

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ**

**ОДЕСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ
ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ**

А.Г. АХЛАМОВ, Н.Л. КУСИК

**ЕКОНОМІКА ТА ФІНАНСУВАННЯ
ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Навчально-методичний посібник

**Одеса
2011**

ББК 65.9(4Укр)495я73+51.1(4Укр)-973

А 95

УДК 331.47(477):614(042.3)

Рецензенти:

Миколайчук М.М. – доктор наук з державного управління, професор кафедри економічної та фінансової політики ОРІДУ НАДУ при Президентові України;

Ковалев А.І. – доктор економічних наук, професор, проректор з наукової роботи ОДЕУ;

Корвецький О.Д. – кандидат медичних наук, доцент кафедри філософських та соціально-політичних наук ОРІДУ НАДУ при Президентові України.

Рекомендовано до друку науково-методичною радою
Одеського регіонального інституту державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України
Протокол № 2 від 9 листопада 2011 р.

Ахламов А.Г., Кусик Н.Л.

А 95 Економіка та фінансування охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. /

Укладачі: А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. – 134 с.

Навчально-методичний посібник «Економіка та фінансування охорони здоров'я» підготовлено відповідно до галузевого стандарту вищої освіти України, освітньо-професійної програми підготовки магістрів за спеціальністю 8.150000 «державне управління», напрямку підготовки 1501 «державне управління». Мета та завдання дисципліни впливають із місії освітньо-професійної програми підготовки магістрів державного управління зі спеціалізацією у сфері управління охороною здоров'я.

Навчально-методичний посібник призначений для формування знань з економіки та фінансування охорони здоров'я, необхідні для поняття механізму функціонування медичних установ у ринкових відносинах. Знання, здобуті в результаті опанування посібника будуть слугувати основою для вивчення моделей, що розглядають такі проблеми як: маркетинг медичних послуг, механізм фінансування об'єктів охорони здоров'я, фінансовий менеджмент; реструктуризація охорони здоров'я; правове забезпечення; організація та управління в галузі охорони здоров'я.

ББК 65.9(4Укр)495я73+51.1(4Укр)-973

© ОРІДУ НАДУ

при Президентові України, 2011.

© Ахламов А.Г., Кусик Н.Л., 2011.

ВСТУП

Охорона здоров'я – складна соціально-економічна система, основним призначенням є забезпечення реалізації найважливішого соціального принципу: збереження та поліпшення здоров'я громадян, надання їм висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги. Іншими словами, охорона здоров'я – система державних, громадських та індивідуальних засобів і заходів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєдіяльності та працездатності людини. Виходячи з цього, економіка охорони здоров'я – наука про організаційні та соціально-економічні відносини, які формуються у процесі задоволення потреб населення в медичних послугах. В умовах ринку економіка охорони здоров'я вивчає дію законів ринку в системі медичної допомоги та вплив охорони здоров'я на основний фактор виробництва – робочу силу.

Важливішою складовою частиною соціально-економічних заходів, які проводяться країною, є організація охорони здоров'я. Видатки на охорону здоров'я взаємозв'язані як з рівнем доходів, так і з такими показниками стану здоров'я населення, як тривалість життя. З економічного погляду адекватна охорона здоров'я підвищує якість людського капіталу, збільшуючи можливості людини продуктивно працювати. Для того щоб поліпшити стандарти медичного обслуговування, Україні варто шукати резерви для надання значно ширшої підтримки різним секторам системи охорони здоров'я. Досвід багатьох країн з розвинутою ринковою економікою свідчить, що державний характер охорони здоров'я слід поєднувати з децентралізованою формою управління та рівноправним існуванням приватної та громадської форми власності. Отже, вивчення основ фінансування систем охорони здоров'я, розширення джерел фінансування, а також оптимальне їх співвідношення – це необхідний елемент підготовки високопрофесійних кадрів системи управління охороною здоров'я.

Дисципліна «Економіка та фінансування охорони здоров'я» має тісні зв'язки з дисциплінами, які вивчаються слухачами при проходженні програм модулів «Сучасні проблеми державного управління», «Управління державними фінансами», «Гроші та банківська справа», «Сучасні методи економіко-статистичного аналізу».

Подальше ознайомлення з питань економіки та управління фінансами у сфері охорони здоров'я передбачається в програмах наступних дисциплін: «Державна політика та стратегія охорони здоров'я», «Управління якістю медичної допомоги», «Стратегічне планування управління охороною здоров'я».

ТЕМА 1.

ПРЕДМЕТ ТА МЕТОДИ ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мета:

Набути поняття місця економіки охорони здоров'я в сучасній структурі економічної науки. Надати поняття предмету, завдань та змісту дисципліни. Розкрити сутність медико-економічних досліджень. Розглянути особливості державного регулювання охорони здоров'я в умовах ринкової економіки. Вивчити чинники, які впливають на ефективність оздоровчо-охоронної діяльності галузі в цілому, окремих її об'єктів та медичних працівників. Вивчити чинники, під впливом яких відбувалося формування економіки охорони здоров'я як науки. Проаналізувати інтенсивність розвитку економіки охорони здоров'я в ХХ столітті.

Завдання:

- Розкрити загальну мету економіки охорони здоров'я.
- Охарактеризувати лікувально-профілактичну установу як підприємство.
- Пояснити сутність економічних відносин в ЛПУ на трьох крупних інформаційних рівнях.
- Дослідити матеріально-технічну базу як чинника господарської діяльності в медицині.
- Надати класифікацію економічних ресурсів ЛПУ.
- Охарактеризувати власні, позикові й залучені засоби медичної установи.
- Охарактеризувати основні засоби і оборотні фонди медичної установи.
- Розкрити типи ефективності стосовно охорони здоров'я як співвідношення витрат і одержаних результатів: медичну, економічну і соціальну.

Питання:

- 1.1. Місце економіки охорони здоров'я в сучасній структурі економічної науки.
- 1.2. Сутність медико-економічних досліджень.
- 1.3. Ефективність використання ресурсів в охороні здоров'я.

1.1. Місце економіки охорони здоров'я в сучасній структурі економічної науки

Економіка охорони здоров'я не може існувати у відриві від споріднених їй економічних наук і медицини. Медична діяльність, здійснювана в певних

організаційно-господарських формах, дає економіці охорони здоров'я об'єкт дослідження, утілюваний в те, ради чого, власне кажучи, ця наука й існує – в економічну практику охорони здоров'я. З економічної теорії (загальної економіки) економіка охорони здоров'я запозичує термінологію. Прикладні економічні науки використовуються в основному для економічних досліджень охорони здоров'я на мікрорівні, а спеціальні – для досліджень на макрорівні. З гуманітарних наук, перш за все з філософії, економіка охорони здоров'я неминуче сприймає певну ідеологію, світогляд.

Виділення економіки охорони здоров'я у галузі самостійних наукових знань відбулося лише в другій половині ХХ століття. Це відбулося під впливом ряду причин. Вкажемо найважливіші з них.

- Двадцятье століття – це століття небувалого раніше збільшення об'єму і соціально-економічної значущості сфери послуг. І хоча медицина «стара як мир», але ніколи раніше вона не формувалася в таку крупну галузь народного господарства, що притягує до себе мільйони людей. А раз об'єкт дослідження так швидко і значно виріс, то зріс, відповідно, і науковий до нього інтерес.
- Охорона здоров'я одночасно заявила про себе як про надзвичайну ресурсоємну галузь, здатну використовувати різні матеріальні, фінансові, трудові та інші ресурси.
- У ХХ ст. охорона здоров'я стала розглядатися як вигідна, економічно доцільна галузь вкладення інвестиційних засобів. Таким чином, була сформована нова наукова і навчальна дисципліна – економіка охорони здоров'я.
- Економіка охорони здоров'я – вивчає соціально-економічні закономірності формування і використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, направлених на вдосконалення системи охорони здоров'я і медико-соціальне забезпечення заходів щодо зміцнення здоров'я населення.
- Економіка аналізує форми прояву економічних законів в охороні здоров'я, роль галузі в економіці національного господарства, ефективність, методи раціонального і ефективного використання матеріальних фінансових і кадрових ресурсів.

1.2. Сутність медико-економічних досліджень

Економіка охорони здоров'я – галузь науки економіки, що вивчає місце охорони здоров'я в народному господарстві, яка розробляє методи раціо-

нального використання ресурсів для забезпечення охорони здоров'я населення.

Мета економіки охорони здоров'я – задоволення потреби населення в медичній допомозі.

Предмет економіки охорони здоров'я – розробка методів раціонального використання ресурсів для досягнення мети в охороні здоров'я населення.

У чому виражається дія ринку на зміну економічних процесів, які протікають в охороні здоров'я? Узагальнюючи відомі факти і тенденції, що відображають сутність даної проблеми, і представляючи їх в концентрованій формі, доцільно наголосити на ряд обставин:

1. По-перше, ринок комерціалізує справу охорони здоров'я в цілому, а також відношення кожної людини (пацієнта) до свого здоров'я. Це приводить до зміни парадигми охорони здоров'я, формуванню якісно інших типів економічного мислення, стилів практичної господарської поведінки суб'єктів галузі.

2. По-друге, і це є найважливішим слідством комерціалізації, – відбувається швидко зростаюча зміна об'єму платних і напівплатних (медичне страхування) послуг охорони здоров'я, що надаються населенню.

3. По-третє, здійснюється фактична зміна економічного статусу медичної установи. При цьому медична лікувально-профілактична установа все більш виразно набуває економічні риси підприємства, що виробляє та надає послуги.

4. По-четверте, зміни у статусі медичної установи приводять до зміни характеру економічних зв'язків, які виникають в їх діяльності (економічний агент).

5. По-п'яте, виникає надзвичайне різноманіття форм власності і видів господарювання в охороні здоров'я, яка є одночасно і умовою і слідством розвитку ринку.

6. По-шосте, як результат здійснення економічної діяльності в різноманітних господарських формах, під впливом ринку в широкому діапазоні видозмінюється і економічний стан самого працівника охорони здоров'я. Наголошені зміни пов'язані головним чином із значною диференціацією цього економічного і соціального стану.

Загальна мета економіки охорони здоров'я – це вивчення економічних і організаційних відносин, що об'єктивно складаються між людьми і виникаючих у процесі здійснення медичної професійної діяльності. Далі слід врахувати, що економічні відносини виникають на трьох крупних інформаційних рівнях.

1. На мікроекономічному рівні вони охоплюють діяльність кожного індивідуума, окремих ділянок, ланок і структур виробництва медичних послуг. Головний мікроекономічний елемент охорони здоров'я – це лікувально-профілактична установа, за своєю суттю виступаюча як своєрідне підприємство (фірма), що виробляє та надає послуги. Щодо приватного практикуючого лікаря, то він, по суті справи, утілює, персоніфікує цілу медичну установу, виступаючи поперемінно як основний персонал, менеджер, обслуговуючий працівника і т.п., якщо, звичайно, не йдеться про використання найманої робочої сили.

2. В рамках національної економіки в цілому, і, перш за все, в тих галузях, які безпосередньо пов'язані з охороною здоров'я, а таких галузей налічується близько тридцяти: медична промисловість, фармацевтична промисловість, приладобудування, спеціальні галузі текстильної, харчової промисловості, транспортного машинобудування, будівництва, торгівлі і т.п., складаються макроекономічні відносини. У сучасних умовах інтеграції багатьох видів лікувально-профілактичної діяльності на інтернаціональному рівні макроекономічні відносини виходять у сферу всесвітнього господарства, функціонування ринку послуг охорони здоров'я у світовому масштабі.

3. Нарешті, останнім часом у спеціальній економічній літературі обґрунтовується і все більш виразно виявляється тенденція до виділення ще одного рівня економічних відносин, а, отже, і здійснення аналізу господарської діяльності. Йдеться про миди-економічний рівень (від лат. – *medius*, англ. – *middle* – середній). На цьому рівні досліджуються господарські зв'язки в охороні здоров'я, що розглядається як велика галузь в економіці (супер-галузь), що складається з цілого ряду підгалузей, виробництв і спеціалізації, з'єднаних рішенням однієї функціональної задачі – охорона і зміцнення суспільного та індивідуального здоров'я.

Разом з тим формулювання основної мети економіки охорони здоров'я як вивчення різних груп і рівнів господарських контактів, не дивлячись на всю реальну значущість цих останніх, звучить дуже невизначено. В будь-якому випадку сучасна економіка охорони здоров'я розглядає медичну організацію як:

1. по-перше, як специфічний господарюючий суб'єкт, наділений всіма основними економічними правами і обов'язками;

2. по-друге, як самостійних учасників ринкових відносин, узятих у всій їх складності і суперечності та одночасно з урахуванням всієї специфіки охорони здоров'я.

1.3. Ефективність використання ресурсів в галузі охорони здоров'я

Підвищення рівня здоров'я суспільства, якості і ефективності медичної допомоги – основні задачі охорони здоров'я. Найважливішим напрямом у цьому відношенні є визначення ефективності охорони здоров'я, у тому числі лікувально-профілактичних, санітарно-протиепідемічних і науково-дослідних заходів в галузі охорони здоров'я населення.

З фінансової точки зору в економіці ресурси прийнято розділяти на чотири групи:

- а) природні (земля, вода, сонячна енергія, повітря, лісові масиви і т.д.)
- б) матеріальні (будівлі, устаткування, сировина, матеріали і т.д.)
- в) трудові (робочі, службовці, керівники і т.д.)
- г) фінансові (прибуток, статутні фонди, грошові кошти і т.д.).

Природні, матеріальні і трудові ресурси властиві будь-якому виробництву, організації, установі, будь-якої галузі діяльності, тому їх називають базовими ресурсами. Фінансові ресурси виникли на ринковому етапі розвитку суспільного виробництва, тому їх відносять до похідних ресурсів.

Фінансові ресурси, у свою чергу, прийнято розділяти на 3 групи:

- а) власні
- б) позикові
- в) привернуті.

Власні фінансові ресурси – це базова частина всіх фінансових ресурсів організації. Вони формуються у момент її створення і знаходяться в розпорядженні впродовж всього періоду діяльності. Це – статутний фонд (капітал), внески учасників і акціонерів, прибуток, що залишається у розпорядженні організації, амортизаційні відрахування, виплати персоналу, бюджетне фінансування і цільове фінансування з позабюджетних спеціальних фондів (на безповоротній основі), добродійні внески, гуманітарна допомога.

Через нестачу власних джерел фінансування організація використовує інші джерела фінансування і звертається до позикових і привернутих засобів.

Позикові засоби – це, в основному, кредити різних фінансово-кредитних установ, видані під відсоток на поворотній і терміновій основі. Вони покривають тимчасову додаткову потребу організації в засобах. Часто, кредити використовуються більш ефективно, ніж власні засоби, оскільки вони здійснюють більш швидкий кругообіг, мають цільове призначення, видаються на обумовлений термін і супроводжуються стягненням банківського відсотка. Ці причини примушують організацію більш пильно стежити за рухом позикових засобів і результативністю їх використання.

Привернуті засоби – до цієї групи засобів відносяться залишки фондів і резервів самої організації, що тимчасово не використовуються за цільовим

призначенням; резерви майбутніх платежів і т.п. Всі ці засоби у встановлені терміни будуть використані за цільовим призначенням, тому як джерело фінансування можуть виступати лише залишки цих фондів і резервів, і лише на період часу, передуючому їх цільовому використанню.

Матеріальною основою діяльності будь-якої організації, у тому числі й у галузі охорони здоров'я є виробничі фонди. По характеру участі в процесі виробництва продукції або надання послуги вони діляться на:

- фонди основних засобів;
- фонди оборотних коштів (або оборотних активів).

У процесі функціонування вони по-різному переносять свою вартість на продукцію або послугу.

Основні засоби – це частина майна організації, яка переносить свою вартість на знов створену продукцію або надану послугу частинами за декілька виробничих циклів. Термін корисного використання (експлуатації) об'єкту основних засобів більш 1 року (або операційного циклу, якщо він довше за 1 рік). До основних засобів відносяться: земельні ділянки; капітальні витрати на поліпшення земель; будівлі, споруди і передавальні пристрої; машини і устаткування; транспортні засоби; інструменти, прилади, інвентар (меблі); робоча і продуктивна худоба; багаторічні насадження; інші основні засоби.

Оборотні фонди – обслуговують сферу виробництва, споживаються в одному виробничому циклі та їх вартість повністю переноситься на вартість виготовленої продукції або наданої послуги. Вони є мінімально необхідними для виготовлення продукції або надання послуги запасами сировини, матеріалів, напівфабрикатів, допоміжних матеріалів, запаси палива, запасних частин для ремонту, запаси малоцінних і швидко зношуваних предметів, незавершене виробництво.

Крім того, до складу оборотних коштів входять фонди обігу, які хоча і не беруть участь безпосередньо у виробничому процесі, але є необхідним елементом для забезпечення єдності виробництва і обороту. Фонди обігу складаються з: запасів готової продукції на складі підприємства; товарів, відвантажених покупцям; залишків грошових коштів на рахунку в банку і в касі підприємства.

З'ясувавши класифікацію і структуру ресурсів, які може мати в розпорядженні медична установа, повернемося до питання про ефективність їх вживання.

Існують два основні підходи до визначення ефективності оздоровчої роботи:

- результативно-цільовий (порівняння результату з кінцевою метою, нормативом, планом);

- результативно-витратний (порівняння результату з витратами на його отримання).

Стосовно охорони здоров'я визначаються три типи ефективності як співвідношення витрат і одержаних результатів: соціальна, медична і економічна.

Соціальна ефективність полягає в підвищенні суспільної ролі охорони здоров'я, пов'язаної безпосередньо з підвищенням рівня здоров'я і якості медичної допомоги, а виражається конкретно у зниженні негативних показників здоров'я населення (захворюваності, інвалідності, смертності) і підвищенні позитивних (фізичного розвитку, народжуваності, середньої тривалості життя та ін.).

Соціальна ефективність – це оцінка поліпшення здоров'я населення.

Медична ефективність полягає в оцінці результативності різних способів діагностики, лікувальних процедур, у тому числі лікарських засобів, і, нарешті, різних заходів профілактики, зокрема специфічної (щеплень). Вона може виражатися через різні показники якості і ефективності діяльності медичних установ (скорочення середніх термінів діагностики, середньої тривалості захворювання, перебування хворого в стаціонарі). Про медичну ефективність говорить і підвищення відсотка сприятливих результатів захворювань, зниження рівня інвалідизації та летальності, оптимальне використання ліжкового фонду, медичного устаткування, трудових і фінансових ресурсів.

Медична ефективність – це ступінь досягнення поставлених завдань з профілактики, діагностики, лікування і реабілітації.

Економічна ефективність виражається у визначенні вартості додатково проведеної продукції або суми заощаджених фінансових коштів, а також у встановленні економічного збитку від підвищення захворюваності, інвалідності, передчасної смерті і т.п. Вона визначається як відношення результату (у вартісних показниках) до витрат. При оцінці економічної ефективності оздоровчих заходів на виробництві, методів профілактики, діагностики і лікування обчислюються кількість днів (різниця до і після упровадження нових методів), заощаджених в результаті запобігання захворювань, травматизму, інвалідності, смертності, і вартість кожного дня.

Економічна ефективність – це прямі і непрямі показники впливу охорони здоров'я на економіку країни за рахунок поліпшення показників здоров'я населення і проведення профілактичних заходів.

Якщо до підрахунку витрат може бути застосована яка-небудь одна математична методика, то результати в охороні здоров'я через свою специфічність можуть бути не тільки різними, але і не завжди піддаються кількісному точному визначенню.

Наприклад, витрати на надання послуг невиліковному хворому з медичної точки зору абсолютно неефективні. Хворобувилікувати неможливо, зло в даному випадку (за визначенням Гіппократа) перевершує засоби медицини. Таким чином, медичної ефективності тут немає. Економічну ефективність тут також не можна знайти, оскільки пацієнт вже не тільки не повернеться в число повноцінних працівників, не братиме участь у створенні прибутку, виробництві національного доходу і т.д., але і у багатьох випадках просто не зможе сплатити своє лікування. Але з погляду соціальної ефективності, ці, здавалося б, безперспективні витрати набувають абсолютно особливого значення і мають цілком певний результат, втілений в людинолюбній етичній атмосфері, пануючій в даному суспільстві.

Тому в даному випадку соціальна ефективність у плані очікуваних результатів повинна бути поставлена на перше місце, медична – на друге, а економічна, відповідно, – на останнє третє місце. Саме таке розташування пріоритетів при їх практичному поєднанні в цілому характерне для будь-якого етапу розвитку медицини на макроекономічному рівні.

Оцінка соціальної і медичної ефективності є для охорони здоров'я пріоритетною. Проблему економічної ефективності можна розглядати, поперше, з погляду впливу охорони здоров'я на зростання продуктивності праці і національного доходу, а по-друге, з погляду підвищення економічної ефективності використання засобів у самій охороні здоров'я.

Складна справа йде з цими ж пріоритетами на мікроекономічному рівні. Якщо медична установа або приватно-практикуючий лікар на перше місце ставить економічну ефективність, то їх функціонування як господарюючих суб'єктів відбувається за звичайною моделлю будь-якого комерційного підприємства. Якщо ж пріоритетними стають медична і соціальна ефективність, то економічний агент неминуче повертається у групу проблем: хто за все це платитиме?

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Навчально-методична та наукова література:

1. Бюджетна система України: Навч. посібник / С.І. Юрій, Й.М. Бескід. – К: НІОС, 2000. – 400 с.
2. Голяченко А.О. Економіка охорони здоров'я – Тернопіль, 1997. – 51 с.
3. Дорофієнко В.В., Шутов М.М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. – Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. – 88 с.

