</p> <p>2.Пацієнтам надають непотрібні послуги.</p> <p>3.Неможливість повного контролю за приписуваннями.</p> <p>4.Відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами допомоги.</p> <p>5.Значні адміністративні витрати через необхідність опрацювання великого обсягу інформації.</p>
<i>Оплата за завершений випадок лікування (пролікованого хворого)</i>	
<p>1. У деякій мірі обмежуються загальні витрати.</p> <p>2. Порівняно невеликий обсяг опрацьовуваних рахунків.</p> <p>3. Медичні працівники зацікавлені у скороченні термінів лікування.</p>	<p>1. Немає економічної зацікавленості медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні ресурсів.</p> <p>2. Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам.</p> <p>3. Обсяг фінансування непередбачуваний.</p> <p>4. Відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами лікування.</p> <p>5. Можливі випадки завищення важкості захворювань.</p>
<i>Подушне фінансування з урахуванням статево-вікової структури</i>	
<p>1. Медичні працівники зацікавлені у покращенні здоров'я прикріпленого населення.</p> <p>2. Медичні працівники зацікавлені в ефективному використанні ресурсів.</p> <p>3. Передбачувані витрати.</p> <p>4. Мінімальні адміністративні витрати.</p>	<p>1.Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам.</p> <p>2.Недостатньо інформації для поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надається.</p> <p>3.У медичних працівників може не бути стимулів для інтенсифікації праці.</p>

Джерело: [119, с.333].

Продовження додатку Ш

Таблиця Ш.2

Порівняльна характеристика методів оплати стаціонарної медичної
допомоги

Переваги	Недоліки
1	2
<i>Кошторисне фінансування (постатейний бюджет)</i>	
1.Передбачувані витрати. 2.Мінімальні адміністративні витрати.	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 надають. 5.Можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам.
<i>Оплата за проведений ліжко-день</i>	
1.Невеликі адміністративні витрати.	1.Немає економічної зацікавленості медичних працівників ефективно використовувати ресурси. 2.Обсяг фінансування непередбачуваний.
<i>Оплата за окремі медичні послуги</i>	
1.Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові. 2.Дозволяє зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги.	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 опрацювання великого обсягу інформації.
<i>Оплата за пролікованого хворого</i>	
1.Невеликий обсяг адміністративних витрат. 2.Медичні працівники зацікавлені у скороченні термінів лікування. 3.Певною мірою передбачувані витрати. 4.Відсутність стимулів у лікарів для гіпердіагностики.	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 надають.

Продовження додатку Ш

Продовж. табл.Ш.2

1	2
<i>Глобальний бюджет</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1.Передбачувані та обмежені витрати. 2.Простіше і дешевше 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.

Джерело: Складено автором на основі даних [81, с.25; 119, с.340].

Додаток Щ

Моделі фінансування охорони здоров'я і методи оплати стаціонарної допомоги в зарубіжних країнах

Країна	Модель фінансування охорони здоров'я і джерела оплати стаціонарної допомоги	Домінуючі підходи до оплати стаціонарної допомоги в лікарнях інтенсивного лікування	
		Проспективна оплата	Ретроспективна оплата
Данія	Децентралізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Англія	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Поєднання попередньої оплати з оплатою за фактичні обсяги послуг	
Фінляндія	Децентралізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень		Оплата фактичного обсягу допомоги за середньопрофільними ставками
Франція	Централізована система соціального медичного страхування	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Німеччина	Децентралізована система соціального медичного страхування	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Угорщина	Централізована система соціального медичного страхування		Оплата фактичного обсягу допомоги за ставками у розрізі КСГ
Ірландія	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Італія	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів, розрахованих на базі тарифів КСГ	
Латвія	Поєднання соціального медичного страхування і загальних бюджетних надходжень		Оплата фактичного обсягу допомоги на ліжко-день і за окремі послуги
Нідерланди	Централізована система соціального медичного страхування	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	
Норвегія	Децентралізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Поєднання попередньої оплати з оплатою за фактичні обсяги послуг	
Словаччина	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень		Оплата фактичного обсягу допомоги за ставками на ліжко-день

