

О. В. ПОРТНА

ФУНКЦІОНУВАННЯ ФІНАНСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Монографія

**Харків
2013**

УДК 336.131
ББК 65.9(2)26
П-60

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради
ПВНЗ Харківського інституту економіки ринкових відносин та менеджменту
(протокол № 2 від 30 січня 2013 р.)*

Рецензенти: **Глуценко В. В.** – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри фінансів і кредиту економічного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

Лисяк А. В. – доктор економічних наук, професор, проректор з наукової роботи, завідувач кафедри фінансів та державного управління Дніпропетровської державної фінансової академії;

Тимофеев В. М. – доктор економічних наук, професор, професор кафедри економічного аналізу і обліку економічного факультету Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут».

Портна О. В.

П-60 Функціонування фінансів охорони здоров'я в Україні: Монографія / О. В. Портна. – Х.: ВД «ІНЖЕК», 2013. – 165 с. Укр. мова.

ISBN 978-966-392-427-4

У монографії досліджено теоретико-методичні та практично-прикладні проблеми функціонування фінансів охорони здоров'я в Україні. Розглянуто способи оптимізації розподілу й перерозподілу фінансів медичної галузі. Охарактеризовано сучасні технології надходження фінансових ресурсів до охорони здоров'я. Розкрито шляхи посилення фінансового контролю як засобу підвищення ефективності діяльності медичних закладів.

ББК 65.9(2)26

ISBN 978-966-392-427-4

© Портна О. В., 2013

© ВД «ІНЖЕК», 2013

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФУНКЦІОНУВАННЯ	
ФІНАНСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Оптимізація розподілу й перерозподілу бюджетних ресурсів охорони здоров'я	8
1.2. Визначення фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я за допомогою фінансових індикаторів	28
1.3. Оцінка надійності та якості надання медичної допомоги як підґрунтя розподілу та перерозподілу фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я.....	40
Висновки до розділу	52
РОЗДІЛ 2. ФІНАНСОВІ РЕСУРСИ ЗАКЛАДІВ	
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	54
2.1 Сучасні технології надходження фінансових ресурсів до охорони здоров'я.....	54
2.2. Класифікація фінансових ресурсів охорони здоров'я	67
2.3. Впровадження ефективного механізму функціонування фінансів закладів охорони здоров'я	76
2.4. Аналіз фінансів закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області.....	90
Висновки до розділу	103
РОЗДІЛ 3. ПОШИРЕННЯ ФІНАНСОВОГО КОНТРОЛЮ	
ЯК ЗАХОДУ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	104
3.1. Світовий досвід здійснення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я	104
3.2. Актуальність впровадження та удосконалення аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.....	115
3.3. Аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні для підвищення їх результативності	126
Висновки до розділу	141
ВИСНОВКИ	143
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	146

ВСТУП

Ефективний розвиток економіки неможливий без здорового суспільства, що є основою національного добробуту. Це підвищує соціально-економічну значущість системи охорони здоров'я. На сучасну діяльність галузі охорони здоров'я України впливає багато негативних факторів: диспропорції в економіці, соціальна напруга, невпорядковане функціонування фінансів цієї системи, неефективне використання ресурсів, а в результаті – неефективне функціонування закладів охорони здоров'я. У свою чергу, ці фактори призводять до погіршення демографічної ситуації в Україні, подальшого послаблення здоров'я населення, зростання кількості хронічних захворювань, низької якості надання медичних послуг тощо. Тому ефективне функціонування фінансів галузі охорони здоров'я задля оптимізації роботи її закладів є складною, надзвичайно ваговою за обсягом та впливом на ефективність діяльності системи проблемою, що вимагає нових підходів до розподілу й контролю за раціональним витрачанням коштів та ефективністю діяльності всієї системи охорони здоров'я. А їх має забезпечити вироблення та впровадження нових, науково обґрунтованих моделей і методів розподілу й контролю фінансів, які в складних умовах функціонування галузі повинні дати можливість раціонально фінансувати і комплексно контролювати систему охорони здоров'я, впроваджувати у діяльність закладів охорони здоров'я такі принципи, як надійність, якість, результативність, ефективність, оптимальність, раціональність, конкурентоспроможність.

Фінанси галузі охорони здоров'я України слід зорієнтувати на сучасні державні, суспільні та індивідуальні потреби, на функціонування всієї системи у відповідності до вимог міжнародних норм і стандартів підвищення якості життя. Тому необхідно розглядати й аналізувати джерела й обсяги формування ресурсного забезпечення охорони здоров'я, механізми його розміщення та використання, досліджувати зв'язок фінансових ресурсів з результатами діяльності охорони здоров'я як на системному рівні, так і на суспільному, державному, виробничому, індивідуальному, а також активізувати фінансово-економічні стимули підвищення якості діяльності, створені шляхом вибору та конкретизації цільових орієнтирів охорони здоров'я.

Наукове обґрунтування, впровадження та вдосконалення функціонування фінансів становлять основу для реформування всієї системи охорони здоров'я, стають дійовим двигуном перебудови з метою підвищення ефективності діяльності галузі. Точно визначені цілі діяльності та

результати, яких необхідно досягти системі охорони здоров'я, дозволять визначити шляхи фінансування, організації, регулювання та контролю, які б підвищували ефективність вітчизняної медицини.

Серед вітчизняних науковців, які вивчали у період становлення ринкових відносин господарювання теоретичні та практичні аспекти фінансів як соціальної сфери взагалі, так і охорони здоров'я зокрема, слід назвати В. Андрущенка, Й. Бескида, О. Василика, В. Глущенка, А. Гриценка, Т. Камінську, В. Лехан та В. Войцехівського, Л. Лисяк, Я. Радиша, І. Радь, І. Чугунова, С. Юрія та ін.

Дослідження практики організації зарубіжних та вітчизняної систем охорони здоров'я, а також висвітлення економічних закономірностей функціонування цієї галузі проводились українськими вченими, серед яких маємо згадати В. Бідного, Б. Криштопу, В. Рудень та ін.

Представники різних наукових шкіл здійснювали дослідження теоретичних засад економіки охорони здоров'я і науково обґрунтовували місце держави у фінансуванні галузі. Окремі аспекти проблеми, що досліджуються, набули значного розвитку в працях зарубіжних авторів. Це, зокрема, Б. Абель-Сміт, Ю. Лисицин, Д. Райс, П. Самуельсон, Дж. Е. Стігліц, І. М. Шейман та ін.

З огляду на теоретичну і практичну цінність сучасних досліджень щодо фінансів закладів охорони здоров'я, слід зазначити, що існує низка проблемних питань, які потребують додаткового розгляду, аналізу та узагальнення. Насамперед це стосується теоретичних аспектів раціоналізації функціонування фінансів медичних закладів на основі вимірювання результатів діяльності та практичних заходів з удосконалення їх організації шляхом пов'язання обсягів фінансування з кількістю та якістю надаваних послуг. Також виникає потреба в поширенні фінансового контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я з метою проведення детального дослідження ефективності діяльності. Все вищезазначене стало підставою для обрання теми дослідження, визначило його мету й завдання і свідчить про їх актуальність.

Мета дослідження полягає в поглибленні теоретичного фундаменту формування ефективного механізму функціонування фінансів охорони здоров'я в умовах ринкової економічної системи, а також виробленні практичних рекомендації, спрямованих на підвищення ефективності використання фінансових ресурсів медичних закладів, що визначить шляхи та можливості якісних перетворень у зазначеній галузі й стані здоров'я населення, враховуючи загальні тенденції розвитку за допомогою реальних можливостей фінансів цієї сфери.

Відповідно до мети визначено *основні завдання дослідження*:

- дослідити сучасні теоретичні аспекти ефективної поведінки держави у сфері фінансів галузі охорони здоров'я;
- розкрити зміст фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я, її складові та інструментарій, тобто систему індикаторів фінансової надійності діяльності;
- запропонувати вартісну оцінку надійності та якості надання медичної допомоги для вибору пріоритетності фінансування закладів охорони здоров'я;
- розглянути сучасні технології надходження фінансових ресурсів до медичної галузі для визначення найбільш ефективних;
- оцінити сучасний стан фінансів системи охорони здоров'я при багатоканальному надходженні коштів для визначення практичних проблем галузі;
- запропонувати нові підходи до фінансів закладів охорони здоров'я України для оптимальної організації та належного функціонування медичних закладів, взаємозв'язку фінансів з якістю надання медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення;
- оцінити сучасний стан фінансів закладів охорони здоров'я на прикладі медичних установ Харківського району Харківської області для вдосконалення їх фінансування, організації та функціонування;
- вивчити світовий досвід здійснення фінансового контролю та аудиту ефективності у сфері охорони здоров'я для запровадження найліпших теоретичних і прикладних надбань у національну практику закладів охорони здоров'я;
- удосконалити аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в Україні за допомогою розширення об'єкта, суб'єктів контролю і підконтрольних складових;
- адаптувати методику аудиту ефективності до діяльності закладів охорони здоров'я при багатоканальному надходженні фінансових ресурсів.

Об'єктом дослідження є функціонування фінансів системи охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є фінанси охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Для досягнення зазначеної мети у процесі дослідження застосовано у поєднанні цілу низку загальнонаукових і спеціальних методів та підходів, що дозволило забезпечити концептуальну єдність дослідження:

- аналіз і синтез – як емпіричний і теоретичний рівні дослідження для розгляду складових частин та цілісності функціонування фінансів охорони здоров'я;

– порівняльний і статистичний аналіз фінансів охорони здоров'я для встановлення подібностей або відмінностей, а також спільного в системі фінансових відносин галузі;

– системний підхід, який дозволив розглянути з позицій системності досліджувану галузь, фінанси у процесі їх формування, розподілу, перерозподілу, використання та забезпечення контролю за діяльністю охорони здоров'я, складові та функціональні процеси, і концептуально обґрунтувати модель ефективного функціонування фінансів системи охорони здоров'я.

Інформаційно-нормативною базою монографії є законодавчі та нормативно-правові акти України, законопроекти, дані Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, статистичні матеріали Державного комітету статистики України, матеріали звітності Головного фінансового управління Харківської облдержадміністрації, звітні дані управління охорони здоров'я та державної фінансової інспекції у Харківській області, Харківському районі й місті Харкові, звітні дані лікувально-профілактичних закладів Харкова та Харківського району Харківської області, а також монографії та статті вітчизняних і зарубіжних вчених.

Здійснена наукова робота створює передумови для подальших досліджень проблематики, змісту, форм, методів, обсягів, ефективності та оптимізації функціонування фінансів системи охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 1.

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ФІНАНСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Оптимізація розподілу й перерозподілу бюджетних ресурсів охорони здоров'я

Серед проблем охорони здоров'я в Україні саме фінансова потреба негайного вирішення, тому що одним з найвагоміших чинників, що сприяє розвитку й ефективній діяльності системи охорони здоров'я та її соціально-економічній результативності, є оптимізація функціонування фінансів галузі, які, використовуючи економічні важелі підвищення усіх параметрів діяльності, повинні покращувати медичний, соціальний та економічний ефекти, якість надання медичної допомоги та успішність усіх ланок галузі, базуватися на соціальному принципі доступності фінансових ресурсів і ринковому принципі стимулювання ефективності їх використання.

Теоретичні основи функціонування фінансів, фінансових відносин розглядалися багатьма вченими. Розвиток фінансових відносин та інституційних основ економіки дає змогу розглядати фінанси охорони здоров'я з точки зору ринкових відносин, що сприяють пріоритетності інституційних засад формування системи фінансування медицини.

Українським вченим, таким як А. Гриценко, Л. Лисяк, Т. Камінська, В. Новицький, В. Соколов, належить вагомий внесок у вироблення інституційних підходів до економічного зростання, розвитку соціальної сфери, фінансових можливостей охорони здоров'я, теорії суспільного вибору. Усі вони визначають, що на сучасному етапі нематеріальний фактор економічного життя стає дедалі більш вирішальним.

Розглядаючи впровадження інституційних підходів до оптимізації функціонування фінансів системи охорони здоров'я та його впливу на економічне зростання в умовах ринкової трансформації, спираємося на думку В. Соколова, який зазначив: «У будь-якій економічній системі діюче інституційне середовище є нейтральним щодо чинників економічного зростання. Воно може як стимулювати зростання, так і гальмувати його, призводячи навіть до спотворення ринкових механізмів та їх подальшої деградації. Глобалізація світогосподарських процесів і спричинене нею зростання відкритості національних економічних систем суттєво підвищили вразливість внутрішньої економічної діяльності від інституційних негараздів, оскільки до внутрішньої економічної стагнації, викликаної неупорядкованістю ін-

ституційного середовища, додаються негативні наслідки втрати конкурентоспроможності національної економіки внаслідок тривалого збереження та посилення негативного впливу інституційних аномалій»¹.

Висунувши таке твердження, В. Соболев визначає і те, що дослідження цих аномалій є обов'язковим етапом створення достовірної наукової картини інституційного устрою трансформаційної економічної системи. Окрім загальновизнаних вимог щодо обґрунтованості й достовірності наукових результатів, отриманих у процесі теоретичного дослідження, позитивний підхід диктується також і необхідністю вироблення науково-практичних рекомендацій щодо вдосконалення напрямів суспільного впливу на інституційну динаміку з метою її корекції в бік наближення до повнішого врахування суспільних інтересів.

З погляду на це особливого значення набуває висновок про розуміння формального економічного інституту не як механізму абсолютного впорядкування взаємодій суб'єктів господарювання, а лише як механізму, що створює тенденцію до такого впорядкування, оскільки певну частину впорядковуваних елементів, на думку дослідника, треба залишити за інститутом самоорганізації суб'єктів господарювання, роль якого в умовах надзвичайного ускладнення механізмів організації економіки істотно зростає і зростатиме надалі. Цей висновок дозволяє більш реалістично оцінювати регуляторний потенціал держави і водночас не ставати на позиції абсолютизації регуляторного впливу на інституційну динаміку та можливості забезпечення керованості економіки з боку держави, а коли виникає необхідність структурних змін у механізмі взаємодії формальних і неформальних економічних інститутів в українській економіці з метою усунення та подолання диспропорцій і мутацій, які в ньому нагромадились².

Із зазначеного можна зробити висновок, що актуальним стає питання віднайдення та впровадження таких форм і методів оптимізації розподілу та перерозподілу фінансів охорони здоров'я, які б втілювали принципи ринкової економіки, створювали стимули для ефективної діяльності галузі, базувалися на зацікавленості держави й суспільства у досягненні певних результатів від використання фінансових ресурсів. Галузь охорони здоров'я України, навіть за багатоканального її фінансування, все одно потребує і чималого бюджетного виділення коштів, тому що охорона здоров'я повинна залишатися регульованою й контрольованою з боку держави. Ця проблема є суспільною, загальнодержавною, що й обумовлює велике значення інституційного середовища та фінансизації економічного життя.

¹ Інституційні чинники розвитку фінансового сектору економіки в умовах ринкової трансформації : монографія / кол. авторів ; за заг. ред. д-ра екон. наук, проф. В. М. Соболева. – К. : УБС НБУ, 2010. – 350 с. – С. 235–236.

² Там само

Відповідний рівень соціально-економічної ефективності охорони здоров'я, наголошує Т. Камінська, визначають характер та особливості інституційної системи, у якій цей процес здійснюється. Найбільш актуальним напрямом реформ в охороні здоров'я є посилення взаємодії медицини та суміжних інституційних комплексів економіки (держави, корпорації, домогосподарства)¹.

Тому впровадження інституційних підходів до функціонування фінансів охорони здоров'я слід починати з аналізу та посилення взаємодії медицини і держави.

Роль та вплив держави як суспільного інституту в інституційній соціально-економічній моделі розглядається В. Новицьким у площині п'яти підсистем²:

«1. Інституційно-економічна підсистема. Її складають механізми економічного відтворення – виробничі відносини, що передбачають підтримку історично зумовлених процесів виробництва, розподілу, обміну і споживання вироблених благ і продуктів. Така підтримка забезпечується, як правило, неписаними, тобто неформальними правилами здійснення господарських відносин. Говорячи «як правило», маємо на увазі, що «неписаність» не є абсолютним імперативом, вона лише означає, що домінантна логіка господарських зв'язків (ринкова сьогодні, феодалська, рабовласницька або будь-яка інша) переважно не вимагає особливого конституювання у правовому розумінні, а є природною для кожного даного культурологічного і технологічного цивілізаційного типу поведінкової моделі, стереотипів і мотивацій.

2. Інституційно-структурна (організаційна) підсистема. Ця підсистема являє собою комплекс органів різного характеру, що відповідають за управління, регулювання і стимулювання певних видів господарської діяльності. Вона охоплює інститути законодавчої, виконавчої, судової гілок влади, об'єднання підприємців, споживачів, торгово-промислові палати та інше. Залежно від історичного моменту, функціональних завдань і суб'єктивних цілей такі органи можуть або створювати «правила гри» і контролювати їх додержання агентами економічного життя, запроваджуючи тотальний контроль, або брати активну участь у виробленні напрямів технологічного і соціального розвитку. Останнє найбільшою мірою відповідає реаліям інформаційного суспільства, що формується сьогодні.

¹ Каминская Т. Взаимодействие медицины и экономических институтов / Т. Каминская // Економіст. – 2006. – №6. – С. 39–41.

² Інституційні основи інноваційного розвитку економіки: навчальний посібник / за заг. ред. В. Є. Новицького. – К.: КНТ, 2008. – 360 с. с. 12–14.

3. Інституційно-нормативна підсистема. Вона являє собою зведення всіх чинних у певній країні або в цілому блоці досить тісно інтегрованих країн законодавчих документів та інших нормативних актів (насамперед, регулятивних документів виконавчої влади), а також традиційних поведінкових норм та звичаїв.

Далеко не завжди домінантний тип виробничих відносин або економічний лад отримує правове закріплення своїх базових принципів. Як і колись радянська Конституція закріплювала принципи «соціалістичного господарювання», так і сьогодні ряд законів, підзаконні акти деяких ринкових країн і міжнародно-правові норми (наприклад, у контексті міжнародного торгового регулювання) закріплюють ринкові підходи. Конституція України згадує слово «ринок», але не в плані постановки юридичних принципів ринкового життя, а як щось самоочевидне, що впливає на поведінкову логіку суб'єктів економічного життя. Водночас Європейська Конституція приділяє конституюванню ринкових принципів організації соціально-економічного життя значно більше уваги і згадує це слово 78 разів.

4. Інституційно-технологічна підсистема. До неї входять механізми фінансування розробницьких, аналітичних центрів, дослідних інститутів, самі ці структури, а також органи адміністративного апарату, що відповідають за вироблення необхідних підходів і концептуальних принципів поведінки. Продуктом діяльності означених структур є інтелектуальні розробки, розрахунки, цільові програми розвитку, що мають об'єктом свого впливу виробничі підрозділи, і, насамперед, ті з них, які ведуть інформаційномістку діяльність, можуть зробити вклад в інноваційний процес.

5. Інституційно-культурологічна підсистема. Вона найбільшою мірою пов'язана з національними особливостями певної країни, народу, етнічної групи. Врешті-решт, відповідь на питання про те, як певна соціально-економічна модель розвиватиметься на певному історичному етапі в певній країні, а також про те, чи розвиватиметься вона взагалі, залежить від того, наскільки її базові цінності відповідають ціннісним уявленням конкретного етносу та його готовності прийняти певні «правила гри». Дана підсистема може набути особливо вагомого, надприродно великого значення і засобами ідейно-політичного тиску зумовити зміни й деформації інших підсистем. Так трапилось у Радянській Росії, під час ісламістської революції в Ірані, коли логіка домінантної ідеології визначала мотивацію поведінки учасників суспільного життя і навіть критерії соціально-економічної доцільності».

Але, на нашу думку, можна виділити ще одну інституційно-фінансову підсистему. Її складають механізми фінансового відтворення – утворення і використання грошових доходів і фондів на різних рівнях економічної системи між державою, юридичними і фізичними особами – фінансові відносини, що передбачають регулювання формальних та неформальних процесів створення, розподілу, перерозподілу, використання й контролю фінансів. Таке регулювання може забезпечуватися як писаними, так і неписаними правилами здійснення фінансових відносин, зокрема в галузі охорони здоров'я – це грошові відносини медицини та суміжних інституційних економічних комплексів держави, корпорацій, домогосподарств, індивідів. Таким чином інституційно-фінансова підсистема допоможе формувати модель, «правила гри», стереотипи і мотивації, що створюють необхідні підходи й концептуальні принципи поведінки і навіть критерії соціально-економічної доцільності, використовуючи фінанси як головний важіль¹.

Враховуючи складність функціонування фінансів й діяльності галузі охорони здоров'я, що охоплює як соціальну сферу загалом та державну фінансово-економічну політику в галузі охорони здоров'я, так і суспільні відносини (стосунки закладів охорони здоров'я та пацієнтів, конкуренція ринків, ставлення лікарів до пацієнтів, задоволення споживачів, споживачькі переваги населення, суспільні сподівання, стереотипи поведінки тощо), нам необхідно запроваджувати масштабне суспільно-державне втручання у фінансування та організацію медичної допомоги. Завдяки цьому можна вирішити ключове питання організації медичної допомоги, а саме – питання, яке забезпечує відтворення та ефективність діяльності даної сфери: про оптимізацію механізмів функціонування фінансів та контролю якості використання коштів. Ефективне фінансування галузі охорони здоров'я можливе лише шляхом регулювання діяльності, спрямування перетворень та змін на вирішення соціальних завдань зі збереження здоров'я населення, підвищення тривалості життя, виходу з демографічної кризи тощо. Тому удосконалення схем розподілу, перерозподілу, використання й контролю фінансової галузі має спиратися на вироблені, узгоджені та загальноприйняті «правила гри», стереотипи і мотивації, що створюють необхідні підходи й концептуальні принципи поведінки громадян, як надавачів грошових коштів і отримувачів медичної допомоги, та критерії соціально-економічної доцільності діяльності медичних закладів, як отримувачів фінансових ресурсів та надавачів медичної допомоги.

¹ Портна О. В. Інституційні підходи до формування фінансового забезпечення охорони здоров'я / О. В. Портна // Матеріали за 6-а міжнародна научна практична конференція «Образование и наука 21 век». – София, 2010. – Т. 2 : Економіки. – С. 47–50.

Акцентуючи увагу на розгляді інституційних підходів до функціонування фінансів охорони здоров'я, визначимо, в чому полягають актуальність, значущість, загальність і невідворотність даної проблеми та необхідність її вирішення. Застосування інституційного підходу в традиційній малоефективній моделі фінансування охорони здоров'я може зруйнувати існуючі міжособистісні відносини в медицині і навіть соціальні конструкції. Це потрібно тому, що ¹:

- у сфері охорони здоров'я вже неможливе подальше існування попередньої затратної моделі, з огляду на її вже очевидно катастрофічні економічні, соціальні, демографічні та інші наслідки;

- існує ресурсне забезпечення охорони здоров'я націлене на фінансування хвороби;

- фінансові ресурси обмежені, що унеможлиблює якісне задоволення дедалі зростаючих потреб населення у послугах охорони здоров'я;

- виникають сучасні потреби, які втілюються у нові види й форми попиту на медичні послуги, а відтак – у додаткові обсяги фінансування, що вимагає інноваційності в організації фінансів галузі;

- у сфері охорони здоров'я зростає питома вага інформації, знань, інтелектуальних цінностей;

- збереження здоров'я безпосередньо стосується інтересів усіх людей, регіонів, держави та світу, зумовляючи не тільки особливості сучасного суспільного соціально-економічного буття, але й саму парадигму їх подальшого існування і розвитку;

- охорона здоров'я має важливий, обов'язковий, безперечний соціально-економічний характер і не може бути недооцінена, оскільки це могло б спричинити вкрай несприятливі і навіть фатальні соціально-економічні наслідки як для України, так і для світової спільноти;

- охорона здоров'я, з точки зору практичного підходу до її фінансування, вимагає долучення до відповідних практичних дій держави та всього суспільства, з метою комплексного вирішення численних пов'язаних з нею питань при безумовній відповідальності за результативність докладених зусиль.

Як свідчить Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки (а саме її розділ «Реформа медичного обслуговування») та як зазначала І. Акімова, сучасне реформування системи охорони здоров'я України спрямоване на поліпшення забезпеченості фінансовими ресурсами, яких не ви-

¹ Портна О. В. Інституційні підходи до формування фінансового забезпечення охорони здоров'я / О. В. Портна // Матеріали за 6-а міжнародна научна практична конференція «Образование и наука 21 век». – София, 2010. – Т. 2 : Икономики. – С. 47–50.

стачає, та підвищення ефективності використання цих ресурсів зі збереженням та удосконаленням бюджетного фінансування медичної галузі¹.

На думку автора, слід деталізувати напрямки та запропоновані заходи реформування медичного обслуговування (табл. 1.1). Тоді важливою стає раціоналізація розподілу й перерозподілу, адже мова йдеться не про скорочення або підвищення обсягів виділених коштів, а про підвищення ефективності функціонування фінансів.

Таблиця 1.1

**Авторська деталізація заходів реформування
медичного обслуговування**

Напрямки реформування медичного обслуговування²	Заходи, запропоновані Програмою економічних реформ³	Деталізація заходів, запропонованих Програмою економічних реформ
Зміна мережі закладів охорони здоров'я	Реструктуризація мережі за допомогою чіткого розділу рівнів медичної допомоги – це, з одного боку, економія ресурсів, а з іншого – підвищення кваліфікації лікарів та якості послуг.	Зміна кількості та складу медичних закладів шляхом: – визначення пріоритетів фінансування на основі оцінки надійності та якості медичної допомоги; – покриття витрат та підвищення конкурентоспроможності медичних закладів через впровадження індивідуальних накопичувальних рахунків населення і оплати з них фактично отриманої медичної допомоги.
Зміна системи фінансування охорони здоров'я	Збереження бюджетного фінансування, удосконалення програмно-цільового методу шляхом введення пулу ресурсів, де існують дві статті – заробітна плата та все інше	Оптимізація бюджетного фінансування завдяки перерозподілу частки бюджетних коштів на індивідуальне фінансування населення
Удосконалення системи контролю якості	Впровадження клінічного протоколу – документа, що свідчить про правильне чи неправильне лікування хворого. Впровадження системи акредитації медичних закладів, організацій із захисту прав пацієнтів.	Методика оцінки надійності та якості наданих медичних послуг у вартісному вираженні. Аудит ефективності діяльності медичних закладів, що включає й деталізує показники ефективності, такі як: соціальна ефективність, медична ефективність, економічна ефективність, оцінка надійності та якості, цінова дисципліна.

¹ Реформа медичного обслуговування [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я: офіційний сайт. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_program/. – Назва з екрану. 2. Ирина Акимова: «Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения» / [інтерв'ю брала Лидія Суржик] // Зеркало недели. – 2011. – 4 февр. (№ 4). – С. 5.

² Там само

³ Там само

Роль і завдання державної фінансової політики В. Глущенко визначив так: «Зусилля всіх владних структур мають спрямовуватися на досягнення головної мети – всебічного розвитку. А фінансова політика окремих органів влади та інструменти її реалізації повинні бути частиною скоординованої загальнодержавної політики, елементи якої не суперечать один одному, а підвищують ефективність всієї системи державного регулювання економіки»¹.

Він наголошує, що фінансова політика базується на об'єктивних економічних законах, а зараз це означає – на законах ринкових відносин. Вона має на меті фінансову стабілізацію, визначення умов існування між суб'єктами господарювання і створення рівного конкурентного середовища. Важелями такої політики є фінансування і стимулювання. Різниця між цими напрямками дуже велика, і якщо її не враховувати, можна стати на шлях безглузлого формування фінансової політики або прилаштування її до влади, служіння владним структурам².

Гадаємо, що тут доцільно буде розглянути проблему раціональної фінансової поведінки держави в галузі охорони здоров'я.

Сьогодні в Україні, як заявляють відомі вітчизняні вчені А. Гриценко, С. Буковинський, Т. Кричевська, «сталось зміщення розвитку можливих напрямів соціальної політики постійним розширенням кількості різноманітних видів соціальної допомоги й пільг із низьким рівнем адресності»³.

Загальноприйнятими орієнтирами та принципами соціальної політики в галузі охорони здоров'я є справедливість, рівність, доступність та доцільність. Відповідно до цього характерними рисами галузі повинні бути її мобільність, динамічність та висока функціональність. Серед проблем, вирішення яких дозволить підвищити рівень оздоровчих заходів, необхідно виділити проблему пошуку нових ефективних методів фінансування.

Названі вже А. Гриценко, С. Буковинський, Т. Кричевська зазначають, що в останні роки за пріоритет соціальної політики в Україні було обрано підтримання найбільш вразливих, малозабезпечених, соціально вразливих, непрацездатних груп населення. Соціальні функції держави звузилися. Механічне збільшення ресурсного забезпечення соціальної сфери підмінило собою зміни, які мали відбутися

¹ Вплив фінансово-кредитного механізму на розвиток суб'єктів господарювання : монографія / відп. ред. В. В. Глущенко. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2007. – 358 с. – С. 10.

² Там само

³ Буковинський С. А. Середньострокова монетарна стратегія та проблеми її формування та реалізації в Україні / С. А. Буковинський, А. А. Гриценко, Т. О. Кричевська // Фінанси України. – 2008. – № 6. – С. 3–30. – С. 13.

в її організації й технологіях соціальних потреб, що підвищило б ефективність соціальних витрат ¹.

Отже, на думку автора, зміни в організації та технологіях соціальних потреб насамперед залежать від впровадження державною фінансовою політикою в галузі охорони здоров'я таких важелів, які пов'яжуть фінансові потоки з якістю і кількістю надаваних послуг.

Російські вчені С. Тернов та М. Малаховська розглянули економічні принципи державного регулювання ринку медичних послуг². При визначенні розмірів фінансування охорони здоров'я необхідно розуміти, що потреби в медичних послугах, як і економічні потреби загалом, є безмежними і обумовлені соціально-економічною природою категорії «здоров'я». Ця обставина в умовах обмежених ресурсів суспільства не дозволяє досягти повного задоволення потреб населення у медичних послугах, незалежно від організаційно-економічної моделі системи охорони здоров'я. За існуючих умов доводиться говорити тільки про раціоналізацію розподілу економічних ресурсів суспільства, що дозволить максимізувати ступінь задоволення його потреб у медичних послугах, що, в принципі, відповідає існуючим критеріям оцінки організації медичної допомоги ³.

Критерієм раціональної економічної поведінки в системі ринкового господарювання, у загальному вигляді, є відповідність граничних витрат граничним вигодам, тобто ⁴:

$$MC = MR,$$

де *MC* (marginal cost) – граничні витрати;

MR (marginal revenue) – граничні доходи.

У сучасній літературі з питань соціально-економічного значення здоров'я дослідники виділяють індивідуальний, виробничий, державний

¹ Буковинський С. А. Середньострокова монетарна стратегія та проблеми її формування та реалізації в Україні / С. А. Буковинський, А. А. Гриценко, Т. О. Кричевська // *Фінанси України*. – 2008. – № 6. – С. 3–30. – С. 13.

² Тернов С. Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С. Ф. Тернов, М. В. Малаховская // *Экономика здравоохранения*. – 2005. – № 1. – С. 34–38.

³ 1. Тернов С. Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С. Ф. Тернов, М. В. Малаховская // *Экономика здравоохранения*. – 2005. – № 1. – С. 34–38. 2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.

⁴ 1. Курс экономической теории : учебник / под ред. М. Н. Чепурина, Е. А. Киселевой. – 4-е доп. и перераб. изд. – Киров : АСА, 2000. – 752 с. 2. Нуреев Р. М. Курс микроэкономики : учеб. для вузов / Р. М. Нуреев. – 2-е изд., изм. – М. : НОРМА, 2002. – 572 с. 3. Тернов С. Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С. Ф. Тернов, М. В. Малаховская // *Экономика здравоохранения*. – 2005. – № 1. – С. 34–38. – С. 35.

і суспільний рівні¹. Для кожного із цих рівнів існують свої економічні показники та критерії оцінки. Ґрунтуючись на такому розумінні соціально-економічного значення здоров'я, медична послуга як один із засобів відновлення і збереження здоров'я має свою цінність, по-перше, на рівні пацієнта та його сім'ї, по-друге, – на рівні підприємства, співробітником якого він є, по-третє, – держави (місто, область, край і т. д.), в якій він живе, і по-четверте, – суспільства загалом. Це необхідно пам'ятати при визначенні витрат і вигід медичної діяльності².

Граничні суспільні вигоди медичної послуги мають вигляд³:

$$ГСВ = ГПВ + ГППВ + ГДВ + ГЗВ, \quad (1.1)$$

де *ГСВ* – граничні суспільні вигоди;

ГПВ – граничні приватні вигоди;

ГППВ – граничні вигоди працедавця пацієнта;

ГДВ – граничні вигоди держави;

ГЗВ – граничні зовнішні вигоди.

Граничні суспільні витрати медичної послуги визначаються так⁴:

$$ГСВ = ГПВ + ГППВ + ГДВ + ГЗВ, \quad (1.2)$$

де *ГСВ* – граничні суспільні витрати;

ГПВ – граничні приватні витрати;

ГППВ – граничні витрати працедавця пацієнта;

ГДВ – граничні витрати держави;

ГЗВ – граничні зовнішні витрати.

Рівність набуває вигляду⁵:

$$ГПВ + ГППВ + ГДВ + ГЗВ = ГПВ + ГППВ + ГДВ + ГЗВ. \quad (1.3)$$

Як бачимо, суспільно ефективна система охорони здоров'я досягається при такому розподілі економічних ресурсів, коли граничні суспільні вигоди медичної діяльності відповідають її граничним витратам.

¹ 1. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения : учеб. пособ. / А. И. Вялков, Б. Г. Райзберг, Ю. В. Шиленко ; под ред. А. И. Вялкова. – М. : ГЭОТАР-МЕД., 2002. – 328 – с. 2. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. – М. : МЕД пресс-информ, 2002. – 528 с. 3. Тернов С. Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С. Ф. Тернов, М. В. Малаховская // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 34–38. 4. Экономика здравоохранения: учеб. пособ. / под ред. А. В. Решетникова. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 272 с.

² Тернов С. Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С. Ф. Тернов, М. В. Малаховская // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 34–38. – С. 35.

³ Там само.

⁴ Там само.

⁵ Там само.

Соціально-економічна природа категорії «здоров'я» визначає подвійну роль держави у процесі фінансування медичних послуг. По-перше, держава є суб'єктом ринку медичних послуг і повинна фінансувати охорону здоров'я в обсягах, що дозволяють очікувати виграшу від турботи про здоров'я населення. По-друге, держава за допомогою податків і субсидій має здійснювати трансформацію зовнішніх ефектів у внутрішні, проте підходи до визначення граничних зовнішніх вигод і витрат медичних послуг досі не розроблено.

Зовнішні ефекти в охороні здоров'я обумовлені взаємозалежністю індивідуального і суспільного здоров'я, що визначається ступенем інтеграції індивідуума в соціально-економічне життя суспільства. В економічному аспекті дану залежність можна визначити як потребу в обміні економічними благами між суспільством і людиною, що кількісно виражається вартістю обмінюваних благ. Отже, розмір податку, що коригує зовнішній ефект в охороні здоров'я, в умовах ринку визначається обсягом товарів і послуг, споживаних індивідуумом, а дотації – розміром його заробітної плати.

Щоб запропонувати раціональну економічну поведінку держави як суб'єкта ринку медичних послуг, необхідно розглянути динаміку витрат і вигравів держави при фінансуванні медичних послуг на короткий термін. Тому російські вчені С. Тернов та М. Малаховська припускають, що в умовах ринку існує певний обсяг медичних послуг, що характеризується кривими попиту і пропозиції та точкою ринкової рівноваги, якій відповідають рівноважна ціна і рівноважний обсяг. При цьому крива попиту відображає сукупність граничних вигод медичної послуги на індивідуальному і виробничому рівнях при різних обсягах споживання¹.

Додаткове державне фінансування охорони здоров'я через дотування населення спричиняє зрушення кривої попиту, встановлюючи при цьому інші значення рівноважної ціни і рівноважного обсягу.

Витрати держави на утримання адміністративного апарату охорони здоров'я і підтримання відповідної організаційно-правової бази на короткий термін стають постійними і не залежать ні від обсягу медичних послуг, ні від розміру дотацій.

Змінні витрати відображають обсяг державних дотацій населенню і перебувають у прямій залежності від розміру дотації та обсягу затребуваних медичних послуг.

Сума постійних і змінних витрат утворює валові витрати держави на фінансування охорони здоров'я при кожному конкретному обсязі виробництва медичних послуг.

¹ Тернов С. Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С. Ф. Тернов, М. В. Малаховская // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 34–38.

Граничні витрати відображають витрати держави, необхідні для виробництва додаткової одиниці медичних послуг. За умови, що розмір державних дотацій рівний для всіх споживачів, граничні витрати будуть відповідними розміру дотації при будь-якому обсязі виробництва медичних послуг.

В умовах ринку явний дохід держави формується за рахунок податкових зборів і є такою собі функцією f (ВВП). Виграші держави від послуг охорони здоров'я можна розглядати як у короткостроковому, так і в довгостроковому вимірах. З одного боку, вони впливають на обсяг ВВП, з іншого, – призводять до скорочення державних витрат на оплату лікарняних листків і виплат з інвалідності.

Залежність обсягу ВВП від охорони здоров'я визначається впливом медичних послуг на здоров'я населення, яке в соціально-економічному аспекті розглядається і як здатність здійснювати індивідуальну і суспільно корисну діяльність, і як вища потреба, на задоволення якої ця діяльність спрямована¹. В обох випадках здоров'я і медична послуга мають свою вартість, яка може бути виражена ціною і є часткою ВВП. Очевидно, що між ціною медичної послуги і доходом держави існує пряма залежність.

Дохід, отриманий державою від виробництва додаткової одиниці медичних послуг, є граничним доходом. Якщо припустити, що кожна одиниця аналізованої медичної послуги має рівну цінність на виробничому рівні, то граничний дохід зростатиме у міру підвищення ціни медичної послуги, викликаного збільшенням розміру дотацій, і залишатиметься постійним при будь-якому обсязі виробництва медичних послуг.

Порівняння граничного доходу з граничними витратами фінансування медичних послуг дозволяє визначити раціональну поведінку держави по відношенню до охорони здоров'я. Обсяг фінансування, при якому граничні витрати менші за граничний дохід, дає додатковий прибуток, і держава може збільшувати розмір дотацій. Перевищення граничного доходу завдає збитків, і лише коли граничний дохід рівний граничним витратам, досягається оптимальний обсяг державного фінансування медичних послуг. При цьому може відбуватися узгодження інтересів всіх суб'єктів охорони здоров'я.

Структура та обсяги фінансування системи охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на розумінні соціально-економічної природи здоров'я людини і його цінності на різних рівнях суспільства, при цьому раціональна

¹ 1. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения : учеб. пособ. / А. И. Вялков, Б. Г. Райзберг, Ю. В. Шиленко ; под ред. А. И. Вялкова. – М. : ГЭОТАР-МЕД., 2002. – 328 с.
2. Тернов С. Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С. Ф. Тернов, М. В. Малаховская // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 34–38.

економічна поведінка держави як суб'єкта ринку медичних послуг має на увазі фінансування системи охорони здоров'я в обсязі, за якого граничні витрати фінансування дорівнюють його граничним доходам.

Розглядаючи проблеми функціонування інституту бюджетної політики, Л. Лисяк зазначила: «Для того щоб оптимізувати задоволення суспільних, колективних та індивідуальних потреб громадян, важливо проаналізувати механізми, за допомогою яких бюджетна політика як інститут реалізує своє суспільно-економічне призначення»¹.

Тому, на думку автора, у межах даного дослідження доцільно теоретично обґрунтувати підходи до ефективного перерозподілу бюджетних ресурсів медичної галузі України, маючи на увазі не стільки зміну обсягів, скільки спрямованість коштів на досягнення позитивного результату від їх використання. Відомо, що джерела фінансування охорони здоров'я України діляться на два сектори: бюджетний та позабюджетний. Принципи формування фінансів в цих секторах значно відрізняються. Хоча, безумовно, між ними існують взаємозв'язки як економічного, так і позаекономічного характеру. Однак, розглядаючи функціонування фінансів галузі охорони здоров'я на державному рівні, бюджетне та позабюджетне фінансування треба відокремлювати одне від одного².

Формувати обсяг бюджетного фінансування можна, спираючись на формулу:

$$V_{\text{заг}} = V_{\text{бюдж}} = FC_B + c_B \cdot Q_B, \quad (1.4)$$

де $V_{\text{бюдж}}$ – обсяг бюджетного фінансування;

FC_B – умовно-постійні витрати;

c_B – собівартість медичної допомоги;

Q_B – обсяг надаваної медичної допомоги.

Виходячи з того, що даний спосіб використовується на макrorівні, поняття «медична допомога» слід трактувати узагальнено: і як медичну операцію, і як сеанс діагностики, і як обсяг санаторно-курортного обслуговування в людино-днях тощо. Іншими словами, обсяг операцій – це певна узагальнена, усереднена форма медичної допомоги, що вимірюється в умовних натуральних одиницях. При бюджетному фінансуванні вартість надання медичної допомоги, яку держава надає закладам охо-

¹ Лисяк Л. В. Трансакційні витрати функціонування інституту бюджетної політики / Л. В. Лисяк // Фінанси України. – 2010. – № 2. – С. 27–35. – С. 34.

² Портна О. В. Сучасні теоретичні аспекти фінансового забезпечення системи охорони здоров'я / О. В. Портна // Вісник Дніпропетровської державної фінансової академії. Економічні науки. – 2012. – № 1 (27). – С. 68–72

рони здоров'я, дорівнює питомій собівартості цієї допомоги. За відсутності позабюджетних джерел надходження коштів до охорони здоров'я весь обсяг фінансового навантаження лягає на бюджет:

$$V_{\text{заг}} = V_{\text{бюдж}}.$$

Із формули 1.4 виходить, що плановий обсяг медичної допомоги з боку держави складає:

$$Q_B = (V_{\text{заг}} - FC_B) / c_B. \quad (1.5)$$

Очевидно те, що покращення здоров'я є природною потребою людини, обсяг якої практично безмежний. Тому потреба в державній медичній допомозі свідомо перевищує пропозицію (1.5) за будь-якого практично можливого обсягу фінансування. Це тим більше справедливо в умовах України, при її обмежених бюджетних можливостях.

Незадоволений попит на державну безоплатну медичну допомогу задовольняється на ринку платної медичної допомоги. При цьому обсяг платоспроможного попиту на медичну допомогу Q_I у відповідності до ринкових законів визначається ціною допомоги (p):

$$Q_I = \varphi(p). \quad (1.6)$$

Слід зауважити, що ринок медичної допомоги є еластичним у широкому діапазоні цін на неї. Така еластичність обумовлена, по-перше, дуже великою (практично безмежною) граничною ємністю ринку (тобто при $p \rightarrow 0$), по-друге, наявністю бюджетного фінансування.

Витрати населення на платну медичну допомогу, яку надають як державні заклади охорони здоров'я, так і позадержавні, можна вивести за формулою V_H :

$$V_H = p \cdot Q_H = \underbrace{FC_H + c_H \cdot Q_H}_{CC_H} + \Pi_H, \quad (1.7)$$

де Π_H – прибуток платного сектора ринку медичних послуг;

CC_H – собівартість медичної послуги;

FC_H – її умовно-постійна частина;

c_H – питома собівартість одиниці послуги.

Очевидно, що, $c_H \geq c_B$ і це відображає як гіршу якість обслуговування, так і більше податкове навантаження.

Із формули 1.7 випливає, що

$$\Pi_H = (p - c_H) \cdot Q_H - FC_H. \quad (1.8)$$

Ринок медичної допомоги, безумовно, неоднорідний за ступенем розвитку, обіговості коштів, капіталоємності, періоду окупності інвестицій. Разом з тим, якщо розглядати його на макрорівні, то можна припустити, що його структура відповідає природній для будь-якого ринку цільовій функції – максимізації прибутку ($\Pi_H \rightarrow \max$). У такому випадку ціна послуги визначається умовою:

$$\Pi'_H = \varphi(p) + (p - c_H) \cdot \varphi'(p) = 0.$$

Звідси виходить, що

$$p = c_H - \frac{\varphi(p)}{\varphi'(p)}.$$

Якщо еластичність попиту постійна й дорівнює s (що відповідає моделі $\varphi(p) = Ap^{-s}$), то $p = c_H + p/s$ та, відповідно,

$$p = \frac{c_H}{1 - s^{-1}}, \quad (1.9)$$

що відповідає обсягові послуг

$$Q_H = A \left(\frac{c_H}{1 - s^{-1}} \right)^{-s} \quad (1.10)$$

та прибутку платної медицини

$$\Pi_H = -FC_H + pQ_H / s.$$

Загальний обсяг медичної допомоги, що надається населенню, складає:

$$Q_{\text{заг}} = Q_B + Q_H \quad (1.11)$$

Формула 1.10 свідчить, що чим менша еластичність попиту на медичні послуги, тим вища рентабельність одиниці послуг. Так, при $s = 3$ $p = 1,5 C_H$; при $s = 2$ $p = 2 C_H$, при $s = 1,25$ $p = 5 C_H$. Із цієї ж формули виходить, що при $s \leq 1$ запропонована модель стає непридатною.