4. Державні фінанси України: Підручник/ Василик О.Д. – К.: ЦУЛ, 2004. – 608 с.
5. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.
6. Магуайер Блістер, Джон Гендерсон, Гевін Муні Економіка охорони здоров'я / Пер. з англ. В.Чайковського, – К.: «Основи», -1998. – 313с.
7. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М.Рудого. – К., Вид-во Раєвського, – 2005, -168 с.
8. Пашенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – Київ, 2002. – 156 с.
9. Трушкина Л.Ю., Глепцеришев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Экономика и управление здравоохранением: Уч. пособие. Изд-е 2-е. – Ростов: Феникс, 2003 – 384 с.
10. Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.

Интернет – ресурси:

1. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>.
2. Національна бібліотека ім. В.І. Вернадського – www.nbuv.gov.ua.
3. Організація об'єднаних націй – www.un.org/russian/esa/index.html.
4. ВООЗ – <http://www.who.int/ru/index.html>.
5. Європейське бюро ВООЗ (публікації) – <http://www.euro.who.int/health-topics?language=Russian>.

Додаткова література

1. Галяченко О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. –Тернопіль – Київ – Вінниця, 1997.
2. Крамаренко В.И. Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении. – Симферополь, 1997.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Розкрийте загальну мету економіки охорони здоров'я.
2. Чи можливе здійснення медичної практики без зв'язку з певною господарською формою?

3. Як визначити сферу економіко-медичних досліджень?
4. Як і під впливом яких чинників відбувалося формування економіки охорони здоров'я як науки?
5. Яке місце економіки охорони здоров'я у структурі сучасних економічних знань?
6. Чому економіка охорони здоров'я стала інтенсивно розвиватися в ХХ ст.?
7. Охарактеризуйте лікувально-профілактичну установу як підприємство.
8. Поясніть сутність економічних відносин в ЛПУ на трьох крупних інформаційних рівнях.
9. Опишіть дослідження матеріально-технічної бази як чинника господарської діяльності в медицині.
10. Надайте класифікацію економічних ресурсів ЛПУ.
11. Назвіть власні, позикові й залучені засоби медичної установи.
12. Вкажіть основні засоби і оборотні фонди медичної установи.
13. Розкрийте типи ефективності стосовно охорони здоров'я як співвідношення витрат і одержаних результатів: медичну, економічну і соціальну.

ТЕМА 2.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК ГАЛУЗЬ ЕКОНОМІКИ.

МЕДИЧНА ПОСЛУГА

Мета:

Надати знання щодо охорони здоров'я як галузі національної економіки. Вивчити сутність послуги охорони здоров'я та її характерні риси, економічні чинники, які взаємодіють у процесі надання послуг охорони здоров'я. Охарактеризувати ринок медичних послуг та методи впливу держави на його функціонування та розвиток. З'ясувати економічні особливості послуг охорони здоров'я, комерційні відносини в охороні здоров'я, специфічні риси результату господарської діяльності в охороні здоров'я.

Завдання:

- Вивчити класифікаційні підходи до послуг охорони здоров'я (категорії послуг).
- Обґрунтувати економічні особливості медичних послуг.
- Навести взаємообумовлені класифікаційні групи і основні характеристики медичних послуг.
- Простежити розвиток галузі охорони здоров'я в умовах економічних трансформацій в Україні.

Питання:

- 2.1. Послуга охорони здоров'я та її характерні ознаки.
- 2.2. Економічні особливості послуг охорони здоров'я.
- 2.3. Розвиток галузі охорони здоров'я в умовах економічних трансформацій в Україні.

2.1. Послуга охорони здоров'я та її характерні ознаки.

Структура виробництва визначається складом сукупних потреб, які висуваються даним суспільством. Склад потреб суспільного організму (життєвих благ, необхідних для існування і розвитку кожного індивідуума, тих або інших соціальних груп, а також суспільства в цілому) включає створення матеріальних благ і послуг. Виробництво матеріальних благ і виробництво матеріальних послуг є крупними сферами суспільного виробництва.

Охорона здоров'я – це одна з провідних галузей сфери виробництва послуг.

Змістовно сфера послуг в цілому і охорона здоров'я в їх числі відносяться до розряду споживацького виробництва: там відбувається споживання мате-

ріальних благ, створених в галузях відповідної сфери. Одночасно в охороні здоров'я відбувається створення фізичної і психологічної основи діяльності, трудового потенціалу, виробництво особистого чинника життя суспільства. З погляду функціонування підприємств (фірм) і осіб, діючих за межами сфери виробництва матеріальних благ, сфера послуг не має принципових відмінностей. Родові особливості виробництва в даній сфері визначаються лише характером самих створюваних послуг.

Послуга, разом з матеріальним благом, розглядається як один з різновидів прояву результату конкретної професійної діяльності. При цьому необхідно відзначити, що сфера виробництва послуг надмірно різноманітна по своєму галузевому складу.

Сфера послуг – це сукупність галузей, підгалузей і видів діяльності, функціональне призначення яких в системі суспільного виробництва виражається в створенні та реалізації тієї частини комплексу життєвих благ, призначених для сукупного споживача, яка виходить за рамки продукції, сферою матеріального виробництва, що виготовляється.

До сфери послуг відносяться:

- житлово-комунальне господарство;
- побутове обслуговування населення;
- освіта;
- охорона здоров'я;
- соціальне забезпечення;
- спорт і туризм;
- культура і мистецтво;
- транспорт і зв'язок;
- торгівля і громадське харчування;
- державне управління.

Дещо інший кваліфікаційний підхід дозволяє розділити всі послуги на послуги виробничого і особистого призначення, виходячи з відмінностей в споживачах, користувачах. Як серед виробничих, так і серед особистих послуг виділяють матеріальні (матеріалізовані) і чисті послуги. В чому значення цього останнього способу класифікації? Справа полягає в тому, що будь-яка послуга пов'язана з отриманням, виробництвом визначеного, скажімо, корисного результату, виступаючого у формі (або одержуючого «економічну маску») корисного ефекту. Проте матеріальні послуги використовуються споживачем через який-небудь речовинний об'єкт, наприклад, витвір мистецтва, а чисті послуги утілюють свій результат безпосередньо в самій людині. Основна маса послуг, що надаються охороною здоров'я, відноситься до ка-

тегорії особистих послуг. Разом з тим послуги охорони здоров'я відносяться в більшій частині до чистих послуг, що не мають самостійно існуючого матеріального об'єкту – носія.

Необхідно відзначити, що охорона здоров'я як галузь народного господарства дуже неоднорідна і різноманітна. У складі сучасної охорони здоров'я, відношуваної статистиками до категорії так званих великих галузей, виділяється маса досить-таки самостійних і одночасно надзвичайно тісно взаємодіючих між собою структурних елементів, які визначаються як підгалузі спеціалізації і виробництва. Як ілюстрацію достатньо вказати лише деякі з них:

- Терапія – хірургія – педіатрія – санітарія;
- Рентгенологія – радіологія – імунологія – дієтологія;
- Клінічна, медико-профілактична, науково-дослідна, організаційно-управлінська спеціалізації;
- Стаціонарна, диспансерна, санаторно-курортна, амбулаторно-поліклінічна, хосписна та інші види медичної допомоги;
- Дерматологія – гістологія – мікробіологія – нейрофізіологія – психіатрія – стоматологія – онкологія – кардіологія – діабетологія – отоларингологія – гастрологія – ендокринологія – цитологія і багато інших видів спеціалізованої допомоги, які мають свою специфіку.

Таким чином, послуги охорони здоров'я такі ж різноманітні за своїм проявом, скільки складна сама галузь охорони здоров'я.

Медична послуга – це дії медичного персоналу по задоволенню існуючих потреб пацієнтів у відновленні і підтримці здоров'я. Послуга характеризується невідчутністю і нематеріальністю, послуга не піддається збереженню і транспортуванню, вона персоніфікована і невід'ємна від послуги виробника, якість послуги характеризується мінливістю навіть при одному виконавці.

Медичні послуги можна класифікувати таким чином:

- за складністю – проста, складна, комплексна;
- за виконавцями – сестринська, лікарська;
- по підходу – медична і сервісна;
- за призначенням – діагностична, лікувальна, реабілітаційна і соціальна;
- за місцем проведення – амбулаторна, стаціонарна, на дому;
- за терміновістю – екстрена, невідкладна, відстрочена, планова;
- за матеріальним відшкодуванням – безкоштовна, повністю платна, з частковим відшкодуванням витрат або з оплатою нижче за собівартість.

Такий розподіл медичних послуг враховує трудові витрати, щодо персоналу з різною оплатою праці, складність і трудомісткість різних медичних послуг. Такий підхід дозволяє на основі даної класифікації розробити систему коефіцієнтів, для різних послуг, прийнявши вартість простої медичної послуги за базову вартість.

2.2. Економічні особливості послуг охорони здоров'я.

Економічні особливості медичних послуг можуть бути зведені у три великі взаємообумовлені класифікаційні групи:

I. Першу групу складають особливості послуг охорони здоров'я, пов'язані із специфікою прояву самого результату професійної діяльності осіб, зайнятих в даній галузі людської діяльності. Що це за особливості:

- Результат професійної діяльності в охороні здоров'я, як правило, втілений в самій людині.
- Послуга, як галузевий результат охорони здоров'я, завжди носить індивідуальний характер. Споживання значного числа послуг охорони здоров'я в часі співпадає з їх виробництвом.
- Даний результат, не дивлячись на всю свою індивідуальність, може бути різноманітним за своїм фізичним об'ємом.
- Результат охорони здоров'я має складну структуру і може розпадатися на множину під-результатів (або квазі-результатів). Зміцнення здоров'я населення є не тільки необхідним, але і, мабуть, єдино можливим універсальним показником отримання певного позитивного результату праці працівників охорони здоров'я у формі корисного ефекту.
- Результативність в охороні здоров'я напряму не пов'язана з величиною витрат.
- Результат різноманітний за терміном прояву і необхідності повторної дії.
- Характер розрахунків за досягнутий результат (надану послугу) також може бути різним.

II. Друга група визначення особливостей послуг охорони здоров'я пов'язана з виразом кількісних характеристик її вартості. Тут важливо виділити декілька моментів:

- Послуга може надаватися як у товарній, (і саме в цьому випадку вона починає володіти вартісними параметрами), так і в нетоварній формі.
- Виходячи з уже приведених положень, можна відзначити, що визначення величини вартості послуг охорони здоров'я може мати декілька

варіантів, при виборі яких лікар неминуче стикається з необхідністю рішення комплексної клініко-економічної задачі.

- Вартість послуги охорони здоров'я не є якась постійна, дана раз і назавжди величина.
- Можливо, не дивлячись на всю невизначеність і непередбачуваність лікувально-профілактичного процесу, створення економічних нормативів, що включають ряд взаємозалежних натуральних, вартісних і відносних показників і, які дозволяють, хоча б орієнтовно, визначити, в що обійдеться передбачуваний процес лікування або охорони здоров'я.

III. Третя група особливостей послуг охорони здоров'я пов'язана з процесом надання (виробництва) цих самих послуг в охороні здоров'я. До цих особливостей доцільно віднести такі риси:

- Наявність великої кількості інвесторів (пацієнт, сім'я, підприємство, працедавець, суспільні організації, страхові компанії, держава і міжнародні структури), що оплачують процес надання послуг. Тільки сумісне використання різних інвестиційних ресурсів дозволяє зробити процес надання послуг охорони здоров'я безперервним, якісним і ефективним.
- Різноманіття господарських зв'язків, які виявляються в ході надання медичних послуг і без наявності яких не мислиться діяльність сучасної, піддалося значній індустріалізації охорони здоров'я.
- Залежність ходу надання послуги охорони здоров'я від місцевих природно-кліматичних умов, які можуть перешкоджати або, навпаки, бути сприятливими для здійснення процесу лікування й дипрофілактики різних захворювань.
- Наявність активного взаємозв'язку по лінії «лікар – пацієнт». У процесі надання послуг охорони здоров'я використовуються всі відомі методи дії на предмет праці: механічні, фізичні, хімічні, біологічні, соціально-психологічні. Пацієнт же, як об'єкт медичної дії, володіє найбільшою активністю, яка також може бути направлена як на шкоду йому, так і на благо. При цьому в необхідних випадках свідомо активність пацієнта відключається (наркоз, гіпноз).
- Можливість територіальних переміщень у процесі надання послуг охорони здоров'я також відрізняє галузь від багатьох видів діяльності у сфері матеріального виробництва, де процес створення благ, як правило, територіально відбувається в одному певному місці.
- У процесі надання послуг охорони здоров'я існує можливість обмеження зусиль досягненням проміжного результату з подальшим від-

новленням надання послуги при відповідній зміні умов здійснення цього процесу.

- Тривалість процесу надання послуги охорони здоров'я може бути різною. В цілому ж вона охоплює все життя, а в певних випадках навіть виходить за рамки меж життя конкретної людини.

2.3. Розвиток галузі охорони здоров'я в умовах економічних трансформацій в Україні

Розвиток галузі охорони здоров'я відбувається в умовах внутрішніх соціально-економічних суперечностей в Україні. Як сама Україна, так і галузь страждають від непослідовної соціально-економічної політики, відсутності умов для господарювання, несприятливого інвестиційного клімату, недосконалої податкової політики і тому подібне.

Економічна криза 1991 – 1999 рр. в Україні привела за даними Державного комітету статистики до скорочення ВВП на 52,9%, промислового виробництва на 48,9%, продукції сільського господарства на 51,5%. Якщо внести корективи на тінюву економіку, яка досягає навколо третини економічного потенціалу, реальне скорочення ВВП за 8 років значніше.

Лише в 2000 році вперше наголошена на позитивній динаміці ВВП, промислового і сільськогосподарського виробництва. В порівнянні з 1999 р. темпи реального ВВП склали 106%, об'єму промислової продукції (робіт, послуг) 112,9%, виробництва товарів народного споживання 124,5%, лікарських засобів 128%, валової продукції сільського господарства 109,2%. Реальні грошові доходи населення виросли на 6,3%. На жаль, не відбулося зростання випуску товарів і послуг у галузях охорони здоров'я (окрім фармацевтики), фізичної культури і соціальної допомоги, де спад ще продовжувався впродовж 2000 і 2001 років.

Витрати на охорону здоров'я за рахунок всіх джерел фінансування в 1996 – 2000 роках росли більш низькими темпами, ніж ВВП. Тому частина загальних державних витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП знизилася: в 1996 році вона складала 4,9% ВВП, а в 2000 році – 2,6% ВВП. Таким же виявився 2002 рік – фінансування охорони здоров'я залишилося на рівні 2,6% ВВП. Проте, в 2003 році, порівняно з 2002 р. фінансування охорони здоров'я зросло з 2,6% до 3,2% ВВП. Сумним є той факт, що в 2004 році уряд, не дивлячись на протести народних депутатів і Міністерства охорони здоров'я, зменшив фінансування з 3,2% до 3,1% ВВП. Це складало близько 8,5 мільярдів гривень, а по розрахунках фахівців для реформування системи охорони здоров'я на той момент необхідно було приблизно – 19 млрд. грн. Загаль-

ний об'єм витрат зведеного бюджету країни на охорону здоров'я в 2005 році склав 12,2 млрд. грн. (у тому числі за рахунок державного бюджету – 2,69 млрд. грн., і за рахунок місцевих бюджетів – 9,51 млрд. грн.). Виходячи із затверджених витрат державного бюджету на 2005 рік у розмірі 95,5 млрд. грн., частка витрат на охорону здоров'я склала – 2,8% від загальних витрат держави. Якщо використовувати такий макроекономічний показник як ВВП (в 2005 році він склав 424,7 млрд. грн.), то неважко визначити об'єм фінансування – 2,87% ВВП. Виходячи із затверджених витрат державного бюджету на 2006 рік у розмірі 137,08 млрд. грн., на охорону здоров'я виділено – 17,4 млрд. грн. Виходячи з розрахунків ВВП частка витрат на забезпечення функціонування охорони здоров'я в 2006 році склала 3,3% ВВП.

Таким чином, за роки незалежності в Україні на охорону здоров'я виділялося від 2,6 до 3,3% ВВП, тоді як допустимий мінімум, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), складає – 5%. А частка відрахувань від ВВП на потребі охорони здоров'я, яка складає менше 6%, свідчить про непрацездатність галузі. В середині 1960-х років в СРСР на ці цілі витрачалося близько 6 – 6,5% ВВП. Наприклад, в США такі витрати складають 11 – 14%, Німеччини – 10 – 11%, Великобританії – 7 – 9,8% ВВП.

На відміну від інших галузей народного господарства, охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від державного бюджетного фінансування. Розвиток і залучення інших джерел фінансування стримується як недостатньою зацікавленістю приватного сектора, так і негативним відношенням з боку державних органів управління охороною здоров'я в цілому. Одного ж бюджетного фінансування не вистачає для нормальної взаємодії охорони здоров'я з іншими галузями, які працюють за законами ринку.

Економічний аналіз стану охорони здоров'я свідчить про кризу у фінансуванні галузі, що відповідним чином відображається на умовах і результатах діяльності системи охорони здоров'я України. І хоча абсолютні витрати з державного бюджету на охорону здоров'я ростуть і спостерігається динаміка росту оплат населення медичних послуг і медикаментів, це зовсім не свідчить про зростання в Україні заможних верств населення і їх можливостей оплачувати медичне обслуговування.

Ці дані свідчать:

- по-перше, про зменшення можливостей ЛПЗ забезпечувати населення декларованою Конституцією безкоштовною охороною (ст. 49) здоров'я
- по-друге, про зростання вартості одиниці послуг і ліків;

- по-третє, про викривлений вхід галузі в ринкові відносини, коли за умови неможливості отримання офіційної платні фактична оплата називається пожертвуванням;
- по-четверте, про повільний розвиток нової форми взаємостосунків населення, працедавця і медичної установи – медичному страхуванні.

Крім того, фінансування охорони здоров'я з державного бюджету здійснюється лише на 50 – 60% від необхідного мінімуму за оптимістичними оцінками, з песимістичних – фігурують цифри – 30 – 44%. Сьогодні фінансування охорони здоров'я орієнтовано головним чином на утримання галузі (хоча, доцільно був би – на лікування хворого):

- 60% бюджетного фінансування прямує на заробітну плату медичних працівників: за оцінками ВООЗ, якщо питома вага заробітної плати в структурі витрат на охорону здоров'я складає більше 30%, то це свідчить про відсутність процесу відтворювання галузі. При цьому середньомісячна заробітна плата в галузі нижче, ніж заробітна плата в народному господарстві на 25 % і в промисловості – на 31%.
- 30% – на оплату комунальних послуг (у тому числі господарські і канцелярські витрати)
- тільки близько 10% – на лікування пацієнтів: Україна – аутсайдер по кількості засобів, які виділяються на медобслуговування однієї людини (приблизно – 25 – 30 дол.). Витрати на охорону здоров'я на одного жителя в країнах з розвинутою економікою складають від 700 дол., у Великобританії до 3 750 дол. в США.

На фоні безперестанного скорочення ліжкового фонду в Україні дуже рідко закриваються лікувальні установи, тобто диспропорція посилюється.

У той же час, слід зазначити, що відбувається зростання частини місцевих бюджетів з яких, як відомо, фінансуються стаціонарні і амбулаторно-поліклінічні місцеві ЛПЗ. По структурі витрати місцевих бюджетів нагадують витрати державного бюджету:

- на заробітну плату з нарахуваннями прямує 68,2% від їх загального об'єму;
- на медикаменти – 7,8%;
- на харчування хворих – 4,1%;
- комунальні послуги і енергоносії – 9,5%;
- придбання устаткування – 3,0%;
- інші витрати – 7,4%.

Сфера медичних послуг в Україні залишається надмірно регульованою з боку держави. Механізми ринку залишаються в ній незадіяними, принаймні, офіційно. В той же час, вона страждає від проблем, які є наслідком погано-

го функціонування ринку. За деякими оцінками, близько 2/3 ринкового обігу доводиться на «тіньовий сектор». Ці фінансові потоки обходять систему оподаткування, ніж значною мірою обмежують можливості уряду збільшувати асигнування на систему охорони здоров'я і контролювати її розвиток. Так званий «тіньовий» сектор в охороні здоров'я також породжує певні небажані наслідки. За цих умов ринковий механізм руйнує систему охорони здоров'я як галузь, не сприяє розвитку медичних технологій, підвищенню якості медичних послуг. Державна ж система охорони здоров'я продовжує страждати від постійного браку коштів.

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Законодавчі та нормативно-правові документи:

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року із змінами, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 року № 2222-IV.
2. Закон України від 19.12.2006 р. №489-V «Про Державний бюджет України на 2007 рік»// www.rada.gov.ua.
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 року № 2801 XII.
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.07 р. № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року»

Навчально-методична та наукова література:

1. Андреева О.В. Экономические методы управления и их влияние на качество медицинской помощи // Экономический журнал. – 2002. – № 7. – С. 13- 15.
2. Голяченко А.О. Економіка охорони здоров'я – Тернопіль, 1997. – 51 с.
3. Дорофієнко В.В., Шутов М.М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. – Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. – 88 с.
4. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.
5. Магуайер Блістер, Джон Гендерсон, Гевін Муні Економіка охорони здоров'я / Пер. з англ. В.Чайковського, – К.: «Основи», -1998. – 313с.
6. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. –272 с.

7. Трушкина Л.Ю., Глепцеришев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Экономика и управление здравоохранением: Уч. пособие. Изд-е 2-е. – Ростов: Феникс, 2003 – 384 с.

8. Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.