Продовження додатку Щ

Словенія	Централізована система соціального медичного страхування		Оплата фактичного обсягу допомоги за ставками на ліжко-день і за окремі послуги
Швеція	Децентралізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Поєднання попередньої оплати з оплатою за фактичні обсяги послуг	
Росія	Децентралізована бюджетно-страхова система		Фінансування лікарень за кошторисом витрат і оплата фактичного обсягу допомоги на основі різних методів
Польща	Поєднання соціального медичного страхування і загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	Оплата фактичного обсягу допомоги за ставками окремі послуги в бальній оцінці
Чеська республіка	Децентралізована система соціального медичного страхування		
США	Приватне медичне страхування	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів, розрахованих на базі тарифів КСГ	
Канада	Централізоване фінансування із загальних бюджетних надходжень	Попередня оплата на основі глобальних бюджетів	

Джерело: Розроблено автором на основі даних [62, с.100; 148, с.64]

Додаток Ю

Розрахунок вартості медичних послуг (досвід Російської Федерації)

1. Розрахунок вартості простої медичної послуги (C) здійснюється за формулою:

$$C = C_n + C_k = 3m + Hz + M + I + O + P,$$

де C_n – прямі витрати; C_k – непрямі витрати; $3m$ – витрати на оплату праці; Hz – нарахування на оплату праці; M – витрати на медикаменти, перев'язувальні засоби; I – знос м'якого інвентарю; O – знос обладнання; P – інші витрати.

Для визначення затрат на оплату праці ($3m$) необхідні такі показники:

- затрати робочого часу медичного персоналу на виконання кожної медичної послуги;
- річний бюджет робочого часу по кожній категорії медичного персоналу;
- коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу на проведення лікувально-діагностичної діяльності.

Для розрахунку витрат по зазначеній статті окремо обчислюється основна ($3m_{осн}$) і додаткова ($3д$) заробітна плата основного (лікарі та середній медичний персонал) та загальнолікарняного (працівники допоміжних підрозділів, завідувачі відділень, старші медичні сестри, молодший медичний персонал, медичні реєстратори) персоналу.

Додаткова заробітна плата включається у затрати через коефіцієнт ($Kд$) і розраховується відносно до основної заробітної плати усього персоналу:

$$Kд = 3д / 3m \text{ всього персоналу.}$$

Фонд оплати праці основного персоналу ($3m_{осн}$) являє собою суму витрат на оплату праці лікарів ($3m_{вр}$) і середнього медичного персоналу ($3m_{ср}$):

$$3m_{осн} = 3m_{вр} + 3m_{ср}.$$

Розрахунок витрат на оплату праці по конкретній медичній послугі здійснюється окремо по кожній категорії персоналу на основі середньої заробітної плати працівників підрозділу відповідно з тарифікаційними списками і встановленими нормативами трудозатрат на надання цих послуг:

$$3m_{осн} = \frac{3m_{вр}}{Фр.вр \cdot Кисп.вр} \cdot tвр + \frac{3m_{ср}}{Фр.ср \cdot Кисп.ср} \cdot tср,$$

де $3m_{вр}$, $3m_{ср}$ – фонд оплати праці лікарів та середнього медичного персоналу відповідно за розрахунковий період; $Фр.вр$, $Фр.ср$ – фонд робочого часу лікарів та середнього медичного персоналу відповідно, розрахований в умовних одиницях трудомісткості, за розрахунковий період; $tвр$, $tср$ – час надання медичної послуги лікарями і середнім медичним персоналом відповідно в умовних одиницях трудомісткості; $Кисп.вр$, $Кисп.ср$ – нормативний коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу безпосередньо на проведення лікувально-діагностичної роботи, експериментів, процедур.

Трудомісткість вимірюється затратами часу на надання медичної послуги і визначається в умовних одиницях трудомісткості (УОТ) – 1 УОТ дорівнює 10 хвилинах.

$$Кисп = \frac{Фисп.вр}{Фр.вр},$$

де $Фисп.вр$ – фонд використання часу на безпосереднє проведення лікувально-діагностичної роботи; $Фр.вр$ – встановлений фонд робочого часу медичного персоналу відповідно до законодавства на розрахунковий період.

Коефіцієнти використання робочого часу наведені в таблиці 1.

