

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Напрями вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я на
місцевому рівні (на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»)»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконав: здобувач освіти 2 курсу,

групи ЗЗОЗ-24мг

спеціальності: 073 Менеджмент

(код і найменування спеціальності)

_____/_____Всеволод РОБАК
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/_____Лариса ГРЕСЬ
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/_____Олександр КОНОНОВ
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____/_____Наталія БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/_____Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/_____Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА**

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти
Спеціальність: 073 «Менеджмент»
Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА

(підпис)

«__»_____2025 р.

**ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачу Всеволоду РОБАКУ**

- 1.Тема: «Напрями вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»)»
затверджена наказом по академії № _____ від «__» _____ 2025 р.
2. Термін здачі закінченої роботи: «__» _____ 2025 р.
3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Теоретичні та інституціональні засади управління фінансами охорони здоров'я. Розділ 2. Аналіз стану управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»). Розділ 3. Напрями вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні
5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 10 рис., 6 табл., презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник:

(підпис)

Лариса ГРЕСЬ

Завдання прийняв до виконання:

(підпис)

Всеволод РОБАК

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувач

(підпис)

Всеволод РОБАК

Нормоконтроль:

(підпис)

Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: «Напрями вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»)».

Магістерська робота містить: 170сторінок, 124джерел, 10рисунків, 6таблиць.

Об'єкт дослідження – фінанси закладу охорони здоров'я.

Предмет дослідження – модель управління фінансами закладу охорони здоров'я.

Мета дослідження-теоретично обґрунтувати, розробити та частково експериментально впровадити модель управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні.

Завдання дослідження: систематизувати і конкретизувати систематизувати методологічні та інституціональні засади управління фінансами закладу охорони здоров'я; оцінити результативність фінансового контролю в галузі охорони здоров'я (на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»); побудувати модель управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні та сформулювати пропозиції щодо її застосування.

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

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

Ключові слова: фінанси закладу охорони здоров'я, модель, управління фінансами на місцевому рівні.

ANNOTATION

Topic: "Directions for improving the management of health care finances at the local level (on the example of Dergachiv Central Hospital)".

The master's thesis contains: 170 pages, 124 sources, 10 drawings, 6 tables.

The object of study is the finances of the healthcare institution.

The subject of the study is a model of financial management of a healthcare facility.

The purpose of the study is to theoretically substantiate, develop and partially experimentally implement a model of local health care management.

Objectives of the study: to systematize and concretize systematic methodological and institutional principles of financial institution management of health care; to evaluate the effectiveness of financial control in the field of health care (on the example of the KNP "Dergachiv Central Hospital"); build a local health finance management model and formulate proposals for its implementation.

The results of financial control in the field of health care have shown that in Ukraine, to date, fiscal forms of control, conducted by third parties for the object of control by the authorities for the purpose of establishing financial violations, rather than studying the causes of their occurrence, predominate. This has led to an increase in financial health violations. The development of internal financial control and audit, control and monitoring systems for each budget manager, enhancing the role of preliminary and current financial control will contribute to improving the effectiveness of control activities.

The practical implications of the findings are that theoretical and methodological recommendations can be used by public authorities and local governments to improve the health care system's financial management.

Keywords: health care institution finance, model, local finance management.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ЗАСАДИ12	
УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
1.1. Теоретична концептуалізація фінансів охорони здоров'я України.....	12
1.2. Функціональна субстанція управління фінансами охорони здоров'я....	29
1.3. Інституціональні засади управління фінансами охорони здоров'я.....	54
Висновки до розділу 1.....	73
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ	
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ	
КНП «ДЕРГАЧІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА ЛІКАРНЯ»).....75	
2.1. Особливості фінансового планування у галузі охорони здоров'я.....	75
2.2. Оцінка фінансового контролю та його результативності у сфері охорони	85
здоров'я(на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»).....	
Висновки до розділу 2.....	94
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ	
ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	97
3.1. Тенденції та суперечності застосування моделей управління фінансами	101
охорони здоров'я у світовій економіці	
3.2. Модель управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні	
Висновки до розділу 3.....	148
ВИСНОВКИ.....	151
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	157
ДОДАТКИ.....	169

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

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

ВСТУП

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

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

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

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

Рудня, В. Рудого, Г. Слабкого, О. Тулай, А. Чухна, М. Шутова, С. Юрія та ін. У цьому контексті заслуговують на увагу напрацювання відомих російських науковців М. Дуганова, М. Кузьменко, В. Семенова, І. Шеймана та ін.

У наукових працях вищезгаданих учених недостатньо уваги приділено вирішенню проблем організації фінансів охорони здоров'я, а щодо управління фінансами галузі, то в Україні практично не проводилися такі комплексні дослідження. Важливість та актуальність згаданих проблем, науково-теоретична цінність і практична значущість їхнього вирішення зумовили вибір теми магістерської роботи: *«Напрями вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»)»..*

Об'єкт дослідження – фінанси закладу охорони здоров'я.

Предмет дослідження – модель управління фінансами закладу охорони здоров'я.

Мета дослідження-теоретично обґрунтувати, розробити та частково експериментально впровадити модель управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні.

Завдання дослідження:

- систематизувати і конкретизувати систематизувати методологічні та інституціональні засади управління фінансами закладу охорони здоров'я;
- оцінити результативність фінансового контролю в галузі охорони здоров'я (на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»);
- побудувати модель управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні та сформулювати пропозиції щодо її застосування.

Методи дослідження. Для досягнення мети використано наукові методи дослідження. Категорійно-понятійний апарат обґрунтовано на основі методу наукових абстракцій та аналогій; тенденції розвитку та особливості українського механізму управління фінансами охорони здоров'я з'ясовано за допомогою історичного і логічного методів дослідження, статистичних методів аналізу, синтезу, спостереження, узагальнення, порівняння, методів дедукції та індукції,

абстрактно-логічного методу. Для емпіричного дослідження фінансового планування та оперативного управління фінансами охорони здоров'я застосовано методи фінансового та економічного аналізу, а також графічний метод – для наочного ілюстрування досліджуваних явищ і процесів. За допомогою економіко-математичних методів розроблено модель розрахунку потреби медичного комплексу в фінансових ресурсах.

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

Структура та обсяг роботи. робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретична концептуалізація фінансів охорони здоров'я України

Розвиток соціальної та економічної сфери суспільства значною мірою залежить від належного функціонування галузі охорони здоров'я. Її якісний стан, а також доступність медичних послуг для широких верств населення слід розглядати одночасно як визначальний чинник рівня життя та як ключову передумову ефективного функціонування національної економіки. Отже, формування результативної системи охорони здоров'я становить критично важливу умову суспільного поступу в соціальному й економічному вимірах. Здоров'я населення, як окремої особи, так і нації загалом, постає фундаментальною передумовою існування заможного й життєздатного суспільства. Лише у XX столітті утвердилася концепція, згідно з якою здоров'я перестали розглядати виключно як особисте благо, натомість почали усвідомлювати його як вагомий суспільний цінність, а також як одне з ключових завдань державної політики й внутрішню функцію держави. Поступове утвердження ідеї природних і невід'ємних прав людини закріпило у суспільній свідомості переконання, що кожен індивід має право на охорону здоров'я, на його захист з боку держави і суспільства, а також на безпечні умови праці та життя. У 1937 р. Конституція України вперше закріпила право на охорону здоров'я, а згодом це право набуло статусу соціального в конституціях багатьох країн, зокрема Іспанії, Польщі, Португалії та інших [13]. Система охорони здоров'я, у межах якої створюється специфічний вид продукту – медичні послуги, інтегрована до загальної системи економічних відносин. У сучасних умовах її значення зростає, оскільки розвиток науково-технічного прогресу та впровадження інновацій у медичній сфері роблять цю галузь одним із ключових чинників забезпечення ефективності суспільного відтворення. У вітчизняній та зарубіжній науковій літературі представлені різні підходи до

інтерпретації сутності охорони здоров'я та організації її фінансових механізмів. До 1990-х років XX ст. у вітчизняній науковій традиції домінував марксистський методологічний підхід, відповідно до якого суспільне виробництво поділялося на дві сфери — виробничу та невиробничу. У першій створювалися матеріальні блага, а в другій — забезпечувалися їх обмін та споживання. Економічна теорія, що ґрунтувалася на такому підході, надавала пріоритет саме матеріальному виробництву, оскільки вважалося, що саме тут формується ВВП та національний дохід, який у централізованому порядку перерозподіляється державою. Невиробнича сфера, зокрема охорона здоров'я, розглядалася переважно як утриманська щодо матеріального виробництва, адже вона нібито не створювала національного доходу, а лише його споживала. У такій системі координат держава набувала ролі благодійника або мецената, що фінансово підтримує соціальну сферу, а основним джерелом її фінансування виступали бюджетні асигнування, перерозподілені з матеріального виробництва. Досвід функціонування ринкових економік доводить, що соціальна сфера не лише не є вторинною щодо матеріального виробництва, але й справляє вагомий вплив на збільшення національного доходу через надання соціальних послуг. Такі послуги мають власну вартість і ціну, будучи специфічними продуктами праці, подібними за економічною природою до матеріальних благ. Частина послуг надається населенню на платній основі в обмін на грошові доходи, тоді як інша частина надається споживачеві безкоштовно у випадках соціальної потреби. До безкоштовних відносять суспільно важливі послуги, що забезпечують відтворення працездатності людини, підтримання її життєдіяльності та професійного розвитку. Однак поняття «безкоштовності» є умовним, адже такі послуги завжди мають свого фактичного покупця: або державу, яка фінансує їх виробництво й часто виступає монопольним покупцем, або суб'єктів господарювання в умовах страхової медицини. Саме державна монополія на купівлю медичних послуг зумовила поширення практики фінансування охорони здоров'я за «залишковим» принципом. У міжнародній практиці на моделі фінансування охорони здоров'я значний вплив

справила теорія суспільних благ, започаткована А. Смітом (1723–1790) та розвинена лауреатами Нобелівської премії з економіки Дж. Б'юкененом, П. Самуельсоном, а також Е. Аткинсоном, К. Ерроу, Р. Масгрейвом, Г. Менкью, В. Нордгаузом, Дж. Стігліцом та іншими. У межах цієї теорії охорону здоров'я розглядали як суспільне благо, доступ до якого повинні мати всі члени суспільства незалежно від їхніх фінансових можливостей. До головних характеристик суспільних благ належать неконкурентність, неподільність у споживанні, неможливість відсторонення індивідів від користування їхніми вигодами, суспільна цінність та висока соціальна ефективність. Візуалізовані особливості суспільних благ подано на рис. 1

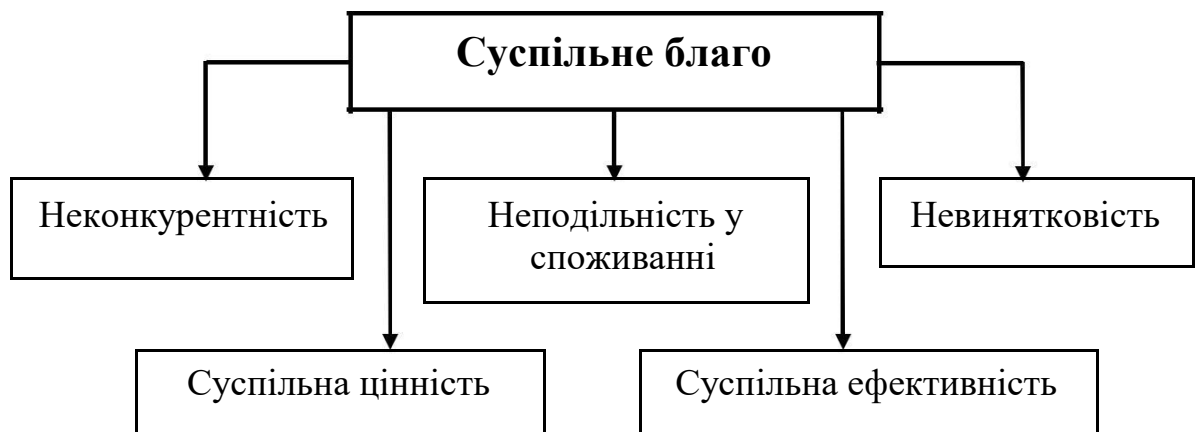


Рис. 1.1. Особливості суспільного блага

Перелік таких характеристик суспільних благ, як неконкурентність, невинятковість та неподільність у процесі споживання, на яких акцентують увагу М. Блауг, С. Брю, К. Макконелл, Н. Менкью, П. Самуельсон, Дж. Стігліц та інші автори [11; 87; 93; 119; 106], у контексті медичних послуг означає, що використання цих соціальних благ однією особою не знижує можливостей їх отримання іншими членами суспільства. Такі риси припускають, що збільшення кількості осіб, які користуються певним благом, не спричинює зменшення тієї корисності, яку кожен із них одержує, тобто між споживачами не виникає конкуренції за доступ до блага. Крім того, розширення кола користувачів, як правило, не потребує пропорційного зростання витрат на задоволення такого

попиту, тоді як поява додаткового споживача, навпаки, може підвищити сукупну ефективність від надання блага для всього суспільства [5; 34; 116]. Це свідчить про наявність суспільної ефективності. Вказані блага мають цінність у тому разі, коли орієнтовані на задоволення потреб не окремої людини, а групи або суспільства в цілому. Зростання кількості споживачів постає важливим не лише щодо мінімізації додаткових витрат, а й з огляду на досягнутий соціальний ефект [30, с. 37].

Відповідно до підходу Л. Рове та Г. Хеннеланда, профілактика захворювань населення є суспільним благом глобального масштабу, економічно вигідним з кількох причин: по-перше, попередження хвороби однієї людини створює позитивний зовнішній ефект і для інших осіб, які могли б заразитися; по-друге, ефективно організована система охорони здоров'я сприяє збереженню національного добробуту й підтримці продуктивності економічної системи [231, с. 105].

У XIX столітті в соціалістичних країнах планова економіка досягала значних успіхів у створенні та забезпеченні суспільних благ, серед яких — оборона, наука, медичні дослідження, освоєння космосу тощо. Проте залучення державних фінансових ресурсів до сфер, що продукують приватні блага, в умовах переходу до ринкової економіки виявилось недостатньо ефективним, особливо в порівнянні з економіками ринкового типу.

Питання віднесення тих чи інших програм до суспільних чи приватних благ нерідко є дискусійним. Так, Дж. Е. Стігліц розглядає державні програми охорони здоров'я як такі, що за властивостями наближені до чистих суспільних благ. Програма, яка забезпечує позбавлення населення певної хвороби, приносить переваги всім членам суспільства, і тому ізолювати конкретну особу від отримання вигод було б неможливо чи недоцільно [116, с. 162]. Якщо державні програми включають вакцинацію або масштабні наукові дослідження, це справді відповідає критеріям суспільного блага. Утім, щодо більшості інших медичних послуг важко надати однозначну класифікацію. Держава здатна забезпечувати індивідуальні блага, але якщо таке благо надається безоплатно, існує ризик його

надмірного споживання. Коли споживач не сплачує за товар, рівень попиту зростатиме доти, доки гранична корисність не стане нульовою, незважаючи на наявність реальних граничних витрат на виробництво.

У сфері медичних послуг надмірне споживання може призводити до значних спотворень. Утрата добробуту в цьому випадку може вимірюватися різницею між тим, скільки індивід був би готовий заплатити за збільшення виробництва блага (від обсягу, що відповідає рівню граничних витрат, до рівня, коли ціна дорівнює нулю), і витратами, пов'язаними з таким розширенням [116, с. 169].

Не кожна медична послуга може бути віднесена до суспільних благ. Значний їх масив задовольняє індивідуальні потреби конкретного споживача, оплачується ним і не може бути використаний іншими, а тому є платним і конкурентним благом. Отже, у межах системи суспільних благ медичні послуги поділяють на ті, що задовольняють приватні потреби і фактично є приватними благами, та ті, що за властивостями наближаються до чистих суспільних благ. До суспільних благ належать фундаментальні медичні дослідження, які мають фінансуватися з державного бюджету. Однак обмеженість фінансових ресурсів актуалізує проблему вибору найбільш перспективних програм, здатних забезпечити максимальну суспільну вигоду. Надання суспільних благ загалом є складнішим процесом, ніж забезпечення приватних товарів. Покупці приватних благ визначають їх цінність через ціну, яку готові заплатити. Натомість при оцінюванні суспільних проєктів економісти не можуть покладатися на цінові сигнали. Тому розрахунок витрат і вигод у таких випадках здебільшого має орієнтовний характер [93, с. 154]. Ринкові критерії визначають необхідну кількість суспільних благ, а рішення щодо їх надання ухвалюється на основі суспільного консенсусу. Відповідно, за методами розподілу можна виокремити медичні послуги ринкового типу, попит на які здатний стимулювати їх виробництво, та неринкові послуги.

М. Блауг зазначає, що лише політичне рішення, ухвалене шляхом голосування, здатне визначити обсяги суспільних благ, що необхідно виробляти

[11, с. 453]. Нобелівський лауреат Дж. Б'юкенен першим довів, що в демократичних умовах саме суспільний вибір, який виражає волевиявлення громадян-виборців, визначає роль держави у сфері надання суспільних благ. У праці «Попит і пропозиція суспільних благ» (1968 р.) він наголосив на цих особливостях. Американський економіст Г. Таллок у монографії про суспільні блага запропонував концептуальне формулювання «приватні потреби суспільними засобами», підкреслюючи неспроможність ринку повністю або адекватно задовольняти суспільні потреби в обороні, національній безпеці, освіті, охороні здоров'я тощо. Тому держава здійснює так званий «вимушений колективізм», беручи на себе виконання важливих суспільних функцій і фінансуючи їх коштом суб'єктів господарювання та громадян. Звідси випливає, що держава самостійно визначає, які медичні послуги мають надаватися державними закладами, а які — приватними; відповідно, за способом виробництва виділяють приватні та державні медичні послуги. За джерелами фінансування медичні послуги поділяють на платні та безоплатні для кінцевого користувача.

Активність держави у сфері охорони здоров'я пояснюється низкою характеристик ринкових відносин:

1. неспроможністю приватного сектору медичних послуг нейтралізувати негативні зовнішні ефекти (екстерналії);
2. наявністю інформаційної асиметрії на ринку медичних послуг, що може породжувати «попит, стимульований постачальником»;
3. нездатністю приватного ринку страхування забезпечити медичне обслуговування окремих груп населення — пенсіонерів, людей з інвалідністю, дітей;
4. неприбутковістю діяльності, пов'язаної з медичними дослідженнями та профілактикою епідемій [58, с. 31];
5. існуванням значної кількості дрібних виробників медичних послуг;
6. складністю й невизначеністю ринкових взаємодій.

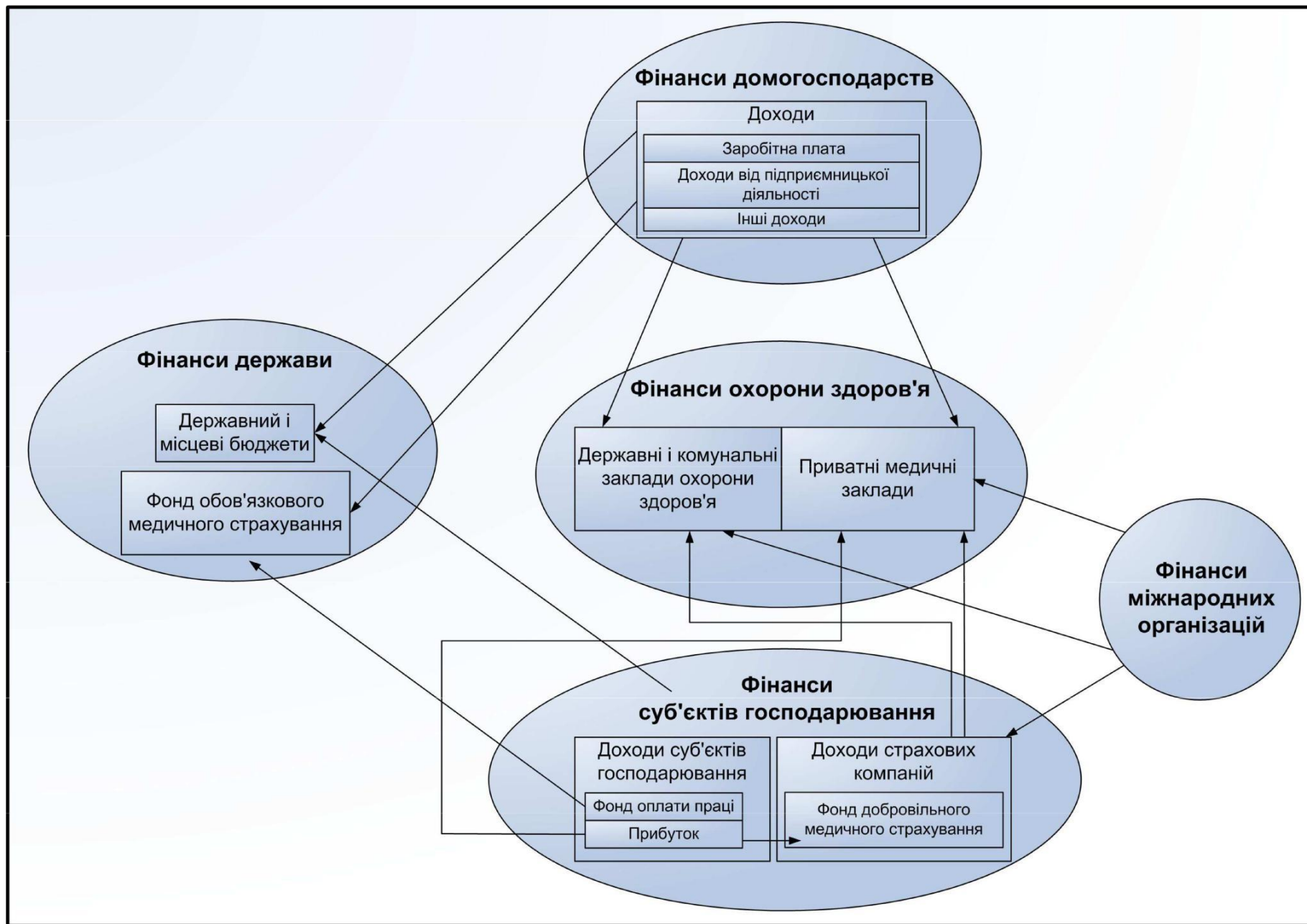
Специфіка медичних послуг зумовлює необхідність застосування особливих підходів до організації фінансів охорони здоров'я та механізмів управління ними. Глибокі трансформації в українській економіці, пов'язані з переходом до ринкових засад господарювання, суттєво змінили ключові елементи функціонування галузі охорони здоров'я. Насамперед ідеться про розширення джерел фінансового забезпечення за рахунок коштів громадян та домогосподарств у формі оплати послуг, благодійності, добровільного медичного страхування, появу нових механізмів фінансування та зміну структури доходів і видатків медичних закладів.

Формуючи концептуальні підходи до тлумачення сутності фінансів охорони здоров'я, доцільно, слідом за колективом авторів під керівництвом С. І. Юрія [117, с. 19], спиратися на філософські категорії «сутність», «явище», «зміст» і «форма».

За своєю сутністю фінанси охорони здоров'я охоплюють систему економічних відносин, пов'язаних із формуванням, розподілом і використанням відповідних фондів грошових ресурсів. Вони відображають систему зовнішніх і внутрішніх фінансових взаємозв'язків. Зовнішні — це відносини між галуззю охорони здоров'я та іншими елементами фінансової системи: державними фінансами, що забезпечують розподіл частини ВВП; фінансами домогосподарств, суб'єктів господарювання, міжнародних організацій, що беруть участь у формуванні фондів медичної сфери через оплату послуг, благодійну допомогу; відносини з розпорядниками бюджетних коштів і страховими установами щодо формування та використання бюджетних і страхових ресурсів; а також взаємодія з контролюючими органами. Внутрішні фінансові відносини охоплюють взаємодію між різними рівнями системи медичної допомоги та органами управління щодо розподілу ресурсів і формування фондів медичних закладів (рис. 1.2).

Фінанси охорони здоров'я є специфічним різновидом фінансових відносин і займають особливе місце у фінансовій системі держави. Їх специфічність проявляється у двоїстому характері медичних послуг, що поєднують властивості

суспільних та індивідуальних благ. З точки зору забезпечення життєдіяльності населення фінанси охорони здоров'я становлять органічну частину фінансової системи. Особливістю формування фінансових фондів у галузі є активна участь приватного сектора. Взаємодія держави та приватного сектора формує дуалістичність цілей: для держави пріоритетом є розвиток людського капіталу, тоді як приватний сектор орієнтується на отримання прибутку. Додатковою особливістю, що визначає місце фінансів охорони здоров'я у системі фінансів, є виробництво медичних послуг, «спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [42, с. 60], удосконалення медичної допомоги та формування здорового способу життя. Ще однією характерною рисою фінансів охорони здоров'я є те, що медичні послуги фінансуються через механізми страхування, коли страхувальник сплачує премію, а страховик бере на себе зобов'язання відшкодувати збитки або їх частину.



→ напрям руху грошових коштів

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

Стан фінансів охорони здоров'я зумовлюється передусім характером функціонування публічних фінансів (зокрема державних і місцевих), фінансовим становищем суб'єктів господарювання, рівнем забезпеченості фінансами домогосподарств, а також специфікою взаємодії між державними та місцевими фінансами; ринками, державою й міжнародними організаціями; формами співпраці й конкуренції між державними та приватними учасниками; поєднанням міжнародних і національних вимірів глобалізаційних процесів. Саме завдяки розподілу грошових ресурсів держави, бізнесу та населення формуються фонди коштів, необхідні для функціонування системи охорони здоров'я й досягнення визначених для неї цілей.

Для сфери охорони здоров'я притаманний специфічний механізм організації фінансів, який, на відміну від більшості інших галузей, поєднує дві ключові складові: соціальну справедливість і економічну ефективність. Критеріями соціальної справедливості виступають досягнення соціального та медичного ефектів. Під медичним ефектом розуміють ступінь реалізації завдань у сфері профілактики, діагностики та лікування захворювань. Його оцінюють через співвідношення отриманого результату до витрат ресурсів і коштів за інших однакових умов; пов'язують із необхідністю та результативністю медичного втручання, рівнем якості лікування конкретного пацієнта, а також масштабом використання сучасних інноваційних технологій у процесі надання медичної допомоги.

Соціальний ефект діяльності системи охорони здоров'я проявляється у покращенні стану здоров'я населення загалом, зниженні рівня захворюваності та передчасної смертності, зміні демографічних показників у позитивний бік, а також у зростанні рівня задоволеності населення якістю та доступністю медичної допомоги.

Економічна ефективність, своєю чергою, оцінюється шляхом порівняння досягнутого результату з обсягом витрат на його отримання, виражених у грошових одиницях. Вона означає раціональність і доцільність використання матеріальних, трудових та фінансових ресурсів суспільства для досягнення конкретно визначених цілей розвитку охорони здоров'я.

Чітке формулювання мети організації фінансів охорони здоров'я має принципове значення, оскільки підпорядкування фінансових потоків певним стратегічним завданням спрямовує фінансові відносини в галузі у відповідне русло та визначає пріоритети використання ресурсів.

Як явище фінанси охорони здоров'я матеріалізуються в русі грошових потоків усередині галузі. Особливої ваги набуває узгодженість у часі обсягів вхідних грошових потоків із потребою у вихідних потоках, що дає змогу медичним установам своєчасно виконувати фінансові зобов'язання, підтримувати необхідний рівень платоспроможності й фінансової стійкості. Основні суперечності між сутністю та явищем фінансів галузі виникають тоді, коли теоретично окреслена модель організації фінансів, закріплена, зокрема, в конституційних нормах, не збігається з реальною практикою руху грошових коштів і фактичними обсягами фінансового забезпечення.

За змістом фінанси охорони здоров'я відображають один із напрямів розподільчих і перерозподільчих процесів у державі, пов'язаний із формуванням фонду грошових ресурсів, подальшим їх розподілом та використанням. Матеріальним вираженням фінансових відносин, у які вступає галузь у процесі виробництва та надання медичних послуг населенню, виступає консолідований бюджет на охорону здоров'я, який характеризує фінанси охорони здоров'я за формою. Розмір цього консолідованого (об'єднаного) фонду прямо залежить від моделі фінансового забезпечення, покладеної в основу організації системи охорони здоров'я в кожній конкретній країні.

Організація фінансових відносин у галузі охорони здоров'я може набувати різних форм залежно від політичної ідеології, що домінує в державі у певний період, моделі економічного устрою та особливостей побудови національної системи медичної допомоги. Для кожної країни характерні власні, історично зумовлені форми надання медичних послуг і специфічні моделі їх фінансового забезпечення, які, у свою чергу, відображають систему суспільних цінностей.

Система фінансового забезпечення охорони здоров'я є комплексом джерел формування фінансових ресурсів, а також механізмів їх раціонального розподілу та ефективного використання. Вона поєднує інструменти залучення коштів,

способи їх акумулювання та процедури спрямування ресурсів на досягнення цілей галузі.

До основних внутрішніх джерел коштів, які формують доходи охорони здоров'я, належать приватні кошти громадян, громадські (колективні) ресурси та фінансові ресурси держави. Відмінності між національними моделями полягають у пропорціях, у яких поєднуються ці джерела фінансування галузі. Кожна система охорони здоров'я пройшла власний еволюційний шлях, унаслідок чого сучасне співвідношення трьох основних джерел є продуктом історичного розвитку. Кошти можуть акумулюватися державою або страховими організаціями в обов'язковому чи добровільному порядку через справляння платежів і податків – як прямих, так і специфічних акцизів на окремі товари або податків на специфічні фактори виробництва; через страхові внески; безпосередню оплату медичних послуг пацієнтами; а також за рахунок благодійних пожертв. Крім того, у фінансове забезпечення галузі можуть залучатися зовнішні джерела, такі як кошти МВФ, Світового банку, глобальних фондів боротьби з інфекційними захворюваннями та інші міжнародні фінансові інструменти. Країни комбінують ці джерела й механізми по-різному, що формує специфіку їхніх систем фінансового забезпечення з урахуванням змін в економічних системах.

Важливою ознакою організації фінансів галузі є регулюючий вплив держави на сферу охорони здоров'я. Конкретна модель медичної системи залежить від фінансового стану національної економіки, особливостей політичного устрою, ментальних характеристик суспільства, стану нормативно-правового забезпечення та інших чинників. Відтак організація фінансів охорони здоров'я перебуває в тісному взаємозв'язку з організацією фінансів держави в цілому.

У теорії й практиці виокремлюють три основні фінансові моделі, властиві адміністративно-командній та ринковій економіці. Якщо розглядати рівень державної централізації ВВП у межах фінансової моделі ринкового типу, то виділяють американську, західноєвропейську та скандинавську моделі [21, с. 13, 16].

Американська модель характеризується відносно низьким рівнем бюджетної централізації ВВП – близько 25–30 %. У сфері охорони здоров'я при цьому державна підтримка спрямована переважно на ті верстви населення, які не здатні забезпечити медичне обслуговування власним коштом. Західноєвропейська модель відзначається помірним рівнем концентрування ВВП у бюджеті – близько 35–45 %, що дає змогу формувати розгалужену державну соціальну сферу за умови паралельного функціонування державних і комерційних закладів охорони здоров'я. Скандинавська модель передбачає високий рівень централізації ВВП у бюджеті (приблизно 50–60 %), що забезпечує розвинену державну систему охорони здоров'я та широкий спектр соціальних гарантій щодо надання медичної допомоги населенню.

Частка ВВП України, яка перерозподілялася через доходи бюджетів усіх рівнів у 2008–2014 рр., змінювалася від 34,7 % у 2004 р. до 30,3 % у 2011 р., причому найнижчого значення цей показник досяг у 2010 р. – 28,7 % (табл. 1.1). Це свідчить про помітну динаміку розвитку державних фінансів зі значним послабленням їх перерозподільчої функції. З огляду на рівень централізації ВВП Україну доцільно віднести радше до американської моделі, однак із суттєвою відмінністю: країна має розгалужену мережу державних і комунальних закладів охорони здоров'я та закріплені в Конституції зобов'язання щодо безоплатного надання медичної допомоги (ст. 49 Конституції України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР). Саме в цьому полягає одна з ключових сутнісних відмінностей і водночас проблем організації фінансів охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 1. 1.

Динаміка частки доходів та видатків зведеного бюджету України у
ВВП за 2008-2014 рр.

Показники	Роки						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ВВП, млрд. грн.	263,5	537,7	720,7	949,9	912,6	1094,6	1314,0
Доходи зведеного бюджету, млрд. грн.	91,5	171,8	219,9	297,9	306,6	314,5	398,6
Частка доходів зведеного бюджету у ВВП, %	34,7	32,0	30,5	31,4	33,6	28,7	30,3

Видатки зведеного бюджету, млрд. грн.	101,4	175,3	226,1	309,2	307,4	377,8	416,9
Видатки державного бюджету, млрд. грн.	62,6	137,1	174,3	241,5	242,4	303,6	333,5
Частка видатків державного бюджету у зведеному, %	61,7	78,2	77,1	78,1	78,9	74,4	80,0

У таких умовах довести частку видатків на охорону здоров'я в Україні до рекомендованого ВООЗ рівня державних витрат у розмірі 7–10 % ВВП є складно. Незважаючи на те, що в Україні спостерігалася позитивна динаміка зростання частки видатків на галузь охорони здоров'я щодо ВВП – з 2,6 % у 2005 р. до 3,7 % у 2014 р. (табл. 1. 2), проте ця частка залишається майже у 2–3 рази нижчою порівняно з витратами європейських країн на медичний сектор. Пріоритети функціонування державних фінансів пов'язані з розмежуванням їх між рівнями державного управління.

Таблиця 1. 2

Динаміка видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я
за 2005 – 2014 рр. *

Показники	Роки								
	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014
Видатки на охорону здоров'я із зведеного бюджету, млрд. грн.	4,4	6,5	10,6	17,5	23,9	30,5	34,5	40,5	49,0
у тому числі: з місцевих бюджетів, млрд. грн.	3,8	5,3	7,9	14,3	18,6	24,4	27,0	33,3	38,7
у % до зведеного	87,2	82,6	74,0	81,5	77,8	79,8	78,3	82,5	79,1
з державного бюджету, млрд. грн.	0,5	1,1	2,8	3,2	5,2	6,2	7,5	7,1	10,2
у % до зведеного	12,8	17,4	26,0	18,5	22,2	20,2	21,7	17,5	20,9
Індекси змін обсягів видатків на охорону здоров'я у % до попереднього року: зведеного бюджету	1	1,1893	1,2552	1,2811	1,3646	1,2786	1,1310	1,1739	1,2074
місцевих бюджетів	1	1,3947	1,4906	1,8101	1,3007	1,3118	1,1066	1,2333	1,1622
державного	1	2,2000	2,5454	1,1429	1,6250	1,1923	1,2097	0,9467	1,4366

бюджету									
Частка видатків на охорону здоров'я у ВВП, %	2,6	2,9	4,0	3,3	3,3	3,2	3,8	3,7	3,7

Порівняння пропорцій розмежування функцій між різними рівнями фінансової системи у державах світу дає змогу за допомогою показника централізації оцінити частку видатків центрального уряду в загальному обсязі витрат бюджетної системи. У розвинених країнах сформувалися різні моделі централізації фінансової системи. Як правило, для унітарних держав характерний дещо вищий рівень централізації, тоді як у федеративних, де фінансова система є трирівневою, цей показник є відносно нижчим. Так, у США частка видатків центрального уряду становить 57 %, у Франції – 71 %, у Канаді – 40 %. В Україні рівень централізації коливається в межах 61,7–80,0 % (див. табл. 1.1).

Зазначені особливості безпосередньо зумовлюють наступне протиріччя в організації фінансів охорони здоров'я. З одного боку, з огляду на необхідність наблизити надання медичних послуг до їх безпосередніх споживачів, основний обсяг видатків на охорону здоров'я традиційно здійснюється з місцевих бюджетів. З іншого боку, простежується чітка тенденція до зростання частки видатків Державного бюджету України у структурі зведеного бюджету – з 61,7 % у 2008 р. до 80,8 % у 2014 р., що свідчить про істотне посилення централізації бюджетних ресурсів на рівні центральної влади. Щодо видатків власне на охорону здоров'я, то частка витрат місцевих бюджетів у видатках зведеного бюджету в середньому становить близько 80 %. Водночас частка фінансування галузі з Державного бюджету у 2014 р. порівняно з 2005 р. зросла з 12,8 % до 20,9 %, тоді як частка витрат місцевих бюджетів скоротилася з 87,2 % до 79,1 %. Отже, тенденції посилення централізації фінансових ресурсів у Державному бюджеті України поширюються і на сферу охорони здоров'я.

Динаміка показників, наведених у табл. 1.2, дає підстави стверджувати, що загальний обсяг бюджетних видатків на охорону здоров'я в Україні має стійку тенденцію до зростання. Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я збільшилися з 4398,1 млн грн у 2005 р. до 48961,2 млн грн у 2014 р., тобто більш

як у 11 разів. При цьому видатки на охорону здоров'я з Державного бюджету зростали значно швидшими темпами, ніж видатки місцевих бюджетів: у 2000–2011 рр. вони збільшилися у 20,4 рази, тоді як відповідні видатки місцевих бюджетів – лише у 10,2 рази.

Однак зазначені процеси трансформації фінансових потоків у галузі відбуваються значною мірою стихійно, без достатнього наукового й нормативного обґрунтування оптимальної структури медичної допомоги та без чіткого розподілу, які рівні медичної допомоги мають фінансуватися з державного, а які – з місцевих бюджетів.

Фінанси охорони здоров'я виступають складовою як державних, так і місцевих фінансів, які є основними інструментами реалізації функцій органів державної влади та місцевого самоврядування. П. Самуельсон наголошує, що «в цілому місцеві органи управління відповідають за місцеві суспільні блага, тобто ті види діяльності, вигоди від яких більшою мірою стосуються місцевих жителів... Федеральний уряд приймає рішення про так звані “національні” суспільні блага, які забезпечують вигоди для всіх громадян країни» [119, с. 273]. Таке розмежування повноважень видається достатньо обґрунтованим і логічним, воно стало підґрунтям для розподілу видатків на охорону здоров'я між різними ланками бюджетної системи й закріплене в Бюджетному кодексі України.