Доходимо висновку: чим більша монополізація ринку, тим менша еластичність попиту на медичні послуги, тим вищі ціни на ньому і, відповідно, менший обсяг допомоги, яка надається. Саме така ситуація зараз спостерігається в Україні. За винятком окремих сегментів ринку (таких як стоматологія), ціни диктуються надто високі, недосяжні для більшості населення. У результаті він існує як ринок для багатих, а така вузькість неминуче обмежує його розвиток і знижує соціальну значущість у масштабах суспільства, уповільнює поступ медичної науки, апробацію та впровадження нових препаратів, засобів діагностики й методів лікування, що, у свою чергу, гальмує розвиток ринку сучасного медичного обладнання й фармацевтичного ринку.

Тому необхідно знизити ціни та розширити ринок, що зробити його доступним для представників середнього класу. Необхідність інтенсивного залучення на ринок медичної допомоги середнього класу обумовлена тим, що переважна його частина належить до економічно активного населення, а значна частина ще й репродуктивного віку. До того ж треба пов'язати обсяги державного індивідуального фінансування медичної допомоги з офіційними особистими доходами громадян, з яких сплачуються податки та наповнюється бюджет.

Ясна річ, залучення середнього класу, з одного боку, поліпшить здоров'я (а значить, і продуктивність праці), а з іншого боку, – стимулюватиме до більш інтенсивної праці.

Але для розвитку ринку медичної допомоги необхідні зусилля держави. Важливим напрямом фінансової діяльності держави у сфері охорони здоров'я може бути стимулювання платоспроможного попиту на платну медичну допомогу (як у державних закладах охорони здоров'я, так і позадержавних) шляхом фінансування з боку держави. Таке фінансування може надаватися в різних формах та напрямках:

- цільове фінансування окремих підгалузей медицини або наукових центрів;
- фінансування у формі оплати за фактично надану населенню платну допомогу;
- фінансування, що надається безпосередньо населенню чи медичному закладові;
- фінансування, що надається всім категоріям населення або окремим соціальним групам.

Зараз держава використовує тільки перший спосіб. Цільове виділення коштів окремим напрямом медицини та науковим центрам допомагає зберегти медичну науку, але не дозволяє вирішити головного завдання: підвищення оптимальності використання бюджетних коштів та ефективності діяльності галузі охорони здоров'я. Крім того, способів підтримання галузі, за якого обсяг бюджетного фінансування не пов'язаний з кінцевим результатом, неминуче притаманні корупція та нецільове використання коштів.

Головною перевагою індивідуального фінансування допомоги є неодмінна залежність величини фінансування від обсягу допомоги. Обов'язковою умовою життєздатності цієї системи є жорстка платіжна дисципліна з боку держави та всеохоплюючий державний контроль за якістю надання медичної допомоги, за результатами діяльності закладів охорони здоров'я, за ефективним витрачанням бюджетних коштів.

У разі такого фінансування обсяг коштів галузі перерозподіляється:

$$V = \underbrace{FC_B + c_B \cdot Q_B^1}_{V_{\text{бюдж}}} + \underbrace{\alpha \cdot c_B \cdot Q_H^1}_{V_{\text{позабюдж}}}, \quad (1.12)$$

де α – коефіцієнт, який показує частку вартості допомоги, що компенсується державою.

Як норматив держава використовує планову вартість цієї допомоги в бюджетній медицині. При деталізації макроекономічної моделі (1.12), безумовно, необхідна диференціація цього коефіцієнта за видами допомоги, галузями медицини й т. ін.

Із формули (1.12) випливає, що обсяг допомоги бюджетної медицини зменшиться у порівнянні з початковим Q_B (1.5) та буде складати:

$$Q_B^1 = \frac{V_{\text{бюдж}} - FC_B}{c_B} = \frac{V_{\text{заг}} - FC_B}{c_B} - \alpha \cdot Q_H^1 = Q_B - \alpha \cdot Q_H^1 \leq Q_B. \quad (1.13)$$

Обсяг послуг, які надає платна державна і позадержавна медицина Q_H^1 , також зміниться у порівнянні з початковим, що і визначається за допомогою індексу (1).

Слід зазначити, що при аналізі фінансування неважливо, про що йдеться: чи про дійсне переливання частини коштів з бюджетної безоплатної медицини в платну, чи про додаткове фінансування платної медицини в обсягах, більших за фінансування бюджетної. Вся різниця в тому, що у другому випадку базову модель (1.4) – (1.11) слід розглядати як умовний спосіб. За великого дефіциту бюджету України більш реалістичною виглядає перша пропозиція – індивідуальне фінансування медичної допомоги (повністю або частково) за рахунок зниження витрат на утримання бюджетної медицини.

Прибуток бюджетних медичних закладів від надання платних послуг чи позабюджетних медичних закладів буде дорівнювати:

$$\begin{aligned} \Pi_H^1 &= \underbrace{(p_1 - \alpha \cdot c_B) Q_H^1}_{\text{Витрати населення}} + \underbrace{\alpha \cdot c_B \cdot Q_H^1}_{\text{Субсидії}} - \underbrace{(FC_H + c_H \cdot Q_H^1)}_{\text{Собівартість}} = \\ &= (p_1 - c_H) \cdot Q_H^1 - FC_H, \end{aligned} \quad (1.14)$$

що за формою збігається з (1.8).

Вартість, яку сплачує пацієнт, становить $p_1 - \alpha \cdot c_B$, тому платоспроможний попит визначатиметься не виразом (1.6), а виразом

$$Q^1 = \varphi(p_1 - \alpha c_B), \quad (1.15)$$

де функція $\varphi(x)$ залишається попередньою та при постійній еластичності дорівнює $\varphi(x) = Ax^{-s}$.

Якщо припустити, що медичні заклади встановлять таку вартість допомоги, яка б, як і раніше, дозволяла максимізувати свій прибуток, то така вартість буде дорівнювати:

$$p_1 = \frac{c_H - \alpha c_B / s}{1 - s^{-1}} = p \cdot \left(1 - \frac{\alpha \cdot k}{s}\right), \quad (1.16)$$

де запроваджено позначення $k = c_B / c_H$. Якщо величина α дорівнює частці фінансування на допомогу відносно її вартості для бюджетного забезпечення медичних закладів, то величина αk – частці фінансування на допомогу відносно її вартості для платного. Як вже зазначалося, $c_B \leq c_H$, тому $0 < k \leq 1$.

Аналіз виразу (1.16) свідчить, що при відносній величині фінансування, рівній α , відносне зменшення цін на медичну допомогу складе $\alpha k / s$, тобто буде завжди меншим, ніж α . В абсолютних величинах обсяг фінансування складе $\alpha \cdot c_B$, а зниження вартості – $\alpha \cdot c_B / (s - 1)$. Отже, при не дуже високій еластичності попиту ($1 < s < 2$) абсолютне зниження ціни буде більшим за величину фінансування.

Цей факт має очевидне обґрунтування: надавачам платної допомоги стає вигідніше знижати вартість і отримувати прибуток за рахунок збільшення обсягу допомоги, ніж тримати високі ціни.

Обсяг послуг, відповідний ціні (1.16), дорівнюватиме:

$$Q_H^1 = A \left(\frac{c_H - \alpha c_B / s}{1 - s^{-1}} - \alpha c_B \right)^{-S} = A \left(\frac{c_H - \alpha c_B}{1 - s^{-1}} \right)^{-S} = Q_H \cdot (1 - \alpha k)^{-S}. \quad (1.17)$$

Відносне збільшення обсягу платної допомоги складе $(1 - \alpha k)^{-S} > 1 + \alpha ks$. Безумовно, надавачі допомоги можуть і не впоратися з таким ростом платоспроможного попиту. В цьому випадку вони встановлять ціни, більші за оптимальні (1.16). Однак при цьому вони й самі отримають менший прибуток, ніж могли б.

Згідно з (1.13) та (1.14) загальний обсяг медичної допомоги становитиме:

$$Q_{\text{заг}}^1 = Q_B^1 + Q_H^1 = Q_B + (1 - \alpha) Q_H^1 = Q_B + Q_H \frac{1 - \alpha}{(1 - \alpha k)^S}. \quad (1.18)$$

Порівнявши отриманий вираз із виразом (1.11), отримаємо:

$$\Delta Q_{\text{заг}} = Q_{\text{заг}}^1 - Q_{\text{заг}} = Q_H \cdot \left(\frac{1 - \alpha}{(1 - \alpha k)^S} - 1 \right). \quad (1.19)$$

Маючи модель у вигляді (1.18) – (1.19), можемо поставити наступну задачу: знайти таке значення α , при якому загальний обсяг медичної до-

помоги буде максимальним. Знайшовши похідну від (1.18) за α та порівнявши її до нуля, отримуємо:

$$\alpha_{opt} = \frac{ks - 1}{ks - k} = \frac{s - 1/k}{s - 1}. \quad (1.20)$$

При цьому можна довести, що при $ks > 1$ існує граничний поріг α_{max} , з перевищенням якого фінансування стає неефективним (тобто значення $\Delta Q_{заг}$ (1.19) буде менше від нуля), а $0 < \alpha_{opt} < \alpha_{max}$. Якщо $ks < 1$, то значення α_{opt} (1.20) стає менше від нуля. Цей результат слід інтерпретувати так: при невисокій еластичності попиту (значення s невелике) і при значному перевищенні c_H над c_B (значення k невелике) фінансування стає не вигідним для суспільства.

Отримані результати показують: якщо попит еластичний ($s > 1$), а надавачі медичної допомоги формують вартість, виходячи зі стратегії отримання максимального прибутку, то фінансування платної допомоги, яка надається в державних та позадержавних закладах, загалом для суспільства може бути ефективнішим, ніж спрямування цих коштів на підтримання традиційної бюджетної медицини. Таке фінансування буде тим більш вигідним, чим нижча вартість платної допомоги, яку надають бюджетні та позабюджетні медичні заклади (як показано на *рис. 1.1*, розробленому автором). Тобто доведено, що цей підхід до перерозподілу бюджетних фінансів охорони здоров'я, при участі держави і в умовах багатоканального фінансування, дозволить використовувати бюджетні кошти на оплату фактично наданих медичних послуг населенню, з одного боку, – як одержувачів ресурсів та медичної допомоги, так і бюджетних та позабюджетних медичних закладів, з іншого, – як надавачів медичної допомоги.

Впровадження в Україні запропонованого підходу до перерозподілу бюджетних фінансових ресурсів охорони здоров'я дозволить також посилити контроль за цінами та всією діяльністю медичної галузі в бюджетному і позабюджетному секторах, розширити ринок та доступність медичної допомоги, знизити вартість медичних послуг і використовувати ресурси на фактично надані послуги. Слід також додати: проведене дослідження доводить, що перерозподіл бюджетних коштів з метою послаблення фінансового навантаження на бюджет, підвищення оптимальності використання державних коштів та ефективності діяльності галузі охорони здоров'я, доступності медичної допомоги виявляється ефективним і для суспільства, і для держави.

Таким чином, доведено й теоретично обґрунтовано, що підхід до перерозподілу бюджетних ресурсів медичної галузі на основі порівняння вартості державних та платних медичних послуг, визначення ємності

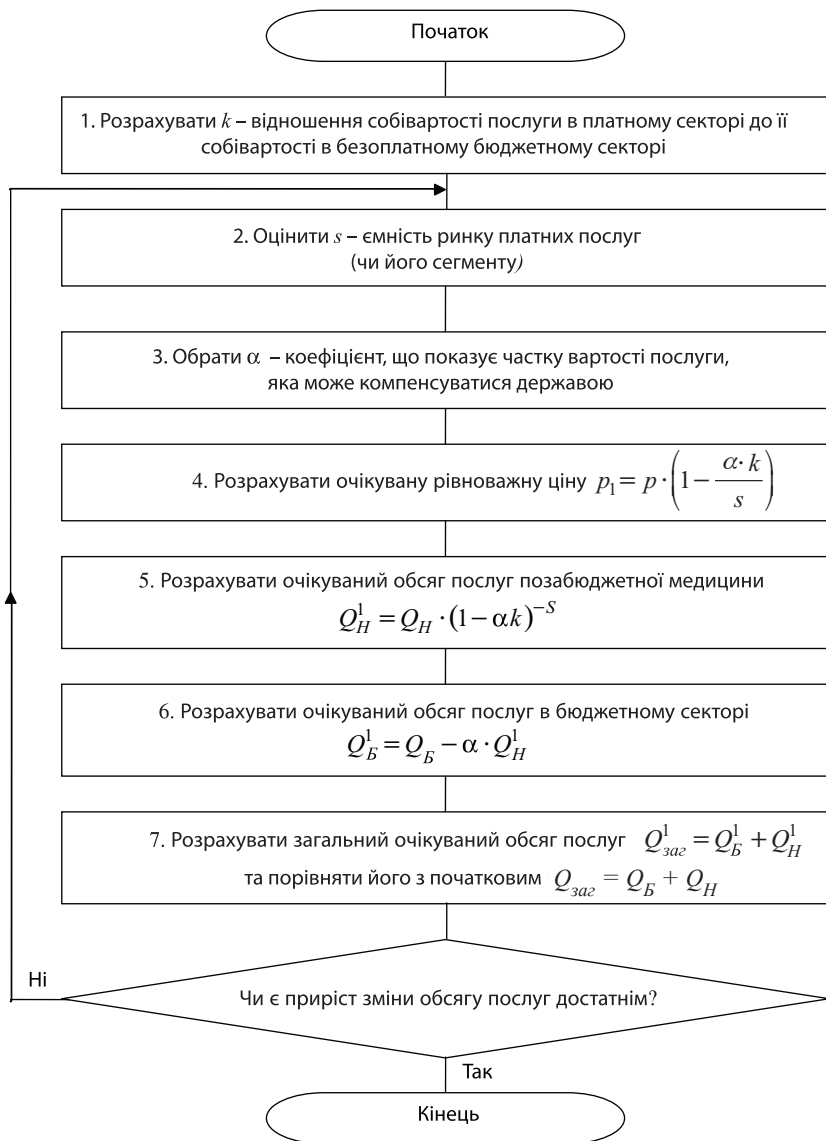


Рис. 1.1. Порядок застосування підходу до перерозподілу бюджетних ресурсів медичної галузі (розроблено автором)

ринку платних послуг і частки вартості, що може компенсуватися державою, знаходження очікуваної рівноважної ціни та обсягу державних і платних послуг, розрахунку загального очікуваного обсягу послуг та порівняння його з початковим для визначення зміни обсягу послуг, дає можливість знизити необґрунтовані витрати на існуюче постатейне фінансування і використати їх на фактично надані послуги з метою послаблення фінансового навантаження на бюджет, оптимізації використання бюджетних коштів медичною галуззю, поширення ринку й доступності медичної допомоги, зниження вартості медичних послуг.

1.2. Визначення фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я за допомогою фінансових індикаторів

Ринкові принципи господарювання актуалізують необхідність розв'язання складних соціально-економічних завдань розвитку України в умовах трансформаційної економіки, обумовлюють значущість належного теоретичного й практичного аналізу функціонування фінансів, фінансових відносин охорони здоров'я, визначення фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я для послідовного впровадження системи ефективного розподілу та перерозподілу фінансових ресурсів, контролю за їх ефективним використанням.

З усієї множини проблем охорони здоров'я, які широко обговорювались вченими, в даному дослідженні обрано проблему фінансової надійності діяльності медичних закладів, чіткого відстежування, розмежування, обліку та зіставлення джерел ресурсного забезпечення галузі для посилення контролю за їх надходженням та використанням. Тому на меті маємо теоретичне обґрунтування та практичне впровадження визначення фінансової надійності діяльності, що розкривається за допомогою системи фінансових індикаторів діяльності охорони здоров'я як носіїв необхідної інформації для визначення стану функціонування фінансів та їх ефективності.

У науковій літературі часто розглядаються й аналізуються особливості організації фінансів галузей економіки, пропонуються різноманітні моделі фінансування, поширення дії, зростання значення та впливу фінансів на соціально-економічний розвиток держави. Так, розглядаючи теоретичні підходи до функціонування фінансів, автори підручника «Гроші. Фінанси. Кредит» Г. Кірейцев, М. Александрова, С. Маслова¹ широко розкривають фінансове забезпечення та фінансове регулювання. Вони зазначають, що «фінансове забезпечення полягає у виділенні

¹ Кірейцев Г. Г. Гроші. Фінанси. Кредит [Електронний ресурс] : навч.-метод. посіб. / Кірейцев Г. Г., Александрова М. М., Маслова С. О. – Режим доступу: <http://pulib.if.ua/book/73> – Назва з екрану.

певної суми фінансових ресурсів на розв'язання окремих завдань фінансової політики. При цьому розрізняють забезпечувальну і регулятивну його дію. Забезпечувальна дія проявляється у встановленні джерел фінансування, тобто покриття повсякденних потреб і характеризує пасивний вплив фінансового забезпечення. Регулятивна дія здійснює вплив через виділення достатніх коштів і через конкретну форму фінансового забезпечення характеризує активний вплив фінансового забезпечення. Фінансове регулювання проявляється у двох напрямках:

- за допомогою фінансових інструментів встановлюються певні пропорції розподілу доходів, які впливають на забезпеченість фінансовими ресурсами;

- за допомогою встановлення певних пропорцій розподілу встановлюється відповідна система реалізації економічних інтересів.

Фінансове забезпечення та фінансове регулювання проводиться за допомогою фінансових інструментів, які, у свою чергу, мають свої важелі впливу. Елементи фінансових інструментів поділяються на:

- елементи первинного впливу – діють у процесі вилучення частини доходів (податки, внески, відрахування);

- елементи вторинного впливу – діють шляхом збільшення доходів (банківські позички, бюджетні субсидії).

Дія фінансових інструментів здійснюється на основі загального підходу – характерного для всіх суб'єктів фінансових відносин (єдиний рівень оподаткування, кредитування, фінансування); на основі селективного підходу – диференційований підхід. З метою здійснення певної фінансової політики переважає селективний підхід. Важелі визначають характер дії фінансових інструментів і коригують цю дію.

У теорії фінансів система фінансових індикаторів включає:

- фінансові категорії;
- фінансові показники;
- фінансові коефіцієнти»¹.

Отже, стосовно медичної галузі, фінансування охорони здоров'я полягає у виділенні певної суми фінансових ресурсів на розв'язання завдань соціально-економічної та фінансової політики держави. Тому функціонування фінансів та фінансове регулювання охорони здоров'я повинно проводитися на основі визначення фінансової надійності діяльності медичних закладів за допомогою фінансових інструментів, які, у свою чергу, мають свої важелі впливу. Важелі визначають характер дії фінансових інструментів і коригують цю дію.

¹ Кірейцев Г. Г. Гроші. Фінанси. Кредит [Електронний ресурс] : навч.-метод. посіб. / Кірейцев Г. Г., Александрова М. М., Маслова С. О. – Режим доступу: <http://pulib.if.ua/book/73> – Назва з екрану.

Фінансова надійність діяльності може базуватися на системі фінансових індикаторів, які взаємопов'язані та доповнюють одне одного, включаючи фінансові категорії, фінансові показники та фінансові коефіцієнти функціонування медичної галузі.

Аналізуючи особливості функціонування фінансів охорони здоров'я і спираючись на вищесказане, можна зазначити, що в рамках фінансового механізму тут застосовуються фінансові категорії діяльності медицини, тому що вони відображають наукову абстракцію, суто теоретичні поняття, але не можуть слугувати інформаційною базою діяльності галузі. Фінансові показники дають лише кількісну характеристику фінансових відносин і показують обсяги фінансових операцій, що дає змогу оцінити масштаби фінансової діяльності медицини. Фінансові коефіцієнти – це відносні фінансові показники в грошовому вираженні, за допомогою яких можна оцінити стан фінансування та ефективність діяльності медичної галузі й перспективи розвитку. Саме вони можуть виступати у ролі фінансових індикаторів діяльності галузі, якщо при їх визначенні виконуються вимоги повноти, достовірності, своєчасності. Тому в межах даного дослідження розглянемо призначення та запропонуємо систему фінансових індикаторів діяльності охорони здоров'я¹.

Сучасне функціонування фінансів системи являє собою технологію, орієнтовану лише на фінансові показники цільового використання коштів. Але підходи до оптимізації функціонування фінансів охорони здоров'я доводять, що аналіз діяльності тільки на підставі таких показників є недостатньо ефективним.

По-перше, вони відображають цю діяльність у минулому, тобто є «повільними» індикаторами, які не в змозі проілюструвати реальну роботу у поточному звітному періоді.

По-друге, акцент на досягнення і підтримання короткострокових результатів призводить до надмірного фінансування короткострокових проблем і недостатньої уваги до довгострокового створення цінностей, які сприяють зростанню в майбутньому. Іншими словами, існує розрив між фінансовими ресурсами та стратегічною і оперативною діяльністю.

По-третє, розвиток негативних тенденцій може відбитися на значенні фінансових показників не відразу, а на тій стадії, коли вже неможливо виправити ситуацію незначними змінами і необхідно вирішувати глобальну проблему.

По-четверте, такі показники не дають змоги перевірити соціальну ефективність та результативність діяльності охорони здоров'я.

¹ Портна О. В. Фінансові індикатори діяльності закладів охорони здоров'я / О. В. Портна // Вісник Житомирського державного технологічного університету / Економічні науки. – Житомир: ЖДТУ, 2011. – № 1 (55). – С. 343–346.

По-п'яте, такий підхід не дозволяє перевірити ефективність функціонування фінансів, використання як бюджетних коштів, так і позабюджетних.

По-шосте, при такому підході неможливо пов'язати фінансові ресурси з якістю функціонування галузі.

При багатоканальному фінансуванні охорони здоров'я всі сучасні форми та методи фінансування (і бюджетні, і позабюджетні) повинні збільшувати продуктивність та ефективність будь-якого формату надходження коштів у галузь. В охороні здоров'я – це фінансування, орієнтоване на результат, тобто на покращення здоров'я населення. Тому основною метою розвитку фінансових відносин є забезпечення необхідної інформації про ресурси та ефективність функціонування фінансів, від яких залежить результативність діяльності галузі, а бюджетні та позабюджетні кошти виконують роль інструменту, що забезпечує їх фінансування та відповідну інформацію, на підставі якої визначається ефективність витрачання коштів.

На нашу думку, інформаційно-аналітична основа функціонування фінансів має базуватися на обґрунтованих інформативних аналітичних фінансових індикаторах щодо джерел й обсягів грошових надходжень та результатів діяльності системи охорони здоров'я, що відображають зміни фінансових параметрів функціонування. Так, кількісно відображаючи параметри фінансів та якісно – результати діяльності охорони здоров'я, індикатори стають відображенням фінансової надійності діяльності медичних закладів й надання ними послуг: джерел та обсягів фінансів, недофінансування, нецільового та неефективного використання коштів.

Під фінансовою надійністю діяльності медичних закладів можна розуміти такий стан медичних закладів, за якого вони здатні забезпечити надходження коштів та їх спрямування на виконання функцій зі збереження та відновлення здоров'я населення.

Оцінюючи фінансову надійність діяльності медичних закладів, варто враховувати такі складові:

- обов'язковість надходжень;
- обсяги надходжень;
- регулярність надходжень;
- цільова спрямованість руху та витрачання коштів;
- корисність витрачання коштів має перевищувати витрати;
- достовірність інформації про джерела та обсяги надходження й використання коштів;
- відповідність витрачання коштів виконанню функцій щодо збереження та відновлення здоров'я громадян;
- контрольованість процесу «ресурси – медичне обслуговування – результат».

Розглядаючи фінансову надійність діяльності медичних закладів у відповідності до запропонованих положень, порівняємо найбільш поширені джерела надходження коштів. Так, бюджетні кошти надходять до закладів охорони здоров'я обов'язково, у гарантованих обсягах та регулярно, мають цільову спрямованість витрачання й достовірність інформації, що відповідає Конституції України (ст. 49)¹ та Основам законодавства України про охорону здоров'я². Але, незважаючи на зазначені переваги державних ресурсів охорони здоров'я, вони не дають очікуваної користі. Неможливо контролювати процес «ресурси – медичне обслуговування – результат», тому що перевіряється лише їх цільове використання, а не результат діяльності медичних закладів у справі збереження та відновлення здоров'я громадян.

Позабюджетним джерелам коштів притаманні необов'язковість та нерегулярність надходження, негарантовані обсяги, брак достовірної інформації про надходження й використання, але ці кошти мають чітку цільову спрямованість, корисність та відповідність їх витрачання, ймовірність контролювання процесу «ресурси – медичне обслуговування – результат», адже існує особиста зацікавленість платників за медичні послуги в отриманні якісних результатів.

З усього викладеного вище можна зробити такий висновок:

- поняття фінансової надійності діяльності медичних закладів має включати як надходження коштів, так і їх цільове результативне використання;
- фінансово надійними, у відповідності до положень, в достатній мірі можна вважати всі проаналізовані ресурси закладів охорони здоров'я – як бюджетні кошти, так і позабюджетні;
- для оцінки фінансової надійності діяльності медичних закладів необхідні умови, що не лише регулюють основні фінансові потоки, а й забезпечують недопущення (чи хоча б значне скорочення) помилок при отриманні та використанні коштів і розумний доступ до всієї інформації з метою перевірки та контролю.

Система фінансових індикаторів діяльності охорони здоров'я для визначення фінансової надійності діяльності медичних закладів передбачатиме регулярний моніторинг та аналіз різних складових і чинників розвитку фінансової системи медицини та якості й надійності її функціонування на основі широкого переліку кількісних і якісних макроеко-

¹ Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верхов. Ради України 28 черв. 1996 р.: із змінами станом на 10 лип. 2007 р. / М-во юстиції України. – Офіц. вид. – К. : Ін Юре, 2007. – 134 с.

² Основи законодавства України про охорону здоров'я : прийняті 19 листоп. 1992 р. – № 2892 – XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 34. – Ст. 19.

номічних та пруденційних елементів. Вибір змінних для опису фінансової надійності за допомогою системи фінансових індикаторів діяльності охорони здоров'я слід базувати на складових, які можуть кількісно та якісно сигналізувати про стан функціонування фінансів медицини, про ефективність використання коштів.

На наш погляд, запровадження системи фінансових індикаторів діяльності охорони здоров'я доцільне, тому що воно дозволить вирішити важливі питання фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я та надання медичних послуг, а саме:

- визначення та аналіз надійності обсягів та джерел фінансових ресурсів;
- аналіз обсягів усіх окремо взятих джерел надходження коштів в охорону здоров'я у співвідношенні з ВВП;
- надійність виконання чинного законодавства про охорону здоров'я;
- надійність виконання чинного законодавства про державні соціальні стандарти й державні соціальні гарантії;
- порівняння та аналіз обсягів наданих бюджетних коштів і фактично використаних бюджетних коштів;
- визначення рівня надійності виконання бюджету;
- зіставлення запланованих норм та стандартів з фактичними результатами діяльності охорони здоров'я;
- виявлення відхилень у фінансуванні та функціонуванні охорони здоров'я, вироблення та оцінювання альтернатив;
- порівняння та аналіз наданих постатейно бюджетних коштів з постатейною потребою в фінансуванні;
- визначення, за якими статтями витрат потребу повністю задоволено, а за якими – не повністю;
- визначення та аналіз надійних обсягів та джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні, питомої ваги кожного джерела для подальшого виявлення резервів;
- аналіз обсягів коштів, що надані медичним закладам за постатейним фінансуванням, з обсягами коштів, наданих за програмно-цільовим фінансуванням, для визначення реальних обсягів бюджетного фінансування з метою подальшого моніторингу ефективності використання коштів;
- визначення та аналіз спрямування коштів;
- визначення надійності цільового витрачання коштів на охорону здоров'я громадян, а не лише на заробітну плату медичним працівникам;
- визначення напрямів та обсягів стратегічного і тактичного фінансування;

- визначення фінансових та споживчих результатів діяльності системи охорони здоров'я;
- визначення соціально-економічного ефекту діяльності медичної галузі.

Тепер, спираючись на вищезазначене, зробимо узагальнення. Система фінансових індикаторів діяльності охорони здоров'я для визначення фінансової надійності характеризується багатьма перевагами: вона містить цільові індикатори, які охоплюють багато важливих сфер діяльності охорони здоров'я, і в першу чергу фінанси; формує причинно-наслідкові зв'язки між усіма групами індикаторів; є інструментом для підвищення інформаційного забезпечення прийняття рішень про обсяги та напрями як надходження фінансових ресурсів, так і витрачання коштів; формує орієнтири для фінансування та використання ресурсів охорони здоров'я тощо. При цьому якість застосування цієї системи значною мірою залежить від інформаційного забезпечення розрахунку фінансових індикаторів та систематичного відстежування взаємозв'язків між ними, пошуку причинно-наслідкових зв'язків у пропонованих чи фактичних змінах.

При впровадженні системи фінансових індикаторів діяльності охорони здоров'я для визначення фінансової надійності необхідно формувати критерії відбору ключових індикаторів. До таких критеріїв доцільно віднести¹:

- зв'язок фінансових індикаторів зі стратегією розвитку охорони здоров'я у довгостроковій перспективі (недостатньо керуватись лише оперативними діагностичними індикаторами, які не пов'язані із перспективами розвитку, оскільки у такому випадку функціонування фінансів розривається на окремі ланки, без довгострокової перспективи розвитку);
- кількісне вираження фінансових індикаторів (індикатори повинні формувати чіткі критерії, але при цьому доцільно включати у систему й такі індикатори, які формуються на підставі суб'єктивних експертних оцінок);
- доступність (до системи треба включати такі фінансові індикатори, які можна оперативно відстежувати і які не потребують значних коштів для їх інформаційного забезпечення);
- інформаційна прозорість (кожен працівник охорони здоров'я повинен чітко розуміти цільову шкалу фінансових індикаторів, їхнє тактичне і стратегічне призначення);

¹ Кузьмін О. Податкове планування. Індикатори в системі управління підприємством [Електронний ресурс] / О. Кузьмін, О. Мельник. – Режим доступу: http://www.nalogovnet.com/stat_st.php?x=234. – Назва з екрану.

- релевантність (фінансові індикатори мають чітко відображати мету охорони здоров'я);

- єдине тлумачення фінансових індикаторів (індикатори повинні виключати подвійне тлумачення, тому працівникам необхідно пояснювати кожен критерій, що використовується в медичному закладі).

Система фінансових індикаторів покликана спрогнозувати, оцінити й проаналізувати результативність функціонування фінансів галузі охорони здоров'я загалом, її підрозділів, різних видів діяльності, використання ресурсів тощо. При цьому під фінансовими індикаторами слід розуміти ключові відносні фінансові орієнтири у вартісному вираженні, які цілісно відображають стан і тенденції розвитку відповідного об'єкта.

Однією з проблем впровадження та застосування системи індикаторів для визначення фінансової надійності є вибір їх кількості та складу. В умовах обмежених ресурсів охорони здоров'я основним завданням системи фінансових індикаторів виступає оцінювання та прогнозування результативності використання різних видів ресурсів: трудових, матеріальних, енергетичних, інформаційних та всіх інших у фінансовому виразі. Фінансове оцінювання здійснюється на усіх рівнях, в усіх ланках.

Щоб обрані індикатори реально відображали стан і тенденції розвитку об'єктів, необхідно керуватися їх економічною суттю. Відповідно, інформація, призначена для розрахунку індикаторів фінансової надійності, більшою мірою має базуватися на даних обліку, що визначається як процес виявлення, вимірювання, збирання, нагромадження, аналізу, підготовки, інтерпретації та передачі облікової інформації, яка використовується медичними закладами для забезпечення ефективного використання наявних фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів. Якість аналітичного матеріалу, який базується на системі фінансових індикаторів, насамперед залежить від повноти, достовірності та адекватності інформаційного забезпечення.

Якщо в медичних закладах окремі індикатори фінансової надійності стають критеріями для матеріального стимулювання, то виникає загроза приховування реальної інформації і подання неправдивої. Крім того, можливий опір з боку працівників при впровадженні системи індикаторів, оскільки при цьому зростає рівень відповідальності за ділянку роботи (сегмент, об'єкт, використання певних ресурсів тощо).

Основна складність впровадження системи індикаторів фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я полягає у необхідності забезпечення її гнучкості та високого рівня адаптивності до змін середовища функціонування, а це передбачає чітке відстежування та врахування множини взаємозв'язків між усіма фінансовими індикаторами та

відображення прогнозованих змін у функціональних індикаторах. Аналізуючи досягнення фактичних результатів порівняно із плановими, потрібно враховувати можливі відхилення трьох типів: зумовлені плануванням, непередбачуваними змінами в умовах діяльності, порушеннями та недотриманням вимог щодо діяльності медичних закладів.

Система індикаторів фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я складається з таких елементів (для наочності подамо їх у вигляді рис. 1.2).

Запропонована система фінансових індикаторів діяльності закладів охорони здоров'я для визначення фінансової надійності має як безпосередньо фінансову спрямованість, так і споживчу спрямованість.

Фінансова спрямованість вказує на обсяги та джерела фінансових ресурсів, відповідність фінансових ресурсів системи її функціонуванню, обсяги цільового використання коштів закладами охорони здоров'я.

Фінансова спрямованість є головним орієнтиром для координації діяльності і створення єдиної системи ефективного функціонування фінансів, фінансової оцінки і контролю. Такі індикатори не мають порогового значення, тому що будь-яке поєднання джерел фінансових ресурсів має бути націленим на досягнення позитивного результату.

Споживча спрямованість дає можливість системі охорони здоров'я збудувати ланцюг основних фінансових оцінних характеристик якості медичних послуг, визначити норми, стандарти медичної допомоги тощо.

Докладно розглянемо та опишемо кожний із запропонованих індикаторів.

1) Співвідношення кожного із джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я та ВВП. Індикатор дозволить зіставити й проаналізувати обсяги всіх окремо взятих джерел надходження коштів в охорону здоров'я співвідносно з ВВП, виконання законодавства про охорону здоров'я, фактичні результати діяльності.

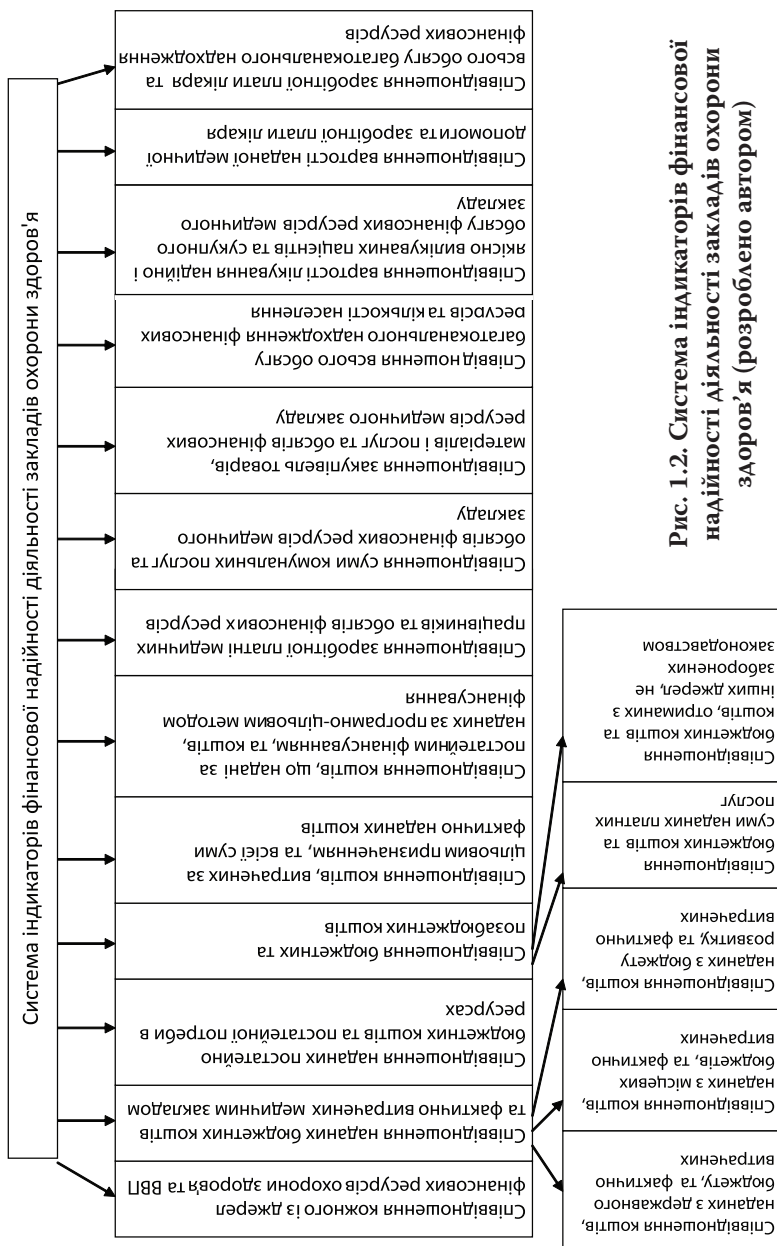
2) Співвідношення наданих бюджетних коштів та фактично витрачених медичним закладом:

а) співвідношення коштів, наданих з Державного бюджету, та фактично витрачених;

б) співвідношення коштів, наданих з місцевих бюджетів, та фактично витрачених;

в) співвідношення коштів, наданих з бюджету розвитку, та фактично витрачених.

Ці індикатори допоможуть аналізувати обсяги наданих бюджетних коштів та фактично використаних бюджетних коштів, рівень виконання бюджету, заплановані норми й стандарти з фактичними результатами діяльності, виявляти відхилення, розробляти та оцінювати альтернативи.



3) Співвідношення наданих постатейно бюджетних коштів та постатейної потреби. Запропонований індикатор дозволить порівнювати надані постатейно бюджетні кошти з постатейною потребою у фінансових ресурсах, чітко визначить: за якими статтями витрат потребу задоволено повністю, за якими – не повністю, зіставити заплановані норми та стандарти з фактичними результатами діяльності, виявити відхилення, розробити й оцінити альтернативи.

4) Співвідношення бюджетних коштів та позабюджетних:

а) співвідношення бюджетних коштів та суми наданих платних послуг;

б) співвідношення бюджетних коштів та коштів, отриманих з інших джерел, не заборонених законодавством.

Індикатор дозволить визначити реальні обсяги та джерела багатоканального надходження фінансових ресурсів в охорону здоров'я, питому вагу кожного джерела для подальшого аналізу та виявлення резервів.

5) Співвідношення коштів, витрачених за цільовим призначенням, та всієї суми фактично наданих коштів. Цей індикатор дозволить порівняти цільове використання коштів з фактично наданими коштами при багатоканальному надходженні фінансових ресурсів для здійснення подальшого контролю та виявлення відхилень.

6) Співвідношення коштів, що надані за постатейним фінансуванням, та коштів, наданих за програмно-цільовим методом фінансування. Зазначений індикатор дозволить порівняти обсяги коштів, що надані медичним закладам за постатейним фінансуванням, з обсягами коштів, наданих за програмно-цільовим фінансуванням, для визначення реальних обсягів бюджетного фінансування з метою подальшого моніторингу ефективності використання коштів.

7) Співвідношення заробітної платні медичних працівників та обсягів фінансових ресурсів. Індикатор дозволить визначити питому вагу заробітної плати медичних працівників у загальному обсязі фінансових ресурсів для вивчення впливу величини заробітної плати на обсяги фінансування з метою подальшого контролю ефективності використання коштів.

8) Співвідношення суми комунальних послуг та обсягів фінансових ресурсів. Цей індикатор дозволить побачити питому вагу суми комунальних послуг у загальному обсязі фінансових ресурсів для визначення впливу величини суми комунальних послуг на обсяги фінансування з метою подальшого контролю ефективності використання коштів.

9) Співвідношення закупівель товарів, матеріалів і послуг та обсягів фінансових ресурсів. Індикатор дозволить визначити питому вагу закупівель товарів, матеріалів і послуг у загальному обсязі фінансових ресурсів для визначення впливу величини закупівель на обсяги фінансування з метою подальшого контролю цієї ланки роботи.

10) Співвідношення всього обсягу багатоканального надходження фінансових ресурсів та кількості населення. Індикатор дасть змогу визначити й проаналізувати реальні обсяги фінансових ресурсів з усіх джерел надходження коштів у розрахунку на одного громадянина з метою встановлення оптимальних норм та стандартів.

11) Співвідношення вартості лікування надійно і якісно вилікуваних пацієнтів та сукупного обсягу наданих фінансових ресурсів медичному закладу. Запропонований індикатор допоможе відстежити фактичну вартість лікування надійно та якісно вилікуваних пацієнтів, співвіднести із загальними обсягами фінансування та нормативною вартістю з метою подальшого порівняння з нормами і стандартами.

12) Співвідношення вартості наданої медичної допомоги та заробітної плати лікаря. Зазначений індикатор допоможе оцінити ефективність роботи лікарів через встановлення питомої ваги їхньої заробітної плати у вартості заходів, які пропонувалися пацієнтам.

13) Співвідношення заробітної плати лікаря та всього обсягу багатоканального надходження фінансових ресурсів. Цей індикатор допоможе визначити обсяги оплати праці лікарів шляхом встановлення питомої ваги їхньої заробітної плати у всьому обсязі багатоканального фінансування.

Визначення фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я за допомогою фінансових індикаторів є найпростішим за доступом до інформації та простотою методики розрахунком. Водночас фінансові індикатори функціонування медичних закладів можуть надати повну інформацію майже про усі сфери їх діяльності.

У цій галузі вкрай необхідна також інформація про перспективи розвитку, яка може бути закладена у конкретних фінансових індикаторах, що характеризують функціонування фінансів.

Отже, як бачимо, визначення фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я за допомогою запропонованої системи індикаторів фінансової надійності обіцяє конкретні зрушення:

- зросте забезпечувальна роль фінансових ресурсів шляхом визначення і порівняння кількості та складу джерел надходження коштів та їх впливу на результативність медичної діяльності;

- посиляться регулятивна роль фінансових ресурсів охорони здоров'я через визначення й зіставлення обсягів коштів, що надходять при сучасному багатоканальному фінансуванні галузі, та їх вплив на ефективність діяльності медичних закладів;

- стануть наочними зміни фінансових параметрів функціонування охорони здоров'я (кількісно – параметри надходження фінансових ресурсів, якісно – результати діяльності);

- проявляться фінансові диспропорції як у забезпеченості коштами, так і в їх витрачаннях;

- з'явиться необхідна інформація про ресурси та ефективність їх використання, від якої залежить оцінка результативності діяльності закладів охорони здоров'я: бюджетні та позабюджетні кошти виконуватимуть роль інструменту, що забезпечує їх фінансування та відповідну інформацію, на підставі якої визначається ефективність витрачання коштів.

Таким чином, розкрито зміст фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я як такого їх стану, який дозволить забезпечити надходження коштів та їх спрямування на збереження та відновлення здоров'я населення і включає такі складові: обов'язковість надходжень, обсяги надходжень, регулярність надходжень, цільова спрямованість руху та витрачання коштів, корисність витрачання коштів, достовірність інформації про джерела та обсяги надходження й використання коштів, відповідність витрачання коштів виконанню функцій зі збереження та відновлення здоров'я громадян, контрольованість процесу «ресурси – медичне обслуговування – результат»; фінансова надійність оцінюється за допомогою системи фінансових індикаторів надійності щодо надходження коштів, контролю за їх рухом та ефективністю використання у діяльності медичних закладів.

1.3. Оцінка надійності та якості надання медичної допомоги як підґрунтя розподілу та перерозподілу фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Здоров'я – найважливіший елемент національного багатства і необхідна умова процвітання і прогресу будь-якої нації.

Зараз в Україні одним з основних завдань підвищення ефективності діяльності галузі охорони здоров'я є забезпечення якісною медичною допомогою всіх громадян. Вирішення цього завдання вимагає досконалого механізму функціонування фінансів, фінансування та контролю, побудованого на комплексній оцінці діяльності як всієї системи охорони здоров'я, так і кожного окремого закладу.

Світова наука розробила й запропонувала використання різних моделей для аналізу систем охорони здоров'я. Однією з таких моделей є порівняльний аналіз Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2000) діяльності систем охорони здоров'я ¹. Ця модель, оперуючи певними показниками, узагальнює комплексну структуру, класифікує національні системи охорони здоров'я і використовує їх для проведення порівняльно-

¹ European Health Care Reforms Analysis of Current Strategies. Summary. – Copenhagen : World Health Organisation : Regional Office for Europe, 1996. – 41 p

го аналізу. Але ця модель не містить комплексного аналізу причин різного функціонування систем охорони здоров'я в окремих країнах, реальних пропозицій щодо того, якою повинна бути державна політика для покращення діяльності системи, враховуючи рівень розвитку кожної країни, її ментальність, суспільні потреби та міжнародні норми і стандарти.

Ще одна модель пропонує описувати і порівнювати національні системи охорони здоров'я різних країн світу через кількісні показники ресурсів (показники кількості медичних працівників, лікарняних ліжок), а також особливостей урядових програм із такими показниками результативності, як захворюваність, смертність та середня тривалість життя. Ця модель містить багато кількісних, описових складових діяльності систем охорони здоров'я. Але й вона не дає чітких висновків та рекомендацій щодо того, як перетворити систему на політичні, економічні, демографічні та інші процеси, що впливають на діяльність охорони здоров'я, як виробити суспільно необхідні та обґрунтовані критерії для оцінки та вирішення поточних або перспективних проблем¹.