В загальному витрати на оплату праці по конкретній медичній послугі розраховуються:

$$3m_{ус} = 3m_{осн} \cdot (1 + Kу) \cdot (1 + Kд),$$

де $Kу$ – коефіцієнт заробітної плати загальнолікарняного персоналу; $Kд$ – коефіцієнт додаткової заробітної плати.

Продовження додатку Ю

Таблиця Ю.1

Коефіцієнти використання робочого часу

Посада	Коефіцієнт
Лікар амбулаторного прийому, відділення стаціонару	0,923
Лікар-лаборант	0,750
Лаборант, фельдшер-лаборант	0,800
Лікар-рентгенолог, рентгенолаборант	0,900
Лікар-радіолог	1,000
Лікар функціональної діагностики	0,840
Лікар ультразвукової діагностики	0,850
Лікар-ендоскопіст	1,000
Лікар, інструктор по лікувальній фізкультурі	0,923
Лікар-фізіотерапевт	0,923
Медична сестра з масажу	0,770
Медична сестра з фізіотерапії	1,120
Лікар-психіатр, лікар-нарколог	0,923
Лікар-судмедексперт	0,900
Психолог	0,923
Логопед	1,000

Розрахунок нарахувань на заробітну плату (H_z) встановлюється у відсотках від фонду оплати праці ($П_n$):

$$H_z = 3m_{yc} \cdot П_n$$

Затрати на медикаменти по конкретній медичній послугі (M_{yc}) визначаються:

$$M_{yc} = \frac{M}{S_{ep} \cdot \Phi p_{.ep} \cdot K_{icn.ep} + S_{cp} \cdot \Phi p_{.cp} \cdot K_{icn.cp}} \cdot (t_{ep} + t_{cp}),$$

де S_{ep} , S_{cp} – число посад лікарів та середнього медичного персоналу відділення; $\Phi p_{.ep}$, $\Phi p_{.cp}$ – фонд робочого часу лікарів та середнього медичного персоналу відповідно, розрахований в умовних одиницях трудомісткості, за розрахунковий період; t_{ep} , t_{cp} – час надання медичної послуги лікарями і середнім медичним персоналом відповідно в умовних одиницях трудомісткості; $K_{icn.ep}$, $K_{icn.cp}$ – нормативний коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу безпосередньо на проведення лікувально-діагностичної роботи, експериментів, процедур; M - затрати на медикаменти.

Розрахунок витрат на м'який інвентар (I_{yc}) проводиться по його зносу:

$$I_{yc} = \frac{I_c}{S_{ep} \cdot \Phi p_{.ep} \cdot K_{icn.ep} + S_{cp} \cdot \Phi p_{.cp} \cdot K_{icn.cp}} \cdot (t_{ep} + t_{cp}),$$

де S_{ep} , S_{cp} – число посад лікарів та середнього медичного персоналу відділення; $\Phi p_{.ep}$, $\Phi p_{.cp}$ – фонд робочого часу лікарів та середнього медичного персоналу відповідно, розрахований в умовних одиницях трудомісткості, за розрахунковий період; t_{ep} , t_{cp} – час надання медичної послуги лікарями і середнім медичним персоналом відповідно в умовних одиницях трудомісткості; $K_{icn.ep}$, $K_{icn.cp}$ – нормативний коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу безпосередньо на проведення лікувально-діагностичної роботи, експериментів, процедур; I_c – знос м'якого інвентарю (по списанню).

Знос обладнання в розрахунку на медичну послугу (O_{yc}) визначається пропорційно до часу надання послуги:

$$O_{yc} = \frac{B_o \cdot N_i}{S_i \cdot \Phi p_{.i} \cdot K_{icn.i}} \cdot t_i,$$

Продовження додатку Ю

де B_0 – балансова вартість основних засобів; N_i – норма зносу; S_i – кількість посад персоналу, які надаючи послугу, використовують зазначене обладнання; $\Phi p.i$ – річний фонд робочого часу персоналу; $K_{исп.i}$ – коефіцієнт використання робочого часу персоналу; t_i – час надання медичної послуги.