Попри позитивні зрушення у сфері розмежування видатків між рівнями бюджетної системи, зберігається низка проблем, пов'язаних насамперед із конституційними недоліками, а саме – нечітким розмежуванням функцій між органами державної влади, регіонами та місцевим самоврядуванням. Розпочата у 2004 р. конституційна реформа через політичну нестабільність так і не була доведена до логічного завершення. Чинні закони України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР та «Про місцеві державні адміністрації» від 9.04.1999 р. № 586-XIV не відповідають сучасним вимогам економічного розвитку. За відсутності належного законодавчого врегулювання цих протиріч неможливо оптимізувати розподіл видатків між ланками бюджетної системи України у напрямі більш повного забезпечення суспільних інтересів [33, с. 107].

При виборі моделі організації фінансів охорони здоров'я та визначенні ступеня втручання держави, на нашу думку, слід виходити з фундаментального принципу формування й функціонування держави. Однією з ключових її функцій, відповідно до Конституції України, є соціальний захист громадян. Саме система соціальної безпеки, що базується на принципі соціальної справедливості, виступає однією з провідних засад розвитку держави та забезпечує матеріальну підтримку громадян незалежно від їхнього попереднього трудового внеску. Цей обов'язок реалізується в різних формах, що залежать від рівня охоплення населення певними соціальними виплатами й доходами та від впливу різних політичних сил на процес формування соціальної політики. Кожен тип соціальної держави може ефективно функціонувати лише за умови створення адекватної фінансової системи та розроблення відповідних методів і механізмів фінансування соціальних програм і заходів.

Останнім часом питання ступеня соціалізації бюджетної політики та можливостей забезпечення економічного зростання за умов виконання державою значних соціальних зобов'язань стає предметом активних наукових дискусій не лише в Україні, а й у країнах із високим рівнем видатків на потреби охорони здоров'я.

Для України актуальною залишається проблема збільшення фінансування галузі охорони здоров'я. Водночас необхідно враховувати реальні можливості бюджету щодо здійснення відповідних заходів у середньо- та довгостроковій перспективі. Незважаючи на різні погляди стосовно оптимального рівня державних видатків на охорону здоров'я, не викликає сумнівів те, що високий рівень таких видатків є недосяжним для економічно слабкої, «бідної» країни. Тому єдиною реальною передумовою їх підвищення є реалізація стратегії прискореного економічного зростання, збільшення доходів Державного та місцевих бюджетів України. Збільшення поточного рівня видатків на охорону здоров'я можливе за умов підвищення перерозподільчої ролі держави, оптимізації структури соціальних видатків і надання пріоритету тим із них, що безпосередньо спрямовані на забезпечення життєдіяльності населення, його збереження, відновлення та розвитку.

Е. Аткинсон та Дж. Стігліц наголошують, що, перш ніж віддати перевагу державі як надавачу того чи іншого блага, слід врахувати, що кінцеве рішення залежить від вибору інструментів, які є в її розпорядженні. Дослідники звертають увагу на так звані невивипуклості – адміністративні витрати, різноманітність смаків, перерозподільчі цілі. Якщо у випадку приватного забезпечення суспільними благами споживач самостійно обирає товар або послугу, то за державного забезпечення відповідні рішення щодо асортименту та обсягів надання благ має ухвалювати держава [5, с. 678].

Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я зумовлюють необхідність посилення державного регулювання та проведення послідовної економічної політики, яка в ринкових умовах має враховувати інтереси держави і населення як споживачів медичних послуг та платників податків. Визначаючи пріоритети соціальної політики та обираючи модель організації фінансів охорони здоров'я, держава повинна зважати на специфічні риси медичних послуг, їх місце в системі суспільних благ, а також на національні традиції, звички, потреби населення й умови надання медичної допомоги.

Отже, фінанси охорони здоров'я можна охарактеризувати як сукупність економічних відносин, що знаходять матеріальне втілення в русі грошових потоків і пов'язані з формуванням, розподілом і використанням фонду грошових ресурсів галузі, утвореного в процесі вартісного розподілу та перерозподілу ВВП з метою задоволення суспільних інтересів і потреб.

Соціально-економічні трансформації в Україні сприяли удосконаленню системи управління фінансами соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я. Водночас розвиток ринкових відносин надає фінансовому становищу цієї галузі нестійкого, вразливого характеру, роблячи її залежною від спроможності державного бюджету й кон'юнктури ринку. Сучасний етап формування ринкових відносин у сферах суспільного життя потребує їх систематизації та поглибленого наукового аналізу. Специфіка медичних послуг зумовлює необхідність залучення соціальних механізмів ринкової економіки для підвищення ефективності їх надання. Викладений матеріал створює підґрунтя для подальшого розкриття сутності та теоретико-методичних засад управління фінансами охорони здоров'я.

1.2. Функціональна субстанція управління фінансами охорони здоров'я

Розвиток галузі охорони здоров'я, організація фінансового менеджменту й адміністрування медичних установ, а також витрати держави на надання медичних послуг населенню мають важливе соціально-економічне значення. Забезпечуючи збереження та відновлення здоров'я громадян – ключової складової виробничих сил суспільства – система охорони здоров'я покликана сприяти зниженню захворюваності, подовженню тривалості життя та працездатного віку, підвищенню працездатності й продуктивності праці. Усе це, у свою чергу, має бути чинником зростання національного багатства, розбудови й зміцнення соціально орієнтованої демократичної держави з ринковою економікою.

Однак сучасний стан національної системи охорони здоров'я істотно відстає від потреб сьогодення: він характеризується незадовільною матеріально-технічною базою, розширенням масштабів «тіньового» сектору, хронічним дефіцитом фінансових ресурсів, погіршенням якості медичної допомоги. Усе це перешкоджає повноцінній реалізації конституційного права громадян України на медичне обслуговування. У галузі й досі не розв'язана проблема дисбалансу між конституційними зобов'язаннями держави та її реальними фінансовими можливостями щодо забезпечення населення медичними послугами.

Система охорони здоров'я України, функціонуючи в умовах ринкового середовища, водночас залишається недостатньо адаптованою до сучасних суспільних потреб та вимог ринкового господарювання. Її нинішній стан можна охарактеризувати як кризовий, що потребує невідкладного реформування. Значна частина наявних проблем зумовлена складністю механізму управління галуззю загалом, у тому числі механізму управління фінансами, підходами до розробки та ухвалення управлінських рішень.

Поняття «управління фінансами» широко використовується для позначення процесів управління державними фінансами [20; 32; 113; 114]. Так, О. В. Врублевська, М. В. Романовський, Б. М. Сабанті зазначають, що метою управління фінансами є забезпечення фінансової стійкості та фінансової незалежності, які виявляються у макроекономічній збалансованості, досягненні

профіциту бюджету, зниженні державного боргу тощо [14, с. 86]. У цьому разі йдеться саме про управління державними фінансами. В інших працях це поняття трактується ширше й включає як управління державними фінансами, так і управління фінансами суб'єктів господарювання. Деякі автори, своєю чергою, розмежовують управління державними фінансами й управління фінансами суб'єктів господарювання, для позначення останнього використовуючи термін «фінансовий менеджмент» [100; 101; 102].

У цьому контексті особливої ваги набуває категоріально-понятійний аналіз процесів управління.

Під терміном «управління» зазвичай розуміють свідомий, цілеспрямований вплив суб'єкта на об'єкт з метою досягнення певної мети або наперед визначеної сукупності цілей. Управління реалізується в системах, де існує мережа причинно-наслідкових зв'язків. З одного боку, управління є об'єктивним явищем, оскільки будь-яка система перебуває під впливом упорядковуючих і організуючих чинників – як стихійних, так і свідомих, пов'язаних із зовнішнім середовищем і внутрішніми механізмами саморегуляції. З іншого боку, функціонування будь-якої системи підпорядковане певній меті, і завдання управління полягає в реалізації цієї мети в економічній системі. Як суб'єктивне явище, управління пов'язане з діяльністю людини.

Існують різні види управління, класифікація яких ґрунтується на різних критеріях. Залежно від суб'єкта впливу розрізняють державне, суспільне, адміністративне управління. Залежно від об'єкта впливу виокремлюють управління персоналом, капіталом, маркетингом, фінансами тощо. Паралельно з категорією управління економісти досліджують пов'язані з нею категорії адміністрування, регулювання та менеджменту.

Коли мова йде про управління фінансами (здебільшого на рівні держави), наголошується, що цей процес перебуває в тісному зв'язку з фінансовою політикою. Ще на межі XIX–XX ст. І. Х. Озеров визначав фінансову політику як мистецтво управління фінансами [124], а М. І. Боголепов пов'язував її з вирішенням практичних завдань упорядкування фінансової системи [12]. В

економічній літературі не вироблено єдиного підходу до трактування фінансової політики, яка безпосередньо пов'язана з етапом розвитку країни.

В економічних дослідженнях відсутнє чітке розмежування понять «управління фінансами» та «фінансова політика», коли йдеться про діяльність держави [20; 74; 109; 123]. В. Д. Базилевич, Н. П. Бараннікова, О. Д. Василик, А. А. Володіна, В. П. Кудряшов, Н. Ф. Самсонова та інші розглядають фінансову політику як сукупність заходів держави, що виявляються в системі форм і методів мобілізації фінансових ресурсів, їх розподілу та використання для виконання функцій і завдань держави [7; 20; 74; 109]. Зокрема, В. П. Кудряшов зазначає, що фінансова політика «зводиться до мобілізації і використання фінансів для вирішення поставлених завдань» і спрямована на досягнення певних цілей на тому рівні, на якому вона реалізується (держави, підприємств, установ, об'єднань, домогосподарств, міжнародних утворень тощо). Учений підкреслює, що державна фінансова політика – це цілеспрямована діяльність органів державного управління, зорієнтована на розвиток фінансово-кредитної системи країни й передбачає мобілізацію фінансових ресурсів у розпорядження держави, їх розподіл і використання для реалізації державних програм, зокрема для фінансування соціальних програм, розвитку державного сектора економіки, регулювання економічного розвитку, міжнародної діяльності тощо [74, с. 308–309]. На нашу думку, усі ці аспекти стосуються передусім управління фінансами держави. В. П. Кудряшов також зазначає, що основною метою реалізації державної фінансової політики є забезпечення стабільного розвитку фінансової системи країни шляхом виконання конкретних завдань. Загалом зміст фінансової політики полягає в розробленні концепції розвитку фінансів, визначенні основних напрямів їх використання. У цьому контексті ми поділяємо позицію Л. А. Дробозіної та інших економістів, які вважають, що «фінансова політика – це визначення цілей і завдань, на вирішення яких спрямовується процес формування, розподілу і перерозподілу національного багатства для забезпечення фінансовими ресурсами безперервного відтворювального процесу задоволення окремих конкретних потреб виробництва» [103, с. 31; 20], тоді як сам процес реалізації цих цілей і є управлінням фінансами. Саме тому діяльність, спрямована

на забезпечення фінансовими ресурсами виконання тієї чи іншої державної програми економічного та соціального розвитку [120, с. 31], слід відносити до управління фінансами, а не до власне фінансової політики.

Розмежування понять «фінансова політика» та «управління фінансами» здійснюють, зокрема, І. А. Акодїс, Т. А. Краєва, Г. Б. Поляк, які визначають управління фінансами як «процес цілеспрямованого впливу суб'єкта на об'єкт для досягнення цілей, передбачених фінансовою політикою» [108, с. 447].

При цьому суб'єктом управління розглядається сукупність органів державного управління та юридичних осіб, що у своїй діяльності приймають рішення щодо використання фінансових відносин. Водночас у наведеному визначенні недостатньо конкретизовано, чи йдеться про управління державними фінансами – тією частиною фінансових ресурсів, що концентрується в руках держави, чи про державне регулювання фінансових відносин суб'єктів господарювання. Об'єктом управління автори називають фінансовий механізм, що, на наш погляд, є дискусійним, оскільки об'єктом управління є те, на що спрямований вплив (у даному разі – фінансові ресурси), тоді як фінансовий механізм – це система інструментів, за допомогою яких цей вплив реалізується.

Г. Г. Кірейцев під управлінням фінансами розуміє «процес впливу на фінансові відносини, фінансові ресурси, їх організацію для здійснення ефективної фінансової політики» [63, с. 12]. При цьому у визначенні бракує чіткої вказівки на суб'єкт управління та кінцеву мету такого впливу.

На думку О. Д. Василика, К. В. Павлюк, В. Д. Базилевича, Л. О. Баластрик, управління державними фінансами – це сукупність форм і методів цілеспрямованого впливу держави на формування та використання централізованих і децентралізованих фондів фінансових ресурсів [7, с. 232], що перебувають у розпорядженні органів державного управління [20, с. 512]. Однак автори не підкреслюють, що управління фінансами здійснюється не заради самого процесу, а задля реалізації цілей і завдань, визначених фінансовою політикою.

У працях С. В. Ковальчука та І. В. Форкун [67, с. 130] простежується певне ототожнення понять «управління фінансами» та «фінансовий механізм».

Попри те, що для реалізації процесу управління фінансами дійсно застосовується фінансовий механізм, ці дві категорії не є тотожними. Управління фінансами – це комплексне поняття, яке відображає використання фінансів як важеля впливу на процес суспільного відтворення. Такий вплив має як кількісний, так і якісний виміри. Кількісний аспект пов'язаний із застосуванням фінансового механізму, тоді як якісний виявляється у зростанні зацікавленості в нарощуванні фінансових ресурсів та підвищенні ефективності діяльності суб'єктів фінансових відносин [63, с. 8].

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

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



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

Ми поділяємо позицію Л. Д. Андросової, Л. А. Дробозіної, Л. П. Окунєвої, які вважають, що з практичної точки зору фінансову політику доцільно тлумачити як діяльність держави, спрямовану на визначення основних напрямків, стратегічних цілей і ключових завдань використання фінансових ресурсів у довгостроковій перспективі [113, с. 6]. Водночас важливо наголосити, що в наведеному трактуванні недостатньо враховано ту обставину, що в умовах

демократичного устрою фінансова політика безпосередньо залежить від результатів суспільного вибору. У найзагальнішому вигляді під суспільним вибором розуміють інтерпретацію політичного волевиявлення через призму економічних мотивів і визначення державної політики з позицій критеріїв особистої вигоди та максимізації індивідуальної корисності [4, с. 116]. Такий підхід передбачає наявність множини альтернативних варіантів політики, серед яких суспільство шляхом відповідних процедур обирає той варіант, що найбільшою мірою відповідає системі мотивацій і очікувань населення.

Отже, фінансову політику доцільно розглядати як зумовлену й обмежену суспільним вибором діяльність держави, спрямовану на визначення основних напрямків, цілей і головних завдань формування та використання державних фінансових ресурсів на перспективу. Іншими словами, фінансова політика постає не лише як інструмент реалізації волі держави, а й як результат колективного вибору, що відображає баланс інтересів різних соціальних груп.

У цьому контексті вибір моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я здійснюється окремими державами саме через механізм суспільного вибору, із урахуванням історичних особливостей їх становлення та розвитку, національних традицій, усталеної системи соціально-економічних взаємодій, рівня загального соціально-економічного розвитку, масштабів перерозподільних процесів, платоспроможності потенційних пацієнтів та інших чинників. Саме тому в кожній країні як пріоритетну формується та чи інша модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка, у свою чергу, детермінує специфіку механізму управління фінансами галузі (рис. 1.4).

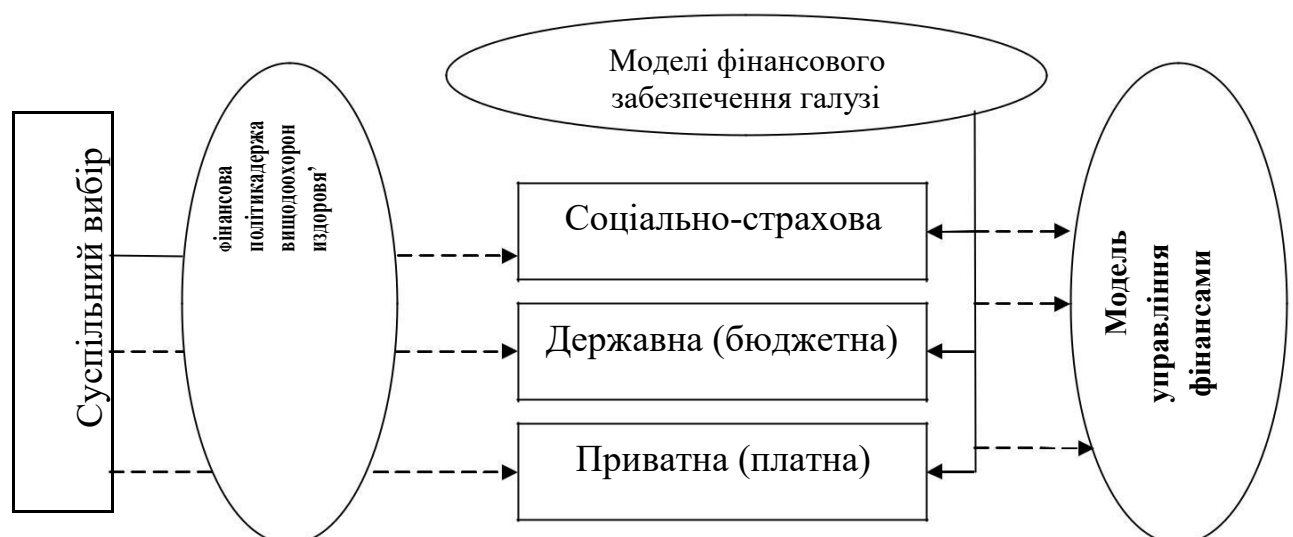


Рис. 1. 4. Механізм вибору моделі управління фінансами охорони здоров'я

Фінансова політика у сфері охорони здоров'я дає змогу інтегрувати в єдину систему, з одного боку, потенційні можливості управління, закладені безпосередньо у фінансах галузі як в об'єкті управлінського впливу, а з іншого – конкретні методи роботи, організаційні форми функціонування органів фінансової системи як суб'єктів управління. Сам факт існування фінансів як специфічної, зумовленої волею людей, категорії передбачає необхідність цілеспрямованої діяльності з їх управління. Це, по суті, означає, що саме фінансова політика держави відіграє визначальну роль у формуванні змісту та напрямів управління фінансами охорони здоров'я. Фінансова політика соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я, є похідною від загальної державної фінансової політики, оскільки в умовах транзитивної економіки всі галузі змушені діяти відповідно до правил, встановлених державою. Сучасна система управління фінансами охорони здоров'я сформувалася й набула розвитку в процесі економічних реформ, пов'язаних із переходом від планово-централізованої моделі до ринкової економіки.

За умов планово-централізованої економіки управління фінансами здійснювалося переважно директивно-адміністративними методами. Такій системі управління були притаманні централізоване директивне планування за принципом жорсткої вертикальної підпорядкованості, застосування переважно методів і форм прямого впливу на об'єкт управління, що реалізовувалися через накази й розпорядження і передбачали їх безумовну обов'язковість та точне виконання.

У межах командно-адміністративної системи, де провідну роль відігравали розпорядчо-розподільчі методи, управління фактично ототожнювалося з державним адмініструванням. Під останнім розуміли свідомий, нормативно врегульований вплив органів виконавчої влади на об'єкти, процеси та трудову діяльність, що включав організацію виконання законів та інших нормативно-

правових актів, здійснення розподілу державних фінансових ресурсів з метою комплексного соціально-економічного розвитку, а також забезпечення реалізації державної політики у визначених сферах суспільного життя [121, с. 12].

Із переходом України від командно-адміністративної до ринкової системи господарювання трансформуються базові методи та принципи управління фінансами. Поряд із збереженням істотного адміністративного впливу, що сприяє одночасно урізноманітненню та впорядкуванню діяльності (про що свідчить тенденція до правового закріплення й розмежування фінансових повноважень за схемою «орган управління – установа»), розширюється правова й господарська самостійність суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, посилюється конкуренція в процесі розподілу фінансових ресурсів. Відповідно зростає роль фінансового менеджменту як комплексу взаємопов'язаних прийомів і методів розробки, прийняття та реалізації управлінських фінансових рішень щодо діяльності суб'єктів господарювання в галузі охорони здоров'я.

Проблематика фінансового менеджменту підприємств дістала вже доволі ґрунтовне висвітлення як у вітчизняній, так і в зарубіжній літературі. Натомість питання управління фінансами некомерційних організацій, зокрема закладів охорони здоров'я, опрацьовані значно меншою мірою, хоча, як слушно зауважує низка дослідників, термін «фінансовий менеджмент» найчастіше використовують саме для характеристики процесів управління фінансами підприємств різних організаційно-правових форм та форм власності [63, с. 8].

У процесі проведеного дослідження було виявлено певні суперечності й розбіжності в інтерпретації понять «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент».

Частина авторів прагне чітко розмежувати цих два терміни. Так, С. Л. Уліна вважає, що поняття «фінансовий менеджмент» як іншомовний термін коректно застосовувати лише у випадках, коли йдеться про бізнес, тобто про управління фінансово-економічними процесами комерційної організації [115, с. 34]. Водночас ми поділяємо позицію тих учених, які не вважають доцільним обмежувати сферу застосування цього терміна виключно рівнем підприємницьких структур, оскільки елементи фінансового менеджменту притаманні й некомерційним організаціям.

С. В. Большаков перекладає термін «financial management» як «фінансове управління» і водночас указує на відмінності між поняттями «фінансове управління» та «управління фінансами». На його думку, фінансове управління пов'язане насамперед із використанням форм фінансових відносин і методів впливу на об'єкт фінансового управління, тобто фактично обмежується оперативним управлінням фінансовими потоками. Натомість управління фінансами він трактує як більш широке за змістом поняття, що, окрім власне фінансового управління, охоплює також організацію бухгалтерського обліку й звітності, маркетингові дослідження, програмно-технічне забезпечення [14, с. 53]. О. П. Крайник та інші дослідники, у свою чергу, вважають, що основні завдання фінансового менеджменту підприємницьких структур розв'язуються шляхом раціонального управління потоками їх фінансових ресурсів, і розглядають «власне фінансовий менеджмент як управління джерелами фінансування» [71, с. 34], що ще більше звужує сферу застосування цього поняття.

Відмінності у трактуванні категорій «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент» значною мірою зумовлені різними науковими традиціями. Дослідження управління фінансами вітчизняною науковою школою здійснювалося під впливом власних інтелектуальних традицій, що сформувалися ще на початку ХХ ст. під впливом праць І. Х. Озерова, М. І. Боголєпова та інших учених.

Фінансовий менеджмент як наука, як практика і як мистецтво управління фінансами підприємств і комерційних організацій розвивався переважно в країнах з ринковою економікою й має там усталені традиції. Розбіжності між підходами пояснюються історичною специфікою формування фінансової науки. У той час, коли в 1960–1980-х рр. у світі активно формувалися сучасні управлінські технології, планова українська (радянська) економіка практично не приділяла уваги розвитку фінансового менеджменту як науки та практики управління фінансами суб'єктів господарювання.

В умовах ринкової трансформації економіки спостерігається тенденція до зближення й уніфікації трактувань понять «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент». Це зближення зумовлене тим, що, як справедливо наголошує В. М. Федосов, «сьогодні протиставляти, як це робили раніше,

ринкове і неринкове (державне фінансове господарство) середовище вже неможливо і недоречно. Так само як економіка поступово набуває соціальної орієнтованості і далеко не завжди керується виключно мотивами максимізації прибутку, так і в державне фінансове господарювання все більше проникають ринкові елементи. Фінансова результативність діяльності держави вимірюється не стільки кількістю витрачених нею коштів, скільки отриманим ефектом» [18, с. 18].

Ми підтримуємо позицію В. М. Федосова і вважаємо, що зміна термінології, яка використовується для характеристики процесу управління державними фінансами, безпосередньо пов'язана зі зміною сучасної економіко-соціальної ролі держави. Якщо в умовах планової економіки фінансові ресурси охорони здоров'я розглядалися як складова частина централізованих фінансових ресурсів держави, а управління фінансами охорони здоров'я – як різновид управління державними фінансами, то з переходом до ринкових відносин відбувається розширення видів і джерел формування фінансових ресурсів галузі, змінюються методи управління цими ресурсами як на рівні державних і місцевих органів влади, так і на рівні окремих медичних закладів.

На сьогодні в науковій літературі відсутній єдиний підхід до визначення поняття «фінансовий менеджмент» та до обґрунтування його відмінностей від категорії «управління фінансами». Критичний аналіз спеціалізованих джерел, присвячених цій проблемі, дає підстави стверджувати, що існуючі фундаментальні підходи до пояснення поняття «фінансовий менеджмент» не відзначаються ані достатньою точністю, ані завершеністю [6; 9; 63; 66; 67; 74]. Такий стан речей пояснюється відсутністю усталеного, універсально визнаного трактування цієї категорії (дод. А). Як свідчать матеріали додатку А, у сучасній економічній літературі питанню розуміння змісту фінансового менеджменту приділено значну увагу, проте запропоновані дефініції або поверхово розкривають його зміст, або не відбивають суті фінансового менеджменту як системи управління, а також не завжди коректно визначають об'єкт управлінського впливу.

Відносини, що виникають у процесі управління, безпосередньо регулюють взаємодію між суб'єктом і об'єктом управління на різних рівнях господарювання

в галузі охорони здоров'я: на рівні державного адміністрування (загальнодержавному, регіональному та місцевому), тобто на рівні управління системою охорони здоров'я загалом, і на рівні управління окремим медичним закладом.

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

Л. К. Гапенські підкреслює, що фінансовий менеджмент у сфері охорони здоров'я інтегрує теорії, концепції й інструменти, необхідні для прийняття ефективних рішень [104, с. 3]. О. І. Тулай визначає фінансовий менеджмент у закладах охорони репродуктивного здоров'я як систему принципів, методів і форм управління грошовими коштами цих закладів, спрямовану на підвищення результативності їх функціонування [112, с. 144]. Наведені підходи, попри їх евристичну цінність, не дають вичерпного уявлення про зміст фінансового менеджменту установ охорони здоров'я й потребують подальшого теоретичного осмислення та уточнення. Водночас ми цілком погоджуємося з тим, що ключовою метою управління виступає «підвищення ефективності діяльності і конкурентоспроможності лікувальних установ», чого досягають завдяки прийняттю якісних фінансових рішень.

Медичний заклад, як правило, є некомерційною організацією, тобто такою, що надає послуги або виконує роботи безоплатно чи за символічну плату, яка не покриває повної вартості цих послуг. Водночас діяльність некомерційних організацій потребує реалізації тих самих базових управлінських функцій, що й управління комерційними підприємствами та фірмами.

В умовах реформування системи охорони здоров'я і трансформації форм фінансових відносин змінюється й підхід до фінансового менеджменту медичних установ. Зокрема, посилюється їхня фінансова самостійність, а акценти контролю поступово зміщуються від контролю за розподілом видатків до оцінки результатів діяльності, що передбачає визначення обсягів і якості наданих медичних послуг.

На нашу думку, основні відмінності між дефініціями «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент» полягають, по-перше, у розумінні фінансового менеджменту як форми прийняття й реалізації управлінських рішень на мікрорівні, тоді як термін «управління фінансами» зазвичай використовують для характеристики управління на макрорівні зі специфічною метою фінансового забезпечення не лише економічного, а й соціального розвитку. Іншими словами, ціллю управління фінансами на рівні держави є фінансування розвитку соціальної сфери, задоволення потреб суспільства.

Мета функціонування галузі охорони здоров'я, незалежно від моделей фінансового забезпечення, управлінських моделей, державної політики чи особливостей організації галузі, полягає у задоволенні суспільної потреби у відтворенні, збереженні та зміцненні здоров'я громадян, тобто в забезпеченні соціальної ефективності. Однак досвід функціонування адміністративно-командної системи управління фінансами галузі переконливо показав, що досягти цієї мети неможливо без належної уваги до економічної ефективності. Ігнорування критерію економічної доцільності під час побудови радянської системи охорони здоров'я зумовило відсутність дієвих механізмів адаптації галузі до змін у структурі власності, умовах господарювання та потребі реформування.

Управління фінансами охорони здоров'я має передбачати чітке визначення мети та її досягнення за допомогою відповідних інструментів фінансового механізму. Мета управління фінансами охорони здоров'я повинна бути узгоджена з цілями інших функціональних видів менеджменту, а також з філософією та місією галузі. Вона може змінюватися залежно від етапу розвитку та умов функціонування медичних закладів, галузі й держави загалом. З одного боку, управління фінансами має бути спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності об'єкта охорони здоров'я як складової частини ринкової інфраструктури й проявлятися у покращенні конкурентних позицій установи на

ринку медичних послуг, а з іншого – на підтримання фінансової стабільності як окремих закладів, так і галузі в цілому, що створює передумови для надання медичних послуг, виконання суспільно важливої функції й розвитку системи охорони здоров'я.

Поняття «управління фінансами охорони здоров'я» доцільно розглядати як більш широке, оскільки воно охоплює як фінансове адміністрування (коли йдеться про державне управління фінансами), так і фінансовий менеджмент (коли маємо на увазі управління фінансами конкретних установ охорони здоров'я). Ключові відмінності між цими поняттями пов'язані зі складом об'єктів і суб'єктів управління, специфікою принципів, функцій та управлінських технологій. Так, управлінські технології фінансового адміністрування базуються на системі адміністративних принципів, методів і форм організації управління всіма аспектами фінансової діяльності в сфері охорони здоров'я та ґрунтуються на наказах, розпорядженнях, ієрархії, певній культурі управління, авторитеті керівника, принципі обов'язкового й точного виконання вказівок підлеглими та виконавцями. Фінансовий менеджмент, своєю чергою, спирається на принципи свободи економічного вибору між можливими варіантами управлінських рішень, зокрема оцінки кожного варіанта з позицій співвідношення «витрати/ефект», оптимізації, контролю й особистої відповідальності за пошук, відбір і прийняття рішення, його реалізацію та досягнення поставлених цілей, що є особливо актуальним для галузі охорони здоров'я.

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

Управління фінансами в охороні здоров'я охоплює всю сукупність форм і методів організації фінансових відносин у галузі. Складність системи управління фінансами охорони здоров'я зумовлюється її високим рівнем структурованості: багатоваріантність фінансових форм і методів поєднується з багатокomпонентністю об'єктів і суб'єктів фінансового управління, а також зі складністю окремих елементів цієї системи.

На сучасному етапі управління фінансами галузі зосереджене, насамперед, на пошуку додаткових джерел фінансування, контролі за джерелами їх формування та напрямками використання, тобто на застосуванні управлінських технологій фінансового адміністрування. При цьому об'єктом управління виступають фінансові ресурси галузі, що формуються у процесі розподілу й перерозподілу ВВП. В умовах ринкової економіки об'єктами управління фінансами охорони здоров'я, крім фінансових ресурсів, є також капітал, активи, доходи, видатки, інвестиції, ризики й загрози, а також фінансовий стан галузі чи окремого медичного закладу.

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

- держава як суб'єкт владного регулювання фінансових відносин у сфері охорони здоров'я;
- виробники медичних послуг – медичні установи та організації різних форм власності, а також лікарі, які здійснюють приватну практику;
- користувачі медичних послуг, до яких у країнах із державною системою і системою соціально орієнтованого страхування охорони здоров'я належить усе населення;
- замовники медичних послуг та платники за медичну допомогу (покупці послуг охорони здоров'я), до яких у страховій моделі фінансового забезпечення можуть належати страховики (страхові компанії, страхові фонди, лікарняні каси тощо), а в системах бюджетного фінансування – відповідні державні органи управління.

Держава формує загальну політику (у тому числі фінансову) у сфері охорони здоров'я, затверджує фінансову стратегію галузі та розробляє фінансову тактику. Виробники та замовники медичних послуг реалізують на практиці визначену стратегію та ухвалюють оперативні фінансові рішення. Участь держави в системі управління фінансами охорони здоров'я зумовлена необхідністю обмеження можливостей виробників медичних послуг завдавати шкоди інтересам пацієнтів, використовуючи інформаційну асиметрію й своє монопольне становище; забезпечення розподілу ресурсів у сфері охорони

здоров'я з урахуванням зовнішніх ефектів від споживання медичних послуг; гарантування доступності медичної допомоги для всіх верств населення. У всіх країнах світу держава так чи інакше бере участь в організації діяльності в сфері охорони здоров'я, що знаходить відображення у функціонуванні відповідних органів законодавчої й виконавчої влади різних рівнів, а також у діяльності органів місцевого самоврядування.

Безпосередніми учасниками управління фінансами, які організовують фінансову діяльність медичних установ, виконують спеціалізовані управлінські функції в одній або кількох сферах фінансової діяльності, є фінансові менеджери, функції яких у багатьох медичних закладах частково виконують головні лікарі.

Сутність управління фінансами виявляється через його функції й безпосередньо через механізм їх реалізації [109, с. 18].

Проведене дослідження функцій управління фінансами засвідчило наявність істотних розбіжностей у трактуванні їх складу. Частина дослідників до функцій фінансового менеджменту відносить розподільчу, контрольну та відтворювальну функції [66, с. 22; 218, с. 39], фактично ототожнюючи функції фінансового менеджменту з функціями фінансів як економічної категорії. Інший підхід, що розглядає функції фінансового менеджменту як різновид загальних функцій управління, полягає у виокремленні таких функцій, як планування [66, с. 22; 191, с. 426], прогнозування [101, с. 426], організація [66, с. 22; 121, с. 426], регулювання [101, с. 426], мотивація [66, с. 22; 101, с. 426] і контроль [66, с. 22; 101, с. 426]. У цьому випадку предмет фінансового менеджменту безпосередньо кореспондує з розумінням управління як процесу в рамках загального менеджменту.

Зарубіжні дослідники Дж. С. Ван Хорн і Дж. М. Вахович розрізняють функції фінансового менеджера та функції фінансового менеджменту. До функцій фінансового менеджера вони відносять ефективний розподіл фондів у межах підприємства й мобілізацію ресурсів на найбільш вигідних умовах [19, с. 13], тоді як функції фінансового менеджменту пов'язують із прийняттям рішень щодо інвестування, фінансування та управління активами [19, с. 38]. Л. К. Гапенські виокремлює для фінансового менеджменту в охороні здоров'я такі функції, як

аналіз і планування, фінансування, управління оборотним капіталом, управління фінансовими ризиками, управління контрактами [103, с. 7].

Питання щодо складу функцій, які формують будь-яку систему управління, у тому числі систему управління фінансами, залишається відкритим і є предметом наукових дискусій. Додатковим чинником, що посилює неоднозначність визначення складу функцій управління фінансами охорони здоров'я, виступає специфіка функціонування галузі та її взаємодії із зовнішнім середовищем.

Функції управління фінансами охорони здоров'я доцільно розглядати як комплекс взаємопов'язаних організаційних дій суб'єктів управління, виокремлених із загального процесу управління за певною ознакою, спрямованих на конкретні напрями фінансової діяльності об'єкта управління й таких, що у своїй сукупності забезпечують досягнення цілей і завдань галузі на кожному етапі соціально-економічного розвитку.

Залежно від дослідницьких завдань сучасні економісти розрізняють загальні та конкретні функції, пов'язуючи загальні функції з діяльністю суб'єктів управління (керуючої системи), а конкретні – з функціонуванням об'єкта управління (керованої системи), окремих його підсистем і елементів [63, с. 22; 73, с. 18; 107, с. 21].

Виходячи з цього підходу, ми виокремлюємо функції управління фінансами охорони здоров'я як специфічної керівної системи. До таких функцій належать: фінансове планування, фінансове забезпечення, фінансування, регулювання, координування, аналіз фінансової діяльності, мотивація та матеріальне стимулювання, фінансовий контроль і контролінг (рис. 1.5).

Управлінський процес, подібно до процесу виробництва чи надання послуг, постійно розвивається й удосконалюється. Він розпочинається з постановки цілей і завдань та завершується їх виконанням, тобто досягненням визначеної мети.

Функція фінансового планування охоплює стратегічне й оперативне планування, а також фінансове прогнозування. Стратегічне фінансове планування передбачає формування фінансової політики розвитку галузі, розробку довгострокової фінансової стратегії й її поетапну конкретизацію. Обґрунтування, ухвалення та реалізація оперативних фінансових рішень, формування й розподіл фінансових ресурсів галузі, закупівля та фінансування послуг охорони здоров'я, а

також здійснення регулювальних і координуючих впливів реалізуються в межах оперативного управління фінансами охорони здоров'я.



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

За таких умов істотно посилюється потреба оцінювати рівень виконання запланованих показників, своєчасно виявляти загрози фінансовій безпеці, ідентифікувати потенційні шляхи запобігання кризовим явищам, зокрема фінансовим. Це, у свою чергу, зумовлює необхідність організації систематичного моніторингу та запровадження контролінгу. Головним призначенням системи контролінгу є оцінювання якості прийнятих управлінських рішень, що забезпечується через формування ефективних систем забезпечення – інформаційного, організаційного, кадрового, програмного, технічного, фінансового.

Роль контролінгу полягає у забезпеченні управлінського процесу максимально повною, точною й релевантною кількісною інформацією, у здійсненні необхідних розрахунків показників, виявленні оптимальних значень і меж. Функція аналізу фінансової діяльності дає змогу зафіксувати відхилення фактичних результатів від запланованих, що стає підставою для застосування інструментів регулювання та координування, які, у свою чергу, є важливими елементами механізму управління. Фінансовий контроль спрямований на перевірку правильності формування фондів грошових коштів галузі та їх цільового використання, на порівняння фактичних фінансових результатів від використання фінансових ресурсів із плановими показниками, а також на виявлення резервів їх нарощення [197, с. 89]. Отже, фінансовий контроль можна визначити як цілеспрямовану діяльність уповноважених органів щодо забезпечення законності, доцільності, результативності та ефективності здійснення фінансових операцій і досягнення цілей управління фінансами.