Третя модель фокусується на джерелах фінансових ресурсів. На початку 90-х років закордонні вчені проаналізували системи охорони здоров'я щодо надходження фінансових ресурсів і форм оплати медичних послуг між медичними закладами та групами населення. Вони зосереджуються на тому, що система охорони здоров'я – це замкнута система, в якій обсяг наданих медичних послуг відповідає фінансовим надходженням. Сучасне використання такої моделі у формі національних рахунків охорони здоров'я ускладнює аналіз і додаткову характеристику руху фінансових потоків від джерел фінансування через посередників до виробників чи надавачів медичної допомоги.

Але найбільшою вадою вказаних моделей є те, що вони приділяють значну увагу описовій діяльності й недостатньо аналізують і роз'яснюють результати, не надають дійових пропозицій².

Так, на нашу думку, для детального аналізу систем охорони здоров'я можна запропонувати впровадження й застосування показників, що будуть враховувати оцінку надійності та якості надання допомоги у вартісному вираженні, яка повинна мати соціально-економічний характер, бути незалежною і ґрунтуватися на відповідних критеріях і показниках при їх динамічному розвитку, спиратися на результативність діяльності як з точки зору медичних працівників, так і з точки зору пацієнтів.

¹ Romer M. Comparative National Policies on Health Care / Romer M. – New York : Marsel Dekker, 1997. – 547 p.

² Materials of Advanced Flagship Course on Poverty, Equity and Health Systems, August 31–September 5, 2003, Budapest. – Washington (DC) : World Bank, 2003. – 160 p.

У концепції управління якістю медичної допомоги населенню в Україні на період до 2010 року зазначалося, що «традиційно при формуванні політики у сфері охорони здоров'я для покращення громадського здоров'я головна увага приділялася фінансуванню медичного обслуговування, а також структурним та організаційним проблемам. Однак в останні роки зростає кількість даних, які свідчать про відсутність прямої залежності між обсягами фінансування охорони здоров'я і результатами її діяльності, вираженими в показниках здоров'я населення»¹.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість медичної допомоги (далі – ЯМД) вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я від нижньої її ланки – лікувально-профілактичного закладу, до верхньої – Міністерства охорони здоров'я України. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики у сфері охорони здоров'я. У багатьох країнах прийняті і діють програми забезпечення якості медичної допомоги².

Водночас численні матеріали свідчать, що значна кількість медичних втручань, в тому числі в різних країнах Європейського Союзу, здійснюється на рівні, нижчому за передбачуваний. Виявлено, що значна частка клінічних процедур недоцільна і нерентабельна. Маємо переконливі дані, що 20 – 30 % медичних втручань є неефективними (або непотрібними чи навіть шкідливими). Реєструються надзвичайно великі розбіжності в результатах медичної допомоги не лише між країнами або регіонами однієї країни, але й між окремими закладами та лікарями³.

Таким чином, проблеми забезпечення і оцінки якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я⁴.

В Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький – інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56 %. Населення незадоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань – більшість опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку. Низька якість медичної допомоги обмежує можливості впли-

¹ Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 березня 2008 р. № 166 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080331_166.html. – Назва з екрану.

² Там само.

³ Там само.

⁴ Там само.

ву на здоров'я населення та призводить до марнотратного витрачання обмежених коштів системи¹.

Отже, забезпечення населення України якісною медичною допомогою та підвищення її ефективності є одним із головних напрямків перетворень у вітчизняній системі охорони здоров'я, що широко обговорювалося. Як визначає Європейське бюро ВООЗ, «якісною вважається медична допомога, яка відповідає стандартам медичних технологій і обсягів за відсутності ускладнень, що виникли внаслідок лікування...»².

Вивченню питань якості медичної допомоги присвячено низку монографій та наукових статей вітчизняних учених, серед яких слід виділити праці В. Бідного³, І. Демидової⁴, А. Степаненка⁵, Л. Голика, Я. Радиша й Т. Хоменка⁶ і багато інших.

Українські дослідники Ю. Вороненко та В. Москаленко якість медичної допомоги розуміють як її відповідність проблемам пацієнта з використанням сучасних надбань медичної науки та практики, а також ефективне використання наявних ресурсів⁷. А. Нагорна, А. Степаненко та А. Морозов у монографії «Проблема якості в охороні здоров'я» обґрунтовано вважають якість «...похідною категорією багатьох поєднаних

¹ Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 березня 2008 р. № 166 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080331_166.html. – Назва з екрану.

² Бідний В.Г. Наукове забезпечення формування якості медичної допомоги населенню Києва / В.Г. Бідний // Оптимізація системи охорони здоров'я м. Києва : зб. наук.-практ. робіт. – К., 1997. – С. 6–7. – с. 6.

³ Там само.

⁴ Демидова І. І. Управління якістю медичної допомоги за умов трансформаційного періоду / І. І. Демидова // Політика і стратегія Української держави в галузі охорони здоров'я : матеріали наук.-практ. конф. – Одеса, 1999. – С. 161–165.

⁵ Степаненко А. Якість надання медичної допомоги, як один із напрямків соціальної політики в Україні за принципами Всесвітньої організації охорони здоров'я / А. Степаненко // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні : матеріали наук.-практ. конф. / Українська академія державного управління. – К., 2001. – Т. 2. – С. 276–280.

⁶ 1. Голик Л. Управління якістю медичної допомоги – складова державного управління охороною здоров'я / Л. Голик, Я. Радиш, Д. Гак // Вісник Української академії державного управління. – 2002. – № 1. – С. 152–160. 2. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Я. Ф. Радиш ; Українська академія державного управління при Президенті України. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с. 3. Хоменко Т. Управління якістю медичної допомоги – стратегія оптимізації системи державного управління охороною здоров'я / Т. Хоменко, Я. Радиш // Державне управління в умовах інтеграції України в Європейський Союз : матеріали наук.-практ. конф. / за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К., 2002. – Т. 2. – С. 214–215.

⁷ Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

факторів діяльності медичних та інших спеціалістів і результатів їх взаємодії з пацієнтом»¹.

Але незважаючи на всі дослідження, за минулі роки в Україні реального поліпшення якості надання медичної допомоги так і не відбулося. Залишається низькою кваліфікація значної частини медпрацівників, зростає соціальна незахищеність хворих, розпорошуються фінансові ресурси. Принциповими є питання про відповідальність медичної галузі за стан здоров'я людей, тривалість життя, захворюваність, інвалідність та смертність населення.

Однією з найбільш актуальних проблем, що існують в системі охорони здоров'я України, є її низька якість при фактично безправному становищі хворої людини. Відсутній реальний вибір лікаря і медичного закладу для більшості пацієнтів. До того ж не передбачаються гарантії в медичному обслуговуванні, відшкодування збитків хворим у разі спричинення шкоди їхньому здоров'ю при лікуванні, відсутня комплексна оцінка підсумків роботи закладів охорони здоров'я та лікарів.

Щоб позбутися цих недоліків, треба створити передумови для поєднання економічних та соціальних інтересів держави, закладів охорони здоров'я, лікарів та населення шляхом впровадження адміністративного і фінансового контролю за якістю надання медичних послуг.

Оскільки здоров'я виступає головним життєвим благом, то його оцінка має бути коректною, прилюдною, здатною істотно впливати на ставлення громадян до держави, закладів охорони здоров'я, політичних та інших організацій, органів влади.

Реально оцінюючи можливості медицини щодо профілактики, діагностики й лікування людей, а також спираючись на позицію Всесвітньої організації охорони здоров'я, вважаємо, що головною турботою і кінцевим результатом в оцінці діяльності медичних установ повинна стати відповідність якості профілактики, діагностики і лікування діючим міжнародним стандартам. При цьому слід пам'ятати, що галузь охорони здоров'я лише частково відповідальна за здоров'я людей. Збереження його вимагає інтегрованих зусиль.

Сучасне реформування охорони здоров'я, як наголосила І. Акімова, має бути націлене на підвищення якості медичної допомоги². Тому в рамках нашого дослідження функціонування фінансів охорони здоров'я вважаємо за доцільне розглянути складові оцінки функціонування ме-

¹ Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с. – с. 17.

² Ирина Акимова: «Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения» / [интервью брала Лидия Суржик] // Зеркало недели. – 2011. – 4 февр. (№ 4). – с. 5.

дичних закладів та запропонувати вартісну методику визначення надійності та якості медичної допомоги ¹.

Усе зазначене вище переконливо свідчить, що головними серед організаційних та фінансово-економічних факторів оптимізації діяльності охорони здоров'я в Україні є: вироблення і впровадження механізмів стимулювання і контролю надійності та якості медичної допомоги; визначення конкретних механізмів та джерел фінансових ресурсів галузі взагалі й кожного медичного закладу зокрема; юридичного закріплення на державному рівні принципів ефективної діяльності системи охорони здоров'я.

Для оцінювання стану закладів охорони здоров'я пропонуються такі методологічні складові ²:

1. Доступність медичної допомоги. Доступність – це категорія можливості, яка обумовлена альтернативними організаційними формами перетворення медичної допомоги на реальність (безкоштовними, платними, обмежено платними і страховими). У сучасних умовах медична допомога може вважатися доступною, якщо вона надана ³:

- а) взагалі;
- б) у вільно обраному медичному закладі;
- в) у медичному закладі певного спрямування;
- г) із втратою суспільно необхідного робочого або ж вільного часу хворого;
- д) на достатньо кваліфікованому рівні (відповідно до медичного стандарту);
- є) при задоволеності хворого контактом з медичним персоналом установи;
- ж) за вільного вибору пацієнтом лікаря.

2. Надійність медичної допомоги. Надійність є універсальним критерієм оцінки стійкості стану (якості) функціонування будь-яких керованих процесів ⁴.

Оцінка надійності медичної допомоги повинна бути загальнозживаючою, комплексною, має сприяти ефективній роботі медичних закладів та працюючих у них лікарів, оптимізації витрачання коштів, які надходять з

¹ Портна О. В. Оцінка якості надання медичної допомоги як підґрунтя фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я / О. В. Портна // Науковий вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту КНЕУ. – Чернівці, 2009. – Вип. 4 : Економічні науки. – С. 300–311.

² Современная модель хозяйственного механизма в советском здравоохранении : (проект альтернативной программы Ленингр. мед. ассоциации). – Л. : [б. и.], 1990. – 63 с.

³ Там само.

⁴ Там само.

різних джерел при багатоканальному фінансуванні. Її слід розраховувати взагалі по закладах охорони здоров'я, окремо по кожному джерелу надходження коштів і по медичних закладах усіх форм власності та підпорядкування. Впровадження оцінки надійності медичної допомоги дасть змогу проаналізувати діяльність закладів охорони здоров'я і як одержувачів ресурсів, і як надавачів медичної допомоги.

Розподіляти й надавати фінансові ресурси закладам охорони здоров'я треба у відповідності до сукупної і за окремими показниками фінансової оцінки надійності надання медичної допомоги та діяльності всього закладу. Так, медичні установи з високою оцінкою мають одержувати кошти у першу чергу і в достатньому обсязі, що дасть їм змогу розвиватися, вдосконалювати технології профілактики і лікування, зміцнювати матеріально-технічну базу, стимулювати якісну працю лікарів.

Надійність медичної допомоги й діяльності медичних закладів можна оцінювати за легкодосяжним набором статистичних даних – показників надійності медичної допомоги. Ці показники можуть бути розраховані і в кількісному, і у вартісному вираженні.

1) За достовірністю клінічних досліджень по нозологічних рядах (групах захворювань).

У вартісному вираженні показник можна розрахувати як відношення суми коштів, фактично витрачених на клінічні дослідження по певному нозологічному ряду, до кількості досліджених пацієнтів. Таким чином ми отримуємо фактичну вартість клінічного дослідження одного пацієнта. Потім фактичну вартість клінічного дослідження одного пацієнта множимо на кількість достовірних клінічних досліджень пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником достовірності клінічних досліджень по даному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні цей показник можемо розрахувати як відношення достовірних клінічних досліджень по означеному нозологічному ряду до кількості проведених клінічних досліджень по цьому ряду. Це буде коефіцієнт достовірності клінічних досліджень по даному нозологічному ряду.

2) За допущеними діагностичними помилками по окремих нозологічних рядах.

У вартісному вираженні показник можна розрахувати як відношення суми коштів, витрачених на діагностику по певному нозологічному ряду, до кількості продіагностованих пацієнтів по цьому ряду. Так ми отримуємо фактичну вартість діагностики одного пацієнта. Потім фактичну вартість діагностики одного пацієнта множимо на кількість помилок продіагностованих пацієнтів. Отриману суму можна вважати ціною діагностичної помилки по означеному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні показник можемо розрахувати як відношення помилково діагностованих по означеному нозологічному ряду до достовірно діагностованих по цьому ряду. Це буде коефіцієнт діагностичної помилки по означеному нозологічному ряду.

3) За виліковністю пацієнтів по нозологічних рядах.

У вартісному вираженні показник можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на лікування пацієнтів по певному нозологічному ряду, до кількості вилікуваних пацієнтів. Таким чином ми отримаємо фактичну вартість лікування одного пацієнта. Потім фактичну вартість лікування одного пацієнта множимо на кількість вилікуваних пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником надійності лікування пацієнтів по означеному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні цей показник розраховується як відношення тих, хто звернувся по допомогу по означеному нозологічному ряду, до вилікуваних по цьому ряду. Це буде коефіцієнт виліковності пацієнтів по даному нозологічному ряду.

4) За поновленістю лікування у встановлений термін по певному нозологічному ряду.

У вартісному вираженні показник можна розрахувати як відношення суми коштів, витрачених на відновлене лікування пацієнтів по певному нозологічному ряду, до кількості відновлено вилікуваних. Таким чином ми отримаємо фактичну вартість відновленого лікування одного пацієнта. Потім фактичну вартість відновленого лікування одного пацієнта множимо на кількість відновлено вилікуваних пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником надійності відновленості лікування пацієнтів по даному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні показник може бути розрахований як відношення відновлено вилікуваних по певному нозологічному ряду до пацієнтів, яких лікували по цьому ряду. Це буде коефіцієнт відновленості лікування пацієнтів по даному нозологічному ряду.

5) За стабільністю одужання.

У вартісному вираженні показник можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на лікування пацієнтів по певному нозологічному ряду, до кількості стабільно одужуючих пацієнтів. Так ми отримаємо фактичну вартість стабільного одужання пацієнта. Потім фактичну вартість стабільного одужання одного пацієнта множимо на кількість стабільно одужуючих пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником надійності стабільного одужання пацієнтів по даному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні показник можна розрахувати як відношення стабільно одужуючих по певному нозологічному ряду до кількості пацієнтів, яких лікували по цьому ряду. Це буде коефіцієнт стабільності одужання пацієнтів по означеному нозологічному ряду.

6) За повторним зверненням.

У вартісному вираженні показник можна розрахувати як відношення суми коштів, витрачених на перше лікування пацієнтів, які повторно звернулись, і суми коштів, витрачених на повторне лікування по певному нозологічному ряду, до кількості повторно вилікуваних пацієнтів. Таким чином ми отримуємо фактичну вартість повторного лікування одного пацієнта. Потім фактичну вартість повторного лікування одного пацієнта множимо на кількість повторних пацієнтів. Отриману суму можна вважати фінансовим показником повторного лікування пацієнтів по даному нозологічному ряду

У кількісному вираженні показник може бути розрахований як відношення тих, хто повторно звернувся по допомогу по означеному нозологічному ряду, до вилікуваних при першому зверненні по цьому ряду. Це буде коефіцієнт повторного звернення по даному нозологічному ряду.

7) За летальними випадками лікування.

У вартісному вираженні показник можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на лікування пацієнтів по певному нозологічному ряду, до кількості пацієнтів. Таким чином ми отримуємо фактичну вартість лікування одного пацієнта. Потім фактичну вартість лікування одного пацієнта множимо на кількість летальних випадків. Отриману суму можна вважати фінансовим показником летальності лікування пацієнтів по означеному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні показник може бути розрахований як відношення летальних випадків лікування по означеному нозологічному ряду до кількості тих, хто звернувся по допомогу по цьому ряду. Це буде коефіцієнт летальних випадків лікування по даному нозологічному ряду.

8) За якістю реабілітації.

Щодо повної реабілітації вартісний показник можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на реабілітацію пацієнтів по певному нозологічному ряду, до кількості повністю реабілітованих пацієнтів. Таким чином ми отримуємо фактичну вартість повної реабілітації одного пацієнта. Потім фактичну вартість реабілітації одного пацієнта множимо на кількість повністю реабілітованих. Отриману суму можна вважати фінансовим показником якості реабілітації пацієнтів по означеному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні показник може бути розрахований як відношення повністю реабілітованих по означеному нозологічному ряду до кількості тих, кого мали реабілітувати по цьому ряду. Це буде коефіцієнт якості реабілітації по даному нозологічному ряду.

9) За операційною смертністю.

У вартісному вираженні показник можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на проведення операцій по певному нозологічному ряду, до кількості пацієнтів, яких оперували. Таким чином ми отримуємо фактичну вартість операції одного пацієнта. Потім фактичну вартість операції одного пацієнта множимо на кількість випадків операційної смертності. Отриману суму можна вважати фінансовим показником операційної смертності пацієнтів по означеному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні показник може бути розрахований як відношення кількості випадків операційної смертності по певному нозологічному ряду до кількості тих, хто звернувся по допомогу по цьому ряду. Це буде коефіцієнт випадків операційної смертності по даному нозологічному ряду.

10) За смертністю до виписки.

У вартісному вираженні цей показник можна розрахувати як відношення суми коштів, отриманих на надання медичної допомоги по певному нозологічному ряду, до кількості пацієнтів, що звернулися по допомогу. Таким чином ми отримуємо фактичну вартість наданої медичної допомоги пацієнтові. Потім фактичну вартість наданої медичної допомоги пацієнтові множимо на кількість випадків смерті до виписки. Отриману суму можна вважати фінансовим показником смертності до виписки пацієнтів по означеному нозологічному ряду.

У кількісному вираженні показник може бути розрахований як відношення кількості випадків смерті до виписки по означеному нозологічному ряду до кількості тих, хто звернувся по допомогу по цьому ряду. Це буде коефіцієнт смертності до виписки по даному нозологічному ряду.

Розраховані фінансові показники надійності медичної допомоги у вартісному вираженні треба порівнювати по видах та нозологічних рядах з відповідною державною плановою нормативною вартістю медичної допомоги по таких видах та нозологічних рядах, де вона є, для того щоб встановити суму залишку чи перевитрачання коштів. На базі цього встановлюється коригуючий коефіцієнт, який можна застосовувати при плануванні обсягу фінансових ресурсів на майбутнє.

У наказі Міністерства охорони здоров'я України від 31.03.2008 № 166 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року» було визначено

шляхи та способи розв'язання цієї проблеми, одним з основних шляхів реалізації яких вважалося удосконалення інструментів позавідомчого (ліцензування, акредитація, сертифікація/атестація) та відомчого (експертиза) контролю якості ¹.

Тому вважаємо за доцільне запропонувати оцінювання надійності (якості) діяльності медичних закладів для аналізу й визначення ефективності функціонування та раціонального витрачання коштів. Такий аналіз має бути комплексним та охоплювати всі кошти, які надходять до закладів охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні: бюджетні кошти, кошти страхових організацій, платні послуги тощо. Після проведення аналізу діяльності заклади охорони здоров'я мають отримувати сертифікат якості й фінансуватися відповідно до інтегрального показника якості та ефективності роботи. Включення до моніторингових процедур і сертифікації діяльності медичних закладів фінансових показників вартісної оцінки надійності та якості надання медичної допомоги визначить пріоритети фінансування.

Впровадження фінансової оцінки надійності та якості надання медичної допомоги й відповідно до неї забезпечення коштами дозволить покращити кінцеві результати діяльності охорони здоров'я завдяки:

- визначенню обґрунтованих пріоритетів фінансування;
- стабілізації фінансування;
- ефективнішому використанню коштів;
- покращенню послуг;
- удосконаленню професійної підготовки медичного персоналу;
- підвищенню фінансового та соціального статусу медичного закладу;
- задоволенню запитів пацієнтів;
- зміцненню здоров'я населення.

3. Комплексність медичної допомоги. Даний критерій, що виражає ступінь реалізації медичного стандарту, обумовлює проходження пацієнтом усіх фаз технологічного руху. Відставання пропозиції від попиту за цим критерієм (наприклад, у ранній діагностиці чи реабілітації) в галузі охорони здоров'я тягне за собою фінансову відповідальність перед надавачами фінансових ресурсів та пацієнтами ².

¹ Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 березня 2008 р. № 166 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080331_166.html. – Назва з екрану.

² Современная модель хозяйственного механизма в советском здравоохранении : (проект альтернативной программы Ленингр. мед. ассоциации). – Л. : [б. и.], 1990. – 63 с.

4. Оперативність медичної допомоги. Оперативність означає наявність таких фінансово-економічних механізмів, які будуть здатні розширювати організаційні можливості надання медичної допомоги в суспільно необхідні (нормативні) терміни. Оцінка цих можливостей буде позитивною, якщо пропозиція стійко перевищує попит, а стандарти і нормативи відповідають світовому рівню ¹.

Важливо організаційно оформити розширення пропозиції щодо екстреного залучення будь-яких необхідних фахівців з провідних медичних установ, що можна забезпечити в різний спосіб – від непрямої присутності через телекомунікаційні системи до виїзду на місце застосування праці. Вирішення проблеми оперативності медичної допомоги передбачає конкуренцію медичних установ з різними формами господарювання.

5. Задоволеність медичною допомогою. Даний критерій необхідний внаслідок того, що медична допомога за своєю суттю – це послуга, яка має споживчу вартість (корисність). За сучасними уявленнями, вона може бути визнана повноцінною, якщо задоволено такі соціальні потреби людини ²:

- збереження і відновлення здоров'я;
- прийнятний рівень соціального обслуговування;
- спілкування із значущими для хворого суб'єктами (лікар, проліковані хворі, родичі та близькі);
- задоволеність пацієнта діяльністю медичного закладу і результатами лікування.

Остання потреба, що задовольняється в медицині, є надзвичайно важливою і має носити соціально-політичний характер. Тому виникає об'єктивна необхідність визначити державою соціально прийнятний і можливий мінімум задоволення всіх п'яти потреб. Так само на державному рівні необхідно розробити граничні норми надійності та якості щодо потреб та їх показників.

Оцінка діяльності медичних закладів має включати показники доступності, надійності, комплексності, оперативності і задоволеності медичною допомогою. Але оцінку цих критеріїв можна здійснювати і на основі анкетування тих, хто звернувся по медичну допомогу. Платність медичних послуг дозволить контролювати дотримання та виконання всіх зазначених критеріїв доступності, надійності, комплексності, оперативності, задоволеності через грошове вимірювання результатів діяльності закладів охорони здоров'я.

¹ Современная модель хозяйственного механизма в советском здравоохранении : (проект альтернативной программы Ленингр. мед. ассоциации). – Л. : [б. и.], 1990. – 63 с.

² Там само.

Аналізуючи проблеми ефективності функціонування фінансів, оптимізації розподілу та перерозподілу фінансових ресурсів медичних закладів в Україні, ми дійшли висновку, що економічними та правовими засадами, які створюють умови для їх продуктивності, є визначення конкретних, оптимальних, ефективних механізмів фінансування й контролю та закріплення відповідних принципів і норм діяльності у системі охорони здоров'я.

Виходячи з цього, запропоновано науково-методичні підходи до проведення фінансового моніторингу ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я шляхом впровадження вартісного розрахунку надійності надання медичних послуг, що полягає у співвідношенні наданих та фактично витрачених ресурсів, – для формування чіткого взаємозв'язку між фінансами і якістю медичних послуг та внесення його в сертифікаційні документи медичних закладів.

Висновки до розділу

Підбиваючи підсумки досліджень, проведених у цьому розділі, вважаємо за доцільне зробити такі висновки:

1. В умовах сучасних соціально-економічних трансформацій в Україні оптимальним варіантом взаємодії медицини та держави як суспільного інституту є посилення ролі фінансів як головного важеля формування необхідних підходів і концептуальних принципів поведінки й навіть критеріїв соціально-економічної доцільності ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я. У цій сфері інституційний підхід може містити розроблення та впровадження якісно нових принципів функціонування фінансів взагалі та медицини зокрема, які б привели до радикальних змін самого мислення й ставлення людей до власного здоров'я. Сьогодні в Україні головним підходом до функціонування фінансів системи охорони здоров'я може стати платність медичних послуг як матеріальне вираження обсягу медичної допомоги, наданої в державних і позадержавних медичних закладах, що запровадить в їх функціонування засади ринкової економіки, створить стимули для ефективної діяльності галузі, базуватиметься на зацікавленості всіх рівнів – індивідуальному, виробничому, державному і суспільному – в досягненні певних результатів від освоєння фінансових ресурсів. Перерозподіл бюджетних коштів, впровадження індивідуального фінансування витрат на зміцнення здоров'я з метою послаблення фінансового навантаження на бюджет, підвищення оптимальності використання цих коштів та ефективності діяльності галузі охорони здоров'я. Стимулювання попиту на медичну допомогу може виявитися ефективним і для населення, і для держави.

2. Для розвитку сучасних фінансових відносин у медичній галузі потрібне забезпечення необхідною інформацією про фінансову надійність діяльності закладів охорони здоров'я щодо ресурсів та ефективності фінансування, від якої залежить результативність їхньої роботи, тому інформаційно-аналітична основа функціонування фінансів має базуватися на обґрунтованих інформативних аналітичних індикаторах щодо джерел і обсягів фінансових надходжень та результатів діяльності галузі. Визначення фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я за допомогою системи фінансових індикаторів дозволить вирішити завдання з визначення і аналізу обсягів та джерел фінансування, стратегічного й тактичного фінансування, фінансових та споживчих результатів функціонування цієї системи.

3. Аналіз діяльності системи охорони здоров'я буде ефективнішим якщо застосувати вартісну методіку в розрахунках показників оцінки надійності та якості надання медичної допомоги, що посилює взаємозв'язок фінансів з надійністю та якістю медичних послуг, базується на фінансовому управлінні й контролі надійності та якості, враховує оцінку якості та надійності надання медичної допомоги у вартісному вираженні. Здійснення фінансування закладів охорони здоров'я у відповідності до оцінки їхнього стану на основі складових, що включають доступність, надійність, комплексність, оперативність, задоволеність потреб, посилить соціальну спрямованість та фінансово-економічний ефект діяльності галузі.

4. Поширення моніторингових процедур шляхом включення фінансових показників вартісної оцінки надійності та якості надання медичної допомоги та включення їх у сертифікаційні документи визначить пріоритети фінансування, спираючись на результативність діяльності як з точки зору медичних працівників, так і з точки зору пацієнтів, підвищить конкуренцію між лікувальними закладами, якість надання послуг, пов'яже якість медичної допомоги з обсягами фінансів галузі.

РОЗДІЛ 2.

ФІНАНСОВІ РЕСУРСИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Сучасні технології надходження фінансових ресурсів до охорони здоров'я

Белике значення у підвищенні ефективності діяльності закладів охорони здоров'я відіграє поглиблене розуміння ролі фінансів, підвищення якості надання послуг і результативності використання фінансових ресурсів. В Україні постійно поширюються технології фінансування, зокрема охорони здоров'я, шляхом додавання до вже існуючих і давно застосовуваних нових методів та способів. Одним з таких є програмно-цільовий метод, впровадження якого в Україні розпочато при формуванні Державного бюджету України на 2002 рік і триває по сьогоднішній день тому, що повний перехід ще не закінчено. Звідси виникає необхідність додаткового опрацювання питань ефективного та успішного застосування даного методу фінансування медичної галузі.

Проблеми програмно-цільового фінансування не могли залишитись поза увагою науковців. Дослідженням зазначеної проблематики та розробці напрямів вирішення проблем програмно-цільового фінансування займалися як зарубіжні, так і вітчизняні науковці, такі як: І. Чугунов, І. Запаріна, В. Федосов, Т. Бабич, М. Кульчицький та багато інших. Віддаючи належну шану досягненням є дослідженні зазначених питань перелічених дослідників та науковим розвідкам цілого ряду інших фахівців, слід, проте, відмітити, що проблеми програмно-цільового фінансування медицини на сучасному етапі розвитку соціально-економічних відносин у суспільстві ще не вирішені, а тому наразі їх актуальність не викликає сумнівів ¹.

Зараз впроваджується, розвивається та удосконалюється багато технологій фінансування охорони здоров'я. Крім того, додатковим фінансовим ресурсом медичної галузі є фінансування бюджетами цільових програм охорони здоров'я, яке передбачає виділення значного обсягу коштів, комплексний підхід до вибору пріоритетів фінансування закладів, обов'язково спрямовуючи на підтримку тих чи інших завдань галузі фінансові можливості і зважуючи всі складові розвитку охорони здоров'я на перспективу. При програмно-цільовому методі фінансування увага акцентується на тому, що та в яких обсягах необхідно зробити, чого досяг-

¹ Портна О. В. Програмно-цільове фінансування охорони здоров'я в Україні / О. В. Портна // Бізнес Інформ. – 2012. – № 9 (416). – 344 с. – С. 261 – 264.

ти, чого досягнуто в результаті та скільки це коштує платникам податків; тобто орієнтоване на результат. Результатом такого фінансування галузі охорони здоров'я повинно бути збереження та відновлення здоров'я громадян. До основних переваг програмно-цільового методу відноситься:

- забезпечення необхідної інформації про ресурси та ефективність використання видатків на виконання програм та підпрограм;
- концентрування на результатах;
- підвищення результативності державного фінансування;
- підвищення бюджетної прозорості та заохочення громадськості до участі в бюджетному процесі;
- акцентування уваги не на «утриманні» бюджетних установ, а на їх «функціонуванні за завданнями і вимогами».

Про ефективність програмно-цільового фінансування як інструменту розподілу бюджетних ресурсів для задоволення державних потреб, про отримання конкретних позитивних результатів, що встановлюють чіткі пріоритети в межах наявних бюджетних ресурсів, та звітування перед платниками податків про надання державних послуг свідчить успішний досвід застосування цього методу в більшості країн Європейського Союзу, Австралії, Нової Зеландії, Канади та Сполучених Штатів.

Але, визнаючи багаточисленні переваги цього методу, слід зупинитись і на недоліках та проблемах, які виникають при його застосуванні в галузі охорони здоров'я України.

Рахункова палата забезпечує охоплення контролем усіх напрямів використання державних коштів. У 2010 році одним із пріоритетних був контроль за використанням бюджетних коштів. Значна увага приділяється результатам аудитів ефективності використання коштів Державного бюджету України. Зазначені аудити засвідчили про недосконалість переважної більшості діючих державних цільових програм, прийнятих без урахування їх актуальності і важливості. Як правило, заходи, передбачені державними програмами, є нечіткими, не визначають конкретних обсягів фінансових ресурсів на їх реалізацію, окремі з них дублюються в інших державних програмах. Така практика призводить до неузгодженості між державними цільовими і бюджетними програмами. Державні цільові програми, на виконання яких держава протягом значного часу спрямовувала бюджетні кошти, після завершення терміну їх дії, як правило, не досягали своєї мети, тобто кошти, витрачені на реалізацію таких програм, витрачались неефективно¹.

¹ Звіт Рахункової палати України за 2010 рік. Рахункова палата України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/category/32826>.

Упродовж 2010 року характерним при виконанні більшості державних цільових програм стало незабезпечення Кабінетом Міністрів України їх заходів фінансуванням у повному обсязі, а Мінекономіки та Мінфіном, при плануванні показників соціально-економічного розвитку держави та проектів державного бюджету на відповідний рік за умов недостатнього фінансування програм, – пропорційного розподілу державних ресурсів на їх виконання. Все це призводило до відставання темпів виконання програм державного значення від затверджених графіків, створювало реальні ризики подальшого відставання у досягненні запланованих результатів та ставило під загрозу досягнення основної мети програм. У результаті більшість проблем, які планувалося розв'язати в рамках виконання тієї чи іншої державної програми, досі не вирішені ¹.

За даними Рахункової палати України, проведення у 2011 році видатків з Державного бюджету передбачалося за 894 бюджетними програмами (без урахування міжбюджетних трансфертів, видатків з обслуговування державного боргу і резервного фонду), з яких у плановому обсязі проведено видатки за 331 програмою на суму 132 млрд 662,5 млн грн, або 44,8 % плану. За 492 програмами видатки проведено в сумі, що на 6 млрд 773,9 млн грн менше передбачених планом. Не розпочато використання коштів за 51 програмою на суму 508,8 млн гривень ².

Окремі головні розпорядники бюджетних коштів у 2011 році не забезпечили повного розподілу і спрямування отриманих асигнувань на здійснення видатків. У результаті, з 181 млрд 394,6 млн грн відкритих асигнувань не спрямовано на виконання бюджетних програм 4 млрд 583,6 млн грн, або 2,5 %. При цьому, Міністерство охорони здоров'я не спрямувало асигнувань на виконання бюджетних програм у розмірі 228,8 млн грн. ³

Міністерство охорони здоров'я планові призначення в 2011 році не виконало на 363,3 млн грн, або 6,0 % плану, з них на забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру – на 63,2 млн грн, або 12,0 %, спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я, – на 40,8 млн грн, або 6,3 % ⁴.

¹ Звіт Рахункової палати України за 2010 рік. Рахункова палата України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/category/32826>.

² Висновки щодо виконання Державного бюджету України за 2011 рік. Рахункова палата України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/602600?cat_id=34761.

³ Там само.

⁴ Там само.

Більшість державних цільових програм у галузі охорони здоров'я в Україні не відповідають вимогам чинного законодавства. Зокрема, вони не передбачають загального обсягу коштів, необхідних для виконання програм; не містять вартісних та часових показників виконання кожного заходу; не розмежовують джерела фінансування програм; не мають розрахунків очікуваних результатів. Отже, вони не цільові, оскільки не зорієнтовані на досягнення кінцевої мети – підтримки здоров'я громадян України. Тому маємо просте фінансування окремих медичних установ за бюджетні кошти замість забезпечення державних пріоритетів у галузі охорони здоров'я ¹.

Таким чином, проблеми постають, по-перше, у великій кількості необґрунтованих бюджетних програм, кошти яких, скоріш за все, будуть використовуватися як додаткові джерела фінансування. По-друге, незбалансованість наявних бюджетних ресурсів з обсягами коштів, які потрібні на фінансування програм. По-третє, порушення і недосконалість у фінансуванні бюджетами цільових програм. По-четверте, не дотримуються принципи комплексності та узгодженості при складанні державних цільових і бюджетних програм.

Для подолання вищезазначених проблем та підвищення ефективності програмно-цільового фінансування галузі охорони здоров'я треба розмежувати бюджетні цільові програми на основні та другорядні. Це дозволить визначити пріоритети фінансування: основні програми отримують кошти у першу чергу, а другорядні – за залишковим принципом. До основних треба відносити програми, що:

1) актуальні та значущі, мають соціальну спрямованість та першочергове значення для розвитку країни, збереження й відновлення здоров'я населення;

2) відповідним чином науково обґрунтовані, конкретно та чітко визначені елементи бюджетної програми (цілі, завдання (одне або декілька), напрями діяльності, результативні показники виконання (затрат, продукту, ефективності, якості)).

Таким чином, забезпечення відповідності ресурсів результативності їх витрат допоможе правильно вибирати першочергові та найважливіші для населення програми. Застосування результативних показників якісного та кількісного аналізу стану виконання бюджетних програм у галузі охорони здоров'я підвищить ефективність їх виконання.

Зараз вважається, що пріоритети слід віддавати таким способам фінансування, які б зацікавили первинну ланку надання медичної допо-

¹ Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

моги у скороченні необґрунтованого направлення до стаціонару, збереженні здоров'я прикріпленого населення, ефективному витрачанні власних ресурсів, а стаціонарну ланку – в оптимізації обсягу надання медичної допомоги за рахунок зниження кількості необґрунтованих госпіталізацій, раціональному витрачанні власних коштів, зниженні тривалості перебування в стаціонарі¹.

Також вважається, що найбільш дійовим щодо зацікавленості в результатах роботи для позалікарняних закладів є метод поособового фінансування, а для установ стаціонарного типу – метод глобального бюджету. Таким чином, вектор змін у виборі способів фінансування закладів охорони здоров'я спрямовується від фінансування фактично наданих (ретроспективних) обсягів медичної допомоги до оплати планових (перспективних) обсягів².

Розглядаючи способи фінансування оплати медичної допомоги, проаналізуємо деякі їх особливості.

Спосіб повного фондотримання – це поособове фінансування за весь обсяг надаваної допомоги. Тут норматив фінансування поліклініки включає оплату позалікарняної та стаціонарної і стаціонаророзамісної допомоги. Чим більший внесок первинної ланки медичних закладів у зниження обсягів допомоги на наступних етапах, тим більша частина коштів залишається у розпорядженні поліклініки. Така економічна мотивація поліклінік дозволить стримувати екстенсивне зростання сектора стаціонарної допомоги.

Спосіб глобального бюджету – це оплата на основі узгоджених обсягів стаціонарної допомоги, який забезпечує гарантії її фінансування. Вартість ліжко-дня в основних відділеннях виступає як одиниця фінансування (норматив, що формується, на підставі всіх витрат медичної установи). Економія від внутрішніх перетворень (зниження тривалості госпіталізації, скорочення кількості ліжок тощо) залишається в медичному закладі і витрачається на заохочення співробітників. Припускаються відхилення від узгоджених обсягів (ризиковий пул, коридори ризику), враховуються також пом'якшувальні недоліки планування і реальні потоки пацієнтів. Оплата ведеться за затвердженим нормативом, якщо фактичний обсяг допомоги укладається в цей коридор. Оплата ведеться за нижчими нормативами, якщо фактичний обсяг допомоги перевищує коридор ризику.

¹ 1. Рибчук В. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей – вирішення нагальних проблем [Електронний ресурс] : виступ на національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» / В. Рибчук // Аптека.ua. – 2008. – 19 мая. (№ 641 (20)). – Режим доступу: <http://www.apтека.ua/article/6593>. – Назва з екрану. 2. Шевченко А. С. Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации / А. С. Шевченко // Психиатрия. – 2004. – № 2. – С. 31–35.

² Там само.

При цьому способі фінансування стаціонари націлені на виконання узгоджених обсягів роботи і не зацікавлені в збільшенні обсягів допомоги. Такий метод фінансування дозволить ефективно контролювати видатки, тому що рівень оплати залежить не від кількості ліжок, наявних потужностей та інфраструктури лікарень, а лише від результату діяльності¹.

Існує впевненість, що застосування закладами охорони здоров'я наведених способів фінансування дасть їм змогу твердо розраховувати на обсяги фінансових надходжень (наприклад, на відміну від кошторисного фінансування), прискорити процес реструктуризації служби і мотивувати персонал до ефективного використання ресурсів.

На нашу думку і фахівців², ці методи фінансування є малоефективними, тому що не вирішують такі проблем охорони здоров'я, як:

- фрагментоване групування коштів (декілька груп надходження коштів, що не конкурують між собою);
- вертикальна інтеграція групування, закупівлі та надання медичної допомоги;
- перекриття відповідальності за надання послуг (місто/район у межах області тощо);
- надто розвинена і надто спеціалізована інфраструктура;
- невинновато високий рівень користування та звернень;
- нерівний розподіл послуг та витрат;
- мінімальне залучення населення, вибір, підзвітність, прозорість;
- зв'язок фінансування з якістю лікування;
- стимулювання здорового способу життя тощо.

Заглиблення у механізми фінансування охорони здоров'я актуалізує також питання впровадження страхової медицини в Україні, які отримали значний розвиток у багатьох працях, широко обговорюються науковцями, спільнотою.

Багато авторів переконані, що впровадженням та закріпленням страхової медицини можна зрушити такі фінансові проблеми системи охорони здоров'я:

- забезпечити стале фінансування галузі, поєднавши бюджетні та позабюджетні кошти та відмовившись від залишкового принципу бюджетного фінансування;

¹ 1. Рибчук В. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей – вирішення нагальних проблем [Електронний ресурс] : виступ на національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» / В. Рибчук // Аптека.ua. – 2008. – 19 мая. (№ 641 (20)). – Режим доступу: <http://www.apтека.ua/article/6593>. – Назва з екрану. 2. Шевченко Л. С. Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации / Л. С. Шевченко // Психиатрия. – 2004. – № 2. – С. 31–35.

² Там само.

- пов'язати з фінансовими можливостями системи чітко визначений обсяг державних гарантій щодо медичної допомоги;
- закріпити соціально-економічну відповідальність закладів охорони здоров'я за результати своєї роботи;
- на рівні держави запровадити принцип соціальної солідарності;
- забезпечити ефективний контроль за якістю медичної допомоги та результатами діяльності медичних закладів.

Але, на нашу думку, система медичного страхування має багато негативних рис:

- порушиться Конституція України, що надає право на безкоштовну медичну допомогу та вільний вибір системи медичного страхування;
- більша частина коштів, додатково залучених впровадженням страхової медицини, витратитиметься на заробітну плату лікарів;
- відбудеться відкрита й узаконена комерціалізація діяльності охорони здоров'я та надання медичних послуг, і тому системі буде вигідно, щоб населення хворіло;
- медичне страхування (на перший погляд, нібито додаткове джерело фінансування охорони здоров'я) в умовах реального зменшення чисельності населення України та зростаючої питомої ваги людей похилого і пенсійного віку може стати додатковим тягарем для бюджетів;
- існуючий в Україні високий рівень безробіття та «тінізація» економіки не дозволить сформувати страхові фонди бажаного розміру;
- з'явиться новий податок, тому що впровадження медичного страхування передбачає сплату соціального збору, тобто ще одного виду нарахувань на заробітну плату, що додається до вже існуючих;
- величезні витрати підуть на утримання адміністративного апарату;
- зможуть собі дозволити дорогу медичну страховку не всі хворі, а лише матеріально забезпечені;
- зловживання «липовими» лікарняними листками, тому що застрахований вважатиме: якщо він купив дорогу медичну страховку, то не треба працювати, а сума виплат по лікарняних буде компенсувати заробітну плату;
- це таке фінансування, при якому суб'єкти з малим доходом повинні платити у систему медичного страхування більшу частину своїх доходів, ніж забезпечені суб'єкти;
- зменшення доступності та справедливості системи медичного обслуговування для хронічно хворих та літніх людей;
- споживач і виробник не прагнутимуть до ощадливості, адже оплата здійснюється третьою стороною; це призведе до надмірного використання послуг та до зростання видатків (неефективного використання ресурсів);

– досі не вироблено відповідні критерії прозорості та ефективності функціонування закладів охорони здоров'я із впровадженням медичного страхування, а також чіткого взаємозв'язку між кількістю, якістю й результативністю діяльності та обсягами фінансування;

– впровадження медичного страхування не означає підвищення результативності діяльності медичної галузі та покращення здоров'я населення, а навпаки лише погіршить стан галузі та громадян.

На підставі цих доводів можна зробити висновок, що, хоча впровадження страхової медицини – це можливість отримати додаткові цільові кошти, які повинні забезпечити фінансування галузі охорони здоров'я, проте на сучасному етапі можна досягти більшої якості та економічної ефективності роботи закладів охорони здоров'я і без впровадження медичного страхування.

Дослідження напрямків покращення ресурсного забезпечення та підвищення ефективності охорони здоров'я є основою для розробки концепцій і моделей оптимізації його діяльності для реалізації цілей національної економіки. Розгляд перспектив запровадження державно-приватного партнерства у медичній галузі є достатньо актуальним з точки зору подальшого реформування економіки та створення соціального ринкового господарства.

Впровадження державно-приватного партнерства для розвитку різних галузей економіки не залишилось поза увагою науковців. Дослідженням зазначеної проблематики та розробці напрямів вирішення широкого колу питань партнерства державного та приватного секторів займалися як зарубіжні, так і вітчизняні науковці, а саме: В. Варнавский, М. Вилисов, Є. Мішенін, Г. Мішеніна, К. Павлюк, О. Степанова та багато інших. У даному дослідженні хотілося б зупинитись на шляхах розвитку державно-приватного партнерства у медичній галузі, розглянути перспективи розвитку та можливі напрями реалізації різних форм державно-приватного партнерства у ресурсному забезпеченні галузі охорони здоров'я в Україні¹.

В Україні пріоритетами державної політики проголошується соціально-економічний розвиток та забезпечення належної якості життя населення. У зв'язку з цим з'являється необхідність активізації механізмів підвищення ефективності функціонування охорони здоров'я при існуючих фінансових, організаційних, функціональних, структурних та багатьох інших проблемах галузі. Значної уваги заслуговує дослідження ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я для розширен-

¹ Портна О. В. Перспективи розвитку державно-приватного партнерства та ресурсного забезпечення охорони здоров'я в Україні / О.В. Портна // Вісник Дніпропетровської державної фінансової академії. Економічні науки. – 2012. – № 2 (28). – 213 с. – С. 31–35.