В загальному вигляді знос всього обладнання ($\sum S_{oy}$), що припадає на послугу визначається:

$$O_{yc} = \frac{\sum_i S_{oy}}{S_{вр} \cdot \Phi p.вр + S_{ср} \cdot \Phi p.ср} \cdot (t_{вр} + t_{ср}),$$

де $S_{вр}$, $S_{ср}$ – число посад лікарів та середнього медичного персоналу відділення; $\Phi p.вр$, $\Phi p.ср$ – фонд робочого часу лікарів та середнього медичного персоналу відповідно, розрахований в умовних одиницях трудомісткості, за розрахунковий період; $t_{вр}$, $t_{ср}$ – час надання медичної послуги лікарями і середнім медичним персоналом відповідно в умовних одиницях трудомісткості; $K_{исп.вр}$, $K_{исп.ср}$ – нормативний коефіцієнт використання робочого часу медичного персоналу безпосередньо на проведення лікувально-діагностичної роботи, експериментів, процедур.

Непрямі витрати (C_k) – це витрати закладу на здійснення господарської діяльності, управління, надання послуг, які не можуть бути прямо віднесені на їх вартість.

Заробітна плата загальнолікарняного персоналу (Z_y) враховується в процесі розрахунку затрат на медичну послугу через коефіцієнт заробітної плати загальнолікарняного персоналу (K_y) до основної заробітної плати основного персоналу ($Z_{m.осн}$):

$$Z_y = Z_{m.осн} \cdot K_y$$

Нарахування на заробітну плату загальнолікарняного персоналу (H_{zy}) визначаються аналогічно нарахуванням на оплату праці основного персоналу:

$$H_{zy} = Z_y \cdot П_n$$

Для включення непрямих витрат у вартість медичної послуги розраховується їх коефіцієнт ($K_{кр}$):

$$K_{кр} = C_k / C_n, \\ C_{кyc} = C_n \cdot K_{кр},$$

де C_n – прямі витрати; $C_{кyc}$ – непрямі витрати враховані у вартість конкретної медичної послуги.

Вартість конкретної медичної послуги визначається шляхом додавання результатів по усіх видах затрат:

$$C_{yc} = Z_{m_{yc}} + H_{z_{yc}} + M_{yc} + I_{yc} + O_{yc} + C_{кyc}$$

2. Медична послуга «ліжко-день» (C) відноситься до складних, оскільки включає в себе ряд простих послуг відповідно до класифікатора «Прості медичні послуги» та розраховується за формулою:

$$C = Z_m + H_z + M + П + I + O + C_k,$$

де Z_m – витрати на оплату праці на 1 ліжко-день; H_z – нарахування на оплату праці; M – витрати на медикаменти, перев'язувальні засоби; $П$ – витрати на харчування; I – знос м'якого інвентарю; O – знос обладнання; C_k – непрямі витрати.

Розрахунок витрат на оплату праці по складній медичній послугі «ліжко-день» ($Z_{m_{к/д}}$) проводиться окремо по кожній категорії персоналу підрозділу чи кількох однопрофільних відділень згідно із штатним розписом та тарифікаційним списком.

Коефіцієнт використання робочого часу на 1 ліжко-день дорівнює 1.

$$Z_{m_{к/д}} = \frac{Z_{о.проф} \cdot (1 + K_y) \cdot (1 + K_\delta)}{N_{к/д}},$$

Продовження додатку Ю

де $Zo.проф$ – основна заробітна плата основного персоналу відділення у розрахунковому періоді; $Kу$ – коефіцієнт заробітної плати загальнолікарняного персоналу; $Kд$ – коефіцієнт додаткової заробітної плати; $N_{к/д}$ – планова кількість ліжко-днів у розрахунковому періоді.

Розрахунок нарахувань на заробітну плату ($Hз_{к/д}$) встановлюється у відсотках від фонду оплати праці ($Пн$):

$$Hз_{к/д} = 3m_{к/д} \cdot Пн.$$

При визначенні затрат на медикаменти згідно медико-економічного стандарту у вартість ліжко-дня профільного відділення затрати на медикаменти не включаються, а розраховуються прямим способом по медико-економічному стандарті. Загальні затрати на медикаменти по медико-економічному стандарті визначаються як сума затрат профільного відділення на завершений випадок лікування і затрат на медикаменти по всіх простих послугах, включених у медико-економічні стандарти.