Окремо слід виокремити функцію мотивації та матеріального стимулювання. Стимулювання покликане забезпечити розвиток тих явищ і процесів, які на відповідному етапі мають пріоритетне значення або за інших рівних умов перебувають у менш сприятливому становищі з погляду саморозвитку [20, с. 513; 166, с. 25; 117, с. 67]. Особливу увагу слід приділити формуванню ефективної системи мотивації й матеріального стимулювання персоналу закладів охорони здоров'я у процесі прийняття ефективних фінансових рішень та виконання поставлених завдань. Від ступеня зацікавленості медичного персоналу в результатах власної праці значною мірою залежать ефективність фінансової діяльності медичних установ, якість надання послуг охорони здоров'я й успіх реформування галузі в цілому.

Об'єкт управління розглядається як система, на яку спрямований вплив через реалізацію функцій управління. Виходячи з цього, ми виокремлюємо функції управління фінансами стосовно об'єктів управління, які доцільно розуміти як результат розподілу управлінської праці, що безпосередньо здійснюється суб'єктами управління.

Функціями управління фінансами охорони здоров'я щодо об'єктів управління є управління грошовими потоками, капіталом, доходами, видатками,

активами, інвестиціями, ризиками та загрозами, а також фінансовим станом медичних установ. В сучасних умовах зазначені функції мають трансформуватися у конкретні управлінські дії, що здійснюються на різних рівнях управління галуззю. Запровадження цих функцій покликане забезпечити реалізацію суспільного вибору, оцінити ступінь задоволеності користувачів діяльністю закладів і системи охорони здоров'я загалом, підвищити ефективність громадського контролю, сприяти гармонізації взаємин та зміцненню взаємозв'язку між суб'єктами управління, а також розвивати індивідуальну відповідальність працівників шляхом подолання надмірної колективізації процесів прийняття рішень.

Принципи управління фінансами охорони здоров'я становлять концептуальне підґрунтя формування фінансової політики у галузі. Водночас фінансова політика визначає правила, методи та нормативно-правову базу управління фінансовою діяльністю в охороні здоров'я. Іншими словами, принципи застосовують під час декомпозиції процесів управління фінансами, оскільки вони дають змогу поєднати окремі функції управління зі стратегічними цілями розвитку галузі.

До принципів управління фінансами охорони здоров'я, на нашу думку, належать:

- **принцип соціальної солідарності.** Соціальна солідарність передбачає взаємні зобов'язання, взаємну допомогу та підтримку між членами спільноти. Враховуючи високу вартість медичних послуг і тенденцію до її зростання, цей принцип покликаний забезпечити можливість отримання послуг охорони здоров'я через створення державної системи охорони здоров'я або системи соціального медичного страхування;
- **принцип поєднання соціального і медичного ефектів з економічною ефективністю.** Йдеться про необхідність досягнення максимального співвідношення між економічним, соціальним та медичним результатом від управлінського впливу на галузь охорони здоров'я та витратами, необхідними для досягнення цього результату. Економічна ефективність забезпечується раціональним використанням наявних ресурсів, у тому числі через недопущення надання невиправданих медичних послуг;

- **принцип цілеспрямованості та результативності фінансової діяльності.** Передбачає чітке визначення цілей управлінської діяльності суб'єктів управління, орієнтацію на досягнення заздалегідь окреслених результатів, узгодження цих цілей із необхідними ресурсами та перенесення акценту на «слабкі ланки» управлінських впливів, які потенційно можуть перешкоджати досягненню поставлених завдань;
- **принцип правової впорядкованості.** Обумовлює потребу законодавчого закріплення базових цілей, функцій і принципів управління фінансами у сфері охорони здоров'я, а також створення належної нормативної основи їх реалізації;
- **принцип соціальної, у тому числі юридичної, відповідальності за результати управління фінансами охорони здоров'я.** Ідеться про відповідальність за управління фінансовими ресурсами та капіталом як галузі загалом, так і окремих медичних установ перед суспільством. З огляду на високе соціальне значення охорони здоров'я вважаємо за доцільне запровадити персональну відповідальність суб'єктів управління за наслідки ухвалених фінансових рішень, що сприятиме досягненню мети фінансового менеджменту закладів охорони здоров'я та виявленню причин можливих відхилень;
- **принцип диверсифікації джерел фінансового забезпечення.** Спрямований на зниження впливу фінансових ризиків через розширення спектра та поєднання різних джерел надходження коштів;
- **принцип комплексності.** Ґрунтується на необхідності застосування взаємодоповнюючої сукупності засобів управлінського впливу, тобто одночасного використання управлінських технологій фінансового адміністрування та фінансового менеджменту, а також поєднання оперативних дій і завдань зі стратегічними цілями розвитку галузі.

Для системи охорони здоров'я характерний специфічний механізм організації фінансів, який, на відміну від більшості інших галузей, поєднує дві ключові компоненти – соціальну справедливість та економічну ефективність. Критеріями соціальної справедливості виступають досягнення соціального й медичного ефектів. Під медичним ефектом розуміють ступінь реалізації поставлених завдань у сфері профілактики, діагностики й лікування захворювань. Він визначається необхідністю та результативністю медичного втручання, рівнем

якості лікування конкретного пацієнта, використанням сучасних інноваційних технологій надання медичної допомоги й оцінюється через співвідношення отриманого результату до витрачених зусиль і коштів за інших рівних умов. Соціальний ефект функціонування системи охорони здоров'я проявляється у покращенні стану здоров'я населення, зниженні захворюваності та передчасної смертності, зміні демографічних показників у позитивному напрямі, зростанні рівня задоволеності населення медичною допомогою. Економічна ефективність, у свою чергу, вимірюється отриманим результатом у співвідношенні з витратами (у грошовому вираженні), необхідними для досягнення цього результату, й означає доцільність використання матеріальних, трудових та фінансових ресурсів суспільства з метою досягнення конкретно визначених цілей. Здійснюючи управління фінансами охорони здоров'я, слід прагнути до досягнення соціального та медичного ефектів за умови забезпечення належної економічної ефективності.

Соціальна відповідальність характеризує усвідомлення суб'єктами управління в галузі охорони здоров'я суспільної значущості власних дій та рішень, а також прагнення здійснювати їх таким чином, щоб максимально враховувати інтереси суспільства. Соціальна відповідальність трактується як обов'язок особи оцінювати власні наміри й обирати лінію поведінки відповідно до норм, що відображають інтереси суспільного розвитку, а у випадку їх порушення – звітувати перед суспільством і нести передбачене покарання. Юридична відповідальність є різновидом соціальної відповідальності, закріпленим у законодавстві і забезпечуваним державою у вигляді юридичного обов'язку правопорушника зазнати примусового позбавлення певних благ чи цінностей, що йому належать [115, с. 45]. Іншими словами, це застосування до винної особи примусових заходів за вчинене правопорушення.

Функції та принципи управління реалізуються за умови поєднання методів, форм і засобів вироблення, ухвалення та виконання управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, тобто через використання управлінських технологій. Узагальнене уявлення про систему управління фінансами охорони здоров'я подано на рис. 1.6.



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

Беручи до уваги наведені вище міркування, під управлінням фінансами охорони здоров'я пропонуємо розуміти зорієнтовану на пріоритети суспільного вибору діяльність та взаємодію суб'єктів управління, що ґрунтується на визначеній системі принципів, функцій та управлінських технологій формування, прийняття й реалізації рішень щодо мобілізації, розподілу й використання фінансових ресурсів, а також організації обігу грошових коштів у галузі охорони здоров'я з метою забезпечення досягнення наперед визначеної стратегічної та тактичної мети.

Попри запровадження ринкових перетворень у реальному секторі економіки та фінансовій системі, в організації роботи системи охорони здоров'я й надалі переважає використання адміністративних методів управління, які суттєво обмежують гнучкість і маневровість у процесі прийняття управлінських рішень на мікрорівні.

Управління системою охорони здоров'я здійснюється на низці взаємопов'язаних рівнів: державному (рівень законодавчої та виконавчої гілок влади), галузевому, відомчому, регіональному, місцевому та мікрорівні, до якого належать окремі медичні установи, страхові компанії, громадські організації, фонди медичного страхування. У контексті аналізу управління системою охорони здоров'я України доцільно розрізняти: загальне адміністрування охорони здоров'я, фінансове адміністрування охорони здоров'я, а також фінансове адміністрування і фінансовий менеджмент медичних установ (до завершення реформи системи охорони здоров'я на мікрорівні домінують саме форми фінансового адміністрування). Для кожної зі складових управління як системою охорони здоров'я загалом, так і фінансами галузі, що здійснюється на різних рівнях, характерним є застосування специфічних управлінських технологій (рис. 1.7).

До таких управлінських технологій належать:

I. Управлінські технології адміністрування охорони здоров'я, до яких ми відносимо: розроблення державної, регіональної та місцевої політики у сфері охорони здоров'я; вибір на рівні держави моделі системи охорони здоров'я та забезпечення її законодавчо-нормативної, кадрової, організаційної, фінансової та інформаційної підтримки; формування державної політики реформування

системи охорони здоров'я; розроблення державної політики оплати праці медичних працівників.



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

Розроблення державної політики професійної підготовки медичних працівників, їхньої атестації, підвищення кваліфікації, а також політики ліцензування та акредитації постачальників медичних послуг, регулювання їх діяльності становить важливу складову системи управлінських технологій адміністрування у сфері охорони здоров'я. До сфери таких технологій належать і стандартизація медичних послуг, державне регулювання їх якості та результативності, а також законодавчо-нормативне врегулювання та оптимізація мережі закладів охорони здоров'я і функціонування ринку лікарських засобів. Невід'ємними є також нормативно-правове врегулювання ресурсного забезпечення, включаючи фінансову підтримку діяльності установ охорони здоров'я, визначення правил поведінки постачальників медичних послуг, а також вимог до платників за ці послуги, формування організаційних засад здійснення функцій адміністрування.

II. Управлінські технології фінансового адміністрування передбачають формування та реалізацію державної фінансової політики у галузі охорони здоров'я; здійснення бюджетного планування і фінансування; організацію фінансового контролю, а також проведення аналізу й оцінки ефективності фінансового забезпечення не тільки всієї системи охорони здоров'я, а й окремих установ різних форм власності. Ці технології формують основу регулятивного впливу держави на фінансову складову функціонування галузі.

III. Управлінські технології фінансового адміністрування установ охорони здоров'я охоплюють специфічні методи внутрішньої організації фінансової діяльності. В умовах, що склалися нині, основними інструментами є кошторисне планування, кошторисне фінансування та внутрішній аудит. Проте слід зазначити, що чинний порядок кошторисного планування і фінансування не забезпечує у повному обсязі реальні потреби медичних закладів та їх розвиток. Він не створює необхідних стимулів до підвищення якості медичних послуг, оскільки відсутня належна мотивація керівництва щодо більш ефективного формування і використання фінансових ресурсів.

На рівні медичних установ загалом – включно з державними та комунальними закладами – досі відсутня реальна самостійність у розробленні та прийнятті фінансових управлінських рішень. Обсяг фінансування залежить від

оперативно-сітьових показників (кількості відвідувань, кількості ліжко-днів тощо), що змушує адміністрацію закладів орієнтуватися переважно на зростання кількісних показників, а не на підвищення якості медичного обслуговування і результативності медичних послуг.

Управління фінансами як система, що перебуває у полі впливу двох груп регуляторів – державних та ринкових, – формується під дією відповідних інструментів. До державних регуляторів належать соціальні стандарти, норми та нормативи, законодавче забезпечення. Основними ринковими детермінантами виступають попит і пропозиція, а також фактори, що впливають на них: конкуренція, рівень цін, доходи населення, диференціація споживчих вподобань, екологічні та економічні умови тощо.

Реалізація управління фінансами неможлива без функціонування розвиненої системи забезпечення, що охоплює нормативно-правову, організаційну, інформаційно-аналітичну, кадрову, фінансову, технічну та програмну підсистеми. Однією з ключових проблем вітчизняної системи управління фінансами у сфері охорони здоров'я залишається недостатність та асиметричність інформаційного забезпечення, а також викривлення та непрозорість діяльності суб'єктів управління, передусім органів виконавчої влади та постачальників медичних послуг, і суттєвий дефіцит зворотного зв'язку з громадськістю та організаціями громадянського суспільства.

У цих умовах зростає актуальність залучення громадських об'єднань до формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, до визначення суспільного запиту на обсяг і якість медичних послуг, оцінювання ефективності функціонування галузі, діяльності окремих медичних установ, управління їх фінансовими ресурсами, капіталом і фінансовим станом. У цьому процесі мають бути зацікавлені як органи влади, так і споживачі та надавачі медичних послуг. Отже, ключового значення набуває постійне вдосконалення організаційних механізмів, що забезпечують відкритість та доступність інформації про діяльність суб'єктів управління, публічне обговорення проектів рішень, участь представників громадянського суспільства у робочих групах органів виконавчої влади, які готують нормативні акти та інші рішення, що зачіпають права та інтереси громадян. До таких механізмів належать і громадська експертиза

соціально важливих фінансових рішень у сфері охорони здоров'я, забезпечення прозорості процедур надання медичних послуг, гарантії захисту прав пацієнтів. Право громадян впливати на процес управління охороною здоров'я може бути реалізоване лише за умов тісної взаємодії суб'єктів управління та громадських інституцій.

Важливе організаційне значення у системі управління фінансами охорони здоров'я відіграє система органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших інституцій, що беруть участь у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Йдеться про інституційно сформований механізм управління, який буде докладно розглянуто у наступному підрозділі.

1.3. Інституціональні засади управління фінансами охорони здоров'я

Система управління фінансами у сфері охорони здоров'я формується відповідно до загальної структури управління охороною здоров'я і охоплює сукупність органів державного, регіонального та місцевого рівнів. У даному контексті слід розрізняти стратегічне (загальне) та оперативне управління фінансами (рис. 1.8).

До органів стратегічного рівня належать Верховна Рада України, Президент України та Кабінет Міністрів України. Саме вони визначають стратегічні пріоритети, концептуальні засади реформування та ключові напрями фінансової політики у сфері охорони здоров'я. Оперативне управління фінансами здійснюється органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, які забезпечують реалізацію визначених завдань на практиці.

Верховна Рада України, відповідно до статей 13 і 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2892, закріплює засади державної політики охорони здоров'я, визначає її цілі, основні завдання, стратегічні напрями, принципи та пріоритети, встановлює нормативи і обсяги бюджетного фінансування, формує систему кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, а також затверджує загальнодержавні програми у сфері охорони здоров'я.

Після проголошення незалежності Верховна Рада України ухвалила значну кількість законодавчих актів у сфері охорони здоров'я населення, які становлять основу національного законодавства у цій галузі. Більшість таких актів містять

норми, що визначають цілі, методи, завдання та форми державного управління й регулювання відповідних соціально-економічних відносин. До таких належать закони України «Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про лікарські засоби», «Про донорство крові та її компонентів» та інші нормативно-правові акти.



Рис. 1. 8. Інституціональне забезпечення управління фінансами охорони здоров'я .

Доцільним видається прийняття доповнень і конкретизації щодо повноважень Верховної Ради України у сфері охорони здоров'я, запропонованих у законопроекті «Про внесення змін та доповнень до Основ законодавства України про охорону здоров'я» № 3270 від 21 вересня 2004 р. [41], де, зокрема, передбачено: «Державну політику у сфері охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом прийняття законодавчих актів з охорони здоров'я...».

Особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я несе Президент України. Глава держави виступає гарантом забезпечення прав громадян на охорону здоров'я, через систему органів державної виконавчої влади забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я, втілює в життя державну політику у цій сфері та реалізує інші повноваження, визначені Конституцією України.

Місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування здійснюють реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в межах компетенції, визначеної чинним законодавством [42].

Органи державної виконавчої влади несуть відповідальність за практичну реалізацію державної політики охорони здоров'я. Відповідно до ст. 113 Конституції України та ст. 13, 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» Кабінет Міністрів України є вищим органом у системі органів виконавчої влади. Він організовує розроблення та виконання комплексних і цільових загальнодержавних програм, формує економічні, правові й організаційні механізми, що мають стимулювати ефективне функціонування сфери охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші функції, покладені на органи виконавчої влади у цій сфері.

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах наданих повноважень розробляють програми та прогнози розвитку сфери охорони здоров'я; формують єдині науково обґрунтовані стандарти, норми й вимоги, спрямовані на збереження здоров'я населення; визначають державні

замовлення з метою належного матеріально-технічного забезпечення галузі; здійснюють державний контроль і нагляд, а також іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я.

Безпосереднє забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я покладено на спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у цій сфері – Міністерство охорони здоров'я України. Повноваження Міністерства визначено Положенням, затвердженим Указом Президента України від 13.04.2011 р. № 467/2011 «Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [118]. До основних завдань Міністерства охорони здоров'я належать: формування державної політики у сфері охорони здоров'я (а не лише її реалізація, як це передбачено Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»); формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення; у галузі створення, виробництва, контролю якості та обігу лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів; протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; участь у підготовці проєктів міжнародних договорів України; здійснення нормативно-правового регулювання у сферах охорони здоров'я і санітарно-епідемічного благополуччя населення; забезпечення, в межах компетенції, дотримання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами й організаціями права громадян на охорону здоров'я; визначення пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я й санітарно-епідемічного благополуччя; підготовка пропозицій щодо визначення пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я; розроблення та організація виконання державних комплексних і цільових програм охорони здоров'я; розроблення та реалізація державних цільових і галузевих програм у галузі охорони здоров'я; проведення галузевої експертизи науково-дослідних (науково-технічних) установ, які належать до сфери управління МОЗ України, а також проведення державної атестації підвідомчих науково-дослідних інституцій; здійснення контролю якості медичної допомоги; організація медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівнях, організація надання медичної допомоги за

спеціальностями; підготовка нормативно-правових актів з питань загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування; визначення видів медичної допомоги, що фінансуються за рахунок загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування; організація заходів із пропагування та поширення здорового способу життя серед населення України; здійснення контролю за дотриманням законодавства про медико-соціальну експертизу; контроль за використанням бюджетних коштів у сфері, що належить до компетенції Міністерства, та інші функції.

Міністерство охорони здоров'я України відповідає за організацію та проведення обов'язкової державної акредитації медичних закладів усіх форм власності, видає ліцензії лікувально-профілактичним закладам, що здійснюють надання медичних послуг або займаються виробництвом і реалізацією медичних препаратів. МОЗ безпосередньо управляє окремими спеціалізованими медичними закладами.

Специфіка Міністерства як центрального органу виконавчої влади виявляється насамперед у характері його компетенції, яка може мати як галузевий, так і функціональний вимір. МОЗ України є класичним галузевим органом, однак одночасно наділене й міжвідомчими повноваженнями, що дозволяють здійснювати державне управління та регулювання питань охорони здоров'я у різних галузях і сферах суспільного життя [27, с. 348–349].

Компетенція міністерств, як правило, закріплюється в актах законодавства, які можуть мати силу закону або постанови Кабінету Міністрів України, хоча п. 12 ст. 92 Конституції України відносить питання такого рівня до виключної компетенції Верховної Ради України.

Основні напрями діяльності МОЗ України охоплюють:

- формування та реалізацію державної політики охорони здоров'я населення, загальнодержавних і місцевих програм охорони здоров'я;
- оперативне управління підпорядкованими органами та закладами охорони здоров'я державної форми власності;
- державне регулювання відносин у сфері охорони здоров'я;

– державний контроль за якістю надання медичної допомоги та послуг з охорони здоров'я, а також за якістю лікарських засобів, наркотичних речовин тощо.

На загальнодержавному рівні управління фінансами охорони здоров'я в Україні здійснюють також інші центральні органи виконавчої влади (Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство оборони України, Міністерство транспорту та зв'язку України, Служба безпеки України, Академія медичних наук України тощо), у підпорядкуванні яких перебуває 8,8 % медичних закладів. Вони беруть участь у реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я, надаючи медичну допомогу категоріям громадян, пов'язаним із відповідними відомствами, а в окремих випадках – і членам їхніх сімей. Керівництво структурними підрозділами медичної служби в цих системах здійснюють спеціально визначені управлінські структури відповідних міністерств.

Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади в межах компетенції розробляють програми та прогнози розвитку охорони здоров'я, встановлюють єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, спрямовані на забезпечення охорони здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення для матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль та нагляд і виконують інші виконавчо-розпорядчі функції у сфері охорони здоров'я [42].

Водночас система державного управління у цій сфері залишається інституційно незавершеною, що негативно позначається на ефективності державно-управлінської діяльності. Координаційний механізм забезпечення внутрішньогалузевих та міжгалузевих зв'язків на рівні Міністерства охорони здоров'я та інших міністерств і відомств наразі є недостатньо відпрацьованим, що знижує узгодженість дій різних суб'єктів управління.

Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування здійснюють регулювання у сфері охорони здоров'я через створену в їх структурі систему обласних та районних (а також міських – у містах Києві та Севастополі)

управлінь (відділів) охорони здоров'я та відповідних структур виконавчих комітетів рад.

Управління охорони здоров'я обласних і Київської міської державних адміністрацій є державними органами, які відповідають за реалізацію державної політики охорони здоров'я в регіонах. Такі управління, з одного боку, виконують роль спеціалізованих органів виконавчої влади на рівні області (міста), створених відповідною державною адміністрацією, а з іншого – виступають галузевими органами, підпорядкованими МОЗ України, що реалізують функції державного управління охороною здоров'я.

Відповідно до покладених на них завдань управління охорони здоров'я мають широке коло повноважень: вони готують пропозиції до проєктів програм соціально-економічного розвитку території та проєктів місцевих бюджетів, подають їх на розгляд відповідної державної адміністрації та забезпечують їх реалізацію; у межах компетенції сприяють органам місцевого самоврядування у вирішенні завдань соціально-економічного розвитку відповідної території; здійснюють організаційне й методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення; здійснюють фінансування медичних закладів, що утримуються за рахунок коштів обласних бюджетів, бюджетів міст Києва та Севастополя, і контролюють ефективність використання ними фінансових, матеріальних і трудових ресурсів; вживають заходів для збереження мережі закладів охорони здоров'я, розробляють прогнози її розвитку та враховують їх при формуванні програм соціально-економічного розвитку відповідних територій тощо [145].

На районному рівні, для забезпечення керівництва закладами охорони здоров'я та реалізації державної політики, у складі районних державних адміністрацій функціонують відділи охорони здоров'я, підзвітні й підконтрольні голові райдержадміністрації та управлінню охорони здоров'я відповідної обласної державної адміністрації [104].

Основними завданнями таких відділів є: реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я на відповідній території; контроль за дотриманням законодавства та державних стандартів у сфері охорони здоров'я; координація діяльності медичних закладів незалежно від форми власності й підпорядкування щодо надання лікувально-профілактичної допомоги населенню району; прогнозування й планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я. Відділ охорони здоров'я аналізує потреби медичних закладів у фінансових, матеріальних та кадрових ресурсах, оцінює ефективність їх використання; формує заявки на закупівлю медичного обладнання, лікарських засобів, спеціального санітарного транспорту, що централізовано постачаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, організовує такі закупівлі відповідно до законодавства; контролює якість та обсяги лікувально-профілактичної допомоги, що надається населенню району [104].

Функції відділу охорони здоров'я щодо управління фінансами значною мірою збігаються з функціями головного лікаря районної лікарні, яка, як правило, є основною підпорядкованою медичною установою, координацію діяльності якої здійснює цей відділ. Водночас відділ охорони здоров'я виступає головним розпорядником коштів районного бюджету, до видатків якого, згідно з новою редакцією Бюджетного кодексу України від 8 липня 2010 р., віднесено фінансування первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги (дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти), що раніше утримувалися за рахунок бюджетів сіл, селищ та міст районного значення. У зв'язку з цим, а також з необхідністю упровадження контрактної моделі закупівель медичних послуг, діяльність відділу охорони здоров'я набуває особливого значення. Потребує також оновлення Положення про відділ охорони здоров'я з урахуванням змін законодавства та завдань реформування фінансового управління галузі.

Значну роль у реалізації державної політики й управлінні фінансами в сфері охорони здоров'я відіграють органи місцевого самоврядування.

Відповідно до Конституції України та Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР повноправними власниками більшості закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів (зокрема дільничних лікарень, амбулаторій, районних і міських лікарень), а також закладів третинного рівня (обласних лікарень та інших установ обласного підпорядкування) є відповідні місцеві ради.

До компетенції міських, районних і обласних рад належать: затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку; ухвалення бюджетів; розподіл між районними бюджетами та місцевими бюджетами (міст обласного чи районного значення, сіл, селищ) коштів, переданих із державного бюджету у вигляді дотацій і субвенцій; управління об'єктами комунальної власності, що забезпечують спільні потреби територіальних громад; виконання інших завдань у сфері управління.

Безпосереднє управління закладами охорони здоров'я та їхніми фінансами здійснюють виконавчі комітети сільських, селищних і міських рад та виконавчі апарати районних і обласних рад. Виконавчі органи сільських, селищних і міських рад забезпечують реалізацію як власних (самоврядних) повноважень — управління закладами охорони здоров'я комунальної форми власності відповідних територіальних громад, організацію їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організацію медичного обслуговування й харчування у закладах освіти, культури, фізичної культури і спорту, оздоровчих закладах, що належать територіальним громадам або передані їм, — так і делегованих повноважень: забезпечення доступності та безоплатності медичної допомоги на відповідній території; розвиток усіх видів медичного обслуговування, удосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби в кадрах і формування замовлень на їх підготовку, укладення договорів на підготовку фахівців, організація роботи щодо підвищення кваліфікації; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами й виробами медичного призначення; реєстрація статутів (положень) закладів охорони здоров'я, розташованих на відповідній території,

незалежно від форми власності; внесення пропозицій щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я тощо [45].

Логічним продовженням організаційної структури управління охороною здоров'я виступають виконавчі органи місцевого самоврядування: управління і відділи охорони здоров'я міських рад, а також головні лікарі та їхні заступники у міських, сільських і селищних лікарнях.

З метою здійснення керівництва охороною здоров'я у містах у складі міських рад функціонують управління (відділи) охорони здоров'я як спеціалізовані виконавчі органи місцевого самоврядування. Їх основним завданням є організація та забезпечення охорони здоров'я населення міста.

Правовий статус таких управлінь і відділів визначається положеннями, які затверджуються відповідними міськими радами. Управління (відділ) є виконавчим органом міської ради, утворюється нею, підзвітне і підконтрольне їй, а також підпорядковується виконавчому комітету та міському голові. Аналіз положень про управління охороною здоров'я низки міських рад України засвідчує, що їх завданнями, як правило, є організація лікувально-профілактичної допомоги населенню, забезпечення ефективного функціонування комунальних закладів охорони здоров'я, розподіл коштів міського бюджету, виділених на їх утримання, вивчення стану здоров'я населення, розроблення заходів з профілактики захворюваності, зниження рівня інвалідності та смертності тощо.

Разом із тим аналіз зібраних положень про управління охорони здоров'я місцевих рад показує, що значна їх частина фактично є дослівним відтворенням положень про управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Так, положення про управління охорони здоров'я Івано-Франківської, Вінницької та окремих інших міських рад майже повністю збігаються між собою текстуально, а також із Типовим положенням про управління охорони здоров'я обласної, Київської міської державної адміністрації, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 10 грудня 1998 р. № 1946, яке вже втратило чинність (чинним є Типове положення, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1845). Існують випадки, коли

положення про такі управління неодноразово формально перезатверджувалися упродовж останніх 10–12 років без зміни первісного тексту, що призвело до невідповідності їх норм сучасним вимогам законодавства.

Для узгодження управлінських рішень із потребами медичних закладів із числа керівників закладів охорони здоров'я та провідних фахівців формується медична рада. Основним завданням цього колегіального органу є обговорення стану справ у сфері охорони здоров'я населення, аналіз діяльності комунальних медичних закладів, напрацювання рекомендацій і пропозицій щодо формування та реалізації місцевої політики у сфері охорони здоров'я.

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

Безпосереднє керівництво діяльністю закладу охорони здоров'я, згідно зі ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII із наступними змінами й доповненнями, здійснює особа, яка відповідає державним єдиним кваліфікаційним вимогам, – головний лікар. Він є розпорядником бюджетних коштів, несе відповідальність за їх цільове та раціональне використання, організує лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську та фінансову діяльність установи, проводить аналіз її роботи і, на

підставі отриманих результатів, уживає заходів щодо вдосконалення форм та методів діяльності закладу.

Діяльність органів місцевого самоврядування щодо управління комунальними закладами охорони здоров'я за своїм змістом значною мірою наближена до моделі організації системи державного управління з високим рівнем централізації повноважень. При цьому інтереси та потреби населення у сфері медичного обслуговування не завжди належним чином враховуються. Найближче до споживачів послуг перебувають безпосередні надавачі – медичні працівники та керівники закладів охорони здоров'я, які мають найбільш повну інформацію про потреби населення в медичних послугах і потреби закладів у фінансових ресурсах для їх забезпечення. Однак їх повноваження щодо формування та розподілу фінансових ресурсів, впливу на внутрішньогалузеві фінансові відносини та фінансову взаємодію між закладами обмежені чинною кошторисною системою планування і фінансування.

Спробою розширення повноважень головних лікарів стали зміни, внесені до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 2.03.2008 р. № 122. Відповідно до них керівникам закладів охорони здоров'я надано право у разі виробничої необхідності змінювати штати окремих структурних підрозділів або вводити посади, не передбачені штатними нормативами для конкретного закладу. Водночас такі зміни допускається здійснювати лише за рахунок посад інших підрозділів у межах фонду оплати праці, визначеного лімітними довідками на відповідний період. Заміна посад працівників може проводитися лише в межах однієї категорії персоналу (лікарі, середній медичний персонал, молодший медичний персонал, фармацевтичний персонал, адміністративно-управлінський персонал, за винятком заступників керівників, та господарсько-обслуговуючий персонал). Водночас скорочення чисельності працівників автоматично веде до зменшення фінансування, що є економічно не вигідним для керівників медичних установ.

Відповідно до Закону України «Про здійснення державних закупівель» від 1.06.2010 р. № 2289–VI [44] відповідальним за організацію та проведення

процедур закупівель може бути визнано керівника медичної установи лише за умови, що такий статус буде йому спеціально наданий Кабінетом Міністрів України, місцевими державними адміністраціями або виконавчими органами місцевих рад. Тобто право самостійно здійснювати закупівлі законодавчо не закріплене безпосередньо за головним лікарем, що, на нашу думку, було б доцільним для підвищення гнучкості та відповідальності на рівні закладу.

Важливу роль в управлінні фінансами охорони здоров'я відіграють фінансові інституції, зокрема Міністерство фінансів України, яке є центральним спеціалізованим органом виконавчої влади, діяльність якого спрямована на визначення та впровадження єдиних методологічних засад інформаційно-аналітичного забезпечення управління державними фінансами, створення єдиної інформаційно-аналітичної системи обліку й управління коштами соціальної сфери. Згідно з Указом Президента України «Про Положення про Міністерство фінансів України» від 8.04.2011 р. № 446/2011 [119], Міністерство фінансів розробляє та доводить до головних розпорядників коштів інструкції щодо підготовки бюджетних запитів на плановий і два наступні бюджетні періоди, визначає строки та порядок їх подання; встановлює основні організаційно-методичні засади бюджетного планування, що застосовуються при підготовці бюджетних запитів, проєкту Державного бюджету України і прогнозу на наступні за плановим два бюджетні періоди; визначає загальний рівень доходів, видатків і кредитування бюджету, оцінює обсяги фінансування бюджету в процесі складання проєкту Державного бюджету України; здійснює оцінку відповідності бюджетному законодавству бюджетних запитів, паспортів бюджетних програм, проєктів зведених кошторисів для складання розпису державного бюджету; аналізує виконання результативних показників бюджетних програм і відповідність звітності головних розпорядників показникам, визначеним законом про Державний бюджет України; проводить аналіз бюджетних запитів з погляду відповідності поставленим цілям, пріоритетам і ефективності використання бюджетних коштів; модернізує систему державних фінансів, удосконалює методи фінансового й бюджетного планування; складає розпис Державного бюджету

України відповідно до бюджетних призначень і вносить до нього зміни, у тому числі щодо міжбюджетних трансфертів у розрізі місцевих бюджетів; розробляє інструктивні матеріали з питань складання розпису (тимчасового розпису) Державного бюджету України; затверджує лімітні довідки про бюджетні асигнування, що містять бюджетні призначення і їх помісячний розподіл; погоджує типові штати бюджетних установ.

Місцеві фінансові органи здійснюють планування та прогнозування показників видаткової частини місцевих бюджетів, формують проєкти та бюджетні розписи місцевих бюджетів, визначаючи обсяг фінансових ресурсів, що спрямовуються на утримання закладів охорони здоров'я; забезпечують контроль за цільовим і раціональним використанням бюджетних коштів цими закладами.

Безпосередньо управлінням фінансами охорони здоров'я займається відділ фінансів соціально-культурної сфери та соціального захисту населення, який готує розрахункові показники по галузі охорони здоров'я; аналізує бюджетні запити, подані головними розпорядниками коштів, з огляду на їх відповідність цілям, пріоритетам, ефективності використання бюджетних ресурсів; доводить до головних розпорядників лімітні довідки про затверджені бюджетні призначення та їх помісячний розподіл; визначає обсяги асигнувань на охорону здоров'я; складає розпис відповідного бюджету на основі уточнених зведених кошторисів, зведених планів асигнувань загального та спеціального фондів, поданих головними розпорядниками.

Органи Державної казначейської служби України забезпечують ведення бази даних про мережу розпорядників і одержувачів бюджетних коштів; здійснюють оперативне прогнозування та касове планування видатків бюджету; ведуть облік бюджетних асигнувань; організовують та координують діяльність головних бухгалтерів бюджетних установ, контролюючи належне виконання ними своїх обов'язків; здійснюють реєстрацію й облік бюджетних зобов'язань розпорядників і одержувачів бюджетних коштів та відображають їх у звітності про виконання бюджету; контролюють ведення бухгалтерського обліку всіх надходжень і витрат державного та місцевих бюджетів, складання і подання

фінансової й бюджетної звітності; здійснюють контроль за закупівлями товарів, робіт і послуг за державні кошти під час розрахунково-касового обслуговування розпорядників і одержувачів бюджетних коштів; перевіряють відповідність кошторисів розпорядників бюджетних коштів показникам розпису бюджету. Органи казначейства мають право зупиняти операції з бюджетними коштами і ініціювати зупинення бюджетних асигнувань у разі порушення учасниками бюджетного процесу бюджетного законодавства [106].

Контрольні повноваження щодо використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я здійснюють Рахункова палата, яка, будучи конституційним органом парламентського контролю, проводить ревізії та перевірки витрачання бюджетних коштів на охорону здоров'я, та Державна фінансова інспекція України. Закон України «Про Державну контрольно-ревізійну службу в Україні» від 26.01.1993 р. № 2939-XII зі змінами від 01.01.2011 р. і Указ Президента України «Про Положення про Державну фінансову інспекцію України» від 23.04.2011 р. № 499/2011 визначають завдання, функції та правові засади діяльності Державної фінансової інспекції. До основних її завдань належать: здійснення державного фінансового контролю за використанням і збереженням державних фінансових ресурсів, необоротних та інших активів; перевірка правильності визначення потреби в бюджетних коштах і взяття бюджетних зобов'язань; контроль за ефективним використанням коштів і майна, станом і достовірністю бухгалтерського обліку та фінансової звітності в міністерствах і інших органах виконавчої влади, державних фондах, бюджетних установах; контроль за виконанням місцевих бюджетів; підготовка пропозицій щодо усунення виявлених порушень і недоліків, запобігання їх повторенню в майбутньому [45; 106].

Управління фінансами охорони здоров'я здійснюють також органи Державної податкової служби та фонди соціального страхування, які контролюють дотримання закладами охорони здоров'я законодавства щодо обчислення та сплати податків і обов'язкових платежів, правильності

нарахування й перерахування єдиного соціального внеску, а також цільового використання коштів фондів соціального страхування.

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

У сфері організації охорони здоров'я відбулися суттєві зміни щодо статусу об'єктів і суб'єктів управління, форм власності, на основі яких формується управлінський вплив. Перетворення в економічному та правовому середовищі країни обумовлюють потребу як у ґрунтовних системних інституціональних змінах у механізмах управління фінансами та їх практичному впровадженні, так і в подальшому теоретичному осмисленні результатів цих перетворень.

Аналіз функцій наведених інституцій уможлиблює формування важливих висновків. Передусім, в Україні відсутній спеціально уповноважений орган, відповідальний виключно за управління фінансами охорони здоров'я. Інституціями, наділеними компетенцією в цій сфері, є органи державної влади, що здійснюють стратегічне управління, формуючи засади державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення конституційних і законодавчих основ, визначення мети, ключових завдань, напрямів, принципів і пріоритетів розвитку охорони здоров'я, встановлення нормативів та обсягів бюджетного фінансування, а також органи місцевого самоврядування.

Серед основних проблем інституціонального механізму управління фінансами охорони здоров'я, на нашу думку, слід виокремити невпорядкованість функцій Міністерства охорони здоров'я. МОЗ одночасно виступає замовником медичних послуг і їх покупцем (оскільки, як орган виконавчої влади, здійснює оплату замовлених послуг і є головним розпорядником бюджетних коштів), надавачем послуг (адже більшість лікувально-профілактичних закладів, за винятком приватних і відомчих, підпорядковані і перебувають у його юрисдикції), а також регулятором (оскільки видає нормативні акти, що реєструються Міністерством юстиції і мають юридичну силу, здійснює ліцензування, проводить атестацію й акредитацію закладів тощо).

Саме з розмежування зазначених функцій доцільно розпочинати реформування інституційного забезпечення охорони здоров'я. У компетенції міністерства має бути збережена насамперед функція замовника медичних послуг. Відповідно до затверджених державних стандартів МОЗ повинно контролювати якість їх надання, згладжувати територіальні диспропорції, впроваджувати в діагностично-лікувальний процес новітні методи й технології лікування, сучасні лікарські засоби, тобто задавати орієнтири у формуванні найбільш якісного рівня медичної допомоги.