Интернет – ресурси:

1. Кабінет Міністрів України – www.kmu.gov.ua.
2. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>
3. Міністерство фінансів України – www.minfin.gov.ua
4. Державний комітет статистики України – www.ukrstat.gov.ua
5. Національна бібліотека ім. В.І. Вернадського – www.nbuv.gov.ua
6. ВООЗ – <http://www.who.int/ru/index.html>
7. Європейське бюро ВООЗ – <http://www.euro.who.int/?language=Russian>
8. Європейське бюро ВООЗ (публікації) – <http://www.euro.who.int/healthtopics?language=Russian>

Додаткова література

1. Галяченко О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ – Вінниця, 1997.
2. Івасюк В. Стан та перспективи національної системи охорони здоров'я. // Закони України, 1996, т.4.: ВВР, 1993, №4.
3. Крамаренко В.И. Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении. – Симферополь, 1997.
4. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Що таке послуга? До якого типу послуг відноситься охорона здоров'я?
2. Вкажіть класифікаційні підходи до послуг охорони здоров'я (категорії послуг).
3. Обґрунтуйте економічні особливості медичних послуг.
4. Які економічні чинники взаємодіють у процесі надання послуг охорони здоров'я?
5. Назвіть основні економічні особливості послуг охорони здоров'я.
6. Наведіть взаємообумовлені класифікаційні групи і основні характеристики медичних послуг.
7. Якими специфічними рисами характеризується результат господарської діяльності в охороні здоров'я?

ТЕМА 3.

ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мета:

Надати знання щодо основних понять менеджменту охорони здоров'я, основних принципів управління, функцій менеджменту, рівнів управління охороною здоров'я населення. Охарактеризувати сутність стратегічного планування, видів планів, їх змісту, принципів та методів розробки. Зрозуміти сутність використання прогнозів та програм при вирішенні проблем охорони здоров'я. Надати уяву про управління охороною здоров'я населення в Україні.

Завдання:

- Вивчити основні поняття менеджменту охорони здоров'я.
- З'ясувати управління установами охорони здоров'я з двох позицій.
- Оглянути основи законодавства в охороні здоров'я в Україні.
- Описати рівні системи управління медичною установою.
- Дослідити стан управління охороною здоров'я в Україні.
- Вивчити закордонний досвід управління охороною здоров'я.

Питання:

- 3.1. Ключові поняття менеджменту в охороні здоров'я.
- 3.2. Управління охороною здоров'я у світі та в Україні.
- 3.3 Сучасний стан української системи охорони здоров'я та пріоритети подальшого розвитку.

3.1. Ключові поняття менеджменту в охороні здоров'я

Якщо розглядати менеджмент в контексті його вживання у сфері охорони здоров'я як макросистеми, то можна скористатися наступним визначенням: „Менеджмент в охороні здоров'я – це наука управління, регулювання і контролю фінансових, трудових і матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я».

Мета менеджменту в охороні здоров'я – зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності і смертності населення при наявних ресурсах.

Задача менеджменту в охороні здоров'я – це найефективніше досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів і раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

Об'єкт менеджменту в охороні здоров'я – лікувально-профілактична установа (медичне підприємство, установа і т.д.).

Суб'єкт менеджменту в охороні здоров'я – управлінський апарат, органи (Міністерство охорони здоров'я, головні лікарі, завідувачі відділеннями, начальники клінік і т.д.).

Управління як діяльність існувало впродовж всієї історії. Можна сказати, що управління існувало з того моменту, коли у людей виникла потреба в спільній роботі. Певна форма управлінської діяльності з'явилася, коли треба було зібрати податки, створити армію, нагодувати людей, які самі не проводили продовольство.

Управління (менеджмент) взагалі можна трактувати з одного боку – як процес впливу на кого-небудь або що-небудь, і разом з тим, з другого боку – як систему управляючих суб'єктів, об'єктів управління і управлінських дій.

Таким чином, і управління установами охорони здоров'я, можна розглядати з двох позицій:

1. З одного боку, менеджмент в охороні здоров'я – це процес впливу на матеріальні, трудові і фінансові відносини (матеріальні, трудові і фінансові ресурси), їх організацію для реалізації економічної і соціальної політики лікувально-профілактичної установи.

2. З другого боку, управління в охороні здоров'я – це сукупність всіх органів апарату управління лікувально-профілактичною установою і їх управлінських дій.

Аналіз управління (менеджменту) визначається його принципами, методами, функціями і цілями управління.

Виділяють такі принципи менеджменту:

1. Організаційні, координаційні і оперативні принципи, які направлені на активізацію і посилення мотивації діяльності кожного співробітника і всього колективу. Серед них: влада і відповідальність; єдиноначальність; єдність керівництва; централізація; лінійне управління; порядок; стабільність; ініціатива і ін.

2. Принципи розвитку, направлені на оптимізацію взаємостосунків і підвищення ефективності колективної діяльності. Це – дисципліна, справедливість, підкорення індивідуальних інтересів загальним, кооперативний дух, постійність персоналу, винагороди і ін.

3. Принципи підвищення іміджу, авторитету, представництва установи.

Методи управління бувають (сама загальна класифікація):

- організаційно-розпорядчі;
- економіко-господарчі;
- правові;
- соціально-психологічні.

Крім того, до методів управління відносять:

- методи підкріплення і стимулювання;
- методи регулювання поведінки;
- методи з оптимізації трудового процесу і зростання відповідальності співробітників;
- розвиток ініціативи співробітників і підвищення індивідуальної майстерності.

Функції управління визначаються рівнем системи управління.

Система управління будь-якого об'єкту має 3 рівні:

- стратегічний – на даному рівні визначаються цілі і можливі результати в перспективі;
- тактичний – цей рівень дозволяє оптимально визначити конкретні задачі, організацію, поетапне виконання і контроль результатів;
- оперативний – цей рівень забезпечує ефективне виконання виробничих процесів з оптимальним використанням наявних ресурсів. До цього рівня можна віднести облік, контроль і аналіз діяльності вже функціонуючих структур.

Розглянемо менеджмент в контексті його вживання у сфері охорони здоров'я як мікросистеми – управління безпосередньо медичною установою як самостійною господарською одиницею.

В управлінні лікувально-профілактичною установою присутні дві сторони:

- суб'єкт управління (керівники);
- об'єкт управління (трудові, фінансові і матеріальні ресурси).

В лікувально-профілактичній установі діють три рівні системи управління:

- стратегічний рівень (головний лікар, директор);
- тактичний рівень (заступники головного лікаря по напрямках і розділах роботи, включаючи головну (старшу) медичну сестру);
- оперативний рівень (керівники відділень, підрозділів, які не мають підлеглих інших керівників, включаючи старших медичних сестер відділень).

Ефективність управління установою охорони здоров'я визначається упровадженням наукової організації праці, тобто створення оптимальних умов для ефективного використання співробітниками робочого часу.

Особливе місце у виконанні ухвалених рішень займає упровадження в роботу медичних установ сучасних технічних засобів для оперативного збору, зберігання, обробки і транспортування інформації з використанням сучасних засобів зв'язку. Все це досягається автоматизацією системи управління охороною здоров'я, тобто постійне забезпечення керівників органів

і установ охорони здоров'я необхідними відомостями для реалізації задач обліку, планування, стратегічного і оперативного управління.

Крім того, ефективність управління повинна розглядатися не тільки у вигляді оптимізації технологічних рішень, але і з урахуванням адекватних психологічних установок. Серед чинників, що заважають розвитку індивідуальних якостей у фахівців – управлінців, можна виділити: відсутність особистих ціннісних орієнтацій; відсутність особистої зацікавленості; недостатня професійна кваліфікація; невміння впливати на людей; невміння самоудосконалюватися; невміння володіти собою; відсутність почуття обов'язку; необов'язковість; неорганізованість; нечесність; невміння підпорядковувати особисті інтереси задачам і установкам груповим, колективним і ін.

Для ефективного управління важливі мотивація – зацікавлена діяльність і прихильність персоналу, поєднання виробничих, фізіологічних і психологічних орієнтирів. Серед якісних способів дії на колектив у менеджменті важливу роль грає стиль лідерства (сукупність методів управління і психології управління).

3.2. Управління охороною здоров'я у світі та в Україні.

Для функціонування будь-якої системи управління необхідно дотримуватися таких умов:

- керована система повинна володіти здатністю переходити в різні стани, змінювати свої властивості;
- система управління повинна мати реальну нагоду змінювати за допомогою управлінських рішень стан об'єкту. Для цього система управління повинна мати відповідні органи, структури і механізми;
- управління, що претендує на розумність, обов'язково повинно бути цілеспрямованим, тобто мати чітко поставлену мету і бажані кінцеві результати;
- система управління повинна мати нагоду вибору різних варіантів схвалюваних рішень;
- будь-яка система управління повинна мати в розпорядженні свої реальні матеріальні, інтелектуальні, інформаційні і фінансові ресурси;
- управляюча система повинна не тільки чітко орієнтуватися на мету управління, але і мати в кожний момент часу інформацію про поточний стан керованого об'єкту по каналах зворотного зв'язку;
- оптимальне управління вимагає навиків оцінки якості управлінських рішень, надійних критеріїв і представницьких показників.

Управління охороною здоров'я населення в Україні є комплексною задачею всього українського суспільства, в реалізації якої беруть участь безліч секторів народного господарства і структур управління (від державних до місцевих органів самоврядування). Для ухвалення науково обґрунтованого рішення в галузі забезпечення охорони здоров'я потрібні дані медико-соціального, економічного, правового та іншого характеру.

Слід також враховувати чинники, що визначають форми і методи управління складною системою охорони здоров'я населення в цілому і на окремих територіях:

- соціальні чинники (соціальна спрямованість рішень дій і державних, і регіональних, і місцевих органів влади);
- рівень соціально-економічного розвитку країни в цілому і окремих регіонів;
- реалізацію принципів соціальної справедливості і доступності для всіх членів суспільства досягнень науки в галузі охорони здоров'я населення;
- рівень наукового забезпечення проблем охорони здоров'я населення;
- адаптацію міжнародного досвіду в галузі медико-соціального забезпечення населення України в цілому і в різних регіонах.

Комплексна система охорони здоров'я населення складається із структурних (відповідні відомства медико-соціального забезпечення) і функціональних елементів (органи і установи медико-соціального обслуговування). Всі елементи системи охорони здоров'я населення взаємозв'язані між собою. Для нормального функціонування підсистем охорони здоров'я населення необхідно, щоб між їх окремими елементами був налагоджений постійний і достатній по кількості і якості обмін інформацією. Реалізація складних задач охорони здоров'я населення вимагає системного підходу, в якому чітко розмежовані функції і компетенції всіх учасників медико-соціального захисту населення. В даний час подібний підхід в Україні реалізований лише частково.

Вся система охорони здоров'я населення повинна будуватися у строгій відповідності з міжнародними положеннями про права людини і з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, МОП (Міжнародна організація праці) і ін.

До теперішнього часу основними положенням по реалізації Прав громадянина на охорону здоров'я є Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я від 23.06.1970 року «Принципи розвитку національної системи охорони здоров'я», найважливішими з яких є:

- проголошення відповідальності держави і суспільства за охорону здоров'я населення, реалізовану на основі проведення комплексу економічних і соціальних заходів;
- організація раціональної підготовки національних кадрів охорони здоров'я;
- розвиток охорони здоров'я на основі широкого проведення заходів, направлених на суспільну і індивідуальну профілактику, передбачаючих органічне поєднання лікувальної і профілактичної роботи у всіх медичних і санітарно-профілактичних установах і службах;
- забезпечення всьому населенню країни щонайвищого можливого рівня кваліфікованої загальнодоступної профілактичної і лікувальної допомоги, що надається без фінансових або інших обмежень, шляхом створення відповідної мережі медичних установ;
- широке використання в кожній країні досягнень світової науки і практики;
- санітарна освіта громадян і залучення їх до участі в проведенні всіх програм охорони здоров'я.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, а так само інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, регулюючих суспільні відносини в галузі охорони здоров'я (в основному це Накази Кабінету Міністрів України). В «Основах законодавства України про охорону здоров'я» (1992) були визначені основні принципи охорони здоров'я в Україні:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання і розвитку народу України;
- отримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я і забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист самих незахищених верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги і інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного і культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я і медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень зі світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний і медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатуокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальне її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією і заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

3.3. Сучасний стан української системи охорони здоров'я та пріоритети подальшого розвитку

Однією з найгостріших соціальних проблем в Україні є незадовільний стан системи охорони здоров'я. Процеси, пов'язані з трансформацією суспільства в 90-х роках, супроводжувалися гострою і затяжною соціально-економічною кризою, наслідки якої не могли не відобразитися на здоров'ї громадян.

В Україні за даними МОЗ України:

- висока (порівняно з економічно розвиненими країнами) передчасна смертність (у тому числі дитяча і материнська, смертність у працездатному віці, причому в цьому віці смертність чоловіків втричі вище, ніж жінок);
- високий рівень загальної захворюваності населення на фоні значного розповсюдження чинників ризику захворювань, раніше всього куріння, вживання алкоголю і наркотиків;
- високий рівень поширеності хвороб серед малозабезпеченого населення;
- розповсюдження епідемії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу;
- на здоров'я населення мають значний негативний вплив падіння рівня життя і забруднення навколишнього середовища, наслідки Чорнобильської катастрофи, а також високий рівень зайнятості на виробництвах з несприятливими для здоров'я умовами праці.

Одна з найгостріших проблем здоров'я населення України – високий рівень захворюваності, інвалідності і смертності в результаті хвороб системи кровообігу. Україна займає одне з перших місць в Європі по рівню смертності від цереброваскулярної патології і перше місце – для населення до

65 років. Серцево-судинні захворювання у всіх розвинених країнах є основною причиною смерті, проте рівень її в Україні значно вище, причому у відносно молодому віці, в першу чергу у чоловіків. Епідемія ВІЛ – інфекції / СНІДу охопила більшість регіонів України. Впродовж останніх років рівень захворюваності туберкульозом збільшився в 2,5 рази, рівень смертності від туберкульозу – в 2,8 рази. Виросла кількість важких і запущених форм туберкульозу, з'явилася нова проблема фізіатричної галузі – розвиток мульті – резистентного і ВІЛ – асоційованого туберкульозу. Дещо покращала ситуація у сфері репродуктивного здоров'я населення. Показник материнської смертності з 90-х років має тенденцію до зменшення. Рівень смертності дітей у віці до року в 90-х роках мав тенденцію до зменшення. Рівень смертності в результаті онкологічних захворювань останні роки був відносно стабільним. Проте викликає тривогу розповсюдження онкопатології серед населення працездатного віку і значної частки захворювань, діагностованих на пізніх стадіях. Високим є рівень «смертності, яку можна запобігти» за наявності відповідної політики у сфері охорони здоров'я і ефективної роботи медичної служби (вчасного звертання по медичну допомогу і адекватного медичного втручання). Зберігається значний рівень загальної інвалідності. Кількість інвалідів досягає майже 2,5 мільйонів.

Високою є поширеність серед населення України всіх захворювань, тобто в середньому на кожну людину доводиться 1,7 зареєстрованих хвороб. Інтегральним показником стану здоров'я населення і ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я є середня очікувана тривалість життя. В Україні спостерігається скорочення очікуваної тривалості життя, в результаті цього на сьогодні розрив з середньоєвропейськими показниками складає більше 6, а з показниками країн Євросоюзу – більше 10 років. Все це в сукупності приводить до зменшення життєвого і трудового потенціалу, впливає як на кількісні, так і на якісні його параметри. Погіршення стану здоров'я населення приводить до об'єктивного зростання потреб в медичній допомозі, які існуюча система охорони здоров'я задовольнити не в змозі.

На думку фахівців МОЗ України основними причинами такого стану системи охорони здоров'я є:

- державні витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП складають близько 3% (ООЗ вважає за неможливе чекати ефективної роботи галузі охорони здоров'я при частки ВВП менше 5%);
- фінансування галузі, за оцінками експертів, досягає лише 40% від потреби, і навіть ці засоби часто витрачаються нераціонально – без ура-

хування принципу «вартість – ефективність». Упроваджений останніми роками програмно-цільовий підхід до формування бюджету і централізація засобів на закупівлю високовартісного устаткування і життєво необхідних ліків та лікарських засобів значно поліпшили стан справ, але радикально проблему недофінансування не розв'язали. Брак державних коштів веде до заміщення безкоштовної медичної допомоги на платну, росте частка особистих витрат населення, в основному через неофіційні (тіньові) платежі;

- немає чіткого розмежування між платником і постачальником медичних послуг і відсутні договірні відносини між ними;
- у структурі фінансування медичних установ, які знаходяться в державній або комунальній власності, приблизно 20% прямують безпосередньо на лікувальний процес (забезпечення медикаментами, лікувальним харчуванням, медичним устаткуванням і т.п.);
- державні і комунальні медичні установи продовжують залишатися в статусі бюджетних установ з край обмеженими правами і стимулами щодо ухвалення управлінських і фінансових рішень;
- устрій системи охорони здоров'я орієнтований на хворобу, а не на здоров'я. На всіх управлінських рівнях існує недооцінка значущості профілактики, відсутні економічні важелі заохочення людей до збереження власного здоров'я;
- наявна нераціональна організація системи надання медичної допомоги, диспропорція її первинного, вторинного і третинного рівнів;
- відсутній реальний політичний механізм впливу громадськості (як медичної, так і населення в цілому) на вироблення і ухвалення політичних і управлінських рішень;
- розподіл бюджетних засобів на охорону здоров'я між територіями здійснюється за подушним принципом, проте фінансовий норматив бюджетної забезпеченості формується без якої-небудь зв'язки з гарантіями держави щодо надання безкоштовної медичної допомоги;
- низкою є доступність лікарських препаратів для більшості хворих через обмеженість доходів і невідповідності вартості рахунків прожитковому рівню;
- неефективною є державна політика щодо формування здорового способу життя, відсутній ідеал здоров'я як зміст життя і суспільного престижу нації.

У 2005 р. зроблені певні кроки в рішенні цих проблем, зокрема, розроблено:

- Концепція Програми попередження серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, направлена на зниження передчасної смертності та інвалідності в Україні до 2010 року;
- Концепція Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальної практики сімейної медицини на 2005 – 2010 роки, завданнями якої є координація реформування надання медичної допомоги з метою забезпечення доступності і якості ПМСД для всього населення держави, перш за все сільських жителів;
- Концепція Державної цільової програми розвитку трансплантології в Україні на 2006 – 2010 роки;
- Концепція державної політики України щодо алкоголю і наркотиків;
- Концепція Державної програми розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю на 2006 – 2010 роки.

Основні напрями структурних перетворень у сфері охорони здоров'я: основною метою у сфері охорони здоров'я є створення медичної системи, орієнтованої на збереження і поліпшення здоров'я нації шляхом попередження захворювань, зниження ризиків, пов'язаних із забрудненням і шкідливим впливом навколишнього середовища і способом життя, забезпечення якісної медичної допомоги при хворобі, удосконалення правових і створення нових економічних і організаційних основ надання медичних послуг, соціального захисту медичних працівників.

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Законодавчі та нормативно-правові документи:

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року із змінами, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 року № 2222-IV.
2. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.97 року № 280/97-ВР.
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 року № 2801 XII.

Навчально-методична та наукова література:

1. Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: Уч. пособие. Изд-е 2-е, испр. и доп. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. – 160 с.

2. Журавель В.И, Запорожан В.Н.. Менеджмент в системе медицинской помощи. – Одесса: Одес. держ. мед. ун-т., 2000. – 432 с.

3. Корвецкий О.Д., Литвак А.И. Впровадження менеджменту якості – шлях до вдосконалення управління галузі охорони здоров'я // Актуальні проблеми державного управління та місцевого самоврядування: сучасний стан та перспективи розвитку: Матеріали щорічної науково-практичної конференції 18 жовтня 2005 р. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2005. – 464 с.

4. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.

5. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб. / Л.Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; Кер. авт. Кол. Л. Жаліло. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 144 с.

6. Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.

Интернет – ресурси:

1. Національна бібліотека ім. В.І.Вернадського – www.nbuv.gov.ua.

2. Організація об'єднаних націй – www.un.org/russian/esa/index.html.

3. ВООЗ – <http://www.who.int/ru/index.html>.

4. Європейське бюро ВООЗ – <http://www.euro.who.int/?language=Russian>.

5. Європейське бюро ВООЗ (публікації) – <http://www.euro.who.int/health-topics?language=Russian>.

Додаткова література

1. Концепція основних напрямків реформи охорони здоров'я в Україні на перехідний до ринкових відносин період / Загальні підходи до програми перехідного періоду /.-Проект. // Ваше здоров'я. – М., 1995.-№7.

2. Рудий В. Сучасні підходи до охорони громадського здоров'я: пропозиції для України // Вісник УАДУ, 2001.-№1.-С.415-421.

3. Юрченко В.Д., Козлюк Б.М. Основи медичного забезпечення населення України за принципом сімейної медицини. // Врачебное дело, 1995.- №7-8

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Охарактеризуйте мету, основні задачі, об'єкт та суб'єкт менеджменту в охороні здоров'я.

2. Поясніть управління установами охорони здоров'я з двох позицій.

3. Опишіть рівні системи управління медичною установою.

4. Які чинники визначають форми і методи управління системою охорони здоров'я населення в цілому і на окремих територіях?

5. Які найважливіші принципи розвитку національної системи охорони здоров'я наголошуються в Резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я?

6. Назвіть основні причини незадовільного стану системи охорони здоров'я в Україні, які висловлюються фахівцями МОЗ України.

ТЕМА 4.