У вартості ліжко-дня затрати на медикаменти ($M_{к/д}$) визначаються за формулою:

$$M_{к/д} = M / N_{к/д},$$

де M – планові затрати відділення на медикаменти у розрахунковому періоді; $N_{к/д}$ – планова кількість ліжко-днів у відділенні у розрахунковому періоді.

Затрати на харчування ($П_{к/д}$) хворих відносяться на ліжко-день згідно встановлених норм на основі добових продуктових наборів залежно від профілю ліжка та розраховуються за формулою:

$$П_{к/д} = П / N_{к/д},$$

де $П$ – планові затрати відділення на харчування у розрахунковому періоді; $N_{к/д}$ – планова кількість ліжко-днів відділення у розрахунковому періоді.

Розрахунок витрат на м'який інвентар ($I_{к/д}$) проводиться по його зносу:

$$I_{к/д} = Ис / N_{к/д},$$

де $Ис$ – знос м'якого інвентарю у відділенні у розрахунковому періоді; $N_{к/д}$ – планова кількість ліжко-днів відділення у розрахунковому періоді.

Сума зносу обладнання ($So_{к/д}$) в розрахунку на 1 ліжко-день визначається за формулою:

$$So_{к/д} = So / N_{к/д},$$

де So – знос обладнання у відділенні у розрахунковому періоді; $N_{к/д}$ – планова кількість ліжко-днів відділення у розрахунковому періоді.

Для включення непрямих витрат ($Cк_{к/д}$) у вартість ліжко-дня розраховується коефіцієнт непрямих витрат ($Ккр$):

$$Ккр = Cк / Cп,$$

$$Cк_{к/д} = Cп \cdot Ккр,$$

де $Cп$ – прямі витрати; $Cк$ – непрямі витрати враховані у вартість ліжко-дня.

Таким чином, вартість «ліжко-дня» ($C_{к/д}$) визначається шляхом додавання отриманих результатів по кожному виду затрат:

$$C_{к/д} = 3m_{к/д} + Hз_{к/д} + M_{к/д} + П_{к/д} + I_{к/д} + O_{к/д} + Cк_{к/д},$$

де $3m_{к/д}$ – витрати на оплату праці на 1 ліжко-день; $Hз_{к/д}$ – нарахування на оплату праці на 1 ліжко-день; $M_{к/д}$ – витрати на медикаменти, перев'язувальні засоби на 1 ліжко-день; $П_{к/д}$ – витрати на харчування на 1 ліжко-день; $I_{к/д}$ – знос м'якого інвентарю на 1 ліжко-день; $O_{к/д}$ – знос обладнання на 1 ліжко-день; $Cк_{к/д}$ – непрямі витрати на 1 ліжко-день.

Джерело: Складено автором на основі [43]

Додаток Я

Умови запровадження подушного фінансування ПМСД за схемою часткового фондотримання та фінансування стаціонарної допомоги за методом глобального бюджету