В умовах реформування міністерство має розробити єдину національну концепцію трансформації галузі, яка повинна містити чітко сформульовані вихідні теоретичні положення, окреслювати основні причини необхідності реформування фінансового механізму галузі, визначати соціальні та організаційні цілі, яких планується досягти, етапи та строки здійснення перетворень, пакет нормативно-правових актів, що мають забезпечити впровадження змін, а також порядок звітності й відповідальність виконавців.

У розвинених країнах регулятором системи охорони здоров'я, як і інших сфер суспільних відносин, виступає орган законодавчої влади – парламент, який здійснює регулювання через ухвалення законів.

Держава в особі органу законодавчої влади, зокрема Верховної Ради України, має забезпечувати законодавчу та нормативно-правову підтримку медичного забезпечення всього населення незалежно від місця проживання. Для врегулювання спірних питань функціонують система законодавства та судова влада.

Механізм реформування галузі охорони здоров'я повинен мати підтримку на всіх рівнях управління: центральному (уряд, Міністерство охорони здоров'я та інші міністерства), обласному (обласні управління охорони здоров'я й обласні ради), місцевому (районні та дільничні структурні підрозділи охорони здоров'я, місцеві ради), а також на рівні окремих закладів охорони здоров'я. Необхідно чітко визначити напрями державної фінансової політики у сфері охорони здоров'я та забезпечити наявність системи державних програм у цій галузі. Такий

системний підхід передбачає визначення ієрархії напрямів фінансової політики; законодавче закріплення стратегії розвитку охорони здоров'я та прогнозів соціального розвитку регіонів і країни загалом на засадах поєднання економічної ефективності й соціальної справедливості; створення цілісної системи державного фінансового планування; формулювання спеціальних вимог до змісту державних програм, зокрема до чіткості й об'єктивності соціально-економічних індикаторів, що дозволяють оцінити діяльність уряду, міністерств, місцевих державних адміністрацій, особливо в аспекті юридичної відповідальності за результати управлінської діяльності.

До тактичних завдань, розв'язання яких повинно інтегруватися в загальну систему реформування, належить, зокрема, розроблення і затвердження на рівні Кабінету Міністрів України Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації, а також внесення змін до Типового положення про управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації та управління охорони здоров'я Севастопольської міської державної адміністрації. У цих положеннях необхідно передбачити покладання на відповідні структурні підрозділи, серед іншого, функції здійснення державних закупівель медичних послуг за кошти відповідних бюджетів.

Важливим напрямом удосконалення інституційного забезпечення охорони здоров'я в Україні є посилення ролі соціальних інституцій, професійна підготовка управлінського персоналу, підвищення відповідальності МОЗ, обласних та районних відділів охорони здоров'я за реалізацію реформ у медичній сфері. Враховуючи те, що більшість управлінського персоналу галузових органів виконавчої влади та місцевого самоврядування (управлінь і відділів охорони здоров'я, керівництва міських, сільських і селищних лікарень) мають за базовою освітою медичну або фармацевтичну підготовку і часто поєднують адміністративну діяльність із клінічною практикою [24, с. 170], виникає потреба в організації цілеспрямованої підготовки фінансових менеджерів, які володіють

знаннями щодо економічних особливостей функціонування закладів охорони здоров'я.

Для того, щоб тактичні дії не суперечили стратегічним засадам реформування, вони мають розроблятися в межах узгоджених загальних орієнтирів. Такими орієнтирами доцільно вважати систематизовані раніше функції управління фінансами охорони здоров'я. За таких умов процес вироблення управлінських рішень набуває характеру поетапного переходу від загальних, теоретично обґрунтованих функцій до конкретних практичних заходів. Зважаючи на те, що цей перехід супроводжується різноманітністю цілей, завдань і джерел інформації, якого адекватно можна відобразити лише в чітко структурованому алгоритмі, виникає потреба у створенні моделі державного фінансового управління у сфері охорони здоров'я в Україні – тобто моделі трансформації функцій управління фінансами галузі в конкретні управлінські дії на різних рівнях, за основними напрямками та формами державно-управлінської діяльності відповідно до її етапів. Запровадження такої моделі, своєю чергою, створить умови для ухвалення виважених і науково обґрунтованих стратегічних управлінських рішень.

Висновки до розділу 1

У процесі проведеного дослідження, проаналізувавши теоретичні та інституціональні засади управління фінансами охорони здоров'я, було сформульовано такі висновки:

1. Структурування медичних послуг і сутність фінансів охорони здоров'я.

Класифікація медичних послуг за економічним змістом передбачає виокремлення їх основних видів залежно від способу виробництва – приватні та державні; методів розподілу – ринкові й неринкові; джерел фінансування – платні й безоплатні; місця в системі суспільних благ – послуги, наближені до чистих суспільних благ, і медичні послуги, що задовольняють приватні потреби споживачів та мають характеристики приватного блага. Фінанси охорони

здоров'я становлять специфічну сферу фінансових відносин та посідають особливе місце у фінансовій системі держави. Вони характеризуються сукупністю економічних відносин, що матеріалізуються у грошових потоках і пов'язані з формуванням, розподілом і використанням фонду грошових коштів галузі, сформованого в результаті вартісного розподілу та перерозподілу ВВП з метою задоволення суспільних інтересів і потреб. У дисертаційному дослідженні фінанси охорони здоров'я розглянуто в категоріях явища, змісту та форми, оскільки кожній сутності властиві відповідні матеріальні субстанції. Встановлено, що основні суперечності між сутністю та явищем фінансів галузі зумовлені невідповідністю якісних характеристик фінансової системи охорони здоров'я, закладених у теоретичній моделі її організації й закріплених у Конституції України, реальній практиці функціонування цієї моделі, яка проявляється через рух грошових коштів.

2. Уточнення дефініцій «управління фінансами», «фінансовий менеджмент», «фінансова політика», «фінансовий механізм». Критичний аналіз наукових джерел дав змогу уточнити зміст і взаємозв'язок зазначених понять. Обґрунтовано визначальну роль фінансової політики щодо управління фінансами. Запропоновано авторське трактування фінансової політики як підпорядкованої суспільному вибору діяльності держави, спрямованої на визначення основних напрямків, цілей і ключових завдань використання державних фінансових ресурсів у довгостроковій перспективі. Доведено, що принциповими відмінностями між дефініціями «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент» є, по-перше, те, що «фінансовий менеджмент» відображає управління фінансовими взаємовідносинами на мікрорівні, тоді як «управління фінансами» стосується макрорівня і пов'язане зі специфічною метою фінансового забезпечення не лише економічного, а й соціального розвитку. Іншими словами, управління фінансами на рівні держави зорієнтоване на фінансування розвитку соціальної сфери та задоволення потреб суспільства, тоді як на рівні комерційної організації – на самофінансування та забезпечення власного розвитку. По-друге, «управління фінансами» є ширшим

поняттям, що охоплює як фінансове адміністрування (у випадку державного фінансового управління), так і фінансовий менеджмент (щодо управління фінансами суб'єктів господарювання). Основні відмінності між цими поняттями стосуються складу об'єктів і суб'єктів управління, системи принципів, функцій та управлінських технологій. Фінансовий менеджмент медичних установ запропоновано визначати як систему принципів, методів, форм і прийомів, пов'язаних із рухом фінансових ресурсів і організацією обігу грошових коштів медичних установ, що забезпечує досягнення їхніх стратегічних і тактичних цілей.

3. Протиріччя інституційного механізму управління фінансами охорони здоров'я.

У процесі реалізації повноважень органів, які здійснюють управління фінансами галузі, виявлено низку суперечностей. Серед них – часткове дублювання функцій відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації та головного лікаря районної лікарні; недостатність і фрагментарність інформаційного забезпечення; обмеження повноважень керівників закладів охорони здоров'я чинною системою кошторисного планування та фінансування; зростання потреби в підготовці фахівців, компетентних у питаннях фінансового управління (фінансових менеджерів), здатних адекватно реагувати на виклики реформування галузі та забезпечувати підвищення ефективності використання фінансових ресурсів.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ СТАНУ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КНП «ДЕРГАЧІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА ЛІКАРНЯ»)

2.1. Особливості фінансового планування у галузі охорони здоров'я

Фінансове прогнозування та планування у сфері охорони здоров'я посідають провідне місце серед функцій управління фінансами галузі. Саме якість розроблення та подальшої реалізації фінансових планів визначає рівень забезпечення медичних закладів фінансовими ресурсами, а отже, й їх спроможність належним чином виконувати покладені на них функції. Об'єктом фінансового планування виступає фінансова діяльність окремих лікувально-профілактичних установ, спрямована на досягнення кінцевих та проміжних цілей оздоровлення населення як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях, а також фінансова діяльність сфери охорони здоров'я загалом. Здійснення фінансового планування базується на системі показників, що відображають специфіку фінансової діяльності окремих лікувально-профілактичних установ і галузі охорони здоров'я у цілому.

Механізм фінансового планування побудований за принципом вертикальної підпорядкованості. Спочатку формується і затверджується Державний бюджет України, після чого в певній послідовності, відповідно до рівня управління, ухвалюються бюджети нижчих рівнів [33, с. 254]. Лише по завершенні цього процесу розпочинають складання та затвердження фінансових планів (кошторисів) бюджетних установ охорони здоров'я.

Кошторисне планування базується на значному обсязі попередньої підготовчої роботи щодо визначення обсягів доходів і видатків Державного та місцевих бюджетів. При цьому вихідною базою слугують прогнозні показники економічного та соціального розвитку України, які, у свою чергу, лягають в основу формування Основних напрямів бюджетної політики та попередніх параметрів проекту бюджету на відповідний рік. Основні напрями бюджетної

політики, що розробляються на виконання вимог ст. 33 Бюджетного кодексу України, покликані забезпечити реалізацію завдань, окреслених у щорічному Посланні Президента України до Верховної Ради України, й становлять ключовий документ у системі бюджетного планування. Аналіз змісту такого документа дає підстави стверджувати, що він здебільшого має декларативний характер: значна частина положень попередніх років без суттєвих змін повторюється у наступних, при цьому не подається системна оцінка причин повного або часткового невиконання завдань попередніх періодів. До того ж щороку змінюються формат і структура Основних напрямів бюджетної політики, що є наслідком відсутності уніфікованої методології стратегічного бюджетного планування та не сприяє послідовності ухвалення рішень у середньостроковій перспективі. Нерідко завдання, задекларовані в Бюджетній резолюції, залишаються нереалізованими через брак відповідної законодавчо-нормативної бази та політичної волі.

У цьому контексті доцільно переглянути формат зазначеного документа. Вбачається необхідним виокремити у його структурі розділи, присвячені стратегічним, середньостроковим і тактичним завданням, доповнивши їх аналізом виконання напрямів бюджетної політики попереднього року, а також конкретними макроекономічними, соціально-економічними та бюджетними показниками на плановий період. Окрім цього, важливо відображати прогностичні макропоказники ще щонайменше на 3–4 роки після планового року, що дало б змогу оцінити вплив визначених напрямів бюджетної політики у середньостроковому горизонті. Особливої уваги потребує методологічно виважена розробка макропоказників економічного та соціального розвитку, адже саме від їх наукової обґрунтованості залежить достовірність бюджетних параметрів, ефективність бюджетного планування та реальні можливості фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок бюджетних ресурсів.

Система організації фінансового планування в медичних установах України упродовж тривалого часу, включно з періодом становлення державної незалежності, залишається практично незмінною, базуючись на принципах бюджетного фінансування та жорсткого державного контролю. Однак

трансформації соціально-економічного середовища об'єктивно зумовлюють потребу оновлення і в цій царині. Центральною проблемою виступає нездатність держави забезпечити фінансування потреб охорони здоров'я у повному обсязі.

Різні оцінки свідчать, що за рахунок бюджетних коштів нині покривається лише від 25 до 50 % фактичних потреб галузі охорони здоров'я [59]. Бюджетне планування на регіональному та місцевому рівнях ґрунтується на спрощеному механізмі, що базується на формульному підході до обчислення доходів і видатків, а також на використанні фінансових нормативів бюджетної забезпеченості. Останні щороку переглядаються, не мають належного наукового обґрунтування та визначаються залежно від наявних можливостей державного бюджету. На основі зведених бюджетних показників за доходами по Україні здійснюється розподіл прогнозних доходів місцевих бюджетів між адміністративно-територіальними одиницями і уточнюється методика їх розрахунку. Обсяги міжбюджетних трансфертів визначаються з урахуванням фінансового нормативу бюджетної забезпеченості, який єдиний для всіх місцевих бюджетів і дорівнює середнім по країні витратам на одного споживача бюджетної послуги за кожним видом видатків. За своєю економічною сутністю такі нормативи, що регулюють фінансові відносини у сфері охорони здоров'я, покликані фіксувати гарантований державою рівень задоволення потреб регіону чи окремого закладу в фінансових ресурсах для реалізації завдань поточних і перспективних планів соціального розвитку, водночас відображаючи компроміс між інтересами держави та населення конкретних територій.

Нині фінансові нормативи бюджетної забезпеченості, що застосовуються в бюджетному процесі, позбавлені глибокої наукової бази, що негативно впливає на функціонування бюджетної системи. Відповідно до положень Бюджетного кодексу України ці нормативи використовуються переважно для визначення обсягів міжбюджетних трансфертів, а не для розрахунку реальних потреб органів місцевого самоврядування у коштах на конкретні цільові заходи [33, с. 262]. Таким чином, їх призначення полягає передусім у забезпеченні певного рівня «справедливого» розподілу трансфертів, а не у відображенні фактичної потреби у

видатках. Алгоритм їх розрахунку зводиться до поділу загального обсягу фінансових ресурсів, спрямованих на реалізацію бюджетних програм, на чисельність населення або кількість споживачів відповідних соціальних послуг [62, с. 3]. Це означає, що нормативи визначаються виходячи з досягнутого рівня доходів бюджету та політичних рішень щодо розподілу фінансових ресурсів.

Уникнути такої ситуації можливо шляхом розроблення та затвердження довгострокових, науково обґрунтованих норм і нормативів розподілу доходів та видатків між рівнями бюджетної системи з урахуванням специфіки екологічних, демографічних, епідеміологічних та інших факторів розвитку регіонів.

Відповідно до ст. 95 Бюджетного кодексу України фінансовий норматив бюджетної забезпеченості коригується за допомогою коефіцієнтів, що відображають відмінності у вартості надання соціальних послуг залежно від чисельності населення, кількості споживачів послуг, а також соціально-економічних, демографічних, кліматичних, екологічних та інших характеристик адміністративно-територіальної одиниці. Для обчислення видатків на охорону здоров'я застосовується спеціальний коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статеві-вікової структури населення, який визначається на основі еквівалентних одиниць надання медичної допомоги. Додатково використовуються коригувальні коефіцієнти, що враховують відмінності у питомій вазі видатків на оплату праці в загальній структурі видатків місцевих бюджетів. Однак такі показники потребують частого перерахунку у зв'язку з регулярним, часом – кількаразовим протягом року, підвищенням заробітної плати медичних працівників. Насправді ж уряд не здійснює систематичного перегляду відповідних коефіцієнтів, унаслідок чого вони залишаються на рівні попередніх років [59, с. 92].

До формування місцевих бюджетів на черговий фінансовий рік Міністерство фінансів України доводить зазначені вище показники до відповідних органів місцевої виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, відповідальних за складання проектів і затвердження місцевих бюджетів. Такі розрахункові параметри визначаються окремо для обласних

бюджетів, бюджету міста Києва, бюджетів міст обласного значення та районних бюджетів. По суті, Міністерство фінансів на макрорівні визначає сукупний обсяг прогнозованих бюджетних ресурсів, що розподіляються між різними рівнями місцевих бюджетів по країні, що свідчить про тенденцію до посилення централізації бюджетного планування: розрахунок видатків державного бюджету та понад 700 місцевих бюджетів зосереджується в одному органі центрального рівня. Водночас місцевим органам доводяться не індивідуальні показники за кожною функцією, а інтегральний розрахунковий обсяг загальних видатків відповідного місцевого бюджету, який є сумою показників для фінансування всіх функцій, включно з охороною здоров'я.

Положення ст. 61 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР гарантують самостійність місцевих бюджетів, що означає закріплення за ними на стабільній основі власних і закріплених джерел доходів та надання органам місцевого самоврядування права самостійно визначати напрями використання бюджетних коштів у межах затвердженого місцевого бюджету. Втручання державних органів у процес складання, затвердження й виконання місцевих бюджетів офіційно не допускається.

Унаслідок цього, отримавши з центрального рівня інтегральний обсяг міжбюджетного трансферту, який акумулює розрахункові показники за всіма функціями, місцеві органи влади самостійно розподіляють ці кошти за статтями видатків. Як наслідок, реальні обсяги видатків, затверджені у процесі ухвалення місцевих бюджетів, нерідко не збігаються з розрахунковими параметрами, визначеними Міністерством фінансів: вони можуть бути як більшими, так і меншими. Місцеві ради мають право приймати рішення про збільшення фінансування охорони здоров'я за рахунок власних надходжень або, навпаки, його скорочення. На практиці, зважаючи на те, що доведених згори обсягів видатків, як правило, недостатньо для покриття мінімальних потреб галузі в регіонах, місцеві органи самоврядування часто затверджують більші обсяги фінансування. Водночас трапляються ситуації, коли, незважаючи на контрольні

розрахунки, затверджуються менші обсяги, оскільки доведені Міністерством фінансів контрольні цифри не мають обов'язкового характеру.

Згідно з формулою, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів» від 8.12.2010 р. № 1149 [134], структура розрахунку видатків на охорону здоров'я у вигляді міжбюджетних трансфертів, що передаються з Державного бюджету, виглядає таким чином. На рівні обласного бюджету має залишатися 35,4 % загальної суми міжбюджетного трансферту, що надходить з державного бюджету; решта коштів, з огляду на чисельність населення в кожному районі та місті обласного значення, розподіляється між відповідними місцевими бюджетами. На рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення не повинно залишатися більше 55,1 % обсягу трансферту, що надходить із обласного бюджету; інша частина, з урахуванням нормативів бюджетної забезпеченості в розрахунку на душу населення та чисельності населення в кожній адміністративній одиниці, спрямовується до бюджетів нижчого рівня – міст районного значення, селищних і сільських рад. Для цього рівня окремі нормативи фінансового забезпечення не визначаються.

Частка фінансового нормативу бюджетної забезпеченості видатків на первинну медико-санітарну амбулаторну допомогу, що надається самостійними дільничними амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами, у складі загального фінансового нормативу видатків на охорону здоров'я для бюджету всього району або міста обласного значення, якому адміністративно підпорядковані інші населені пункти, має становити не менше 2 %. Це означає, що при плануванні районного бюджету видатки на забезпечення первинної медико-санітарної амбулаторної допомоги зазначеними закладами мають сягати щонайменше 23 % структури фінансового нормативу бюджетної забезпеченості всіх видатків на охорону здоров'я району. Якщо ж на території міст, сіл і селищ відсутні юридично самостійні заклади первинної медико-санітарної допомоги, пов'язані з ПМСД, відповідні кошти залишаються у бюджеті району.

Розрахунки, проведені за формулами, затвердженими Кабінетом Міністрів України, показують, що 23 % районного бюджету відповідають лише близько 9,5 % загальної суми трансферту, який передається з Державного бюджету на рівень області для фінансування охорони здоров'я. Такий показник майже втричі менший за ті частки, які, за даними практики європейських країн, спрямовуються на фінансування первинної медико-санітарної допомоги [107, с. 8].

Заплановані обсяги видатків місцевих бюджетів на реалізацію делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я відображають радше мінімально необхідний рівень фінансування, який здебільшого покриває витрати на утримання мережі закладів. На сучасному етапі точні розрахунки такої потреби ускладнені відсутністю єдиної, науково виваженої системи норм і нормативів. Натомість регулятивний вплив на процес фінансового планування здійснюється щорічними законами про Державний бюджет, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів, наказами профільних міністерств та іншими нормативно-правовими актами. До цього додається значна кількість уже прийнятих законодавчих і підзаконних документів, що часто накладаються один на одного.

Позитивним наслідком упровадження формульного підходу до розрахунку видатків місцевих бюджетів стало створення більш прозорого і зрозумілого механізму планування бюджетних видатків. Відповідно до нового порядку, відбулося концептуальне зміщення: від планування видатків на утримання існуючої мережі бюджетних установ до формування місцевих бюджетів на основі єдиних нормативів у розрахунку на одного мешканця або споживача соціальних послуг [62]. З одного боку, застосування елементів нормативного методу при визначенні обсягів видатків місцевих бюджетів можна вважати перевагою, оскільки це дає змогу зменшити суб'єктивізм при ухваленні рішень про фінансування окремих статей і гарантує адміністративно-територіальним одиницям середні (у перерахунку на душу населення) обсяги фінансування за рахунок місцевих бюджетів, що в перспективі має сприяти скороченню територіальних диспропорцій у рівнях надання суспільних послуг.

З іншого боку, зазначена методика майже не враховує фактичну мережу закладів охорони здоров'я, їх потужності та кадрове забезпечення. Фінансування продовжує здійснюватися на утримання мережі незалежно від реальних потреб населення відповідної території. Надмірна регламентація процедури планування обмежує можливості багатоваріантних розрахунків, не стимулює ефективне використання трудових, матеріальних та інших ресурсів [95, с. 224], ускладнює оперативне управління фінансовими потоками.

Потреба населення в лікувально-профілактичній допомозі, яка знаходить своє втілення у кількості ліжок, мережі амбулаторно-поліклінічних закладів, безпосередньо визначає й потребу у фінансових ресурсах охорони здоров'я. Аналіз практики фінансового планування в галузі підтверджує, що воно не спирається на науково опрацьовану систему норм і нормативів. Нова система забезпеченості населення медичною допомогою та відповідними ресурсами досі не розроблена. Проблема має історичні корені: чинна система нормативів значною мірою походить з радянського періоду, коли кількість ліжок та медичного персоналу нарощувалася прискореними темпами без достатнього економічного обґрунтування [156, с. 14]. Аналогічно, без глибокого аналізу вітчизняних умов надання медичної допомоги, було розпочато процес скорочення ліжкового фонду та чисельності медичних кадрів.

Позитивною тенденцією останніх років можна вважати те, що зменшення мережі лікарняних закладів і ліжкової потужності відбувається одночасно з розширенням мережі амбулаторно-поліклінічних закладів, амбулаторій сімейної медицини та впровадженням стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Недосконалість діючої нормативної бази та відсутність сучасних норм, що відображають нинішній стан, перспективи розвитку та необхідність реформування галузі охорони здоров'я, зумовлюють хиби при плануванні видатків за основними статтями кошторисів медичних установ.

Оскільки в умовах сьогодення бюджети формуються фінансовими органами не під заздалегідь визначені цілі й завдання, а виходячи з фактичного рівня доходів, усі цільові програми, прийняті до затвердження бюджету на наступний

рік, підлягають коригуванню. За таких умов ініціатива керівників органів управління охороною здоров'я та медичних установ нівелюється підпорядкуванням принципу утримання мережі, що майже не пов'язаний з результатами діяльності закладів. Крім того, невикористання бюджетних асигнувань унаслідок економії стає підставою для відмови фінансових органів від розгляду можливості збільшення фінансування галузі в подальшому, оскільки неосвоєні кошти трактуються як надлишкові.

Практика кошторисного планування вказує, з одного боку, на його надмірну централізацію і детальну регламентацію, а з іншого – на відсутність внутрішньої узгодженості та впорядкованості. Процес планування регламентується значною кількістю законів та підзаконних актів, більшість з яких мають тимчасовий характер і часто змінюються. Такий підхід не забезпечує зв'язку між обсягами запланованих фінансових ресурсів та обсягами реально наданих медичних послуг, результатами діяльності закладів, не дає змоги оперативно коригувати використання коштів у ході виконання бюджетів. Керівники медичних установ практично позбавлені реального впливу на процес фінансового планування.

Основним завданням розпорядників бюджетних коштів і фінансових органів при плануванні є першочергове забезпечення так званих «захищених» статей видатків медичного закладу. Хоч у сфері охорони здоров'я до таких статей, окрім заробітної плати й оплати енергоносіїв, належать також видатки на медикаменти та харчування, однак відсутність нормативної й методичної бази для їх планування зумовлює обчислення цих видатків за залишковим принципом, без урахування реальних потреб у фінансових ресурсах.

Запровадження нового механізму вирівнювання бюджетних надходжень потенційно могло б позитивно вплинути на реструктуризацію галузі на рівні регіонів, оскільки в його межах фінансування вже не залежить безпосередньо від мережі закладів. Однак указаний механізм не враховує проблеми фрагментації фінансових ресурсів, успадкованої від радянської системи охорони здоров'я. Акумуляція коштів галузі відбувається на різних рівнях, при цьому ресурси використовуються на утримання установ, що належать до різних рівнів системи, а

послуги, які вони надають, часто дублюються або взаємозамінюють одна одну. Таке багаторівневе розосередження ресурсів ускладнює оптимізацію процесу надання медичної допомоги та сприяє збереженню неефективних моделей організації медичних послуг [80, с. 14].

Узагальнюючи наведене, можна виокремити такі ключові проблеми фінансового планування видатків на охорону здоров'я:

- недосконалість механізму бюджетного планування, заснованого на принципі вертикальної підпорядкованості;
- відсутність єдиної методології стратегічного фінансового планування;
- тенденцію до посилення централізації бюджетного планування;
- використання фінансових нормативів бюджетної забезпеченості переважно як інструменту розподілу трансфертів, а не як відображення реальних потреб;
- відсутність належного наукового обґрунтування нормативів, їх щорічний перерахунок, прив'язаний до бюджетних доходів та політичних рішень щодо розподілу ресурсів;
- поглиблення суперечностей між зростаючими потребами населення в якісній медичній допомозі і можливістю їх забезпечення за рахунок бюджетних коштів;
- недосконалість пропорцій розподілу фінансових ресурсів між бюджетами різних рівнів і між рівнями надання медичної допомоги.

Формування, розподіл та використання коштів у сфері охорони здоров'я здійснюються відповідно до фінансових можливостей і потреб бюджетних установ на основі затверджених кошторисів і планів асигнувань, із дотриманням певних принципів фінансування. Забезпечення реалізації цих принципів є предметом оперативного управління фінансами, яке розглядається далі.

2.2. Оцінка фінансового контролю та його результативності у сфері охорони здоров'я (на прикладі КНП «Дергачівська центральна лікарня»)

Система управління фінансами охорони здоров'я повинна функціонувати в межах чинного законодавства й враховувати інтереси як споживачів медичних послуг, так і широкої громадськості. Забезпечити виконання цих вимог можливо

лише за умови існування ефективно організованої системи фінансового контролю. Контроль, будучи однією з базових функцій управління, є об'єктивно необхідним елементом управлінського процесу. Саме завдяки контролю діяльність суб'єктів управління коригується відповідно до обраної моделі розвитку, виявляються наявні відхилення та приймаються рішення щодо їх усунення.

Головне призначення фінансового контролю в системі охорони здоров'я полягає у сприянні максимально повному залученню наявних джерел формування фінансових ресурсів, а також у підвищенні ефективності їх використання для задоволення суспільних потреб у медичних послугах. При цьому мають бути збалансовано враховані інтереси як громадян, так і медичних установ. Реалізація контрольних повноважень у сфері охорони здоров'я покладається на органи державної влади різних рівнів, а також на інститути незалежного фінансового контролю. За кожним суб'єктом контролю чітко закріплюється коло повноважень та відповідні права щодо застосування заходів впливу у разі виявлення фінансових порушень.

Запровадження програмно-цільового методу в бюджетному процесі створило можливість більш чіткого визначення цілей, завдань та очікуваних результатів використання бюджетних коштів, що, своєю чергою, зумовило переорієнтацію частини контрольних заходів органів Державної фінансової інспекції України та Рахункової палати України на оцінку ефективності використання бюджетних ресурсів, спрямованих на виконання державних цільових програм.

Державна фінансова інспекція України та її територіальні підрозділи здійснюють свою діяльність відповідно до затверджених річних і квартальних планів. У 2005–2018 рр. контрольна робота ДФІ України у сфері охорони здоров'я концентрувалася на таких основних напрямках:

- проведенні ревізій фінансово-господарської діяльності Міністерства охорони здоров'я України; контролі використання бюджетних коштів і майна в закладах, підпорядкованих МОЗ; перевірці цільового використання бюджетних коштів

установами державної санітарно-епідеміологічної служби; оцінці стану збереження і законності використання майна комунальними установами охорони здоров'я; контролі ефективності виконання комплексної програми «Цукровий діабет»; аналізі використання державних коштів, спрямованих на підготовку та підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних кадрів;

– проведенні аудитів ефективності використання коштів державного і місцевих бюджетів, виділених на заходи з подолання епідемій туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, на лікування онкологічних хворих; оцінці результативності використання коштів державного бюджету, спрямованих на комплексне медико-санітарне забезпечення громадян, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС; аналізі ефективності використання бюджетних ресурсів, виділених на медичне лікування, реабілітацію та санаторне забезпечення особового складу Збройних Сил України; здійсненні фінансових аудитів Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів та Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення, підпорядкованих МОЗ України.

Рахункова палата України зосереджує свою діяльність переважно на перевірці використання коштів Державного бюджету, виділених Міністерству охорони здоров'я України, та оцінці ефективності фінансування державних програм і заходів у сфері охорони здоров'я.

Як Рахункова палата, так і органи ДФІ з року в рік виявляють значну кількість порушень у плануванні та використанні бюджетних коштів, спрямованих на фінансування програм охорони здоров'я, а також у сфері державних закупівель. При цьому наголошується на низькому рівні ефективності реалізації багатьох програм. Аналіз результатів контрольних заходів дає змогу виокремити низку проблем, що потребують системного розв'язання.

Зокрема, Уряд неодноразово ухвалював концепції та комплексні заходи щодо вирішення актуальних проблем у сфері охорони здоров'я. Однак реалізація таких документів часто наштовхується на неякісну підготовку управлінських рішень, недоліки прогнозування та фінансового планування. Наслідком цього

стає неефективне використання коштів: їх тривале «заморожування» на реєстраційних рахунках розпорядників та поточних рахунках підвідомчих установ без фактичного застосування за цільовим призначенням, а іноді й повернення невикористаних сум до Державного бюджету. В окремих випадках необґрунтовані управлінські рішення призводили до прямих втрат державних коштів. Рахунковою палатою неодноразово фіксувалися факти нераціонального використання коштів на закупівлю основних засобів (медичного обладнання).

Після завершення аудитів державних цільових програм керівники міністерств, відомств і організацій, відповідальні за їх реалізацію, далеко не завжди вживали вичерпних заходів для усунення виявлених недоліків, що свідчить про недостатню результативність контрольних процедур. Значна частина проблемних питань тривалий час залишається невирішеною, що негативно позначається на процесі використання бюджетних коштів і перешкоджає своєчасному та ефективному виконанню програм. Так, наприклад, починаючи з 1992 р., з метою обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, консолідації зусиль у боротьбі з цим захворюванням, забезпечення підтримки та лікування ВІЛ-інфікованих осіб Уряд ухвалив п'ять послідовних державних програм, які включали комплекс взаємопов'язаних заходів. Однак відсутність реалістичного планування та чітких організаційних дій з боку Міністерства фінансів та МОЗ призвела до того, що кошти позики Світового банку, залучені для реалізації Національної програми, були використані лише на 2,6 %. Бюджетні кошти здебільшого спрямовувалися на закупівлю виробів медичного призначення та обладнання і не забезпечили істотного впливу на подолання епідемії ВІЛ-інфекції.

Недосконалою залишається система централізованих закупівель і поставок медичного обладнання. Найтиповішими порушеннями у сфері державних закупівель є ті, що стосуються забезпечення конкурентності та прозорості процедур: некоректний вибір процедури закупівлі, недотримання пріоритету відкритих торгів, використання дискреційних критеріїв визначення переможця тендеру, що не завжди відповідають принципам законності й ефективності

використання бюджетних коштів. Нечіткість законодавчого визначення поняття «предмет закупівлі» створює можливості для штучного поділу закупівель на дрібні партії з метою уникнення проведення тендерних процедур, що веде до додаткових витрат бюджетних коштів.

Практика засвідчує, що незаконні витрати та нестачі, виявлені у процесі контролю, у багатьох випадках можуть бути повернуті й, як правило, повертаються в наступних періодах. Водночас забезпечити результативність контролю у сфері державних закупівель не завжди вдається, оскільки договори на момент перевірок уже укладені, поставки реалізовані, оплата проведена. У таких умовах відшкодування завданих збитків ускладнюється, особливо якщо постачальниками виступають фіктивні або короткотривалі комерційні структури. Нерідко мають місце ситуації, коли закупівлі здійснюються без проведення процедур, передбачених законодавством, що також призводить до фінансових порушень, які неможливо виправити заднім числом. Усе це актуалізує необхідність посилення ролі внутрішнього та поточного фінансового контролю, метою якого має бути не тільки фіксація виявлених порушень, а й попередження формального проведення процедур, запобігання укладанню фіктивних договорів, недопущення закупівель за завищеними цінами та здійснення незаконних витрат.

Аналіз структури контрольних заходів свідчить, що частина важливих питань залишається поза сферою фінансового контролю. Це зумовлено, передусім, недосконалістю законодавства у сфері управління фінансами та ведення бухгалтерського обліку в охороні здоров'я. Недостатньо врегульованими і, відповідно, малодоступними для контролю залишаються питання дотримання норм використання медикаментів і продуктів харчування, порядку отримання лікарських засобів на безоплатній або платній основі, у тому числі в рамках проведення клінічних досліджень тощо. Належним чином не врегульовано питання визначення переліку платних послуг, правильності їх калькулювання, обліку та порядку використання медикаментів, натуральних норм витрат продуктів харчування, мийних засобів та інших матеріалів [115, с. 41].

Результати аналізу діяльності державних контролюючих органів дають змогу дійти висновку, що аудит як форма фінансового контролю є відносно новим, але перспективним інструментом в Україні. Його мають право здійснювати як органи ДФІ (у складі яких функціонують спеціалізовані підрозділи з проведення аудитів), так і Рахункова палата. Матеріали проведених аудитів відзначаються високою інформативністю, дозволяють виявляти слабкі сторони системи управління фінансами, фіксувати факти нецільового, неефективного й нераціонального використання бюджетних коштів. Однак усунути всі виявлені порушення і повністю відшкодувати завдані збитки не завжди можливо, що пов'язано як з об'єктивними обставинами, так і з обмеженістю впливу контрольних органів, оскільки результати їх роботи мають переважно рекомендаційний характер. Хоч вимоги керівництва Рахункової палати та уповноважених посадових осіб ДФІ, пов'язані з виконанням ними службових повноважень, є формально обов'язковими для всіх державних органів, підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності та підпорядкування, на практиці забезпечення їх неухильного виконання є проблематичним. У цьому контексті доцільним є розширення повноважень контролюючих органів та посилення їх взаємодії з правоохоронними структурами.

У зв'язку з набуттям чинності Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» у регіонах було розпочато процес трансформації закладів охорони здоров'я з комунальних установ у комунальні некомерційні підприємства. Відповідно до листа МОЗ від 02.02.2018 № 19.1-04-158 2823 було надано роз'яснення щодо механізмів фінансування такого типу підприємств в умовах чинного законодавства.

Автономізація закладів охорони здоров'я сприяє розширенню їх господарської та фінансової самостійності, підвищенню гнучкості управління та формуванню стимулів до поліпшення якості медичного обслуговування

населення, паралельно з підвищенням економічної ефективності використання активів.

Щодо можливості фінансування закладів, які змінили організаційно-правову форму з комунальної установи на комунальне некомерційне підприємство, за рахунок медичної субвенції через органи Державної казначейської служби, МОЗ у 2019 р. надало комунальним некомерційним підприємствам відповідні роз'яснення.

Згідно з п. 1 ст. 48 Бюджетного кодексу України субвенції визначаються як міжбюджетні трансферти, що надаються на конкретну мету в порядку, встановленому органом, який прийняв рішення про їх надання. Стаття 97 Бюджетного кодексу серед можливих трансфертів із державного до місцевих бюджетів передбачає, зокрема, медичну субвенцію.

Пункт 3 Порядку та умов надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23.01.2015 р. № 11 «Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам», встановлює, що субвенція спрямовується на оплату поточних видатків закладів охорони здоров'я та програм у сфері охорони здоров'я, визначених у ст. 103-4 Бюджетного кодексу України.

Відповідно до ч. 1 ст. 103-4 Бюджетного кодексу медична субвенція спрямовується на видатки місцевих бюджетів, визначені у п. 3 ч. 1 ст. 89 (за винятком підпункту «г»)) та п. 4 ч. 1 ст. 90 Кодексу, для оплати поточних видатків, за винятком видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв. Ч. 3 ст. 90 Бюджетного кодексу уточнює, що до видатків обласних бюджетів, зокрема, належать видатки на охорону здоров'я: спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні, центри, диспансери, госпіталі для ветеранів війни, будинки дитини, станції переливання крові); інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судово-медичної експертизи, центри медичної статистики, територіальні медичні об'єднання, автопідприємства санітарного транспорту, бази спецмедпостачання, центри

здоров'я і заходи санітарної освіти, регіональні заходи з реалізації державних програм та інші програми й заходи); регіональні програми розвитку й підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що є об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст та перебувають в управлінні обласних рад, а також регіональні програми з надання населенню медичних послуг понад обсяги, передбачені програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.

Частина 6 ст. 22 Бюджетного кодексу України встановлює, що розпорядник бюджетних коштів може уповноважити одержувача на виконання заходів, передбачених бюджетною програмою, і надати йому кошти бюджету (на безповоротній або поворотній основі) у межах відповідних асигнувань. Одержувач бюджетних коштів використовує їх на основі плану використання, який конкретизує розподіл бюджетних асигнувань, затверджених у кошторисі відповідного розпорядника.