ня використання різноманітних інструментів і особливостей впливу на регулювання діяльності галузі з урахуванням трансформації соціально-економічних відносин. Особливе місце у зазначеній проблематиці належить опрацюванню чинників та складових, що впливають на функціонування фінансів медичної галузі. Соціальний захист населення набуває особливого значення в умовах посткризового відновлення економічної системи України, що супроводжується бюджетним дефіцитом та недоотриманням видатків на охорону здоров'я.

За даними висновків щодо виконання Державного бюджету України за 2011 рік видатки Державного бюджету на охорону здоров'я в 2011 році планувалися в розмірі 10923 млн грн, в тому числі з загального фонду – 9081 млн грн, а виконано 10224 млн грн, що складає 93,6%, у тому числі із загального фонду 8548 млн грн, що складає 94,1%¹.

Але проблема постає і в неефективному управлінні та використанні фінансових ресурсів охорони здоров'я. Так, наприклад, за даними висновків щодо виконання Державного бюджету України за 2011 рік аудитом ефективності використання коштів субвенції з Державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів і медичного обладнання для закладів охорони здоров'я Львівської, Івано-Франківської та Чернівецької областей, проведеним Рахунковою палатою у вересні – листопаді 2011 року, встановлено, що централізована закупівля Міністерством охорони здоров'я низьковартісних витратних матеріалів для комунальних закладів охорони здоров'я є затратною і неефективною та знижує відповідальність місцевих органів влади за матеріально-технічне забезпечення медичних установ і, відповідно, їх спроможність вчасно надавати населенню якісні медичні послуги².

Управління охорони здоров'я Львівської, Івано-Франківської і Чернівецької обласних державних адміністрацій при формуванні та підготовці заявок Міністерству охорони здоров'я не забезпечили обґрунтованого визначення потреби медичних закладів у витратних матеріалах. За окремими найменуваннями потреба визначалася в обсязі, що перевищував сто відсотків, а за іншими – менше одного відсотка. Як наслідок, в одних медичних закладах утворювалися надлишки таких матеріалів, в інших – гостра їх нестача. Тому чимало відвідувачів комунальних закладів охорони здоров'я змушені і надалі самі придбавати витратні матеріали, а для незахищених верств населення створено умови, за яких вони змушені

¹ Висновки щодо виконання Державного бюджету України за 2011 рік. Рахункова палата України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/602600?cat_id=34761

² Там само.

відмовлятися від медичної допомоги через неможливість придбати такі матеріали за власні кошти¹.

В Івано-Франківській центральній міській клінічній лікарні і Герцагіївській центральній районній лікарні Чернівецької області не введено в експлуатацію та тривалий час не використовується через неготовність приміщень до встановлення медичне обладнання, закуплене за рахунок субвенції, загальною вартістю майже 10,0 млн гривень. Тому громадяни змушені звертатися за відповідною допомогою до медичних закладів в інших регіонах².

Реформи в охороні здоров'я України передбачають нові підходи до його ресурсного забезпечення тому, що країна існує у глобалізаційному просторі і не може не враховувати світові тренди – суттєве зростання інвестицій в охорону здоров'я загалом і у державний сектор зокрема. В Україні видатки на охорону здоров'я з бюджетів всіх рівнів останні 15 років збільшуються, але стартовий рівень незрівнянно нижчий, тому за показником частки витрат на галузь у ВВП ми значно відстаємо від країн ОЕСР. І головне – водночас продовжує зростати смертність, а тривалість життя знаходиться на рівні відсталих країн, що свідчить про неефективність використання ресурсів медичними закладами.

У науковій літературі широко розглядається досвід багатьох розвинених країн світу з різними соціально-економічними та політичними системами, а також рівнем розвитку ринкових відносин у різних сферах господарювання, який свідчить про те, що одним з перспективних і найефективніших шляхів забезпечення дотримання якісних та кількісних характеристик об'єктів державної власності є залучення до фінансування та управління цими об'єктами приватного сектору, бізнес-підприємницьких структур³.

Різноманітність видів, форм і сфер застосування державно-приватного партнерства роблять його універсальним механізмом для вирішення цілої низки завдань – від створення і розвитку інфраструк-

¹ Висновки щодо виконання Державного бюджету України за 2011 рік. Рахункова палата України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/602600?cat_id=34761

² Там само.

³ 1. Мішенін Є. Концептуальні засади розвитку механізмів державно-приватного партнерства в лісоресурсній сфері / Є. Мішенін, Г. Мішеніна // Економіст. – 2010. – № 12. – С. 23–26. – С. 23. 2. Варнавский В.Г. Государственно-частное партнерство в России: проблемы становления / В.Г. Варнавский // Отечественные записки. – 2004. – № 6. – С. 21–26. 3. Вилисов М. Государственно-частное партнерство: Политико-правовой аспект / М. Вилисов // Власть. – 2006. – № 7. – С. 12-17. 4. Государственно-частное партнерство: теория и практика / [Варнавский В.Г., Клименко А.В., Королев А.В и др.]. – М. : Изд-ский дом Государственного ун-та Высшей школы экономики, 2010. – 287 с.

тури до розробки і адаптації нових перспективних технологій. Активне впровадження в Україні державно-приватного партнерства у різних галузях економіки, особливо у соціальнозначущих, таких як охорона здоров'я, є нагальною потребою.

В Україні вже прийнято Закон «Про державно-приватне партнерство». Згідно з цим Законом державно-приватне партнерство передбачає виконання однієї або кількох таких функцій: проектування, фінансування, будівництво, відновлення (реконструкція, модернізація), експлуатація, пошук, обслуговування, а також інших функцій, пов'язаних з виконанням договорів, укладених у рамках державно-приватного партнерства ¹.

Розглядаючи світовий розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, К. Павлюк та О. Степанова зазначають, що найбільш активне залучення бізнесу до фінансування охорони здоров'я та надання медичних послуг на партнерській основі спостерігається у таких розвинутих країнах як Великобританія, Австралія, Канада, Австрія, Фінляндія, Франція, Італія, Португалія, Іспанія, Данія, Швеція ².

Найпоширенішими у світовій практиці формами реалізації проектів державно-приватного партнерства у соціальній сфері є контракти на будівництво, реконструкцію, експлуатацію й переобладнання об'єктів інфраструктури. «Гібридні» контракти використовуються для специфічних потреб, приміром для контрактів, пов'язаних з інформаційними технологіями, які включають побудову та управління інформаційними системами, або для контрактів на оновлення чи модернізацію устаткування ³.

Аналіз досвіду державно-приватного партнерства у країнах з різним рівнем соціально-економічного розвитку (Італія, Франція, Німеччина, Австрія, Бразилія, Мексика) доводить, що найбільш активно в таких країнах застосовується така форма державно-приватного партнерства як концесія.

Як бачимо з вищезазначеного, світова практика застосування державно-приватного партнерства розробила та широко використовує його різні методи, види та форми, що відрізняються різними сторонами державно-приватного партнерства, цілями та очікуваними результатами. На наш погляд, в Україні треба розвивати різноманітні форми реалізації державно-приватного партнерства у ресурсному забезпеченні

¹ Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI. – [Електронний ресурс]: – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>

² Павлюк К.В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К. В. Павлюк, О. В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – № 2. – С. 43–55. – с. 47

³ Там само.

медичної галузі, які вже поширюються в інших галузях¹. Однією з таких форм може бути оренда, коли приватний партнер орендує певний об'єкт охорони здоров'я на основі договору оренди. При безстроковій оренді об'єкти медичної галузі можуть передаватись в оренду приватному сектору з умовою, наприклад, інтегрованого цільового використання та створення певної кількості робочих місць, забезпечення певного обсягу інвестицій в охорону здоров'я. Це можуть бути також підряди з приводу виконання певних видів робіт, постачання послуг, довірче управління державними об'єктами охорони здоров'я та інші організаційно-правові форми співпраці. Можливо створення інтегрованих підприємницьких структур (кластерів), що припускає консолідацію економічних, фінансових, управлінських та інших видів ресурсів для вирішення соціально-економічних проблем раціонального використання та додаткового фінансування об'єктів медичної галузі. Така форма ДПП зможе забезпечити сталий розвиток медичної галузі завдяки багатоцільовому використанню об'єктів охорони здоров'я на основі коопераційних зв'язків, які обумовлюють отримання синергетичного ефекту.

Широко розповсюджена форма реалізації державно-приватного партнерства – концесія – характеризується тим, що приватний оператор (підприємець, юридична особа) отримує за визначену в договорі плату права на господарське управління певними ресурсами в межах певного об'єкта охорони здоров'я на основі концесійного договору, який має довготерміновий строк дії, але наприкінці залишається державна власність. Така форма ДПП передбачає необхідність залучення приватних інвестицій та, можна сподіватись, приверне додаткові ресурси у діяльність медичної галузі.

Створення-володіння-управління-передача припускає здійснення інвестицій у визначені об'єкти охорони здоров'я приватним оператором згідно з договором (контрактом) для володіння та управління об'єктом у рамках визначеного договором терміну. Після закінчення дії договору об'єкт передається державі.

¹ 1. Варнавский В.Г. Государственно-частное партнерство в России: проблемы становления / В.Г. Варнавский // Отечественные записки. – 2004. – № 6. – С. 21–26. 2. Вилисов М. Государственно-частное партнерство: Политико-правовой аспект / М. Вилисов // Власть. – 2006. – № 7. – С. 12–17. 3. Государственно-частное партнерство: теория и практика / [Варнавский В. Г., Клименко А. В., Королев А. В и др.]. – М. : Изд-ский дом Государственного ун-та Высшей школы экономики, 2010. – 287 с. 4. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерств в Україні та за кордоном / [Винницький Б., Лендьял М., Онищук Б., Сегварі П.]. – К.: «К.І.С.», 2008. – 146 с. 5. Мішенін Є. Концептуальні засади розвитку механізмів державно-приватного партнерства в лісоресурсній сфері / Є. Мішенін, Г. Мішеніна // Економіст. – 2010. – № 12. – С. 23–26. 6. Павлюк К.В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – № 2. – С. 43–55.

Відділення активів передбачає акціонування, коли власність (повністю або частково), як і зобов'язання щодо здійснення інвестицій та системного управління об'єктами охорони здоров'я, може передаватись приватному сектору шляхом або приватизації, або відкритої емісії акцій.

Поширені у світовій практиці сервісні контракти використовуються для забезпечення об'єктів охорони здоров'я окремими видами послуг (лабораторні послуги, харчування, енергосервісні контракти), які ґрунтуються на порівняльних перевагах приватного партнера, зокрема інноваційних ресурсах та технологіях¹.

Контракт на управління є найбільш простою формою ДПП, що не передбачає інвестиційних зобов'язань. Власність та інвестиційні рішення залишаються у веденні державного органу. Приватна організація відповідає тільки за дотримання користувачами принципів реалізації системного управління об'єктами охорони здоров'я і несе лише операційні ризики. Така форма ДПП допоможе підвищити ефективність управлінських рішень.

Поширення форм реалізації державно-приватного партнерства та впровадження їх у практичну діяльність дозволить вирішити низку проблем функціонування охорони здоров'я:

- суспільну – за допомогою залучення державою приватного сектору до спільного вирішення проблем доступного, якісного та своєчасного медичного обслуговування потреб суспільства на основі партнерства;

- ресурсну – за допомогою привернення додаткових матеріальних, фінансових трудових та інформаційних ресурсів у медичну галузь. Саме належне ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я дозволяє створити фундамент для якісного функціонування, мінімізації тінювих, неформальних платежів за медичні послуги, покращення умов праці лікарів та медсестер, зростання доходів медичних працівників та вирішення проблеми дефіциту медичних кадрів і скорочення структурного безробіття;

- інвестиційну – за допомогою спільного інвестування для вирішення стратегічних задач охорони здоров'я з метою стимулювання соціально-економічного зростання держави;

- технічну та технологічну – за допомогою впровадження новітніх медичних технологій, технічних засобів, які дуже потрібні українській охороні здоров'я;

- управлінську – за допомогою впливу бізнесу та спрямування спільних зусиль на використання ефективніших методів управління для забезпечення вищих техніко-економічних показників ефективності діяльності галузі;

¹ Павлюк К. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К. В. Павлюк, О. В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – № 2. – С. 43–55. – С. 47.

– наукову – за допомогою нових напрямків розвитку в національному, міжнародному і глобальному масштабах в умовах глобалізації та інтернаціоналізації капіталу.

Розглянувши передумови, стан і напрями поширення форм реалізації державно-приватного партнерства та впровадження їх у діяльність медичної галузі, можна визначити, що в сучасних умовах стабілізації економіки України для забезпечення належного функціонування охорони здоров'я необхідно застосовувати та розвивати державно-приватне партнерство. Формування та розвиток державно-приватного партнерства соціального спрямування мають передбачати використання якомога ширшого спектру існуючих форм та відповідних механізмів, які застосовуються в зарубіжній практиці господарювання.

Розглянувши сучасні технології надходження фінансових ресурсів до галузі охорони здоров'я, можна підсумувати, що всі зазначені методи та форми мають і вади, і недоліки. Тому актуальним стає їх подальше удосконалення, оптимальне поєднання та ефективне використання.

2.2. Класифікація фінансових ресурсів охорони здоров'я

Складні економічні та соціальні проблеми розвитку України в умовах ринкової економіки обумовлюють актуальність належного аналізу фінансів медичної галузі для здійснення ефективної політики держави за допомогою оптимізації розподілу та перерозподілу фінансових ресурсів. Це пояснюється тим, що галузь охорони здоров'я – дуже соціально та економічно важлива й значуща, складна за своєю структурою і взаємозв'язками, багатогранна та багаторівнева система, діяльність якої базується на створенні й розвитку розгалуженої мережі медичних закладів. До того ж, сучасні інституційні трансформації економічної системи України взагалі та галузі охорони здоров'я зокрема обумовлюють зміни з метою створення оптимальних умов для соціально-економічного розвитку держави та суспільства, збереження здоров'я населення. Тому об'єктивною необхідністю є вироблення фінансових засад реформування охорони здоров'я, які разом з комплексом соціально-економічних чинників справлять значний вплив на здоров'я людей.

Система охорони здоров'я завжди потребує ресурсних вкладень, адже якість медичного обслуговування і стан здоров'я населення залежать від забезпеченості медичної галузі матеріально-технічними, трудовими, фінансовими ресурсами та від їх ефективного використання. Це означає, що проблеми ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я завжди актуальні для будь-якої держави, для всього суспільства та кожного громадянина.

Виходячи з вищезазначеного, окреслимо практичні фінансові проблеми галузі охорони здоров'я. Система охорони здоров'я в Україні позначена проявами всеосяжних, глибоких і драматичних змін. Вони мають негативний, інколи суперечливий характер. Дослідники питань охорони здоров'я академік АМН України Л. Пиріг¹, професор В. Пономаренко² і професор Р. Богатирьова³ та багато інших неодноразово наголошували, що охорона здоров'я України не відповідає сучасним вимогам насамперед через вади у функціонуванні фінансів галузі, а саме⁴:

- недостатнє фінансування медицини з бюджетних джерел;
- нерациональне використання ресурсів, які характеризують фінансово-економічний стан галузі;
- диспропорції у фінансуванні рівнів медичної допомоги;
- недооцінка та відсутність механізмів забезпечення оптимального використання на охорону здоров'я загальних видатків (в Україні позабюджетні надходження нерозвинені та істотно занижуються в обліку);
- відсутність економічних стимулів для реформування державного сектора;
- застарілі технології профілактики, діагностики й лікування;
- занепад основних фондів;
- просте фінансування окремих медичних установ за бюджетні кошти замість забезпечення державних пріоритетів у галузі охорони здоров'я⁵.

Усі ці проблеми з часом не зникають. Навпаки, їх перелік постійно поповнюється. На думку автора, до зазначених проблем можна додати ще:

- недостатнє впровадження фінансового механізму контролю за надійністю та якістю надання медичної допомоги;
- відсутність дійових методів контролю за витрачанням наявних коштів та ефективністю роботи медичних закладів;

¹ Пиріг Л. Охорона здоров'я в державній політиці України на сучасному етапі // Українські медичні вісті. – 1997 – № 1. – С. 3–5.

² 1. Пономаренко В. М. Основні напрями реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я в міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» / В. М. Пономаренко // Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я : матеріали наук.-практ. конф. за Міжнар. участі (25–26 квіт. 2002 р.). – Одеса, 2002. – С. 10–17.
2. Пономаренко В. М. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи : (Дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України) / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 5–10.

³ Богатирьова Р.В. Здоров'я дітей та жінок в Україні / Р. Богатирьова [та ін.] ; відп. ред. В. Стешенко; Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Державний комітет статистики України, НАН України. – К. : [б. в.], 1997. – 152 с.

⁴ Там само.

⁵ Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрану.

– нехтування ринковими механізмами (скажімо, стимулюванням) не тільки в діяльності медичних закладів, але й при виробленні державної фінансової політики в галузі охорони здоров'я.

В Україні основними напрямками реформ у фінансах системи охорони здоров'я були визначені децентралізація управління й фінансування, багатоканальність фінансування, демонополізація державного сектора, впровадження ринкових механізмів і медичного страхування. Жоден із цих напрямів не реалізований у повному обсязі. В результаті держава та суспільство не досягли бажаних результатів у справі підвищення ефективності використання наявних коштів, надійності та якості надання медичної допомоги, відтворення та зміцнення здоров'я населення.

Розглядаючи проблеми сучасного фінансування, І. Акімова зазначила, що у нас замало грошей витрачається на охорону здоров'я – приблизно 4 % від ВВП, тоді як в інших країнах значно більше. Якщо грошей недостатньо, то розпорошувати їх зовсім неприпустимо. Наявні кошти треба використовувати так, щоб отримати кращий результат ¹.

На підтвердження думки І. Акімової наведемо обсяги фінансування охорони здоров'я деяких країн світу. Організація економічного співробітництва та розвитку (OECD) проаналізувала обсяги фінансування охорони здоров'я 34-ох країн світу. Серед них на охорону здоров'я найбільше витрачають Сполучені Штати Америки (у 2009 році – 17,4 % від ВВП), найменше – Мексика (у 2009 році – 6,4 % від ВВП) ².

Проблемні питання обсягів та джерел надходження коштів у медицину і їх витрачання розглянув В. Рибчук на Національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України». Він зазначив, що в 2007 р. бюджетне фінансування галузі становило 3,8 % від ВВП. Втім, якщо додати до цієї суми обсяг витрат населення на придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення (12,4 млрд грн), а також видатки лікарняних кас (55 млн грн), видатки на приватну медицину (1 млрд 353 млн грн), фінансування Світового банку та Глобального фонду боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом та малярією, – то цей показник значно зростає, сягаючи 5,76 %. Однак і це не всі фінансові ресурси галузі: підвищення показника сукупних видатків ще приблизно на 0,1–0,2 % від ВВП забезпечують фонди допомоги хворим, діяльністю яких опікуються неурядові організації та благодійні фонди. Оцінки витрат населення з власної кишені дуже різні, залежно від джерела даних та мето-

¹ Ирина Акімова: «Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения» / [інтерв'ю брала Лідія Суржик] // Зеркало недели. – 2011. – 4 февр. (№ 4). – С. 5.

² OECD Home [Electronic Source]. – Mode of access : http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html. – Title from a screen.

дології: за деякими з них, цей обсяг може становити 3 – 3,5 % від сукупних державних видатків на охорону здоров'я¹.

Підсумовуючи сказане та застосовуючи запропоноване в п. 1.2 визначення фінансової надійності діяльності медичних закладів за допомогою фінансових індикаторів, спробуємо використати це на макрорівні. Ми бачимо, що загальний обсяг спрямування фінансових ресурсів до галузі значний і в ньому превалюють позабюджетні джерела. З урахуванням багатоканальності надходження ресурсів до медичної галузі, позабюджетне фінансування майже втричі перевищує бюджетне. Тому необхідно аналізувати загальні ресурси охорони здоров'я, що включають і бюджетні, і позабюджетні кошти. Їх обсяги свідчать про достатню фінансову надійність, однак лише у розрізі надходження коштів. По інших складових фінансової надійності контроль за рухом та ефективністю використання ресурсів не можливий, тому й провести аналіз немає змоги (такого обліку не ведеться й дані відсутні).

На згаданій конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» проаналізовано співвідношення між державними та приватними видатками у сфері охорони здоров'я України порівняно з іншими країнами. Виявилось, що у нас в країні рівень приватних видатків є надзвичайно високим (*рис. 2.1*).

Тож, якщо оцінювати всі сукупні видатки в охороні здоров'я, то навіть за скромними підрахунками реальне фінансування галузі в Україні становитиме 6 – 6,7 % від ВВП².

Наведений вище аналіз фінансових ресурсів медичної галузі доводить, що охорона здоров'я в Україні, з урахуванням всіх джерел надходження коштів, фінансується майже вдвічі повніше за обсяги бюджетного утримання. А проблема постає в недоврахуванні, нерегульованості та неконтрольованості фінансових ресурсів, що надходять до медичної галузі.

Тому вирішення фінансових проблем охорони здоров'я має не стільки налаштовувати на пошук додаткових джерел фінансування, скільки стимулювати ефективне та раціональне використання наявних ресурсів галузі й отримання високого соціального ефекту, керуючись принципами організації фінансування закладів охорони здоров'я, що базуються на:

- обов'язковому або законодавчо встановленому ресурсному забезпеченні;
- добровільному ресурсному забезпеченні.

¹ Рибчук В. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей – вирішення нагальних проблем [Електронний ресурс] : виступ на національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» / В. Рибчук // Аптека.ua. – 2008. – 19 мая. (№ 641 (20)). – Режим доступу: <http://www.apтека.ua/article/6593>. – Назва з екрану.

² Там само.

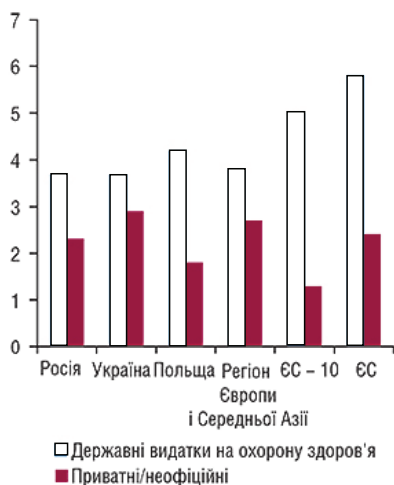


Рис. 2.1. Державні та приватні видатки у сфері охорони здоров'я України у порівнянні з іншими країнами регіону ¹.

Сьогодні в Україні запроваджено багатоканальне фінансування охорони здоров'я, що передбачає поєднання декількох джерел. Найчастіше у класифікації фінансів медичної галузі обмежуються одиничним критерієм – це джерела надходження – і доповнюють його обсягом отриманих коштів. Серед таких джерел виділяють²:

- фінансування з Державного бюджету;
- фінансування з місцевих бюджетів;
- ініціативні фонди та ініціативні програми, що спрямовані на вирішення однієї чи кількох соціальних проблем за рахунок ініціативи населення;
- добровільне медичне страхування (механізми добровільного медичного страхування набувають характеру ризикового накопичення);
- благодійні програми;
- безпосередні платежі населення або платні послуги.

¹ Рибчук В. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей – вирішення нагальних проблем [Електронний ресурс] : виступ на національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» / В. Рибчук // Аптека.ua. – 2008. – 19 мая. (№ 641 (20). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/6593>. – Назва з екрану.

² Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2003.– 396 с.

Є також загальноприйняті:

- приватне фінансування медичних послуг;
- неофіційна оплата послуг (коштом пацієнта);
- програми міжнародної технічної та гуманітарної допомоги – як додаткове джерело фінансування;
- кошти громадських, релігійних та благодійних організацій.

Але такий підхід до класифікації фінансових ресурсів медичної галузі не розкриває форм надходження ресурсів та не обумовлює критерії розвитку. Вважаємо, що разом з джерелами та обсягами фінансів слід розглянути способи й методи покриття витрат. Часто наводиться класифікація відповідно до способів та методів фінансування. Наразі популярні такі способи фінансування закладів охорони здоров'я (способи оплати медичної допомоги)¹.

Для амбулаторно-поліклінічних закладів:

- оплата за фактичну кількість наданих послуг;
- оплата за фактичне число відвідувань;
- оплата за фактичну кількість завершених випадків амбулаторної допомоги;
- поособове фінансування всього обсягу наданої допомоги (повне фондоотримання);
- поособове фінансування всього обсягу позалікарняної допомоги і частини обсягу стаціонарної (часткове фондоотримання).

Для стаціонарів:

- оплата фактично проведених ліжок-днів;
- оплата заздалегідь узгодженого обсягу ліжок-днів;
- оплата фактичного числа закінчених випадків стаціонарного лікування;
- оплата на основі узгоджених обсягів стаціонарної допомоги (метод глобального бюджету).

Продовжуючи розглядати класифікацію фінансового забезпечення охорони здоров'я, слід навести позицію відомих українських вчених А. Чухна, В. Крамаренка, Л. Дембського, А. Дудар, А. Синельника. Вони вважають, що джерела фінансування та кількісні форми відносин з покриття витрат бувають ²:

¹ Шевченко Л. С. Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации / Л. С. Шевченко // Психиатрия. – 2004. – № 2. – С. 31–35. – С. 34.

² Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Чухно А. А., Крамаренко В. И., Дембский Л. К., Дударь А. П., Синельник А. В. – Режим доступа: <http://eyecenter.com.ua/direct/book/index.htm>. – Заглавие с экрана.ka.ua/article/6593. – Назва з екрану.

- державні;
- приватні;
- страхові.

Розширюючи класифікацію фінансових ресурсів охорони здоров'я,

3. Лободіна поділила джерела формування на ¹:

- внутрішні
- зовнішні.

Форма організації фінансування має на увазі ²:

- фондову форму;
- нефондову форму.

Безумовно, кількісна й якісна характеристика фінансів визначається, насамперед, обсягом фінансових ресурсів, які вони забезпечують медичній галузі. При цьому важливими, на нашу думку, є не лише обсяги ресурсів охорони здоров'я, а й їх структуровані прояви, тобто кількість, склад, канали, джерела, методи, об'єкти, форма вираження, часова та просторова ознаки, рівні фінансування тощо.

Через дію багатьох чинників та складових, які унеможливають якісний аналіз, планування, прогнозування, контроль та регулювання функціонування фінансів і результатів діяльності, особливого значення набуває їх класифікація. Тому на підставі проведеного аналізу фінансових ресурсів ми пропонуємо класифікувати їх за фінансовим принципом, беручи до уваги складність фінансово-економічних відносин, багатоканальність фінансування та різноманіття його проявів. Це дозволяє виділити окремі групи. Така структуризація сприятиме чіткішому розмежуванню фінансів за принципами, методами, способами, засобами, каналами, формами, джерелами та рівнями коштів, які до них спрямовуються, а в результаті – забезпеченню цільового, ефективного та раціонального використання фінансових ресурсів, а також дійсно комплексному та якісному контролю за їх надходженням і витрачанням. Гадаємо, що слід розширити й удосконалити вже існуючу класифікацію, тому пропонуємо виділяти подані нижче ознаки фінансових ресурсів та їх елементи³.

¹ Лободіна З. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей: реалії формування та перспективи зростання / З. Лободіна // Світ фінансів. – 2007 – Вип. 2 (11). – С. 73–84. с. 76.

² Там само.

³ Портна О. В. Практичні проблеми фінансування охорони здоров'я в Україні / О. В. Портна // Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Збірник наукових праць. Серія: Актуальні проблеми управління та фінансово-господарської діяльності підприємства. – Харків: НТУ «ХПІ». – 2012. – № 45 (951). – 195 с. – С. 140–149.

Насамперед, починати класифікацію фінансових ресурсів охорони здоров'я треба з визначення форм власності, тому що це визначає основних утримувачів медичних закладів, тобто основних надавачів коштів. Залежно від форм власності заклади охорони здоров'я бувають:

- державні;
- комунальні;
- приватні.

Виходячи з форм власності, визначаються і джерела, які надають ресурси. За джерелами фінансування розподіляється так:

- Державний бюджет;
- місцеві бюджети;
- страхові фонди;
- платні послуги.

Зараз в Україні задіяні одночасно декілька методів надходження фінансових ресурсів до медичної галузі, а саме:

- кошторисне;
- постатейне;
- поособове;
- метод глобального бюджету;
- програмно-цільовий метод;
- індивідуальне.

Деталізуючи методи фінансування, слід розглянути і його об'єкти. В залежності від об'єктів буває різне фінансування:

- фінансування статей витрат;
- фінансування цільових програм;
- фінансування страхових випадків;
- фінансування за надання послуги.

Пам'ятаючи про багатоканальність фінансових ресурсів охорони здоров'я в Україні, всі раніше зазначені джерела надходження коштів можна поділити за кількістю джерел фінансування:

- одноканальні;
- багатоканальні.

Розглядаючи джерела надходження коштів, усю їх множину доцільно поділити на дві групи, які принципово відрізняються одна від одної. За підпорядкованістю маємо джерела надходження фінансових ресурсів:

- бюджетні;
- позабюджетні.

Фінансові ресурси надходять у медичну галузь як напряму від суб'єктів фінансування, так і через посередників, тому в залежності від каналів, можливе:

- пряме фінансування;
- опосередковане фінансування.

Система охорони здоров'я загалом та окремі медичні заклади одержують ресурси від їх надавачів і в грошовій формі, і в натуральній, – тобто у вигляді устаткування, медикаментів, постільної білизни, харчування тощо. Тому вважаємо за потрібне класифікувати ресурси ще й за формою вираження:

- грошові;
- натуральні.

Для галузі охорони здоров'я ресурси виділяються як на поточну діяльність медичних закладів, так і на перспективні програми. Тому за часовою ознакою фінансування буває:

- поточним;
- перспективним.

Фінансуються як медичні заклади взагалі, так і окремі структурні підрозділи. Тож за просторовою ознакою фінансові ресурси бувають:

- локальними;
- загальними.

Очевидно, що фінансові ресурси охорони здоров'я характеризуються не лише визначенням джерел, форм і методів надходження. Їх метою є також здобуття певних результатів, досягнення визначених цілей економічного та соціального ефекту функціонування галузі. Тому, на нашу думку, в системі охорони здоров'я особливе значення мають фінансові відносини закладів охорони здоров'я з бюджетами різних рівнів, зі страховими компаніями, суб'єктами господарювання – тобто з різними рівнями функціонування та отримання ефекту від діяльності. Конкретизація цільових орієнтирів функціонування фінансів є складовою частиною загального процесу діяльності системи охорони здоров'я. Відтак класифікація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я повинна давати чітке визначення рівнів надходження коштів.

Фінансові відносини здійснюються на кількох рівнях:

- на державному рівні (через фінансування галузі з Державного бюджету України) встановлюються стратегічні цілі розвитку суспільства, формується політика розвитку системи охорони здоров'я, визначаються його пріоритетні проблеми та шляхи їх вирішення;
- на рівні регіональних органів державної влади (через місцеві бюджети) доповнюється, конкретизується й адаптується до місцевих умов загальнодержавна політика, розробляються додаткові територіальні програми і заходи, що сприятимуть вирішенню специфічних медичних проблем, розробляється система забезпечення населення фармацевтичними препаратами, специфічними медичними послугами;

- на рівні медичного закладу, шляхом здійснення фінансування за багатьма каналами, проводиться безпосередня робота з населенням;
- є також індивідуальний рівень (платні послуги, що фінансуються за власні кошти пацієнтів і медичне страхування).

Саме тому структуризація фінансів системи охорони здоров'я вимагає комплексного підходу, який гарантуватиме:

- широту охоплення стратегічних напрямків охорони здоров'я;
- створення ієрархії пріоритетів;
- конкретизацію засобів досягнення цілей та механізмів їх реалізації;
- визначення ресурсного забезпечення;
- узгодженість термінів виконання;
- виконання вимог щодо адресної фінансової допомоги у сфері охорони здоров'я.

Запропонована класифікація (завдяки охопленню широкого кола класифікаційних ознак та їх елементів) допоможе всеохоплююче, комплексно, всебічно, конструктивно, якісно аналізувати й відстежувати фінансові ресурси та фінансові відносини в їх розвитку задля поліпшення використання коштів медичної галузі, зміцнення здоров'я людей, виявлення ресурсних резервів.

Отже, удосконалена класифікація фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я шляхом доповнення такими класифікаційними ознаками, як: канали фінансування, що включають пряме фінансування та опосередковане; форма вираження, що включає грошове вираження й натуральне; часова ознака фінансування, що охоплює поточне і перспективне; просторова ознака фінансових ресурсів – локальні та загальні; рівні фінансових відносин, що включають державний рівень, рівень регіональних органів державної влади, рівень медичного закладу, індивідуальний рівень. Це дало змогу відобразити багатогранність фінансово-економічних відносин, багатоканальність надходження фінансових ресурсів до медичної галузі й різноманіття їх проявів.

2.3. Впровадження ефективного механізму функціонування фінансів закладів охорони здоров'я

Сучасна система охорони здоров'я, на жаль, досі неспроможна пристосуватися до ринкових механізмів і успішно функціонувати в нових умовах. У ній з'явилися і закріпилися негативні явища, такі як значне зниження якості медичної допомоги й загострення проблеми її доступності, що призвело до порушення конституційних прав громадян на доступну і безкоштовну медичну допомогу.

Тому проблема оптимального функціонування фінансів та організації системи охорони здоров'я задля ефективної діяльності її закладів стала першорядною у справі охорони суспільного та індивідуального здоров'я, як багаторазово наголошувалося науковцями, які досліджували ці питання. Від того, наскільки ефективно функціонують фінанси галузі, залежать не тільки методи та способи оплати її послуг, але й рівень суспільної справедливості, що базується на вільному доступі громадян до якісного медичного обслуговування. Це можна здійснити шляхом оптимізації всієї системи фінансових відносин охорони здоров'я, тобто починати треба зі зміни пріоритетів у фінансуванні галузі і закінчувати створенням такого економічного механізму, з використанням якого кожний суб'єкт медико-виробничої діяльності відчуватиме зростання кількості конкуруючих медичних закладів, медичних працівників і послуг та буде зацікавлений у поліпшенні якості та доступності медичної допомоги, підвищенні ефективності використання кадрових, фінансових, матеріальних і всіх інших ресурсів.

Головним завданням перебудови функціонування фінансів галузі охорони здоров'я в Україні є оптимізація системи фінансування, яка б дозволила збалансувати бюджетні і позабюджетні джерела, залучити кошти з децентралізацією фінансів галузі, розширити права суспільства, медичних трудових колективів та громадян у накопиченні й використанні ресурсів охорони здоров'я, вжити заходів контролю за діяльністю медичних закладів, запровадити механізми фінансової відповідальності за неефективне та нераціональне витрачання коштів. Фінансове забезпечення вітчизняної медицини в умовах багатоканального фінансування є і має залишатися регульованим та контрольованим з боку держави, тому що фінансові ресурси надходять також і з бюджетів, а проблема охорони здоров'я є суспільною та загальнодержавною.

Сучасне фінансування системи охорони здоров'я є поєднанням державно-адміністративних методів регулювання та фінансування галузі з ринковими механізмами. Але очевидно, що навіть впровадженням багатоканального фінансування економічні проблеми охорони здоров'я не вирішуються, тому завдання визначення оптимальної моделі функціонування фінансів медичних закладів, що стоїть перед сучасною економічною наукою, полягає в максимізації соціально-економічної ефективності функціонування галузі. Таким чином, метою державної політики України в галузі охорони здоров'я стає поліпшення здоров'я населення на основі забезпечення доступної та якісної медичної допомоги, розвитку культури здорового способу життя і розширення профілактики та діагностики захворюваності.

Звідси випливають і основні завдання розвитку охорони здоров'я в Україні:

- скорочення захворюваності, яка становить особливу загрозу національній безпеці та здоров'ю громадян;
- розширення профілактики захворюваності і зміцнення здоров'я;
- забезпечення населення доступною, надійною та якісною медичною допомогою.

Перелічені завдання є основою для визначення пріоритетних цілей, конкретних завдань, напрямів і шляхів фінансування охорони здоров'я. Тому вважаємо за доцільне розглянути такі складові діяльності медичних закладів, як:

- оптимізація фінансування та організації медичної допомоги;
- раціональне використання коштів на охорону здоров'я всередині галузі;
- підвищення доступності медичної допомоги.

На думку А. Чухна, В. Крамаренка, Л. Дембського, А. Дударь, А. Синельника, існуюча система організації та фінансування первинної медико-соціальної допомоги, яка має бути основною, далека від досконалості ¹.

1. Зберігається значна диспропорція в обсягах фінансування амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги. Хоча 80 % пацієнтів починають і закінчують лікування в поліклініці, основна маса інвестицій і ресурсів прямує в стаціонари.

З досвіду світової практики відомо, що система позалікарняної допомоги при достатньому рівні її розвитку, відповідній організації та високому рівні профілактики здатна вирішувати до 80 % пов'язаних зі здоров'ям проблем.

2. Не у повному обсязі використовуються наявні можливості діагностики, лікування і реабілітації на догоспітальному етапі, повільно впроваджуються алгоритми надання медичної допомоги.

Сучасна модель організації амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню внаслідок серйозних вад дедалі жорсткіше піддається критиці. Необхідність змін продиктована прагненням економно та ефективно витратити обмежені фінансові ресурси, що виділяються на надання медичної допомоги населенню. Проте у нас досі зберігаються істотні диспропорції в обсягах фінансування амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги. Тому маємо сумні наслідки: можливості розвитку матеріально-технічної бази і впровадження сучасних ресурсозберігаю-

¹ Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Чухно А. А., Крамаренко В. И., Дембский Л. К., Дударь А. П., Синельник А. В. – Режим доступа: <http://eyecenter.com.ua/direct/book/index.htm>. – Заглавие с экрана.

чих технологій обмежені, необґрунтовано поширені показання до стаціонарного лікування, що, у свою чергу, призводить до значних витрат на медичну допомогу¹.

В умовах явно неефективного використання коштів чомусь у розвиток найбільш дорогої – стаціонарної медичної допомоги, як і раніше, вкладається незначна кількість фінансових і матеріально-технічних ресурсів. При цьому 30 – 50 і більше відсотків від усіх госпіталізованих могли б обстежуватися і лікуватися в амбулаторно-поліклінічних умовах. Проте організація денних стаціонарів і впровадження спеціалізованих комплексних методів лікування на догоспітальному етапі посуваються вкрай повільними темпами².

Перший заступник голови адміністрації Президента України І. Акімова зазначала, що система фінансування, як і раніше, здійснюється за кошторисним принципом, тобто кошти виділяються залежно від ліжко-місць. Цей за своєю сутністю хибний принцип не дає стимулів для надання якісних послуг пацієнтові, не дозволяє зосередити бюджетні кошти у потрібному місці та прослідкувати за їх належним використанням³.

Тенденція зростання кількості лікарняних ліжок, що склалася раніше, підвищення вартості допомоги і медичної техніки спричиняють зниження медичної, соціальної та економічної ефективності діяльності лікарень та якості медичної допомоги.

На Національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» В. Рибчук зазначав, що Україна має 5,74 лікарні на 100 тис. населення, що вдвічі більше за показник для країн – нових членів ЄС (2,75); кількість стаціонарних ліжок в Україні на 50 % більша за середній показник для ЄС, а ліжок у лікарнях для пацієнтів з гострими захворюваннями – на 70 %. Водночас, якщо кількість медичних сестер та лікарів на 100 тис. населення наближається до середнього показника в ЄС, то обсяг наданого лікування (наприклад, кількість хірургічних процедур) на 20 % менший⁴.

¹ Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Чухно А. А., Крамаренко В. И., Дембский Л. К., Дударь А. П., Синельник А. В. – Режим доступа: <http://eyecenter.com.ua/direct/book/index.htm>. – Заглавие с экрана.

² Там само.

³ Ирина Акимова: «Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения» / [интервью брала Лидия Суржик] // Зеркало недели. – 2011. – 4 февр. (№ 4). С. 5.

⁴ Рибчук В. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей – вирішення нагальних проблем [Електронний ресурс] : виступ на національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» / В. Рибчук // Аптека.ua. – 2008. – 19 мая. (№ 641 (20)). – Режим доступа: <http://www.apтека.ua/article/6593>. – Назва з екрану.

У країнах європейської спільноти одна повноцінна лікарня загального профілю забезпечує надання вторинної медичної допомоги для 100–200 тис. населення (при цьому необов'язковою є відповідність адміністративно-територіальному поділу країни). Невеликі за кількістю населення (а отже й платників податків) райони з фінансової точки зору неспроможні самостійно утримувати високовартісну, якісну та сучасну систему надання вторинної медичної допомоги, тому їх фінансові потужності потребують об'єднання¹.

Рівень заміщення фахівців у більшості лікарень України низький. Проте, оскільки фінансування розподіляється за окремими статтями бюджету (наприклад, рівень заробітних плат визначається на центральному рівні), керівництво лікарень не може змінювати розподіл коштів у межах бюджету.

Внаслідок цього бюджетне фінансування лікарень спрямовується на підтримання наявної інфраструктури, на збереження зайнятості медичних працівників і не залежить від обсягу наданих лікарнею послуг, тобто від проведеного лікування. Отже, сьогодення система фінансування лікарень не створює стимулів для правильного лікування пацієнтів. Навіть гірше: пацієнти часто розглядаються як фактор витрат, оскільки ефективніше їх лікування зменшуватиме кошти, виділені лікарні.

Часто хворі потрапляють до лікарні і не отримують нічого, крім лікарняного ліжка. І оскільки конституційне положення щодо права громадян на безоплатну медичну допомогу не створює паралельних зобов'язань ані держави, ані лікарні, пацієнти змушені закривати розрив між їх попитом і наявною пропозицією надання медичної допомоги за рахунок особистих коштів. Хворі здійснюють неофіційні платежі лікарям, щоб отримати доступ до якісної медичної допомоги. За лікування, медикаменти й послуги лікарні (скажімо, їжу та постіль) вони платять додатково. Як результат, українська система охорони здоров'я стає несправедливою. Крім того, навіть ті пацієнти, які здійснюють особисті платежі, не можуть бути впевнені в якості неофіційно куплених медичних послуг, адже більшість з них не може оцінити необхідність того чи іншого лікування та його якість.

Низькі показники здоров'я в Україні частково відображають проблематичну ситуацію, що пов'язана зі структурою стимулів на рівні лікарень².

¹ Рибчук В. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей – вирішення нагальних проблем [Електронний ресурс] : виступ на національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» / В. Рибчук // Аптека.ua. – 2008. – 19 мая. (№ 641 (20)). – Режим доступу: <http://www.apтека.ua/article/6593>. – Назва з екрану.

² Там само.

Ще повнішу (і сумнішу) картину отримаємо, згадавши про такий показник якості здоров'я населення, як середня очікувана тривалість життя: в Україні вона приблизно на 11 років нижча за таку в країнах ЄС. Якщо ж привести нашу структуру населення до рівня ЄС, виявиться, що стосовно цілої низки поширених видів патології рівень захворюваності перевищує середньоєвропейський в кілька, а подекуди в десяток разів ¹.

Але проблема постає і в тому, що обсяги фінансування змінюються, а розподіл видатків розписується по окремих статтях, які з часом практично не змінюються: коливання становить 2–3 %.

Лева частка, як і раніше, поглинається заробітною платою медичних працівників та оплатою комунальних послуг (понад 70 % всіх видатків спрямовується на фінансування діяльності лікувально-профілактичних закладів). Бюджетні видатки на охорону здоров'я розподіляються відповідно до елементів витрат, головними з яких є лікарняні ліжка. Витрати на оплату праці та комунальні платежі становлять дві третини видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я, в той час як на закупівлю товарів, матеріалів та послуг витрачається лише одна п'ята, а на капітальні видатки – одна десята сукупних видатків ².

Аналіз ситуації у системі охорони здоров'я доводить, що у структурі видатків на охорону здоров'я України близько 60 – 70 % виділених коштів припадає на фонд оплати праці та його нарахування (за оцінкою ВООЗ, якщо питома вага заробітної плати в структурі витрат на охорону здоров'я становить понад 30 %, то це свідчить про відсутність процесу відтворення галузі) ³.

Принагідно розглянемо мережу амбулаторно-поліклінічних закладів та стаціонарів, адже це найбільш розгалужена ланка системи охорони здоров'я, яка до того ж постійно збільшується, як видно з *табл. 2.1*.

Отож ми пересвідчуємося, що загальна кількість лікарняних закладів у 2006 – 2010 роках була відносно стабільною, але різко знизилась у порівнянні з 1990 роком. Кількість лікарняних ліжок постійно зменшувалась, але кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів та їх планова ємність зростала.

¹ Рибчук В. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей – вирішення нагальних проблем [Електронний ресурс] : виступ на національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» / В. Рибчук // Аптека.ua. – 2008. – 19 мая. (№ 641 (20)). – Режим доступу: <http://www.apтека.ua/article/6593>. – Назва з екрану.

² Там само.

³ Там само.