	<i>Економічні умови</i>	<i>Організаційні умови</i>
<i>Подушне фінансування первинної медико-санітарної допомоги дітям за схемою часткового фондотримання</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Економічна незалежність або автономність первинної ланки – право управління фінансовими ресурсами та пацієнтами; – Погодженість обсягів і структури медичної допомоги з очікуваними фінансовими ресурсами; – Передбачуваність надходження коштів; – Розроблення уніфікованих вимог до ціноутворення, які виключають перекладання на покупців послуг витрат із утримання не використовуваних потужностей, прийняття єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг; – Визначення тарифів для оплати послуг субпідрядників: консультацій спеціалістів, окремих діагностичних і лікувальних заходів, закінчених випадків лікування; – Формування сучасної системи управлінського обліку, в т. ч. з переглядом системи обліку витрат із фіксацією витрат по всьому технологічному циклу надання медичної допомоги від первинної ланки до служб доліковування і реабілітації; – Розподіл фінансової відповідальності (ризиків) між ланкою ПМСД і фінансуючою стороною у разі відхилення фактичних обсягів медичної допомоги від запланованих; – Наявність системи заходів на забезпечення фінансової сталості ланок первинної допомоги і раціоналізацію обсягів і структур медичних послуг, які вони купують (визначення мінімальної чисельності населення для набуття статусу фондотримача тощо); – Розроблення жорстко регламентованого механізму договірних відносин між фондотримачем і іншими ланками надання медичної допомоги (субпідрядниками) за змішаним варіантом: основний обсяг робіт фінансується на основі попереднього платежу за узгодженою частиною подушного нормативу, а решту – за фактичний обсяг; – Наявність системи заходів з координації дій і узгодження замовлень на стаціонарну допомогу між фінансуючою стороною і лікарями загальної практики – фондотримачами. 	<ul style="list-style-type: none"> – Формування корпусу керівників, які підтримують ідеологію реформи і здатні здійснювати фінансове планування, виконувати функції покупців медичної допомоги; – Перегляд нормативно-правових актів, що регламентують використання консультацій спеціалістів, стаціонарної допомоги; – Вільний вибір лікаря ПМСД, що стимулює конкуренцію лікарів і є сильним засобом боротьби з деформованими економічними мотивами, які шкодять хворим; – Обов'язковість направлення лікаря первинної ланки для отримання амбулаторної спеціалізованої допомоги, планової госпіталізації; – Чіткі критерії направлень на інші рівні медичного обслуговування; – Розробка програм навчання населення методам само- і взаємодопомоги; – Наявність системи забезпечення якості медичної допомоги; – Створення ланками ПМСД власної інформаційної бази для ведення взаєморозрахунків; – Наявність відкритої процедури звертань пацієнтів до фінансуючої сторони при виникненні спірних випадків щодо направлень на інші рівні медичної допомоги; – Створення системи моніторингу й оцінки наслідків використання методу фондотримання і виконання договірних зобов'язань.

Продовження додатку Я

	<i>Економічні умови</i>	<i>Організаційні умови</i>
Фінансування стаціонарної допомоги дітям методом глобального бюджету	<ul style="list-style-type: none"> – Економічна незалежність – право стаціонарів вступати у договірні відносини і розпоряджатися зекономленими в результаті оптимізації структури робіт коштами; – Надання лікарям права вільно розпоряджатися фінансово не забезпеченими або тими, що вивільнюються, потужностями: право надання платних послуг і послуг за договорами добровільного медичного страхування понад узгоджені обсяги медичної допомоги; – Погодженість обсягів і структури медичної допомоги з очікуваними фінансовими ресурсами; – Передбачуваність надходження коштів; – Розподіл фінансової відповідальності (ризиків) між стаціонаром і фінансуючою стороною у разі відхилення фактичних обсягів медичної допомоги від запланованих; – Розробка уніфікованих вимог до ціноутворення, які виключають перекладання на покупців послуг витрат з утримання невикористовуваних потужностей, прийняття єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг; – Формування сучасної системи управлінського обліку, що дозволяє отримати загальну витратну картину надання медичної допомоги. 	<ul style="list-style-type: none"> – Формування корпусу керівників, які підтримують ідеологію реформи і здатні здійснювати фінансове планування, виконувати функції покупців медичної допомоги; – Наявність чітких вимог до обсягу і якості стаціонарної допомоги; – Створення системи моніторингу за виконанням договірних зобов'язань стаціонару перед фінансуючою стороною; – Наявність детальної медичної і фінансової інформації про пролікованих хворих; – Ліцензування і акредитація стаціонарів; – Наявність системи експертизи якості стаціонарної допомоги із застосуванням штрафних санкцій.

Джерело: Складено автором на основі даних [62, с.90; 119, с.331]



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web:<http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

5.06.2008 р. № 156

На № _____ від _____

Спеціалізованій вченій раді Д 58.082.03
Тернопільського національного
економічного університету
46000, м. Тернопіль, вул. Львівська, 11

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
в практичну діяльність Міністерства охорони здоров'я України

Видана Лободіній Зоряні Миколаївні, викладачу кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету про те, що результати її науково-дослідної роботи, проведеної при написанні дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук на тему «Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей», використовуються в діяльності Міністерства охорони здоров'я України.

У зв'язку із недосконалістю кошторисного методу фінансування медичних інституцій запропоновані автором пропозиції щодо доцільності фінансування лікарняних закладів за методом глобального бюджету та необхідності розрахунку у зв'язку з цим прямих (витрати клінічних відділень) та непрямих витрат (витрати служб підтримки і управління) закладу охорони здоров'я дітей мають практичну цінність, оскільки служать основою для визначення собівартості медичної послуги. Зважаючи, на аргументовану автором доцільність включення у ціну медичної послуги вартості основних засобів, заслуговує на увагу та впровадження у практичну діяльність рекомендація щодо визначення амортизаційних відрахувань на реально функціонуючі основні засоби, що дозволить забезпечити їх відновлення за рахунок відшкодування вартості наданих закладом охорони здоров'я дітей медичних послуг.