ОСНОВИ МАРКЕТИНГУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мета:

Надати знання про основні поняття маркетингу в охороні здоров'я, ринковий механізм послуг охорони здоров'я та його основні елементи. Вивчити сегментацію ринку медичних послуг, основні класифікаційні чинники і їх характеристики. Зрозуміти механізм попиту на ринку медичних послуг, закон попиту, графічне відображення. Сформулювати не цінові чинники (детермінанти) попиту на ринку медичних послуг, закон пропозиції медичних послуг, графічне відображення. Сформулювати не цінові чинники (детермінанти) пропозиції медичних послуг.

Завдання:

- Розкрити сутність сегментації ринку медичних послуг.
- Надати основні класифікаційні чинники сегментації ринку медичних послуг і їх характеристики.
- Описати попит на ринку медичних послуг та закон попиту.
- Виявити не цінові чинники (детермінанти) попиту на ринку медичних послуг.
- Описати пропозицію медичних послуг та закон пропозиції.
- Виявити не цінові чинники (детермінанти) пропозиції медичних послуг.
- Обґрунтувати необхідність реформування охорони здоров'я в Україні.

Питання:

- 4.1. Ключові поняття маркетингу в охороні здоров'я.
- 4.2. Ринковий механізм послуг охорони здоров'я та його основні елементи.

4.1. Ключові поняття маркетингу в охороні здоров'я

Функціонування охорони здоров'я в ринкових умовах господарювання вимагає від керівників і фахівців охорони здоров'я високого професіоналізму і глибоких знань в галузі маркетингу.

На ринку медичної діяльності діють такі групи суб'єктів:

1. виробник, продавець медичних послуг і товарів (медична установа, медичний працівник);
2. покупець – пацієнт (здоровий або хворий), працедавці різних форм власності, дилерські компанії, фонди обов'язкового і добровільного медичного страхування, страхові медичні організації.

Для маркетингу у сфері охорони здоров'я характерні:

- асиметрія інформації у виробника і споживача відносно споживачьких властивостей одержуваної послуги;
- майже абсолютне довір'я до продавця медичних послуг;
- медична послуга, яку можна легко продати, повинна бути якісною;
- висока пріоритетність медичних послуг;
- відсутність чіткого взаємозв'язку між витратами праці медичних працівників і кінцевим результатом;
- пріоритетність соціальної і медичної ефективності перед економічною.

Основними видами маркетингу в охороні здоров'я є:

- маркетинг медичних послуг, включаючи процес розробки, просування і реалізації медичних послуг з урахуванням потреб населення;
- маркетинг організацій (створення, підтримка відносин населення з медичною установою);
- маркетинг окремих осіб (створення, підтримка відносин з конкретним фахівцем);
- маркетинг місць (створення, підтримка відносин населення з конкретною місцевістю, де знаходиться медична установа);
- маркетинг ідей (розробка і реалізація форм і методів суспільного характеру; формування здорового способу життя, відмова від шкідливих звичок, планування сім'ї).

В охороні здоров'я, маркетинг – це система принципів, методів і заходів, що базуються на комплексному вивченні попиту споживача і цілеспрямованому формуванні пропозицій медичних послуг виробником.

Для сприйняття суті маркетингу необхідно розглянути наступні основні поняття: (1) бракування, (2) потреба, (3) запит, (4) товар, (5) обмін, (6) операція, (7) ринок.

1. Першою початковою ідеєю, що лежить в основі маркетингу, є ідея людського бракування. Бракування – відчуття браку, що відчувається людиною, чого-небудь. Це можуть бути фізіологічні, соціальні і особисті бракування. Якщо бракування не задоволено, людина відчуває себе знедоленим.

2. Другою початковою ідеєю маркетингу є ідея людських потреб. Потреба – потреба, що прийняла специфічну форму відповідно до культурного рівня і особистості індивіда. Виробники товару намагаються сформувати зв'язок між тим, що вони випускають, і потребами людей. Наприклад, хвора людина відчуває потребу в певному лікарському засобі.

3. Запит – це потреба, підкріплена купівельною здатністю. Ресурси для задоволення потреб обмежені, тому людина вибиратиме ті послуги або то-

вари, яке доставлять йому найбільше задоволення в рамках його фінансових можливостей. Наприклад, жінка, страждаюча захворюванням вен нижніх кінцівок, купить, перш за все, спеціальні панчохи, рекомендовані лікарем.

4. Людські бракування, потреби і запити наводять на думку про існування товарів для їх задоволення. Товар – все, що може задовольнити потребу і пропонується ринком з метою залучення уваги, придбання, використання або споживання. Це можуть бути, крім виробів і послуг, особи, місця, організації, види діяльності та ідеї. Термін «товар» можна замінити на інші терміни – «задоволення потреб», «засіб відшкодування», «пропозиція». В медицині – це медичні послуги, вироби фармацевтичної промисловості, медична техніка.

5. Маркетинг має місце в тих випадках, коли люди вирішують задовольнити свої потреби і запити за допомогою обміну. Обмін – акт отримання від якого-небудь бажаного об'єкту з пропозицією чого-небудь замість. Обмін – це основне поняття маркетингу як наукової дисципліни.

6. Обмін відбудеться досягши угоди між сторонами про його умови. Основною одиницею вимірювання у сфері маркетингу є – операція. Операція припускає наявність декількох умов: щонайменше, двох ціннісно-залежних об'єктів, злагоджених умов її існування, злагодженого часу здійснення, злагодженого місця проведення.

7. Поняття «операція» безпосередньо підводить нас до поняття «ринок». Ринок – це сфера взаємодії попиту і пропозиції, виробників і споживачів, покупців і продавців. В охороні здоров'я ринок представлений установами охорони здоров'я. Крім того, існують: ринок пацієнтів; ринок ідей; ринок фармакологічної продукції; ринок медичної техніки; ринок предметів і послуг в галузі санітарії і гігієни; ринок послуг в галузі фізичної культури; ринок системи медичної освіти; ринок медичних послуг і нетрадиційних способів лікування; ринок медичного страхування і ін.

Будь-який ринок, у тому числі і ринок медичних послуг, може бути роздільний на сегменти. Оскільки різні медичні послуги не можуть бути необхідні одночасно всім пацієнтам (або іншим споживачам послуг охорони здоров'я), медичні установи і окремі фахівці зосереджуються на обслуговуванні окремих частин (або сегментів) ринку. Кожний продавець медичних послуг виявляє найпривабливіші сегменти ринку, які він у змозі ефективно обслужити.

Частіше за все при сегментації ринку медичних послуг використовують географічні, демографічні, психографічні і поведінкові змінні:

- Так, сегментація за географічним принципом пропонує розбиття ринку на різні географічні одиниці: республіки, галузі, міста, райони, се-

лища, села. Крім того, можна використовувати різні медико – географічні і клімато – географічні умови.

- Сегментація за демографічним принципом полягає в розбитті на основі таких демографічних змінних, як: стать, вік, розмір сім'ї, і ін. Демографічні характеристики легше за більшість інших типів піддаються вимірам.
- Сегментація за психографічним принципом здійснюється серед споживачів медичних послуг, які можуть підрозділятися на групи по ознаках приналежності до суспільного класу, способу життя або особових характеристик.
- Сегментація за поведінковим принципом проводиться на основі поведінкових особливостей споживачів медичних послуг. Споживачі діляться на групи, залежно від їх знань, відносин, характеру реакції на послугу.

Таким чином, можна дати таке визначення ринку медичних послуг:

Ринок медичних послуг – сукупність медичних технологій, виробів, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, лікарської дії і профілактики, які реалізуються в умовах конкурентної економіки.

В маркетинговій діяльності медичної установи (або лікаря) важливе значення має проведення маркетингових досліджень, які повинні випереджати реальний початок будь-якої медичної діяльності. Маркетингові дослідження – систематичне визначення кола даних, необхідних у зв'язку з маркетинговою ситуацією, що стоїть перед організацією, їх відбір, аналіз і звіт про результати.

Дослідники маркетингової діяльності звичайно вирішують такі задачі:

- вивчення характеристик ринку;
- виміри потенційних можливостей ринку;
- аналіз розподілу часток ринку між фірмами;
- аналіз збуту;
- вивчення тенденцій ділової активності;
- вивчення товарів і послуг конкурентів;
- короткострокове прогнозування;
- вивчення реакції на новий товар і його потенціал;
- довгострокове прогнозування;
- вивчення політики цін.

Окрім маркетингових досліджень одним з головних правил маркетингової діяльності є багатоканальність збуту і реалізації товару (послуг).

Наявність багатьох груп споживачів різної статі, віку, соціального положення, зацікавлених в даному виді послуг, може підтримуватися на основі постійної психологічної дії на споживача (реклама).

Медичні установи при маркетингу медичних послуг повинні враховувати:

- можливості споживача (кількість, концентрація, платоспроможність, структура захворюваності);
- можливості лікувальної установи (оснащеність, стан кадрів, ліцензування послуг, озброєність новою технікою, досвід комерційної діяльності);
- якість, рівень і доступність медичних послуг (набір послуг, їх кількість, додаткові, бажані і обов'язкові послуги, можливості вдосконалення і оновлення послуг, їх новизна, практичний і медичний ефект і ін.);
- конкуренцію (кількість аналогічних послуг, їх якість і ефективність, оснащеність новітньою технікою, професійний рівень фахівців і їх авторитет в інших установах).

4.2. Ринковий механізм послуг охорони здоров'я та його основні елементи

Ринок – це форма взаємостосунків, зв'язків між окремими самостійно ухвалюючими рішення господарюючими суб'єктами. Ринок – це обмін, організований за законами товарного виробництва і обігу, сукупність відносин товарного обміну.

З розвитком елементів ринкових відносин в охороні здоров'я з'явилося поняття медичний суб'єкт як виробник медичних послуг.

Під медичним суб'єктом розуміється будь-яка медична установа (підприємство, організація або колектив), що проводить послуги в галузі охорони здоров'я, незалежно від форм власності.

Партнери медичного суб'єкта можуть бути самі різні:

- По-перше, це можуть бути інші медичні установи, що беруть участь в реалізації складного лікувально-діагностичного процесу. Наприклад, при наданні планової медичної допомоги з приводу урологічного захворювання партнерами поліклініки можуть виступати: стаціонар, консультативно-діагностичний центр, кафедра урології медичного інституту і ін. Крім того, до цієї групи відносять підприємства, що є поставачальниками устаткування, інструментарію, лікарських препаратів і інших матеріальних ресурсів медичної праці.

- Другу групу складають фінансово-кредитні, перш за все банківські, установи і організації. В умовах ринкових відносин роль банківського кредиту, що є одним із джерел фінансування діяльності лікувально-профілактичних установ, зростає. Крім того, зростає роль таких послуг, як лізинг і факторинг.
- Третю групу ринкових відносин утворює держава. Держава зацікавлена в залученні медичних установ і підприємств до виконання розроблених відповідними урядовими органами програм в галузі охорони здоров'я населення в цілому і його окремих соціальних груп зокрема. Держава повинна зацікавити лікувально-профілактичні установи у виконанні програм, надаючи їм податкові пільги, фінансову підтримку і т.д.
- Четверта група контрагентів ринкових відносин – громадяни. Ця група вельми неоднорідна за своїм складом, за функціями, здійснюваних у процесі реалізації господарських зв'язків в умовах ринку.

Звернемося до з'ясування структури ринку послуг охорони здоров'я.

Ринок як розвинена система відносин обміну є системою окремих, взаємозв'язаних ринків, елементів «великого ринку». Структура «великого» ринку послуг охорони здоров'я така:

- ринок медичних послуг;
- ринок лікарських препаратів;
- ринок праці медичного персоналу;
- ринок науково-технічних розробок;
- ринок медичного устаткування і техніки

Говорячи про управління процесами на ринку послуг охорони здоров'я, слід ще раз відзначити, що охорона здоров'я – це галузь професійної діяльності і одночасно галузь суспільного господарства, спочатку схильна до регулювання. Це відбувається через активну діяльність різних суспільних організацій і діяльність держави. Для здійснення цієї функції держава має в своєму розпорядженні різноманітний набір економічних і адміністративно-правових форм і методів дії на господарські процеси в охороні здоров'я:

1. До першої групи методів – економічним методам – відноситься регулювання охорони здоров'я через формування і використання бюджетних засобів, призначених для покриття потреб всієї системи охорони і зміцнення здоров'я, включаючи витрати, пов'язані з підготовкою медичних кадрів.

2. До організаційних методів регулювання відноситься створення державних відомчих служб охорони здоров'я. Йдеться про військову, транспортну, судову, медичну служби, інші спеціальні види медичного забезпечення, що

знаходяться винятково під державним контролем і лише в цих рамках здатні виконувати покладені на них специфічні задачі.

3. До правових методів регулювання відносяться: розробка, ухвалення і реалізація законів, інших нормативних документів, що встановлюють порядок і регламентують економічну діяльність в охороні здоров'я.

Окрім структури в ринковій системі виділяють таке поняття, як інфраструктура ринку – це сукупність економічних форм, які опосередковують рух ділових відносин і пов'язують ці відносини при всій їх різноманітності в єдине ціле.

Елементами інфраструктури в ринковій економіці є:

- фінансово-кредитні установи і комерційні банки;
- емісійна система і емісійні банки;
- аукціони, ярмарки та інші форми позабіржового посередництва;
- спеціальні рекламні і інформаційні агентства.

Розглянувши проблеми, пов'язані із структурою і інфраструктурою ринку, перейдемо до вивчення основ дії механізму ринкових відносин в охороні здоров'я.

Механізм ринку послуг охорони здоров'я, як і будь-якого іншого ринку, функціонує завдяки взаємодії трьох основних параметрів: (1) попиту, (2) пропозиції, (3) ціні.

1. Попит – це кількість медичних послуг, яку бажають і можуть придбати пацієнти за деякий період за певною ціною. Більш стисло можна визначити попит як платоспроможну потребу в медичних послугах. Марно визначати величину попиту без ціни, оскільки він змінюється саме залежно від неї. Дана залежність знаходить свій вираз у дії закону попиту: за інших рівних умов попит на послуги змінюється у зворотній залежності від ціни.

2. Пропозиція – це кількість медичних послуг, яку лікарі можуть надати в певний період часу населенню. Залежність між ціною і пропозицією вже не зворотна, а пряма. Закон пропозиції свідчить: пропозиція, за інших рівних умов, змінюється у прямій залежності від зміни цін. Іншими словами, у міру зростання цін виробники пропонують пацієнтам більшу кількість послуг, а у міру їх падіння – менше.

3. Ціна як грошовий вираз вартості послуги формується при взаємодії на ринку носіїв попиту і пропозиції, тобто пацієнта і виробника послуг (лікаря). Якщо питання про ціну вирішено, то послуга може бути надана. Результатом цієї ринкової операції є отримання прибутку.

Економісти в галузі охорони здоров'я багатьох країн намагалися визначити вплив недавнього збільшення чисельності лікарів на рівноважну ціну

їх послуг, і дійшли наступних висновків: Базисна модель попиту і пропозиції передбачає, що збільшення пропозицій будь-якої послуги понизить рівноважну ціну і підвищить рівноважну кількість цієї послуги. За останні два десятиріччя число лікарів збільшувалося набагато швидше, ніж чисельність населення. За інших рівних умов зростання пропозиції послуг повинне скоротити їх грошові доходи і збільшити кількість медичних послуг. Проте «інші рівні умови» не залишилися незмінними. Деякі детермінанти попиту на послуги лікарів ускладнили картину, зазнавши зміни. Рівень чистих доходів людей неухильно підвищувався, тривалість життя збільшувалася, зросло число людей, які одержують медичне обслуговування на основі різного роду медичних програм. Кожний з цих чинників вів до підвищення попиту на медичні послуги. Крім того, на стороні попиту може діяти ще один чинник. Так звана «гіпотеза зміни попиту» відносно медичних послуг. Вона припускає, що лікарі своїми діагнозами і рекомендаціями здатні підвищити попит на їх послуги. Гіпотеза стверджує, що збільшення чисельності лікарів веде до підвищення попиту на медичні послуги. Недавня емпірична перевірка цієї гіпотези відносно хірургів її підтвердила: там, де число хірургів більше, попит на операції зростає. За інших рівних умов 10%-е підвищення числа хірургів серед чисельності населення приводить до збільшення на 3% кількості операцій і підвищення гонорару за них. Як наслідок можна відзначити, що чинники, що підвищують попит на послуги лікарів, включаючи приписуване їм формування попиту на послуги, не дозволяють компенсувати негативний ефект збільшення пропозиції їх послуг в результаті зростання числа лікарів.

Поведінку медичної установи на медичному ринку (або стратегію маркетингу) можна розглядати з двох сторін:

- як стратегію відносно продукту (послуги);
- як стратегію відносно ринку.

Напрями стратегії маркетингу для медичних установ можуть бути такі:

1. Підвищення якості споживацьких властивостей товару (послуги). Наприклад, для служб санітарно-епідемічного нагляду – це використання приладів з високою роздільною здатністю і високою точністю для оцінки стану навколишнього середовища, експрес – методик.

2. Надійність виробу, його гарантоване обслуговування і ремонт.

3. Престижність фірми і закріплення її як лідера з даної послуги, виробництва.

4. Продаж товару (послуг) з супутніми потрібними послугами (товарами).

5. Наявність новизни, що підвищує впізнанність продукту, поліпшує можливість використання і естетичного сприйняття, посилює ефективність і ін.

Одним з видів маркетингової стратегії в сучасній охороні здоров'я повинна стати стратегія соціально-етичного маркетингу, яка припускає ведення лікувально-профілактичної діяльності, продажу товарів і послуг для окремих спеціальних груп населення (пенсіонерів, ветеранів війни і праці, блокадників, самотніх, малозабезпечених, багатодітних, осіб з соціально значущими захворюваннями і ін.). В комерційній діяльності повинна бути обов'язково передбачена програма спонсорства, безкоштовності, зниження цін, добродійності, чесності, етичної спрямованості. Сприятливий імідж медичної організації, її щира добродійність створюють психологічне довір'я і, накінець – медичний і економічний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Законодавчі та нормативно-правові документи:

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року із змінами, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 року № 2222-IV.

2. Бюджетний кодекс України // www.rada.gov.ua.

3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 року № 2801 XII.

4. Указ Президента України від 07.12.00 р. № 1313/2000 р. «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України».

5. Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.02 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки».

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.07 р. № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року»

Навчально-методична та наукова література:

1. Бокерия Л.А., Ступанков И. Н., Самородская И.В. Современные аспекты эффективного управления медицинским учреждением // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 5–7.

2. Вардосанидзе С. Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном лечебно – профилактическом учреждении // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 15–20.

3. Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: Уч. пособие. Изд-е 2-е, испр. и доп. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. – 160 с.

4. Журавель В.И., Запорожан В.Н.. Менеджмент в системе медицинской помощи. – Одесса: Одес. держ. мед. ун-т., 2000. – 432 с.

5. Корвещкий О.Д., Літвак А.І. Впровадження менеджменту якості – шлях до вдосконалення управління галузі охорони здоров'я // Актуальні проблеми державного управління та місцевого самоврядування: сучасний стан та перспективи розвитку: Матеріали щорічної науково-практичної конференції 18 жовтня 2005 р. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2005. – 464 с.

6. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.

7. Сунцова О.О. Місцеві фінанси: Навчальний посібник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 560 с.

8. Трушкина Л.Ю., Тлепцеришев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Экономика и управление здравоохранением: Уч. пособие. Изд-е 2-е. – Ростов: Феникс, 2003 – 384 с.

9, Яковлев В. П. Деловой план медицинского учреждения как механизм стратегического управления здравоохранением // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 7. – С. 5–8.

Интернет – ресурси:

1. Кабінет Міністрів України – www.kmu.gov.ua.
2. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>.
3. Державний комітет статистики України – www.ukrstat.gov.ua.
4. Національна бібліотека ім. В.І. Вернадського – www.nbuv.gov.ua.
5. Організація об'єднаних націй – www.un.org/russian/esa/index.html.
6. ВООЗ – <http://www.who.int/ru/index.html>.
7. Європейське бюро ВООЗ – <http://www.euro.who.int/?language=Russian>.
8. Європейське бюро ВООЗ (публікації) – <http://www.euro.who.int/health-topics?language=Russian>.

Додаткова література

1. Григорьев Ф.Г. Учреждения здравоохранения в условиях рынка. // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1995.-№2.
2. Каминская Т. Ценообразование и эластичность спроса на медицинские услуги. // Бизнес – информ, 1998.-№7.
3. Крамаренко В.И. Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении. – Симферополь, 1997.

4. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994.
5. Проблемы платности и ценообразования в здравоохранении и медицине. // Медичне страхування, 1995.-№1.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Розкрийте сутність сегментації ринку медичних послуг.
2. Надайте основні класифікаційні чинники сегментації ринку медичних послуг і їх характеристики.
3. Опишіть попит на ринку медичних послуг та закон попиту.
4. Назвіть не цінові чинники (детермінанти) попиту на ринку медичних послуг.
5. Опишіть пропозицію медичних послуг та закон пропозиції.
6. Назвіть нецінові чинники (детермінанти) пропозиції медичних послуг.
7. При даній величині пропозиції як позначиться наступна позиція з вказаних нижче на попит послуги А, на рівноважну ціну і величину її пропозиції:
 - а) відбувається швидке зростання чисельності населення;
 - б) споживачі чекають зниження цін на медичні послуги і зниження доходів;
 - в) послуга А стає більш модною.
8. При даній величині попиту як вплине кожна з позицій, що приводяться нижче, на пропозицію, рівноважну ціну і на рівноважну кількість послуг А:
 - а) скорочення кількості фірм в охороні здоров'я;
 - б) очікування того, що рівноважна ціна А в майбутньому знизиться;
 - в) зниження ціни на послугу В, виробництво якої більшою мірою вимагає такої ж технології і таких же витрат, яких вимагає послуга А;
 - г) обкладення послуги А особливим податком.