Відповідно до ч. 1 ст. 38 Бюджетного кодексу одержувачами бюджетних коштів можуть бути суб'єкти господарювання, громадські чи інші організації, які не мають статусу бюджетних установ, уповноважені розпорядником коштів на реалізацію заходів бюджетної програми і отримують на ці цілі кошти бюджету.

Аналогічні положення містяться у постанові Кабінету Міністрів України від 28.02.2002 р. № 228 «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ», де врегульовано порядок визначення статусу одержувача бюджетних коштів, а також процедури складання кошторисів розпорядником та планів використання бюджетних коштів відповідними одержувачами (зокрема, комунальними некомерційними підприємствами).

Таким чином, перетворене комунальне некомерційне підприємство змінює статус – із розпорядника на одержувача бюджетних коштів у межах відповідної бюджетної програми, що фінансується з місцевого бюджету (у тому числі за рахунок медичної субвенції з державного бюджету).

Частина 1 ст. 43 Бюджетного кодексу України закріплює норму, відповідно до якої виконання державного та місцевих бюджетів здійснюється на основі казначейського обслуговування бюджетних коштів. Державна казначейська служба забезпечує казначейське обслуговування на базі єдиного казначейського рахунку, відкритого в Національному банку України. Пункт 1 ч. 2 цієї ж статті визначає, що казначейське обслуговування включає, зокрема, розрахунково-касове обслуговування розпорядників та одержувачів бюджетних коштів.

Пункт 4.6 наказу Міністерства фінансів України від 23.08.2012 р. № 938 «Про затвердження Порядку казначейського обслуговування місцевих бюджетів» встановлює, що розпорядники нижчого рівня та одержувачі бюджетних коштів включаються до мережі головних розпорядників (або розпорядників нижчого рівня), якщо вони отримують асигнування безпосередньо від них. Порядок проведення розрахунків органами Державної казначейської служби в межах бюджетних програм визначається цим же документом, зокрема його розділами 9 та 10.

Зазначені зміни у повному обсязі поширюються і на діяльність КНП «Дергачівська центральна лікарня».

Разом з тим в Україні досі відсутній базовий закон про систему державного фінансового контролю, який би комплексно унормував основні елементи такої системи, визначив її принципи, структуру, механізми координації діяльності окремих контрольних органів та закріпив їх статус. Наявний стан правового регулювання призводить до того, що повноваження різних органів фінансового контролю розпорошені по окремих законах та численних підзаконних актах, які лише фрагментарно описують контрольні процедури, не забезпечуючи цілісної системної взаємодії.

Не здійснюється в належному обсязі незалежний фінансовий контроль (аудит) ефективності реалізації економічних та соціальних проектів у сфері охорони здоров'я, що підтримуються міжнародними фінансовими організаціями. Відсутня інтегрована система внутрішнього і зовнішнього, попереднього, поточного і подальшого контролю за здійсненням державних закупівель.

Законодавство України не передбачає повною мірою механізмів відшкодування втрачених державних ресурсів та адекватної відповідальності посадових осіб за порушення фінансової дисципліни, неефективне чи нераціональне використання бюджетних коштів. На сьогодні у сфері державних закупівель переважно встановлена адміністративна відповідальність, розміри якої нерідко суттєво поступають масштабам завданих державі збитків [28, с. 49].

Недостатньо розвиненою залишається і система внутрішнього (управлінського) фінансового контролю, яка мала б ґрунтуватися насамперед на персональній відповідальності керівника за всі аспекти фінансово-господарської діяльності установи. На практиці керівники медичних закладів не завжди усвідомлюють власну відповідальність за стан фінансово-бюджетної дисципліни, збереження й ефективного використання ресурсів галузі. В країнах Європейського Союзу подібний підхід, навпаки, розглядається як загальноприйнятий стандарт.

Ефективне функціонування внутрішнього фінансового контролю можливе лише за умови створення в Україні єдиної цілісної системи державного фінансового контролю. Відокремлений розвиток системи державного внутрішнього контролю без чітко визначеного місця в загальній структурі контролю над державними фінансами є практично неможливим.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз практики та існуючих проблем управління фінансами охорони здоров'я в Україні дає підстави сформулювати такі узагальнюючі висновки.

1. Фінансове прогнозування і планування в галузі охорони здоров'я базується на системі норм та нормативів, які не відображають реальної потреби медичних закладів у матеріальних, трудових і фінансових ресурсах. Недосконалий механізм бюджетного планування, що ґрунтується на принципі вертикальної підпорядкованості, відсутність єдиної методології стратегічного планування та тенденція до посилення централізації бюджетного планування негативно впливають на якість прогнозування та планування у сфері охорони

здоров'я. Формульний розрахунок видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я має низку вад: фінансові нормативи бюджетної забезпеченості, які становлять основу діючої формули, не мають належного наукового підґрунтя, не враховують реальних потреб закладів охорони здоров'я, а використовуються передусім як інструмент розподілу трансфертів.

2. Спостерігаються суттєві протиріччя між зростаючими потребами галузі, медичних установ і населення у високоякісній медичній допомозі та обмеженими можливостями її забезпечення за рахунок бюджетних коштів. Недосконалими залишаються пропорції розподілу фінансових ресурсів між бюджетами різних рівнів і між ланками надання медичної допомоги. Основним джерелом фінансових ресурсів охорони здоров'я є кошти місцевих бюджетів (із домінуванням обласних бюджетів), що свідчить про зміщення акцентів у фінансуванні галузі на регіональний рівень. Попри те, що потреба населення у первинній медико-санітарній допомозі є найбільшою, на її фінансування у структурі видатків місцевих бюджетів спрямовується менше 10 % загальної суми витрат на охорону здоров'я, що орієнтовно втричі менше за рівень, притаманний практиці європейських країн.

3. Діяльність з оперативного управління фінансами істотно обмежується чинною системою казначейського виконання бюджетів і зводиться переважно до внесення змін до кошторисів та планів асигнувань за рішеннями фінансових органів чи відповідних рад. Хоч керівники медичних закладів юридично наділені повноваженнями в сфері оперативного управління фінансовими ресурсами, низький рівень їх фінансової та управлінської автономії фактично звужує можливості реалізації таких повноважень. Значна частина головних лікарів не володіє достатнім обсягом знань щодо сучасних форм і методів фінансового менеджменту, що актуалізує питання зміни підходів до управління фінансами медичних установ. Некомерційний характер діяльності закладів охорони здоров'я не дозволяє формувати значні власні доходи, оскільки організація платних послуг потребує відповідної матеріально-технічної бази та додаткових інвестицій. У

структурі джерел фінансування медичних установ власні надходження становлять 5–6 % і виконують переважно функцію зміцнення фінансової стійкості.

4. Система фінансового контролю у сфері охорони здоров'я потребує суттєвого вдосконалення. Аналіз структури контрольних заходів засвідчує, що низка важливих напрямів залишається поза належною увагою контролюючих органів, що пов'язано насамперед із недосконалістю законодавства у сфері управління державними фінансами та регулювання бухгалтерського обліку в медичних закладах. Не сформовано цілісної, взаємопов'язаної системи внутрішнього та зовнішнього контролю, що б включала попередній, поточний і подальший контроль за здійсненням державних закупівель. Чинне законодавство не забезпечує повною мірою механізмів належного відшкодування втрачених фінансових ресурсів і відповідальності посадових осіб за порушення фінансової дисципліни, в тому числі за неефективне використання бюджетних коштів.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

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

Як засвідчує практика розвинених держав, питання удосконалення управління фінансами охорони здоров'я постійно перебувають у полі особливої уваги урядів і спрямовані на підвищення якості медичної допомоги за рахунок більш раціонального використання обмежених ресурсів. Стабільне й достатнє за обсягами фінансування є ключовою передумовою належного функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні. Водночас, світовий досвід демонструє, що практично всі національні системи охорони здоров'я тією чи іншою мірою стикаються з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. З огляду на високу соціальну значущість медичного обслуговування та зобов'язання держави щодо забезпечення права громадян на охорону здоров'я, уряди змушені постійно шукати й упроваджувати різноманітні інструменти, спрямовані на поліпшення фінансового забезпечення цієї сфери [105, с.3].

Нарощування обсягів фінансування, на необхідності якого наполягає частина науковців, саме по собі, без паралельного підвищення ефективності використання наявних фінансових ресурсів, не здатне принципово змінити ситуацію в галузі. Дані ВООЗ свідчать, що сумарні витрати на охорону здоров'я в країнах із розвинутою ринковою економікою та в державах із економікою, що розвивається, протягом останніх десятиліть істотно зросли у зв'язку зі старінням населення, інтенсивним розвитком та впровадженням новітніх лікувально-діагностичних технологій, підвищенням вартості лікарських засобів і медичного обладнання. Починаючи з 1970 р., витрати на охорону здоров'я на душу населення в країнах з розвинутою ринковою економікою зросли у чотири рази, причому дві третини цього приросту припадають на державні видатки. Сукупні державні витрати зросли в середньому на 4 % ВВП. Попри таке масштабне збільшення

фінансування, більшість країн продовжують відчувати брак ресурсів, у зв'язку з чим набули актуальності стратегії стримування зростання видатків та проведення реформ, спрямованих на оптимізацію фінансового забезпечення галузі шляхом більш ефективного розподілу і використання обмежених фінансових ресурсів.

Для формування цілісного уявлення про сучасні тенденції управління фінансами охорони здоров'я у світі доцільно виокремити й охарактеризувати такі ключові аспекти:

- модель фінансового забезпечення системи охорони здоров'я;
- способи та методи розподілу фінансових ресурсів;
- правовий та організаційний статус фондів, у яких акумулюються кошти;
- статус закладів охорони здоров'я та лікарів, що безпосередньо надають медичні послуги.

Фінансові ресурси можуть акумулюватися державою, страховими організаціями (в межах обов'язкового або добровільного страхування) шляхом стягнення податків – як прямих, так і цільових акцизів на окремі види товарів, податків на специфічні фактори виробництва, страхових внесків; через безпосередню оплату послуг пацієнтами, а також за рахунок благодійних пожертв. Комбінації цих джерел у різних країнах є неоднаковими, а обрана модель поєднання суттєво впливає на чутливість системи фінансового забезпечення до змін загальноекономічної ситуації.

У разі делегування повноважень щодо встановлення та адміністрування податків органам нижчих рівнів – регіональним або місцевим органам влади – формується специфічний механізм географічного перерозподілу коштів. Передача повноважень із мобілізації ресурсів, як правило, супроводжується покладанням на відповідний рівень влади відповідальності за закупівлю та надання медичних послуг. За такою логікою організовано системи охорони здоров'я в Скандинавських країнах, Данії, Болгарії, Італії [96, с. 37]. У кожній державі формується власна модель фінансування, що відображає співвідношення економічних інтересів різних суб'єктів, а також особливості історичних, політичних та соціально-економічних умов її розвитку. Однак для повної характеристики системи фінансування охорони здоров'я, її переваг і недоліків такого підходу недостатньо. Існують інші критерії та способи систематизації, які

охоплюють, зокрема, розподіл податкового навантаження, просторове розміщення ресурсів охорони здоров'я тощо. Системна характеристика цих елементів залежить не лише від того, як формуються фінансові ресурси галузі, а й від механізмів розподілу коштів та методів оплати послуг постачальників. Так, у Канаді, Фінляндії, Швеції та Великобританії постачальники медичних послуг організовані та фінансуються за принципово різними схемами, хоча в усіх цих країнах діють системи охорони здоров'я, які переважно фінансуються з податкових надходжень [91, с.4].

У прагненні контролювати зростання витрат та досягти більш раціонального використання ресурсів низка країн реформує свої системи відшкодування затрат. Рівень оплати та ціни на медичні послуги можуть установлюватися адміністративним шляхом або визначатися в результаті переговорів між державними органами, фондами соціального страхування, приватними страховими компаніями, лікарями, пацієнтами та/або роботодавцями.

Успішність реформ охорони здоров'я, досягнення прийняттого рівня медичної допомоги та поліпшення показників здоров'я населення значною мірою залежать від адекватності обраної моделі фінансування, узгодженої з конкретними соціально-економічними та політичними умовами [123, с.47]. Водночас не менш важливу роль відіграють і загальні принципи управління фінансами галузі. Методи розподілу фінансових ресурсів, форми оплати послуг медичних закладів та праці медичних працівників істотно впливають на доступність, вартість і якість наданої допомоги. У системах із бюджетним фінансуванням механізми оплати визначають внутрішній розподіл ресурсів та ефективність їх використання в межах встановлених бюджетних обмежень, а результатом можуть ставати істотні відмінності в якості та обсязі послуг при однаковому рівні видатків. Реальний рух грошових потоків у системі сам по собі формує певні стимули як для попиту, так і для пропозиції медичних послуг.

У бюджетних моделях фінансового забезпечення основним фондом акумулювання ресурсів виступає державний бюджет, а кошти збираються органами податкової служби. У системах обов'язкового медичного страхування (ОМС) фінансові ресурси зосереджуються у державних страхових фондах. Якщо ж

переважає приватне медичне страхування, кошти акумулюються у приватних страхових компаніях, які можуть мати як комерційний, так і некомерційний статус.

Лікувально-профілактичні заклади за формою власності поділяються на державні та приватні. Приватні, своєю чергою, можуть функціонувати як комерційні або як некомерційні організації.

Зазначені характеристики притаманні будь-якій системі фінансового забезпечення охорони здоров'я та дають змогу виділити основні моделі управління фінансами галузі, що існують у світі. Серед них визначальними є дві: модель фінансового забезпечення (джерела й механізми формування ресурсів) і принципи розподілу фінансових ресурсів. Інші дві – статус фондів, у яких акумулюються кошти, а також статус медичних закладів та лікарів – мають похідний характер від перших двох.

Система розподілу фінансових ресурсів визначає рівень вартості медичної допомоги та медичних послуг, зумовлює пошук економічно доцільних форм організації медичного обслуговування, впливає на масштаби впровадження у лікувально-діагностичний процес високовартісного обладнання та сучасних технологій.

Способи та механізми оплати окреслюють обсяги та канали надходження коштів від пацієнта або «третьої сторони» (страховика, бюджету) до медичної установи в обмін на отримані послуги; при цьому вони можуть бути незалежними від конкретного набору послуг чи їх вартості. У світовій практиці склалися різноманітні механізми оплати медичної допомоги, які можна згрупувати у два базові типи:

- а) попередня оплата – коли наперед, за домовленістю між платником і надавачем послуг, визначається обсяг медичної допомоги, що підлягає оплаті (кошторисне фінансування, глобальний бюджет);
- б) ретроспективна оплата – коли компенсація здійснюється за фактично наданий обсяг послуг. До цього типу належить оплата за окремі медичні послуги, за проведений ліжко-день, за пролікованого хворого згідно з тарифами, розробленими на основі клініко-статистичних груп або медико-економічних стандартів.

У межах цих двох типів застосовуються такі конкретні способи оплати медичної допомоги:

- **кошторисне фінансування.** Цей спосіб вирізняється передбачуваністю витрат і низьким рівнем адміністративних видатків. Водночас він не створює економічних стимулів для медичних працівників до ефективного використання ресурсів, підвищення результативності лікування, поліпшення показників здоров'я населення, а також не спонукає спрямовувати пацієнтів до інших закладів чи фахівців за потреби; при цьому характерним є високий рівень госпіталізації;
- оплата за вид послуги (гонорарний метод). У цьому випадку виокремлюються окремі діагностичні або лікувальні процедури, призначення і відпуск лікарських засобів, після чого пацієнту або страховій організації виставляється рахунок, що включає суму за кожну послугу;
- оплата за випадок лікування (пролікованого хворого) (single treatment fees) [115]. У цьому варіанті оплата здійснюється за комплекс послуг, пов'язаних з лікуванням певного захворювання; види допомоги диференціюються за визначеними критеріями; тариф не прив'язаний до фактичних витрат на кожного конкретного пацієнта. Оплата кожного випадку лікування або медичної послуги за повної вартості чи за заздалегідь узгодженим тарифом перетворює пацієнта на джерело доходу для надавача послуг; такий підхід стимулює лікарів до збільшення кількості пацієнтів і до надання більш комплексної допомоги – залежно від структури винагороди і графіка виплат. Як наслідок, зростають рівень госпіталізації та обсяги наданих послуг, що підтверджується досвідом реформ у Чехії (1997 р.), Хорватії (1994–1998 рр.) [122, с.2];
- оплата за дні госпіталізації (hospital days). Розмір оплати розраховується на рівні середніх витрат, що визначаються шляхом ділення загальних видатків лікарні (або групи лікарень) на кількість пацієнтів або сумарну тривалість їх перебування у стаціонарі [82, с. 5]. Такий метод, подібно до оплати за випадок лікування, може стимулювати медично необґрунтоване подовження термінів стаціонарного лікування, що знижує його ефективність;
- оплата за кожну людину або за принципом діагностичних груп (diagnosis related group). У цьому разі фінансування лікарні здійснюється на основі діагнозу пацієнта: хворі групуються за спорідненими нозологіями, для кожної групи

встановлюється єдиний тариф. Фіксований платіж, як правило, надходить один раз на рік за кожну особу, включену до певного списку. У сучасних системах охорони здоров'я рівень оплати медичних послуг дедалі менше залежить безпосередньо від обсягів лікування чи тривалості госпіталізації; більшість країн використовують саме цей підхід. Водночас інституційно Україна поки що не готова до повноцінного впровадження такої системи; – фінансування на одну особу з урахуванням статеві-вікової структури. У цьому випадку медичні працівники зацікавлені у поліпшенні стану здоров'я прикріпленого контингенту та раціональному використанні ресурсів, однак у практиці можливі ситуації зменшення обсягу послуг окремим пацієнтам [82, с. 5]. Найбільшої ефективності цей метод набуває в умовах запровадження системи «керованої медичної допомоги», яка інтегрує функції фінансування і надання послуг, посилюючи їхню результативність; – метод глобального (загального) бюджету (global budgets). У цьому випадку лікарні отримують фіксований річний бюджет під погоджений обсяг робіт, який визначається за результатами переговорів. До бюджету включаються всі статті видатків і встановлюється їх граничний рівень, у межах якого заклад має право самостійно розподіляти ресурси. Така свобода у виборі управлінських рішень дає змогу спрямовувати кошти на ті види діяльності, які вважаються найбільш ефективними. Водночас цей спосіб вимагає впровадження сучасних систем обліку в медичних установах, постійного моніторингу якості діяльності незалежними структурами та формування механізмів її безперервного вдосконалення. Рівень оплати в цьому разі жорстко не прив'язаний до кількості ліжок, потужностей та наявної інфраструктури, а пов'язується насамперед із результатами роботи. Крім того, глобальний бюджет дає політикам інструмент контролю за сукупними видатками та не потребує надмірної бюрократизації, натомість висуває підвищені вимоги до управлінської компетентності керівництва медичних закладів.

Методи оплати, засновані на глобальному бюджеті та оплаті за випадок лікування, розглядаються як альтернативи чинному постатейному фінансуванню стаціонарної допомоги. Глобальний бюджет є ефективним інструментом контролю за видатками, забезпечує гнучкість постачальників у прийнятті рішень і стимулює до попередження ускладнень, що потребують повторної госпіталізації. У той

самий час такий підхід може підтримувати існування надлишкових потужностей медичних закладів, тоді як оплата за випадок лікування, навпаки, спонукає до скорочення надлишкових ресурсів та підвищення продуктивності. Якщо метод оплати за випадок лікування закріплений у контрактах на медичне обслуговування, він може сприяти більш ефективному розподілу коштів між постачальниками та реструктуризації лікарняної мережі. Однак брак детальної класифікації медичних послуг, відсутність розгорнутої бази даних із тарифами на випадок лікування та низький рівень інформаційного забезпечення медичних установ істотно ускладнюють упровадження цього підходу. З огляду на це перехід до глобального бюджету на початкових етапах реформування є простішим і більш реалістичним варіантом [81, с. 33].

Метод глобального бюджету застосовується, зокрема, у Нідерландах, Франції, Бельгії, Канаді та ряді інших країн. Щороку бюджет лікарні затверджується після спільного аналізу страховим фондом і місцевими органами влади попереднього кошторису з урахуванням інфляційних процесів та запланованих заходів розвитку закладу. Страхові фонди володіють інформацією про власних застрахованих, які отримували стаціонарне лікування, а також про орієнтовний обсяг і вартість медичних послуг, наданих їм у лікарні поточного року. На основі цих даних вони оцінюють потреби закладу в оновленні й розвитку та формують проєкти видатків на наступний період. У результаті узгоджується обсяг річного бюджету лікарні й визначається частка участі кожної зі зацікавлених сторін (страхових організацій, місцевих бюджетів).

У Нідерландах муніципальні лікарні з 1984 р. працюють за схемою фіксованого річного бюджету, що обов'язково узгоджується на переговорах із третьою стороною – страховими компаніями. Роль центрального уряду зводиться переважно до будівництва нових лікарень і забезпечення їх сучасним обладнанням [111, с. 2].

До кінця 1980-х рр. фінансування лікарень у більшості європейських країн здійснювалося на основі глобальних бюджетів, сформованих історично та успадкованих від попередніх систем охорони здоров'я. Надавачі медичних послуг працювали в умовах жорстких бюджетних обмежень. Розмір бюджетів визначався з урахуванням показників попередніх років і тому відзначався недостатньою

гнучкістю. Фінансування установ здійснювалося фінансовими органами залежно від кількості ліжко-днів та обсягу амбулаторних відвідувань. Бюджети, як правило, формувалися на рівні закладу в цілому, без деталізації за спеціальностями, а внутрішня собівартість окремих послуг часто залишалася невідомою. Лише у Великобританії, Бельгії та Нідерландах бюджети сприймалися як справжні фінансові плани [83, с.2]. Водночас з часом роль бюджету як єдиного інструменту фінансового управління в більшості європейських країн почала зменшуватися.

Протягом тривалого часу найбільш поширеним методом розрахунків за стаціонарне лікування був підхід, заснований на визначенні середньої вартості ліжко-дня. У цьому випадку загальний річний бюджет лікарні ділиться на кількість ліжко-днів, проведених пацієнтами. Такий механізм є простим для застосування та обліку: лікарня надає страховому фонду інформацію про кількість госпіталізацій, сумарну кількість ліжко-днів та загальну суму витрат, що підлягають компенсації. У Німеччині лікарні досі фінансуються за подібною схемою [111]. Вартість одного ліжко-дня узгоджується під час обов'язкових переговорів між земельними асоціаціями лікарень і страховими фондами. Вагомим недоліком цього методу є відсутність індивідуалізованих розрахунків витрат на одного хворого та незацікавленість лікарень у скороченні термінів госпіталізації. Відмова Франції від цієї моделі фінансування у 1984 р. сприяла скороченню ліжкового фонду на 20 %. У Німеччині лікарі й далі отримують гонорари, сумарний обсяг яких не повинен перевищувати встановлений бюджет; у протилежному разі виплати всім лікарям пропорційно зменшуються. Це дозволило обмежити раніше неконтрольований ріст витрат і зобов'язало медичні заклади узгоджувати свої доходи з реальними обсягами наданої допомоги.

Незважаючи на широке поширення моделі фінансування лікарень на основі глобальних бюджетів, а також на розрахунках, прив'язаних до кількості ліжко-днів, обидва підходи виявилися такими, що потребують удосконалення. Усе більшого поширення набуває фінансування, диференційоване залежно від складності захворювань.

Щороку страхові компанії та лікарні домовляються про перелік медичних послуг, які підлягають оплаті, та узгоджують тарифи на них. Оплата за пакет наданих послуг особливо часто застосовується в системах приватного страхування.

Рахунок за лікування включає перелік здійснених процедур і їхню вартість. Водночас цей метод має істотний недолік: стаціонари зацікавлені у завищенні обсягів діагностичних та лікувальних втручань. Страхові фонди нерідко фіксують спроби приватних клінік завищити раніше узгоджені тарифи, й у таких випадках відмовляються оплачувати рахунки, якщо ціни перевищують рівень, характерний для муніципальних закладів. У Франції страхові компанії зобов'язані компенсувати приватним клінікам вартість наданих послуг у повному обсязі, маючи право лише визначати допустимі межі перевищення річних нормативів, узгоджених між страховими організаціями та лікарнями [89, с.4]. Оплата за випадок лікування найчастіше базується на методології діагностичних або клініко-статистичних груп, коли тариф установлюється відповідно до діагнозу пацієнта.

Починаючи з 1983 р., у межах американської програми «Medicare» для запобігання неконтрольованому зростанню витрат на стаціонарне лікування, спричиненому стимулом до продовження термінів госпіталізації, було впроваджено оплату за кожен випадок госпіталізації на основі діагностичних груп [90, с.310]. Кожна лікарня функціонує в специфічних умовах, які формують власну структуру витрат та рівень цін на послуги. Практика свідчить, що медичні заклади не завжди зацікавлені в повній відкритості перед страховими фондами й нерідко обмежують їхній доступ до медичної документації. Оскільки ціни на медичні послуги залежать від реально сформованих у лікарні витрат, надзвичайно важливого значення набуває контроль за використанням бюджетних коштів. У країнах із регульованим ринком страхування здоров'я поширеною формою такого контролю є аудиторські перевірки, що здійснюються державними органами. У Франції, Нідерландах і низці штатів США до звітності мають доступ і представники страхових компаній.

У 13 країнах Європи – членах ЄС – уже запроваджено різні системи визначення та групування медичних послуг, які застосовуються для фінансування та опису наданої допомоги. Американська модель діагностичних груп фактично адаптована в Бельгії, Ірландії, Іспанії, Німеччині, Португалії, скандинавських країнах та Франції. Подібні національні варіанти або вже використовуються, або перебувають на стадії впровадження у Великобританії (HRG – Health Related Groups), Австрії та Нідерландах. Групування послуг для амбулаторних пацієнтів за

типом оплати широко застосовується в приватних поліклініках і лікарнях низки країн ЄС. Особливого значення точне визначення таких послуг набуває в умовах розширення форм денної госпіталізації. Частина держав продовжує використовувати традиційні інструменти ціноутворення, зокрема розрахунки на основі кількості амбулаторних відвідувань [83].

У системі приватного страхування в США погодження цін на медичні послуги здійснюється страховою компанією шляхом укладання договору з клієнтом. Лікарні виставляють рахунок пацієнтові, виходячи зі своїх витрат, і ця сума може бути як більшою, так і меншою за договірну величину; оплату здійснюють спільно страхова організація та сам пацієнт. Такий порядок розрахунків зумовлює високий рівень адміністративних витрат – до 22 % від загальних витрат на утримання лікарні (порівняно з 2–5 % у Канаді та Франції), а також значну частку неврахованих рахунків – до 5 % [90, с.311].

У Великобританії державне фінансування лікувального закладу здійснюється на основі фактично наданої медичної допомоги відповідно до затвердженого кошторису видатків. Лікарі загальної практики, окрім заробітної плати й подушного гонорару, отримують додаткові пільги в разі досягнення запланованих показників, зокрема в сфері профілактики. Попри численні переваги британської системи охорони здоров'я, зокрема механізмів розподілу фінансових ресурсів, упродовж останніх 10–15 років вона зіткнулася з низкою серйозних проблем, які активно обговорюються фахівцями та громадськістю. Центральною з них є те, що за понад сорок років існування державної системи охорони здоров'я населення значною мірою втратило розуміння реальної вартості медичних послуг. Окрім різноманітних методів фінансування закладів, у різних країнах спостерігаються відмінності в системах винагороди працівників цих закладів.

Сьогодні терапевти та терапевтичні служби, принаймні в державних системах, дедалі більше формують свої доходи на основі подушного фінансування або комбінованих схем, що поєднують заробітну плату та оплату за надані послуги. Розмір заробітної плати медичних працівників коригується з урахуванням кількості населення, яке вони обслуговують, а також вікової та статеві структури, відомих відмінностей у рівнях смертності й захворюваності. Інакше кажучи,

надходження від фінансових органів будуть більшими в тих закладів та лікарів, які обслуговують контингенти з вищою потребою в медичній допомозі.

В Ірландії гонорарну систему було замінено методом оплати за кожного хворого, а в Іспанії аналогічний підхід поступився місцем системі оплати праці лікарів загальної практики у формі заробітної плати [89]. Основні методи оплати первинної медичної допомоги в країнах Західної Європи наведено в додатку Щ. У державах, що розвиваються, найбільш поширеним способом винагороди є заробітна плата в державному секторі й гонорарні виплати в приватному. Однак сучасні тенденції свідчать про поступове поєднання бюджетного фінансування, заробітної плати та додаткових стимулюючих гонорарів. Лікарні та центри охорони здоров'я частково або повністю розпоряджаються коштами, які сплачують пацієнти за отриману медичну допомогу; ці суми використовуються як для розвитку матеріальної бази закладу, так і для преміювання персоналу.

Наймасштабніші реформи охорони здоров'я відбуваються в країнах Центральної та Східної Європи (КЦСЕ). Вони становлять особливий інтерес для України, оскільки функціонують у порівняно подібних умовах: хронічне недофінансування охорони здоров'я, яке в колишніх соціалістичних державах розглядалося як невиробнича сфера і фінансувалося за залишковим принципом; велика кількість лікувальних закладів, ліжок і медичного персоналу за одночасного низького рівня забезпечення медикаментами, матеріалами й обладнанням. Управління фінансами характеризувалося громіздкістю та низькою ефективністю: жорстка вертикальна підпорядкованість при відсутності горизонтальної інтеграції; перевантаженість спеціалізованої допомоги пацієнтами, яких направляли лікарі первинної ланки; слабе управління медичними установами та недостатня поінформованість адміністраторів щодо співвідношення витрат і доходів; відсутність належної мотивації медичного персоналу до підвищення якості роботи; незадовільний рівень освіти, низький престиж та оплата праці, що підривали моральні засади працівників [103].

Кількість лікарів і лікарняних ліжок у розрахунку на 1000 населення в країнах Центральної та Східної Європи в 1,5–6 разів перевищує середні показники для групи розвинених країн із подібним рівнем національного доходу. Забезпеченість населення лікарями й ліжками у КЦСЕ, як правило, вища, ніж

навіть у країнах із розвинутою ринковою економікою, тоді як обсяг витрат на охорону здоров'я на одну особу в останніх є значно більшим. У результаті ледь частка видатків КЦСЄ спрямовується на оплату праці лікарів, яка, попри це, через складну економічну ситуацію залишається незадовільною, тоді як ресурсів на сучасне матеріальне забезпечення медичних закладів бракує, що негативно впливає на якість медичної допомоги. Дослідження, проведені за підтримки ВООЗ у Європейському регіоні, засвідчили, що найбільше незадоволення населення в цих країнах викликає система первинної медико-санітарної допомоги, особливо в державах, які входили до складу колишнього СРСР.

Реформи охорони здоров'я в КЦСЄ зорієнтовані на досягнення загальної доступності всіх видів медичної допомоги, підвищення ефективності функціонування галузі, зміцнення партнерських відносин між системою охорони здоров'я та населенням, розширення можливостей вибору для пацієнтів, обмеження зростання витрат і поліпшення якості медичних послуг. Досягнення цих цілей пов'язують із приватизацією, децентралізацією, упровадженням медичного страхування, відходом від надмірної вузької спеціалізації та переходом до оплати за результатами роботи.

Водночас загальними проблемами реформ у країнах Центральної та Східної Європи є завищені очікування від медичного страхування, приватизації, конкуренції та децентралізації, а також перенесення моделей фінансування охорони здоров'я, запозичених із західних країн, без належного урахування їхніх недоліків і специфічних умов, у яких ці моделі формувалися.

Аналізуючи тенденції реформування механізмів управління фінансами в зарубіжних країнах, можна відзначити, що вони поєднують заходи зі стримування зростання видатків із реформами, спрямованими на підвищення ефективності їх використання. Основні напрями таких реформ охоплюють:

1. Встановлення бюджетних обмежень у поєднанні з державним фінансовим контролем як інструмент стримування витрат. Визначення загального обсягу видатків для медичних установ на основі науково обґрунтованих прогнозів, на відміну від практики повного відшкодування фактичних витрат, сприяє уповільненню зростання витрат. Найбільш дієвими такі обмеження є тоді, коли вони визначаються для медичних комплексів загалом, а не окремо для

стаціонарної та амбулаторної ланок. Важливим елементом є також обов'язкове скерування пацієнтів до вузьких спеціалістів або на стаціонарне лікування через лікаря первинної ланки.

2. Залучення місцевих і регіональних органів управління до прийняття рішень щодо обсягів фінансових ресурсів, а також методів їх мобілізації, розподілу та використання, що дозволяє краще адаптувати медичні послуги до місцевих умов і підвищити ефективність витрат. Такий підхід може бути дієвим інструментом стримування видатків за умови, що місцеві органи влади нестимуть відповідальність за покриття неефективних витрат або перевитрат. У Швеції та Канаді розширення повноважень місцевих органів управління поєднується зі збільшенням обсягу послуг, що надаються при відносно низькому рівні витрат.

3. Використання ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я – збільшення кількості страхових компаній, конкуренція між страховиками, медичними установами та окремими надавачами послуг, зростання частки витрат, що компенсуються безпосередньо пацієнтами, – може сприяти підвищенню ефективності системи та зниженню затрат. Перехід від простих форм відшкодування витрат до більш складних схем, що ґрунтуються на діагностичних або клініко-статистичних групах, передбачає розробку протоколів лікування конкретних захворювань та відповідної шкали тарифів, тобто оплату залежно від якості та конкретних результатів роботи. Такі підходи успішно функціонують у Німеччині та Італії.

4. Реформи, спрямовані на збільшення частки витрат, що оплачуються безпосередньо пацієнтами, шляхом розширення переліку платних послуг або розвитку добровільного медичного страхування, також широко використовуються для стримування зростання видатків. Приватне медичне страхування послуг, не охоплених гарантованими державою програмами, є поширеним у Австралії, Канаді та Франції. Водночас такі реформи повинні супроводжуватися заходами із збереження доступності медичної допомоги для малозабезпечених верств населення та хронічно хворих.

5. Обмеження пропозиції медичних послуг або ресурсів. На практиці такі кроки не завжди демонструють високу ефективність у стримуванні державних витрат на охорону здоров'я [64, с. 42; 100, с. 67].

За оцінками ВООЗ, найбільш результативними реформами, спрямованими на зниження темпів зростання державних витрат на охорону здоров'я, є впровадження ринкових механізмів, здатних зменшити цей приріст приблизно на 0,5 % ВВП. Далі за ефективністю йдуть методи державного та регіонального управління (до 0,4 %), потім – бюджетні обмеження (0,26 % ВВП), обмеження попиту (0,1 %) та обмеження пропозиції (0,05 %) [64, с. 44].

В Україні та країнах Центральної і Східної Європи, де рівень видатків на охорону здоров'я та середня тривалість життя нижчі, ніж у більшості розвинутих країн, а рівень захворюваності – вищий, при обмежених можливостях поліпшення здоров'я населення, доцільно максимально використовувати міжнародний досвід і запроваджувати реформи, націлені на підвищення ефективності державних видатків і поліпшення стану здоров'я населення.

Усі зазначені напрями є перспективними для практичного використання у процесі реформування механізму управління фінансами охорони здоров'я України. Водночас головною передумовою застосування одного чи кількох із перелічених напрямів реформ є визначення концептуальних підходів до їх реалізації, розроблення єдиної державної стратегії реформування організації надання медичних послуг загалом і механізму управління фінансами галузі зокрема. Метою такої стратегії має бути підвищення якості, доступності та ефективності послуг охорони здоров'я для населення.

Першим кроком на шляху до реформування системи управління фінансами має стати встановлення реальної потреби галузі в фінансових ресурсах. Повне використання всіх сучасних досягнень медицини та медичної техніки є недосяжною метою навіть для найбагатших країн світу, тому експерти ВООЗ наголошують на необхідності визначення пріоритетів, які забезпечать максимальний ефект за реально можливих витрат. Завдання реформ у сфері охорони здоров'я полягає в тому, щоб навіть за наявного рівня фінансування досягати кращих результатів. Лише після розв'язання проблеми ефективного використання наявних фінансових ресурсів доцільно переходити до реалізації стратегій подолання кількісного дефіциту за рахунок збільшення обсягів фінансування. До таких стратегій належать перерозподіл ресурсів на користь системи охорони здоров'я шляхом скорочення фінансування інших бюджетних

секторів та запровадження нових податків або зборів на соціальне медичне страхування [84, с. 158]. Зазначені заходи можуть застосовуватися як у комплексі, так і окремо, проте їх реалізація часто ускладнюється соціально-політичними та макроекономічними чинниками. За низького рівня економічного розвитку держава не завжди спроможна збільшити обсяг асигнувань понад наявний або суттєво скоротити фінансування інших соціально важливих програм. Один зі шляхів підвищення фінансування медичної галузі – запровадження нових податків, однак це неминуче призводить до збільшення податкового тиску й може не отримати підтримки населення. За таких умов упровадження соціального медичного страхування потенційно може стати основним напрямом подолання дефіциту фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я [84, с. 109]. Водночас, на нашу думку, незадовільний стан галузі не завжди зумовлений суто кількісним браком фінансових ресурсів.

Результати окремих досліджень показують, що сукупні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять 6–6,7 % ВВП. У 2010 р. частка бюджетного фінансування охорони здоров'я дорівнювала лише 3,7 % ВВП. Якщо до цієї суми додати витрати населення на придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення, видатки лікарняних кас, фінансування приватної медицини, кошти Світового банку та Глобального фонду боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом і малярією, загальний показник доходить до 5,8 %. Надалі він зростає ще на 0,1–0,2 % ВВП за рахунок фондів допомоги хворим, діяльність яких організовується й фінансується неурядовими організаціями та благодійними фондами. Окремою складовою є значні обсяги неофіційних платежів за медичні послуги, які суттєво збільшують сукупний фінансовий ресурс галузі.