Таблиця 2.1

Кількість закладів охорони здоров'я в Україні*

Період	Кількість лікарняних закладів, тис.	Кількість лікарняних ліжок		Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів	
		усього, тис.	на 10 000 насел.		кількість відвідувань за зміну, тис.	на 10 000 населення
1990 р.	3,9	700	135,5	6,9	895	173,1
2006 р.	2,9	444	95,6	7,9	998	214,8
2007 р.	2,8	440	95,2	8,0	992	214,7
2008 р.	2,9	437	95,1	8,8	987	214,8
2009 р.	2,8	431	94,2	8,8	1000	218,3
2010 р.	2,8	429	94,0	9,0	993	217,7

* За даними Держкомстату України¹.

Зараз в Україні спостерігається значне погіршення показників суспільного здоров'я населення: зросла захворюваність соціально обумовленими хворобами, різко скоротилися тривалість життя та чисельність населення, значно хибує профілактична спрямованість охорони здоров'я, прискорилися темпи інвалідизації працездатного населення.

Аналіз основних демографічних показників України подано в табл. 2.2. З неї видно, що чисельність населення України постійно зменшується через постійне зниження кількості народжених та щорічне збільшення кількості померлих. Ситуація не покращилася в 2009 – 2010 роках у порівнянні з 1990 – 2008 роками.

Зіставляючи дані табл. 2.1 та 2.2, ми бачимо, що з 1990 року кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів (кількість відвідувань за зміну та на 10000 населення) в Україні зростала пропорційно зниженню кількості населення і загальновідомому погіршенню стану здоров'я суспільства, і в цих же умовах кількість лікарняних закладів та кількість лікарняних ліжок за період 2006 – 2010 років приблизно однакова.

¹ Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрану

Таблиця 2.2

Основні демографічні показники України (в тис. осіб)*

Показники	1990	2006	2007	2008	2009	2010
Чисельність наявного населення на кінець року	51944,4	46646,0	46372,7	46143,7	45962,9	45778,5
Кількість народжених	657,20	460,368	472,657	510,588	512,5	497,689
Кількість померлих	629,60	758,092	762,877	754,462	706,74	698,235

* За даними Держкомстату України ¹.

Маємо зробити відповідні висновки: по-перше, це свідчить про не-виправдану розгалуженість стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я, а по-друге, – про неефективне використання коштів, тому що діяльність стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів себе не виправдовує, як показано вище.

З метою усунення виявлених диспропорцій у фінансуванні медичних закладів і підвищення ефективності використання наявних фінансових ресурсів передусім необхідне проведення змін, радикальної структурно-функціональної перебудови всієї системи фінансування та організації охорони здоров'я ².

Оскільки бюджетні кошти залишаються джерелом фінансування, то необхідно проаналізувати стан бюджетного фінансування охорони здоров'я за допомогою фінансових індикаторів, запропонованих в п. 1.2. Дані наведено в табл. 2.3. Вони свідчать, що у період з 2006 по 2008 роки валовий внутрішній продукт зростав, так само зростали видатки Зведеного бюджету України і видатки на охорону здоров'я у загальному фонді Зведеного бюджету, в т. ч. з місцевих бюджетів. Питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках загального фонду Зведеного бюджету та відсоток видатків на охорону здоров'я до ВВП у 2006 – 2007, 2009 роках мали тенденцію до зростання, а в 2008 році значно знизилися порівняно з 2006 – 2007, 2009 роками. Але видатки на охорону здоров'я на одиницю населення у гривнях постійно зростали. Як ви-

¹ Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрану.

² Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Чухно А. А., Крамаренко В. И., Дембский Л. К., Дударь А. П., Синельник А. В. – Режим доступу: <http://eyecenter.com.ua/direct/book/index.htm>. – Заглавие с экрана.

дно з табл. 2.3, обсяг виділених ресурсів за рахунок бюджету постійно зростає, але через відсутність контролю за витрачанням коштів очікуваного позитивного результату не було.

Таблиця 2.3

**Основні показники бюджетного фінансування
охорони здоров'я в Україні ***

Показники	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.
Валовий внутрішній продукт (ВВП), млн грн	544153	720731	949864	914700
Видатки Зведеного бюджету (загальний фонд), млн грн	108 245,2	130090,2	186 738,6	188699,4
Видатки на охорону здоров'я у загальному фонді Зведеного бюджету, млрд грн	16,9	23,1	27,5	31,3
у тому числі: з місцевих бюджетів	13,4	17,5	22,6	25,2
з Державного бюджету України	3,5	5,6	4,9	6,1
Питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках загального фонду Зведеного бюджету, %	15,61	17,76	14,73	16,6
Відсоток видатків на охорону здоров'я до ВВП, %	3,11	3,21	2,9	3,4
Видатки на охорону здоров'я на одиницю населення: у гривнях	361,2	496,7	594,5	683,7

* Складено і розраховано автором на основі даних Держкомстату, Міністерства фінансів та Міністерства охорони здоров'я України ¹.

З урахуванням вищевказаного напрямками реформування організації фінансів медичних послуг можуть стати:

- підвищення профілактичної спрямованості фінансування та діяльності охорони здоров'я;
- підвищення економічної, медичної та соціальної ефективності витрачання ресурсів медичних закладів;
- підвищення якості надання медичної допомоги;
- підвищення доступності медичної допомоги.

¹ Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрану. Міністерство охорони здоров'я [Електронний ресурс] : офіц. сайт. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/>. – Назва з екрану. Міністерство фінансів України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу : <http://www.minfin.gov.ua/>. – Назва з екрану.

Вивчення у Державному комітеті статистики самооцінки населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році показало, що «доступність медичної допомоги значною мірою залежить від фінансової спроможності домогосподарств»¹. Розглянемо оприлюднені Комітетом цифри. Частка осіб, які скористалися послугами приватного стоматолога або звернулися по медичну допомогу до платної медичної установи чи приватного лікаря (крім стоматолога), становила 2 % – 8 % від загалу тих, хто звернувся по медичну допомогу (як у групі з 10 найменш забезпечених за рівнем середньодушових загальних доходів домогосподарств, так і серед домогосподарств, середньодушові загальні доходи яких нижчі за прожитковий мінімум). У групі більш забезпечених домогосподарств десятого дециля частка таких осіб була в 5–7 разів більшою².

Із загальної кількості осіб, які повідомили, що зверталися до лікаря протягом останніх 12 місяців, 56 % пояснили це хворобою або проблемою зі здоров'ям, 40 % – необхідністю профілактичного огляду, 1,3 % – необхідністю отримання документа, сертифіката, листа-довідки та іншими адміністративними причинами, 1,1 % – необхідністю поновити рецепти, 1 % – нещасним випадком або травмою³.

За даними опитування у жовтні 2009 р., частка домогосподарств, які повідомили про випадки неможливості задовольнити потреби в отриманні медичної допомоги, сягала 20 % від загальної кількості домогосподарств, що на 7 в.п. більше, ніж у 2008 р. Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств, як і в опитуванні попереднього року, назвала занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. Серед найменш забезпечених домогосподарств першої децильної групи та серед домогосподарств, середньодушові загальні доходи яких нижчі за прожитковий мінімум, по 28 % при потребі не змогли отримати ліки, медичні товари та послуги, в той час як серед більш забезпечених домогосподарств десятого дециля частка таких склала лише 8 %⁴.

Серед домогосподарств, у складі яких були особи, що потребували медичної допомоги, але не змогли її отримати, 81 % респондентів повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але надто дорогих ліків. Така ситуація склалася у кожному шостому пересічному домогосподарстві (2008 року – в кожному десятому)⁵.

¹ Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрану.

² Там само.

³ Там само.

⁴ Там само.

⁵ Там само.

Залишаються проблеми з доступністю послуг лікарів. У трьох із семи домогосподарств, у яких хтось із членів при потребі не отримав медичну допомогу (в кожному дванадцятому пересічному), хворі не мали можливості відвідати лікаря. У 84 % таких випадків опитувані пояснили це високою вартістю послуг, у 9 % – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 17 %), у 8 % – занадто довгою чергою¹.

Дев'ять з десяти домогосподарств, які при потребі у придбанні медичного приладдя, відвідуванні стоматолога, протезуванні, проведенні медичних обстежень та отриманні лікувальних процедур змушені були відмовитися від цих видів медичної допомоги, зазначили як причину відмови їх високу вартість².

Майже кожне друге (в 2008 р. – майже кожне п'яте) домогосподарство (відповідно 9 % та 2 % від усіх домогосподарств), члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомили про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних закладах. Майже всі такі домогосподарства вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана дуже високою його вартістю. Водночас, серед осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, як і раніше, дев'ять з десяти брали до лікарні медикаменти, три чверті – їжу, майже дві третини – постільну білизну. Частка осіб, які не брали нічого з переліченого, як і раніше, дорівнювала лише 6 %³.

За даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, у січні–вересні 2009 р. основну частину ліків та медичного приладдя населення купувало в аптечних закладах, а медичні послуги надавалися громадянам переважно лікувальними установами. Разом з тим, кожна дванадцята гривня (у січні–вересні 2008 р. – кожна чотирнадцята) з коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, була направлена на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки (на хабарі, грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо)⁴.

Всі означені проблеми української медицини, на нашу думку, можна вирішити за допомогою зміни пріоритетів фінансування галузі. Навіть за умов багатоканального фінансування не треба забувати, однак, про необхідний державно гарантований рівень медичної допомоги для всіх членів суспільства і про дотримання принципу соціальної справедливості щодо рівних прав усіх громадян на здоров'я, який здійснюється саме через бю-

¹ Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрану.

² Там само.

³ Там само.

⁴ Там само.

джетне фінансування. Напевно, у середньостроковій перспективі нам не вдасться значно збільшити обсяги бюджетних коштів для потреб галузі. Тому тільки переважно за рахунок підвищення ефективності використання наявних ресурсів можливо досягти певних зрушень.

Для цього насамперед слід сконцентруватись на обмеженому колі пріоритетних завдань, які дадуть найбільший ефект у справі поліпшення здоров'я населення. Важливим напрямком ефективного використання наявних коштів також можна вважати реструктуризацію мережі лікувальних закладів на основі оптимізації їх кількості та складу.

Відсутність раціональних способів фінансування закладів охорони здоров'я, здатних вплинути на процес і темпи реструктуризації, теж стає на заваді. Для того, щоб стимулювати медичні заклади до підвищення структурної ефективності галузі, слід обрати такий спосіб фінансування, який би оптимізував структуру надання медичної допомоги і заохочував працівників охорони здоров'я до раціонального використання наданих ресурсів.

Основними шляхами вдосконалення діяльності медичних закладів може бути перерозподіл обсягів фінансування як стаціонарного сектора, так і амбулаторно-поліклінічного.

На нашу думку, можна запропонувати більш ефективний механізм фінансування закладів охорони здоров'я. Так, одним з найважливіших завдань галузі є стимулювання у громадян здорового способу життя. Населення звертається по медичну допомогу нерівномірно: переважна більшість потребує її один-два рази на декілька років, а дехто зловживає, звертаючись у медичні заклади по кілька разів на місяць без вагомих причин. Виходить, що бюджетні кошти, які виділяються щороку, витрачаються на тих, хто зловживає. Якщо розглядати діяльність медичних працівників, то можна помітити, що хворі віддають перевагу лікуванню у висококваліфікованих фахівців, яких дуже мало і які відпрацьовують свою бюджетну заробітну плату, й не тільки її, наданням медичної допомоги¹.

Тому, щоб припинити зловживання, стимулювати у населення здоровий спосіб життя та ефективно й раціональне витрачання власних і державних коштів на охорону здоров'я, виділити із загальної кількості медичних працівників кращих і саме їх заохочувати, можна запропонувати впровадження індивідуальних накопичувальних рахунків (*рис. 2.2*).

¹ Портна О. В. Впровадження ефективних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я / О. В. Портна // Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут». Темат. вип. : Технічний прогрес і ефективність виробництва. – Х., 2009. – № 35. – С. 24–35. Портна О. В. Індивідуалізація фінансування як чинник підвищення соціально-економічної ефективності функціонування галузі охорони здоров'я / О. В. Портна // Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Збірник наукових праць. Серія: Актуальні проблеми управління та фінансово-господарської діяльності підприємства. – Харків: НТУ «ХПІ». – 2012. – № 56 (962). – 196 с. – С. 146–152.

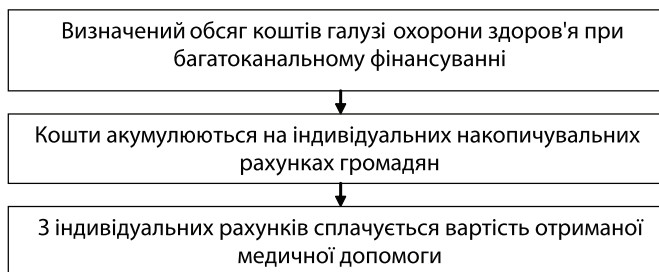


Рис. 2.2. Фінансування закладів охорони здоров'я за допомогою індивідуальних накопичувальних рахунків громадян (розроблено автором)

Обсяг коштів, які щороку виділяються бюджетами всіх рівнів на охорону здоров'я в розрахунку на кожного громадянина, накопичуються на таких індивідуальних рахунках, а інші джерела надходження коштів у галузь стають вагомим додатковим ресурсом на цих рахунках. Таке фінансування відіграватиме стимулюючу роль, бо медичні заклади будуть зацікавлені у підвищенні якості та обсягу медичних послуг на принципі самофінансування, що, слід сподіватися, сприятиме виходу з тіньової економіки та легалізації оплати в кишеню лікарів. Це відбуватиметься відкрито і прозоро: кожен знатиме, яка сума у нього накопичена. Відбудеться девіртуалізація коштів та бюджетного фінансування охорони здоров'я, громадяни відчують державну турботу про адресність фінансування. Механізм такий: тільки-но громадянин звертається по медичну допомогу, вартість профілактики, діагностики, лікування чи реабілітації утримується з його індивідуального накопичувального рахунку й перераховується в той медичний заклад, який надав пацієнтові медичну допомогу (рис. 2.3). При цьому державні кошти спрямовуються на оплату допомоги в державних закладах, зберігається державна вартість медичних послуг.

- підвищити рівень адресності витрат на охорону здоров'я;
- реалізувати один з критеріїв якості надання медичної допомоги – задоволеність медичною допомогою (у вільному виборі лікаря, у вільному виборі медичного закладу);
- стимулювати конкуренцію серед медичних закладів та фахівців: примусити заклади охорони здоров'я самим піклуватися про своє фінансування, домагаючись підвищення якості та надійності надання медичної допомоги;
- вирішити проблему надлишкового потенціалу, що приведе до визначення оптимальної кількості та структури медичних закладів, які здатні цілком задовольнити потреби громадян у медичній допомозі та охороні здоров'я;

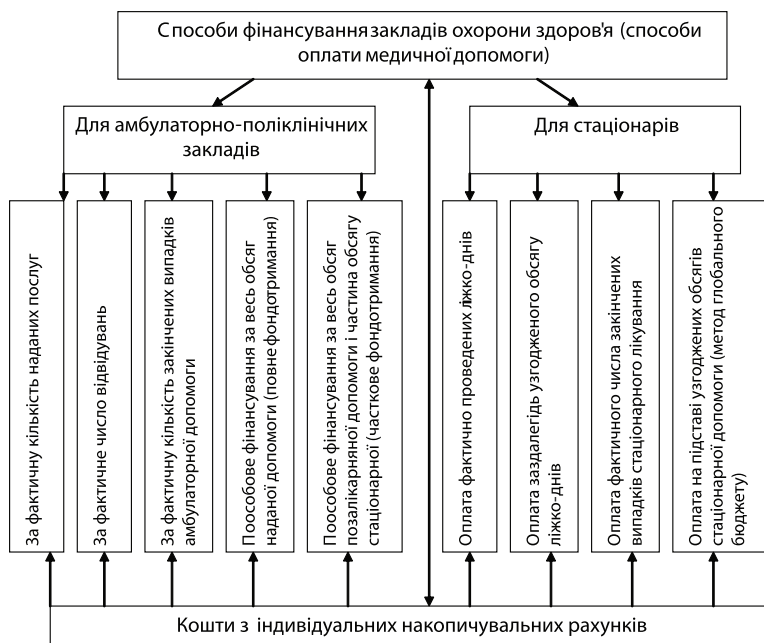


Рис. 2.3. Способи та джерела фінансування закладів охорони здоров'я (способи оплати медичної допомоги) (розроблено автором)

- пов'язати фінансові потоки з якістю і кількістю надаваних послуг таким чином, щоб кошти «не бігали» за хворими;
- пов'язати фінансові потоки із заробітною платою медичних працівників;
- стимулювати у громадян здоровий спосіб життя, адже кожен самостійно розпоряджатиметься коштами і вирішуватиме, витратити їх на профілактику чи на дороге лікування;
- підвищити доступність медичних послуг. Спираючись на дослідження Держкомстату, наведене вище, очевидним стає, що досить великій частині населення недоступна медична допомога, за яку треба платити неформально, тобто з власної кишені особисто лікареві. Впровадження таких рахунків дозволить офіційно оплачувати медичну допомогу з отриманих на це коштів;
- підвищити життєвий рівень населення, тому що воно матиме додаткові кошти цільового призначення (на власну охорону здоров'я);
- посилити контроль за рухом коштів медичної галузі, тобто за нарахуванням коштів на індивідуальні накопичувальні рахунки та їх використанням.

Якщо узагальнити сказане, то впровадження індивідуальних накопичувальних рахунків дасть змогу стимулювати у громадян здоровий спосіб життя, сприятиме підвищенню конкуренції серед медичних закладів та фахівців, дозволить фінансування охорони здоров'я зробити відкритим і прозорим, адресованим кожному членові суспільства не віртуально, а реально.

Таким чином, обґрунтовано необхідності та шляхи індивідуалізації фінансування охорони здоров'я за допомогою цільового спрямування фінансових ресурсів споживачам медичних послуг з метою задоволення потреб громадян у медичному обслуговуванні.

2.4. Аналіз фінансів закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області

Для практичного аналізу фінансів закладів охорони здоров'я виокремимо медичні заклади Харківського району Харківської області, тому що це найбільший район області за територією, населенням та кількістю медичних закладів.

У Харківському районі в 2004 – 2010 роках діяло 59 медичних закладів, які фінансувалися постатейно з бюджету. Проаналізуємо обсяги фінансування та виконання ними бюджету. Зведений бюджет охорони здоров'я району у означений період має такий вигляд (табл. 2.4):

Таблиця 2.4

Аналіз виконання бюджету медичними закладами Харківського району Харківської області за 2004 – 2010 роки*

Показники	2004 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.
Заплановано бюджетом, тис. грн	17854,9	25154,8	29078,13	39459,5	55187,0	57650,0	68271,1
Фактично надано з бюджету й використано, тис. грн	17020,7	24587,9	27986,4	38148,2	52690,0	55430,4	66531,1
Виконання бюджету, %	95,3 %	97,7 %	96 %	96,7%	95,5%	96,1%	97,45%

** Складено та розраховано автором за даними звітів «Підсумки соціально-економічного розвитку галузі охорони здоров'я» Харківського району Харківської області*

Як бачимо з таблиці, заплановані обсяги бюджетного фінансування за аналізований період постійно й значно зростали, а середнє виконання

бюджету становило 96 %, що свідчить про постійне недовиконання. Таке недовиконання відбувалося через недофінансування з бюджету. Тобто у зв'язку з браком коштів у бюджеті медичним закладам фактично надавалося коштів менше, ніж було заплановано.

Проаналізуємо динаміку заробітної плати в медичних закладах Харківського району Харківської області за 2004 – 2010 роки (табл. 2.5). Наведені цифри свідчать, що середня заробітна плата в медичній галузі району в аналізований період постійно і значно зростала (у відповідності до підвищення мінімальної заробітної плати), так само зростала її питома вага у бюджеті. 2010 року питома вага заробітної плати у бюджеті значно знизилась – до 51 % проти попередніх років. З цього можна зробити висновок, що відбувся перерозподіл коштів бюджету: за рахунок зменшення питомої ваги заробітної плати зросли обсяги фінансування інших статей витрат.

Таблиця 2.5

**Динаміка заробітної плати в медичних закладах
Харківського району Харківської області за 2004 – 2010 роки***

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Середня заробітна плата в медичній галузі району, грн	342	497	645	840	1142	1275	1555
Питома вага заробітної плати в бюджеті району, %	57	61	66,5	63,0	63,2	68,0	51

** Складено та розраховано автором за даними звітів «Підсумки соціально-економічного розвитку галузі охорони здоров'я» Харківського району Харківської області*

Проаналізуємо бюджетне фінансування на покращення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів Харківського району Харківської області (табл. 2.6).

Дані табл. 2.6 засвідчують, що для покращення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів району виділялося замало коштів. У 2004 – 2009 роках виконання бюджету дуже низьке й мало тенденцію до зниження. А в 2010 році бюджетом зовсім не передбачено витрат на зміцнення матеріально-технічної бази й поточний ремонт лікувально-профілактичних закладів. Це відбувається найчастіше через відсутність коштів у бюджеті.

Таблиця 2.6

**Аналіз витрат на зміцнення матеріально-технічної бази
лікувально-профілактичних закладів Харківського району
Харківської області за 2004 – 2010 роки***

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Заплановано бюджетом, тис грн	396	199	320	314,4	605,8	463,1	–
Фактично використано, тис грн	366	180,3	285,5	284,7	485,3	341,7	–
Виконання бюджету, %	92	90,6	89,2	90,5	80,1	73,8	–

* Складено та розраховано автором за даними звітів «Підсумки соціально-економічного розвитку галузі охорони здоров'я» Харківського району Харківської області

Звернемося до фінансування витрат на капітальний ремонт у ті ж самі роки (табл. 2.7):

Таблиця 2.7

**Аналіз витрат на капітальний ремонт медичних закладів Харків-
ського району Харківської області за 2004 – 2010 роки***

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Заплановано бюджетом, тис грн	488,3	1113,3	882,2	1977,3	2867,4	646,6	495,9
Фактично використано, тис грн	488,3	1097,7	882,2	1939,8	2862,5	598,8	465,3
Виконання бюджету, %	100	98,6	100	98,1	99,8	92,6	93,8

* Складено та розраховано автором за даними звітів «Підсумки соціально-економічного розвитку галузі охорони здоров'я» Харківського району Харківської області

Маємо зробити висновок, що за цією статтею бюджет виконувався досить високо, але спостерігалися великі коливання в обсягах витрат.

Інша стаття: підвищення якості лікувально-діагностичного процесу та оновлення медичного обладнання (табл. 2.8). Подані розрахунки

показують, що бюджет виконувався досить високо, але спостерігалися великі коливання в обсягах бюджетного фінансування – 2010 року воно знизилося майже в 4,4 рази у порівнянні з 2009 роком.

Таблиця 2.8

Аналіз витрат на підвищення якості лікувально-діагностичного процесу та оновлення медичного обладнання закладів Харківського району Харківської області за 2004 – 2010 роки*

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Заплановано бюджетом, тис грн	873	1538	274,5	1175,7	2033,6	1213,5	277,3
Фактично використано, тис грн	873	1530	266,1	1149,1	2005,6	1185,9	276,7
Виконання бюджету, %	100	99,5	97	97,7	98,6	97,7	99,8

** Складено та розраховано автором за даними звітів «Підсумки соціально-економічного розвитку галузі охорони здоров'я» Харківського району Харківської області*

У забезпеченні надання стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги в аналізований період маємо таку картину (табл. 2.9). Тут доводиться констатувати, що наведені дані, навіть з урахуванням тенденції росту, лякаюче низькі.

Таблиця 2.9

Аналіз вартості забезпечення стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги по медичних закладах Харківського району Харківської області за 2004 – 2010 роки*

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Вартість ліжко-дня по харчуванню, грн	3,68	3,35	3,98	4,64	6,27	7,41	8,80
Вартість ліжко-дня по медикаментах, грн	8,0	7,8	6,17	7,16	7,95	9,25	11,72
Вартість одного відвідування в поліклініці, грн	0,30	0,18	0,30	0,39	0,39	0,45	0,4
Вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, грн	1,43	1,0	1,80	1,81	2,39	3,94	4,17

** Складено та розраховано автором за даними звітів «Підсумки соціально-економічного розвитку галузі охорони здоров'я» Харківського району Харківської області.*

Значну увагу сфера охорони здоров'я в 2004 – 2010 роках приділяла лікуванню пільгового контингенту (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Аналіз витрат на обслуговування пільгового контингенту по медичних закладах Харківського району Харківської області за 2004 – 2010 рр. *

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Витрати на придбання медикаментів для пільгового контингенту, тис грн	939	1149,2	1227,5	1519,3	2230,6	2288,2	2919,8
Витрати на 1 пільговика (обслуговування), грн	80	287,08	126,55	110,0	388,07	519,93	686,37

* Складено та розраховано автором за даними звітів «Підсумки соціально-економічного розвитку галузі охорони здоров'я» Харківського району Харківської області.

Як бачимо, обсяги фінансування пільгового контингенту, у порівнянні з іншими, досить високі та мають стійку тенденцію до значного зростання.

У районі з 2004 року діють централізовані програми лікування основних соціально значущих захворювань, на які теж плануються бюджетні видатки. Проаналізуємо їх (табл. 2.11).

Із цих даних видно, що для реалізації програми боротьби з туберкульозом бюджет галузі передбачав невеликі обсяги, які значно коливаються та майже постійно недофінансовуються.

На забезпечення інсуліном хворих на цукровий діабет за 2004 – 2010 роки в бюджеті галузі було передбачено (табл. 2.11). Цифри свідчать, що на забезпечення інсуліном хворих на цукровий діабет бюджет галузі передбачав і виділяв досить великі обсяги коштів.

Для виконання централізованих заходів з лікування онкологічних хворих за 2004 – 2010 роки у бюджеті галузі були передбачені такі кошти (табл. 2.11).

За цією таблицею можна зробити висновок, що серед усіх програм краще фінансувалися централізовані заходи з лікування онкологічних хворих.

Таблиця 2.11

Аналіз обсягів фінансування та виконання бюджету за програмою боротьби з туберкульозом, для виконання централізованих заходів з лікування онкологічних хворих, на забезпечення інсуліном хворих на цукровий діабет Харківського району Харківської області за 2004 – 2010 рр. *

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
За програмою боротьби з туберкульозом бюджетом галузі передбачено, тис. грн	158,1	74	52,8	80,0	42,0	60,0	70,0
За програмою боротьби з туберкульозом бюджетом галузі виконано, тис. грн	144,8	73,4	52,8	42,0	24,7	59,9	69,7
Виконання бюджету, %	92	99,2	100	52,5	58,8	99,8	99,6
На забезпечення інсуліном хворих на цукровий діабет передбачено, тис. грн	400,4	580,4	801,2	1726,1	2174,3	2385,0	2507,0
На забезпечення інсуліном хворих на цукровий діабет виконано, тис. грн	399,9	555,5	801,2	1330,0	2433,6	2385,0	2506,6
Виконання бюджету, %	99,9	95,7	100	77,0	111,9	100	100
Для виконання централізованих заходів з лікування онкологічних хворих бюджетом передбачено, тис. грн	192,7	250,0	426,2	558,0	850,0	1129,0	1651,0
Для виконання централізованих заходів з лікування онкологічних хворих бюджетом виконано, тис. грн	192,7	249,5	411,4	558,0	850,0	1129,0	1651,0
Виконання бюджету, %	100	99,8	96,5	100	100	100	100

* Складено та розраховано автором за даними звітів «Підсумки соціально-економічного розвитку галузі охорони здоров'я» Харківського району Харківської області.

На думку автора та фахівців, які працюють в закладах, що аналізувалися, загальна потреба в коштах у 2007 – 2010 роках була набагато більшою, ніж передбачено у бюджетах цих років (що й засвідчують цифри, подані у табл. 2.12 – 2.13). Така ситуація склалася через обмеженість фінансування та недостатній рівень залучення позабюджетних коштів.

Таблиця 2.12

Бюджет охорони здоров'я на 2007-2009 роки та потреба у коштах по Харківському району Харківської області*

КЕКВ	Показники	2007		2008		2009	
		Виділено на район, тис. грн	Потреба на район, тис. грн	Виділено на район, тис. грн	Потреба на район, тис. грн	Виділено на район, тис. грн	Потреба на район, тис. грн
1110	Оплата праці	18238,1	18238,1	25610,0	25610,0	28074,6	28074,6
1120	Нарахування	6561,2	6561,2	9248,9	9248,9	10082,2	10082,2
1131	Предмети, матеріали	666,8	900,0	715,1	750,0	534,0	550,0
1132	Медикаменти	5542,6	6000,0	7614,3	8500,0	2894,7	4000,0
у т. ч.:	програми	2259,2	2500,0	3066,3	5000,0	60,0	5000,0
	пільг. контингент	1526,5	2200,0	2230,6	3500,0	2288,2	3500,0
1133	Харчування	736,3	862,6	914,8	1200,0	1353,3	1600,0
1134	М'який інвентар	61,8	250,0	67,9	200,0	22,6	200,0
1135	Транспорт, бензин	1696,2	2300	2083,7	3000,0	2105,9	3000,0
1136	Оренда	63,2	63,2	34,4	34,4	43,6	43,6
1137	Поточний ремонт	314,4	650,0	604,8	650,0	463,1	500,0
1138	Послуги зв'язку	60,8	60,8	67,0	67,0	71,8	150,0
1139	Оплата інш. послуг	403,0	403,0	611,6	611,6	602,7	602,7
1140	Відрядження	47,8	80	61,1	110,0	79,9	130,0
1160	Оплата енергоносіїв	1754,1	1754,1	2443,7	2443,7	3494,7	3494,7
1161	тепло	661,3	661,3	982,9	982,9	1505,7	1505,7
1162	вода	77,3	77,3	105,2	105,2	112,5	112,5
1163	електроенергія	435,7	435,7	654,7	654,7	890,5	890,5
1164	газ	352,6	352,6	499,9	499,9	816,3	816,3
1165	інші ком. послуги	72,1	72,1	75,1	75,1	80,7	80,7
1166	вугілля	125,1	125,1	65,9	65,9	38,5	
1340	Поточні трансферти	158,4	158,4	181,6	181,6	5957,4	5957,4
1341	пенсія	17,9	17,9	21,7	21,7	32,5	32,5
1343	зубопротезування	60,5	60,5	99,9	99,9	122,7	122,7
2110	Обладнання	1175,7	3500,0	2033,6	3500,0	1213,5	2500,0
2130	Капремонт	1977,3	12500,0	2867,4	15000,0	646,6	15000,0
Загалом		45045,9	60783,9	62962,1	82112,5	63588,2	87946,1

* Складено та розраховано автором за звітними даними закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області

У зв'язку з тим, що 2010 року відбулися деякі зміни в групуванні статей витрат за кодами економічної класифікації видатків, бюджет охорони здоров'я на 2010 рік та потребу в коштах по Харківському району Харківської області подамо в окремій *табл. 2.13*. Як видно з цієї таблиці, потреба у коштах значно перевищує бюджет.

Таблиця 2.13

Бюджет охорони здоров'я на 2010 рік та потреба у коштах по Харківському району Харківської області *

КЕКВ	Показники	2010 р.	
		Виділено на район, тис. грн	Потреба на район тис. грн
1110	Оплата праці	34792,5	36753,0
1120	Нарахування	12467,6	13378,1
1131	Канц. товари	2842,0	4520,0
1132	Медикаменти	10371,4	3960,0
	пільговий контингент	2977,2	3000,0
1133	Харчування	1071,7	1520,0
1134	Оплата послуг	1198,5	1380,0
1135	Інші видатки	44,6	47,0
1140	Відрядження	38,8	63,0
1161	Тепло	2214,7	1950,1
1162	Вода, каналізація	206,8	190,3
1163	Електроенергія	1002,7	1102,7
1164	Газ	853,9	1035,4
1165	Сміття	106,3	121,0
1166	Оплата інших енергоносіїв	44,3	40,7
1172	Дослідження і розробки (навчання)	–	9,0
1341	Пенсія	42,7	31,3
1343	Зубопротезування	200,0	135,0
2110	Обладнання	277,0	6410,0
2130	Капремонт	495,9	12050,0
Загалом:		68271,7	94655,9

* Складено та розраховано автором за звітними даними закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області

У наступній табл. 2.14 наведено показники діяльності закладів охорони здоров'я Харківського району за 2004 – 2010 роки.

Таблиця 2.14

**Показники діяльності закладів охорони здоров'я
Харківського району Харківської області за 2004 – 2010 рр.***

Показники	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Населення	184048	183900	182545	183200	183200	182728	182815
Кількість ліжок	325	313	334	340	340	340	340
Хворих усього	9428	8890	10865	11275	11910	12095	11891
Виписано	9407	8907	10756	11269	11843	12017	11895
Померло	18	21	23	31	35	36	31
Кількість ліжко-днів	111074	106344	113573	115610	115603	115614	115583
Середня тривалість лікування	11,78	11,96	10,45	10,2	9,7	9,6	9,7
Середня вартість медикаментів під час лікування	94,25	93,31	64,50	73,0	77,11	88,8	113,7
Середня вартість харчування за час лікування	41,23	40,07	41,60	47,3	60,8	71,1	85,3
Заповненість ліжок	93,4%	93,1%	93,2%	100%	100%	100%	100%
Заповненість ліжок з урахуванням смертності	93,6%	93,3%	93,4%	100%	100%	100%	100%

* Складено та розраховано автором за звітними даними закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області

Концепція розвитку охорони здоров'я України передбачає раціоналізацію використання ліжкового фонду лікарень, зокрема збільшення оборотності ліжко-місця та скорочення часу перебування хворого у стаціонарі. Відповідно до концепції, в медичних закладах Харківського району завантаження ліжка в 2006 – 2010 роках була інтенсифікована: оборотність ліжка значно знизилася – з 11,96 до 9,7 порівняно з 2004 роком.

Аналізуючи фінансову надійність діяльності медичних закладів Харківського району Харківської області та практичне застосування системи фінансових індикаторів діяльності охорони здоров'я, що наведена у п. 1.2 даного дослідження, розглянемо ефективність функціонування фінансів за допомогою запропонованих індикаторів (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

Індикатори фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області*

Фінансові індикатори діяльності	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Співвідношення наданих бюджетних коштів до фактично витрачених:						
співвідношення коштів, наданих з Державного бюджету до фактично витрачених;	1,0	0,96	1,0	1,0	1,0	1,0
співвідношення коштів, наданих з місцевих бюджетів, до фактично витрачених;	0,98	0,96	0,97	0,95	0,96	0,97
Співвідношення наданих постатейно бюджетних коштів, до постатейної потреби	0,71	0,72	0,74	0,77	0,72	0,72
Співвідношення бюджетних коштів до позабюджетних:						
співвідношення бюджетних коштів до коштів, отриманих з інших джерел, не заборонених законодавством	0,03	0,09	0,03	0,03	0,09	0,07
Співвідношення всього обсягу багатоканального фінансування до кількості населення (на 1 особу в грн)	138,2	162,5	213,7	298,0	322,0	391,2
Співвідношення вартості наданої медичної допомоги до заробітної плати лікаря	Немає даних про загальну вартість наданої медичної допомоги					

*Складено та розраховано автором за даними закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області

Дані табл. 2.15 свідчать про достатню фінансову надійність роботи медичних закладів Харківського району Харківської області лише щодо надходження коштів та контролю за їх рухом. Що ж до контролю за ефективністю використання ресурсів по складових фінансової надійності, то цей аналіз провести неможливо, тому що такого обліку не ведеться, відтак і необхідних даних немає.

Однак ми маємо підстави говорити про те, що:

1. Збільшення сукупних витрат пов'язане майже виключно з підвищенням оплати праці медичних працівників.

2. Витрати на основну діяльність стаціонару (стаття 1130) зростають повільно, навіть при зменшенні чисельності населення району.

3. Статті витрат, не пов'язаних напряму з кількістю і якістю медичних послуг (енергоносії, транспорт, зв'язок, канцтовари, відрядження тощо), зростають, що зумовлюється зовнішніми чинниками, тобто зміною цін і тарифів.

Цілком очевидно, що однією з проблем є незабезпеченість стаціонару медикаментами. Проведений аналіз підтверджує, що низька забезпеченість медикаментами супроводжується зниженням середньої тривалості перебування в стаціонарі.

Другою важливою проблемою стаціонару є низька забезпеченість ліжками, про що свідчить їх виключно висока (93,3 – 100 %) заповнюваність. Зниження середньої тривалості лікування пацієнта пояснюється саме зростанням кількості пацієнтів і аж ніяк не є ознакою підвищення якості лікування.

Недостатньо проводиться робота із залучення закладами охорони здоров'я позабюджетних коштів: за 12 місяців 2006 року в районі було залучено 216,0 тис. грн, що в розрахунку на одного мешканця району склало 1,18 грн; за 12 місяців 2009 року – 268,2 тис. грн, що в розрахунку на одного мешканця району склало 1,46 грн; у 2010 році – 410,2 тис. грн, що в розрахунку на одного мешканця склало 2,24 грн (розраховано автором за звітними даними закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області).

Отримання додаткових грошових коштів у 2004 – 2010 роках відбувалося у вигляді безкоштовної фінансової допомоги юридичних і фізичних осіб, доходів за договорами оренди приміщень, гуманітарної допомоги товарно-матеріальними цінностями, шефської допомоги промислових підприємств і доброчинності тощо. Ці кошти були використані на медикаменти, харчування хворих, господарські потреби, проведення поточних і капітальних ремонтів, підготовку до роботи в осінньо-зимовий період, придбання обладнання тощо.

Та цифри щодо позабюджетного фінансування дуже промовисті: на жаль, суми самостійно залучених позабюджетних коштів мізерні і не здатні змінити загальну ситуацію. Левову частку цих коштів складають поставки інсуліну, вакцин і тубпрепаратів, здійснювані за рахунок спеціальних фондів Держбюджету. Причому, якщо порівняти суми поставок зі статтею витрат 1132 (медикаменти), то можна побачити, що ці кошти недовикористані. Яка реальна доля недовикористаного інсуліну і вакцин – можна тільки здогадуватись: можливо, поповнився перехідний складський запас (про що немає цифр), можливо, ці препарати були перекинуті на обслуговування бюджетних хворих (про що теж немає даних).

У 2004 – 2010 роках спостерігалось істотне перевищення надходжень з позабюджетних фондів над витратами. Незрозуміло, куди пішла різниця і, відповідно, як її враховувати. Якщо її перекинули на основну діяльність, що фінансується з бюджету, то треба це врахувати, тоді зміниться і вартість ліжко-дня та інші цифри. Якщо за рахунок цієї різниці обслуговувалися додаткові, «позабюджетні» хворі, не враховані в загальних звітах, то треба було б зібрати відповідну статистику про їх кількість, склад, ліжко-дні й т. д., а потім порівняти з аналогічною статистикою «бюджетних» хворих.

Неможливо проаналізувати якість надання медичних послуг та ефективність діяльності зазначених закладів, тому що не ведеться відповідна оцінка та облік.

За проаналізований період у діяльності закладів охорони здоров'я, незважаючи на наявність об'єктивних труднощів, пов'язаних із недостатнім фінансуванням, мають місце і позитивні моменти:

- збережено державну систему надання лікувально-профілактичної допомоги населенню району обслуговування, що забезпечило її доступність;
- забезпечено надання допомоги декретованим групам населення;
- збережено і по деяких позиціях зміцнено (але ще недостатньо для ефективної роботи) матеріально-технічну базу медичних закладів району;
- проводиться робота із залучення позабюджетних коштів, що дозволяє частково покривати дефіцит бюджетного фінансування.

Усе це в умовах фінансово-економічного реформування української системи охорони здоров'я дає можливість уже найближчим часом у підслідних закладах провести заходи, спрямовані на:

- зниження смертності й первинного виходу на інвалідність, особливо осіб працездатного віку, захворюваності по соціально значущих захворюваннях (онкологічних, серцево-судинних, туберкульозу, цукровому діабету) шляхом виконання національних і регіональних програм, а також конкретних заходів, спрямованих на раннє виявлення, своєчасне обстеження, якісне, динамічне диспансерне спостереження й оздоровлення;
- підвищення рівня виявлення найпоширеніших серед населення захворювань (органів дихання, системи кровообігу, травної системи) шляхом використання можливостей придбаного в 2004 – 2010 роках технічного обладнання;
- виконання заходів, спрямованих на стабілізацію захворюваності на туберкульоз і СНІД населення району обслуговування. Відповідно до національних і регіональних програм необхідно охопити населення флюорографічним обстеженням, у тому числі декретовані контингенти (населення, що не проходило флюорографічне обстеження протягом 2-х

років і більше), а також триразовим бактеріологічним дослідженням мокротиння хворих з постійним контролем цього питання на всіх рівнях: дільничний лікар – терапевтичне відділення – поліклініка;

– виконання заходів щодо стабілізації інфекційної захворюваності, недопущення спалаху інфекційних захворювань (у тому числі особливо небезпечних інфекцій) шляхом виконання заходів комплексної програми зниження інфекційної захворюваності в районі, раннього виявлення, своєчасного обстеження контактних, проведення дезінфекційних заходів та імунізації певних контингентів;

– удосконалення роботи медичних закладів Харківського району Харківської області шляхом постійного залучення кваліфікованих спеціалістів, що дозволить підвищити якість роботи у майбутньому.

На нашу думку, для зміцнення здоров'я населення, підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги доцільно продовжити роботу за напрямками, які було розглянуто у рамках дослідження шляхів реформування охорони здоров'я. Вони такі:

- збереження та посилення кваліфікованого кадрового потенціалу;
- підвищення кваліфікації лікарів та іншого медичного персоналу;
- гарантування інфекційної безпеки населення;
- охорона материнства і дитинства;
- зниження смертності;
- розширення мережі профілактичних заходів;
- проведення діагностики і лікування хворих;
- впровадження заходів з оптимізації використання ліжкового фонду, інтенсифікації його роботи;
- розширення медичного обслуговування населення у формі денних стаціонарів та стаціонарів на дому;
- активне залучення позабюджетного фінансування;
- розширення інформаційного простору шляхом комп'ютеризації лікарень;
- впровадження нових медичних технологій;
- визначення фінансової надійності діяльності медичних закладів за допомогою фінансових індикаторів;
- впровадження фінансової оцінки якості та надійності надання медичної допомоги;
- застосування нового методу фінансування, що базується на індивідуальних накопичувальних рахунках населення;
- впровадження таких методів контролю результатів діяльності медичних закладів, завдяки яким підвищуватимуться економічна, медична, соціальна ефективність функціонування, надійність та якість медичної допомоги.

Висновки до розділу

1. Розглянуті сучасні технології надходження фінансових ресурсів до галузі охорони здоров'я, всі зазначені способи, методи та форми мають і вади, і недоліки. Тому актуальним стає їх подальше удосконалення, оптимальне поєднання та ефективне використання.

2. Фінансово-економічні відносини системи охорони здоров'я ми пропонуємо класифікувати за фінансовими ресурсами, що дозволяє виділити окремі групи. Вдосконалення такої класифікації сприятиме чіткому розмежуванню фінансів за методами, рівнями та джерелами коштів, що до них спрямовуються, а в результаті – забезпеченню цільового, ефективного та раціонального використання фінансових ресурсів, а також комплексному та якісному контролю за їх надходженням і витрачанням.

3. Метою ефективного функціонування фінансів охорони здоров'я є здобуття певних результатів, досягнення намічених цілей економічного та соціального ефекту функціонування галузі. Існуючі системи фінансування охорони здоров'я не дозволяють пов'язати фінансові потоки з якістю й кількістю надаваних послуг, тому унеможливають ефективне управління обмеженими ресурсами. Впровадження індивідуальних накопичувальних рахунків дасть змогу стимулювати у громадян здоровий спосіб життя, сприятиме підвищенню конкуренції серед медичних закладів та працівників, дозволить зробити фінансування охорони здоров'я відкритим і прозорим, адресованим кожному членові суспільства, а головне – пов'яже фінансові потоки з якістю й кількістю надаваних послуг і з результатами діяльності.

4. Удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області можливе за рахунок впровадження ефективних механізмів фінансування та контролю, таких як визначення фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я за допомогою системи фінансових індикаторів діяльності, вартісна оцінка надійності та якості функціонування, оплата фактично отриманих медичних послуг з індивідуальних накопичувальних рахунків громадян, впровадження аудиту ефективності діяльності при багатоканальному надходженні коштів.

РОЗДІЛ 3.

ПОШИРЕННЯ ФІНАНСОВОГО КОНТРОЛЮ ЯК ЗАХОДУ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Світовий досвід здійснення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я

Логіка дослідження потребує розгляду контрольної функції фінансів охорони здоров'я. Перші кроки удосконалення системи державного фінансового контролю, зокрема внутрішнього контролю, в Україні уже зроблено. Так, на значенні розвитку фінансового контролю наголосив В. Пантелєєв, який вважає, що фінансовий контроль є важливою складовою фінансової політики в суспільстві; вже не може бути повернення до надмірно зацентралізованої системи фінансового контролю держави ¹.

Водночас будь-яка новація породжує певні проблеми, викликає багато запитань. Дослідженнями світової практики державного фінансового контролю та аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я займалися О. Байбакова, І. Стефанюк, М. Бариніна-Закірова, І. Дрозд, Н. Кузик, Д. Моніц, В. Шевчук, А. Мамишев.

Як зазначили І. Чугунов та В. Федосов, «...міжнародні підходи до механізмів функціонування системи державного фінансового контролю мають глибоко осмислюватися вітчизняними науковцями і практиками – виходячи із сучасних реалій, а також особливостей української фінансової системи» ².