ТЕМА 5.

ОПЛАТА ПРАЦІ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мета:

Надати знання щодо основних видів норм праці в охороні здоров'я та сфери їх застосування. Розглянути методика розвитку норм праці, форм організації праці в охороні здоров'я, бригадний підряд, колективний підряд, контрактну форму організації праці. Вивчити відрізняльні риси, переваги та недоліки різних форм організації праці робітників охорони здоров'я. Зрозуміти особливості оплати праці в умовах різних форм організації праці та оплати праці медичних працівників в умовах ринку. Дослідити відношення населення до плати за медичні послуги.

Завдання:

- Розкрити основні критерії витрат праці лікаря: існуючі норми і нормативи.
- Охарактеризувати існуючі системи оплати праці в бюджетних медичних установах.
- Охарактеризувати існуючі форми оплати праці в бюджетних медичних установах.
- З'ясувати проблеми оплати праці медичних робітників.

Питання:

- 5.1. Традиційні форми та системи оплати праці медичних працівників.
- 5.2. Багатофакторна система оплати праці медичних працівників в умовах ринку.

5.1. Традиційні форми та системи оплати праці медичних працівників

Легше всього виразити витрати праці в кількості створеної продукції за одиницю часу. Проте такий вимірник не може визначити результат діяльності медичного працівника, метою якої є здоров'я пацієнта. Поняття ж «здоров'я» важко відобразити у вартісній формі, тим більше що такий результат не завжди є кінцевою метою: є невиліковні хвороби, запущені випадки. Розумові, фізичні, нервові витрати медичного працівника також нічим зміряти. Тобто специфіка професії говорить про те, що критерії результативності, ефективності праці медичного працівника об'єктивно розмиті, що жодною мірою не означає даремність цієї діяльності і не принижує благородної місії, здійснюваної медичним працівником.

Критерії витрат праці лікаря визначаються наступним:

1. Об'ємом роботи, який може бути визначений умовними одиницями трудомісткості (УОТ), коли за 1 УОТ приймається об'єм роботи лікаря при лікуванні захворювання даної нозологічної форми, прийнятої за одиницю (наприклад, об'єм роботи лікаря при накладанні пломби при середньому карієсі; при амбулаторних відвідинах кардіолога з лікувально-діагностичною метою).

2. Час, визначений п'ятиденним або шестиденним робочим тижнем (наприклад, робочий тиждень – 38,5 годин; при шестиденному робочому тижні робочий день лікаря триває 6,5 годин в стаціонарі; при п'ятиденному тижні – 7 годин 42 хв.; а для вузьких фахівців робочий тиждень складає 33 години, робочий день при шестиденному робочому тижні триває 5,5 годин).

3. Якість роботи, яка відображається в такому понятті, як кваліфікаційна категорія (вища, перша, друга, «лікар-фахівець»).

Хоча самі ці три критерії витрат праці лікаря недосконалі, проте саме на них доводиться орієнтуватися при характеристиці форм і систем оплати праці медичних працівників, які повинні повною мірою відповідати принципам оплати по кількості і якості праці, враховувати конкретний внесок кожного працівника в кінцеві результати діяльності.

Слід зазначити, що зі всіх норм щодо праці основоположними є норми часу, вся решта норм і нормативів – похідні від цього показника. Враховуючи всі ці зауваження, розглянемо форми і системи оплати праці. Відомо дві основні форми оплати праці:

1. Почасова заробітна плата залежить від кількості відпрацьованого часу. Її розрахунок можна зробити шляхом множення годинної тарифної ставки на фактично відпрацьований час. Тарифний коефіцієнт низького розряду приймається рівним одиниці. Існують дві системи оплати праці в почасовій формі: проста почасова система, почасово-преміальна система. Почасова форма має той недолік, що у працівника понижений економічний стимул до зростання інтенсивності і продуктивності праці. З одного боку, нескладно розрахувати тижневу і місячну зарплату, витрати на неї в установі охорони здоров'я, а з другого боку, почасова оплата вимагає більшого контролю за працівником, робить необхідним мати персонал контролюючий роботу, який теж одержує зарплату, а це підвищує ціну медичної послуги.

2. Відрядна плата праці вважається більш гнучкою, схема оплати припускає оплату або просто за кількість, або за ступінь виконання роботи. Системи оплати праці при відрядній формі такі: пряма відрядна, непряма відрядна, відрядно-преміальна система, відрядно-прогресивна система, акордно-відрядна система, колективна відрядна плата, система посадових окладів.

При постійній роботі співробітникам надаються додаткові пільги, наприклад, оплата лікарняних листів, пенсійне забезпечення; деякі організації субсидують обіди і транспортні витрати, укладають договори про медичне страхування, оплачують юридичні консультації і т.д. Традиційний підхід до надання додаткових пільг полягає в тому, що однакові пільги мають працівники одного рівня. Індивідуальна цінність додаткових пільг для працівника залежить від таких чинників, як вік, сімейний стан, розмір сім'ї і т.д. Окремі організації надають працівнику право вибрати у встановлених межах той пакет пільг, який найбільш його влаштовує. Як правило, така форма винагороди практикується в недержавному секторі, у тому числі і у відповідних структурах охорони здоров'я. В бюджетній лікувальній установі працівник користується стандартним набором пільг, поширюваних на державний сектор економіки.

Початковими даними для розрахунку витрат на оплату праці медичною установою є:

- затверджений штатний розпис співробітників ЛПЗ;
- тарифікаційні списки співробітників, складені за затвердженою формою з розбиттям по категоріях персоналу (лікарі, середній, молодший медичний персонал, адміністративно-управлінський персонал);
- нормативний річний фонд робочого часу медичного персоналу.

В комерційних структурах форми оплати праці вибираються самостійно. Проте в даний час охорона здоров'я представлена в основному бюджетними лікувально-профілактичними установами. В ЛПУ всі названі системи оплати праці орієнтовані на задані бюджетним фінансуванням оплати. Додатково до бюджетного фінансування оплатою праці є частина прибутку, що йде на матеріальне заохочення, економічно обґрунтованими джерелами якої, є платні медичні послуги. Додаткові виплати можливі також за рахунок економії фонду оплати праці. Ця економія виникає за рахунок неповного комплектування штатів, поєднання професій усередині колективу, скорочення співробітників і збільшення оплати праці тим, що залишилися, використання засобів інших накопичених фондів, як тимчасово вільних грошових коштів. Заохочення працівників можливе також вільним часом.

Всі проаналізовані форми і системи оплати праці орієнтовані на бюджетну сферу охорони здоров'я. Сучасна тенденція в розвитку форм і систем оплати праці свідчить про відхід від почасової і відрядної форм і широкому вживанні індивідуальної заробітної плати. Це стало можливо у зв'язку з переходом до формування ринкових умов господарювання. В роботі потрібно не тільки збільшення вироблення, не і краще використання устаткування,

підвищення якості, економія, раціональне використання сировини і матеріалів (що зв'язане, наприклад, в стоматології із застосуванням нових технологій з обробки золота, інших металів).

Тому з'явилися системи багаточинної заробітної плати, які покликані врахувати не тільки фізичну, але й розумову, і нервову енергію медичного працівника. Типовим прикладом системи багаточинної заробітної плати є аналітична оцінка робіт. Вона поєднує в собі почасову систему, метод нормування праці, метод його якісної оцінки і спосіб професійного відбору працівників. У цьому випадку весь трудовий процес розподіляється на ряд чинників, згрупованих в певному порядку, а саме, враховується ступінь відповідальності і умови праці, включаються і суб'єктивні особові оцінки працівника керівником.

5.2. Багатофакторна система оплати праці медичних працівників в умовах ринку

Приведемо приклад розрахунку оплати праці при системі аналітичної оцінки робіт. Для цього згрупуємо чинники в таблицю і нарахуємо співробітнику бали.

Таку оцінку проводить керівник (головний лікар), або атестаційна комісія щорічно, і вони можуть ухвалити рішення про перегляд оплати праці співробітника. При аналітичній оцінці робіт чистий дохід установи охорони здоров'я, одержаний в результаті роботи на платних умовах, розподіляється пропорційно кількості набраних балів кожним медичним працівником.

Припустимо, що по цій системі медсестра набрала 22 бали, лікар – 30 балів, а головний лікар – 47 балів. Приймемо умовно, що це і є штат ЛПУ, який надає, у тому числі, платні медичні послуги. Загальна кількість набраних балів – 99. Припустимо, що фонд оплати праці, сформований за допомогою платних медичних послуг, склав 9900 грн. Тоді вартість одного бала складе 100 грн. Отже, в цьому випадку медсестрі буде нараховане 2200 грн., лікарю – 3000 грн., головному лікарю – 4700 грн. Приведена нижче аналітична оцінка робіт (табл. 1) є базовою і може видозмінюватися залежно від специфіки діяльності ЛПУ (стоматологія, психіатрія, хірургія).

Таблиця 1

Розрахунок оплати праці при системі аналітичної оцінки робіт

Чинники	Підчинники	Примітки	Бали
1. Професійна підготовка	а) освіта	а) середнє	1
		б) середнє спеціальнє	2
		в) вище	3
		г) к.м.н.	4
	б) кваліфікаційна категорія:	д) д.м.н.	5
		е) закінчив ФУВ	+ 1 за кожний раз навчання
		а) вища	5
	в) стаж	б) перша	4
		в) друга	3
		г) лікар-фахівець за 1 рік	2 1
2. Розумові вимоги	а) тест	а) 10 питань	10
		а) вирішив	10
	б) нестандартна ситуація	б) не вирішив	0
1. Фізичні вимоги	а) вікові групи	а) 18 – 30 років	4
		б) 31 – 45 років	3
		в) 46 – 55 років	2
		г) 56 років і старше	1
	б) чинник здоров'я	а) Здоровий	2
		б) Нездоровий	1
	в) вироблення в одиницю часу	а) Виконує норму	10
		б) Не виконує норму	0
		в) Перевиконує норму	+ 1 за кожну одиницю перевикон.

Продовження таблиці 1

1. Ступінь відповідальності	а) за устаткування	за кожного підлеглого	1
	б) за матеріали		1
	в) за дотримання технології (методу лікування)		1
	г) за персонал		0,2
5. Умови праці	а) виробничі умови нормальні	а) окремі випадки б) звичні	1
	б) ускладнені виробничі умови		2
	в) ступінь ризику:		5
Оцінки «по заслугах» (особові оцінки)			1
6. Якість роботи			1
7. Раціональне використання матеріалів			1
8. Дбайливе відношення до устаткування			1
9. Максимальне використання робочого часу			1
10. Надійність, співпраця			1
11. Загальна поведінка			1
12. Можливість висунення			1
Всього балів			...

Таким чином, сучасні форми оплати праці пов'язані з упровадженням індивідуальної заробітної плати, де основна (постійна) частина складає всього 1/3, а змінна – 2/3.

Ще одним джерелом доходів є система участі в прибутках комерційних медичних структур. Якщо говорити про світовий досвід, то 75% підприємців використовують нестандартні системи оплати праці, відмовляючись від

традиційних почасовій і відрядній форм. Проте вітчизняний ринок послуг охорони здоров'я знаходиться в становленні, комерційне середовище ще недостатньо розвинене, а тому вживання світового досвіду на практиці не має поки повсюдного розповсюдження.

На даний час лікувально-профілактичні установи, які надають частково платні медичні послуги, використовують в основному традиційні форми оплати праці: почасову і відрядну оплату праці і різні їх системи. Отримання додаткового доходу медичним працівником у цих умовах пов'язано з платними медичними послугами. В ціні кожної медичної послуги, по якій би методиці ця ціна не розраховувалася, є елемент витрат у вигляді основної заробітної плати. Як правило, основна заробітна плата в собівартості медичної послуги складає 32 – 35% в клініках загального профілю і 25% – в стоматології. Це процентне співвідношення відображає загальну схему витрат з надання медичної допомоги лікувальною установою, тобто кошторис його витрат. Вичленувавши з собівартості платних медичних послуг фонд оплати праці, його можна розподіляти по прийнятій в ЛПУ методиці (залежно від коефіцієнта трудової участі або відповідно до кількості набраних балів) між медичними працівниками, що беруть участь в роботі на платній основі, на додаток до гарантованого мінімуму, визначеного єдиними трудовими стандартами. Проте більш доцільно злити ці засоби до єдиного фонду оплати праці і тим самим стимулювати колектив до роботи не тільки на платній основі, а й за програмами безкоштовної медичної допомоги. У будь-якому випадку оплата праці співробітників буде вище, ніж та, що гарантована бюджетними асигнуваннями.

Індивідуальний підприємець в особі приватно – практикуючого лікаря також одержує дохід за залишковим принципом, тобто з обороту (об'єму платних медичних послуг за рік) віднімаються матеріальні витрати лікаря, одержаний дохід оподатковується, залишок – лікарю. Якщо медичне підприємство стало акціонерним товариством, то рядовий акціонер може мати три джерела доходу: заробітну плату, дивіденд і виплати з фонду матеріального заохочення. Засновники (фізичні або юридичні особи) одержують ще й статутний прибуток. У цілому, вживання стимулюючих систем оплати праці вирішує проблему укомплектованості кадрами, знижує потребу в сумісництві, покращує ряд якісних показників, внесених в перелік коефіцієнтів, що підвищують або знижують заробітну плату медичного працівника.

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Навчально-методична та наукова література:

1. Голяченко А.О. Економіка охорони здоров'я – Тернопіль, 1997. – 51 с.
2. Дорофійенко В.В., Шутов М.М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. – Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. – 88 с.
3. Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: Уч. пособие. Изд-е 2-е, испр. и доп. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. – 160 с.
4. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.
5. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб. / Л.Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; Кер. авт. Кол. Л. Жаліло. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 144 с.
6. Трушкина Л.Ю., Тлепцеришев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Экономика и управление здравоохранением: Уч. пособие. Изд-е 2-е. – Ростов: Феникс, 2003 – 384 с.
7. Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.

Интернет – ресурси:

1. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>.
2. Державний комітет статистики України – www.ukrstat.gov.ua.
3. Національна бібліотека ім. В.І. Вернадського – www.nbuv.gov.ua.
4. ВООЗ – <http://www.who.int/ru/index.html>.

Додаткова література

1. Антонова С.Н. Система оплаты труда медицинского персонала в условиях страховой медицины. // Медицинская помощь, 1996.-№4.
2. Бойко В.В. Применение новой системы материального стимулирования в медицинском учреждении. // Здравоохранение Российской Федерации, 1997.-№1.
3. Гаврилов В.А. Проблемы оплаты труда медицинских работников. // Экономика здравоохранения, 1997.-№8-9.
4. Журавель В., Куроедов Л., Журавель В. Договорное медицинское страхование как альтернативная система медицинской помощи населению». Ліки України», – 2000. – №9(38), – с. 9–12.
5. Крамаренко В.И. Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении. – Симферополь, 1997.

6. Лябин В.В. Взаиморасчёты за экстремально оказанную медицинскую помощь. // Российский медицинский журнал, 1997.-№3.
7. Петрова С.Н. Исчисление среднего заработка. // Экономика здравоохранения, 1997.-№7.
8. Рудень В. Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посібник. – Львів, 1999.-304 с.
9. Сафик А.И. Контрактная форма оплаты труда в ЦРБ. // Казанский медицинский журнал, 1995. – №5.
10. Солоненко Н. Вплив методів оплати надавачів медичних послуг на стримування зростання витрат управління медичною допомогою та її якість // Вісник УАДУ, 1998 р.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Чому необхідний пошук нових систем оплати праці медичних працівників?
2. Які інші форми доходів можуть одержувати медичні працівники, зайняті в недержавному секторі охорони здоров'я?
3. Охарактеризуйте відношення населення України до платних медичних послуг.
4. Розкрийте основні критерії витрат праці лікаря: існуючі норми і нормативи.
5. Охарактеризуйте існуючі системи оплати праці в бюджетних медичних установах: форми і системи оплати праці.
6. Поясніть проблеми оплати праці медичних робітників.

ТЕМА 6.

ЦІНОУТВОРЕННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мета:

Надати знання з основних понять: «ціна», «вартість», «прибуток», «рентабельність». Розглянути особливості формування ціни медичної послуги, зовнішні й внутрішні чинники, що впливають на ціну медичної послуги. Вивчити структуру ціни медичної послуги. Проаналізувати формування ціни на платні медичні послуги. З'ясувати існуючу недосконалість бюджетних норм і нормативів. Дослідити особливості оподаткування отриманого прибутку.

Завдання:

1. Виявити основні групи цін на медичні послуги населенню.
2. Вивчити зовнішні чинники, що визначають ціну медичної послуги.
3. Вивчити внутрішні чинники, що визначають ціну медичної послуги.
4. Структурувати ціну медичної послуги у вигляді послідовної калькуляції статей витрат.
5. Охарактеризувати прямі витрати медичної установи як чинники збільшення її рентабельності (прибутковості).
6. Охарактеризувати непрямі витрати медичної установи як чинники збільшення її рентабельності (прибутковості).

Питання:

- 6.1. Ціна медичної послуги: внутрішні та зовнішні чинники впливу.
- 6.2. Структура ціни медичної послуги.

6.1. Ціна медичної послуги: внутрішні та зовнішні чинники впливу.

Ціна – це грошовий вираз вартості, ринковий параметр, що характеризує економічні відносини між продавцями і покупцями з приводу купівлі-продажу товарів і послуг. Ціна виконує такі основні функції: інформаційну, стимулюючу, регулюючу, розподільну. Система цін – це сукупність видів цін, взаємодія яких забезпечує ефективне функціонування ринкової економіки.

Існує декілька груп цін на медичні послуги населенню:

1. «Бюджетні оцінки або розцінки». Це розрахункова вартість медичних послуг в нових умовах господарювання. Вони використовуються для здійснення взаємних розрахунків між установами однієї території або підрозділами усередині однієї установи. Величина «бюджетних оцінок» не залежить від величини реальних витрат медичних установ, а методи їх розрахунку характеризуються принципом «від загального до приватного», тобто загаль-

ний об'єм обмежених фінансових коштів розподілявся між лікувальними установами за принципом: не скільки потрібно, а скільки можна їм дати для здійснення їх господарської діяльності. «Бюджетні оцінки (або розцінки)» не розпадаються на собівартість і прибуток і частково підходять для фінансування цільових бюджетних програм медичної допомоги;

2. Державні ціни на платні медичні послуги населенню (прейскурантні ціни). Державні ціни на платні медичні послуги використовуються виключно для розрахунків з населенням при наданні медичної допомоги на так званій госпрозрахунковій основі (термін «госпрозрахунок» поступово йде з практики і замінюється словами «комерційна, підприємницька діяльність»). Вони діють як територіальні прејскурантні ціни і відрізняються від «бюджетних оцінок» тим, що включають типові фактичні витрати, розраховані на основі затверджених трудових і матеріальних норм, а також прибуток (від 13 до 25% собівартості). Хоча в державні ціни на платні медичні послуги включається елемент прибутку, проте, немає жодного документа, що обгрунтує та регулює норму рентабельності;

3. Договірні ціни на медичні і супутні їм послуги із замовлень організацій і підприємств. Ці ціни затверджуються прямими договорами між медичною установою і організацією – замовником робіт. Проявляють себе як найвільніші в сьогодишній практиці;

4. Тарифи на медичні послуги з обов'язкового медичного страхування. Ці тарифи відображають грошові суми, що визначають рівень відшкодування витрат медичних організацій з виконання програми медичного страхування і склад цих витрат, при чому собівартість і прибуток у структурі витрат так само не виділяються, як і в «бюджетних оцінках». Отже, тарифи – це грошові суми, що визначають рівень відшкодування і склад витрат медичної установи, що компенсуються щодо виконанню програми медичного страхування.

5. Вільні ціни на платні медичні послуги. Така ціна формується під впливом цілого ряду ринкових чинників, а саме: корисність послуги, дохід покупця (споживача), кон'юнктура ринку, витрати, територіальні переміщення, якість послуги, реклама, ступінь ринкової орієнтації пацієнта, його компетентність і ін. На таку ціну роблять вплив закони попиту і пропозиції, закон конкуренції, грошового обігу, діючі на ринку послуг охорони здоров'я, що розвивається.

В цілому ціноутворення – це процес формування цін, визначення їх рівня і пошуку їх оптимального поєднання. За допомогою ціноутворення розв'язуються такі задачі:

- розширення ринку збуту послуг охорони здоров'я;
- збільшення маси прибутку;
- забезпечення балансу попиту і пропозиції, об'єму грошей і об'єму послуг охорони здоров'я;
- створення умов оптимальної пропорційності споживання і накопичення.

Механізм формування цін – це процес аналізу господарюючими суб'єктами економічної ситуації і розробки на цій основі цінової політики, що забезпечує досягнення поставлених цілей. Система регулювання цін є сукупністю регуляторів, що впливають на рух цін і забезпечуючих на цій основі сприятливі умови для ефективного функціонування ринкової системи.

Виходячи з усього сказаного, можна показати структуру ціни:

Ціна медичної послуги = собівартість + прибуток.

Ціни на медичні послуги, які пропонуються медичною установою, в умовах ринкової економіки визначаються низкою зовнішніх і внутрішніх чинників.

До зовнішніх чинників належать:

- 1) регулююча роль держави на ціни і ціноутворення;
- 2) характеристика медичних послуг і платоспроможність населення;
- 3) рівноважний рівень конкурентних цін, який склався на ринку медичних послуг;
- 4) характеристика ринку даного виду медичних послуг.