Водночас значна частина цих ресурсів використовується неефективно та підпадає під жорсткі регуляторні обмеження, які звужують можливості управління фінансами як на рівні окремого закладу, так і на рівні місцевої влади. Особливо це стосується неформальних платежів, котрі складно контролювати й спрямувати на задоволення першочергових потреб. Лікувально-профілактичні заклади України переважно мають статус бюджетних установ, що утримуються за рахунок державного або місцевих бюджетів. За законодавством бюджетні організації не мають права здійснювати запозичення в будь-якій формі чи надавати позики за

рахунок бюджетних коштів, окрім випадків, передбачених законом про Державний бюджет України. Такі обмеження ускладнюють прийняття управлінських рішень, стримують розвиток фінансової самостійності медичних установ, які за своєю природою повинні бути більш гнучкими у веденні господарської діяльності.

Тому, незалежно від загального обсягу фінансових ресурсів, заклади охорони здоров'я перебувають у постійному пошуку додаткових джерел фінансування. Керівники лікувально-профілактичних закладів і регіональні адміністрації прагнуть розробити нові механізми хоча б часткового відшкодування витрат на медичну допомогу та збереження або поліпшення її якості, але натрапляють на правові бар'єри. Постатейний розподіл витрат за кодами економічної класифікації видатків фактично усунув медичних керівників від реального управління фінансовими потоками й істотно зменшив їхній вплив на зниження вартості медичних послуг, що призвело до зменшення їх доступності для значної частини населення.

Таким чином, з огляду на масштаб системи охорони здоров'я та вже наявні в її розпорядженні фінансові ресурси, поліпшення якості медичного обслуговування насамперед потребує підвищення ефективності управлінських рішень, зокрема усунення структурних диспропорцій в організації вітчизняної системи охорони здоров'я, які є ключовими перешкодами на шляху до ефективного управління її фінансами.

Одним із підходів, що дозволяє інтегрувати фінансування медичної допомоги та її безпосереднє надання і, відповідно, підвищити ефективність системи, є запровадження моделі «керованої медичної допомоги». У європейському контексті така стратегія поєднується з розширенням участі приватних закладів і лікарів у наданні тих видів допомоги, які раніше забезпечувалися переважно державними установами. Паралельно здійснюються спроби впровадити у сфері охорони здоров'я квазіринкові механізми, що розмежовують функції фінансування і надання допомоги. Передбачається, що це стимулюватиме конкуренцію між надавачами медичних послуг і сприятиме вибору найбільш ефективних із них. Зростає увага до профілактичної медицини.

Поєднання пропаганди здорового способу життя, заходів щодо попередження нещасних випадків та поліпшення реабілітації після перенесених

хвороб дозволяє зменшити потребу у клінічних та суміжних послугах. Паралельно розширюється сегмент добровільного медичного страхування, що є наслідком обмежень базових державних програм, збільшення частки співоплати, а подекуди – результатом цілеспрямованого заохочення з боку держави. Різні модифікації системи керованої медичної допомоги сьогодні застосовуються в багатьох країнах як Європи, так і Америки, у тому числі в державах із бюджетною моделлю охорони здоров'я, наприклад у Великобританії.

Міжнародний досвід функціонування й реформування систем охорони здоров'я переконливо свідчить про необхідність трансформації організаційної структури галузі. Йдеться насамперед про реструктуризацію мережі лікувально-профілактичних закладів, удосконалення економічних механізмів і правових форм діяльності медичних організацій, розвиток наукових досліджень і технологічних інновацій, спрямованих на підвищення якості медичних послуг і лікарських засобів, зміцнення механізмів координації між різними рівнями системи управління охороною здоров'я, посилення інститутів захисту прав пацієнтів. Окремим напрямом виступає трансформація механізму управління фінансами галузі, що включає реформування системи планування й фінансування охорони здоров'я, зміну методів оплати медичних послуг, створення раціональної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення, а також формування умов для збільшення коштів, що інвестуються населенням, працівниками й роботодавцями у розвиток суспільного здоров'я.

3.2. Модель управління фінансами охорони здоров'я на місцевому рівні

Основними стратегічними напрямками трансформації системи охорони здоров'я України мають стати реформи, орієнтовані на підвищення ефективності та результативності організації й надання медичної допомоги. У цьому контексті вдосконалення управління фінансами охорони здоров'я передбачає необхідність комплексного реформування галузі, спрямованого на реалізацію пріоритетних завдань, відображених у таблиці 3.1.

Розглянемо зміст положень запропонованої концепції докладніше. Забезпечення державних гарантій щодо надання громадянам безоплатної медичної допомоги у визначеному обсязі передбачає необхідність конкретизації та

законодавчого закріплення таких гарантій стосовно видів, обсягів, порядку та умов отримання безкоштовної медичної допомоги, включаючи чітке визначення переліку медичних послуг, технологій і лікарських засобів, що підлягають фінансуванню за рахунок державних ресурсів.

Головною метою державної політики є розроблення довгострокової стратегії підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я та формування моделі, яка забезпечувала б належну доступність медичної допомоги й підвищення ефективності медичних послуг, обсяги, види та якість яких мають відповідати реальному рівню захворюваності й потребам населення, а також сучасним досягненням медичної науки. Для цього необхідно розробити й затвердити державні соціальні стандарти та нормативи у галузі охорони здоров'я з урахуванням специфіки актуальної демографічної, соціально-економічної та фінансової ситуації. У процесі їх формування слід провести інвентаризацію всіх нормативно-правових актів, що регламентують застосування галузевих нормативів при здійсненні видатків з місцевих бюджетів, насамперед щодо мережі закладів, штатних нормативів, нормативів витрат бюджетних установ.

Обсяг державних гарантій має кореспондуватися з фінансовими можливостями держави та наявними ресурсами. За умови дефіциту фінансових і матеріальних ресурсів допускається скорочення обсягів безоплатної медичної допомоги, наприклад шляхом вилучення з системи гарантій окремих груп населення з високими доходами, а також певних видів допомоги — стоматологічних послуг, обслуговування вдома без наявності медичних показань, необґрунтованих викликів швидкої медичної допомоги тощо.

Потребує розроблення й упровадження система медико-економічних стандартів, що забезпечуватимуть використання сучасних медичних технологій лікування найбільш поширених захворювань та патологій, які завдають найбільшої шкоди здоров'ю населення і соціальному благополуччю країни. Такі медико-економічні стандарти повинні стати базою для оцінки вартості лікування окремих захворювань, а також визначення нормативів фінансового забезпечення медичних послуг у розрахунку на одну особу.

Концепція реформування управління фінансами охорони здоров'я
в Україні

ПРІОРИТЕТНІ ЗАВДАННЯ	КРОКИ ЩОДО ЇХ РЕАЛІЗАЦІЇ
I. Розробка стратегії реструктуризації системи охорони здоров'я та запровадження єдиної системи стандартизації медичної допомоги:	конкретизація і законодавче закріплення державних гарантій щодо видів, обсягів, порядку та умов надання безкоштовної медичної допомоги, включаючи визначення набору медичних послуг, технологій лікарських засобів, що належать до гарантованого обсягу медичного обслуговування, з урахуванням фінансових можливостей щодо їх забезпечення; розробка і впровадження медико-економічних стандартів.
II. Оптимізація структури галузі охорони здоров'я:	структурна реорганізація охорони здоров'я (створення на регіональному рівні «територіальної інтегрованої системи», чітке розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги та створення мережі закладів первинного рівня); узгодження кількості медичних закладів та медичних працівників з нормами та нормативами забезпечення ними населення; зміна організаційно-правової форми бюджетних закладів охорони здоров'я.
III. Реформування організаційного та кадрового забезпечення управління фінансами:	створення організацій управління ресурсами (управлінь чи відділів охорони здоров'я) на районному рівні та наділення їх повноваженнями щодо здійснення закупівель медичних послуг підготовка фінансових менеджерів та залучення їх до управління фінансами галузі та закладів охорони здоров'я.

IV. Удосконалення інформаційного, програмного забезпечення управління фінансами галузі:	формування фінансової інформації щодо оцінки фінансового забезпечення і фінансового стану, доходів і видатків, грошових потоків, ефективності використання фінансових ресурсів медичних закладів та ефективності діяльності установи загалом, діяльності служб фінансового менеджменту (фінансових менеджерів, керівництва установи), відповідності фінансових рішень загальним та конкретним цілям, директивам (указам, постановам, розпорядженням і ін.); розробка спеціалізованих комп'ютерних програм ведення бухгалтерського обліку, розрахунку собівартості медичних послуг, бюджетної та статистичної звітності, реєстрації пацієнтів.
V. Реформування системи фінансового планування:	запровадження системи стратегічного фінансового планування, заснованого на програмно-цілевих методах; розробка науково-обґрунтованих норм та нормативів для визначення ключових показників ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я, які би враховували вплив наукових і технологічних інновацій у медицині на потребу у відповідних ресурсах; затвердження фінансових нормативів планування ресурсів, розрахованих з використанням медико-економічних стандартів і наборів медичних послуг, технологій та лікарських засобів.
VI. Зміна методів оплати медичних послуг (реформування системи фінансування):	законодавче закріплення створення системи керованої медичної допомоги та запровадження контрактних закупівель медичних послуг; реалізації на практиці принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що асоціюється з переходом до оплати діяльності постачальників медичних послуг залежно від результатів їх роботи; запровадження системи глобального бюджетування шляхом укладення контрактів на медичні послуги на підставі показників результативності; для ланки первинної медико-санітарної допомоги – запровадження поєднання оплати на основі фінансового нормативу на одну особу і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності; для ланки стаціонарної допомоги – запровадження фінансування стаціонарних закладів на основі глобального бюджету залежно від структури та обсягів наданої допомоги; для консультативно-діагностичної ланки – оплати за обсяг наданих послуг; перегляд принципу розподілу коштів між первинним, вторинним і третинним рівнями медичної допомоги та підвищення частки первинної медичної допомоги;
VII. Вдосконалення системи оплати праці медичного персоналу:	підвищення рівня посадових окладів медичних і фармацевтичних працівників до рівня заробітної плати працівників промисловості, як це передбачено Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2892– XII; забезпечення оптимальних міжпосадових співвідношень заробітної плати медичних працівників шляхом збільшення посадового окладу працівника першого тарифного розряду до розміру мінімальної заробітної плати; поєднання фіксованої заробітної плати (за посадовими

	окладами) і запровадження стимулюючої (бонусної) додаткової оплати діяльності сімейних лікарів з урахуванням якості їх роботи на основі аналізу діяльності кожного сімейного лікаря за визначеними організацією управління ресурсами індикаторами;
VIII. Підвищення фінансового забезпечення та фінансової стійкості галузі охорони здоров'я:	розширення джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я шляхом залучення інвестицій; визначення умов здійснення лізингу медичного устаткування для державних і комунальних закладів охорони здоров'я у законодавчому порядку; законодавче врегулювання переліку платних медичних послуг та затвердження методики розрахунку їх вартості; створення умов для запровадження обов'язкового та розвитку добровільного медичного страхування; обґрунтування можливості введення співучасті населення в оплаті медичних послуг.
IX. Удосконалення фармацевтичної допомоги населенню:	розробка натуральних та грошових норм забезпечення медикаментами; впровадження обліку витрат медикаментів на лікування пацієнтів; запровадження системи реімбурсації для пільгових категорій громадян.
X. Удосконалення системи фінансового контролю:	запровадження контролінгу, моніторингу, аналізу і оцінки ефективності фінансового менеджменту в установах охорони здоров'я.

Важливою передумовою гарантування населенню визначеного обсягу медичної допомоги є запровадження системної оцінки результативності функціонування як галузі охорони здоров'я в цілому, так і окремих медичних установ. Реалізувати це можливо за рахунок упровадження стратегічного фінансового планування та бюджетування, а також ширшого використання програмно-цільового методу.

Стратегічне фінансове планування у сфері охорони здоров'я має ґрунтуватися на розширенні часових горизонтів планування: йдеться про формування цілісної фінансової політики на період 3–5 років, запровадження середньострокового планування державних видатків і організацію оперативного фінансового планування безпосередньо в закладах охорони здоров'я. Важливою складовою цього процесу є розроблення системи показників, які б відображали ефективність використання бюджетних коштів у галузі, забезпечуючи можливість чіткого взаємозв'язку між обсягами фінансування та досягнутими результатами

діяльності як на макрорівні (галузь у цілому), так і на рівні окремих медичних закладів.

З огляду на зазначене, бюджетне планування доцільно будувати за принципом руху «знизу догори» – розпочинати з базового рівня й завершувати на загальнодержавному. Необхідно сформуувати єдину методологію стратегічного бюджетного планування, яка спиралася б на науково обґрунтовані макропоказники економічного й соціального розвитку (прогнозування умов оплати праці медичних працівників, прожиткового мінімуму, динаміки тарифів на енергоносії та інших показників, критично важливих для планування видатків). Важливим кроком є також затвердження уніфікованого формату та змісту Основних напрямів бюджетної політики із чітко визначеними критеріями її виконання; виокремлення в цьому документі розділів, що описують стратегічні, середньострокові й тактичні завдання, містять стислий аналіз реалізації бюджетної політики у попередньому періоді та конкретні (макроекономічні, соціально-економічні й бюджетні) показники на плановий рік. Крім того, слід розробити й затвердити бюджетні нормативи видатків на потреби охорони здоров'я, а також доповнити пакет матеріалів, що подаються разом із проектом Закону України про Державний бюджет, детальними розрахунками фінансових нормативів бюджетної забезпеченості за видами місцевих бюджетів і за галузями.

Фінансова стратегія установи охорони здоров'я у цьому контексті розглядається як процес формування системи довгострокових цілей її фінансової діяльності та відбору найраціональніших шляхів їх досягнення. Стратегія фінансового розвитку й фінансова політика медичного закладу мають бути узгоджені із загальною стратегією його розвитку та з державною стратегією й політикою, у тому числі фінансовою. Саме така узгодженість перетворює фінансову стратегію на чинник забезпечення ефективного функціонування й фінансової стабільності установи в майбутньому. Формування фінансової стратегії передбачає: визначення стратегічних цілей і завдань фінансового менеджменту на певний, заздалегідь окреслений період; поетапну конкретизацію обраної стратегії за окремими відрізками часу її реалізації; розробку фінансової політики, що дає змогу розв'язувати конкретні завдання у ключових напрямках

фінансової діяльності. Завершальною стадією виступає оцінювання цієї стратегії на предмет її узгодженості із загальною стратегією розвитку медичної установи, відповідності зовнішнім фінансовим умовам і реальним можливостям ресурсного забезпечення.

Стратегічне фінансове планування на рівні медичної установи може бути охарактеризоване як процес визначення обсягів вхідних та вихідних грошових потоків, досягнення їх збалансованості та погодженості у часі й просторі (синхронізації) з потребами фінансового забезпечення діяльності закладу. Йдеться про необхідність у рамках фінансового планування здійснювати економічне обґрунтування фінансових рішень щодо руху грошових коштів медичної установи, порівняння альтернативних варіантів таких рішень та розроблення відповідних бюджетів.

Бюджетування в цьому разі виступає інструментом підвищення ефективності функціонування закладу охорони здоров'я шляхом удосконалення процедур планування, оперативного управління та контролю. Основні завдання бюджетування можна конкретизувати так: підвищення результативності управління витратами; оптимізація структури витрат, регулювання собівартості медичних послуг; забезпечення узгодженості цілей і завдань усіх структурних підрозділів із загальною стратегією закладу та галузі; формування мотивуючого середовища для керівників підрозділів; визначення пріоритетів використання фінансових ресурсів і підвищення ефективності їх розподілу; управління ліквідністю та фінансовою стійкістю; здійснення перспективного фінансового аналізу й прогнозування майбутнього фінансового стану установи. Таким чином, бюджетування створює умови для узгодження поточних (оперативних) цілей із довгостроковими стратегічними орієнтирами розвитку. Сформована система бюджетів дає змогу оцінити майбутній фінансовий стан медичного закладу, а також реалістичність реалізації запланованих проектів.

У перспективі доцільно, щоб базовою формою фінансового планування і фінансування медичної допомоги стала система глобального бюджетування шляхом укладення контрактів на надання медичних послуг, у яких обсяг фінансування прив'язується до показників результативності. Відтак постає

завдання організувати поетапний перехід від кошторисного принципу формування доходів та фінансування медичних закладів до бюджетування, зорієнтованого на результат (з урахуванням кількісних, якісних і структурних характеристик медичних послуг за видами медичної допомоги).

Разом із тим досягнення високих показників ефективності використання бюджетних коштів неможливе без глибокої структурної перебудови галузі. Така перебудова повинна передбачати чіткий функціональний поділ діагностичних, профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів між рівнями надання медичної допомоги; послідовний розвиток первинної медико-санітарної допомоги, потенціал якої дозволяє забезпечувати лікування 70–80 % випадків захворювань без направлення пацієнтів на наступні рівні; посилення ролі первинної ланки й лікарів загальної практики; істотне зміцнення профілактичної складової в роботі первинної ланки шляхом регулярних диспансеризацій, постійного моніторингу стану осіб груп ризику, реалізації заходів з формування здорового способу життя. Сюди ж належить розширення господарської самостійності медичних установ через трансформацію більшості бюджетних закладів в організаційно-правову форму автономних установ, а також розробка й упровадження єдиної стратегії реструктуризації системи охорони здоров'я в масштабах усієї країни.

Зростання вартості медичної допомоги актуалізує пошук більш раціональної, економічно ефективної структури її надання. Реструктуризація системи охорони здоров'я має бути спрямована на підвищення ефективності використання ресурсів і, відповідно, на створення умов для поліпшення доступності та якості медичної допомоги. Реалізація цієї мети потребує забезпечення таких ключових умов:

1. чітке розмежування функцій платника та постачальників медичних послуг;
2. оптимізація структури медичного забезпечення шляхом створення медичних комплексів у межах міст і районів;
3. запровадження закупівель медичних послуг на контрактній основі;
4. вдосконалення механізмів об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів;

5. перехід до нових, зорієнтованих на результат методів оплати послуг постачальників медичних послуг, які мають замінити собою кошторисне фінансування;

6. автономізація та зміна організаційно-правового статусу бюджетних закладів охорони здоров'я як постачальників медичних послуг;

7. адміністративне і фінансове розмежування функцій надання первинної та вторинної медичної допомоги;

8. розроблення та впровадження сучасних інформаційних управлінських систем, призначених для розв'язання ключових управлінських завдань окремого медичного закладу та медичного комплексу (реєстрація пацієнтів і випадків звернення, облік витрат, управління кадрами тощо).

Практика зарубіжних країн переконує, що підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я є досяжним у разі формування на регіональному рівні територіально інтегрованих систем постачальників медичних послуг.

У цьому контексті поняття «інтегрована система» використовується для позначення організаційного об'єднання на договірних засадах учасників адміністративно-територіальної системи охорони здоров'я, які пов'язані спільною участю у «виробництві» та «споживанні» кінцевого результату лікувального процесу – медичної послуги. Структурним ядром інтегрованої системи виступають медичні комплекси, що являють собою об'єднання основних ланок надання медичної допомоги (автономні заклади первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичні підрозділи, стаціонарна ланка, служби швидкої медичної допомоги), які попередньо мають змінити свою організаційно-правову форму та набути статусу комунальних некомерційних підприємств (рис. 3.1).

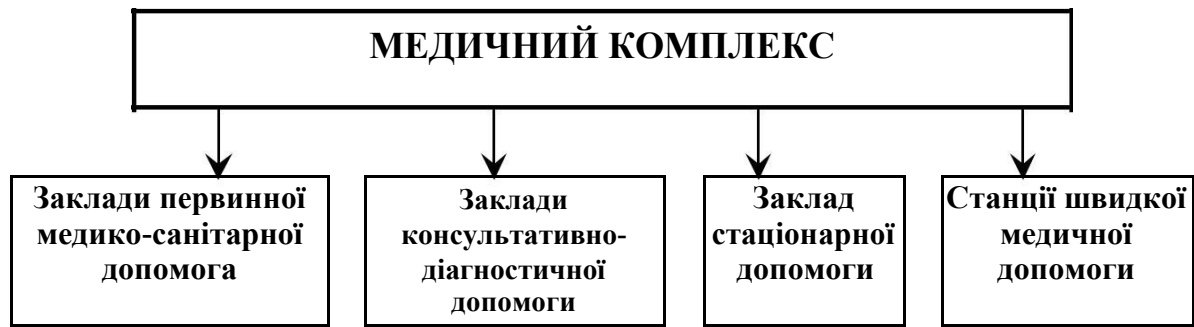


Рис. 3. 1. Структура медичного комплексу

Передбачається, що формування територіально інтегрованої системи надання медичної допомоги сприятиме підвищенню якості медичного обслуговування та зростанню економічної ефективності використання ресурсів у межах окремих адміністративно-територіальних одиниць. Досягнення такого результату пов'язується насамперед із упровадженням сучасних управлінських технологій фінансового менеджменту. У цьому контексті до управлінських технологій фінансового менеджменту в охороні здоров'я доцільно віднести: розроблення багаторівневої фінансової політики (державної, регіональної, місцевої, локальної); здійснення фінансового прогнозування; стратегічне й оперативне фінансове планування; використання програмно-цільового бюджетування; організацію оперативного фінансового управління; здійснення фінансового контролю; проведення аналізу й застосування інструментів контролінгу; оцінку соціальної, медичної та економічної результативності; визначення ефективності фінансового менеджменту; застосування механізмів матеріального стимулювання.

Імплементація принципів фінансового менеджменту в систему управління фінансами медичних установ передбачає, по-перше, упорядкований та економічно обґрунтований розподіл функцій з надання конкретних видів медичних послуг населенню прикріпленої території між усіма учасниками інтегрованої системи, що має відповідати реальним потребам у медичній допомозі; по-друге, поступовий перехід до моделі постачання медичних послуг на основі державних контрактів із використанням нових, орієнтованих на

формування відповідних мотивацій, методів фінансування закладів охорони здоров'я.

Розбудова територіально інтегрованої системи комунальних некомерційних медичних установ розглядається як початковий етап руху в напрямі запровадження в Україні сучасних європейських підходів до раціонального та ефективного планування мережі закладів охорони здоров'я. Ці підходи ґрунтуються на стратегії створення екстериторіальних госпітальних округів, кожен з яких має бути зорієнтований на обслуговування від 100 тис. до 200 тис. осіб. При цьому створення й забезпечення діяльності таких медичних комплексів є можливим у межах чинного нормативно-правового поля (Господарський та Бюджетний кодекси України, законодавство у сфері державних закупівель тощо).

Чинна система управління та фінансування медичних установ побудована за принципом роздільної оплати окремих видів медичної допомоги: поліклінічної, стаціонарної, екстреної (швидкої) медичної допомоги, параклінічної тощо. У результаті заклади, які забезпечують різні види медичних послуг, функціонують відокремлено й фактично не утворюють єдиної, узгодженої системи надання медичної допомоги. Кожна ланка орієнтується переважно на власний економічний інтерес, який далеко не завжди узгоджується з завданнями раціонального використання обмежених фінансових ресурсів. Так, стаціонарні заклади зацікавлені в госпіталізації пацієнтів із захворюваннями, що можуть бути ефективно проліковані амбулаторно, тоді як поліклініки часто схильні надмірно направляти хворих до стаціонарів. Одночасно лікарі первинної медико-санітарної допомоги втрачають стимули до активної профілактики, запобігання захворюванням, зниження кількості викликів бригад швидкої медичної допомоги. У підсумку вся система організації медичної допомоги орієнтується переважно на лікування вже хворої людини й набуває виразно затратного характеру.

Виходячи з цього, доцільним є перегляд об'єкта фінансування: замість окремої установи охорони здоров'я ним має стати комплекс взаємопов'язаних медичних закладів, які забезпечують повний необхідний обсяг медичної допомоги для прикріпленого контингенту населення.

Особливо гострою є проблема організації швидкої та невідкладної медичної допомоги. До ключових недоліків її функціонування належать значна частка виїздів, не притаманних профілю швидкої допомоги: звернення до хронічно хворих, виклики з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним пацієнтам, непрофільні виїзди спеціалізованих бригад [113; с.87]. У межах територіально інтегрованої системи саме первинна ланка отримує додаткові стимули до скорочення кількості виїздів бригад швидкої допомоги за рахунок поступового перебрання на себе функцій невідкладної допомоги, які наразі виконують служби екстреної допомоги.

Найбільш прийнятним варіантом забезпечення автономізації комунальних медичних закладів, що сьогодні діють у статусі бюджетних установ і мають притаманні цьому статусу обмеження, є їх трансформація в комунальні некомерційні підприємства. Необхідність реструктуризації постачальників медичних послуг у форму некомерційних комунальних підприємств теоретично й практично обґрунтована В. М. Рудим [114].

Така організаційно-правова реорганізація здатна забезпечити медичним закладам вищий, ніж у бюджетних установ, рівень господарської та управлінської автономії; створити можливості для впровадження економічних стимулів, спрямованих на підвищення якості й ефективності діяльності; мінімізувати суперечність між соціальною місією державних і комунальних медичних закладів та інтересом до отримання прибутку як домінуючою ознакою підприємницької діяльності.

Реформування механізму управління фінансами в галузі охорони здоров'я потребує, водночас, глибокої структурної реорганізації системи надання медичної допомоги. На первинному рівні це передбачає чітке розмежування первинної та вторинної медичної допомоги і створення розгалуженої мережі закладів первинного рівня, передусім у формі амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ), які мають бути оснащені відповідно до затверджених табелів обладнання з урахуванням специфіки міської та сільської місцевості (наказ МОЗ України від 22.05.2006 р. №308 «Про затвердження табеля оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т. ч. амбулаторій

загальної практики – сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів»). У сільській місцевості це може бути реалізовано шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень, частини поліклінічних відділень центральних районних (ЦРЛ) та районних (РЛ) лікарень, а також великих фельдшерсько-акушерських пунктів; у міських умовах – шляхом реорганізації і перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, а також створення нових закладів, максимально наближених до місця проживання населення.

Аналіз результатів діяльності амбулаторій сімейного лікаря в Україні свідчить, що витрати на одного мешканця в зоні обслуговування амбулаторії сімейного лікаря є у 2,5 раза меншими, ніж у разі обслуговування у поліклініці [80].

З метою підвищення керованості закладів первинної ланки, більш раціонального використання фінансових ресурсів, спрямованих на первинну допомогу, та забезпечення фінансової стійкості закладів ПМСД передбачається створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу таких Центрів, які мають статус юридичної особи, входять амбулаторії загальної практики/сімейної медицини та фельдшерсько-акушерські пункти, що забезпечують надання первинної лікарської й долікарської допомоги населенню певного територіального комплексу (з чисельністю населення від 30 до 100 тис. осіб). До повноважень Центру належать: укладення договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги; планування та координація діяльності закладів ПМСД, що входять до його складу; організація системи забезпечення якості медичної допомоги; ведення обліку й складання звітності; фінансовий менеджмент; розподіл стимулюючих виплат між працівниками. В межах амбулаторій можуть здійснювати практику лікарі – приватні підприємці, які мають відповідну ліцензію на медичну діяльність у галузі загальної практики/сімейної медицини.

Спираючись на принципи доказового менеджменту та міжнародний досвід, з метою підвищення якості й інтенсивності вторинної медичної допомоги,

поєднаної з більш ефективним використанням ресурсів та усуненням невинновданого дублювання послуг, пропонується диференціація лікарень за основними типами:

- **лікарні інтенсивної допомоги**, які забезпечують цілодобову медичну допомогу пацієнтам у важкому стані, що потребують високого рівня інтенсивності лікування й догляду; такі заклади мають бути оснащені сучасними технологіями, спеціалізованим високовартісним діагностичним та лікувальним обладнанням, мати служби реанімації та інтенсивної терапії, екстреної діагностики;
- **лікарні планового лікування**, призначені для проведення повторних курсів протирецидивної терапії та доліковування на основі стандартних схем лікування;
- **лікарні відновлювального лікування**, діяльність яких спрямована на відновлення функцій, порушених унаслідок захворювань чи травм, попередження інвалідизації та реабілітацію осіб з інвалідністю; такі заклади потребують спеціального реабілітаційного обладнання;
- **хоспіси**, які забезпечують паліативну допомогу та психологічну підтримку безнадійно хворим пацієнтам, вимагають специфічного оснащення для догляду та надання допомоги, а також наявності спеціально підготовленого, переважно сестринського, персоналу й широкого залучення волонтерів.

Ключова роль у цій структурі належить багатопрофільним лікарням інтенсивної допомоги, насамперед тим, що надають екстрену медичну допомогу, адже від результатів їх роботи значною мірою залежить життя й здоров'я пацієнтів. У розвинених країнах світу лікарні такого типу становлять близько 90 % усіх стаціонарних закладів. Для ефективного функціонування вони повинні обслуговувати населення чисельністю не менше 100–200 тис. осіб, виконувати щонайменше 3000 оперативних втручань і приймати не менше 400 пологів на рік [81, с. 67].

Реалізація окреслених трансформацій може здійснюватися в рамках чинного адміністративно-територіального устрою шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади кількох сільських районів, міст або поєднують міські та сільські території залежно від щільності й характеру розселення населення, стану транспортної інфраструктури, матеріально-

технічного та кадрового забезпечення стаціонарів, їх профільної спеціалізації та структури медичних послуг.

З метою підвищення якості та доступності медичної допомоги доцільним є створення консультативно-діагностичного центру, покликаного забезпечити надання спеціалізованої та діагностичної допомоги прикріпленому населенню. Направлення до такого центру здійснюватимуть сімейні (дільничні) лікарі. Діагностичні підрозділи центру, своєю чергою, можуть використовуватися й для обстеження пацієнтів стаціонарної ланки.

Найбільш ефективним органом управління в межах описаної моделі виступає лікарсько-адміністративна група [25, с. 88], або організація управління ресурсами (ОУР). До складу такої структури можуть входити представники органів державної влади й місцевого самоврядування, сімейні лікарі, керівники стаціонарної, консультативно-діагностичної, екстреної (швидкої) допомоги. Для поєднання медичної та економічної ефективності до складу ОУР обов'язково мають входити як медичні фахівці, так і спеціалісти з фінансового менеджменту. Вони залучаються до планування та організації надання медичної допомоги, впливають на прийняття рішень щодо структури та обсягу послуг, розподілу фінансових ресурсів, форм і методів фінансового забезпечення, закупівель лікарських засобів та медичного обладнання, організовують внутрішній фінансовий контроль, у тому числі аудит, моніторинг і контролінг. Усі учасники такої структури є зацікавленими сторонами у підвищенні якості медичної допомоги та скороченні нераціональних витрат, оскільки вони працюють у межах єдиної інтегрованої системи, де, за чіткого розподілу функцій, зберігається спільна відповідальність за кінцевий результат. Подібні групи широко застосовуються в західних моделях керованої медичної допомоги й поєднують функції страхування та планування медичної допомоги; по суті, вони є медико-страховими об'єднаннями зі спільною системою управління, до якої входять керівники страхової медичної організації та інтегрованої мережі медичних закладів.

У рамках медичного комплексу в інтегрованій системі створюються необхідні передумови для управління структурою витрат на надання медичних

послуг (зокрема, завдяки функціонуванню організації управління ресурсами комплексу). Перевага надається тим видам медичної допомоги та медичним технологіям, які демонструють найвищу ефективність з позицій максимального обсягу якісних послуг на одиницю витрачених ресурсів (за умови заданих нормативів якості). Крім того, в умовах інтегрованої системи особливої ваги набувають такі базові елементи будь-якої системи управління, як моніторинг стану здоров'я населення та оцінка результативності діяльності закладів охорони здоров'я. Інтеграція потенціалу медичних установ у межах єдиного медичного, фінансового й інформаційного простору значно розширює можливості їх взаємодії зі страховими компаніями.

Створення організацій управління ресурсами дозволяє:

- зосередити фахівців у сферах технологічного, кадрового та медикаментозного забезпечення галузі;
- здійснювати всі операції із закупівлі ресурсів на тендерній основі, формуючи в регіонах єдині тендерні групи, відповідальні за дослідження ринку та підготовку обґрунтованих рекомендацій щодо закупівлі медикаментів і виробів медичного призначення із використанням оптимізаційних економіко-математичних моделей та інших методів розрахунку;
- запровадити прозору й чітко регламентовану систему формування, розподілу й використання фінансових ресурсів;
- знизити вартість обладнання й медикаментів за рахунок об'єднання попиту й кращих умов закупівель;
- створити можливості для придбання обладнання та інших матеріалів на умовах лізингу та застосування інших сучасних механізмів оплати ресурсів охорони здоров'я.

Професійний підхід до організації ресурсного забезпечення дає змогу мінімізувати необґрунтовані закупівлі, уникати сумнівних угод і нецільового використання фінансових ресурсів. Схема функціонування ресурсних центрів у межах моделі багатоканального фінансування закладів забезпечує не лише ефективне використання ресурсів у системі медичної допомоги, а й створює необхідні умови для переходу на нові принципи управління.

У країнах Заходу описаний підхід відображений у діяльності Організацій підтримки здоров'я (ОПЗ), які поєднують страхові функції та планування надання медичної допомоги. У загальному вигляді це медико-страхові об'єднання зі спільною структурою управління, що включає керівників медичної страхової організації та інтегрованої мережі медичних закладів. Досвід роботи ОПЗ становить значний інтерес для української системи охорони здоров'я, однак не може бути механічно перенесений у національну практику, оскільки орієнтований переважно на приватно практикуючого лікаря та функціонування розвиненої системи страхової медицини.

Моделі ОПЗ у повному обсязі не враховують специфіку організації вітчизняної охорони здоров'я, передусім роль і значення амбулаторно-поліклінічної ланки. Тому запропонована територіально інтегрована система організації та фінансування медичного забезпечення поєднує, з одного боку, особливості національної системи охорони здоров'я, а з іншого – окремі елементи організації ОПЗ, які можуть бути адаптовані й застосовані у вітчизняній практиці.

Відмінність територіально інтегрованої системи охорони здоров'я від існуючої полягає, по-перше, у формуванні договірних відносин між замовником (головним розпорядником коштів) та об'єднаною мережею медичних закладів; по-друге, у запровадженні договірних відносин усередині комплексу лікувально-профілактичних установ; по-третє, у здійсненні комплексу економічних та організаційних заходів щодо управління структурою надання медичної допомоги та контролю якості медичних послуг. В межах такої системи істотно зростає роль первинної медико-санітарної допомоги, яка виступає частковим «фондовласником», а центральною діючою фігурою стає дільничний або сімейний лікар (за умови переходу до моделі сімейної медицини).

Для забезпечення чіткого розподілу функцій платника (замовника) та постачальника медичних послуг необхідно створити у районах (містах), де їх ще немає, відділи (управління) охорони здоров'я районних державних адміністрацій або виконавчих комітетів міських рад. На ці структурні підрозділи має бути покладено повноваження щодо управління всіма медичними закладами

відповідних територій та організації закупівель медичних послуг для населення на договірній основі з територіальним об'єднанням постачальників послуг.

Контракти в такій моделі виступають центральним інструментом впливу покупця на постачальника, оскільки в них фіксуються умови надання, перелік і обсяг медичних послуг. До ключових переваг договірних відносин належать: розмежування функцій платника та постачальника медичних послуг; трансформація відносин між ними з ієрархічних у партнерські; формування економічної зацікавленості медичних інституцій у досягненні максимальної результативності власної діяльності (поєднання високої якості послуг із мінімізацією витрат); зростання рівня адміністративної й фінансової автономії та гнучкості постачальників; підвищення їх відповідальності за якість наданих послуг; посилення відповідальності платника за організацію фінансування [84; 164]. Договірні відносини сприяють також формуванню пацієнтів як поінформованих споживачів медичних послуг, здатних усвідомлено захищати свої законні права й реально впливати на покращення якості охорони здоров'я. Вони створюють передумови й для забезпечення рівних можливостей укладення контрактів, які фінансуються з бюджетних коштів, для приватних постачальників медичних послуг.

Для впровадження договірних відносин пропонується застосовувати найбільш просту з відомих у світовій управлінській практиці моделей такого договору – так званий «пакетний договір» або «блок-контракт» [102].

Зазначена форма закупівлі медичних послуг є найбільш прийнятною в українських умовах через низку об'єктивних обставин: відсутність єдиних уніфікованих тарифів на медичні послуги в публічному секторі; недостатній рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я та впровадження ІТ-технологій, які необхідні для застосування більш складних систем оплати тощо. Важливою перевагою блок-контракту є те, що його використання не потребує попереднього запровадження системи тарифів на конкретні медичні послуги. За цією схемою постачальник бере на себе зобов'язання своєчасно надавати населенню певної території визначений «пакет» послуг встановленої стандартами якості за кошти, які передаються йому платником відповідно до умов контракту.

Попри відносну простоту такого методу оплати, його впровадження в поєднанні зі зміною господарсько-правового статусу лікарень і наданням їм статусу підприємств дозволяє відмовитися від фінансування за постатейними кошторисами, перейти до моделі глобального бюджету, розширити автономію та гнучкість закладів, створити основу для поступового формування мотивацій до контролю витрат і підвищення економічної ефективності та якості діяльності.

Експертами розробляється типова структура контракту для різних видів послуг, визначається обсяг контракту виходячи з номенклатури послуг, що надаються, формуються механізми взаємодії між замовником (платником) і постачальником медичних послуг, закріплюються вимоги до якості. При цьому при розробці та укладенні контрактів виникає потреба в максимально конкретному визначенні кількісних, якісних та вартісних параметрів послуг, а також у збереженні гнучкості й балансі інтересів обох сторін.

Модель формування замовлення і визначення обсягів фінансових ресурсів для медичних комплексів (рис. 3.2) охоплює три основні блоки (етапи). На першому етапі на основі аналізу віково-статевої структури, рівня захворюваності населення, показників споживання медичних послуг, кількості лікарів та закладів охорони здоров'я (постачальників послуг) визначається потреба у медичній допомозі, а також розраховується потреба у фінансових ресурсах на місцевому рівні. За необхідності до розрахунків можуть додаватися й інші фактори, зокрема рівень доходів населення, безробіття, кількість самотніх осіб старшого віку, обсяги витрат на медикаменти тощо.

На другому етапі медичні комплекси, спираючись на аналіз фінансових витрат закладів, які до них входять, формують власну потребу у фінансових ресурсах і визначають розмір фінансового нормативу на одну особу.