Світовий досвід відкриває нові варіанти розв'язання проблем контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я та необхідності переходу від суто фіскального контролю, що превалував у роботі майже всіх контролюючих органів України, до всебічного вивчення результатів діяльності підконтрольних медичних об'єктів, тобто до певної системи контролю, функціонування якої сприятиме підвищенню ефективності діяльності закладів охорони здоров'я й використання коштів та майна, а також запобігатиме порушенням.

¹ Вплив фінансово-кредитного механізму на розвиток суб'єктів господарювання : монографія / відп. ред. В.В. Глущенко. – Х. : ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2007. – 358 с. С. 67.

² Чугунов І. Я. Державний внутрішній фінансовий контроль: стратегія розвитку / І. Я. Чугунов, В. М. Федосов // Фінанси України. – 2009. – № 4. – С. 3–12. с. 6.

Відповідно до досвіду країн – членів ЄС у сфері державного фінансового контролю та аудиту вважається, що ¹:

- хибною є думка, ніби управляти можна лише тим, що піддається вимірюванню (в контексті визначення результативних показників бюджетних програм);

- у бюджеті, як свідчить практика, доцільно дотримуватися принципу: не перескакувати, а просуватися поступово, бо неможливо на шляху еволюційного перетворення перескочити певний етап. Нехай повільніше, але більш надійно;

- розроблення надто складних бюджетних програм небажане; на їх підготовку та визначення показників може бути витрачено більше коштів, ніж на досягнення реальних результатів;

- внутрішній (урядовий) контроль обов'язково включає в себе зовнішній аудит (оцінку) систем внутрішньогосподарського контролю;

- функції з виявлення порушень і покарання за них мають бути розподілені між різними структурами;

- потрібно не забувати про постулат, важливий у господарюванні: закон, інший регламентний документ або завдання мають бути реальними для виконання.

Розглянемо світовий досвід здійснення фінансового контролю. Нідерландську систему фінансового контролю та її зв'язок з бюджетним процесом описав І. Стефанюк ². Ознайомлення із системою державного фінансового контролю в Нідерландах стало практичним підтвердженням того, що запозичення досвіду без його адаптації до умов певної країни неможливе. В основі цього процесу – дотримання принципових позицій, відпрацьованих за участі представників усіх членів Євросоюзу. Особливості їх реалізації у певній країні розцінюються як цілком нормальне явище. Адже організаційні структури зовнішнього і внутрішнього державного фінансового контролю у країнах Євросоюзу різняться між собою, проте принципи їх діяльності однакові, до того ж визнані ефективними.

У Нідерландах система державного фінансового контролю логічно пов'язана з принципами розбудови бюджетного процесу. Проведення внутрішнього аудиту покладено на міністерство фінансів та галузеві міністерства, у структурі яких функціонують власні підрозділи з внутрішнього аудиту. У структурі міністерства фінансів функціонує і внутрішній фінансовий контроль. Управління внутрішнього аудиту міністерства фінансів розглядає річні фінансові звіти кожного міністерства, даючи їм оцінку.

¹ Стефанюк І. Б. Нідерландська система фінансового контролю та її зв'язок з бюджетним процесом / І. Б. Стефанюк, О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2006. – № 2 (31). – С. 46–49.

² Там само.

Отже, в Нідерландах фінансовий контроль та аудит від імені парламенту (зовнішній аудит) здійснює НАС (Національний аудиторський суд), який складається з незалежних експертів. Члени ради правління НАС (три особи) обираються довічно, їх кандидатури представляються парламентом і затверджуються королевою Нідерландів у Конституції країни.

За дорученням парламенту НАС здійснює аудит виконання бюджету, а також тематичні аудиторські дослідження, мета яких – сприяння реалізації цілей бюджетної політики для підвищення ефективності використання бюджетних коштів. Аудиторське дослідження має насамперед з'ясувати, чи досягло міністерство означених цілей у межах виділених асигнувань, а також – чи були при цьому виконані політичні зобов'язання.

Процес аудиту такий ¹:

- подання пропозицій з аудиту, вироблення критеріїв аудиту і питань для дослідження, обговорення проекту програми аудиту з об'єктом контролю;
- проведення аудиту;
- робоче обговорення результатів аудиту на рівні службовців об'єкта контролю;
- надання проекту аудиторського звіту керівникам об'єкта контролю для коментарів;
- розгляд доопрацьованого звіту в НАС після отримання коментарів;
- кінцевий розгляд звіту правлінням НАС;
- розсилка аудиторського звіту.

Ще один важливий принцип у діяльності державного фінансового контролю – забезпечення довіри до уряду, або прозорість діяльності.

Громадськість має вільний доступ до інформації про те, чим займаються кожне міністерство й відомство. Джерела цієї інформації такі: публічне звітування; друкування звітів про перевірку виконання бюджетів у вісниках та розповсюдження цих видань по бібліотеках, школах, університетах; зв'язки з представниками громадськості, засобів масової інформації, місцевої влади та ін. Довіра до діяльності уряду зберігається, якщо він відповідно реагує на критику ².

Аналізуючи проведення фінансового контролю у Литві, візьмемо до уваги досвід М. Бариніної-Закірової ³. Державний бюджет цієї країни фор-

¹ Стефанюк І. Б. Нідерландська система фінансового контролю та її зв'язок з бюджетним процесом / І. Б. Стефанюк, О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2006. – № 2 (31). – С. 46–49.

² Там само.

³ Бариніна-Закірова М. В. Зовнішній фінансовий контроль у Литві / М. В. Бариніна-Закірова // Фінансовий контроль. – 2005. – № 3 (26). – С. 61–66.

мується за програмно-цільовим методом. Як і в Україні, фінансування бюджетних установ здійснюється за бюджетною класифікацією. Реформування фінансового контролю здійснювалося на підставі Стратегічного плану розвитку на 2001 – 2006 рр., затвердженого Держконтролем Литви¹.

Питома вага видів аудиту там розподіляється приблизно таким чином: 60 % – фінансовий аудит; 30 % – аудит ефективності; 10 % – змішаний аудит (об'єкти – кошти ЄС, доходи бюджету, зовнішній борг тощо).

У Литві аудити ефективності можуть здійснюватися у багатьох сферах, зокрема: охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я не одержують бюджетних коштів), науки (наукові організації не є бюджетними установами, а одержують бюджетні кошти за замовленням на проведення досліджень), приватизації, використання державного майна, діяльності акціонерних товариств тощо. Тобто для проведення аудиту ефективності необхідною умовою є існування проблеми, і немає обов'язковості в аудиті ефективності виконання всього Держбюджету (всіх державних чи бюджетних програм) або всіх головних розпорядників бюджетних коштів².

Запровадження фінансового аудиту здійснювалося із залученням експертів Великої Британії, разом з якими реалізовано декілька пілотних проєктів. Методологічна основа фінансового аудиту – оцінка ризиків – побудована на британській моделі.

Щороку фінансовим аудитом охоплюються усі міністерства, області, а також усі ті розпорядники бюджетних коштів, видатки яких перевищують один відсоток річних касових видатків Держбюджету. При цьому щороку Держконтролем охоплюється не менше 70 % касових видатків Держбюджету.

Програма розробляється не тільки на кожний фінансовий аудит, а й на кожну частину аудиту (не обов'язково це буде сфера обліку).

Міністерство обов'язково передбачає здійснення фінансового аудиту не менш ніж 20 % підпорядкованих йому розпорядників бюджетних коштів. Однак обсяг конкретних процедур на кожному підконтрольному суб'єкті залежить від результатів оцінки ризиків. Якщо міністерство не забезпечило створення системи внутрішнього контролю у підпорядкованих організаціях, або систему створено, але вона працює ненадійно, чи процедури не виконуються або виконуються формально, – здійснюється фінансовий аудит з окремих питань за ризикованими операціями в усій системі міністерства, а кількість конкретних процедур є досить великою³.

¹ Бариніна-Закірова М. В. Зовнішній фінансовий контроль у Литві / М. В. Бариніна-Закірова // Фінансовий контроль. – 2005. – № 3 (26). – С. 61–66.

² Там само.

³ Там само.

На відміну від України, де впродовж останніх років підконтрольні суб'єкти з незначними обсягами бюджетного фінансування контролювалися (ревізувалися, перевірялися) несистематично (оскільки не вистачало трудових і часових ресурсів на здійснення контрольних заходів на підконтрольних суб'єктах із значними обсягами фінансування), у Литві організації з невеликою чисельністю працівників і незначним фінансуванням (що, апріорі, не дозволяє створити систему внутрішнього контролю в цій організації) підлягають фінансовому аудиту з найбільшою питомою вагою конкретних процедур.

Фінансовий аудит без виходу на підконтрольний об'єкт не проводиться, оскільки все одно обов'язково здійснюються конкретні процедури, але їх обсяг залежить від результатів оцінки ризиків.

Дерево рішень (оцінка ризиків) у процесі фінансового аудиту використовується багаторазово: в цілому по організації, в частині обліку, в частині аудиту, по конкретному рахунку, субрахунку тощо.

Як і в інших країнах, фінансовий аудит у Литві приділяє особливу увагу вищому керівництву (включаючи колегіальні органи), оскільки вище керівництво наперед вважається підвищеною зоною ризику.

Якщо ревізія здійснюється знизу нагору (від первинного документа до фінансової звітності, від рядового бухгалтера чи матеріально відповідальної особи до керівника), то фінансовий аудит – виключно зверху донизу (слід починати з вищого керівництва).

За результатами фінансового аудиту складають звіт, у якому може міститися один з таких висновків ¹:

- позитивний;
- умовний (якщо не можна зазначити конкретну суму викривлень, порушень тощо в литах і центах);
- негативний (якщо бухгалтерський облік і фінансова звітність «погані», тобто недостовірні);
- відмова від висновку (якщо бухгалтерський облік не ведеться).

Слід зауважити, що для висновків мають значення не лише кількісні (одиниці та кошти) критерії оцінки, а й якісні – ступінь впливу на користувачів інформації (наприклад, до якісних критеріїв віднесено недостачі, розкрадання, нецільове використання бюджетних коштів тощо)².

Як показало вивчення системи фінансового контролю у сфері охорони здоров'я Франції, що здійснила й описала О. Байбекова³, ця сис-

¹ Бариніна-Закірова М. В. Зовнішній фінансовий контроль у Литві / М. В. Бариніна-Закірова // Фінансовий контроль. – 2005. – № 3 (26). – С. 61–66.

² Там само.

³ Байбекова О. О. Чому нас може навчити досвід проведення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я Франції? / О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2007. – № 2 (37). – С. 49–52.

тема, по-перше, забезпечує прозорість формування бюджетів державних закладів охорони здоров'я та ефективне використання отриманих доходів. По-друге, ця система унеможливорює процедурні порушення та неефективне використання ресурсів закладів охорони здоров'я ще до здійснення платіжних операцій.

У Франції функціонує близько 3 тисяч медичних закладів із загальним ліжковим фондом 475 тисяч ліжок-місць, із них близько 1 тисячі державних закладів розраховані на 311 тисяч ліжок-місць, 1164 приватні прибуткові медичні заклади – на 93 тисячі ліжок-місць та 902 приватні неприбуткові медичні заклади – на 70 тисяч ліжок-місць.

Фінансування медичних закладів усіх форм власності проводиться з таких основних джерел ¹:

– майже 70 % фінансування здійснюється за кошти Фонду соціального захисту, який відповідно до законодавства формується за рахунок відрахувань із заробітної плати працівника і нарахувань на фонд заробітної плати, які сплачуються роботодавцем (за таким принципом формуються бюджети фондів загальнообов'язкового державного страхування в Україні), та податку на вклади в банку (питома вага видатків на медичну допомогу із цього Фонду становить майже 60 %. Він також здійснює виплати для допомоги з безробіття та виплати пенсій окремим категоріям пенсіонерів);

– кошти місцевих бюджетів;

– кошти кас взаємодопомоги, які формуються на добровільних засадах із внесків працівників та роботодавців;

– власні кошти хворих;

– надходження від власної діяльності медичних закладів (оренда, надання інших послуг).

Із зазначених джерел фінансування оплачується не лише амбулаторна та стаціонарна допомога в медичних закладах усіх форм власності, але й медикаменти, які громадяни купують в аптечних закладах самостійно.

Річний бюджет системи охорони здоров'я Франції у 2006 році становив 60 млрд євро. Порівняймо: в Україні – 16,9 млрд грн. Проте фінансові проблеми існують і там. У державних медичних закладах Франції загальний дефіцит становить 4 млрд євро. За рік раніше ця сума була удвічі більшою.

Загальний показник можливих видатків медичної галузі щорічно затверджується парламентом. Нещодавно це право належало урядові.

Незважаючи на досить стабільний економічний стан країни, держава в особі органів влади вдається до непопулярних заходів подолання дефі-

¹ Байбекова О. О. Чому нас може навчити досвід проведення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я Франції? / О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2007. – № 2 (37). – С. 49–52.

циту бюджету медичної галузі – таких, як зменшення тарифів на медичні послуги, зменшення в загальній вартості медичних послуг частки державного фонду і збільшення частки, що відшкодовується громадянином; встановлення контролю за об'єктивністю надання лікарняних листів, надання послуг вузьких спеціалістів лише шляхом направлення сімейного лікаря; обмеження гонорарів для лікарів. Водночас адміністративних керівників медичних закладів, які призначаються міністерством охорони здоров'я, зобов'язують вживати заходів для мінімізації витрат та подолання дефіциту, а також приймаються управлінські рішення щодо осіб, які без об'єктивних причин не роблять цього ¹.

До функцій міністерства охорони здоров'я Франції віднесено: визначення пріоритетних цілей і завдань галузі та регулювання діяльності медустанов; розроблення й забезпечення контролю за дотриманням стандартів діяльності медичних закладів, у тому числі стандартів лікування; затвердження тарифів на медичні послуги; прийняття рішень про призначення керівного й медичного персоналу державних установ охорони здоров'я. Функції міністерства щодо медичних закладів суб'єктів підприємницької діяльності обмежуються регулюванням професійних галузевих питань, стандартів і тарифів, тоді як щодо державних медичних закладів ця координація поширюється як на професійну, так і на фінансову діяльність. У складі МОЗ 16 генеральних управлінців працюють експертами з питань діяльності міністерства та регіональних органів госпіталізації й охорони здоров'я.

У структуру МОЗ входить Генеральна інспекція закладів соціальної і медичної сфери, до функцій якої поряд з контролем медичних установ (за рік 7 – 8 перевірок) належить також функція радника для прийняття політичних рішень у галузі медицини, моніторингу проблемних питань діяльності галузі. МОЗ затвердив тарифи на медичні послуги, їх майже 900. Цікаво, що тарифи для державних медичних установ вищі, ніж для недержавних, оскільки до тарифів останніх не входять гонорари лікарів. Парламент і уряд наполягають на єдиних тарифах, а також на тому, щоб до тарифу не включалася вартість медикаментів, оскільки ця складова має найбільшу тенденцію до змін².

Уряд дбає про паралельне існування медичних установ різних форм власності. Контроль за дотриманням цього показника державними медичними установами здійснюють регіональні управління госпіталізації,

¹ Байбекова О. О. Чому нас може навчити досвід проведення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я Франції? / О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2007. – № 2 (37). – С. 49–52.

² Там само.

яким надано повноваження щодо зменшення тарифів на медичні послуги закладам, які перевищують визначені обсяги медичних послуг, а відтак – і доходи бюджету. Медичні установи укладають контракт з Регіональним агентством госпіталізації. Один з параметрів контракту – дотримання обсягу медичної допомоги.

Недержавні медичні заклади в основному надають амбулаторну допомогу та проводять оперативні втручання, що не потребують тривалого перебування хворого в медичному закладі. Державні медичні установи відрізняються тим, що мають значний ліжковий фонд для лікування хвороб, які потребують тривалого перебування хворих на стаціонарному лікуванні (психіатрія, терапія).

Діяльність державних установ охорони здоров'я регулюється такими нормативами¹:

- стандартами діяльності медичного закладу (ліцензування один раз на п'ять років);
- стандартами лікування (зокрема, встановлюють витрати медикamentів);
- тарифами на медичні послуги;
- нормативами з оплати праці для державних установ охорони здоров'я (медичні працівники державних медичних закладів є державними службовцями).

Медичний заклад формує проект дохідної і видаткової частин свого бюджету в рамках доведених МОЗ показників. Проект так званого кошторису попередньо має бути обговорений і погоджений радою керуючих медичного закладу, до якої входить директор госпіталю, представник лікарів, обраний радою лікарів, представник середнього медичного персоналу, представник адміністративно-господарського персоналу, особи від громади території, представник мерії (як правило, мер). З-поміж цих осіб обирається голова Ради керуючих. До функцій цього органу входять як розгляд проекту бюджету на наступний рік, так і контроль його виконання.

Функції з фінансового контролю виконує Генеральний фінансовий контролер Мінфіну, який призначається урядом і очолює підрозділ фінансового контролю із 14 осіб. Усі вони – працівники управління паризьких госпіталів. Підрозділ складається з трьох відділів:

- відділ контролю персоналу – контролює укладання контрактів з особами, які виконуватимуть адміністративно-господарські функції, або угод із суб'єктами господарювання про надання таких послуг (при цьому

¹ Байбекова О. О. Чому нас може навчити досвід проведення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я Франції? / О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2007. – № 2 (37). – С. 49–52.

контролює і питання дотримання граничного обсягу ресурсів, передбачених у кошторисі);

- відділ контролю за процедурами державних закупівель медикamentів – здійснює перевірки дотримання законодавства про державні закупівлі до проведення відповідних процедур;

- відділ контролю за дотриманням процедур закупівель і реалізації основних засобів, придбання та реалізації земель.

Державні паризькі госпіталі обслуговує казначейство, у складі якого працюють і державні бухгалтери. Представники цієї структури є штатними працівниками фінансових органів, що робить їх незалежними від розпорядника коштів. Штат цього підрозділу Управління паризьких госпіталів налічує 303 особи. Зведений обсяг річного бюджету 38 госпіталів дорівнює 6 млрд євро, штатний склад – 93 тисячі осіб. В Україні кількість лише самих бухгалтерів медичних установ принаймні вдвічі більша.

До функцій Генерального казначея (відповідної структури) належать¹:

- наповнення доходної частини бюджету медичного закладу, що забезпечується шляхом опрацювання поданих медичними закладами рахунків про надання медичних послуг та їх пред'явлення до оплати відповідним суб'єктам (Фонду соціального захисту, лікарняним касам, підприємствам, громадянам);

- контроль за повнотою надходжень та веденням претензійної роботи з недобросовісними боржниками:

- контроль за дотриманням процедур і наявністю необхідних підтверджувальних документів щодо рахунків, поданих медичною установою на оплату товарів, робіт і послуг, а також щодо виплати заробітної плати;

- проведення за власною ініціативою будь-яких контрольних перевірок у медичному закладі з питань, віднесених до компетенції Генерального казначея. Інформація про виявлені порушення надсилається органам, які призначають керівництво, для реагування.

Згідно із законодавством про державні закупівлі у Франції оплата товарів, робіт і послуг здійснюється після їх надання. Для контролю рахунків казначеям надається до 50 днів, упродовж яких вони контролюють (з виїздом до медичного закладу) повноту отримання товарів, робіт і послуг, вчасність, відповідність, якість. Рахунки, за якими виявлено невідповідність, повертаються медичному закладу для усунення виявлених невідповідностей.

¹ Байбекова О. О. Чому нас може навчити досвід проведення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я Франції? / О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2007. – № 2 (37). – С. 49–52.

В особливих випадках (наприклад, виготовлення індивідуального складного устаткування) допускається попередня оплата, але не більше 10 % від загальної вартості закупівлі.

Відображення проведених фінансово-господарських операцій у реєстрах бухгалтерського обліку забезпечує державний бухгалтер.

Казначейство представляє річний звіт Аудиторському суду Франції (Рахунковій палаті). За наявності зауважень надсилає їх Генеральному казначею для надання пояснень. Якщо пояснення приймаються, звіт вважається прийнятим. Якщо не приймаються, Генеральний казначей відповідає за виявлені порушення власними коштами.

Отже, контроль дотримання процедур та ефективності використання коштів медичних установ забезпечується медичною установою, яка готує проект бюджету і впродовж року забезпечує виконання затвердженого плану доходів і видатків, дотримання стандартів діяльності медичного закладу та режиму економії ресурсів для недопущення дефіциту доходної частини.

Контроль за цими процесами здійснюють:

- рада керуючих шпиталем на етапі планування й виконання плану;
- регіональні агентства госпіталізації, перед якими захищається проект бюджету; ними він затверджується і впродовж року контролюється його виконання та вживаються заходи для недопущення відхилень від планових показників, для чого інспекція наділяється відповідними повноваженнями;

- Рада керівників, до якої входять представники агентства, регіонального підрозділу МОЗ та Фонду соціального захисту, чії рекомендації обов'язкові до виконання;

- регіональний структурний підрозділ міністерства охорони здоров'я;

- державний фінансовий контролер, який призначається спільним рішенням Мінфіну та МОЗ і контролює рішення медичної установи про укладання контрактів з персоналом на виконання робіт для обслуговування медичного закладу (крім лікарів та середнього медичного персоналу); контролює результати проведених тендерних процедур із закупівлі товарів, робіт і послуг на предмет дотримання відповідного закону та наявності доходів для оплати цих товарів, робіт і послуг (обов'язковий контроль операцій з придбання на суму 80 тис. євро і більше).

Казначейство, яке забезпечує надходження доходів медичної установи за представленими нею рахунками, зокрема і примусове стягнення платежів, що не сплачуються добровільно, контролює рахунки з оплати придбаних товарів, робіт і послуг та документацію щодо нарахованої заробітної плати (діють спеціальні програми з контролю правильності на-

рахування заробітної плати); здійснює оплату рахунків, контрольні перевірки в медичних закладах щодо відповідності представлених рахунків для проведення платіжних операцій і повідомляє про порушення вищий орган для прийняття рішення; подає звіт про результати виконання плану до Державного аудиторського суду;

- державний бухгалтер, який відображає проведені фінансово-господарські операції в реєстрах бухгалтерського обліку;

- Генеральна інспекція закладів соціальної та медичної сфери, яка є міжвідомчим органом і проводить аудиторські перевірки за дорученням уряду, міністерства охорони здоров'я та міністерства фінансів з різних питань діяльності медичної галузі, зокрема і щодо ефективності виконання державних програм та використання фінансових ресурсів. Крім того, цей орган проводить перевірки, в тому числі і з фінансових питань, якщо в медичному закладі трапляються нестандартні ситуації. За результатами перевірок, проведених Генеральною інспекцією, директор медичної установи повинен повідомити про вжиті заходи вищі органи, зокрема МОЗ;

- Рахункова палата, до якої державний казначей подає фінансовий звіт по кожному медичному закладу та повний пакет документів бухгалтерського обліку, в тому числі первинні, за якими надається висновок про прийняття його без зауважень або із зауваженнями. Якщо містяться зауваження, стосовно яких пояснення державного казначея не вважаються такими, що можуть бути враховані, останній несе персональну матеріальну відповідальність в обсязі витрат, що Рахунковою палатою не визнаються, аж до кримінальної відповідальності. Рахункова палата здійснює вибіркові перевірки відповідності представлених звітів (такому контролю піддається приблизно 8 % поданих за рік звітів); проводить перевірки за зверненнями регіональних агентств, МОЗ, Мінфіну, уряду та парламенту.

Узагальнюючи все вищевикладене, ми робимо висновок, що зарубіжний досвід доводить:

- пріоритетне значення для державного фінансового контролю діяльності закладів охорони здоров'я в розвинених країнах має фінансовий аудит, але разом з тим аудитові ефективності діяльності приділяється значна увага;

- аудити ефективності можуть здійснюватися у багатьох сферах, у тому числі охорони здоров'я (одержують заклади охорони здоров'я бюджетні кошти чи ні);

- проводиться аудит ефективності від імені та за дорученням уряду державними контролюючими органами;

- залучаються до проведення аудиту ефективності діяльності фахівці з широкого кола питань;

– мета аудиторських досліджень – сприяння реалізації цілей та підвищення ефективності використання коштів охорони здоров'я. Аудиторське дослідження має насамперед з'ясувати, чи досягла система охорони здоров'я визначених цілей у межах отриманих асигнувань, а також – чи були при цьому виконані політичні зобов'язання;

– важливий принцип у діяльності державного контролю – забезпечення довіри до уряду, або прозорість діяльності, тобто громадськість має вільний доступ до інформації про те, чим займається міністерство охорони здоров'я;

– для проведення аудиту ефективності охорони здоров'я необхідною умовою є існування проблеми;

– для аудиту ефективності охорони здоров'я мають значення не лише кількісні (одиниці та кошти) критерії оцінки, а й якісні;

– добре побудовані системи контролю у сфері охорони здоров'я, по-перше, забезпечують прозорість формування бюджетів медичних закладів та ефективне використання отриманих доходів, по-друге, унеможливають процедурні порушення та неефективне використання ресурсів закладів охорони здоров'я.

Така практика нині поширена в США, Великобританії, Ірландії, Бельгії, Нідерландах, Данії, Швеції, Фінляндії, Ісландії, Іспанії, Норвегії, Австралії, Південній Кореї та деяких інших країнах.

3.2. Актуальність впровадження та удосконалення аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в Україні

Основним недоліком функціонування фінансів охорони здоров'я в Україні є неконтрольованість надходження ресурсів та їх нерациональне використання, нездатність забезпечити суспільні потреби в охороні здоров'я населення. Це проявляється не тільки в обмеженості фінансових ресурсів, але й у низькій ефективності використання ресурсів, недостатності стимулів економічної мотивації праці медичних працівників і, як результат, у значних особистих витратах громадян на медичні послуги та їх низька якість. Для досягнення максимальної віддачі від використання фінансових ресурсів галузі (з точки зору відтворення і збереження здоров'я населення) необхідне всебічне удосконалення функціонування фінансів названої галузі та дійових методів контролю за ефективним витрачанням коштів. Це може знайти своє втілення у розробці загальнодержавної стратегії оптимізації розподілу й витрачання фінансових ресурсів, отриманих з різних джерел, та впровадження інструментів фінансового управління, всебічного і всеохоплюючого контролю діяльності системи охорони здоров'я для підвищення ефективності соціальних витрат.

Зараз у нас проводяться ревізії фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я, ревізії виконання кошторису тощо, які контролюють цільове використання коштів підзвітними організаціями, дотримання вимог чинних нормативно-правових документів та фінансові порушення.

Розглянувши у п. 2.4 фінанси закладів охорони здоров'я Харківського району Харківської області, ми пересвідчилися, що джерелами їх фінансування є, в значній мірі, бюджетні кошти; позабюджетні надходження також мають місце. Але за відсутністю комплексного, всебічного та всеохоплюючого контролю результатів діяльності не можна проаналізувати, наскільки ефективно витрачені усі ці кошти.

Так, згідно з актом ревізії фінансово-господарської діяльності відділу охорони здоров'я Харківської районної державної адміністрації за період від 1 жовтня по 31 грудня 2007 року та завершений звітний період 2008 року (а здійснював її контрольно-ревізійний відділ Харківського району контрольно-ревізійного управління у Харківській області), було встановлено, що недотримання вимог чинних нормативно-правових документів з боку начальника відділу охорони здоров'я та головного бухгалтера призвело до фінансових порушень на загальну суму 81493,18 грн, у тому числі:

- нараховано надбавку за тривалість та безперервність роботи на загальну суму 807,19 грн;
- недоотримано надбавок за тривалість та безперервність роботи на суму 1923,35 грн (під час ревізії їх було донараховано й виплачено в повному обсязі);
- незаконно виплачено надбавки за класність – 930,33 грн (теж відшкодовано в повному обсязі);
- нараховано та перераховано внесків до державних цільових фондів – 628,96 грн (під час ревізії відшкодовано в повному обсязі);
- залишки стоматологічних матеріалів на суму 3540,30 грн (оприбутковані в повному обсязі);
- залишки медикаментів – 32,72 грн (так само оприбутковані в повному обсязі);
- невивстачало медикаментів на суму 25,48 грн (під час ревізії відшкодовано в повному обсязі);
- залишки продуктів харчування – 8,54 грн (оприбутковані в повному обсязі);
- нестача продуктів харчування – 26,91 грн (під час ревізії відшкодовано в повному обсязі);
- заниження вартості активів – 4073,00 грн;
- завищення вартості і обсягу виконаних робіт на суму 69496,40 грн.

Наведені факти ще раз підтверджують висновки автора про односторонність контролю, який полягає у виявленні фінансових порушень та розгляді цільового використання бюджетних коштів, але не дає уявлення про ефективність використання коштів та результати діяльності медичних закладів. Тому важливим завданням, на наш погляд, є поширення аудиту ефективності на всю діяльність закладів охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні.

Також на сьогоднішній день, як вже зазначалося вище, питання необхідності дослідження та встановлення зв'язку між використанням ресурсів та отриманими результатами в охороні здоров'я не є достатньо дослідженими. Так, підходи щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання бюджету повинні містити розробку системи моніторингу та виконання проведення оцінки ефективності та результативності бюджетних програм медичної галузі.

У Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі зазначається, що результативні показники дають змогу чітко показати ефективність використання бюджетних коштів, співвідношення досягнутих результатів та витрат, тривалість виконання бюджетної програми, її необхідність і відповідність визначеній меті, а також порівнювати результати виконання бюджетних програм у динаміці за роками та між головними розпорядниками бюджетних коштів, визначати найефективніші бюджетні програми при розподілі бюджетних коштів¹.

Застосування результативних показників сприяє якісному та кількісному аналізу стану виконання бюджетної програми в частині фінансового забезпечення реалізації її заходів та ефективності виконання.

Результативні показники поділяються на такі групи²:

- показники затрат – визначають обсяги та структуру ресурсів, що забезпечують виконання бюджетної програми;

- показники продукту – використовуються для оцінки досягнення поставлених цілей. Показником продукту є, зокрема, кількість користувачів товарами (роботами, послугами), виробленими в процесі виконання бюджетної програми;

- показники ефективності – визначаються як відношення кількості вироблених товарів (виконаних робіт, наданих послуг) до їх вартості у грошовому або людському вимірі (витрати ресурсів на одиницю показника продукту);

¹ Про схвалення Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі/ Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.09.2002 № 538-р [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: <http://www.loga.gov.ua/oda/about/depart/finance/acts/pcm/>.

² Там само

– показники якості – відображають якість вироблених товарів (виконаних робіт, наданих послуг).

Отже, аудит ефективності діяльності охорони здоров'я є доцільним, тому що він дає можливість проконтролювати, який результат щодо збереження та відтворення здоров'я населення отримують держава і суспільство від витрачених коштів.

Аудит ефективності діяльності є відносно новим видом державного аудиту, який почав розвиватися у провідних країнах Заходу півстоліття тому. Проблеми фінансового контролю та аудиту висвітлені у працях М. Белухи, І. Дрозд, Т. Єфіменко, С. Кириленка, А. Мамишева, О. Петрик, Н. Рубан, В. Симоненка, І. Стефанюка та інших вітчизняних і зарубіжних науковців.

Аудит ефективності діяльності має також іншу назву – «аудит цінності за гроші».

За загальноприйнятими європейськими стандартами, аудит ефективності діяльності пов'язаний з аудитом економічності та результативності діяльності і включає:

1) аудит економічності діяльності з огляду на кращі соціально-економічні принципи, практику та управлінську політику в закладах охорони здоров'я;

2) аудит ефективності використання трудових, фінансових та інших ресурсів охорони здоров'я, а також процедур, яких дотримуються підконтрольні медичні організації для виправлення виявлених недоліків;

3) аудит результативності діяльності в закладах охорони здоров'я з огляду на досягнення цілей підконтрольними медичними організаціями, а також аудит фактичного впливу діяльності порівняно з очікуваним впливом.

В основі аудиту ефективності діяльності лежить теорія основних елементів, які характеризують стан управління ресурсами охорони здоров'я, отриманими при багатоканальному фінансуванні:

1) економічність – ощадливість, бережливість, ступінь мінімізації витрат з огляду на якість послуг («витрачати менше»);

2) ефективність – продуктивність, ступінь корисності споживання ресурсів для створення допомоги («витрачати добре»);

3) результативність – дієвість, успішність, рівень досягнення мети збереження та відновлення здоров'я населення («витрачати мудро»).

Аудит ефективності діяльності медичних закладів набуває важливості через зростання витрат на їх функціонування і потребу в ефективному розміщенні та використанні ресурсів. Метою аудиту є аналіз шляхів та методів раціонального (ефективного) використання матеріальних, трудових, фінансових ресурсів.

Удосконалення й поглиблення аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я може відбутися за рахунок розширення об'єктів, суб'єктів контролю та підконтрольних складових. Так, об'єктом контролю стає вся діяльність закладів охорони здоров'я, що спрямовується на досягнення очікуваних результатів за рахунок оптимального використання ресурсів при надходженні коштів з бюджетних та позабюджетних джерел.

З огляду на те, що об'єктом контролю стає вся діяльність закладів охорони здоров'я (що передбачає аналіз багатьох підконтрольних складових, які характеризують результати їх роботи), розширюється і коло суб'єктів, які здійснюють аудит ефективності. Фахівці з аудиту ефективності діяльності медичних закладів – це не тільки фінансові контролюючі органи, а й науковці у сфері медицини, економіки, фінансів, державного управління, соціології тощо.

До підконтрольних складових ефективності діяльності закладів охорони здоров'я можна віднести (рис. 3.1):

- медичну ефективність;
- соціальну ефективність;
- економічну ефективність;
- надійність та якість надання медичної допомоги;
- цінову дисципліну;
- фінансові потоки.



Рис. 3.1. Підконтрольні складові ефективності діяльності закладів охорони здоров'я (запропоновано автором)

Медичну ефективність закладів охорони здоров'я можна представити як ступінь досягнутих результатів у діагностиці, лікуванні, профілактиці, реабілітації хворих, яку виражено у відсотках (або частках). Вона може бути визначена як відношення кількості випадків досягнутих результатів до загальної кількості спостережень.

Соціальна ефективність відображає стан здоров'я населення в динаміці: демографічних показників, показників середньої тривалості життя, показників загальної захворюваності (або за окремими нозологічними одиницями) населення, задоволеності попиту населення на медичну допомогу та забезпеченні санітарно-епідемічного обслуговування. Вона полягає у зменшенні кількості захворювань, зниженні показників інвалідності, смертності тощо. Визначити соціальну ефективність можна як співвідношення окремих показників у динаміці, наприклад: динаміка показників загальної захворюваності за два роки, співвідношення показників смертності за два періоди тощо.

Економічна ефективність пов'язана з «віддачею» коштів (фінансових, матеріальних, інтелектуальних та ін.), які було вкладено в охорону здоров'я. Вона може бути виражена позитивним результатом (економічна вигода, економічний ефект), наприклад, за рахунок зниження рівня захворюваності з тимчасовою втратою працездатності або зниження тривалості перебування на стаціонарному лікуванні, зменшення витрат на сплату грошової допомоги за тимчасовою непрацездатністю, скорочення строків перебування хворих у стаціонарі, що призводить до зменшення витрат на лікування та утримання пацієнтів.

Оцінку надійності та якості надання медичної допомоги в грошовому вираженні докладно розкрито у пункті 1.3. Її доцільно включити до підконтрольних складових ефективності діяльності закладів охорони здоров'я з кількох причин:

- оцінка надійності та якості надання медичної допомоги в грошовому вираженні, яку запропоновано автором, дозволить пов'язати фінансування з результатами діяльності закладів охорони здоров'я – на відміну від медичної ефективності, яка виражає ступінь досягнутих результатів у діагностиці, лікуванні, профілактиці, реабілітації хворих і розраховується у відсотках;

- державна програма реформування охорони здоров'я передбачає підвищення якості медичного обслуговування, яке можливо буде відслідковувати за допомогою вартісної оцінки та запровадження фінансових важелів регулювання, отже, вона набуває загальнодержавного значення;

- вартісна оцінка надійності та якості надання медичної допомоги є простою за доступом до інформації та методикою розрахунків.

Дотримання цінової дисципліни стає актуальним при впровадженні критерію раціонального розподілу й перерозподілу фінансових ресурсів охорони здоров'я, переходу на платні послуги та індивідуальні накопичувальні рахунки.

Для аудиту ефективності діяльності медичних закладів характерні два підходи:

1) орієнтація на результати: у сфері охорони здоров'я – це запас здоров'я (дні, коли людина здорова);

2) орієнтація на проблеми: у сфері охорони здоров'я – це, по-перше, проблеми здоров'я, по-друге, – закладів охорони здоров'я.

На практиці результати діяльності медиків можуть бути неадекватними обсягам витрачених коштів. Можливі причини цього: недостатнє фінансування, неефективне витрачання коштів, гроші можуть не досягти цільових груп, відсутність стимулів тощо.

Діяльність закладів охорони здоров'я можна унаочнити у формі моделі «ресурси – процес – послуга – результат/ефективність». Адже первинними визначальними індикаторами в аудиті ефективності діяльності закладів охорони здоров'я є ресурси, процеси, послуги, зовнішні фактори, результати, впливи, а похідними – економічність, ефективність і результативність.

Елементи групуються у такі категорії: перша – засоби (внески, діяльність, продукти, зворотний зв'язок); друга – підсумки (цілі, діяльність, впливи, огляд).

Окрім звичайних (очікуваних) впливів в аудиті ефективності діяльності закладів охорони здоров'я можна виділити сторонні впливи (наприклад, несподівані доходи або втрати). При цьому процеси пов'язані як із засобами, так і з підсумками, оскільки характеризуються вони діяльністю для реалізації цілей підконтрольної медичної організації (*табл. 3.1*).

Аудит ефективності діяльності медичних закладів потребує глибокого попереднього дослідження для виявлення проблемних сфер, а його результати – узагальнення у спеціальному меморандумі, який обґрунтує доцільність проведення подальших розробок.

Аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я має такі особливості:

- аудитори отримують широке поле для дослідження, висловлення власних думок та інтерпретації;
- існує можливість обирати сфери дослідження;
- критерії оцінки чітко визначені;
- докази є швидше переконливими, ніж безапеляційними.

Таблиця 3.1

Організаційно-інформаційна модель аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я *

1. Об'єкти і суб'єкти аудиту ефективності	
Об'єкти	Суб'єкти
Діяльність закладів охорони здоров'я, всі надходження до закладу охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні в будь-якій формі	Науковці у сфері медицини, економіки, фінансів, державного управління, соціології тощо
2. Система соціально-економічних та фінансових показників	
Абсолютні натуральні й вартісні показники, джерелом яких є облік інформації	Відносні показники, які є наслідком аналітичної обробки облікової інформації
Натуральні показники: Фізичний обсяг діяльності за видами наданої медичної допомоги. Потужність медичного закладу. Фізичні обсяги ресурсів. Фізичні норми витрачання ресурсів на одиницю медичних послуг. Чисельність населення, яке підлягає медичному обслуговуванню. Норми медичного обслуговування населення. Зниження рівня захворюваності з тимчасовою втратою працездатності або зниження тривалості перебування на стаціонарному лікуванні. Вартісні показники: Обсяги фінансового забезпечення медичної установи. Обсяги використаних ресурсів. Обсяги витрачання ресурсів на одиницю послуг. Вартість наданих послуг. Зменшення витрат на сплату грошової допомоги за тимчасовою непрацездатністю. Скорочення строків перебування хворих у стаціонарі, що призводить до зменшення витрат на лікування та утримання хворих.	Відносні показники структури наданих послуг. Відносні показники динаміки наданих послуг. Відносні показники видів наданих послуг. Відносні показники структури фінансового забезпечення. Відносні показники динаміки фінансового забезпечення. Відносні показники ефективності процесів. Відношення кількості випадків досягнутих результатів до загальної кількості спостережень. Співвідношення окремих показників у динаміці: динаміка показників загальної захворюваності, співвідношення показників смертності тощо.

Продовження табл. 3.1.

3. Інформаційне забезпечення аудиту ефективності	
Зовнішня інформація	Внутрішня інформація
Нормативно-правові акти. Керівні документи. Краща або подібна медична практика. Наукові звіти. Професійні медичні стандарти. Експертна інформація. Довідкова інформація.	Бухгалтерська. Економічна. Планова. Фактична. Перспективна. Управлінська. Матеріали внутрішнього контролю.
4. Методичні прийоми обробки первинної (вхідної) інформації	
Економіко-логічні методи Групування. Порівняння. Розрахунок відносних і середніх показників. Деталізація. Елімінування. Підрахунок. Розподіл інформації на складові.	Економіко-математичні методи Динамічні ряди. Методи лінійного програмування. Методи моделювання. Методи регресійно-кореляційного аналізу.
5. Узагальнення і реалізація результатів аудиту ефективності	
5.1. Узагальнення результатів	5.2. Реалізація результатів
Систематизація результатів. Кількісний та якісний аналіз доказів/фактів діяльності медичного закладу. Оцінка діяльності. Розробка заходів для підвищення ефективності діяльності медичного закладу. Оформлення звітів аудиту ефективності та передача їх управлінським структурам і контролюючим органам.	Оцінка заходів з підвищення ефективності діяльності медичного закладу. Вибір оптимального варіанту заходів з підвищення ефективності діяльності медичного закладу. Прийняття рішень щодо реалізації обраних заходів. Доведення прийнятого рішення до виконавців. Забезпечення контролю за виконанням.

* Запропоновано та складено автором

Можна виділити й основні види потенційних впливів аудиту ефективності на діяльність медичних установ. Це впливи на:

1) економічність (зниження витрат за рахунок зниження рівня захворюваності; зменшення витрат на лікування та утримання пацієнтів завдяки проведенню профілактики захворювань; зниження витрат шляхом економії у використанні персоналу та ресурсів; введення зобов'язань та відповідальності там, де їх не існувало; раціоналізація використання ліжкового фонду тощо);

2) ефективність (досягнення якомога кращого стану здоров'я з використанням даного рівня ресурсів; підтримання певного рівня здоров'я з використанням мінімально можливого рівня ресурсів; збільшення наданих послуг при тих самих ресурсах; усунення дублювання або надлишків у координації);

3) результативність: для закладів охорони здоров'я – операційна смертність (для хірургії), смерть до виписки (для терапевтичних відділень), коефіцієнти повторного вступу до лікарень тощо;

4) підвищення надійності та якості послуг (задоволеність пацієнта отриманими послугами; доступність та доброзичливість персоналу; скорочення очікування у чергах; зменшення часу для отримання відповіді на запит; справедливий розподіл благ; полегшення доступу до інформації; підвищення асортименту й рівня послуг; допомога державі, клієнтам, виробництву та ін.; забезпечення справедливого доступу до медичного обслуговування);

5) покращення планування, контролю та управління (зрозумілі пріоритети і чітке визначення завдань у сфері охорони здоров'я; розуміння стимулів; удосконалення управління та контролю ресурсів; посилення контролю з метою уникнути обману; покращення систем обліку, отримання та захисту інформації). Для закладів охорони здоров'я процес планування означає: визначити цілі, альтернативи, зібрати інформацію, обрати альтернативні способи, запровадити рішення; процес контролю: порівняти реальний та запланований результати діяльності, зреагувати на відхилення від плану; процес управління: колективна відповідальність, звітність, гнучке планування, встановлення контрольних точок, паралельний аналіз роботи, постійне покращення результату/ефекту;

6) покращення підзвітності/відповідальності (щодо витрат; удосконалення форм обліку; визначення індикаторів діяльності; порівняння з практикою подібних організацій; більш зрозуміла та інформативно прозора діяльність).

Проводити аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я треба на основі оперативної інформації, що отримується при моніторингу ефективності, що, на перший погляд, ускладнюється великою різноманітністю реальних фінансово-економічних та лікувальних процесів й їх моделей, з одного боку, і обмеженістю часу на проведення контрольних процедур – з іншого. Ми пропонуємо для здійснення більш оперативного, якісного та неупередженого контролю проводити моніторинг ефективності діяльності медичних закладів за допомогою економіко-математичного програмування з використанням нечітких множин, лінгвістичних змінних і алгоритмів нечіткої логіки. При здійсненні мо-

ніторингу та аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я досить часто доводиться оперувати великими масивами даних, не точними чисельними або імовірнісними характеристиками фінансово-економічних процесів та результатів діяльності, деякими суб'єктивними оцінками експертів, брати до уваги якісний (вербальний) характер оцінки фахівцями результатів, враховувати їх неясність, неточність тощо. Тому вважаємо, що автоматизований збір та оцінювання інформації про результативність та ефективність діяльності медичних закладів за допомогою моделей і методів нечіткої логіки дозволить однозначно інтерпретувати отримані дані, підвищити якість та відповідальність за встановлені експертні оцінки, уникнути багатьох помилок при прийнятті рішень по оптимізації роботи закладів.

Аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні в Україні дає можливість досліджувати економічність, ефективність та результативність діяльності медичних закладів для підвищення медичної ефективності, соціальної ефективності, економічної ефективності, якості, надійності та доступності послуг, цінової дисципліни, результативності досягнення цілей та запланованих завдань, подальшого переходу до аналізу співвідношення «витрати – здоров'я».