До внутрішніх чинників, які визначають ціну, належать:

- 1) рівень постійних і змінних виробничих витрат медичної установи;
- 2) пріоритети цілей, які ставить перед собою медична установа.

Всі медичні послуги, які надаються лікувальною установою відповідно до їх складності і об'єму можна розділити на дві групи:

1. Прості медичні послуги. До простих медичних послуг відносяться такі, що є нерозривною медичною технологією і надаються в певному місті за обмежений проміжок часу. Прикладом простої послуги може бути: консультація лікаря-фахівця, виконання ЕКГ, аналіз крові.

2. Складні (комплексні) медичні послуги. До складної послуги можна віднести профілактичне обстеження для видачі довідки про стан здоров'я водіям транспортного засобу. В цьому випадку пацієнт повинен бути оглянутий декількома фахівцями, кожне з цих обстежень може розглядатися як проста послуга.

У свою чергу кожна проста послуга складається з декількох процедур. Наприклад, така проста послуга як консультація лікаря включає процеду-

ру звернення в реєстратуру, прийом оплати, видача направлення до лікаря, огляд лікарем пацієнта, заповнення амбулаторної картки, видача довідок. Для визначення вартості простої послуги її слід розділити на окремі процедури, визначити вартість кожної процедури і скласти одержані результати. У свою чергу для визначення вартості складної (комплексної) послуги слід визначити і потім скласти вартість простих послуг, які входять в її склад. Час, який витрачається на послугу в цілому або на окремі процедури, визначається згідно діючим нормативам часу, а якщо такі нормативи відсутні, то на підставі хронометражу, який проводиться відповідною комісією.

6.2. Структура ціни медичної послуги.

В самому узагальненому вигляді, ціна медичної послуги (ЦМП) складається з суми валових витрат (ВВ), прибутку (Пб) і суми податку на додану вартість (ПДВ):

$$\text{ЦМП} = \text{ВВ} + \text{Пб} + \text{ПДВ}$$

Для визначення валових витрат необхідно визначити суму всіх витрат медичної установи на формування і надання послуги.

Валові витрати (ВВ) складаються з прямих і непрямих витрат.

Прямі витрати – це витрати, які можуть бути віднесені безпосередньо до певного об'єкту витрат економічно можливим шляхом. До прямих витрат відносяться витрати, пов'язані з наданням окремого виду послуг або наданням конкретного типу робіт (прямі матеріальні витрати, прямі витрати на оплату праці і т.п.), які можуть бути безпосередньо включені до її собівартість даної послуги або роботи.

Непрямі витрати – це витрати, які не можуть бути віднесені безпосередньо до певного об'єкту витрат економічно можливим шляхом. До непрямих витрат відносять витрати, пов'язані з наданням декількох видів послуг або наданням декількох типів робіт (загальновиробничі витрати), які включаються в собівартість послуги або роботи за допомогою спеціальних методів. Непрямі витрати формують комплексні статті калькуляції (тобто складаються з витрат, які включають декілька елементів).

Сума прибутку (Пб) недержавних медичних установ визначається самостійно, а для державних визначається місцевими органами влади (обласними адміністраціями) згідно Наказу КМУ від 25.12.96 р. № 1548 «Про встановлення повноважень органів виконавчої влади і виконавчих органів міських рад щодо регулювання медичних послуг державними медичними установами». Згідно даного Наказу норма прибутку не повинна перевищувати 30%.

Сума податку на додану вартість (ПДВ) закладається в ціну послуги із ставки чинного законодавства (зараз ставка ПДВ – 20%). Якщо, згідно чинного законодавства, медична установа має пільги по сплаті ПДВ, то податок в ціні послуги не враховується.

Таким чином, можна представити більш повну структуру ціни медичної послуги:

Ціна медичної послуги (ЦМП)				
Валові витрати (ВВ)			4. Прибуток (ПБ)	5. Податок на додану вартість (ПДВ)
1. Прямі витрати	2. Непрямі загально-виробничі витрати	3. Непрямі загально-господарські витрати		

1. Прямі витрати ЛПУ

До прямих відносяться витрати, пов'язані з виконанням послуг одного виду, які безпосередньо включаються у валові витрати. Прямі витрати можна розрахувати безпосередньо. Розрахунок прямих витрат проводиться згідно маршрутної карти (схеми) надання кожної послуги.

Для калькуляції слід мати: схему надання послуги (маршрутну карту); склад і кількість медичних працівників, які безпосередньо беруть участь в наданні медичної послуги; матеріали, устаткування і інструменти, які використовуються при наданні послуги.

При калькуляції виділяються такі статті прямих витрат:

- 1.1 Оплата праці основного медичного персоналу.
- 1.2. Відрахування на соціальне і пенсійне страхування.
- 1.3. Витрати на медикаменти і перев'язувальні матеріали.
- 1.4. Амортизація медичного і іншого основного устаткування.

2. Непрямі загальновиробничі витрати ЛПУ

До непрямих виробничих витрат відносяться витрати, які пов'язані із забезпеченням управління виробництвом і створенням умов для надання медичних послуг в цілому.

При калькуляції виділяються такі статті непрямих загальновиробничих витрат:

- доплата завідувачу відділенням і старшій медсестрі за організацію роботи;
- амортизація приміщення;

- придбання твердого інвентарю довгострокового користування;
- придбання м'якого інвентарю;
- витрати на рекламу;
- інші витрати (придбання однорідних малоцінних предметів медичного і господарського призначення і т.д.).

3. Непрямі загальногосподарські витрати ЛПУ

До загальногосподарських витрат відносять витрати, пов'язані з утриманням адміністративно-господарського персоналу і технічним обслуговуванням медичного закладу в цілому. При калькуляції виділяються такі статті непрямих загальногосподарських витрат:

- Витрати на оплату праці працівників апарату управління медичного закладу (включаючи резерв відпусток, відрахувань на державне соціальне страхування і обов'язкові платежі до пенсійного фонду), іншого персоналу адміністративно-господарської частини, бухгалтерії, планово-економічного відділу і т.п.
- Комунальні витрати (витрати палива і енергії, внутрішнє і зовнішнє освітлення, водопостачання, каналізація і ін.);
- Витрати на утримання приміщень і територій, витрати по списанню господарських і інших допоміжних матеріалів для підтримки в чистоті приміщень і територій (миючі засоби, сода, мастика, щітки, віники і т. ін.);
- Проведення поточного ремонту, технічний огляд і обслуговування основних виробничих фондів загальногосподарського призначення, у тому числі узятих в тимчасове користування на умовах оперативної оренди (лізинг), за винятком їх реконструкції і модернізації;
- Забезпечення правил техніки безпеки праці, санітарно-гігієнічних норм і інших спеціальних норм, передбачених правилами технічної експлуатації, нагляд і контроль за діяльністю медичної установи у встановленому законом порядку;
- Забезпечення працівників спеціальним одягом, взуттям, форменим одягом.
- Витрати на пожежну і сторожову охорону (включаючи оплату послуг сторонніх організацій за пожежну і сторожову охорону).
- Транспортні витрати (включається вартість по перевезенню господарських матеріалів, медикаментів, малоцінного інвентарю і ін. як власним транспортом, так і транспортом сторонніх організацій).
- Витрати на службові відрядження в межах норм, передбачених законодавством.

- Витрати на повне відновлення основних фондів і капітальний ремонт у вигляді амортизаційних відрахувань від вартості основних виробничих фондів на реконструкцію, модернізацію і капітальний ремонт фондів, які належать підприємству, а також тих, що знаходяться в користуванні підприємства на умовах оренди (лізингу), обчислені за їх балансовою вартістю відповідно до встановлених норм.
- Податки, передбачені Законами України, збори та інші обов'язкові платежі, передбачені законодавством.
- Інші витрати, які включаються у валові витрати відповідно до «Типового положення з планування, обліку і калькуляції собівартості продукції (робіт, послуг) в промисловості».

Після розрахунку прямих і непрямих витрат визначається прибуток на підставі заданого рівня рентабельності від величини валових витрат (наприклад, 20%) і відрахування до різних фондів (розмір відрахувань – 1%). Так само, в ціну послуги включається величина ПДВ (20%).

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Навчально-методична та наукова література:

1. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.
2. Пашенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – Київ, 2002. – 156 с.
3. Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.

Интернет – ресурси:

1. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>
2. Національна бібліотека ім. В.І.Вернадського – www.nbuv.gov.ua
3. ВООЗ – <http://www.who.int/ru/index.html>
4. Європейське бюро ВООЗ – <http://www.euro.who.int/?language=Russian>
5. Європейське бюро ВООЗ (публікації) – <http://www.euro.who.int/health-topics?language=Russian>

Додаткова література

1. Гуненкова И.В. Вопросы ценообразования при организации специализированной артодонической помощи взрослым пациентам в условиях хозрасчёта. // Новое в стоматологии, 1994. – №1.

2. Закирова С.Н. Модель цены медицинских услуг. // *Здравоохранение Российской Федерации*, 1996. – №5.
3. Каминская Т. Ценообразование и эластичность спроса на медицинские услуги. // *Бизнес – информ*, 1998. – №7.
4. Лябин В.В. Взаиморасчёты за экстремально оказанную медицинскую помощь. // *Российский медицинский журнал*, 1997. – №3.
5. Проблемы платности и ценообразования в здравоохранении и медицине. // *Медицине страхування*, 1995. – №1.
6. Солоненко Н. Вплив методів оплати надавачів медичних послуг на стримування зростання витрат управління медичною допомогою та її якість // *Вісник УАДУ*, 1998 р.
7. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении / *Экономика здравоохранения*, 2000. – №5, 6/45.

Питання для самоконтролю:

1. Опишіть основні групи цін на медичні послуги населенню.
2. Назвіть зовнішні чинники, що визначають ціну медичної послуги.
3. Назвіть внутрішні чинники, що визначають ціну медичної послуги.
4. Структуруйте ціну медичної послуги у вигляді послідовної калькуляції статей витрат: основна схема.
5. Перелічте прямі витрати медичної установи як чинники збільшення його рентабельності (прибутковості).
6. Перелічте непрямі витрати медичної установи як чинники збільшення його рентабельності (прибутковості).

ТЕМА 7. СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Мета:

Надати загальні відомості про сучасний стан і перспективи розвитку фінансування охорони здоров'я в Україні. Вивчити зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я. З'ясувати необхідність реформування системи охорони здоров'я та джерел її фінансування в умовах переходу до ринкових відносин в Україні.

Завдання:

- Розглянути сучасні способи фінансування діяльності медичної установи: кредитування, лізинг, факторинг.
- З'ясувати основні джерела фінансування у сфері охорони здоров'я.
- Вивчити метод фінансування – бюджет по статтях.
- Вивчити метод фінансування – загальний бюджет.
- Вивчити метод фінансування – фінансування на душу населення.
- Розглянути змішані системи фінансування та оплати медичних послуг.
- Розглянути досвід Чехії відносно фінансування охорони здоров'я.

Питання:

- 7.1. Фінансова середа та ресурси в охороні здоров'я.
- 7.2. Фінансування охорони здоров'я в Україні.
- 7.3. Закордонний досвід фінансування охорони здоров'я.

7.1. Фінансова середа та ресурси в охороні здоров'я.

В умовах формування і розвитку ринку послуг охорони здоров'я особливого значення набувають фінансові відносини лікувально-профілактичних установ. Вони реалізуються в певному фінансовому середовищі.

Основні структурні елементи фінансового середовища охорони здоров'я показані на рис. 1.

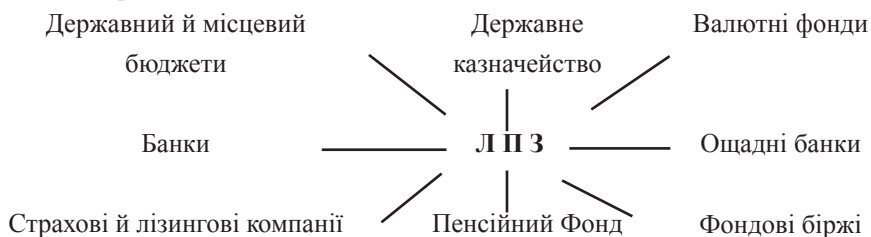


Рис. 1. Фінансування лікувально-профілактичних установ охорони здоров'я

Фінансове забезпечення діяльності лікувально-профілактичних установ є визначальним чинником фінансової стабільності, платоспроможності, а головне – конкурентоспроможності медичних послуг. Основою для цього є фінансові ресурси.

З економічної точки зору фінансові ресурси – це сукупність грошових коштів (власних, повернутих і позикових), що знаходяться в господарському обороті і що використовуються в процесі підприємницької діяльності.

У практичній діяльності фінансові ресурси виступають у двох основних видах:

- довгострокові фінансові кошти (у формі основних фондів – капіталу, будівель, споруд, медичного устаткування)
- короткострокові фінансові кошти (для поточної діяльності, в основному у формі оборотних фондів – ліки, паливо, енергія, заробітна плата).

Крім того, фінансові ресурси розрізняють за джерелами формування:

- внутрішні джерела формування фінансових ресурсів – статутний капітал, прибуток, амортизаційні відрахування;
- зовнішні джерела формування фінансових ресурсів – субсидії, дотації (бюджет), кредити, ОМС, ДМС, спонсорство, добродійність і т.д.

За формою власності фінансові ресурси розділяють так:

- державні ресурси – державний і місцевий бюджети, ОМС;
- позабюджетні ресурси – ДМС, платні послуги, добродійні внески.

За ступенем приналежності фінансові ресурси можуть бути:

- власні фінансові кошти;
- позикові (повернуті) фінансові кошти.

Власні засоби – це сукупні грошові ресурси, що знаходяться в господарському обороті і що належать лікувально-профілактичній установі. Їх рух забезпечується за рахунок внутрішніх джерел розвитку. До них можна віднести нерозподілений прибуток і амортизаційні відрахування. Вони стабільні, але обмежені терміном експлуатації медичного устаткування і техніки, швидкістю обороту грошових коштів, величиною поточних витрат і темпами медичних послуг, що надаються.

Позикові засоби (повернуті) – це грошові ресурси, що не належать лікувально-профілактичній установі, але тимчасово знаходяться в його розпорядженні разом з власними. До них можна віднести кредити банків, випуск акцій, власних боргових зобов'язань і ін.

На сучасному етапі розвитку існують і інші способи залучення недостаючих фінансових коштів, більш вигідних, ніж кредити. Це – лізинг і факторинг.

Лізинг – один із способів фінансування підприємницької діяльності; довгострокова оренда машин і устаткування. Лізинг покликаний підвищувати ефективність підприємницької діяльності в усіх областях суспільного господарства, у тому числі і включаючи охорону здоров'я. Лізинг є видом підприємницької діяльності, направленої на інвестування тимчасово вільних або повернутих фінансових коштів, коли за договором фінансової оренди (лізингу) орендодавець (лізингодонадавач) зобов'язав придбати у власність обумовлене договором майно у певного продавця і надати це майно орендарю (лізингоотримувачу) за плату в тимчасове користування для підприємницьких цілей. Лізингові операції розглядаються діловим миром як новий і перспективний вид фінансування. Не тільки тому, що вони надають фінансову допомогу потребуючим в ній установам, а й також тому, що вони забезпечують економічні вигоди для установ: це – збереження ліквідності, неомертвляння власного капіталу, міцна основа для розрахунків, балансові переваги, вигода страхування.

Новим видом послуг в галузі фінансування є факторинг. Основний принцип факторингу полягає в тому, що фактор-фірма купує у своїх клієнтів їх вимоги до інших клієнтів, тобто клієнтам клієнтів, протягом 2 – 3 днів оплачує їм від 70 до 90% вимог у вигляді авансу. Залишаються 10 – 30 %, які клієнт одержує після того, як до нього поступає рахунок від партнера. Перевага такої форми послуг полягає у збільшенні ліквідності, а достатньо високий рівень ліквідності є передумовою для швидкого зростання. Факторинг є новою ефективною системою поліпшення ліквідності і зменшення фінансового ризику для лікувально-профілактичних установ з швидкорослим оборотом, які не хочуть брати на себе виконання адміністративної роботи з перевірки платоспроможності своїх клієнтів, веденню бухгалтерського обліку і відносно своїх вимог, і зацікавлені в швидкому отриманні грошей з своїми рахунками.

Фінансове забезпечення діяльності лікувально-профілактичних установ дозволяє сформувати не тільки фінансові ресурси ЛПУ, але і матеріальні і трудові ресурси.

Матеріальні ресурси – це сукупність природних і інвестованих ресурсів. У структурному відношенні вони включають: медикаменти, медичне устаткування, апаратуру, медичні інструменти, перев'язувальні засоби і засоби догляду за хворими і т.п.

Трудові ресурси – медичні кадри: лікарі, медичні сестри і т.д.

Економічне забезпечення діяльності ЛПУ повинно базуватися на певних принципах. Важливе значення в ефективному рішенні проблеми задово-

лення потреб в економічних ресурсах займає оцінка стану виробничої бази ЛПУ. Сюди включається аналіз розмірів виробничої площі, наявного устаткування і медичної техніки, чисельності працюючих.

Капітал – це відношення між людьми з приводу створення і розподілу конкретно-економічних форм доходу підприємства, заснованого на наймі персоналу. Згідно фінансового визначення капіталом називають всі активи (засоби) установи. За функціональним визначенням, це тільки реальний об'єкт, тобто засоби виробництва. Капітал як засоб виробництва ділиться на засоби праці і предмети праці, тобто на основний капітал і оборотний капітал.

Схема основного і оборотного капіталу ЛПУ показана на рис. 2.

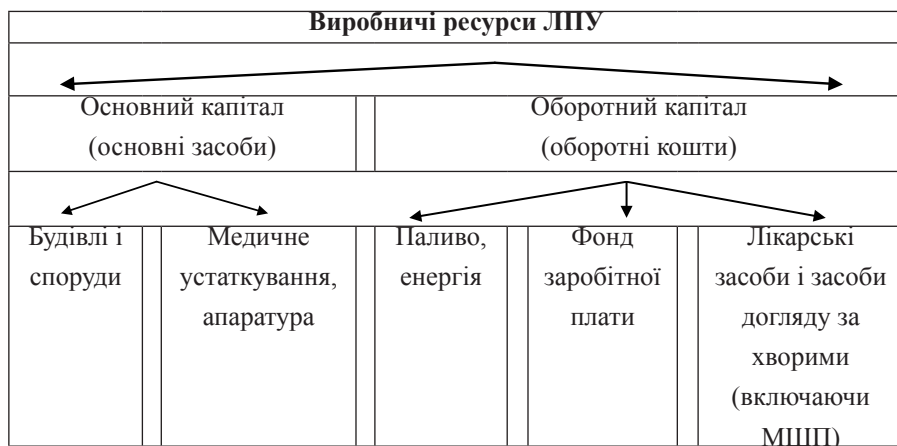


Рис. 2. Основний і оборотний капітал ЛПУ

7.2. Фінансування охорони здоров'я в Україні.

Основними джерелами фінансування у сфері охорони здоров'я в порядку вагомості їх внеску є (з п'яти перших джерел поступає основна маса засобів, тоді як інші на сьогодні не мають великого значення):

- 1) державний і місцеві бюджети;
- 2) приватне фінансування;
- 3) неофіційна (з кишені пацієнта) оплата послуг;
- 4) безпосередні платежі населення;
- 5) міжнародні програми технічної допомоги;
- 6) засоби суспільних, релігійних і добродійних організацій;
- 7) страхові фонди.

Окрім згаданих, до можливих джерел фінансування послуг охорони здоров'я також відносяться:

- обов'язкове державне медичне страхування, недержавне медичне страхування, їх змішана система;
- ініціативні фонди та ініціативні програми;
- добровільне медичне страхування;
- накопичувальні програми;
- державні медичні позики;
- добродійні програми;
- лізинг (надання в оренду приміщень, які не використовуються і устаткування);
- виробнича діяльність (майстерні, обробка землі, випічка хліба і інше);
- кредитування (отримання поворотних засобів з банків, інноваційних фондів).

Впродовж довгих років українська охорона здоров'я в Україні була єдиною високо централізованою системою, що фінансується з державного бюджету і націлена на забезпечення загальнодоступної безкоштовної медицини. Перехід до ринкових відносин, демократизація суспільства не могли не відобразитися на принципах організації та фінансування охорони здоров'я. Але радикальним чинником, що спонукав галузь до змін, стала економічна криза. Коли фінансування охорони здоров'я скоротилося, порівняно з 1990 роком майже в 8 разів, виконання державних зобов'язань у сфері охорони здоров'я, хоча б в обмеженому об'ємі для забезпечення соціально гарантованого об'єму медичної допомоги, за рахунок засобів загального оподаткування стало неможливим. Тому перехід до страхової моделі або так званої «страхової медицини» можна розглядати в деякій мірі як спробу розв'язати проблеми фінансування галузі.

Окрім уведення страхової медицини, можливі й інші варіанти більш широкого використання додаткових джерел фінансування охорони здоров'я:

- в міру зміцнення економічного стану країни можна передбачити залучення засобів пенсійних фондів і фондів зайнятості для ОМС пенсіонерів і безробітних, як це прийнято в країнах з розвиненими системами медичного страхування;
- можливе введення цільового податку на тютюнові і алкогольні вироби, що можна також трактувати як часткову оплату споживачів цих товарів за додаткову медичну допомогу, яка потенційно необхідна для нейтралізації загрози їх здоров'ю;
- іншим варіантом уведення вище обумовленого податку є виділення у складі акцизного податку цільової частини для охорони здоров'я;

- надання податкових пільг ЛПЗ з метою напряму їх прибутку на власний розвиток;
- надання державних гарантій іноземним компаніям фармацевтичної і медичної промисловості з метою залучення інвестицій, також розвитку приватного підприємництва в охороні здоров'я.