Третій блок передбачає процедуру узгодження позицій між медичними комплексами та замовником і розпорядником бюджетних коштів (органами державної влади, органами місцевого самоврядування чи уповноваженими ними структурами) щодо фінансування установ комплексу відповідно до потреб населення в медичних послугах у зоні обслуговування. На основі результатів моніторингу діяльності закладів, оцінки їх ефективності, проведення фінансових

аудитів замовник здійснює оцінку економічної та соціальної ефективності використання бюджетних коштів для надання медичних послуг жителям конкретної адміністративно-територіальної одиниці чи територіальної громади.

У разі досягнення домовленостей щодо ключових параметрів (кількості, якості, вартості медичних послуг) відбувається формування замовлення на надання медичної допомоги, підготовка, узгодження й підписання контрактів з медичними комплексами, а також визначення обсягу фінансових ресурсів, що виділяються на їх діяльність. Якщо ж консенсусу досягти не вдалося, здійснюється коригування обсягів надання медичної допомоги та обсягів фінансування.

У цьому контексті особливої значущості набуває впровадження механізму «фондотримання» в охороні здоров'я. Його сутність полягає в розподілі фінансових ризиків між фінансуючою стороною та окремими ланками медичного комплексу, які безпосередньо надають медичну допомогу. Під фінансовим ризиком в охороні здоров'я розуміється ймовірність того, що медичні послуги, надані тією чи іншою ланкою медичного комплексу, не будуть профінансовані або будуть профінансовані лише частково.

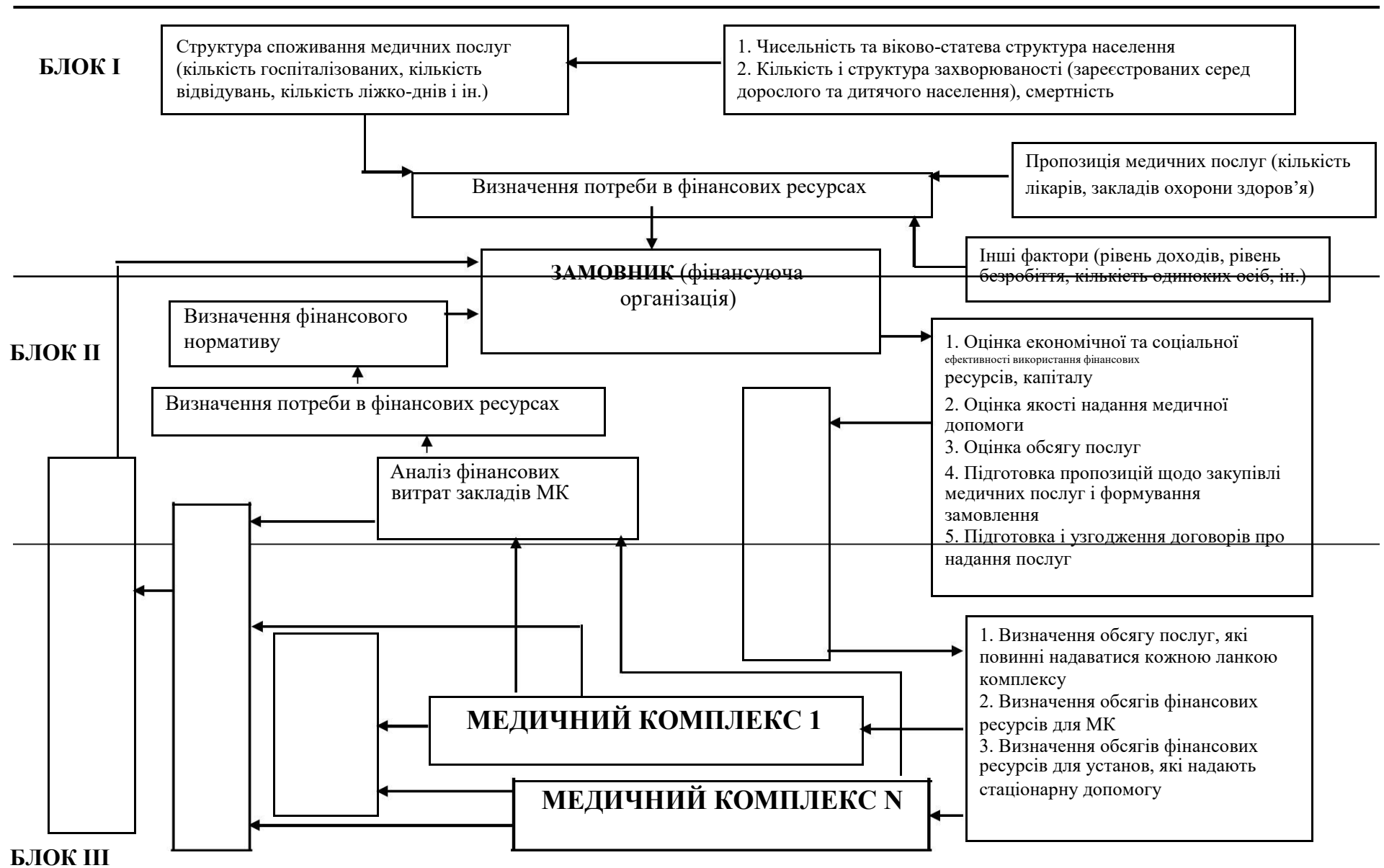


Рис. 3.2. Модель формування замовлення і визначення обсягів фінансових ресурсів для медичних комплексів.*

* Складено автором.

Розподіл фінансових ризиків набуває особливого значення саме для закладів первинної ланки, оскільки в умовах функціонування інтегрованої системи вони можуть опинитися в ситуації, коли вимушені забезпечувати пацієнтам надання дороговартісних медичних послуг за відсутності достатніх фінансових ресурсів на їх оплату. Це, у свою чергу, створює загрозу виникнення необґрунтованих відмов у наданні допомоги. З метою мінімізації таких ризиків обґрунтовується доцільність розмежування фінансової відповідальності за оплату стаціонарної допомоги між фінансуючою організацією та фондодержателем. Спільний розподіл фінансових ризиків із фінансуючою організацією дає змогу зберегти та посилити економічні інтереси закладів первинної та консультативно-діагностичної допомоги. За умов солідарної фінансової відповідальності первинної ланки і фінансуючої організації знижується фінансова вразливість фондодержателя, при цьому зберігаються стимули до розвитку стаціонарозамінних видів допомоги, до розширення обсягу послуг, які можуть бути надані амбулаторно, а також до зменшення кількості дороговартісних виїздів бригад швидкої медичної допомоги. У зв'язку з цим межі фінансової відповідальності мають бути гнучкими й змінними: зокрема, збільшення спектра стаціонарозамінних послуг, які надаються амбулаторно-поліклінічними закладами, може слугувати підставою для відповідного розширення цих меж.

Вибір методу фінансування в розрахунку на одну особу не є випадковим [79]. У міжнародній практиці застосовують різні підходи до оплати медичної допомоги: оплату за окремі медичні послуги, за відвідування, за пролікованого хворого, кошторисне фінансування, подушний принцип та інші варіанти. Серед них саме фінансування на одну особу, порівняно з чинною нині кошторисною системою, виявляється простішим в адмініструванні, економічно менш витратним і водночас більш універсальним механізмом, що здатен формувати у медичних установах усталені стимули до раціонального використання фінансових та інших ресурсів. Це особливо важливо для закладів, діяльність яких має передусім соціальне, а не комерційне спрямування, і які виконують суспільно значущі функції.

З метою формування належних мотивацій у сімейних лікарів – працівників Центру ПМСД – до підвищення якості та економічної результативності їх роботи доцільно запровадити оплату за нормативом у розрахунку на одного мешканця, закріпленого за кожним конкретним сімейним лікарем, відповідно до персоніфікованих списків пацієнтів. Додатково пропонується ввести систему стимулюючих (бонусних) доплат, що нараховуються за результатами діяльності сімейних лікарів з урахуванням якості наданої ними допомоги. Оцінювання якості має здійснюватися на основі аналізу діяльності кожного лікаря за індикаторами, попередньо визначеними організацією управління ресурсами. Обов'язковою передумовою функціонування такої моделі є належний рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я та забезпечення їх відповідними програмними продуктами, які дозволяють збирати, обробляти й аналізувати необхідну інформацію.

Зазначений спосіб оплати праці лікарів загальної практики, за якого бюджет закладу охорони здоров'я прямо залежить від кількості пацієнтів, що зареєстровані за лікарем на постійній основі (капітація), має тривалу історію й був уперше запроваджений ще у 1911 р. в Англії. Використання принципів капітації у поєднанні з частковим або повним фондотриманням та механізмами централізованого фінансування дає змогу Великобританії протягом тривалого періоду витратити майже удвічі меншу частку ВВП на охорону здоров'я порівняно з багатьма іншими розвиненими країнами, залишаючись при цьому державою, якій вдається ефективно стримувати темпи зростання медичних видатків.

Фінансування діяльності медичного комплексу за подушним принципом, тобто в розрахунку на одну особу, не означає підпорядкування закладів, що входять до складу комплексу, фінансуючій організації в адміністративному сенсі. Йдеться насамперед про формування договірних відносин між самостійними господарюючими суб'єктами, які взаємодіють на основі контрактів. Узагальнену модель управління фінансами медичного комплексу в такому форматі представлено на рис. 3. 3.

Ключова концепція фінансування за схемою фондотримання полягає в створенні для лікарів первинної ланки стійких стимулів перебрати на себе

відповідальність за організацію надання всіх видів медичної допомоги прикріпленому контингенту населення, забезпечуючи при цьому застосування найменш витратних, але клінічно обґрунтованих технологій лікування з урахуванням складності захворювань. Такий підхід має на меті, з одного боку, підвищення ефективності використання ресурсів, а з іншого – забезпечення реального захисту прав та інтересів пацієнтів [106, с. 94].

У межах запропонованої моделі до юрисдикції медичного комплексу має бути також передано управління сільськими амбулаторіями сімейної медицини. При цьому розподіл медичних послуг між різними ланками системи здійснюється з урахуванням, по-перше, інтересів пацієнта, по-друге, медичної й економічної доцільності, і, по-третє, пріоритетної ролі первинної ланки охорони здоров'я. У міру розширення можливостей амбулаторій – як у частині номенклатури послуг, що ними надаються, так і щодо їх доступності та якості – відбувається відповідний перерозподіл фінансових ресурсів на користь первинної ланки, що посилює її спроможність виконувати провідну роль у системі медичної допомоги.

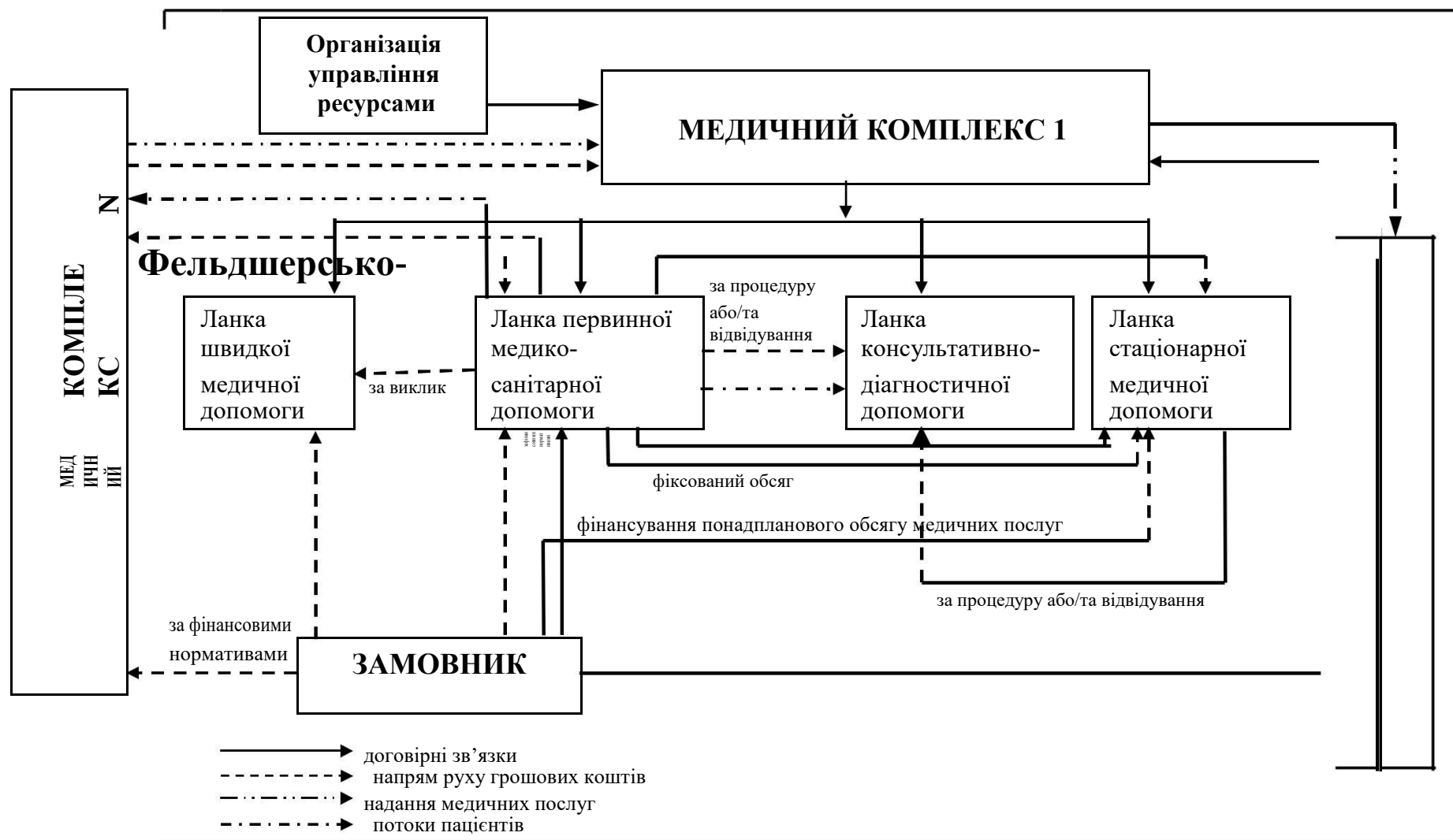


Рис. 3. 3. Модель управління фінансами медичного комплексу

Особлива функціональна вага первинної медико-санітарної ланки як часткового фондодержателя закріплюється у системі багатосторонніх договірних відносин, що укладаються між замовником — фінансуючою організацією — та окремими ланками медичного комплексу. У межах такого договору деталізуються види медичних послуг, які зобов'язана надавати кожна структурна одиниця, визначаються фінансові зобов'язання сторін, встановлюється порядок внутрішніх розрахунків між учасниками комплексу, а також фіксуються форми взаєморозрахунків з медичними установами, що не входять до складу комплексу, але можуть надавати окремі послуги. Крім того, у договорі між ланкою ПМСД та фінансуючою стороною передбачається визначення частки фінансових ресурсів від сукупного обсягу фінансування всього медичного комплексу, яка передається первинній ланці як частковому фондотримачеві. Ця частка охоплює фінансування її власної діяльності та фінансування роботи консультативно-діагностичної ланки, служби швидкої медичної допомоги й частково стаціонарної допомоги (обсяг визначається за результатами аналізу звернень до стаціонарної ланки у попередні періоди).

Запроваджений механізм фінансування є логічно обґрунтованим, оскільки, з одного боку, дає можливість обмежити ресурси первинної ланки тими видами послуг, які вона здатна контролювати й надавати, а з іншого — мінімізує притаманний схемі фондотримання ризик штучного стримування поліклініками направлень пацієнтів у стаціонар. Первинна ланка з отриманих коштів здійснює оплату тих видів допомоги, які не входять до її компетенції та мають бути ідентифіковані за відповідними стандартами. Важливо підкреслити, що реальне перенесення акцентів медичного забезпечення на рівень первинної допомоги можливе лише за умови суттєвого зміцнення її матеріально-технічної бази, розроблення науково обґрунтованих тарифів і нормативів, які визначатимуть частоту направлень до фахівців та до стаціонару, а також інтенсивного поширення таких організаційних форм, як центри амбулаторної хірургії, денні стаціонари, стаціонари вдома та розвиток інституту лікаря загальної практики.

Частка фінансування стаціонарної допомоги в загальному фінансовому нормативі визначається за результатами переговорів між замовником, стаціонарною ланкою та ПМСД з урахуванням стимулювання розвитку

стаціонарозамінних технологій. Також враховується реальний обсяг робіт стаціонару у попередні періоди. На початковому етапі первинній ланці може бути передано 10–20 % коштів, що спрямовуються на стаціонарну допомогу, але зі зростанням спроможності ПМСД та підвищенням її відповідальності за стан здоров'я населення відповідної території ця частка може поступово збільшуватися.

Обов'язковим елементом є розроблення стандартів, що визначатимуть критерії направлення пацієнтів на консультації до фахівців, госпіталізацію та інші види допомоги. Якщо медичний комплекс не здатний надати послугу в обсязі, обумовленому договором і стандартами, він зобов'язаний за власний рахунок забезпечити пацієнтові необхідну допомогу в іншому комплексі регіону. Також має бути встановлено межу фінансової відповідальності ПМСД за оплату послуг, наданих іншим медичним комплексом її пацієнтам. У разі перевищення цієї межі, якщо обґрунтованість такого перевищення доведена, відповідне відшкодування здійснює замовник у порядку, визначеному договором.

Функціонування єдиного медичного комплексу передбачає зростання ступеня відповідальності всіх його ланок за якість медичної допомоги, кінцеві результати та раціональне використання доступних ресурсів, оскільки оплата праці безпосередньо залежить від ефективності діяльності. Комплекс повинен функціонувати як юридична особа на засадах комунального підприємства із контрактною формою організації праці. Взаємовідносини із споживачами послуг, страховими структурами або органами місцевого самоврядування вибудовуються у формі договірних зобов'язань, в основі яких лежить визначений пакет медичних послуг із розрахунком необхідних витрат та можливістю їх реалізації на конкурсно-тендерних засадах. У цьому процесі необхідно враховувати наявні фінансові умови, місцеву специфіку, сформовану мережу медичних установ і чинні економічні відносини. У разі потреби допускається застосування різних моделей міжлікарняної інтеграції.

Ключовою умовою ефективного функціонування є фінансування медичного комплексу за прикріпленням населенням. В адміністративно-територіальній одиниці за певним комплексом закріплюється визначена чисельність населення, але в межах інтегрованої системи громадянам надається право вибору лікаря або медичної установи, що створює конкурентне середовище між постачальниками.

Якщо ж пацієнт направляється за межі комплексу, наприклад для отримання допомоги в іншому медичному комплексі або на вищому рівні спеціалізації, необхідним є обґрунтування потреби у такій спеціалізованій допомозі. Фінансування в цьому випадку здійснюється за схемою попередньої оплати — на одного прикріпленого пацієнта незалежно від фактичного обсягу наданих послуг. Власне фінансовий норматив на одну особу набуває значення тарифу, а фінансування стає фіксованим.

Замовник, який одночасно виступає головним розпорядником коштів, повинен виконувати такі функції: фінансувати медичні установи відповідно до фінансового нормативу на прикріплене населення; забезпечувати захист інтересів пацієнтів щодо якості та кількості послуг; укладати договори з медичними установами, контролювати їх виконання та оцінювати результати; брати участь в управлінні ресурсами медичних установ, що формують комплекс. У нових умовах фінансовий інтерес постачальників послуг полягає не в збільшенні кількості здійснених втручань, як це характерно для моделі «оплати за послугу» [25, с. 86], а у раціональному управлінні собівартістю. Таким чином виникає спільна мотивація всього комплексу та його окремих ланок підвищувати якість послуг та оптимізувати використання фінансових, матеріальних і трудових ресурсів.

За умов застосування нормативу фінансування на одного мешканця управління витратами передбачає необхідність зниження вартості та обсягу послуг у розрахунку на одного пацієнта, з одночасним збереженням якості допомоги та рівня задоволеності пацієнтів. Проте, навіть за цієї умови стаціонарні установи не перетворюються на повноцінні фінансові центри, оскільки їхній дохід визначається на рівні всього медичного комплексу. Тому лікарні можна розглядати передусім як «центри поособового розрахунку», де фінансова частка від подушного нормативу враховується лише на рівні закладу, а не окремих підрозділів. Відділення в межах такої моделі стають центрами витрат без чітко визначених доходів [25, с. 87], що усуває стимули щодо перевитрат.

Орієнтиром для розподілу ресурсів між відділеннями можуть слугувати напрацювання фахівців Науково-дослідного інституту Федерального об'єднання місцевих лікарняних кас Німеччини, які на основі міжнародного досвіду пропонують орієнтовні пропорції витрат на лікування у стаціонарних відділеннях

(табл. 3.2). Втім оптимальним вважається гнучке фінансування, яке може оперативно змінюватися залежно від реальної потреби в наданні послуг, оскільки фіксований розподіл коштів може стимулювати їх використання незалежно від потреби.

Важливим етапом формування структури територіально-інтегрованої системи й механізму розподілу частки фінансового нормативу між її ланками є створення повного масиву вихідної інформації про фінансове забезпечення галузі. До неї належать оцінка фінансового стану медичних установ, аналіз доходів і видатків, грошових потоків, ефективності використання ресурсів, результатів фінансової діяльності та роботи служб фінансового менеджменту (менеджерів та адміністрації), відповідність прийнятих фінансових рішень загальним цілям, нормативним актам та директивним документам. Уся ця інформація формується з внутрішніх джерел і становить основу для прийняття фінансових рішень. Для комплексної оцінки фінансового стану системи охорони здоров'я необхідним є володіння повною інформацією щодо частки видатків на галузь у ВВП, співвідношення державних і приватних видатків, структури джерел фінансування, технічного оснащення установ та інших показників.

Таблиця 3. 2.

Коефіцієнти вартості ліжко-днів у відділеннях стаціонару [108].

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

Під час оцінювання фінансового стану медичного комплексу застосовують ті самі показники, що й при аналізі фінансового стану окремих закладів охорони здоров'я. Оскільки медичний комплекс являє собою сукупність окремих ланок, які здійснюють надання медичних послуг, фінансовий стан аналізується як на рівні кожної ланки, так і на рівні кожного відділення в її структурі. Відповідно, погіршення або поліпшення результатів функціонування медичного комплексу в цілому зумовлюється тими чи іншими змінами у діяльності окремих установ та їхніх структурних підрозділів.

В умовах єдиної інтегрованої системи особливої ваги набуває формування повної, достовірної та систематизованої медико-економічної інформації щодо пацієнтів, напрямків їх скерування до стаціонарних і консультативних відділень, обсягів виконаних робіт у кожному структурному підрозділі, а також відповідних витрат. Наявність прозорої й цілісної інформаційної бази створює можливість обґрунтовано коригувати обсяги медичної допомоги та перерозподіляти фінансові потоки між структурними підрозділами з урахуванням медичної та економічної доцільності. З метою забезпечення ефективного обміну інформацією між усіма користувачами доцільним є перехід до єдиного інформаційного простору, який гарантуватиме оперативну та надійну передачу медичної й адміністративно-фінансової інформації між комп'ютеризованими системами різних закладів, що надають медичні послуги. Подібна система управління дає змогу оптимізувати обсяги медичної допомоги, функціональне навантаження та організаційну структуру медичних закладів регіону, упорядкувати кадровий склад, усунути нераціональні витрати й визначити реальний розмір фінансового нормативу, необхідного для забезпечення повноцінної медичної допомоги населенню в межах будь-якої моделі організації охорони здоров'я [25, с. 88]. Водночас доцільно розглянути можливість запровадження спільних платежів за відвідування лікарів, навіть якщо йдеться про незначні за розміром внески, оскільки цей крок має превентивний характер щодо надмірного використання й зловживання лікарськими засобами, які призначаються за рецептами [120]. На основі показників, сформованих для відповідних груп пацієнтів та послуг, здійснюється фінансове планування і ухвалюються оперативні управлінські рішення.

В умовах масштабних системних трансформацій у галузі охорони здоров'я загалом та в окремих медичних закладах зокрема виникає об'єктивна та нагальна потреба у запровадженні сучасного управлінського обліку і дієвого контролю. До основних складових управлінського обліку, які дають змогу підвищити його результативність і врахувати вплив фінансових ризиків на діяльність установ охорони здоров'я, належать: аналіз відшкодування витрат і механізмів ціноутворення; зіставлення фактичних показників з плановими та нормативними; формування і реалізація внутрішньої системи бюджетів. Таким чином, управлінський облік виступає не лише інструментом фіксації даних, а й засобом підтримки прийняття рішень з урахуванням ризиків та можливостей фінансової стабілізації.

Загалом організація роботи в межах єдиного медичного комплексу, що функціонує за принципами керованої медичної допомоги, вимагає, щоб діяльність окремих ланок надання медичних послуг була узгоджена з єдиними економічними інтересами. Досягнення такої узгодженості забезпечується через:

- інтеграцію всіх фінансових ресурсів і формування єдиного фінансового нормативу на одну особу;
- установавання договірних відносин між усіма учасниками системи керованої медичної допомоги;
- визначення частки кожної ланки у фінансовому нормативі на одну особу;
- поєднання проспективної (попередньої) та ретроспективної оплати;
- договірний розподіл отриманої економії фінансових ресурсів.

За умов функціонування територіально інтегрованої системи ключовим чинником раціонального використання ресурсного потенціалу установ охорони здоров'я, на нашу думку, є визначення обсягів потреби у фінансових ресурсах для медичного об'єднання та його окремих складових. З одного боку, така величина є сукупною і формується на основі вартості конкретних медичних послуг з урахуванням їх обсягу та структури; з іншого боку, саме вона слугує базою для формування фінансового нормативу на одну особу для конкретного медичного об'єднання. Її розрахунок дає змогу встановити обсяг потенційного недофінансування медичного комплексу, що, своєю чергою, стає відправною

точкою для побудови системи фінансового планування, формування ефективної внутрішньої політики розподілу фінансових ресурсів і оптимального використання наявного ресурсного потенціалу закладів охорони здоров'я.

Подальша деталізація і розподіл фінансових ресурсів між різними рівнями управління та ланками медичного комплексу можуть здійснюватися із застосуванням матричного моделювання, в основі якого лежить міжгалузевий балансовий метод. Використання цього підходу дає можливість провести глибокий аналіз структури фінансування та здійснити розподіл коштів між різними ієрархічними рівнями комплексу, формуючи внутрішньо узгоджені та збалансовані фінансові плани. Такі плани відіграють істотну роль у забезпеченні сталості й прогнозованості фінансування закладів охорони здоров'я. Застосування сучасних математичних методів і засобів обчислювальної техніки робить розв'язання відповідних завдань достатньо простим з технічної точки зору, одночасно підвищуючи точність і надійність розрахунків.

Ефективним інструментом обґрунтування потреби у фінансових ресурсах, необхідних для функціонування медичного комплексу в умовах територіально інтегрованої системи, є економіко-математичне моделювання, побудоване на принципах системного підходу. Сутність системного підходу полягає в тому, що в межах досліджуваної системи встановлюються взаємозв'язки між її елементами, а економічні показники розглядаються не як незалежні, а як взаємопов'язані та взаємообумовлені. Такий підхід дає змогу комплексно оцінювати результати діяльності як окремих ланок, так і медичного комплексу загалом, що наочно відображено у відповідних аналітичних матеріалах (табл. 3.3).

Зведений бюджет медичного комплексу

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

Продовження таблиці 3. 3.

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

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

$$F_n = \frac{\square}{IV}, \quad (3.1)$$

заг

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

Право ланки первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на одержання винагороди за кожну профілактичну послугу розглядається як додатковий механізм мотивації та оптимізації її функціонування в межах інтегрованої системи охорони здоров'я. Після визначення загального фінансового нормативу наступним кроком стає встановлення частки кожної ланки у складі поособового нормативу. Розподіл фінансових ресурсів усередині медичного комплексу здійснюється відповідно до кількості замовлених послуг і їх вартості, а кожна ланка бере на себе певні зобов'язання стосовно обсягу можливого надання послуг і розподілу фінансових ризиків. Обсяги послуг, які може забезпечити кожна ланка, визначаються на основі стандартів (які потребують подальшої розробки) або на базі аналізу показників діяльності медичних закладів за попередні періоди.

У цьому контексті об'єктом розрахунку вартості виступає медична послуга, що класифікується як проста або складна (комплексна). Простими вважаються

лікувально-діагностичні процедури, окремі обстеження, маніпуляції та інші елементарні дії, регламентовані нормативами надання медичної допомоги населенню. Натомість складні (комплексні) послуги являють собою впорядкований набір простих послуг, сформований відповідно до конкретної нозологічної форми.

До основних видів медичних послуг належать такі категорії: відвідування сімейного (дільничного) лікаря, консультації у фахівців, виконання лікувально-діагностичних процедур та обстежень, а також день перебування пацієнта у стаціонарі лікарні. Завершальним етапом розрахунків є визначення прогнозованого рівня недофінансування медичного комплексу. Якщо розрахункова потреба у фінансових ресурсах суттєво перевищує планові обсяги фінансування, можливими шляхами покриття дефіциту є надходження від платних послуг, кошти медичного страхування, залучення інвестицій та благодійних внесків, а також упровадження співучасті населення в оплаті медичних послуг. Однак основним чинником скорочення дефіциту має стати економія ресурсів шляхом підвищення раціональності використання потенціалу медичного комплексу.

Як оптимальний механізм розрахунків фондovласника з іншими ланками комплексу доцільно застосовувати змішану модель фінансування, що поєднує ретроспективну оплату фактично наданих послуг із попередньою оплатою за заздалегідь узгоджений обсяг діяльності. Основна частина взаєморозрахунків між ланками повинна бути визначена наперед за результатами домовленостей. Ретроспективна оплата має застосовуватися лише до незапланованих обсягів діяльності консультативно-діагностичної, стаціонарної та екстреної (швидкої) медичної допомоги. Незапланований обсяг діяльності комплексів оплачується відповідно до затверджених медичних стандартів або за кожну окрему послугу. У сфері надання екстреної допомоги оптимальним є застосування оплати за кожен виклик швидкої медичної допомоги.

Фінансування охорони здоров'я на основі принципів керованої медицини та розрахунку фінансового нормативу сприятиме оптимізації управління

фінансовими потоками за ключовими компонентами — визначенням необхідних обсягів медичної допомоги та забезпеченням їх доступності й якості, що визначає медичний ефект; покращенням стану здоров'я населення як інтегрального соціального результату. Метою такої оптимізації є досягнення максимально можливого медичного та соціального ефекту в межах фінансових можливостей держави, виходячи з визначеної потреби у фінансових ресурсах адміністративно-територіальних одиниць та країни загалом.

З метою підвищення фінансової стійкості галузі та окремих медичних установ необхідним є вдосконалення фінансового забезпечення, що реалізується за такими напрямками:

- розширення джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я шляхом залучення інвестицій. Одним із найефективніших механізмів залучення недержавних інвестицій можуть стати форми приватно-державного партнерства. На практиці їх реалізація здебільшого здійснюється шляхом укладення концесійних угод, за яких держава зберігає право власності на об'єкт концесії. Особлива увага має приділятися розвитку таких угод на базі незадіяних або малоефективно використаних потужностей лікувально-профілактичних установ; а також створенню законодавчих умов для застосування лізингових схем придбання сучасного медичного обладнання комунальними закладами охорони здоров'я.

Мотивація роботодавців до інвестування в покращення здоров'я працівників і якісне функціонування системи охорони здоров'я може бути посилена завдяки модернізації матеріально-технічної бази галузі. Це передбачає необхідність упровадження єдиної процедури планування забезпечення медичних установ сучасним обладнанням, узгодження планів оснащення державних і комунальних лікувальних закладів із гарантованими обсягами медичної допомоги, розроблення стандартів забезпечення для різних типів медичних організацій та профілів лікарняних ліжок. З огляду на значний ступінь зношеності основних фондів галузі та потребу в оновленні медичної техніки, лізинг має стати одним із пріоритетних фінансових інструментів у системі стратегічного управління. Фінансовий лізинг дозволяє медичним установам отримати доступ до

сучасного обладнання та поступово викупити його без значного одномоментного фінансового навантаження, що водночас підсилює ефективність управління фінансами галузі [102, с. 27].

- законодавче врегулювання переліку платних медичних послуг та затвердження уніфікованої методики їх тарифікації, що забезпечить формування узгодженої системи цін на медичні послуги;
- створення умов для впровадження обов'язкового і розвитку добровільного медичного страхування. Запровадженню обов'язкового медичного страхування має передувати комплексна підготовча робота, спрямована на підвищення ефективності чинної системи та стимулювання розвитку добровільних страхових програм;
- установа механізмів співучасті населення в оплаті медичних послуг. Досвід зарубіжних країн засвідчує, що введення співоплат має не лише фіскальний, а й поведінковий ефект, сприяючи відповідальнішому ставленню громадян до власного здоров'я, диверсифікації джерел фінансових ресурсів і збільшенню надходжень у медичні установи. Розмір співоплати має визначатися з урахуванням середнього рівня заробітної плати в конкретному регіоні;
- упровадження системи реімбурсації для пільгових категорій населення з метою забезпечення доступності лікарських засобів і фармацевтичної допомоги. Система реімбурсації, поширена в міжнародній практиці, є соціально-економічним механізмом, що дає змогу компенсувати вартість ліків і підвищити ефективність бюджетних видатків та зменшити фінансове навантаження на громадян.

Для забезпечення належного рівня управління фінансовими ресурсами, яке ґрунтується на принципах економності, ефективності, результативності, законності та прозорості, необхідним є формування дієвої системи внутрішнього контролю у кожного розпорядника бюджетних коштів, створення підрозділів внутрішнього аудиту та інтеграція цих елементів у цілісну систему державного внутрішнього фінансового контролю. На відміну від традиційних форм зовнішнього фінансового контролю, внутрішній контроль спрямований на оперативну підтримку бюджетних установ у розв'язанні поточних проблем. Його

завданнями є забезпечення впевненості керівництва в досягненні необхідного рівня ефективності, економності та результативності; підтвердження достовірності фінансової, статистичної й управлінської звітності; дотримання встановлених норм і вимог; захист активів від втрат.

Внутрішній аудит має надавати незалежну оцінку діяльності розпорядників бюджетних коштів, підтверджувати, що система управління функціонує таким чином, що дає змогу мінімізувати ризики шахрайства, неефективності та помилок, а також формувати рекомендації щодо вдосконалення управлінських процесів та підвищення їх результативності. Окремим завданням внутрішнього аудиту є оцінка ефективності внутрішнього контролю з урахуванням понесених витрат.

З метою оцінювання рівня виконання запланованих показників і виявлення факторів, які загрожують фінансовій безпеці установ, виникає потреба в організації системи моніторингу та контролінгу. Контролінг виконує функцію оцінювання якості управлінських рішень і забезпечення управлінського процесу повною, достовірною й кількісно визначеною інформацією.

Концепція реформування управління фінансами охорони здоров'я в Україні передбачає вдосконалення й підвищення ефективності використання ресурсів галузі. Її реалізація за умов збільшення державних видатків на медицину дозволить досягти таких результатів:

- скорочення розриву між середньою заробітною платою працівників медичних установ і відповідними показниками в промисловості;
- дотримання державних гарантій щодо безоплатного надання громадянам медичних послуг, що забезпечить можливість безкоштовного медикаментозного забезпечення пацієнтів у стаціонарах та суттєве покращення лікарського забезпечення в амбулаторних умовах;
- оновлення застарілого медичного обладнання, здійснення ремонтів медичних будівель і споруд, першочергове забезпечення первинної ланки медичної допомоги необхідним устаткуванням;
- збільшення видатків на лікувальне харчування пацієнтів у стаціонарі та інші актуальні потреби галузі.

Висновки до розділу 3

Дослідження, проведене в межах третього розділу, дозволяє сформулювати такі основні висновки.

1. Аналіз світових тенденцій реформування систем управління фінансами у сфері охорони здоров'я засвідчив, що ключовим напрямом цих реформ є поєднання механізмів стримування зростання видатків із комплексними змінами, спрямованими на підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів. Зарубіжний досвід функціонування та модернізації систем охорони здоров'я підтверджує нагальну потребу зміни організаційної моделі забезпечення галузі, зокрема модернізацію мережі лікувально-профілактичних установ, удосконалення економічних і правових механізмів діяльності медичних організацій, посилення координації між ланками управління охороною здоров'я, зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів та оновлення механізмів фінансового управління. Одним із найперспективніших підходів, який здатний забезпечити комплексну трансформацію фінансового управління галуззю, є модель «керованої медичної допомоги», що використовується у країнах із бюджетною моделлю фінансового забезпечення медицини. В Україні ключовим кроком у цьому напрямі визначено структурну реорганізацію галузі шляхом формування на регіональному рівні «територіальних інтегрованих систем», які об'єднують основні ланки надання медичних послуг у формат медичних комплексів.

2. У межах дослідження розроблено концепцію реформування управління фінансами охорони здоров'я, в якій визначено першочергові завдання та необхідні етапи її реалізації. Запропоновано стратегію реструктуризації системи надання медичної допомоги населенню, напрями удосконалення фінансового, організаційного, інформаційного, кадрового та програмного забезпечення управління фінансами охорони здоров'я, а також комплекс заходів із модернізації фінансового планування, контролю й механізмів оплати медичних послуг. Обґрунтовано перспективні напрями розвитку фінансового управління галуззю та визначено необхідність інтеграції сучасних управлінських технологій

фінансового менеджменту в діяльність медичних установ задля підвищення доступності й якості медичної допомоги. Стратегічним напрямом реформи системи оплати медичних послуг у межах територіально інтегрованої системи є запровадження фінансування медичних комплексів за фінансовими нормативами на одну особу за моделлю часткового фондотримання в ланці ПМСД із доповненням механізмами стимулюючих надбавок за пріоритетні напрями роботи; на рівні вторинної та третинної медичної допомоги — упровадження глобальних бюджетів для стаціонарів за результативними параметрами діяльності; для консультативно-діагностичної ланки — застосування моделі оплати за фактично наданий обсяг послуг.