Директор Департаменту економіки
і фінансової політики



В.М.Майсюра



**МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ГОЛОВНЕ ФІНАНСОВЕ УПРАВЛІННЯ
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

21100, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 7; факс: (0432) 66-14-59

E-mail: comp@fin.vc.ukrtel.net

8.05.08р. № 129-13

Спеціалізованій вченій раді Д 58.082.03
Тернопільського національного
економічного університету
46000, м. Тернопіль, вул. Львівська, 11

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
в практичну діяльність головного фінансового управління Вінницької обласної
державної адміністрації

Видана Лободіній Зорянї Миколаївні, викладачу кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету про те, що результати її науково-дослідної роботи, проведеної при написанні дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук на тему «Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей», використовуються в діяльності головного фінансового управління облдержадміністрації.

Пропозиції щодо доцільності розмежування закладів охорони здоров'я залежно від вікової категорії населення, якому надаються медичні послуги, та відображення під окремим кодом у бюджетній класифікації видатків на заклади охорони здоров'я дітей (дитячі лікарняні заклади, дитячі амбулаторно-поліклінічні заклади, дитячі санаторно-курортні заклади та заклади медико-соціального захисту дітей) мають практичне значення і заслуговують на подальше впровадження. Реалізація запропонованих рекомендацій дала б можливість прослідкувати рух грошових потоків у процесі здійснення фінансово-господарської діяльності бюджетних закладів охорони здоров'я дітей та оцінити рівень фінансування задекларованого державою загальнонаціонального пріоритету - охорони здоров'я дітей.



О. МУШИНСЬКИЙ



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ

ГОЛОВНЕ ФІНАНСОВЕ УПРАВЛІННЯ

ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

46021, м. Тернопіль, вул. Грушевського, 8. Тел. 52-10-83

15.05.08/ № 186-07

Спеціалізованій вченій раді Д 58.082.03
Тернопільського національного
економічного університету
46000, м. Тернопіль, вул. Львівська, 11

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
в практичну діяльність головного фінансового управління Тернопільської
обласної державної адміністрації**

Видана Лободіній Зорянні Миколаївні, викладачу кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету про те, що результати її науково-дослідної роботи, отриманої при написанні дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук на тему «Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей», використовуються в діяльності головного фінансового управління обласної державної адміністрації.

Зокрема, заслуговують на увагу пропозиції щодо диверсифікації джерел фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей шляхом скасування законодавчої заборони бюджетним установам (стаття 21 Бюджетного кодексу України) здійснювати запозичення у будь-якій формі. Запропоновані рекомендації нададуть можливість медичним закладам використовувати фінансовий лізинг з метою покращення власної матеріально-технічної бази та включені до складу пропозицій щодо внесення змін до Бюджетного кодексу України.

Начальник головного фінансового
управління обласної
державної адміністрації



[Handwritten signature]
І.М.ПІРИГ



УКРАЇНА

ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

46021, м. Тернопіль, вул. М.Грушевського, 8, тел. 52-10-71

Тел./факс 52-25-83, E-mail: admin@oblzdrav.gov.te.ua

13.05.08 № 115-3

На № _____

Спеціалізованій вченій раді
Д58.082.03 Тернопільського
національного економічного
університету

(46000, м. Тернопіль вул. Львівська, 11)

ДОВІДКА

**про впровадження дисертаційного дослідження в практичну діяльність
головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації
Тернопільської обласної державної адміністрації**

Видана Лободіній Зоряні Миколаївні, викладачу кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету про те, що окремі результати її дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук на тему «Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей», використовуються в діяльності головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Рекомендації щодо залучення населення до участі в оплаті за медичні послуги (готельні послуги, послуги підвищеної комфортності, витрати на госпіталізацію понад встановлений нормативами строк лікування) дозволять диверсифікувати джерела фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей. Запропонований автором алгоритм розрахунку величини часткової ~~оплати~~ ^{оплати} населення за стаціонарну і амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, засновану на відшкодуванні хворими частини витрат за лікування з урахуванням надходження фінансових ресурсів до закладу охорони здоров'я із бюджету та інших джерел, має практичне значення та заслуговує на впровадження у вітчизняну практику за умови вирішення в законодавчому порядку проблеми із наданням медичними індустріями платних послуг.