Розглянемо існуючі методи фінансування охорони здоров'я.

Метод фінансування – це спосіб розподілу грошових коштів з джерела засобів між виробниками медичних послуг. Їх існує три:

1. Бюджет по статтях – саме цей метод використовується в даний час в Україні. Переваги: жорсткий централізований контроль за використанням засобів, ЛПУ не потрібно «ламати голову» над їх раціональним використанням, ризик для ЛПУ зведений до мінімуму. Недоліки: не дозволяє медичним установам гнучко пристосовуватися до нестандартних умов або місцевих ситуацій; відсутні прямі стимули до підвищення ефективності і продуктивності праці; існує тенденція до погіршення медичної допомоги; в умовах бюджетного дефіциту фінансуються лише статті: оплата праці, харчування, придбання медикаментів і комунальні витрати, що далеко не сприяє розвитку галузі. Дані недоліки роблять цей метод неефективним на шляху реформування системи медичної допомоги в Україні.

2. Загальний бюджет – сукупна оплата на покриття попередньо визначених витрат медичної установи впродовж певного часу. Перевагами є: відносно низькі адміністративні витрати, вільний перерозподіл наявних ресурсів при необхідності, можливість використовувати економічні стимули для підвищення ефективності праці. Недоліки: уникнення лікування складних випадків захворювання, зниження якості медичної допомоги через недостатній, обмежений бюджет в порівнянні з потребами ЛПУ. На думку фахівців, даний метод є неприйнятним для України і через те, що його перевага – вільний перерозподіл ресурсів – в умовах України може стати недоліком: зростання кількості кадрів і їх мізерна заробітна плата спонукатимуть до деформації співвідношень у витратах ЛПУ.

3. Фінансування на душу населення – оплата для покриття вартості певного пакету послуг упродовж певного часу на кожного жителя. Переваги: прогнозовані витрати, які стимулюють ЛПУ більш ефективно працювати, не надавати зайві послуги; відносно низькі адміністративні витрати. Недоліки: високий фінансовий ризик, що може привести ЛПУ до банкрутства; зниження якості надання медичних послуг через великий об'єм роботи, що приводить до зниження ціни рядової медичної послуги.

Таким чином, ідеального, бездоганного методу фінансування медичних установ не існує. Будь-який метод повинен відповідати конкретній ситуації

і меті, яка стоїть перед системою охорони здоров'я. Змішані системи фінансування і оплати медичних послуг є самими універсальними і надають можливість використовувати різні методи оплати у кожному конкретному випадку з максимальною ефективністю.

7.3. Закордонний досвід фінансування охорони здоров'я

Досвід Чехії щодо фінансування охорони здоров'я.

На основі матеріалів про реформу охорони здоров'я в Чеській республіці, де до початку реформ схема організації медичної допомоги була ідентична країнам СНД, можна констатувати, що досвід проведення реформи охорони здоров'я в цій країні, є прийнятним для України, зокрема, для великих міст. Менш ніж за два роки, Чеська республіка повністю змінила систему охорони здоров'я, переклавши її на фінансування від медичного страхування та від внесків від працевластців. (80%) У результаті витрати на охорону здоров'я збільшилися за два роки на 40%. Перехід від централізованої (адміністративної) системи організації надання медичної допомоги до системи, що забезпечує гарантований доступ до медичного обслуговування в умовах дефіциту бюджетного фінансування, реалізувався через упровадження системи медичного страхування.

Основні напрями організації надання медичної допомоги полягали в наступному: розподіл клінічних ресурсів, установка відносної вартості послуг лікарів, установка кількості і розподіл лікарів, створення єдиної інформаційної бази.

Основним завданням було створення організаційної структури, яка відповідає новим умовам і вимогам надання загальнодоступної і гарантованої медичної допомоги жителям міста. Перша і обов'язкова умова – всі ЛПУ міста, незалежно від форми власності, повинні мати юридичний статус і здійснювати свою діяльність згідно Статуту і укладеним договорам з органом, що здійснює страхування медичної допомоги. Друга умова – міське управління охороною здоров'я перетворюється на Муніципальний фонд з розвитку охорони здоров'я і медичного страхування (МФМС) працюючого відповідно до Статуту, який окрім розподільних функцій повинен виконувати фінансові зобов'язання, а саме:

- спостерігає за встановленим рівнем внесків, витратами і збором внесків;
- відстежує проходження засобів на охорону здоров'я з джерел формування, по всіх видах платників податків і працевластців;

- контролює своєчасність надходження засобів і їх повноту до міського бюджету на статтю «Медичне страхування», у випадках бюджетного дефіциту, організовує фінансову допомогу і додаткове фінансування за рахунок кредитів, позик і т.п.
- підтримує збалансованість між кількістю гарантованої медичної допомоги і наявними фінансами через видачу жителям міста страхових медичних полісів, причому, при цьому повинна виконуватися така умова: сума виданих полісів на отримання гарантованого медичного обслуговування не повинна перевищувати суму коштів передбачених міським бюджетом щодо розділу «Охорона здоров'я».

Передбачена можлива структура надходжень страхових засобів:

- 50 % від працевдавців;
- 30 % від міських органів;
- 15% від обласних структур;
- 5 % від приватних осіб, які купили страхові поліси.

В задачах МФМС передбачалося – постійне ведення міського переліку медичної допомоги і послуг (своєрідна «шкала процедур», яка ведеться як державний банк даних і включає 4 000 пунктів). МФМС на об'єм засобів встановлених у бюджеті, організовує якби «продаж» медичним установам цих засобів із вказівкою переліку медичної допомоги і видів медичних послуг, граничний рівень витрат або тарифи на кожний вид, інші обов'язкові умови зібрані якби в «пакети» документів. Цей своєрідний «пакет» (перелік медичної допомоги і тарифи на них) і аванс засобів у розмірі 80% вартості, до початку планованого кварталу, передаються на виконання ЛПУ. Організація торгів серед ЛПУ на придбання «пакетів», повинна була різко посилити їх зацікавленість у підвищенні якості медичної допомоги. В результаті такого підходу деякі ЛПУ, які надають соціально значущі види допомоги або пріоритетні послуги, можуть не одержати «пакету» або не доберуть засобів, тоді задача МФМС – за рахунок залучення не бюджетних засобів (кредитів банків і ін.) підтримати такі ЛПУ.

У паралель з організацією МФМС і доданням юридичного статусу ЛПУ, в Чеській республіці передбачалося почати роботи з виділення первинної медико-санітарної допомоги населенню (дільничної терапевтичної медичної допомоги) з поліклінічної, в самостійні юридичні медичні установи першого рівня за поданням первинної допомоги населенню за місцем проживання. Така міра сприяє забезпеченню широких кіл населення доступною і гарантованою медико-санітарною допомогою, підвищує професійну активність лікарів без зниження кількості і якості медичної допомоги. Найефективнішим

економічним рішенням була передача фінансування тільки первинної медико-санітарної медичної допомоги (дільничних лікарів) з районних бюджетів. Організаційна схема виглядала приблизно так: районний орган самоврядування укладає договір з медичною установою первинної медичної допомоги на надання медико-санітарної допомоги по видах, кількості і якості. В договорі встановлюються: кількість жителів, нормативи фінансування, взаємні зобов'язання і відповідальність сторін, дислокація ділянки обслуговування і інші договірні умови. У свою чергу, медична установа первинної медичної допомоги укладає договір з територіальними відділеннями МФМС.

Основа становлення нової системи – першочергова розробка інформаційної бази, створення єдиного банку даних медичних послуг, тарифів, жителів, кадрово-кваліфікаційного складу медперсоналу. Взагалі, на сьогодні в світовій практиці виділяють три основні системи фінансування охорони здоров'я з точки зору організаційно-фінансових особливостей:

- державна система (бюджетна, національна, «модель Беверіджа» або беверіджська система (Великобританія), а так само соціалістична): основний постачальник медичних послуг – держава, вони надаються як суспільне благо, фінансування здійснюється за рахунок загального оподаткування, управління і контроль з боку урядових органів, рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян. Принципи соціалістичної охорони здоров'я багато в чому співпадають з беверіджськими системами, але на відміну від них їм характерні всеосяжна роль держави в організації охорони здоров'я, зверху – централізація управління (принципи були розроблені Н.А. Семашко і встановлені в основу охорони здоров'я СРСР);
- система соціального медичного страхування (страхова система, «модель Бісмарка» або бісмаркська система (Німеччина)): роль уряду в такій системі обмежена, вона визначає перелік основних послуг, які повинні виявлятися застрахованими, встановлює групи населення, які повинні бути застраховані, регулює величину страхового внеску, дозволяє спірні питання і визначає основні правила гри;
- приватна система (США): ставить основною задачею не суспільну, а індивідуальну відповідальність за здоров'я, має розвинену систему приватного медичного страхування, велика різноманітність програм, що охоплюють значну частину населення, серед основних державних програм можна виділити – для пенсіонерів, для малозабезпечених, для військовослужбовців, для тих військових, що знаходяться у відставці. Програми для середнього класу в основному здійснюються приватними страховими компаніями.

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Законодавчі та нормативно-правові документи:

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року із змінами, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 року № 2222-IV.
2. Закон України «Про Державний бюджет України на 2007 рік» від 19.12.2006 р. №489-V // www.rada.gov.ua
3. Закон України «Про стимулювання розвитку регіонів» від 8.09.2005р. №2850-IV // www.rada.gov.ua

Навчально-методична та наукова література:

1. Аналітичні записки з розробки напрямків державної політики / Укл. В.Є. Романов, О.І. Кілієвич. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. 236 с.
2. Бюджетна система України: Навч. посібник/ С.І. Юрій, Й.М. Бескід. – К: НІОС, 2000. – 400 с.
3. Величко О. Бюджетне фінансування соціальної інфраструктури: проблеми та перспективи// Економіка України. – 1998. – № 2. – с. 39 – 45.
4. Дорофієнко В.В., Шутов М.М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. – Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. – 88 с.
5. Державні фінанси України: Підручник/ Василик О.Д. – К.: ЦУЛ, 2004. – 608 с.
6. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М.Лехан, В.М.Рудого. – К., Вид-во Раєвського, – 2005, – 168 с.
7. Пашенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – Київ, 2002. – 156 с.
8. Сунцова О.О. Місцеві фінанси: Навчальний посібник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 560 с.

Інтернет – ресурси:

1. Кабінет Міністрів України – www.kmu.gov.ua
2. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>
3. Міністерство фінансів України – www.minfin.gov.ua
4. Державна податкова адміністрація України – www.sta.gov.ua
5. Державний комітет статистики України – www.ukrstat.gov.ua
6. Національна бібліотека ім. В.І. Вернадського – www.nbuv.gov.ua

Додаткова література

1. Гайдуцький П.І., Подолаєва О.Е. Фінансування соціальної політики. – К.: УАДУ при Президентові України, 1995.
2. Григорьев Ф.Г. Учреждения здравоохранения в условиях рынка. // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1995. – №2.
3. Концепція основних напрямків реформи охорони здоров'я в Україні на перехідний до ринкових відносин період /Загальні підходи до програми перехідного періоду/.–Проект. // Ваше здоров'я. – М., 1995. – №7.
4. Радиш Я. До питання побудови територіальної системи медичного забезпечення // Вісник УАДУ. – 1996 . – №2
5. Солоненко Н. Фінансування охорони здоров'я: міжнародний досвід // Вісник УАДУ. – 1996 . – №3
6. Формирование и реализация региональной политики в области охраны здоровья. // Материалы научно-практической конференции с международным участием 24–25 апреля 2002 г. // Одесса.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Охарактеризуйте альтернативні методи фінансування закладів охорони здоров'я.
2. Охарактеризуйте особливості формування ринку медичних послуг в Україні.
3. Охарактеризуйте страховий медичний фонд України з урахуванням національних особливостей.
4. Обґрунтуйте необхідність реформування закладів охорони здоров'я в самостійно господарюючі суб'єкти підприємницької діяльності.
5. Розкажіть про сучасні способи фінансування діяльності медичної установи: кредитування.
6. Розкажіть про сучасні способи фінансування діяльності медичної установи: лізинг.
7. Розкажіть про сучасні способи фінансування діяльності медичної установи: факторинг.

ТЕМА 8.

НЕДЕРЖАВНЕ ТА ДЕРЖАВНЕ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мета:

Вивчити основні позабюджетні джерела фінансування видатків на охорону здоров'я та надати їх характеристику. Розглянути функціонування цільових фондів: фонду державного соціального страхування, фонду Чорнобиля та ін. Дослідити недоліки та переваги використання інших джерел позабюджетного фінансування: рахунки за дорученнями, орендна плата, добровільні пожертвування юридичних осіб та громадян, платні медичні послуги. Сформулювати проблеми і перспективи реформування охорони здоров'я в Україні за допомогою медичного страхування. Вивчити особливості кошторисного фінансування медичних закладів.

Завдання:

- Окреслити основні позабюджетні джерела фінансування видатків на охорону здоров'я та надати їх характеристику.
- З'ясувати можливості використання інших джерел позабюджетного фінансування: рахунки за дорученнями, орендна плата, добровільні пожертвування юридичних осіб та громадян, платні медичні послуги.
- Охарактеризувати основні бюджетні джерела фінансування медичних установ.
- Засвоїти теоретичні аспекти медичного страхування: проблеми і перспективи реформування охорони здоров'я в Україні.
- Розглянути систему багатоканального фінансування охорони здоров'я через упровадження обов'язкового медичного страхування

Питання:

- 8.1. Бюджетне та позабюджетне фінансування охорони здоров'я.
- 8.2. Особливості кошторисного фінансування ЛПЗ.

8.1. Бюджетне та позабюджетне фінансування охорони здоров'я

В умовах обмеженого фінансування охорони здоров'я України, лише близько 40% від потреб галузі фінансується з бюджету. Одним з основних завдань реформи системи медичної допомоги є комплексна перебудова її фінансування. З цією метою необхідно використовувати всі можливості для мобілізації потрібних засобів, як за рахунок державного бюджету, так і додаткових позабюджетних джерел фінансування. Тільки за рахунок бюджетного фінансування галузь не може функціонувати.

У дослідженні, проведеним Світовим банком робиться висновок, що щоб удосконалити систему охорони здоров'я за рахунок розширення доступу до платних медичних послуг, Україні слід здійснити такі заходи:

- введення номінальної плати за кожний візит до лікаря, в поліклініку або в лікарню;
- обмеження кількості медичних послуг, які кожна сім'я може одержати безкоштовно протягом року;
- упровадження надійної національної системи медичного страхування, яка дала б можливість громадянам України об'єднувати ризики і допомогла б сплатити навіть ті майбутні медичні послуги, вартість яких перевищуватиме щорічну межу, за рахунок невеликих і стабільних щомісячних платежів;
- упровадження системи соцстрахування, яка гарантувала б кожному громадянину можливість отримання необхідних медичних послуг у разі відсутності засобів на його оплату.
- усунення перешкод, які на сьогоднішній день існують на шляху відкриття приватної медичної практики.

Позабюджетні засоби виконують функцію додаткових засобів, які покривають брак бюджетних асигнувань для надання медичної допомоги населенню. В 2003 році об'єми позабюджетних надходжень матеріальних і фінансових ресурсів коливалися в різних медичних установах від 2 до 24% фактичних витрат. Зняти фінансову напругу і дефіцит засобів вони, звичайно, не змогли. Але, ця робота дозволяє розвивати і накопичувати важливий досвід по залученню позабюджетних фінансів з різних джерел, включенню населення в оплату витрат охорони здоров'я. Незважаючи на невеликі об'єми, ці засоби створюють умови і можливості для керівництва медичних установ в господарському маневруванні, дозволяють погашати невідкладні платежі, які необхідні для створення мінімальних умов надання медичної допомоги і постійної роботи установ охорони здоров'я.

Руйнівна економічна і фінансова криза, що поразила всі країни СНД, обмежила можливості держав в соціальній сфері і в першу чергу в можливості фінансувати охорону здоров'я. Це породило великий дефіцит фінансів, збільшений структурними диспропорціями радянської охорони здоров'я і недостатньою ефективністю використання обмежених ресурсів. Пошук нових можливостей привів до введення обов'язкового медичного страхування в Росії, Естонії, Казахстані, Киргизії. Поки альтернативи медичному страхуванню немає, і всі розвинені країни світу йдуть цим шляхом, використовуючи медичне страхування як фінансовий інструмент збору засобів на медичну

допомогу населенню і для справедливого фінансування ЛПУ незалежно від форми власності на підставі урахування кінцевих результатів за об'ємом і якістю медичних послуг. У великому числі публікацій про медичне страхування, аналізуються і систематизуються системи медичного страхування розвинених країн світу. Відразу впадає в очі велика кількість підходів, фінансових, економічних і організаційних механізмів медичного страхування. Склад суб'єктів системи медичного страхування в кожній країні практично однаковий, а ось законодавчі, історичні, соціальні, економічні закономірності і умови їх взаємодії – істотно відрізняються.

В Україні сьогодні діє ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток медичного страхування. До них в першу чергу можна віднести:

- у населення відсутній позитивний досвід взаємостосунків із страховими компаніями; необхідні постійні професійні зусилля для формування соціально-позитивного іміджу страхування як механізму справедливого соціального перерозподілу ризику і захисту майнових інтересів громадян;
- у суспільстві є наявним соціальна невизначеність статусу і перспектив медичного страхування; феноменальна колізія безкоштовності медичної допомоги і реалій фактично сформованого ринку платних медичних послуг створює серед більшості населення ілюзію не актуальності медичного страхування під девізом «я здоровий, мені це не потрібно, не дай Боже занедужаю – знайду рішення сам, без медичного страхування»;
- податкове законодавство практично зводиться нанівець страховий інтерес працедавця в проведенні медичного страхування працівників підприємств і членів їх сімей; страхові платежі необхідно платити з прибутку; прибуткові підприємства намагаються в першу чергу спрямовувати засоби на розвиток виробництва і виплату дивідендів;
- можливість проведення медичного страхування за рахунок засобів громадян різко обмежена низьким рівнем реальних доходів населення, затримками з виплатою заробітної плати, збільшенням чисельності непрацюючого населення.
- обмежений рівень постатейного бюджетного фінансування ЛПУ обумовлює зниження рівня медичної допомоги і погіршення умов перебування пацієнтів в медичних установах; систематично недофінансовуються витрати ЛПУ на медикаменти, продукти харчування, поточний ремонт будівель, медичного устаткування. В цих умовах дуже важко

компенсувати недостачу засобів за рахунок медичного страхування і забезпечити високий рівень медичної допомоги застрахованим.

- число страхових організацій, які мають досвід проведення медичного страхування, обмежено, у зв'язку з цим повсюдне упровадження медичного страхування за участю страхових організацій зажадає значний період часу;
- в Україні закону про обов'язкове медичне страхування все ще немає, але чинне законодавство і нормативна база дозволяють розширити фінансування охорони здоров'я за рахунок позабюджетних джерел шляхом включення населення в оплату окремих медичних послуг і часткового відшкодування витрат на медичну допомогу, а також у вигляді добродійних внесків і пожертвувань. Це дозволить спрямувати на потреби охорони здоров'я гроші, які знаходяться в тіньовому обороті.

Законодавча і нормативна база, що дозволяє привертати засоби і матеріальні цінності з позабюджетних джерел в Україні за останні роки неодноразово змінювалася. Сьогодні можна констатувати, що декларація пільг і безкоштовних умов надання медичної допомоги набагато ширше, ніж реальні можливості фінансування охорони здоров'я. Медична діяльність в Україні ліцензується, і за роки незалежності України законодавча база в цьому напрямі теж часто змінювалася. Законодавча процедура видачі ліцензії дуже недосконала і створює багато перешкод підприємцю для її отримання.

Таким чином, багато фахівців вважають, що подолати кризу у вітчизняній медицині можна, упровадивши багатоканальне фінансування охорони здоров'я (зокрема і за рахунок обов'язкового державного медичного страхування – ОДМС). Очікується, що з введенням ОДМС додатково привернуті засоби в систему охорони здоров'я складуть в перший рік – близько 7 млрд. грн., а в подальші – в середньому від 6 до 8 млрд. грн. У результаті витрати на медичне обслуговування однієї людини збільшаться удвічі, приблизно до 300 грн. Задум полягає в тому, щоб організувати систему багатоканального фінансування таким чином: перший рівень – бюджетне фінансування, другий – відрахування на ОДМС і третій – добровільне медичне страхування (ДМС) (рис. 3).

ДЕРЖАВНІ ЛІКУВАЛЬНІ УСТАНОВИ	Діюча система бюджетного фінансування охорони здоров'я
	Державний бюджет (30% необхідного рівня)
	Спеціальні фонди системи соціального страхування (відрахування з фонду зарплати)
	Платні медичні послуги
	Добровільні фонди при медичних установах (внески пацієнтів)
	Страхові компанії (плата за обслуговування застрахованих за договорами ДМС)
	Система багатоканального фінансування охорони здоров'я із впровадженням ОДМС *
	Державний бюджет (не більше 40% необхідного рівня)
	Єдиний державний фонд ОДМС (відрахування з фонду зарплати)
	Страхові компанії (плата за обслуговування застрахованих за договорами ДМС)

* Комерційні ЛПУ фінансуються за рахунок надання пацієнтам платних медичних послуг і виплат страхових компаній за договорами ДМС

Рис. 3. Система багатоканального фінансування охорони здоров'я

Аналіз світового досвіду показує, що в країнах Західної Європи застосовується система фінансування медичних установ, де об'єм надання медичних послуг особі, що бере участь у системах страхування, не залежить від розміру внесків до фондів медичного страхування, тому що у формуванні цих фондів беруть участь працюючі, підприємці, держава, але питома вага їх участі різна. Наприклад: держава – 85%; працююче населення – 10 – 12%; застрахована особа – 8 – 10%. Але ці показники у процесі розвитку системи медичного страхування можуть корегуватися залежно від розвитку і соціально-економічної ситуації в державі: чим багатше держава, а відповідно і вище рівень життя населення, тим більшу частину грає приватне медичне обслуговування: державне – 65%; приватне некомерційне – 20%; приватне комерційне – 15%.