ВИСНОВКИ

У магістерському дослідженні здійснено систематизацію теоретичних положень та узагальнено сучасну практику управління фінансами охорони здоров'я, що дало змогу сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо їх удосконалення. Результати проведеного дослідження дозволили сформулювати висновки, які мають як теоретико-методологічне, так і практичне значення.

1. Узагальнення концептуальних підходів із використанням філософських категорій «сутність», «явище», «зміст» і «форма» дало можливість уточнити змістовне наповнення поняття «фінанси охорони здоров'я» та виявити притаманні їм діалектичні суперечності. Останні виявляються, зокрема, у відносинах з державою щодо виконання нею конституційних зобов'язань стосовно безоплатного надання медичної допомоги в умовах обмежених фінансових ресурсів і постійного зростання потреб галузі, а також у процесі розподілу фінансових ресурсів між рівнями бюджетної системи. Попри те, що участь держави є необхідною передумовою функціонування та розвитку будь-якої системи медичного обслуговування, масштаби державного втручання можуть істотно відрізнятись. Для визначення видів, обсягів, порядку та умов надання медичної допомоги, що має надаватися безоплатно, обґрунтовано класифікацію медичних послуг. Завданням державного управління у цій сфері є побудова такої моделі організації фінансів охорони здоров'я, яка б раціонально поєднувала засади державного та ринкового господарювання і одночасно забезпечувала доступність, справедливість, рівність, а також соціальну й економічну ефективність медичних послуг.

2. На основі узагальнення наукових підходів до тлумачення категорій «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент» і з урахуванням сучасних тенденцій розвитку галузі уточнено зміст дефініції «управління фінансами охорони здоров'я». У поданому визначенні акцент зроблено на провідній ролі суспільного вибору як детермінанти управлінських рішень, окреслено зміст управлінської діяльності, визначено її об'єкт і підкреслено, що вона має бути обов'язково цілеспрямованою. Управління фінансами, з одного боку, має бути

орієнтоване на досягнення високої ефективності фінансової діяльності закладу охорони здоров'я, що проявляється у зміцненні його конкурентних позицій на ринку медичних послуг, а з іншого — на забезпечення фінансової стійкості як окремої установи, так і галузі в цілому, а також на створення умов для їх розвитку. Разом з тим на різних етапах розвитку держави, галузі та медичних закладів цілі управління фінансами можуть зазнавати змін, тому їх необхідно узгоджувати з цілями інших функціональних видів менеджменту.

3. Для систематизації методологічних засад управління фінансами охорони здоров'я у магістерській роботі окреслено об'єкти та суб'єкти управління, сформульовано ключові принципи, визначено функції, управлінські технології та системи забезпечення. Особливу роль відіграє дотримання принципів, які забезпечують узгодженість функцій управління фінансами охорони здоров'я зі стратегічними цілями розвитку галузі. На основі аналізу методів управління фінансами виокремлено управлінські технології фінансового адміністрування та фінансового менеджменту у сфері охорони здоров'я. Показано, що організаційне забезпечення сучасної системи управління фінансами охорони здоров'я є надмірно громіздким, відзначається високим рівнем централізації, домінуванням адміністративних принципів, методів і форм організації управління фінансовою діяльністю, а також браком узгодженості та повноцінної взаємодії між органами управління під час реалізації державної політики, досягнення цілей функціонування та розвитку галузі.

4. Установлено, що чинний механізм бюджетного планування видатків на охорону здоров'я, який базується на формульному розрахунку трансфертів, є недосконалим. Він реалізується за принципом вертикальної підпорядкованості, супроводжується відсутністю єдиної методології стратегічного бюджетного планування та посиленням централізації управлінських рішень. Кошторисне планування в охороні здоров'я спирається на систему норм і нормативів, які не мають належного наукового обґрунтування і не відображають реальної потреби медичних установ у матеріальних, трудових і фінансових ресурсах. Розподіл бюджетних коштів між закладами охорони здоров'я за оперативно-мережевими

показниками діяльності не формує належних стимулів до підвищення ефективності їх роботи. Унаслідок цього загострюються суперечності між зростанням потреб галузі, медичних установ і населення у високоякісній медичній допомозі та обмеженими можливостями її забезпечення за рахунок бюджетних ресурсів. Динаміка структури видатків Державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я свідчить про недостатність їх обсягів і недосконалість пропорцій розподілу фінансових ресурсів: за економічною класифікацією, між рівнями надання медичної допомоги, а також між бюджетами різних рівнів.

5. Результати аналізу практики фінансового контролю в галузі охорони здоров'я показали, що в Україні й досі домінують фіскальні форми контролю, які здійснюються зовнішніми щодо об'єкта контролю органами та орієнтовані насамперед на виявлення фінансових порушень, а не на дослідження причин їх виникнення. Це спричиняє подальше зростання кількості фінансових порушень у системі охорони здоров'я. Підвищення результативності контрольної діяльності потребує розвитку систем внутрішнього фінансового контролю й аудиту, формування механізмів контролінгу та моніторингу у кожного розпорядника бюджетних коштів, посилення ролі попереднього та поточного фінансового контролю.

6. Вивчення моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я, методів розподілу фінансових ресурсів, статусу медичних установ та лікарів, які надають медичні послуги, дозволило виокремити сучасні світові тенденції в управлінні фінансами охорони здоров'я. Попри відмінності у способах поєднання зазначених елементів, системи управління фінансами у різних країнах перебувають у стані постійного реформування. Зарубіжний досвід реформування механізмів управління фінансами охорони здоров'я свідчить про орієнтацію реформ на поєднання механізмів стримування бюджетних видатків із заходами, спрямованими на підвищення ефективності їх використання. До основних напрямів таких реформ належать: запровадження бюджетних обмежень у поєднанні з посиленням державного фінансового контролю; розширення участі місцевих і регіональних органів влади у прийнятті рішень щодо обсягів

фінансових ресурсів, методів їх мобілізації, розподілу та використання; активніше застосування ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я; збільшення частки видатків, що покриваються пацієнтами через розширення переліку платних послуг та розвиток добровільного медичного страхування; обмеження необґрунтованої пропозиції медичних послуг і ресурсів. Усі ці напрями є перспективними для адаптації в українській практиці реформування механізму управління фінансами охорони здоров'я. Водночас визначальним попереднім кроком є формування концептуальних засад таких реформ та вироблення єдиної державної стратегії перетворень в організації надання медичних послуг з метою підвищення їх якості, доступності та ефективності для населення.

7. Запропонована в роботі концепція управління фінансами охорони здоров'я передбачає реалізацію низки пріоритетних завдань. До них належать: конкретизація та законодавче закріплення державних гарантій щодо видів, обсягів, порядку та умов надання безоплатної медичної допомоги, включаючи визначення переліку медичних послуг і лікарських технологій, що входять до гарантованого державою обсягу медичного обслуговування з урахуванням реальних фінансових можливостей; упровадження системи стратегічного фінансового планування, побудованої на програмно-цільових засадах; розроблення науково обґрунтованих норм і нормативів ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я з урахуванням впливу сучасних наукових та технологічних інновацій у медицині на потребу у відповідних ресурсах; затвердження фінансових нормативів планування ресурсів; оптимізація організаційної структури галузі; зміна підходів до оплати медичних послуг; удосконалення системи оплати праці медичного персоналу та кадрового забезпечення управління фінансами галузі; підвищення рівня фінансового забезпечення та фінансової стійкості галузі й окремих установ; упровадження управлінських технологій фінансового менеджменту в практику фінансової діяльності медичних організацій.

8. Побудована в дослідженні модель управління фінансами охорони здоров'я передбачає структурну реорганізацію галузі на регіональному рівні на

засадах «керованої медицини», укладення контрактів на надання медичних послуг між замовником та постачальниками, визначення потреби у фінансових ресурсах на регіональному рівні шляхом розрахунку фінансового нормативу на одну особу, зміну підходів до фінансування медичних установ та запровадження оплати послуг медичних комплексів за моделлю часткового фондотримання. Такий підхід дає змогу ув'язати обсяги наданих фінансових ресурсів з реальними потребами населення у медичній допомозі в межах конкретної зони обслуговування та створює умови для розширення доступності й підвищення якості медичних послуг.

Реалізація наукових положень і практичних рекомендацій, сформульованих у магістерській роботі, сприятиме вдосконаленню організації фінансів охорони здоров'я та підвищенню ефективності надання медичних послуг населенню. Водночас, беручи до уваги те, що в Україні триває процес становлення національної системи управління фінансами охорони здоров'я, видається обґрунтованою необхідність подальшого розвитку розпочатих у роботі наукових досліджень і поглиблення теоретико-прикладних напрацювань у цій сфері.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Соціальна медицина [Текст] : монографія / О. Голяченко, К. Сокол, — Г. Слабкий. — Тернопіль : Лілея , 2009. — 188 с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Під редакцією Ю.В. Вороненка, — Київ : Здоров'я, 2002. — 94 — 102 с.
- 3.Талліннська хартія: Системи охорони здоров'я для здоров'я і благополуччя (Таллінн, Естонія, 27.06.08 р.) WHO European Ministerial Conference on Health Systems “Health Systems, Health and Wealth”, Tallinn, Estonia , June 2008 : 25 — 27 p. , report., ВООЗ, 2009 — 91 с.
- 4.Пропозиції Міністерства охорони здоров'я України до проекту рекомендацій парламентських слухань на тему : "Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв'язання" [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. — Назва з екрану.
5. Лисицин Ю.П. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения (оглавл. литературы) / Ю.П.Лисицин // Методика изучения заболеваемости и инвалидности. — 1987. — Том. I. — гл. 5, разд. 2.
6. Серенко А. Ф. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под. ред. А. Ф.Серенко , В. В. Ермакова // Медицина. — 1984. — С. 232 — 252.
7. Ліпіна Ю. П. Керівництво до практичних занять по соціальній гігієні і організації охорони здоров'я (огляд літератури) / Під ред. Ю. П. Ліпіна // М., Медицина. — 1984. — С. 153 — 157.
8. Дагле Н. В., Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності / Н. В. Дагле, А. Я. Юркевич // Медицина. — 1984. — С. 183.
9. Вороненко Ю. В., — Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / (за ред.) В. Ф. Москаленко , Вороненко Ю. В. // Тернопіль, “Укрмедкнига”. — 2000 р. — С. 144 — 147, 151 — 155.

10. Ю. В. Вороненко, — Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Посібник до практичних занять. / За ред. Ю. В. Вороненка, В. В. Рудня . — Львів : „Новий світ”, 2004. — С. 54-118.

11. Кучеренко В. З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению (огляд літератури) / Под ред. В. З. Кучеренко // Москва, “ГЭОТАР-Медиа”. — 2008. — С. 33 — 125.

12. Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики МОЗ України — Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007 — 2008 роки. [Текст] : Київ. — 2009. — , С. 35 — 225.

13. Хвисяк М. І. Менеджмент в охороні здоров'я / За ред. М. І. Хвисяка, І. І. Парфьонової // Частина 1 Харків, ТОВ „Оберіг”. 2008р., — С. 202 — 219, 224 — 318.

14. Запобіжна госпіталізація в практиці лікаря [Текст] / Г. О. Слабкий [та ін.] //МОЗ України , ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». — 2010.

15. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я [Текст] : [метод. рекомендації] / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко [та ін.]. — К. : МОЗ України, ДУ «Укр.ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; 2010. — 29 с.

16. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я /під ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка // Тернопіль, “Укрмедкнига”.— 2000 . — С. 458 — 462.

17. McGilchrist, C. A., Aisbett, C.W. (1991) Regression with frailty in survival analysis. Biometrics 47, P. 461 — 466.

18. Therneau, T. M., Grambsch, P. M., Pankratz, V. S. (2003) Penalized survival models and frailty [Electronic resource] / Journal of Computational and Graphical Statistics 12, P. 156 — 175.

19. Рудень В. В. — Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / В Рудень, під ред. Ю. В. Вороненка // Посібник до практичних занять, „Новий світ”, Львів. — 2004. — С. 193 — 210.

20. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік [Електронний ресурс] / За ред.. Р.В.Богатирьової. — К., 2009. — с. 74 — 81. — Режим доступу : <http://www.uioph.kiev.ua>. — Назва з екрану.

21. «Методика аналізу роботи лікувально-профілактичних закладів та оцінки рівня надання медичної допомоги населенню окремими спеціалістами» [Текст] : [метод. рекомендації] / Київ – 2006. — С. 30.

22. Социальная медицина и организация здравоохранения [Текст] /. В. А. Миняев [та ін.] // Руководство для студентов, клинических ординаторов и аспирантов Санкт-Петербург. — 1998. — 2 т., С. 49 — 52.

23. Philipson, T. (2013).”Asymmetric Information and The Non-Profit Sector: Does Its Output Sell at a Premium?”, The Changing Hospital Industry. Edited by D. Cutler, Chicago: University of Chicago Press.

24. Iizuka, Toshiaki. Experts' Agency Problems: Evidence from the Prescription Drug Market in Japan. 2004; Vanderbilt University Working Paper, available at (accessed July 10, 2006).

25. Fuchs VR 2006, ‘Economics and health care reform’, The American Economic Review, vol 86,no 1, pp1-24. Fuchs VR and Kramer

26. McGuire, T.G.. (2010). “Physician Agency,” in A. J. Culyer and J. P Newhouse, eds. Handbook of Health Economics, volume 1A. North-Holland.p.10 — 16.

27. Haruko Noguchi, Satoshi Shimizutani and Yuichiro Masuda (2005). Physician-Induced Demand for Treatments for Heart Attack Patients in Japan: Evidence from the Tokai Acute Myocardial Study (TAMIS). Economic and Social Research Institute Cabinet Office Tokyo, Japan ESRI Discussion Paper Series No.147

28. Nassiri A. and Rochaix R. “Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach” Health Economics, 2006, 15, issue 1, pages 49 — 64.

29. Van De Voorde C, Van Doorslaer E, Schokkaert E “Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand” *Health Economics* 10: 457 — 471 (2001).

30. Діденко Л. О. Індукований попит на медичну допомогу в Україні: міф чи реальність? / Л. О. Діденко, А. В. Пірникоза // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. — К., — 2012. — N 2/3. — С. 104 — 112.

31. Визначення індукованого медичним персоналом попиту на медичні послуги (на прикладі планових грижесічень) [Текст] : [методичні рекомендації] / О. М. Очередько, Л. О. Діденко — К.: 2013. — С. 23.

32. Follan, Sherman, Goodman, Allen C., and Stano, Miron. *The economic of Health and health care*.-4th ed. (Pearson Prentice Hall, 2004), 569p

33. McGuire, Thomas G., “Physician Agency”, in *Handbook of Health Economics*, Volume 1A, edited by Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse. (Elsevier Science B.V., 2000).

34. Gaynor, M., J. B. Rebitzer, and L. J. Taylor (2004). «Physician Incentives in Health Maintenance Organizations». *Journal of Political Economy*, 112(4), 915 — 931.

35. Dranove, D. (1988): «Demand Inducement And The Physician-Patient Relationship,» *Economic Inquiry*, 26(2), 281 — 298.

36. Rochaix, L. (1989): «Information asymmetry and search in the market for physicians' services,» *Journal of Health Economics*, 8(1), 53 — 84.

37. Evans, R. (1974): «Modeling the economic objectives of the physician,» in *Health economics symposium, Proceedings of the First Canadian Conference* 4 — 6 Sept., ed. by R. Fraser, pp. 33 — 46. Queen's University Industrial Relations Centre, Kingston (Ont.).

38. Nguyen, N. X., and F. W. Derrick (1997): «Physician behavioral response to a Medicare price reduction,» *Health Services Research*, 32(3), 283 — 299.

Paarsch, H., and B. Shearer (2000): «Piece Rates, Fixed Wages and Incentive Effects: Statistical Evidence from Payroll Records,» *International Economic Review*, 41(1), 59 — 92.

39. Damien Échevin, Bernard Fortin (2011). «Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: a Natural Experiment». Mimeo.
40. Москаленко В.Ф. Громадське здоров'я (огляд літератури) / — В.Ф. Москаленко // Тернопіль, — "Нова книга". 2011. — С. 86 — 103, 163, 166; 277.
41. Вороненко Ю. В. — Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Посібник. / Ю. В. Вороненко. Київ : “Здоров'я”, 2002 . — 163 — 173 с.
42. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002 — 2011 роки. Постанова Кабінету міністрів України від 10.01.2002 року. № 14.
43. Paarsch, H., and B. Shearer (2000): «Piece Rates, Fixed Wages and Incentive Effects: Statistical Evidence from Payroll Records» International Economic Review, 41(1), 59 — 92.
44. Aalen, O. O. Survival and Event History Analysis: A Process Point of View. / O. O. Aalen, O. Borgan, H. K. Gjessing / Springer, Berlin — 2008, 432 p.
45. Meyer, B. (1990). Unemployment insurance and unemployment spells. Econometrica 58 (4), 757 — 782.
46. Abbring, J. H. and G. J. Van den Berg (2007). The unobserved heterogeneity distribution in duration analysis. Biometrika 94(1), 87 — 99.
47. Heckman, J. J. and B. Singer (1984). A method for minimizing the impact of distributional assumptions in econometric models for duration data. Econometrica 52, 271 — 320.
48. Baker, M. and A. Melino (2000). Duration dependence and nonparametric heterogeneity: A monte carlo study. Journal of Econometrics 96(2), 357 — 393.
49. Han, A. K. and J. A. Hausman (1990). Flexible parametric estimation of duration and competing risk models. Journal of Applied Econometrics 5(1), 1 — 28.
50. Échevin D. Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: a Natural Experiment/ Damien Échevin, Bernard Fortin /. Mimeo, 2011. — 31p.
51. Воробьев П. А. Кого, как, чем и зачем мы лечим. Клиническая геронтология. 2005; 1: 4 — 12.

52. Лехан В. М. Індикатори ефективності структурно-функціональної перебудови системи охорони здоров'я [Текст] / В. М. Лехан, В. Г. Гінсбург, М. В. Шевченко // Реєстр галузевих нововведень. — 2011. — Вип. 34 — 35.

53. Посадові інструкції. Охорона здоров'я. (Керівники, професіонали в галузі лікувальної справи) (Кадри підприємства) / Пашутинський Є. К. - К. : КНТ, 2005. — 356 с.

54. Салеев В. Б. Частота госпитализации гериатрических больных с заболеваниями органов кровообращения — качественный и количественный экономический показатель оценки деятельности службы скорой медицинской помощи (огляд літератури) / В. Б. Салеев // Кардиология. — 2008. — Т. 48. — № 7. — С. 57 — 58.

55. Шанин В. Ю. Неотложная помощь при острых терапевтических заболеваниях [Текст] / В. Ю. Шанин, Э. Д. Костин, С. Я. Батагов // 2-е изд. СПб. ЭЛБИ-СПб. — 2006. — С. 132.

56. Слабкий Г. О., Ситуаційний аналіз розвитку охорони здоров'я на селі / Г. О. Слабкий, В. В. Бондаренко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2006. — № 4. — С. 47 — 51.

57. Юрчишин Ю. В. Стабілізаційна економічна політика в Україні в епоху глобалізації: автореф. дис. на здобуття наук. / Ю. В. Юрчишин // — К.: НАДУ, 2003. — 36 с.

58. Тайц Б. М. Система управления качеством крупного стационара экстренной помощи как подсистема общегородской системы управления качеством [Текст] / Б. М. Тайц // Менеджер здравоохранения. — 2008. — № 2. — С. 21 — 31

59. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе [Електронний ресурс] / Региональные публикации ВОЗ (Европейская серия, № 97). — Копенгаген, — 2002 — 2003. — 156 с.

60. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року: постанова КМУ від 13 черв. 2007 р. № 815

[Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http : //www.kmu.gov.ua](http://www.kmu.gov.ua). — Назва з екрану.

61. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : постанова КМУ від 20 черв. 2000 р. № 989 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http : //www.kmu.gov.ua](http://www.kmu.gov.ua). — Назва з екрану.

62. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення: указ Президента України від 6 груд 2005 р. № 1694 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http : //www.kmu.gov.ua](http://www.kmu.gov.ua). — Назва з екрану.

63. Cutler, D. (1995). The incidence of adverse medical outcomes under prospective payment. *Econometrica* 63(1), 29 — 50.

64. Максимова, Т. М. Некоторые факторы, влияющие на потребность в медицинской помощи [Текст] / Т. М. Максимова, В. Б. Белов, А. Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2005. — № 5. С. 22 — 27.

65. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я. 2007 рік [Електронний ресурс] / За ред. О. В. Баєвої та І. М. Солоненка. — К., 2007. — 376 с. — Режим доступу : МАУП — Назва з екрану.

66. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навчальний посібник. / О. В. Баєва. — Київ: Центр учбової літератури, 2008. — 640 с.

67. Портер М. Международная конкуренция: конкурентные преимущества стран: Пер. с англ. — М : Междунар. отношения, 1993. 5 — 26 с.

68. Портер М. Стратегія конкуренції: Пер. с англ. — К.: Основи, 1997.

69. Сладкевич В. П. Стратегічний менеджмент організацій: підруч. для студ. (огляд літератури) / В. П. Сладкевич // К.: ДП «Видавничий дім «Персонал». — 2008. — 496 с.

70. Шутов М. М. Економіка та менеджмент охорони здоров'я: регіональний аспект (огляд літератури) / М. М. Шутов // Навч. посібник. — Харків, 2000. — 365 с.

71. Відношення медичних працівників до інформатизації системи медичної

допомоги [Текст] / Г. О. Слабкий [та ін.] // Демографічна та медична статистика України у ХХІ столітті. Медичні інформаційні системи у статистиці: матеріали конференції. — К., 2004. — С. 165 — 166.

72. Інтенсивний клінічний тренінг як ефективний метод медичної післядипломної освіти [Текст] / Г. О. Слабкий [та ін.] // Матеріали ІІІ міжнар. наук.-метод. конф. «Сучасні технології вищої освіти». — С. 55. (Одеса, 27 – 30 вересня 2004 р.).

73. Методика определения рациональности использования коечного фонда [Текст] / Г. О. Слабкий [та ін.] // Матеріали наук. — практ. конф. «Медичні проблеми промислового регіону» — С. 70 – 74. (Київ, 29 червня 2003 р.).

74. Методичні підходи до організації безперервної післядипломної освіти організаторів охорони здоров'я [Текст] / В. М. Лобас [та ін.] // Матеріали ІІІ наук. — практ. конф. з міжнародною участю «Сучасні технології вищої освіти» — С. 55 — 56 (Одеса, 27 – 30 вересня 2004 р.).

75. Обґрунтування шляхів економічної ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню [Текст] / А. М. Нагорна [та ін.] // Матеріали наук. — практ. конф. «Актуальні проблеми сучасної охорони здоров'я» С. 31–34. (Київ, 20 січня 2003 р.).

76. Використання принципів науково-доказової медицини в практиці сімейного лікаря [Текст] / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Матеріали всеукр. наук.— практ. конф., «Наука і практика в сімейній медицині» — С. 39 — 40. (Харків, 19 – 20 червня 2003 р.)

77. Подоляка В. Л. Госпітальна інформаційна система як засіб підвищення ефективності використання ресурсів стаціонарного сектору системи охорони здоров'я [Текст] / В. Л. Подоляка, Г.О. Слабкий // Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. — 2004. — Т. 2, № 1. — С. 49 — 55.

78. Подоляка В. Л. Деякі аспекти організації надання стаціонарної допомоги в рамках сімейної медицини [Текст] / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Матеріали ІІ з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України, (Харків 25 — 26 жовт. 2005 р.). — С. 25 — 26.

79. Подоляка В.Л. Деякі питання використання автоматизованих систем медичної статистики в управлінні охороною здоров'я на регіональному рівні (огляд літератури) / В. Л. Подоляка // Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. — 2006. — Том. 4. № 1. — С. 109.

80. Подоляка В. Л. До питання про ціноутворення в сучасній охороні здоров'я [Текст] / В. Л. Подоляка // Матеріали наук. — практ. конф. «Медичні проблеми великого міста» — С. 36–39. (Київ, 4 верес. 2003 р.).

81. Подоляка В. Л. Підвищення економічної ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я як необхідна умова реформування галузі [Текст] / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Матеріали наук. — практ. конф. «Актуальні питання клінічної медицини та післядипломної освіти» — С. 202 — 203. (Ялта, 13 — 14 трав. 2004 р.).

82. Подоляка В. Л. Про необхідність навчання організаторів охорони здоров'я фінансово-економічним питанням [Текст] / В. Л. Подоляка, Г. О. Слабкий // Актуальні питання педагогіки вищої школи. — 2004. — С. 76 — 78.

83. Використання матеріально-технічної бази стаціонарів великого промислового міста (на прикладі м. Макіївка) [Текст] / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Матеріали наук.-практ. конф., «Охорона здоров'я : проблеми та перспективи» — С. 33-35. (Донецьк, 22 січня 2004 року.).

84. До моделі фінансування медичної допомоги населенню [Текст] / Г. О. Слабкий, В. Л. Подоляка // Матеріали наук. — практ. конф., «Актуальні пробл. сучасної охорони здоров'я» — С. 34 — 39. (Київ, 20 січня 2003 р.).

85. Шляхи підвищення економічної ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги міському населенню [Текст] / Г. О. Слабкий, Подоляка В. Л., Северин Г. К. // Матеріали Всеукраїн. наук. — практ. конф., «Фінансово – економічні засади реформування охорони здоров'я в Україні: нові законодавчі ініціативи» — С. 192 — 196. (Київ, 27 лютого, 2004 р.).

86. Забезпечення раціонального використання ліжкового фонду в лікувально–профілактичних закладах області. Методичні підходи [Текст] / Г. О. Слабкий [та ін.] // Донецький державний медичний університет імені М. Горького. —

2004. — С. 8.

87. Методичні рекомендації з оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я [Текст] : [метод. рекомендації] / В. М. Лобас, Г. О. Слабкий, О. Т. Дорохова[та ін.]. Донецький державний медичний університет імені М. Горького ; — К., 2005. — 16 с.

88. Український медичний часопис №1(75)1-2 2010;Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я/Богомаз В . М.Горох Є .Л.

89. Наказ Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.200 N308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zacon2.rada.gov.ua/laws/show/z0846-07>. — Назва з екрану.

90. Стеценко В. Ю. Акредитація лікувально-профілактичних закладів в контексті забезпечення якості медичної допомоги (адміністративно-правовий аспект) / В. Ю. Стеценко // Південноукраїнський правничий часопис. —2010. — № 1. — С. 96 — 98

91. Єрмолова Ю. Медична реформа очима киян // Український медичний часопис. — 4 (90) — VII/VIII. —2012. — С. 12—132.

92. Устинов А. Хід реформи охорони здоров'я в 2012 р. // Український медичний часопис. — 5 (91) — IX/X. — 2012. — 29.

93. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я в регіоні / Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». — К., 2012. — С. 37 — 38.

94. Аналіз системи охорони здоров'я України, Ліза Тарантіно [та ін.] // Бетесда, MD: Проект Системи охорони здоров'я — 2011. 20/20, Abt Associates Inc — 179 р.

95. ДСТУ IWA1:2007. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я.

96. Попова Г. Концептуальные основы формирования комплексной системы оценки качества медицинской помощи // Стандарты и качество. — 2008. — No 1.

97. ДСТУ 9000:2007. Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів. Руководство по применению стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения / Пер. с англ. Г. Е. Герасимовой. — М.: РИА «Стандарты и качество», 2002. — 112 с. — («Дом качества. — No 11 (20)). Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. И. Статистика в науке и бизнесе. — К.: МОРИОН, 2002. — 640 с.

98. Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения. // Экономика здравоохранения. — 2004. — № 5 — 6.

99. Афанасьев М. В., Основы менеджменту: Навч. — метод. посіб. М. В. Афанасьев, Л. Г., Шемаєва, В. С. Верлока. — Харківський держ. економічний ун-т. — Х. : ВД «ІНЖЕК», 2003. — 481с.

100. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я [Текст] / . О. В. Баєва [та ін.] // Міжрегіональна академія управління персоналом / Олена Вікторівна Баєва (ред.), І.М. Солоненко (ред.). — К. : МАУП, 2007. — 376 с.

101. Батенко Л.П., Планування діяльності підприємства: Навчальний посібник / М. А. Белов, Н. М. Євдокимова, В. Є. Москалюк, В. Ф. Оберемчук / В. Є. Москалюк (заг. ред.). — Київський національний економічний ун-т — К.: КНЕУ, 2005. — 384 с.

102. Богомаз В. М., Лелюх Н. М. Особливості взаємовідносин лікар — пацієнт в системі добровільного медичного страхування 2006 рік [Електронний ресурс] Укр. мед. часопис, 3(53): 60 — 64 Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/arhiv/53/1914.asp> — Назва з екрану.

103. Болотіна Н. Б. Медичне право. Юридична енциклопедія: в 6 т / Редкол.: Ю. С. Шемшученко (голова редкол.) та ін. Т. 3. — К.: «Укр. енцикл.», 2001.

104. Болотіна Н. Медичне право у системі права України. Право України, 7: 116 — 121. — 1999.

105. Донин В. М. Конкуренция в российском здравоохранении:

государственные учреждения и негосударственные медицинские организации. // Менеджер здравоохранения. — 2005. — № 6.

106. Жигалов І. Т. Основи менеджменту і управлінської діяльності: Підручник. К.: Вища школа. 2002.— 224 с.

107. Жмалев В. Г. Основи менеджменту і управлінської діяльності / Л.М. Шимановська, В.Г. Жмалев // К.: Україна, — 2000. — С. 454.

108. Detsky AS and Naglie IG (1990). A clinicians guide to cost-effectiveness analysis. Annals of Internal Medicine 113 (2), 147 — 159.

109. Eddy DM (1992) Cost-effectiveness analysis: A conversation with my father. JAMA 267 (12), 1669 — 1675.

110. Witter, S., Ensor, T. (1997) An introduction to health economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union. — Ch.3: pp.61-80.

111. Dawson, D., Goddard, M. and Street, A. (2001). Improving performance in public hospitals: A role for comparative costs? Health Policy 57 (3), pp. 235 — 248

112. Бришевський, М. Й. Національна свідомість у громадянському становленні особистості (огляд літератури) / М. Й. Боришевський // — К. : Беркут, 2000. — С. 63.

113. Андрієвський І .Ю .Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України (огляд літератури) / Що таке індукований лікарем попит і його вплив на ринок медичних послуг. — 2013

114. Кудрявцев А. А. Менеджмент в здравоохранении: медико-экономические стандарты и методы их анализа (огляд літератури) / СПб.: Изд-во СПбГУ, — 2004.

115. Михайлова Ю. В. Реализация пилотного проекта, направленного на улучшение качества медицинских услуг в здравоохранении. Менеджер здравоохранения [Текст] / И.М.Сон , Н. В. Данилова. Сон И. М., Данилова Н.В. Сон И. М., Данилова Н.В. — 2009. С. 6 — 10.

116. Управление, экономика и финансирование здравоохранения в условиях рыночных отношений (учебное пособие) Т. С. [та ін.] // Хачатрян Ереван. — 2002. — С. 57 — 90.

117. Міністерство охорони здоров'я. Наказ від 28 березня 2013 року N 249 Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zacon2.rada.gov.ua/laws/show/z0846-07>. — Назва з екрану.

118. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова // СПб. — 2002. — С. 320.

119. Голяченко А. О. Визначення взаємозв'язків в системі медичної допомоги [Текст] / В. А. Сміянов, Н. М. Семків // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2004. — №1. — С. 45 — 48.

120. Медведовська Н. В. Медична допомога та її вартість (огляд літератури) / Н. В. Медведовська // Науковий вісник Ужгородського університету. — 2000. — Випуск 11, — С. 297 — 298.

121. Сміянов В. А. Економічне обґрунтування реформи системи медичної допомоги в сучасному типовому місті (огляд літератури) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2004. — №3. — С.50 — 53.

122. Сміянов В. А. Методика визначення вартості (ціни) лікування амбулаторного хворого / В. А. Сміянов, О. І. Сміянова // Вісник Сумського державного університету. — 2005. — №7. — С.165 — 168.

123. Захворюваність населення на найбільш поширені хвороби [Текст] / Москалець Г. М. [та інші] // Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки; під ред. В. М. Пономаренко. — К., — 2006. — С. 204.

124. Основні напрями державної політики в охороні здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах України [Текст] / Орда О. М. [та ін.] // Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки; під ред. Ю. В. Поляченко, В. М. Пономаренко. — К., 2006. — С. 240.

ДОДАТКИ

Додаток А

Системи управління фінансами охорони здоров'я в зарубіжних країнах*

Країна	Модель фінансування охорони здоров'я	Основні джерела фінансування	Статус фондів, які акумулюють кошти	Способи оплати первинної медико-санітарної медичної допомоги	Методи оплати стаціонарної медичної допомоги	Статус установ охорони здоров'я і лікарів, які надають медичні послуги
Австрія	Централізована система соціального медичного страхування	Фінансування сфери охорони здоров'я базується на соціальному страхуванні та субсидується з оподаткування (12%). Система соціального страхування є обов'язковою. 40% населення покриті додатковим приватним медичним страхуванням.	Регіональні медичні фонди отримують свої надходження з федеральних та регіональних податків, внесків громадського медичного страхування. Фонди можуть також фінансувати альтернативне медичне оснащення	Надавачі первинної медичної допомоги отримують свої прибутки з оплати послуг, що надаються	Метод глобального бюджету. Оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ) залежно від складності захворювання знаходяться у стадії впровадження.	Лікарі, задіяні у приватних практиках, надають більшу частину первинної медичної допомоги за контрактами із страховими агентствами. Лікарні в основному знаходяться у приватній власності.
Бельгія	Централізована система соціального медичного страхування	Обов'язкове медичне страхування забезпечується: соціальними внесками - 55%; дотацією держави (для безробітних, пенсіонерів) - 40%; внесками пенсіонерів - 2,55%; оподаткуванням на страхування автотранспорту - 2%.	5 страхових компаній і одна громадська організація (допоміжна страхова каса)	Оплата за фактично надані медичні послуги з відшкодуванням вартості медикаментів.	Оплата за проведені ліжко-дні.	Первинна медична допомога надається приватними терапевтами, фармацевтами, дантистами та медсестрами та громадськими. Власниками лікарень є або приватні, або громадські організації. Більшість приватних лікарень, є некомерційними. Громадські лікарні зазвичай належать місцевим органам влади.
Велико-британія	Державна система охорони здоров'я	З бюджетів всіх рівнів - 84%, соціальне страхування і додаткові платежі населення - 16%		Диференційований подушний норматив. Гонорарний метод. Цільові субсидії.	Метод глобального бюджету. Оплата за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп	Лікарні залишилися у власності держави, але придбали статус лікарняних трастів НСОЗ - самоврядувальних організацій, наділених значно більшими правами.

Продовження додатку А

					(ДРГ) залежно від складності захворювання знаходиться у стадії впровадження	
Італія	Державна система охорони здоров'я	За рахунок державного соціального страхування -46,5%, загальних податків – 52%. Приватний сектор - 1,5%. Фінляндії, Франції і Італії, де плата пацієнтів покриває біля 8 - 10%		Диференційований подушний норматив	Глобальні бюджети на основі оплати за окремі випадки захворювань на базі клініко-статистичних груп	Основна частина установ належить державі
Канада	Державна система охорони здоров'я	3 бюджетів всіх рівнів – 90 %. Добровільне медичне страхування і добровільні пожертвування – 10 %	Федеральні фонди і фонди провінційних бюджетів. Приватні страхові компанії	Подушний норматив	Метод глобального бюджету	Первинна медична допомога надається приватними терапевтами, фармацевтами, дантистами та медсестрами та громадськими. Основна частина установ належить державі
Нідерланди	Централізована система соціального медичного страхування	Соціальне страхування - 70%. Приватне страхування -13% всіх витрат. Пряма співплата пацієнтами – 10% та урядовими субсидіями – 7%		Надавачі первинних послуг отримують прибутки на основі плати за обслуговування у випадку, коли пацієнт має більш високий рівень прибутку і у віці стягнення подушного податку. У випадку більш низького прибутку – застраховані державою. Бюджети лікарень встановлюються урядом	Метод глобального бюджету. Оплата за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ) залежно від складності захворювання знаходяться у стадії впровадження	Система охорони здоров'я перш за все забезпечується приватним чином. За виключенням восьми університетських лікарень, усі лікарні - приватні заклади
Німеччина	Децентралізована система соціального	Обов'язкове медичне страхування - 60%, Добровільне медичне		Оплата за окремі послуги. Вартість послуг визначається на	Метод глобального бюджету на основі оплати за кожен	Установи охорони здоров'я як приватні так і державні. Надання допомоги відбувається

Продовження додатку А

А	медичного страхування	страхування - 10%, бюджетні кошти - 15%, особисті кошти - 15%		регіональному рівні і залежить від загальної кількості набраних лікарями балів Пацієнти безпосередньо не платять за амбулаторну допомогу	випадок госпіталізації за принципом діагностичних груп (ДРГ) залежно від складності захворювання	завдяки оснащенню, яке належить місцевим органам влади або незалежним приватним неприбутковим або комерційним організаціям.
Португалія	Державна система охорони здоров'я	Бюджетні надходження		Зарплата	Метод глобального бюджету оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ). Центральний уряд фінансує лікарні 100%.	Основна частина установ належить державі
США	Приватне медичне страхування	Приватне страхування - 40%, особисті кошти - 20%, програми для пенсіонерів і бідних - 40%	приватні страхові компанії, бюджети		Метод глобального бюджету на основі оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ)	Основна частина установ - приватні
Франція	Централізована система соціального медичного страхування	Обов'язкове медичне страхування - 50%, Добровільне медичне страхування - 20%, бюджетні кошти – 10%, особисті кошти - 20%			Метод глобального бюджету. Переходять до оплати за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп (ДРГ) залежно від складності захворювання	Громадські лікарні є незалежними закладами, але місцеві органи влади контролюють їх. Вибір лікаря або лікарні залежить від індивідуальних переваг пацієнта, і пацієнти можуть відвідувати терапевтів або спеціалістів як в рамках приватної, так і громадської системи. Лікарняна допомога доступна у громадських некомерційних та приватних комерційних лікарнях

* Складено автором за даними [68;83;89-92].