Перший заступник
начальника головного управління

М.М.БУРТНЯК





УКРАЇНА

**ГУСЯТИНСЬКА РАЙОННА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

48201, м. Гусятин, вул. Пушкіна, 1, тел. 2-12-78, факс 2-11-78, E-mail: gus_rda@gus.tr.ukrtel.net

06.05.2008 № 01-546/01-17
на № _____ від _____

Спеціалізованій вченій раді Д 58.082.03
Тернопільського національного
економічного університету
46000, м. Тернопіль, вул. Львівська, 11

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
в практичну діяльність Гусятинської районної державної адміністрації

Видана Лободіній Зоряні Миколаївні, викладачу кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету про те, що результати її науково-дослідної роботи, проведеної при написанні дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук на тему «Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей», використовуються в діяльності районної державної адміністрації.

Зокрема, заслуговують на увагу пропозиції щодо доцільності фінансування з районного бюджету сільських, селищних та міст районного значення дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів. Запропоновані рекомендації дозволять покращити фінансове забезпечення зазначених медичних інституцій, оскільки сільські, селищні та міські територіальні громади фінансово не спроможні забезпечити необхідний для надання первинної медико-санітарної допомоги дорослому і дитячому населенню обсяг фінансових ресурсів, та використані у складі пропозицій щодо внесення змін до Бюджетного кодексу України.

Голова районної
державної адміністрації



[Signature]
В.М. ТРИСНЮК



Тернопільський національний економічний університет
Ternopil National Economic University

Lvivska St. 11, Ternopil, 46020, Ukraine
Tel./Fax +380 (352) 43 61 33
E-mail: academ@tneu.edu.ua
http://www.tneu.edu.ua

вул. Львівська, 11, Тернопіль, 46020, Україна
Тел./факс +380 (352) 43 61 33
E-mail: academ@tneu.edu.ua
http://www.tneu.edu.ua

№ 126-24/846

„14” 05 2008 р.

На № _____ від _____

ЗАТВЕРДЖЕНО
Ректор Тернопільського



національного
економічного університету

д.е.н., професор

[Signature]
С.І.Юрій

ДОВІДКА

про впровадження результатів наукового дослідження викладача кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету Лободіної Зоряни Миколаївни в навчальний процес

Результати дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук, виконаної викладачем кафедри фінансів Лободіною З.М. на тему „Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей”, були впроваджені кафедрою фінансів у навчальний процес при викладанні курсів: „Фінанси”, „Бюджетна система”, „Бюджетний менеджмент”.

Довідка видана для представлення у спеціалізовану вчену раду Д 58.082.03 Тернопільського національного економічного університету.

Завідувач кафедри фінансів
д.е.н., професор

[Signature]

О.П.Кириленко



МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ

ЛЬВІВСЬКА ДЕРЖАВНА ФІНАНСОВА АКАДЕМІЯ

79000, м. Львів, вул. Коперника 3, тел. (0322) 72-40-54, 297-17-14, 244-44-68
факс (032) 244-44-69, e-mail: academy@ldfa.edu.ua

10.05.08 № 01-13/546

Спеціалізованій вченій раді Д 58.082.03
Тернопільського національного
економічного університету
46000, м.Тернопіль, вул.Львівська, 11

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
викладача кафедри фінансів Тернопільського національного економічного
університету в навчальний процес Львівської державної фінансової академії

Результати дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук, виконаної викладачем кафедри фінансів Тернопільського національного економічного університету Лободіною Зоряною Миколаївною на тему «Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей», були впроваджені кафедрою податків, бюджету та казначейської справи Львівської державної фінансової академії у навчальний процес при викладанні курсів: «Бюджетний менеджмент», «Бюджетна система».

Ректор Львівської державної
фінансової академії,
заслужений економіст України
професор, д.е.н.



П.Ю. Буряк