Таким чином, дістало подальшого розвитку уявлення про зміст аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я за рахунок розширення об'єкта контролю (ним стає діяльність медичного закладу), суб'єктів контролю (якими стають не тільки державні контролюючі органи, а й науковці у сфері медицини, економіки, фінансів, державного управління, соціології) та підконтрольних складових, що включають соціальну ефективність, медичну ефективність, економічну ефективність, оцінку надійності та якості, цінову дисципліну, фінансові потоки та спрямовуються на досягнення очікуваних результатів за рахунок оптимального використання ресурсів при надходженні коштів з бюджетних та позабюджетних джерел.

3.3. Аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні для підвищення їх результативності

Спираючись на описану А. Мамишевим¹ організацію та методологію аудиту ефективності діяльності в державному секторі економіки, дисертаційні дослідження Н. Рубан² з аудиту ефективності виконання бюджетних програм у системі державного фінансового контролю України та інші джерела, ми маємо адаптувати аудит ефективності до діяльності закладів охорони здоров'я та його впровадження для посилення контролю при багатоканальному надходженні коштів.

Аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я – це складний процес, який здійснюється з певною циклічністю.

Для медичних закладів можна виділити такі основні етапи:

- 1) вибір теми дослідження (медична ефективність, соціальна ефективність, економічна ефективність, надійність та якість надання медичної допомоги, цінова дисципліна, фінансові потоки);
- 2) загальне обстеження (ефективність діяльності закладу охорони здоров'я);
- 3) попереднє дослідження (ретроспективний аналіз ефективності діяльності закладу охорони здоров'я за визначеними показниками);
- 4) безпосередній аудит (за показниками, що характеризують ефективність діяльності закладів охорони здоров'я);
- 5) подальше дослідження (перспективний аналіз ефективності діяльності закладів охорони здоров'я).

У загальному вигляді цей процес має три основні фази: 1) планування; 2) виконання; 3) звітування.

Процес аудиту передбачає таку послідовність дій: перспективне планування → п'ятирічне планування → щорічне планування → складання програм → виконання аудиту → механізм обміну інформацією → оцінювання → огляд планування і політики.

¹ 1. Мамишев А. В. Аудит ефективності діяльності: концепція, цикл, планування / Мамишев А. В. // Фінансовий контроль. – 2006. – № 2 (31). – С. 54–60. 2. Мамишев А. В. Аудит ефективності діяльності: етап виконання / Мамишев А. В. // Фінансовий контроль. – 2006. – № 3 (32). – С. 43–45. 3. Мамишев А. В. Аудит ефективності діяльності: звітування про результати / Мамишев А. В. // Фінансовий контроль. – 2006. – № 5 (34). – С. 60–63. 4. Мамишев А. В. Характерні аспекти організації державного фінансового контролю за рубежом / Мамишев А. В. // Фінанси України. – 2003. – № 11. – С. 128–129.

² 2. Рубан Н. І. Аудит ефективності виконання бюджетних програм в системі державного фінансового контролю України: дис. ... канд. екон. наук : спец. 08.04.01 «Гроші, фінанси і кредит» / Н. І. Рубан. – К., 2006. – 258 с.

Планування поділяють на два основні типи:

- 1) стратегічне планування й обрання тем;
- 2) планування індивідуальних аудитів.

Стратегічне планування є процесом визначення напрямів та цілей, а також оптимальних шляхів їх досягнення.

Наприклад, стратегічне бачення у медичних закладах може виглядати таким чином: «Сприяти ефективному та раціональному використанню коштів медичних закладів для забезпечення якнайповнішого задоволення потреб населення в охороні здоров'я, підвищення середньої тривалості життя тощо».

При цьому недостатньо визначити тільки стратегічні бачення, їх необхідно трансформувати у стратегічні цілі та підкріпити стратегічними критеріями.

Повнота й завершеність даних та інформації із усіх джерел є основою стратегічного планування.

Розрізняють стратегічні бачення, місію, мету, цілі та завдання аудиторської установи. Визначення цих елементів необхідне для складання програм, розуміння ризиків, а також є основою для підзвітності/відповідальності.

Положення, які встановлюють, задля чого аудит виконується, називають цілями. Їх визначення важливе, оскільки вони є одним з кроків у фазі планування, забезпечують напрям аудиту, допомагають сформулювати масштаб, підходи, критерії та висновки аудиту, а також зберігають ресурси, необхідні для його проведення.

На визначення цілей аудиту закладів охорони здоров'я впливають питання для аудиту, а також можливості використання ресурсів.

Стратегічне планування має такі цілі:

- забезпечення стратегічних напрямів для майбутніх аудитів;
- обрання потенційних тем аудитів;
- забезпечення платформи для спілкування з органами влади;
- створення основи для підзвітності/відповідальності аудиторської установи.

Завдання формуються як напрями розвитку цілей аудиту і повинні бути: специфічними, реалістичними, своєчасними й такими, що піддаються оцінці.

Однією з важливих складових фази планування аудиту ефективності діяльності є аналіз ризиків. Цей взаємозв'язок можна показати такою схемою: I етап – розуміння підконтрольної організації та основна її характеристика; II – визначення ризиків та їх суттєвості; III – формулювання цілей аудиту; IV – визначення очікуваної корисності/вигоди від проведення аудиту; V – визначення критеріїв аудиту й деталізація питань.

Ризик є характеристикою можливих помилок, втрат і несприятливих впливів, а в контексті аудиту ефективності діяльності він означає можливість того, що програма/проект підконтрольної організації не буде реалізована економічно, ефективно та результативно.

Розуміння ризиків допомагає визначити напрями і цілі аудиту, встановити найважливіші критерії для аудиту, а також обрати належні методи вибірки.

Виділяють два типи ризиків:

1) невід'ємні ризики (запровадження нових технологій, складність законодавства, динамічні зміни у нормативно-правових актах і правилах тощо);

2) ризики середовища (багаторівневість у системі виконання і звітування; відсутність, складність або непрозорість взаємовідносин з підзвітності / відповідальності).

Під час проведення аналізу та оцінювання ризиків аудиторам необхідно відповісти на запитання: що може відбуватися не так? яка ймовірність того, що щось піде не так? які наслідки? чи можна мінімізувати або контролювати ризик?

Оцінка суттєвості ризику характеризується його інтенсивністю та можливими впливами і вимірюється за шкалою – низька, середня або висока.

Обрання тем /предметів для аудиту враховує оцінку ризиків та є продуктом стратегічного планування. Вони повинні логічно впливати з процесу, а не з власного судження аудитора. Тому обрання тем має розвиватися за певними правилами.

Теми обираються, виходячи з проблем та наслідків. Основними параметрами при цьому є: значущість, суттєвість ризиків, зрозумілість питання, результати попередніх аудитів, результати оцінок впливів, можливість проведення аудиту, масштаб тощо.

Ознаками для обрання теми в медичних закладах можуть бути: зростання смертності населення; зростання захворюваності; низька результативність діяльності при високих витратах; черги; невдоволення клієнтів; ознаки неналежної етики та культури в обслуговуванні тощо.

Аудиторська група обговорює та погоджує напрями аудиту. Першим завданням для них є формулювання запитань, на які необхідно отримати відповідь під час певної фази виконання аудиту.

Для обраної теми, що відзначається комплексністю та складністю, застосовується метод, який має назву «аналіз запитань».

Як правило, розрізняють описативні, нормативні й результативні запитання.

Дескриптивні запитання ставляться, щоб отримати дані описового характеру про процеси, умови, погляди тощо. Типовими для закладів охорони здоров'я можуть бути такі: скільки медичних закладів займаються боротьбою з туберкульозом? яким чином ці заклади здійснюють боротьбу з туберкульозом?

Якщо мають намір порівняти поточну ситуацію зі специфічними цілями, завданнями, показниками, то ставлять нормативне запитання. Наприклад, для закладів охорони здоров'я: чи було досягнуто цілі щодо боротьби з туберкульозом? чи було виконано завдання боротьби з туберкульозом?

Результативне запитання ставлять тоді, коли мають намір визначити, що змінилося в результаті втручання. Наприклад, для медичних закладів: чи було знижено захворюваність в результаті боротьби з туберкульозом? чи було збільшено кількість вилікуваних за підсумками? які інші впливи (позитивні або негативні) спостерігаються після проведення конкретних заходів?

У цілях фази планування аудиту ефективності діяльності запитання формулюється таким чином, щоб відповідь на нього була однозначною: «так» або «ні». Це дозволяє аудитору довести або відкинути припущення щодо певної проблеми.

Суть цього методу полягає у тому, що спочатку формулюють цілі аудиту щодо кожної підтеми, потім до кожної цілі аудиту ставлять головні запитання, після чого до них – підпитання, і нарешті, за необхідності, формулюють підпідпитання, обов'язково дотримуючись при цьому принципу: відповідь «так» або «ні». Усе це необхідно для конвертації цілей аудиту на менші запитання та підпитання, на які можна отримати відповідь з високим рівнем компетенції. Є й інше важливе правило – підпитання мають бути: по-перше, взаємовиключними (тобто такими, що не накладаються одне на одне), а по-друге, – всебічними (тобто взаємодоповнюючими і такими, що у сукупності повністю характеризують задану тему). Підпитання мають також бути логічними, формулюватися у хронологічному порядку, бути структурованими; відповідати цілям аудиту; допустима їх кількість – від двох до семи.

При узагальненні інформації, необхідної для проведення аудиту ефективності діяльності, для кожної підтеми розробляється «матриця підготовчої стадії». Матриця підготовчої стадії складається у розвиток форми конвертації підтем та цілей і, власне, є продовженням цієї форми.

При плануванні індивідуального аудиту визначаються сутність та наміри реалізації обраних напрямів. Цей процес має такі етапи:

- 1) вивчення підконтрольної організації;
- 2) обрання основних сфер для дослідження;

- 3) визначення аудиторських цілей та масштабу;
- 4) визначення необхідних критеріїв та доказів/фактів;
- 5) розробка аудиторських підходів та програм.

Вивчення підконтрольної організації, її програми чи проекту передбачає насамперед розуміння організації, цілей, а також фізичних, фінансових, людських та інформаційних ресурсів. Ця інформація необхідна під час планування та виконання аудиту, зокрема при підготовці програми аудиту, збиранні необхідної інформації, модифікації аудиторських процедур, порівнянні з подібними підконтрольними організаціями, опрацюванні висновків та підготовці рекомендацій з точки зору практичної прийнятності.

Складання програми аудиту має на меті:

- 1) зосередитися на збиранні необхідних доказів/фактів;
- 2) визначити межі аудиторської роботи;
- 3) передати знання молодим спеціалістам;
- 4) закласти основу для документування результатів роботи тощо.

Програма аудиту має такі основні елементи: послідовність запитань; цілі аудиту; критерії аудиту; типи необхідних доказів/фактів; джерела доказів/фактів; методика аудиту; процедури аудиту.

Масштабом аудиту називають концентрацію аудиторських ресурсів та зусиль у кількох сферах, які мають значний вплив на результати діяльності. На визначення масштабу впливають цілі аудиту, типи необхідних доказів/фактів, а також період, який підлягає дослідженню.

У процесі планування аудиту ефективності діяльності ключовим кроком є визначення критеріїв аудиту.

Критеріями називають стандарти діяльності, стосовно яких оцінюють економічність, ефективність та результативність. Вони репрезентують набір «кращої практики», тобто те, що повинно бути.

На методі порівняння фактичного стану з критеріями базуються формулювання аудиторських спостережень/відомостей.

Основними джерелами критеріїв аудиту медичних закладів можуть бути: нормативно-правові акти, керівні документи, краща або подібна медична практика, наукові звіти, професійні медичні стандарти тощо. Характеристиками критеріїв є: реальність, об'єктивність, прийнятність, зрозумілість, належність, можливість їх досягнення і порівняння з ними, завершеність.

Підконтрольна організація не обов'язково має погоджуватися із критеріями, які були взяті за основу аудиторами. Також немає уніфікованого підходу для розв'язання таких протиріч. Найприйнятнішим способом у цій ситуації є дискусія з керівництвом підконтрольної організації, що може запропонувати альтернативні критерії. Тоді аудитори перевіряють ці критерії на відповідність цілям аудиту.

У разі проведення масштабного дослідження складається спеціальний звіт про підготовку, в якому відображаються:

- 1) основні дані;
- 2) ризики ефективності, у тому числі інформація щодо зацікавлених осіб;
- 3) питання дослідження;
- 4) критерії;
- 5) методи збирання та аналізу даних;
- 6) користувачі звіту аудиту і шляхи поширення інформації;
- 7) ресурси та найважливіші питання;
- 8) загальна інформація про підконтрольну організацію тощо.

На відміну від програми аудиту, у плані аудиту розкривають більше питань, які мають вплив на весь аудит, а саме: аудиторські підходи, бюджет аудиту, людські ресурси, необхідний час для проведення аудиту. Все це документується у спеціальному папері – меморандумі про попереднє дослідження.

При цьому, як визначено загальноприйнятими стандартами, аудитор повинен планувати роботу таким чином, щоб гарантувати проведення високоякісного аудиту економічним, ефективним і результативним способом та своєчасно.

Виконання аудиту є процесом збирання, документування та аналізу даних за ланцюгом: набір даних → докази/факти → спостереження/відомості → висновки → рекомендації.

Аудиторськими доказами/фактами називають інформацію, яка генерується із набору даних і використовується для подальшого тестування за критеріями оцінки, результатом чого є підтвердження або спростування аудиторських гіпотез і підтримання аудиторських спостережень/відомостей.

Опрацювання доказів/фактів – важливий етап процесу виконання аудиту ефективності діяльності, адже висновки та рекомендації в аудиторських звітах базуються на аудиторських доказах/фактах.

Розрізняють фізичні, документальні, свідчі й аналітичні докази/факти.

Фізичні докази/факти збираються шляхом безпосередніх перевірок людей, власності або подій та документуються у формі меморандуму, фотографій тощо. Найважливіше для фізичних доказів/фактів – їх прийняття підконтрольною організацією.

Докази/факти, отримані від інших людей в усній або письмовій формі у відповідь на поставлені запитання (анкетування) або шляхом проведення інтерв'ю, відносять до категорії свідчих. Важливо, щоб свідчі докази/факти були підкріплені письмовим підтвердженням від особи, яка була опитана, та іншими незалежними джерелами.

Документальні докази/факти належать до найпоширеніших. Вони можуть бути внутрішніми і зовнішніми, у формі листів, контрактів, бухгалтерських записів, звітів та ін.

Аналітичні докази/факти створюються на основі аналізу даних, здобутих шляхом підрахунку, порівняння, розділення інформації на складові, а також обговорення й дискусії динамічних рядів, тенденцій, співвідношень, регресій.

Природа, якість та кількість доказів/фактів мають відповідати певним критеріям.

Докази/факти повинні бути:

- обґрунтованими (достатніми й переконливими для підтримання спостережень/відомостей, виходячи з їх кількості, значущості, ризиків, попереднього досвіду та знань);

- доречними (зрозумілими, логічними й такими, що відповідають цілям, джерелам і масштабу);

- надійними (такими, що випливають із фактичного стану справ і підкріплені з різних джерел, та переважно документальними, а не усними).

Для збирання аудиторських доказів/фактів придатна методика, яка характеризується різноманітними підходами/методами, як-от:

- 1) документальний огляд;
- 2) інтерв'ю;
- 3) опитування (анкетування);
- 4) аналіз даних;
- 5) фізичне спостереження;
- 6) експертна оцінка;
- 7) стандарти якості.

При цьому аудиторіві потрібно знати, що й коли слід використовувати, а також слабкі й сильні сторони кожного із цих методів.

Плюсом документального огляду є те, що він забезпечує високий рівень упевненості, а мінусом – затратність часу й праці. Цей метод має перевагу, коли необхідно зрозуміти підконтрольну організацію та думку особи, що дає інтерв'ю. Слабкість його полягає в тому, що інформація вимагає перевірки, а нещирі відповіді призводять до помилок.

Опитування (анкетування) застосовується там, де необхідно отримати зворотну реакцію щодо якості послуг або зрозуміти причини ефекту/наслідків. До плюсів цього методу відносять можливість отримати думку великої кількості людей із високим ступенем упевненості, а до мінусів – тривалість підготовки опитувальника (анкети).

Від аналізу та перевірки даних походять аналітичні докази/факти, як правило, коли необхідно перевірити арифметичну точність та відповід-

ність нормам і правилам. Цей метод гарантує високу точність, але має обмежене застосування в аудиті ефективності діяльності.

Фізичне спостереження необхідне для перевірки фактичного стану активів, а також для кращого розуміння надання медичних послуг суспільству. При цьому забезпечуються лише окремі докази/факти, без розуміння всього процесу.

Специфічні кроки, що здійснюються для реалізації методики аудиту, називають процедурами аудиту. Вони застосовуються для визначення типу необхідної інформації та цільової групи, встановлення груп вибірки, розроблення й поширення анкет та аналізу отриманих даних, формулювання висновків.

Докази/факти необхідно документувати у робочих паперах. Вони повинні бути завершеними й точними, зрозумілими й лаконічними, чіткими й акуратними, доцільними й легкодоступними.

Після того, як докази/факти зібрано, їх необхідно проаналізувати для отримання аудиторських спостережень/відомостей, що є підставою для аудиторських висновків.

Аудиторськими спостереженнями/відомостями називають різницю між очікуваннями аудитора і тим, що він бачить насправді (спостереженнями).

Головна мета аналізу – зменшення і трансформування великого масиву інформації в аудиторські спостереження/відомості та висновки, які мають бути зрозумілими, значущими та справедливими.

Аналіз можна провести у формі:

- дослідження причин та ефекту/ наслідків;
- дослідження «до» і «після»;
- дослідження процесу;
- порівняльне дослідження та ін.

Виділяють два типи аналізу доказів/фактів – кількісний та якісний.

При кількісному аналізі шукають відповіді на такі запитання: як розпорошені отримувачі за соціальними групами; яка частина тих, хто звернувся по медичну допомогу, задоволена результатами діяльності медичного закладу; чи є результати статистично значущими? За допомогою цього методу, аудитори вимірюють тенденції (середнє, мода, медіана) та розбіжності (радіус дії, стандартне відхилення), здійснюють регресійний аналіз, а також використовують пропорції для порівняння.

Якісний аналіз даних потрібен там, де основна мета полягає у детальному розумінні втручання. Методи якісного аналізу можуть слугувати сильним інструментом у розгляді причинно-наслідкових зв'язків та заміщати кількісний аналіз. Цей метод дає можливість знайти відповіді

на такі запитання: чи було втручання відповідним до плану; які основні складнощі трапилися в роботі виконавців; чи існує будь-який неочікуваний вплив від діяльності закладів охорони здоров'я?

Для якісного аналізу існують критерії, кодування, матриці, програмні моделі, блок-схеми та ін.

Важливі характеристики аналізу доказів/фактів:

- аналіз повинен бути логічним та самодостатнім;
- висновки і тлумачення мають бути переконливими;
- аналіз повинен підтримувати аудиторські спостереження / відомості;
- має бути забезпечена основа для дискусії та контраргументів.

Один з основних елементів аналізу доказів/фактів – «методика вибірки». Застосування вибірки необхідне для економії коштів і часу у процесі обробки великої кількості трансакцій та концентрації на найважливіших питаннях.

Вибірка базується на таких положеннях.

1. Вибірка репрезентує загальну сукупність, отже аудиторські спостереження/відомості поширюються на всю сукупність.

2. Вибірка є непов'язаною, тому кожний елемент сукупності має однакові можливості потрапити у вибірку.

Висновки за результатами вибірки можуть відрізнятися від висновків за результатами аналізу всього масиву інформації, і це називають «ризиком вибірки».

Розрізняють статистичні і нестатистичні методи вибірки.

Обрання певної кількості трансакцій (близько 20 %) на основі власного досвіду аудитора, без статистичного інструментарію та наукового обґрунтування, називають «поверховою вибіркою».

Статистичні методи вибірки не замінюють собою судження аудитора, а допомагають йому визначити рівень ризику вибірки, що безпосередньо пов'язано із розміром вибірки.

За шляхами одержання слід визначити такі основні типи вибірки:

- 1) проста випадкова;
- 2) нашарована випадкова;
- 3) систематична/інтервальна;
- 4) блочна/кластерна;
- 5) імовірно-пропорційна;
- 6) багатоступенева.

Після завершення вибірки детально досліджуються обрані трансакції.

Важливий етап у фазі виконання аудиту ефективності діяльності медичних закладів – аналіз причинно-наслідкових зв'язків. Як відомо, при-

чина передує наслідкам. При цьому до типових помилок (хибних шляхів) такого аналізу відносять:

1) ігнорування загальної причини, що має таку структуру: А і В гармонійно пов'язані, тож робиться висновок, що А є причиною В (але не береться третя, загальна причина, яка є очевидною);

2) плутанина визначення причин та ефекту/наслідків, що має таку структуру: А і В гармонійно виникають разом; тож робиться висновок, що А є причиною В (але не завжди доводиться, що саме є причиною, а що – ефектом/наслідком);

3) після одного відбувається інше; значить, перше є причиною другого, що має таку структуру: А відбулося перед В, тому А є причиною В (але нема доказів такого взаємозв'язку).

Процес звітування передбачає формулювання попередніх аудиторських висновків, обговорення їх з менеджментом підконтрольної організації, підготовку аудиторського звіту.

Звітуючи про результати аудиту, потрібно:

- повідомити про результати аудиту посадових осіб усіх рівнів управління закладів охорони здоров'я;
- зробити результати аудиту більш зрозумілими та переконливими;
- забезпечити публічне обговорення результатів аудиту;
- сприяти подальшому дослідженню.

Усі робочі папери (інтерв'ю, документи щодо «вхідної конференції» у підконтрольній організації, документи обговорення, аудиторські нотатки й звіти виїзного аудиту) мають бути використані для створення завершального документа.

Розрізняються чотири основні типи звітів з аудиту ефективності діяльності медичних закладів, що висвітлюють докази/факти матеріальних недоліків. А саме, звіти про:

- 1) систематичні недоліки в одній підконтрольній організації;
- 2) порівняльне дослідження одних показників у двох або більше організаціях;
- 3) недоліки в управлінні одним закладом;
- 4) недоліки в результативності.

Процес підготовки аудиторського звіту являє собою такий ланцюг: критерії аудиту («що має бути?») – аудиторські докази/ факти («що є?») – аудиторські спостереження/відомості («що є» порівняно з тим, «що має бути») – визначення причин та ефекту/наслідків – підготовка аудиторських висновків та рекомендацій – оцінка практичності рекомендацій.

Аналіз аудиторських спостережень/відомостей веде до ідентифікації причин. Тому у фазі звітування, розглядаючи й опрацьовуючи аудиторські спостереження/відомості, аудитори повинні пам'ятати п'ять складових:

1) критерії; 2) стан/умови; 3) причини; 4) наслідки; 5) коригувальні дії.

Висновки – це сукупність таких елементів:

1) критерії (тобто стандарти, за якими оцінюється діяльність медичних закладів);

2) стан/умови (що аудитор фактично побачив);

3) спостереження (розбіжності між стандартами та дійсністю);

4) причини (або чинники, що спричинили виникнення розбіжностей);

5) впливи/наслідки (вплив розбіжностей).

Цінність висновків залежить безпосередньо від того, чи можуть вони переконати читача звіту.

Переконливість спостережень/відомостей та висновків залежить від діапазону доказів/фактів і глибини аналізу. Однак діапазон може заважати глибині аналізу. А це ставить під сумнів аналітичні здібності аудитора.

Важлива ознака аудиторського звіту – користь, яку він приносить у підвищенні ефективності використання коштів у закладах охорони здоров'я.

Для досягнення загального порозуміння між аудитором та організацією, яка піддається аудиту, збалансованості й корисності звіту проводяться дискусії аудиторів з керівниками та відповідальними особами закладів охорони здоров'я. Стратегія дискусії з керівниками та відповідальними особами закладів охорони здоров'я полягає в тому, що аудитор повинен підготувати папери, які містять:

- питання, з яких зворотна відповідь керівників на звіт була критичною;

- питання внутрішнього контролю;

- питання, з яких керівники і аудитори обстоюють різні позиції;

- питання, з яких аудиторські висновки сформульовано на підставі інтерпретацій та припущень;

- питання, з яких докази/факти були зібрані від третіх осіб (ЗМІ, Інтернет тощо).

Логічним завершенням аудиту ефективності діяльності є аудиторські рекомендації.

При підготовці рекомендацій аудитори повинні відповісти на такі основні запитання:

- що необхідно зробити?

- чому необхідно це зробити?

- де необхідно це зробити?

- коли необхідно це зробити?
- яким чином необхідно це зробити?
- хто повинен це зробити?

Перед тим як вносити рекомендації до звіту, аудитор має пересвідчитися:

- який очікується вплив від реалізації рекомендацій?
 - чи рекомендації є реальними для виконання?
 - чи можливі потенційні ризики у разі реалізації рекомендацій?
 - чи буде ефективним виконання рекомендацій з точки зору витрат?
- Рекомендації вносяться у звіт за принципом пріоритетності:

- 1) фундаментальні;
- 2) значущі;
- 3) такі, що заслуговують на увагу.

Досконалий звіт повинен відповідати таким критеріям:

- за змістом: повністю відображати процес аудиту, критерії, стан, причини, впливи/наслідки та висновки, а також мати чіткі рекомендації;
- за структурою: бути логічно і стилістично довершеним;
- за мовою: бути грамотним, стислим, логічним, вільним від невимовленості або двозначності;
- за формою: бути переконливим, об'єктивним, своєчасним та конструктивним.

Проте деякі вимоги можуть не суміщатися одна з одною, а іноді – навіть перешкоджати формулюванню спостережень/відомостей і висновків.

Наприклад, стислість може конфліктувати із повнотою та переконливістю. Точність наведених доказів/фактів часом обмежує їх кількість і конфліктує з характеристиками переконливості. У разі нагальної необхідності проведення аудиту своєчасність аудиторського звіту нерідко заважає повноті та акуратності.

Звіт може містити графіки та діаграми для наочності аналізу і спостережень/відомостей. Для підкріплення висновків можуть бути використані у ролі доказів факти, фотографії.

Для забезпечення зворотного зв'язку та підтвердження виявлених фактів важливо обговорити проект аудиторського звіту із підконтрольною організацією.

Можна впровадити таку форму звіту:

- вступ, зі стислою довідкою щодо програми або проекту і його цілей;
- загальні цілі та масштаб аудиту;
- підділі для кожного окремого питання;
- найбільш важливі аудиторські спостереження/відомості;
- висновки щодо кожної підділі;

- рекомендації;
- резюме та загальний висновок.

Якщо проект аудиторського звіту призначається для підконтрольної організації, то остаточний звіт призначений насамперед для державних контролюючих органів та для уряду.

Аудиторський звіт за результатами аудиту ефективності діяльності закладу охорони здоров'я надсилається для реагування:

- головному розпорядникові бюджетних коштів;
- Міністерству фінансів України;
- Міністерству охорони здоров'я;
- до місцевого фінансового органу;
- до органу місцевого самоврядування;
- іншим зацікавленим органам державної влади та іншим організаціям і особам, причетним до визначення, розподілення, виділення, використання коштів, які надаються медичному закладу, та отримання користі від них.

Зважаючи на це, підконтрольна організація повинна отримати відповідні деталі щодо доказів/фактів, їх джерел, аналізу доказів/фактів для підтримання аудиторських спостережень/відомостей і висновків для надання відповіді. Контролюючі органи та уряд більше зацікавлені у спостереженнях/відомостях, висновках та рекомендаціях.

Можна зробити додатки до остаточного аудиторського звіту, відповіді підконтрольної організації про результати розгляду проекту звіту. Для врахування цих особливостей проект необхідно готувати як остаточний аудиторський звіт. У додатках до нього слід подати всю інформацію (вибірку, джерела доказів/фактів, методи збирання даних, аналіз доказів/фактів). Додатки можуть бути вилучені на завершальній стадії.

Звіти про аудити ефективності діяльності – складова звітності аудиторської установи про результати її роботи.

Але одна справа – підготувати рекомендації, інша – реалізувати їх. Адже виконання рекомендацій цілком покладається на підконтрольну організацію. Аудитор може тільки переконувати підконтрольну організацію, а не змушувати її до чогось.

Важлива складова завершального етапу аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я – моніторинг виконання підконтрольною організацією рекомендацій аудиторів. Цю частину роботи називають «подальше дослідження». Виконується воно підконтрольною організацією для гарантування адекватності коригуючих дій з усунення недоліків, встановлених аудитом.

Цілі подальшого дослідження:

- підвищення результативності аудиторських звітів;
- оцінка ефективності діяльності аудиторської установи;
- забезпечення внеску у планування аудиту.

Аудит ефективності діяльності важливий для осіб, груп або установ, зацікавлених у результатах діяльності медичних закладів, які фінансуються з різних джерел при багатоканальному фінансуванні.

Розрізняють п'ять основних категорій зацікавлених осіб:

- 1) ті, хто визначають обсяги коштів;
- 1) ті, хто розподіляють кошти;
- 2) ті, хто виділяють кошти;
- 3) ті, хто використовують кошти;
- 4) ті, хто отримують користь від цих коштів.

Мета аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я полягає у сприянні фінансовим інтересам держави, забезпеченні суспільних потреб з охорони здоров'я населення, підтриманні підзвітності й відповідальності у роботі закладів охорони здоров'я та вдосконаленні управлінської практики.

Отже, йдеться про важливу, соціально значущу роль аудиту ефективності діяльності галузі охорони здоров'я. Він покликаний:

- по-перше, забезпечити інформацію та гарантувати якісне управління ресурсами;
- по-друге, допомагати керівникам у визначенні та впровадженні найкращої управлінської практики;
- по-третє, гарантувати державі та суспільству ефективний розподіл і використання коштів, які витрачаються на галузь;
- по-четверте, поліпшити стан здоров'я населення.

Очікування від звітів аудиту ефективності діяльності медичних закладів полягають у з'ясуванні таких моментів:

- чи витрачаються отримані кошти раціонально, економно, ефективно та результативно;
- якими є основні вади у діяльності підзвітних установ;
- причини цих вад;
- чи є точними, об'єктивними та сумлінними факти й цифри, наведені в аудиторському звіті;
- чи має суспільство доступ до звіту аудиторів, щоб опосередковано (непрямо) впливати на активність органів влади.

Для забезпечення ефективної взаємодії із зацікавленими особами аудиторська установа має періодично організовувати і проводити відповідні семінари («вихідні» конференції) для детального розуміння результатів аудитів та їх впливу.

З огляду на це, дуже важливою у питанні впливу аудиту ефективності діяльності є його якість.

Якість – це продукти/послуги, що відповідають очікуванням клієнтів/користувачів або перевищують їх.

Головним елементом забезпечення організації та проведення якісного аудиту є нагляд, необхідний для:

- гарантування виконання цілей аудиту;
- упевненості в тому, що члени аудиторської групи розуміють план аудиту;
- спрямування змісту й методів аудиту;
- координування дій аудиторів із підконтрольною організацією;
- недопущення помилок;
- гарантування, що аудит проводиться відповідно до аудиторських стандартів;
- для ефективного використання ресурсів проведення аудиту;
- контролю за графіком проведення аудиту;
- упевненості в тому, що робочі документи містять докази/факти на підтримання аудиторських висновків і рекомендацій;
- гарантування того, що аудиторський звіт містить належні висновки, оцінки та рекомендації.

Управління якістю аудиту ефективності діяльності складається із гарантії та контролю якості й містить такі елементи:

- керівництво та спрямування роботи;
- управління людськими ресурсами;
- виконання аудиту;
- взаємовідносини з клієнтами та зацікавленими особами;
- постійне вдосконалення.

Гарантія якості – це політика, система та процедури, визначені аудиторською установою для утримання високих стандартів якості аудиту на всіх стадіях його проведення. При цьому система гарантування якості пов'язана із необхідними методами, яких аудитор повинен дотримуватися для гарантування належної якості аудиту.

Завершальним елементом є контроль якості аудиту ефективності діяльності. Його завдання – виявлення та усунення недоліків у здійсненні аудиту ефективності діяльності, здебільшого шляхом перевірок та інспектувань. Контроль якості стосується результатів аудиту, але може проводитися як після, так і під час його виконання. Для забезпечення контролю якості на фазах планування, виконання та звітування аудиторська установа готує детальні керівництва та контрольні таблиці. Невід'ємним елементом контролю якості є «дружня перевірка», тобто аналіз якості аудиту колегою.

Ключовим елементом аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я є вплив, тобто користь, яку він приносить суспільству. Забезпечується такий вплив шляхом подачі якісних звітів та практичних рекомендацій для зміцнення і відтворення здоров'я населення, зниження витрат, раціонального використання коштів, підвищення результативності, досягнення цілей, підзвітності й відповідальності.

Аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я підвищує медичну, соціальну, економічну ефективність, надійність та якість допомоги в системі охорони здоров'я, цінову дисципліну, фінансові потоки, підставою для яких стають співвідношення «витрати – вигоди» та «витрати – якість».

Висновки до розділу

1. Узагальнення зарубіжної практики державного фінансового контролю та аудиту ефективності діяльності галузі охорони здоров'я з метою застосування теоретичних і прикладних надбань світового досвіду аудиту ефективності в національній практиці медичних закладів свідчить про необхідність посилення контролю за діяльністю цих закладів та переходу від суто фінансового контролю, що превалував в роботі майже всіх контролюючих органів України, до всебічного вивчення господарської діяльності підконтрольних об'єктів, тобто до певної системи контролю. Її функціонування сприятиме підвищенню ефективності роботи закладів охорони здоров'я, дбайливому використанню коштів та майна, а також запобігатиме порушенням. У зарубіжній практиці державного аудиту важливе місце відводиться розвиткові аудиту ефективності діяльності, який спрямований на оцінювання економічності, ефективності та результативності адміністративної діяльності в державному секторі економіки.

2. Для досягнення максимальної віддачі від використання фінансових ресурсів охорони здоров'я (з точки зору відтворення і збереження здоров'я населення) необхідне всебічне поширення контролю за ефективним витрачанням коштів. Це включає загальнодержавну стратегію оптимізації розподілу й витрачання фінансових ресурсів, отриманих з різних джерел, та впровадження інструментів фінансового управління, всебічного і всеохоплюючого контролю за діяльністю системи охорони здоров'я для підвищення ефективності соціальних витрат. Тому розширення об'єкта, суб'єктів та підконтрольних складових аудиту ефективності слугуватиме вдосконаленню діяльності медичних закладів, допоможе досягти очікуваних результатів шляхом оптимального використання ресурсів при надходженні коштів з бюджетних і позабюджетних джерел, за умов незалежного і ефективного здійснення процесу управління ресурсами, для досягнення визначених цілей.

3. Аудит ефективності діяльності закладів охорони здоров'я при багатоканальному фінансуванні в Україні дасть можливість досліджувати економічність, ефективність і результативність роботи медичних закладів щодо підвищення медичної ефективності, соціальної ефективності, економічної ефективності, якості, надійності та доступності послуг, досягнення цілей та запланованих завдань, подальшого переходу до аналізу співвідношення «витрати – якість».

4. Сутність аудиту ефективності діяльності медичних закладів при багатоканальному фінансуванні полягає в системному вивченні процесів на основі аналізу співвідношень між внесками, продуктами та результатами на шляху досягнення підконтрольною організацією програмних цілей, а також в аналізі впливу цієї діяльності (або бездіяльності) на вирішення суспільно важливих проблем збереження здоров'я населення.

ВИСНОВКИ

У даному дослідженні вирішено актуальне наукове завдання удосконалення діючого механізму функціонування фінансів охорони здоров'я, обґрунтовано нові підходи до фінансування медичних закладів і запропоновано практичні заходи оптимізації ресурсного забезпечення з метою формування ефективної моделі розподілу й використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Проведене дослідження й узагальнення його результатів підтверджують, що мети досягнуто, отримано наукові результати, які характеризуються науковою новизною та практичною значущістю.

Результати дослідження дають змогу зробити певні висновки і запропонувати рекомендації.

1. Досліджено сучасні теоретичні аспекти ефективної поведінки держави у сфері фінансів галузі охорони здоров'я. Обґрунтовано, що новий підхід до розподілу бюджетних ресурсів охорони здоров'я, який полягає у перерозподілі частки бюджетних фінансових ресурсів галузі повністю або частково (шляхом зниження витрат на постатейне фінансування медичних закладів та використання ресурсів, що вивільнились, на фактично надані послуги) дасть змогу підвищити доступність та контролюваність медичної допомоги, послабити фінансове навантаження на бюджет, оптимізувати використання бюджетних коштів. Такий підхід стає ефективним як для суспільства, так і для держави – завдяки контролю за цінами на медичну допомогу та її якістю, за діяльністю медичної галузі в умовах обмеженості ресурсів.

2. Розкрито зміст фінансової надійності діяльності закладів охорони здоров'я, запропоновано її складові, а також оцінювання за допомогою системи фінансових індикаторів, що поєднують фінансування зі споживчими результатами діяльності. Розширено об'єкти оцінки й контролю, способи фінансового відображення кількісних та якісних параметрів функціонування закладів охорони здоров'я, забезпечення необхідної інформації про ресурси та ефективність фінансування, від яких залежить результативність діяльності. При цьому бюджетні та позабюджетні кошти виконують роль інструменту, який забезпечує фінансування їх досягнення та відповідну інформацію, на підставі якої визначається ефективність витрачання коштів.

3. Розроблено вартісну методику розрахунків показників оцінювання надійності та якості у наданні медичної допомоги для посилення взаємозв'язку фінансування з надійністю та якістю медичних послуг. Для аналізу системи охорони здоров'я ефективним буде використання грошової оцінки, на якій базуватиметься впровадження інструментів фінан-

сового управління та контролю якості надання медичної допомоги. Це дозволить враховувати оцінку якості та надійності надання медичної допомоги у вартісному вираженні. Впровадження оцінки надійності медичної допомоги дасть змогу проаналізувати діяльність усіх закладів охорони здоров'я і як одержувачів ресурсів, і як надавачів медичної допомоги.

4. Доповнено моніторингові процедури діяльності медичних закладів шляхом включення в сертифікацію діяльності фінансових показників вартісної оцінки надійності та якості надання медичної допомоги – для визначення пріоритетності фінансування. Сертифікація діяльності медичних закладів (після проведення аналізу за запропонованими вартісними критеріями задля вибору пріоритетів фінансування відповідно до показників якості, надійності та ефективності роботи й відповідно до неї – забезпечення коштами) дозволить покращити кінцеві результати діяльності охорони здоров'я, пов'язати фінансування з результатами. Фінансувати заклади охорони здоров'я треба і у відповідності до сукупної оцінки, і за окремими показниками фінансової оцінки надійності надання медичної допомоги та діяльності всього закладу. Так, медичні установи з високою оцінкою повинні одержувати кошти у першу чергу і в достатньому обсязі, що дасть їм змогу розвиватися, удосконалювати технології профілактики і лікування, зміцнювати матеріально-технічну базу, стимулювати якісну працю персоналу.

5. Розширено класифікацію фінансових ресурсів охорони здоров'я за фінансовим принципом, враховуючи багатогранність фінансово-економічних відносин, багатоканальність фінансування та різноманіття його проявів. Вона включила широкий спектр класифікаційних ознак та їх елементів. Удосконалення такої класифікації сприятиме чіткому розмежуванню ресурсів за принципами, методами, джерелами та рівнями коштів, що до них спрямовуються, а в результаті – забезпеченню цільового, ефективного та раціонального використання фінансових ресурсів, а також комплексному та якісному контролю за їх витратами.

6. Запропоновано новий підхід до фінансування закладів охорони здоров'я, що полягає в перерозподілі фінансових ресурсів галузі на індивідуальні накопичувальні рахунки населення з метою використання на особисті цілі та потреби зі зміцнення здоров'я. Існуючі системи фінансування не дозволяють пов'язати фінансові потоки з якістю й кількістю наданих послуг, тому гальмують ефективне управління обмеженими ресурсами та досягнення намічених цілей економічного й соціального ефекту функціонування галузі. Застосування індивідуальних накопичувальних рахунків дасть змогу стимулювати у громадян здоровий спосіб життя, сприятиме підвищенню конкуренції серед медичних закладів та

працівників, дозволить зробити фінансування охорони здоров'я відкритим і прозорим, адресованим кожному членові суспільства, а головне – пов'яже фінансові потоки з якістю й кількістю надаваних послуг, з результатами діяльності медичних закладів.

7. Опрацьовано світовий досвід з метою узагальнення основних принципів побудови і здійснення фінансового контролю та аудиту ефективності, застосування їх в національній практиці закладів охорони здоров'я. Ці принципи полягають у використанні кількісних і якісних критеріїв оцінки, прозорості формування бюджетів, створенні такої системи контролю, яка унеможливує процедурні порушення та неефективне використання ресурсів, у необхідності посилення контролю за діяльністю медичних закладів та переході до всебічного вивчення господарської діяльності підконтрольних об'єктів – тобто до певної системи контролю, функціонування якої сприятиме підвищенню ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, використанню коштів та майна, а також запобігатиме порушенням.

8. Розширено об'єкт аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я (ним стає діяльність закладів охорони здоров'я, що спрямовується на досягнення очікуваних результатів шляхом оптимального використання ресурсів при надходженні коштів з бюджетних та позабюджетних джерел), суб'єкти виконання (ними стають не тільки державні контролюючі органи, а й науковці у сфері медицини, економіки, фінансів, державного управління, соціології тощо) і підконтрольні складові, що включають такі напрями, як соціальна ефективність, медична ефективність, економічна ефективність, оцінка надійності та якості, цінова дисципліна, фінансові потоки.

9. Адаптовано методику аудиту ефективності діяльності до специфіки діяльності закладів охорони здоров'я при надходженні коштів з бюджетних та позабюджетних джерел, з урахуванням поширення об'єкта, суб'єктів та підконтрольних складових. Матеріалом аудиту стають співвідношення «витрати – вигоди», «витрати – якість», «витрати – медична послуга – результат».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абель-Смит Б. Расходы на службы здравоохранения : Изучение стоимости и источников финансирования по материалам шести стран / Б. Абель-Смит. – Женева : Всемир. организация здравоохранения, 1964. – 102 с.
2. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я (аналітичний огляд) / під заг. ред. В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 56 с.
3. Аналіз ситуації в системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс] // Єдиний медичний освітній простір. – Режим доступу: <http://inmeds.com.ua/compulsory/525/>. – Назва з екрану.
4. Андрущенко В. А. Фінансова думка Заходу у ХХ столітті : (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів) / В. А. Андрущенко. – Львів : Каменяр, 2000. – 303 с.
5. Бабенко В. А. Медицинское страхование в системе финансирования охраны здоровья во Франции: анализ возможности адаптации в Украине / В. А. Бабенко // Медичне страхування. – 1994. – № 6. – С. 9–16.
6. Базилевич В. Д. Державні фінанси : навч. посіб. / В. Д. Базилевич, Л. О. Баластрик; за ред. В. Д. Базилевича – К. : Атіка, 2002. – 368 с.
7. Байбекова О. О. Чому нас може навчити досвід проведення фінансового контролю у сфері охорони здоров'я Франції? / О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2007. – № 2 (37). – С. 49–52.
8. Балабанов А. И. Финансы / Балабанов А. И., Балабанов И. Т. – СПб. : Питер, 2002. – 192 с.
9. Баранова Т. Ф. Фінансовий та економічний стан охорони здоров'я України в умовах реформування галузі / Т. Ф. Баранова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 3. – С. 80–81.
10. Бариніна-Закірова М. В. Зовнішній фінансовий контроль у Литві / М. В. Бариніна-Закірова // Фінансовий контроль. – 2005. – № 3 (26). – С. 61–66.
11. Белуха Н. Т. Стандарты государственного финансового контроля / Н. Т. Белуха // Бухгалтерский учет и аудит. – 2003. – № 11. – С. 45–48.
12. Безпека людського розвитку: економіко-теоретичний аналіз : монографія / Л. С. Шевченко, О. А. Гриценко, Т. М. Камінська [та ін.] ; за ред. д-ра екон. наук, проф. Л. С. Шевченко. – Х. : Право, 2010. – 448 с.
13. Бескид Й. М. Перспективи нормативного планування витрат на соціальну сферу / Й. М. Бескид // Фінанси України. – 2000. – № 4. – С. 42–48.
14. Бідний В. Г. Наукове забезпечення формування якості медичної допомоги населенню Києва / В. Г. Бідний // Оптимізація системи охорони здоров'я м. Києва : зб. наук.-практ. робіт. – К., 1997. – С. 6–7.

15. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні / В.Г. Бідний. – К. : Задруга, 2001. – 160 с.
16. Богатирьова Р.В. Здоров'я дітей та жінок в Україні / Р. Богатирьова [та ін.] ; відп. ред. В. Стешенко; Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Державний комітет статистики України, НАН України. – К. : [б. в.], 1997. – 152 с.
17. Бочкаров М. Функціонування галузі охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / М. Бочкаров // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 4. – С. 391–396.
18. Буздуган Я. Організаційно-правові засади функціонування фінансів галузі охорони здоров'я в Україні за останні роки / Я. Буздуган // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Сер.: Економіка. – 2004. – № 16. – С. 114–122.
19. Буковинський С.А. До питання здійснення бюджетної політики в Україні / С. А. Буковинський // Фінанси України. – 2007. – № 11. – С. 3–30.
20. Буковинський С.А. Середньострокова монетарна стратегія та проблеми її формування та реалізації в Україні / С.А. Буковинський, А.А. Гриценко, Т.О. Кричевська // Фінанси України. – 2008. – № 6. – С. 3–30.
21. Бюджетна система : навч.-метод. посіб. для самостійного вивчення дисциплін / В. М. Опарін, В. І. Малько, С. Я. Кондратюк, Г. Б. Коломієць. – 2-е вид., перероб. і доп. – К. : КНЕУ, 2002. – 336 с.
22. Бюджетний і податковий огляд : Січень–грудень 2001 р. Березень 2002 р. : аналітичні статті, коментарії, таблиці / Група фіск. аналізу при Ком. Верхов. Ради України з питань бюджету. — К., 2002. — 109 с.
23. Бюджетний кодекс України : прийнятий 21 червня 2001 р. // Офіційний вісник України. – 2001.– № 29. – Ст. 189.
24. Бюджетний менеджмент : підручник / В. Федосов, В. Опарін, А. Сафонова [та ін.] ; за заг. ред. В. Федосова. – К. : КНЕУ, 2004. – 864 с.
25. Варнавский В.Г. Государственно-частное партнерство в России: проблемы становления / В.Г. Варнавский // Отечественные записки. – 2004. – № 6. – С. 21–26.
26. Вартанян Ф. Финансирование и контроль расходов на здравоохранение в зарубежных странах / Ф. Вартанян, С. Рожецкая // Главврач. – 2002.– № 9.– С. 24–27.
27. Василик О. Д. Державні фінанси України : підручник / О. Д. Василик, К.В. Павлик. – К. : Центр навчальної літератури, 2003. – 608 с.
28. Василик О.Д. Теорія фінансів : підручник / О. Д. Василик. – К. : НІОС, 2000. – 416 с.

29. Величко А. В. Бюджетный механизм инвестирования социальной инфраструктуры / А. В. Величко ; НАН Украины, Институт экономики. – К. : [б. и.], 1998. – 258 с.
30. Величко О. Бюджетне фінансування соціальної інфраструктури: проблеми та перспективи / О. Величко // Економіка України. – 1999. – № 3. – С. 39–44.
31. Верхратський С.А. Історія медицини / С.А. Верхратський. – 3-е вид., перероб. і допов. – К. : Вища школа, 1983. – 384 с.
32. Вилисов М. Государственно-частное партнерство: Политико-правовой аспект / М. Вилисов // Власть. – 2006. – № 7. – С. 12-17.
33. Висновки щодо виконання Державного бюджету України за 2011 рік. Рахункова палата України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/602600?cat_id=34761
34. Волков А.М. Швеция: социально-экономическая модель / А. М. Волков. – М. : Мысль, 1991. – 106 с.
35. Вплив фінансово-кредитного механізму на розвиток суб'єктів господарювання : монографія / відп. ред. В.В. Глущенко. – Х. : ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2007. – 358 с.
36. Всемирная история экономической мысли: в 6 т. Т. 2. От Смита и Рикардо до Маркса и Энгельса / МГУ им. М.В. Ломоносова ; гл. ред.: В.Н. Черковец. – М. : Мысль, 1989. — 575 с.
37. Вялков А.И. Управление и экономика здравоохранения : учеб. пособ. / А.И. Вялков, Б.Г. Райзберг, Ю.В. Шиленко ; под ред. А.И. Вялкова. – М. : ГЭОТАР-МЕД., 2002. – 328 с.
38. Ганслі Геренс М. Соціальна політика та соціальне забезпечення: пер. з англ. / М. Ганслі-Геренс. – К. : Основи, 1996. – 237 с.
39. Годин А. М. Бюджет и бюджетная система Российской Федерации : учеб. пособ. / А.М. Годин, И.В. Подпорина. – М. : Дашков и К°, 2002. – 340 с.
40. Гойло В.С. Современные буржуазные теории воспроизводства рабочей силы : (критич. очерк) / В.С. Гойло. – М. : Наука, 1975. – 231 с.
41. Голик Л. Управління якістю медичної допомоги – складова державного управління охороною здоров'я / Л. Голик, Я. Радиш, Д. Гак // Вісник Української академії державного управління. – 2002. – № 1. – С. 152–160.
42. Головтеев В.В. Основы экономики советского здравоохранения / В.В. Головтеев, П.И. Калью, И.В. Пустовой. – М. : Медицина, 1974. – 199 с.
43. Голяченко А.О. До питання про гарантований обсяг медичної допомоги людині України / А.О. Голяченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 35–38.

44. Голяченко О. Охорона здоров'я / О. Голяченко // Універсум. – 2001. – № 7–10. – С. 48–54.
45. Голяченко О.М. Українська здоровоохорона: як вийти з кризи / О.М. Голяченко. – Тернопіль : Лілея, 1999. – 262 с.
46. Горбачёва А. Шагреневая кожа бесплатной медицины / А. Горбачева // Независимая газета. – 1999. – 11 нояб.
47. Гордей О.Д. Фінансування соціальних гарантій як чинник зростання суспільного добробуту / О.Д. Гордей // Фінанси України. – 2002. – № 5. – С. 44–45.
48. Государственно-частное партнерство: теория и практика / [Варнавский В.Г., Клименко А.В., Королев А.В и др.]. – М. : Изд-ский дом Государственного ун-та Высшей школы экономики, 2010. – 287 с.
49. Грачова Р. Доходи, витрати та фінансові результати / Р. Грачова – [К. : Преса України, 2002]. – 129, [1] с.: іл., табл. — Спец. дод. до тиж. «Дебет-Кредит». – (Бухгалтерський облік ; вип. 1).
50. Гриценко А. Рыночная инфраструктура: сущность, функции, строение / А. Гриценко, В. Соболев // Экономика Украины – 1998. – № 4. – С. 35–44.
51. Гриценко А. А. Представницька теорія грошей / А. А. Гриценко // Вісник Національного банку України. – 2005. – Вип. 7. – С. 9–13.
52. 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 України. – 2001. – № 2 – С. 61–63.
53. Губар О. Є. Медичне страхування в фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населенню : автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. екон. наук : спец. 08.04.01 «Гроші, фінанси і кредит» / О. Є. Губар. – К., 2004. – 20 с.
54. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу / О. Є. Губар // Фінанси України. – 2003. – № 7. – С. 130–133.
55. Демидова І. І. Управління якістю медичної допомоги за умов трансформаційного періоду / І. І. Демидова // Політика і стратегія Української держави в галузі охорони здоров'я : матеріали наук.-практ. конф. – Одеса, 1999. – С. 161–165.
56. Державне медичне страхування змусить лікарів піти в тінь // RIA плюс. – 2002. – № 47. – С. 2.
57. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрану.
58. Державний фінансовий контроль виконання бюджетних програм: монографія / Т. І. Єфименко, І. Б. Стефанюк, Н. І. Рубан [та ін.]. – К.: НДФІ, 2004. – 204 с.

59. Державні фінанси : Теорія і практика перехідного періоду в Центральній Європі : пер. з англ. / за ред. Ю. Немеца та Г. Райта. – К. : Основи, 1998. – 542 с.
60. Дмитриев М. Социальная сфера в условиях финансового кризиса: проблемы адаптации / М. Дмитриев // Вопросы экономики. – 1999. – № 2. – С. 53–54.
61. Добровольська Л. Соціальні видатки бюджету України / Л. Добровольська // Фінанси України. – 2002. – № 2. – С. 13–18.
62. Дольник В. Время уже взвесит все «за» и «против» / В. Дольник // Финансовые услуги. – 2003. – № 4. – С. 46–47.
63. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерств в Україні та за кордоном / [Винницький Б., Лендшел М., Оницьук Б., Серварі П.]. – К.: «К.І.С.», 2008. – 146 с.
64. Дрозд І. К. Запровадження аудиту ефективності бюджетних коштів під час здійснення державного контролю / І. К. Дрозд // Вісник Технологічного університету Поділля. Економічні науки. – 2003. – Ч. 2, т 1. – С. 28–33.
65. Дрозд І. К. Мета та концептуальні засади аудиту ефективності бюджетних коштів в Україні / І. К. Дрозд // Вісник Київського університету імені Тараса Шевченка. Сер. : Економіка. – 2005. – Вип. 78. – С. 55–57.
66. Дрозд І. К. Стандарти ІНТОСАІ для державного фінансового контролю / І. К. Дрозд // Наукові праці Науково-дослідного фінансового інституту. – 2005. – Вип. 4 (33). – С. 225–230.
67. Дрошнев В. В. Итоги развития системы обязательного медицинского страхования в России / Дрошнев В. В. // Страховое дело. – 2003. – № 5. – С. 15–24.
68. Економічна енциклопедія : в 3 т. Т. 3 / редкол. : С. В. Мочерний та ін. – К. : Академія, 2001. – 848 с.
69. Єпіфанов А. О. Бюджет і фінансова політика України / А. О. Єпіфанов, І. В. Сало, І. І. Д'яконова. – 2-ге вид. – К. : Наукова думка, 1999. – 301 с.
70. Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI. – [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
71. Збірник досліджень ефективності виконання державних програм / І. Б. Стефанюк, М. В. Бариніна-Закірова, А. В. Мамишев [та ін.]. – К. : ДКРС України, 2002. – 103 с.
72. Звіт Рахункової палати України за 2010 рік. Рахункова палата України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/category/32826>.

73. Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Чухно А. А., Крамаренко В. И., Дембский Л. К., Дударь А. П., Синельник А. В. – Режим доступа: <http://eyecenter.com.ua/direct/book/index.htm>. – Заглавие с экрана.
74. Ирина Акимова: «Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения» / [интервью брала Лидия Суржик] // Зеркало недели. – 2011. – 4 февр. (№ 4).
75. Інституційні основи інноваційного розвитку економіки: навчальний посібник / за заг. ред. В. Є. Новицького. – К. : КНТ, 2008. – 360 с.
76. Інституційні чинники розвитку фінансового сектору економіки в умовах ринкової трансформації : монографія / кол. авторів ; за заг. ред. д-ра екон. наук, проф. В. М. Соболева. – К. : УБС НБУ, 2010. – 350 с.
77. Каминская Т. Взаимодействие медицины и экономических институтов / Т. Каминская // Економіст. – 2006. – №6. – С. 39–41.
78. Карпишин Н. І. Державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я / Н. І. Карпишин // Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації : збірник тез доп. Другої міжнар. наук.-прак. конф. молодих вчених. – Тернопіль, 2005. – Ч. 2. – С. 74.
79. Карпишин Н. І. Дискусійні питання теорії кошторисного фінансування / Н. І. Карпишин // Реформування фінансово-кредитної системи і стимулювання економічного зростання : матеріали міжнар. наук.-прак. конф. : тези доп. (4–5 черв. 2004 р.) / відп. ред. Р. А. Слав'юк. – Луцьк, 2004. – С. 247–248.
80. Кириленко О. П. Державні фінанси в умовах формування демократичного суспільства / О. П. Кириленко // Світ фінансів. – 2004. – Вип. 1. – С. 22–33.
81. Кириленко О. П. Фінанси : (Теорія і вітчизняна практика): навч. посіб. / О. П. Кириленко. – Тернопіль : Астон, 2002. – 212 с.
82. Кириленко С. А. Внутрішній аудит і система внутрішнього контролю / С. А. Кириленко // Економіка, фінанси, право. – 2003. – Спецвыпуск. – С. 12–13.
83. Кірейцев Г. Г. Гроші. Фінанси. Кредит [Електронний ресурс] : навч.-метод. посіб. / Кірейцев Г. Г., Александрова М. М., Маслова С. О. – Режим доступа: <http://pulib.if.ua/book/73> – Назва з екрана.
84. Кондратюк С. Я. Позабюджетні надходження медичних закладів держави / С. Я. Кондратюк // Фінанси України. – 2001. – № 8. – С. 71–83.
85. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верхов. Ради України 28 черв. 1996 р.: із змінами станом на 10 лип. 2007 р. / М-во юстиції України. – Офіц. вид. – К. : Ін Юре, 2007. – 134 с.

86. Концепція реформування системи соціальних послуг (Ідеологія організаційного механізму реформування системи соціальних послуг) [Електронний ресурс] // Міністерство соціальної політики України: офіц. сайт. – Режим доступу: http://www.mlsp.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=135734&cat_id=36392 – Назва з екрану.

87. Концепція розвитку державного внутрішнього фінансового контролю : схвалена розпорядженням Кабміну України від 24 травня 2005 р. № 158-р // Офіційний вісник України. – 2005. – № 22. – Ст. 1224.

88. Корчагин В. П. Приоритеты реформы здравоохранения / В. П. Корчагин, Н. Б. Найговзина // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 2–3. – С. 15–17.

89. Крентовська О. Розвиток системи державних соціальних гарантій в умовах формування ринкового мотиваційного механізму / О. Крентовська // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 2. – С. 405–412.

90. Критський М. М. Человеческий капитал / М. М. Критський / Ленингр. инж-экон. ин-т. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1991. – 117 с.

91. Крыштопа Б. П. Здоровье населения и здравоохранение в развивающихся странах / Б. П. Крыштопа. – К. : Выща шк., 1990. – 199 с.

92. Кудрявцев А. А. Актуальные модели обоснования системы обязательного медицинского страхования / Кудрявцев А. А., Поляков И. В. – СПб. : СПбГУ, 1997. – 188 с.

93. Кузик Н. П. Державний фінансовий аудит: європейський досвід і українська практика / Кузик Н. П., Моніц Д. Д., Шевчук В. О. // Теорії мікро-макроекономіки : зб. наук. пр. – К., 2006. – Вип. 25. – С. 48–53.

94. Кузнецов П. ДМС и охрана здоровья населения / П. Кузнецов, Э. Качаловская // Страховое ревю. – 2002. – № 100. – С. 39–42.

95. Кузьмін О. Податкове планування. Індикатори в системі управління підприємством [Електронний ресурс] / О. Кузьмін, О. Мельник. – Режим доступу: http://www.nalogovnet.com/stat_st.php?x=234. – Назва з екрану.

96. Кульчицький М. І. Формування та виконання бюджету за програмно-цільовим методом/ Кульчицький М. І., Перун З. В. // Фінанси України. – 2005. – № 2. – С. 78–83.

97. Курс экономической теории : учебник / под ред. М. Н. Чепурина, Е. А. Киселевой. – 4-е доп. и перераб. изд. – Киров : АСА, 2000. – 752 с.

98. Лапін В. М. Безпека життєдіяльності людини : навч. посіб. / Лапін В. М. – 2-ге вид. – Львів : Львів. банк. коледж ; К. : Знання, 1999. – 186 с.

99. Лейбфриц В. Пенсии, здравоохранение и государственные бюджеты в связи с тенденцией старения населения / В. Лейбфриц, Д. Розвир // Металлург. – 1997. – № 9. – С. 10–12.

100. Лисицин Ю. П. Панорама охраны здоровья : Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении / Ю. П. Лисицин, А. С. Акопян. – М. : Центр репродукции человека, 1998. – 287 с.
101. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.
102. Лисяк А. В. Бюджетна політика у системі державного регулювання соціально-економічного розвитку України: монографія / А. В. Лисяк ; Акад. фін. управління. — К. : ДННУ АФУ, 2009. — 594 с
103. Лисяк А. В. Трансакційні витрати функціонування інституту бюджетної політики / А. В. Лисяк // Фінанси України. – 2010. – № 2. – С. 27–35.
104. Лободіна З. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей: реалії формування та перспективи зростання / З. Лободіна // Світ фінансів. – 2007 – Вип. 2 (11). – С. 73–84.
105. Лукашова С. В. Еволюція сфери платних послуг населенню у роки ринкових перетворень / С. В. Лукашова, Н. С. Ситник // Торгівля, комерція, підприємництво : Ринкова інфраструктура: суть, функції та побудова : зб. наук. пр. – Львів, 2001. – С. 327–332.
106. Львовчкін С. В. Завдання і напрямки реформування фінансів соціальної сфери / Львовчкін С. В. // Фінанси України. – 1999. – № 12. – С. 25–32.
107. Майборода С. Охорона здоров'я України: стан та шляхи реформування / С. Майборода, С. Осташко // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 2. – С. 213–217.
108. Максимова А. А. Модели социальной политики зарубежных стран и выбор России / Максимова А. А. // Налоги. Инвестиции. Капитал. – 2002. – № 1–2. – С. 9–24.
109. Малік Є. О. Моделі організації систем фінансування охорони здоров'я, прийнятність їх для України [Електронний ресурс] / Малік Є. О. // Ринок цінних паперів України. – 2006. – № 5–6. – Режим доступу: http://www.securities.org.ua/securities_journal/review.php?num=29&pub=277. – Назва з екрану.
110. Мамишев А. В. Аудит ефективності діяльності: концепція, цикл, планування / Мамишев А. В. // Фінансовий контроль. – 2006. – № 2 (31). – С. 54–60.
111. Мамишев А. В. Аудит ефективності діяльності: етап виконання / Мамишев А. В. // Фінансовий контроль. – 2006. – № 3 (32). – С. 43–45.
112. Мамишев А. В. Аудит ефективності діяльності: звітування про результати / Мамишев А. В. // Фінансовий контроль. – 2006. – № 5 (34). – С. 60–63.

113. Мамишев А. В. Характерні аспекти організації державного фінансового контролю за рубежом / Мамишев А. В. // Фінанси України. – 2003. – № 11. – С. 128–129.

114. Мачуга Н. Проблеми становлення медичного страхування в Україні / Н. Мачуга // Банківська справа. – 2000. – № 5. – С. 23–25.

115. Межстрановые оценки социального страхования / [Алымов А. Н., Аронов Д. В., Евсеев В. И. и др.] ; НАН Украины, Ин-т экономики. — К. : [б. и.], 1994. — 57, [1] с.: прил.

116. Методичні рекомендації щодо проведення аудиту ефективності виконання бюджетної програми : затверджені наказом Головкин від 15 грудня 2005 р № 444 [Електронний ресурс] // Закони України : інформаційно-правовий портал. – Режим доступу : http://uazakon.com/documents/date_68/pg_gvcwsy.htm. – Назва з екрану.

117. Механизмы защиты социальной сферы (на примере развитых стран Запада и Японии) / [Пирогов Г. Г., Машежерская Л. Я., Лисовский Ю. П. и др.]. – М. : Наука, 1992. – 125 с.

118. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січ. 2002 р. № 14. // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С. 30–85.

119. Міністерство охорони здоров’я [Електронний ресурс] : офіц. сайт. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/>. – Назва з екрану.

120. Міністерство фінансів України [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу : <http://www.minfin.gov.ua/>. – Назва з екрану.

121. Мішенін Є. Концептуальні засади розвитку механізмів державно-приватного партнерства в лісоресурсній сфері / Є. Мішенін, Г. Мішеніна // Економіст. – 2010. – № 12. – С. 23–26.

122. Можаяев В. Совместима ли шведская модель с глобализацией и «евроинтеграцией» / В. Можаяев // Человек и труд. – 2001. – № 4. – С. 25–34.

123. Москаленко В. Діяльність галузі охорони здоров’я у 2000 році, завдання щодо подальшого її розвитку та поліпшення рівня здоров’я населення України : доповідь міністра охорони здоров’я Віталія Москаленка на підсумковій колегії МОЗ / В. Москаленко // Ваше здоров’я. – 2001. – 23 лют.

124. Москаленко В. Пріоритети реформування охорони здоров’я : доповідь Міністра охорони здоров’я Віталія Москаленка на розширеній підсумковій колегії МОЗ / Віталій Москаленко // Ваше здоров’я. – 2000. – 5 квіт.

125. Москаленко В. Ф. Стан формування нормативно-правової бази з питань охорони здоров’я України та відповідність наказів МОЗ чинному законодавству / В. Ф. Москаленко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. – 2000. – № 1. – С. 26–27.

126. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
127. Новіков Н. Організаційно-економічний механізм медичного страхування у ФРН / Н. Новіков, Б. Надточій // Економіка України. – 1993. – № 10. – С. 80–84.
128. Нонко В. Громіздкий чиновницький апарат не вирішить проблем медицини / В. Нонко // Україна бізнес. – 2001. – 20–27 берез. – С. 3.
129. Нонко В. Пациент требует хирургического вмешательства / В. Нонко, Т. Стецюк // Финансовые услуги. – 2003. – № 4. – С. 45–49.
130. Нуреев Р. М. Курс микроэкономики : учеб. для вузов / Р. М. Нуреев. – 2-е изд., изм. – М. : НОРМА, 2002. – 572 с.
131. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. – М. : МЕД пресс-информ, 2002. – 528 с.
132. Обязательное медицинское страхование: что нужно знать медицинскому работнику / Герасименко Н. Ф., Григорьев И. Ю., Александрова О. Ю., Андреева О. В. – М. : МЦФЭР, 2003. – 272 с.
133. Опарін В. М. Фінанси (загальна теорія) : навч. посіб. / В. М. Опарін. – К. : КНЕУ, 1999. – 164 с.
134. Оподаткування неприбуткових організацій // Вісник податкової служби України – 2002. – № 22 : Спец. випуск. – С. 15–23.
135. Основи законодавства України про охорону здоров'я : прийняті 19 листопада 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.
136. Основи законодавства України про охорону здоров'я : прийняті 19 листоп. 1992 р. № 2892 – XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 34. – Ст. 19.
137. Павлюк К.В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – № 2. – С. 43–55.
138. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Під-аєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2003. – 396 с.
139. Пасічник Ю. В. Бюджетна система України та зарубіжних країн / Ю. В. Пасічник. – К. : Знання-Прес, 2003. – 523 с.
140. Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування / Т. Педченко // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 2. – С. 393–397.

141. Педченко Т. Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я та його законодавче забезпечення / Т. Педченко // Вісник Української академії державного управління. – 2003. – № 1. – С. 215–220.
142. Петрик О. Оцінка системи внутрішнього контролю підприємства в процесі незалежної аудиторської перевірки / О. Петрик // Вісник податкової служби України. – 2003. – № 19. – С. 59–63.
143. Пиріг А. Охорона здоров'я в державній політиці України на сучасному етапі // Українські медичні вісті. – 1997 – № 1. – С. 3–5.
144. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003-2004 роки / Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики. – К.: [б. в.], 2005. – 315 с.
145. Поліщук М. Бідність не виправдовує марнотратство / М. Поліщук // Ваше здоров'я. – 2002. – № 44. – С. 3.
146. Полозенко Д. В. Добробут і його фінансове забезпечення / Д. В. Полозенко, Д. О. Іваницький // Фінанси України. – 2004. – № 10. – С. 28–35.
147. Пономаренко В. М. Основні напрями реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я в міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» / В. М. Пономаренко // Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я: матеріали наук.-практ. конф. за Міжнар. участі (25–26 квіт. 2002 р.). – Одеса, 2002. – С. 10–17.
148. Пономаренко В. М. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи: (Дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України) / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 5–10.
149. Портна О. В. Аудит ефективності як засіб впливу на раціоналізацію діяльності медичних закладів / О. В. Портна // Збірник праць Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасний стан та перспективи розвитку державного контролю і аудиту в Україні» / за заг. ред. проф. В. Д. Базилевича. – К., 2009. – С. 285–286.
150. Портна О. В. Впровадження аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в Україні / О. В. Портна // Концептуальні засади та вектори розвитку фінансової діяльності суб'єктів господарювання в сучасній економіці України: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. / відп. ред. В. В. Глущенко. – Х., 2009. – С. 76–78.
151. Портна О. В. Впровадження ефективних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я / О. В. Портна // Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут». Темат. вип.: Технічний прогрес і ефективність виробництва. – Х., 2009. – № 35. – С. 24–35.

152. Портна О. В. Впровадження фінансових індикаторів для визначення стану фінансового забезпечення та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я / О. В. Портна // Інноваційні моделі та механізми управління українською економікою в умовах глобалізації : тези доп. на XV ювіл. міжвуз. наук.-практ. конф. ПВНЗ Харківського інституту економіки ринкових відносин та менеджменту. – Х., 2010. – С. 173–176.

153. Портна О.В. Індивідуалізація фінансування як чинник підвищення соціально-економічної ефективності функціонування галузі охорони здоров'я / О.В. Портна // Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Збірник наукових праць. Серія: Актуальні проблеми управління та фінансово-господарської діяльності підприємства. – Харків: НТУ «ХПІ». – 2012. – № 56 (962). – С. 146–152.

154. Портна О. В. Інституційні підходи до формування фінансового забезпечення охорони здоров'я / О. В. Портна // Матеріали за 6-а міжнародна научна практична конференція «Образование и наука 21 век». – София, 2010. – Т. 2 : Економіки. – С. 47–50.

155. Портна О. В. Необхідність та особливості планування фінансового забезпечення системи охорони здоров'я / О. В. Портна // Проблеми та перспективи становлення фінансової системи України : матеріали XII Всеукр. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих вчених, м. Севастополь, 14–17 жовт. 2009 р. – Севастополь, 2009. – С. 225–227.

156. Портна О. В. Оцінка якості надання медичної допомоги як підґрунтя фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я / О. В. Портна // Науковий вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту КНЕУ. – Чернівці, 2009. – Вип. 4 : Економічні науки. – С. 300–311.

157. Портна О.В. Перспективи розвитку державно-приватного партнерства та ресурсного забезпечення охорони здоров'я в Україні / О. В. Портна // Вісник Дніпропетровської державної фінансової академії. Економічні науки. – 2012. – № 2 (28). – С. 31–35.

158. Портна О. В. Підвищення соціальної спрямованості діяльності медичної галузі / О. В. Портна // Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми соціально-економічного розвитку підприємств» 24-25 жовтня 2012 р. – Х.: НТУ «ХПІ», 2012р. – С. 128.

159. Портна О. В. Поширення функцій фінансів та їх вплив на всі параметри діяльності охорони здоров'я / О. В. Портна // Фінанси України : матеріали XIV Міжнар наук.-практ. конф., 19–20 трав. 2010 р. : в 7 т. – Дніпропетровськ, 2010. – Т. 7. – С. 35–41.

160. Портна О.В. Практичні проблеми фінансування охорони здоров'я в Україні / О.В. Портна // Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Збірник наукових праць. Серія: Актуальні проблеми управління

ня та фінансово-господарської діяльності підприємства. – Харків: НТУ «ХПІ». – 2012. – № 45 (951). – С. 140-149.

161. Портна О. В. Проблемні аспекти впровадження загальнообов'язкового державного соціального страхування в Україні / О. В. Портна // Актуальні проблеми розвитку страхової діяльності в Україні : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів. – Х., 2007. – С. 136–139.

162. Портна О.В. Програмно-цільове фінансування охорони здоров'я в Україні / О.В. Портна // Бізнес Інформ. – 2012. – № 9 (416). – С. 261-264.

163. Портна О.В. Раціоналізація фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / О.В. Портна // Дослідження впливу фінансово-кредитної інфраструктури на соціально-економічний розвиток суб'єктів господарювання : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. / відп. ред. В. В. Глущенко. – Х, 2011. – С. 120–123.

164. Портна О.В. Розвиток фінансів соціальної сфери в умовах інституційного середовища / О.В. Портна // Фінансова політика соціально-економічного розвитку регіонів України : тези XV Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених (19 квітня 2012 року). – Дніпропетровськ, ДДФА, 2012. – 202 с. С.17–19.

165. Портна О. В. Світовий досвід проведення фінансового контролю та аудиту ефективності у сфері охорони здоров'я / О. В. Портна // Економіка: проблеми теорії та практики : зб. наук. пр. – Дніпропетровськ, 2009. – Вип. 252, т. 6. – С. 1531–1541.

166. Портна О.В. Сучасні теоретичні аспекти фінансового забезпечення системи охорони здоров'я / О.В. Портна // Вісник Дніпропетровської державної фінансової академії. Економічні науки. – 2012. – № 1 (27). – С. 68-72

167. Портна О. В. Удосконалення методів фінансування системи охорони здоров'я України / О. В. Портна // Розвиток фінансових відносин в умовах трансформаційних процесів : матеріали 2-го міжнар. симпозіуму, 10 груд. 2009 р. / М-во фінансів України ; Харк. ін-т фінансів Укр. держ. ун-ту фінансів та міжнар. торгівлі. – Х., 2009. – С. 155–156.

168. Портна О. В. Фінансове забезпечення та впровадження аудиту ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в Україні / О. В. Портна // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2009. – № 869 : Економічна серія. – С. 210–220.

169. Портна О. В. Формування фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я / О. В. Портна // Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут». Темат. вип. : Технічний прогрес і ефективність виробництва. – Х., 2009. – № 36. – С. 33–40.

170. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України : прийнятий 5 жовтня 2000 р. № 2017-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 48. – Ст. 409.

171. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України : Указ Президента України від 8 серпня 2000 р. № 963 / 2000 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 32. – С. 22–23.

172. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування [Електронний ресурс] : Проект Закону України № 6152 від 10 вересня 2003 р. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.

173. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 березня 2008 р. № 166 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080331_166.html. – Назва з екрану.

174. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки» : Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С. 30–85.

175. Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямків використання [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 травня 2002 р. № 659. – Режим доступу : <<http://www.ktmu.gov.ua>. – Назва з екрану.

176. Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету : Постанова Кабінету Міністрів України від 15 березня 2002 р. № 342 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 12. – С. 122–129.

177. Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2002 р. № 228 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С. 102–112.

178. Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313 / 2000 // Офіційний вісник України. – № 49. – С. 5–13.

179. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні» [Електронний ресурс] : Постанова Верховної Ради України від 21 жовт. 2009 р. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main>. – Назва з екрану.

180. Про страхування : Закон України : прийнятий 7 березня 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 18. – Ст. 78.

181. Про схвалення Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі/ Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.09.2002 № 538-р [Електронний ресурс] : офіційний сайт. – Режим доступу: <http://www.loga.gov.ua/oda/about/depart/finance/acts/pcm/>.

182. Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування [Електронний ресурс] : Проект Закону України № 3370 від 11 квітня 2003 р. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.

183. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. – М. : Всемир. организация здравоохранения, 2001. – 215 с.

184. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Я. Ф. Радиш ; Українська академія державного управління при Президентові України. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.

185. Радь І. О. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах створення основ ринкової економіки : дис. ... канд. екон. наук : спец. 08.04.01 «Гроші, фінанси і кредит» / І. О. Радь ; Терноп. акад. нар. г-ва. – К., 1996. – 160 с.

186. Разработка новых правил игры в старых условиях : [Органы мест. самоуправления в Вост. Европе, на Кавказе и в Сред. Азии : прогр. реформирования мест. самоуправления и коммун. хоз-ва : сб. / Ин-т Открытого о-ва] ; под ред. Игоря Мунтяну и Виктора Попа. – Budapest : [б. и.], 2001. – 822 с. – (LGI Books ; т. 3).

187. Райс Д. А. Преобразование системы здравоохранения США в контексте мирового процесса реформ / Д. А. Райс // Здравоохранение Российской Федерации. – 1996. – № 4. – С. 47–52.

188. Реформування законодавства України про охорону здоров'я: погляд через ринкові відносини та інтеграційні процеси / Ігнатів В. А., Кідонь В. П., Марков О. Ю., Потапков О. В., Пушкарьов В. В. // Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я в Україні: нові законодавчі ініціативи : матеріали Всеукр. конф. : обговорення законопроекту «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування» Київ, 27 лют. 2004 р. – К., 2004. – С. 70–75.

189. Реформа медичного обслуговування [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я : офіційний сайт. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_program/. – Назва з екрану.

190. Рибчук В. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей – вирішення нагальних проблем [Електронний ресурс] : виступ на національній конференції «Функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України» / В. Рибчук // Аптека.

ua. – 2008. – 19 мая. (№ 641 (20)). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/6593>. – Назва з екрану.

191. Романенко О. Р. Фінанси : підручник / О. Р. Романенко. – К. : Центр навч. літ., 2003. – 312 с.

192. Рубан Н. І. Аудит ефективності виконання бюджетних програм в системі державного фінансового контролю України: дис. ... канд. екон. наук : спец. 08.04.01 «Гроші, фінанси і кредит» / Н. І. Рубан. – К., 2006. – 258 с.

193. Рудень В. В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування / В. В. Рудень // Фінанси України. – 2000. – № 1. – С. 76–87.

194. Рудень В. В. Страхова медицина і медичне страхування : навч. посіб. / В. В. Рудень. – Львів : Вид-во Обласної книжкової друкарні, 1999. – 304 с.

195. Рудий В. Сучасні стратегії поліпшення фінансування системи охорони здоров'я та можливі шляхи їх застосування в законодавстві України / В. Рудий // Ваше здоров'я. – 2002. – № 37. – С. 3–4.

196. Рудюк В. В. Проблемы введения медицинского страхования в Украине / В. В. Рудюк // Фондовый рынок. – 1999. – № 41. – С. 27–29.

197. Рябишенко О. Г. Охорона здоров'я західних областей України / О. Г. Рябишенко. – К. : Держмедвидав УРСР, 1963. – 88 с.

198. Савицька Г. В. Аналіз господарської діяльності підприємства : навч. посіб. / Г. В. Савицька. – Мінськ : Екоперспектива, 2000. – 265 с.

199. Салтман Р. Б. Реформы здравоохранения в Европе : Анализ современных стратегий : пер. с англ. / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 423 с.

200. Самуэльсон П. А. Экономика : пер. с англ. / П. А. Самуэльсон, В. Д. Нордхауз. – 15-е изд. – М. : Бином-КноРус, 1997. – 799 с.

201. Симоненко В. К. Основи єдиної системи державного фінансового контролю в Україні : (Макроекон. аспект) / В. К. Симоненко, О. І. Барановський, П. С. Петренко. – К. : Знання України, 2006. – 279 с. : табл., портр.

202. Сироштан А. Отечественная система здравоохранения: путь в Европу / А. Сироштан / Аптека : еженедельник. – 2005. – 30 мая (№ 21). – С. 90.

203. Сіренко В. І. Соціалогічні дослідження розвитку приватних медичних послуг і становлення до них різних верств населення / В. І. Сіренко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 1. – С. 72–79.

204. Сіроштан О. Досвід медичного страхування в залізничній галузі / О. Сіроштан // Аптека : еженедельник. – 2004. – 12 июля (№ 27). – С. 81.

205. Слабінський В. Як реформувати медицину / В. Слабінський // Урядовий кур'єр. – 2000. – 1 лют. (№ 18). – С. 9.

206. Слюсаренко О. О. Медичне страхування: стан та тенденції розвитку [Електронний ресурс] / О. О. Слюсаренко // Фориншурер : Інтернет-журнал по страхованню. – 2003. – 22 апр. – Режим доступу : <<http://www.uainsur.com.ua>>. <http://forinsurer.com/public/03/04/22/419> – Назва з екрану.

207. Сміт А. Добробут націй : дослідження про природу та причини добробуту націй : пер. з англ. / А. Сміт. – К. : Post-Royal, 2001. – 563 с.

208. Соболевский Г. Н. Основы финансирования учреждений здравоохранения / Г. Н. Соболевский, В. В. Ермаков, В. В. Головтеев. – М. : Медицина, 1974. – 144 с.

209. Современная модель хозяйственного механизма в советском здравоохранении : (проект альтернативной программы Ленингр. мед. ассоциации). – Л. : [б. и.], 1990. – 63 с.

210. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

211. Степаненко А. Якість надання медичної допомоги, як один із напрямків соціальної політики в Україні за принципами Всесвітньої організації охорони здоров'я / А. Степаненко // Суспільні реформи та становлення громадського суспільства в Україні : матеріали наук.-практ. конф. / Українська академія державного управління. – К., 2001. – Т. 2. – С. 276–280.

212. Стефанюк І. Б. Нідерландська система фінансового контролю та її зв'язок з бюджетним процесом / І. Б. Стефанюк, О. О. Байбекова // Фінансовий контроль. – 2006. – № 2 (31). – С. 46–49.

213. Стефанюк І. Б. Чи потрібен Україні закон про фінансовий контроль? / І. Б. Стефанюк // Фінансовий контроль. – 2006. – № 2. – С. 5–8.

214. Стігліц Д. Е. Економіка державного сектора : пер. з англ. / Джозеф Е. Стігліц. – К. : Основи, 1998. – 854 с.

215. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, Н. М. Лакіза-Сачук, В. М. Войцехівський [та ін.]. – К. : Сфера, 2001. – 174 с.

216. Стребков А. И. Социальная политика государства: понятийный фрагмент [Электронный ресурс] / А. И. Стребков // Веб-кафедра философской антропологии. – Режим доступа : http://www.anthropology.ru/ru/texts/strebkov/sergeev_26.html. – Заглавие с экрана.

217. Струмилин С. Г. О народнохозяйственной эффективности здравоохранения / С. Г. Струмилин // Экономические науки. – 1966. – № 5. – С. 28–30.

218. Сучасна економічна теорія і державні фінанси : зб. наук. пр. / О. І. Кілієвич, І. В. Розпутенко, О. П. Романюк, В. В. Юрчишин ; Українська

академія державного управління при Президентіві України. – К. : УАДУ, 1999. – 423 с.

219. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я / Панов Б. В., Свірський О. О., Дзигал О. Ф. Ковалевська Л. А., Конкін С. І., Кирилюк М. Л., Балабан С. В., Беляков О. В. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 85–89.

220. Тернов С. Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С. Ф. Тернов, М. В. Малаховская // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 34–38.

221. Тернова С. Чи є майбутнє у лікарняних кас? / С. Тернова // Ваше здоров'я. – 2003. – № 16. – С. 4.

222. Типы социальной политики: концепции, практика / Ф. Э. Бурджалов, И. В. Гришин, З. Я. Сванидзе, И. Б. Соболева // Общество и экономика. – 1997. – № 5. – С. 35–42.

223. Томин О. Джерела формування спеціального фонду бюджету / О. Томин // Вісник податкової служби України. – 2003. – № 3. – С. 16–21.

224. Тулай О. І. Фінансове забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в умовах трансформаційної економічної системи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. екон. наук : спец. 08.04.01 «Гроші, фінанси і кредит» / О. І. Тулай. – Тернопіль, 2005. – 22 с.

225. У дзеркалі статистики : Економіка України у 2000 році // Урядовий кур'єр. – 2001. – 23 січ. (№ 12). – С. 6.

226. Україна в 2007 році: внутрішнє і зовнішнє становище та перспективи розвитку : Експертна доповідь. – К. : НІСД, 2007. – 255 с.

227. Україна. Соціальна сфера у перехідний період: аналіз світового банку. – К. : Основи, 1994. – 248 с.

228. Уманців Ю. Страхування як чинник соціального захисту населення / Ю. Уманців // Економіст. – 1999. – № 10. – С. 50–55.

229. Федосов В.М. Сутність і проблематика бюджетотворення: Українські реалії / Федосов В.М., Бабич Т.С. // Фінанси України. – 2008. – № 1. – С. 3–23.

230. Фильев В. И. Социальное страхование в России и зарубежных стран : практ. пособие / В. И. Фильев. – М. : Бизнес-школа-Интел-Синтез, 1997. – 176 с.

231. Финансово-кредитный словарь : в 3 т. Т. 3. Р–Я / гл. ред. Н. В. Гаретовский. – М. : Финансы и статистика, 1988. – 511 с.

232. Финансы : учебник для вузов / под ред. О. В. Романовского, О. В. Врублевской, Б. М. Сабанти. – М. : Перспектива : Юрайт, 2000. – 520 с.

233. Финансы : учебник для вузов / под ред. проф. Л. А. Дробозиной. – М. : Финансы : ЮНИТИ, 2000. – 527 с.
234. Финансы, деньги, кредит : учебник / под ред. О. В. Соколовой. – М. : Юристъ, 2000. – 784 с.
235. Фишер С. Экономика : пер. с англ. / С. Фишер, Р. Дорнбуш, Р. Шмалензи. – 2-е изд. – М. : Дело, 1993. – 864 с.
236. Фінанси : навч.-метод. посіб. / за ред. С. І. Юрія. – Тернопіль: ТАНГ, 2002. – 207 с.
237. Фінансові звіти Міністерства фінансів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.budget.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
238. Хоменко Т. Управління якістю медичної допомоги – стратегія оптимізації системи державного управління охороною здоров'я / Т. Хоменко, Я. Радиш // Державне управління в умовах інтеграції України в Європейський Союз : матеріали наук.-практ. конф. / за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К., 2002. – Т. 2. – С. 214–215.
239. Чернец В. А. Организация управления здравоохранением в регионах России / В. А. Чернец, С. В. Шишкин // Здравоохранение. – 2005. №12. – С. 39–53.
240. Черняховский В. Не думай о страховке свысока. Электронный ресурс / В. Черняховский // Ліга страхових організацій України. – 2003. – 25 січня. – Режим доступа : <http://www.uainsur.com>. – Заглавие с экрана
241. Чугунов І. Я. Бюджетна стратегія в трансформаційній економіці / І.Я. Чугунов // Наукові праці НДФІ. – 2004. – № 6 (29). – С. 225–232.
242. Чугунов І. Я. Державний внутрішній фінансовий контроль: стратегія розвитку / І. Я. Чугунов, В. М. Федосов // Фінанси України. – 2009. – № 4. – С. 3–12.
243. Чугунов І.Я. Розвиток програмно-цільового методу планування бюджету/ Чугунов І.Я., Запаріна І.В.// Фінанси України. –2008. – № 5. – С. 3–14.
244. Шевченко Л. С. Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации / Л. С. Шевченко // Психиатрия. – 2004. – № 2. – С. 31–35.
245. Шевчук В. О. Про організацію державного фінансового контролю в зарубіжних країнах : аналітична записка / В. О. Шевчук. – К. : НДФІ при Міністерстві фінансів України, 1999. – 21 с.
246. Шевчук В. О. Фінанси зарубіжних країн / В. О. Шевчук // Фінанси України. – 2002. – № 2. – С. 3–12.
247. Шейман И. М. Бюджетно-страховая система здравоохранения / И. М. Шейман. – Кемерово : ИНСЭПЭ, 1992. – 123 с.

248. Шишкин С. В. Формы участия населения в оплате социальных услуг в странах с переходной экономикой. Электронный ресурс / Шишкин С. В., Заборовская А. С. // Институт экономической политики им. Е. Т. Гайдара. – 2004. – 25 нояб. – Режим доступа : <http://www.iep.ru/ru/formy-uchastiya-naseleniya-v-oplate-socialny-uslug-v-strana-s-pere-odnoi-ekonomikoi-nauchnye-trudy-78-2.html> – Заглавие с экрана.

249. Шутов М. М. Экономические основы рыночного здравоохранения / М. М. Шутов ; НАН Украины, Институт экономико-правовых исследований. – Донецк : ВИК, 2002. – 294 с.

250. Щепин О. П. Социально-экономические аспекты здравоохранения и обязательное медицинское страхование / О. П. Щепин, Л. П. Таранов // Вестник обязательного медицинского страхования . – 2000. – № 2. – С. 3–7.

251. Щербинко О. В. Организация и финансирование здравоохранения в США / О. В. Щербинко // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 2. – С. 19–25.

252. Экономика здравоохранения : учеб. пособ. / под ред. А. В. Решетникова. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 272 с.

253. Экономика социальной сферы : учеб. пособие / Игнатов В. Г., Батурин Л. А., Бутов В. И., Уварова Г. Г., Хадарев С. В., Эланский Ю. Г. – Ростов н/Д : Изд. центр «МарТ», 2001. – 416 с.

254. Экономическая история зарубежных стран : курс лекций / Полетаева Н. И., Голубович В. И., Пашкевич Л. Ф. [и др.] ; под ред. В. И. Голубовича. – Минск : Экоперспектива, 1997. – 432 с.

255. Юрій С. І. Антологія бюджетного механізму : монографія / Юрій С. І., Дем'янишин В. Г., Буздуган Я. М. – Тернопіль : Економічна думка, 2001. – 250 с.

256. Юрій С. І. Бюджетна система України : навч. посіб. / Юрій С. І., Бескид Й. М. – К. : НІОС, 2000. – 396 с.

257. European Health Care Reforms Analysis of Current Strategies. Summary. – Copenhagen : World Health Organisation : Regional Office for Europe, 1996. – 41 p.

258. Materials of Advanced Flagship Course on Poverty, Equity and Health Systems, August 31–September 5, 2003, Budapest. – Washington (DC) : World Bank, 2003. – 160 p.

259. OECD Home [Electronic Source]. – Mode of access : http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html. – Title from a screen.

260. Romer M. Comparative National Policies on Health Care / Romer M. – New York : Marsel Dekker, 1997. – 547 p.

Наукове видання

Портна Оксана Валентинівна

**ФУНКЦІОНУВАННЯ ФІНАНСІВ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Монографія

Підписано до друку 07.06.2013. Формат 60х84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Warnock. Друк офсетний. Ум. друк. арк. 9,2.
Обл.-вид. арк. 9,8. Наклад 300 прим. Зам. № 355

Видавничий Дім «ІНЖЕК»
Україна, 61001, м. Харків, пр. Гагаріна, 20. Тел. (057) 703-40-21, 703-40-01
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру України суб'єктів
видавничої діяльності ДК № 2265 від 18.08.2005 р.

Надруковано у Харківський друкарні № 18 ПЗ
Україна, 61052, м. Харків, вул. Червоноармійська, 7.
Тел. (057) 727-30-29, 712-29-76