Внески на ОДМС мають характер податків, тому дуже важливо на початку організації системи ОДМС визначитися з розмірами внесків. Світова

практика свідчить, що вони не можуть бути нижче 8% від ФОП. Слід враховувати, що можливості підприємств не безмежні. Якщо не збільшувати «податковий прес» на працевластців, то необхідно переглянути систему перерозподілу існуючих відрахувань у процентному відношенні.

8.2. Особливості кошторисного фінансування ЛПЗ

Фінансування витрат ЛПУ з бюджету здійснюється за річним, з щоквартальним розбиттям розпису бюджету ЛПУ по доходах і витратах в рамках бюджетних призначень в міру виконання кошторисів витрат. Суми коштів, затверджені в бюджеті по окремих заходах, – це бюджетні асигнування або, як їх ще називають, бюджетні кредити. Вони визначають граничну суму коштів, яка може бути використана на проведення заходів, передбачених бюджетом або кошторисом витрат. Керівники бюджетних установ одержують кошти для використання за цільовим призначенням і є розпорядниками кредитів або засобів бюджету.

Кошторис – це основний документ, який визначає об'єм, цільовий напрям і щоквартальний розподіл засобів, які спрямовуються з бюджету на утримання установи. Витрати, що включаються в кошторис, повинні бути обгрунтовані відповідними розрахунками по кожній статті (коду) кошторису. Розрахунки калькують на основі встановлених норм за окремими видами витрат, діючих цін і тарифів. На початку визначаються витрати, виходячи з дійсної необхідності в засобах, після чого кошторис здається для перевірки до вищого органу, який його затверджує. Зміни в кошторис у процесі його виконання може вносити тільки вищий орган, який його затвердив.

Установи охорони здоров'я розділяються на три основні групи:

- лікувально-профілактичні установи, до яких відносяться лікарні і поліклініки, лікарські і фельдшерські пункти, станції швидкої допомоги, переливання крові та інші аналогічні заклади;
- санаторно-профілактичні установи, у тому числі санітарно-епідеміологічні, дезінфекційні станції (заходи щодо боротьби з епідеміями);
- інші установи з обслуговування інвалідів війни, потерпілих від стихійних лих, з проведення судово-медичних експертиз.

При плануванні витрат бюджету (кошторису) медична установа виходить з наступних показників:

- для лікарень і інших лікувальних закладів (госпіталів) – кількості ліжок;
- для амбулаторно-поліклінічних установ – кількості лікарських посад;
- для фельдшерсько-акушерських пунктів – кількості установ.

При складанні кошторисів лікарень важливе значення має чітке визначення кількості ліжок у стаціонарі на початок планового року, який встановлюється на основі фактичної кількості на звітну дату і можливості збільшення їх на кінець поточного року. Окрім кількості ліжок в лікарні, потрібно встановити кількість днів функціонування одного ліжка на рік, яка визначається за кожним профілем ліжок шляхом розподілу кількості ліжок. Практично цей показник встановлюється вищим органом. Кількість ліжко-днів по кошторису визначається шляхом множення середньорічної кількості ліжок на кількість днів функціонування ліжка.

Загальний розмір амбулаторно-поліклінічного обслуговування населення визначається кількістю відвідувань за рік. Таким чином, діяльність поліклініки визначається: кількістю лікарських відвідувань, річною завантаженістю лікаря, кількістю лікарських посад.

Визначення заробітної плати лікарів розробляється згідно з тарифікаційними списками. На практиці вони об'єднуються у штатному розписі. За підсумками тарифікації (стаж, освіта) визначаються середні ставки заробітної плати за групами персоналу шляхом розподілу місячної заробітної плати на кількість ставок. Кількість ставок – це число штатних посад на початок планового року, воно визначається, враховуючи їх фактичну наявність на останню звітну дату з урахуванням заповнення посад до кінця року і розширення об'єму діяльності.

Відповідно до потужності лікарняних закладів визначаються витрати на опалювання, освітлення, тобто господарські витрати. Витрати на придбання м'якого і твердого інвентарю і устаткування визначаються на основі встановлених норм, по устаткуванню – з розрахунку на рік, а по м'якому інвентарю – на одного хворого. Всі вони здійснюються в межах асигнувань з бюджету. Витрати на харчування здійснюються відповідно до натуральних норм, встановлених на одного хворого, але в межах засобів, передбачених в кошторисах витрат на утримання лікарень. Інші статті кошторису витрат теж розраховуються на основі показників, норм, статистичних даних по лікарні.

У процесі складання і затвердження бюджетів ЛПУ враховується економічний стан розвитку тієї або іншої галузі, району і наявний дефіцит бюджету.

В типовому ЛПУ існує п'ять видів бюджетів:

1. статистичний бюджет – деталізує рівні поточної діяльності установи; він оцінює види діяльності і робоче навантаження для кожного відділення або відповідального центру на майбутній бюджетний період, наприклад, статистичний бюджет включає надходження в лікарню, візити, процедури і допоміжні послуги;

2. прибутковий бюджет (бюджет прибутків) – деталізує надходження засобів; він має справу із запланованими різноманітними джерелами прибутку, включаючи урядові субсидії, внески пацієнтів, контракти з підприємствами і страхові програми; дискреційний прибуток поступає з джерел, не пов'язаних напряму з послугами, що надаються (подарунки, добродійність, гуманітарна допомога);

3. бюджет витрат – деталізує використання засобів; він вимірює заплановане використання ресурсів по типу витрат (окрім основних капіталовкладень, які включені до капітального бюджету);

4. капітальний бюджет – деталізує придбання устаткування, будівель, капітальний ремонт; він включає заявки на капіталовкладення, включаючи покупку основного устаткування, нові приміщення або ремонт будівель;

5. бюджет готівки – деталізує надходження і використання готівки; він показує і переводить всі вищевикладені бюджети в потреби готівки і готівку, отриману за певний період часу.

Першим кроком в будь-якому бюджетному процесі є оцінка об'єму діяльності на майбутній бюджетний період.

Перший рівень статистичної інформації є сукупним показником об'єму по пацієнтах, наприклад, число прийомів, виписок, пацієнто-днів або пацієнто-візитів. Прикладом найпростішого розбиття можуть служити звернення в лікарню або візити по відділеннях. Наступним рівнем складності будуть звернення в лікарню, або візити по типу випадку усередині кожного відділення. Статистичний бюджет включає два основні компоненти: (1) загальний об'єм по пацієнтах: дні, візити, випадки, звернення і (2) об'єм по відділеннях: процедури, аналізи, харчування.

Другий рівень статистичної деталізації визначає співвідношення між загальним об'ємом по пацієнтах і діяльністю відділення. Оцінка об'ємів по відділеннях вимагає розробки стандартів для ресурсів, необхідних на один пацієнто-день, візит пацієнта або випадок хвороби. Ці стандарти повинні відображати поточну клінічну і адміністративну ситуацію, а не застарілі або нереальні планові норми.

Поточний, капітальний і готівковий бюджети залежать від прогнозованого об'єму послуг. Особливої уваги заслуговує прогноз очікуваного об'єму на бюджетний період. Прогноз минулих тенденцій за об'ємом, буде корисним для того, щоб почати прогнозування рівнів послуг на майбутній бюджетний період. Інші чинники, які необхідно брати до уваги при прогнозуванні об'єму, включають такі зміни:

- у типах захворювань і їх складності;
- у демографічних і економічних показниках в суспільстві (вік, стать, рівень прибутку);
- у складі медичного персоналу, який привертає різні типи пацієнтів;
- у попиту на послуги (наприклад, при ремонті ЛПУ можуть відбутися зміни в попиті);
- у фінансуванні послуг: плата пацієнтів, страховка, контракти з підприємствами;
- у клінічних протоколах: переміщення допомоги із стаціонару в амбулаторію, зниження середньої тривалості перебування в лікарні;
- у послугах, які надаються в сусідніх і конкуруючих медичних установах.

Після розрахунку очікуваної кількості послуг в статистичному бюджеті, можуть бути розроблені бюджети витрат для медичної установи в цілому і для кожного основного центру відповідальності. Бюджет витрат оцінюється шляхом множення статистичного об'єму на його одиницю вартості. Фактична інформація по одиниці вартості може бути одержана з відомостей по зарплаті, інвентарних квитанцій, а також обчислень по розрахунку вартості.

Формат бюджету витрат може змінюватися в різних медичних установах залежно від прийнятої бухгалтерської системи і видів послуг, які надаються.

Некапітальні витрати включають зарплату, забезпечення, комунальні послуги і харчування. В умовах адміністративної економіки, у керівників звичайно є докладні інструкції з розробки і використанню кожного з цих типів витрат. Крім того, багато витрат ґрунтуються на фіксованій, а не на змінній базі. Наприклад, в Україні важко прийняти нових працівників на роботу, звільняючи тих, що вже є, а іноді навіть просто перемістити з одного відділення в інше. Чинники вартості зарплати, необхідні при розробці штатного бюджету, включають: змішання персоналу (лікарі, медсестри, допоміжний персонал, адміністрація); розмір ставки (повна або неповна); ставка почасової зарплати або ставка зарплати; очікуване підвищення зарплати протягом року; зміни в податкових ставках. Чинники вартості необхідні при розробці в бюджеті забезпечення і інших комунальних послуг, які включають: відмінність між фіксованим (наприклад, забезпечення для прибирання, контроль за шкідниками) і змінним забезпеченням (бинти, засоби для дезінфекції), інфляцію, фактичне використання забезпечення впродовж бюджетного періоду, зміни у використанні через зміни в лікувальній або операційній практиці, сезонність (наприклад, опалювання).

Поточний бюджет витрат для фінансового планування звичайно включає витрати для всіх цих ресурсів, узяті на щорічній основі. Оскільки капітальні

засоби розраховані більш ніж на один рік, вони не повинні звичайно включатися до поточного бюджету. Проте в деяких випадках величина капітального забезпечення може бути включена до бюджету витрат, якщо її рахувати як щорічні витрати, або як один з видів системи відшкодування витрат (наприклад, оплата може включати капітальні витрати на випадок хвороби).

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Законодавчі та нормативно-правові документи:

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року із змінами, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 року № 2222-IV.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 року № 2801 XII.
3. Указ Президента України. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я» від 06.12.05 р № 1694/2005.

Навчально-методична та наукова література:

1. Аналітичні записки з розробки напрямків державної політики / Укл. В.Є. Романов, О.І. Кілієвич. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. 236 с.
2. Бюджетна система України: Навч. посібник / С.І. Юрій, Й.М. Бескід. – К: НІОС, 2000. – 400 с.
3. Величко О. Бюджетне фінансування соціальної інфраструктури: проблеми та перспективи // Економіка України. – 1998. – № 2. – с. 39–45.
4. Голяченко А.О. Економіка охорони здоров'я – Тернопіль, 1997. – 51 с.
5. Дорофієнко В.В., Шутов М.М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. – Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. – 88 с.
6. Державні фінанси України: Підручник / Василик О.Д. – К.: ЦУЛ, 2004. – 608 с.
7. Пашенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – Київ, 2002. – 156 с.
8. Розробка державної політики. Аналітичні записки / Укл. О.І. Кілієвич, В.Є. Романов – К.: Вид-во «К.І.С.», 2002. – 320 с.
9. Сунцова О.О. Місцеві фінанси: Навчальний посібник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 560 с.
10. Теорія фінансів: Навч. посібник/ Василик О.Д., Леоненко П. – К.: ЦУЛ, 2005. – 480 с.

Інтернет – ресурси:

1. Президент України – www.president.gov.ua.
2. Верховна Рада України – www.rada.gov.ua.
3. Кабінет Міністрів України – www.kmu.gov.ua.
4. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>.
5. Міністерство економіки України – www.me.gov.ua.
6. Міністерство фінансів України – www.minfin.gov.ua.
7. Державний комітет статистики України – www.ukrstat.gov.ua.
8. Національна бібліотека ім. В.І.Вернадського – www.nbuv.gov.ua.

Додаткова література

1. Гайдуцький П.І., Подолаєва О.Е. Фінансування соціальної політики. – К.: УАДУ при Президентові України, 1995.
2. Григорьев Ф.Г. Учреждения здравоохранения в условиях рынка. // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1995. – №2.
3. Концепція основних напрямків реформи охорони здоров'я в Україні на перехідний до ринкових відносин період /Загальні підходи до програми перехідного періоду/.–Проект. // Ваше здоров'я. – М., 1995. – №7.
4. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994.
5. Солоненко Н. Фінансування охорони здоров'я: міжнародний досвід // Вісник УАДУ. – 1996. – №3
6. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении / Экономика здравоохранения, 2000. – №5, 6/45.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Обґрунтуйте необхідність реформування охорони здоров'я в Україні.
2. Поясніть систему багатоканального фінансування охорони здоров'я через упровадження обов'язкового медичного страхування: джерела фінансування медичних установ.
3. Позабюджетні джерела фінансування охорони здоров'я: перелічіть основні поняття.
4. Страхова медицина: надайте тлумачення основних термінів.
5. Охарактеризуйте механізм формування та розподілу прибутку закладу охорони здоров'я.

ТЕМА 9.

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Мета:

Надати знання з основних медико-статистичних показників оцінки здоров'я населення. Окреслити основні групи проблем, які характеризують стан здоров'я українського населення. Виявити основні тенденції динаміки здоров'я і медико-демографічних процесів в Україні. Зрозуміти економічні показники діяльності ЛПЗ: матеріальні, трудові й інтелектуальні ресурси ЛПЗ, фінансові ресурси ЛПЗ. Вивчити особливу групу економічних показників – показників фінансової діяльності ЛПЗ. Зрозуміти використання абсолютних показників й відносних величин. Охарактеризувати важливіші фінансові показники, які відображують діяльність ЛПЗ: коефіцієнт ліквідності, коефіцієнт покриття, коефіцієнт автономії, коефіцієнт маневреності, коефіцієнт фінансової стійкості.

Завдання:

- Вивчити основні фінансові показники діяльності медичної установи: загальні поняття.
- Розкрити зміст коефіцієнту покриття ЛПЗ.
- Розкрити зміст коефіцієнту ліквідності ЛПЗ.
- Розкрити зміст коефіцієнту маневреності ЛПЗ.
- Розкрити зміст коефіцієнту автономії ЛПЗ.
- Охарактеризувати виробничі ресурси медичної установи: основний капітал.
- Охарактеризувати виробничі ресурси медичної установи: оборотний капітал.

Питання:

- 9.1. Медико-статистичні показники оцінки здоров'я населення.
- 9.2. Економічні показники діяльності ЛПЗ.
- 9.3. Фінансові показники діяльності ЛПЗ.

9.1. Медико-статистичні показники оцінки здоров'я населення.

При оцінці здоров'я населення (суспільного, популяції) у вітчизняній санітарній статистиці використовуються типові медико-статистичні показники.

1. Медико-демографічні показники. У статистиці: чисельність населення, склад населення за місцем проживання, статі, зросту, соціальним групам,

професії, сімейному стану, освіті і т.д. (перепис населення). В динаміці: показники механічного руху населення (міграція – внутрішньо-міська, сезонна, міжрегіональна, міждержавна), показники природного руху населення (зміна чисельності населення в результаті дії безпосередньо демографічних явищ).

2. Показники захворюваності – це один з найважливіших показників. Джерело інформації про захворюваність – звернення населення до лікувальних установ, результати медичних оглядів, вивчення причин смерті і даних опиту населення. Захворюваність характеризується: показником первинної захворюваності, показником поширеності хвороб, виявлених і зареєстрованих протягом певного календарного терміну (як правило, протягом року) в цілому серед населення і окремих віково-статевих, професійних і інших соціальних групах. До інших показників захворюваності відносяться: інфекційна (епідемічна) захворюваність, захворюваність найважливішими неепідемічними захворюваннями (злоякісні новоутворення, психічні захворювання, туберкульоз, венеричні захворювання і ін.), госпіталізована захворюваність, захворюваність з тимчасовою втратою працездатності, професійна захворюваність.

3. Показники інвалідності – по інвалідності судять про здоров'я населення. Використовуються такі показники – абсолютне число інвалідів, що перебувають на обліку в органах соціального захисту населення, а так само її поширеність; абсолютне число дітей-інвалідів (до 18 років), які одержують соціальні пенсії та її поширеність; структура інвалідності (по віку, причинах, групах); первинний вихід на інвалідність.

4. Показники фізичного розвитку населення дають пряму характеристику здоров'я населення. Для такої характеристики використовуються антропометричні показники (середній ріст, середня вага), показники функціонального стану – соматометричні (наприклад, життєва місткість легенів) і стоматоскопічні (розвиток підшкірно-жирової клітковини, вторинних статевих ознак).

5. Показники природного руху населення: народжуваність, смертність, дитяча смертність, перинатальна смертність, материнська смертність, природний приріст населення, середня тривалість життя.

В Україні можна виділити чотири групи проблем, що характеризують стан здоров'я українського населення:

- неприродні, насильні причини смерті (вбивства, самогубства, дорожні катастрофи, втопи і ін.);
- захворювання, обумовлені несприятливими соціально-побутовими

чинниками (інфекції, туберкульоз; захворювання, які передаються статевим шляхом; наркоманія, токсикоманія і ін.);

- охорона материнства і дитинства (дитяча і материнська смертність, хвороби вагітних, аборти, захворюваність дітей і ін.);
- основні хронічні захворювання (нервово-психічні хвороби, хвороби системи кровообігу), а також інвалідність, особливо з дитинства.

Таким чином, можна виділити наступні основні тенденції динаміки здоров'я і медико-демографічних процесів:

- негативний приріст населення, тобто спад населення – депопуляція;
- зростання міграційної активності;
- постаріння населення;
- зміна віково-статевої структури населення;
- низький рівень народжуваності;
- хронізація патології;
- поява нових форм прояву відомих захворювань і нових хвороб;
- обваження гострих і хронічних захворювань;
- високий рівень травм і отруєнь;
- високий рівень дитячої смертності;
- збереження високого рівня материнської смертності;
- зростання смертності від травм і отруєнь;
- зниження середньої тривалості майбутнього життя;
- погіршення психічного здоров'я, високий рівень алкоголізації, наркоманії;
- зростання інвалідності;
- високі економічні втрати, пов'язані з низьким рівнем здоров'я населення.

9.2. Економічні показники діяльності ЛПЗ

Область знань про функціонування установи охорони здоров'я як суб'єкта економічних відносин, про раціональне використання обмежених ресурсів з метою охорони і поліпшення здоров'я населення, а також сукупність економічних процесів, що протікають в медичній установі, складають економіку медичної установи. Кінцеві економічні результати діяльності ЛПУ багато в чому залежать від його економічного, науково-технічного, організаційного і кадрового потенціалу. Економічний потенціал ЛПУ формується під впливом багатьох чинників – кваліфікації медичних працівників, попиту на медичні послуги, організаційно-технічного рівня матеріальної бази, потужності медичної установи, динаміки основного і оборотного капіталу і т.д.

Сукупність ресурсів, що використовуються у фінансово-господарській діяльності ЛПУ, і засоби забезпечення виробництва послуг охорони здоров'я – це економічні ресурси, які діляться, як відомо, на: (1) матеріальні, (2) трудові, інтелектуальні та (3) фінансові.

Матеріальні ресурси ЛПУ.

Матеріальні ресурси як базовий чинник всякого виробництва підрозділяються на засоби праці, звані основними фондами, і предмети праці, звані оборотними фондами.

Основні фонди беруть участь у процесі виробництва медичних послуг багато разів, зберігають свою натуральну форму, переносять свою вартість на послуги охорони здоров'я частинами. Облік і планування основних фондів проводиться в натуральному і грошовому вимірюванні. Грошова оцінка основних фондів включає повну балансову, відновну і залишкову вартість. Основні фонди, беручи участь у процесі виробництва тривалий період (не менше 1 року) і зберігаючи свою натуральну форму, поступово зношуються. Всі об'єкти основних фондів підлягають фізичному і моральному зносу, тобто під впливом фізичних сил, технічних і економічних чинників вони поступово втрачають свої властивості, стають непридатними і не можуть надалі виконувати свої функції.

Фізичний знос – частина вартості, яку переносять на продукцію засоби праці унаслідок їх використання, в тому розмірі, в якому вони втрачають свою споживацьку вартість. Фізичний знос – це результат використання основних засобів, а також дії природних чинників. Моральний знос – виявляється в тому, що застарілі основні засоби по конструкції, продуктивності, економічності, якості продукції відстають від нових зразків. Тому періодично виникає необхідність заміни основних засобів під впливом технічного прогресу. В сучасній економіці, моральний знос – головний чинник, що викликає необхідність заміни основних засобів. Грошовий вираз фізичного і морального зносу основних засобів – це амортизація. Амортизація – це процес поступового перенесення вартості основних виробничих фондів і нематеріальних активів з урахуванням витрат на їх придбання, виготовлення або поліпшення відповідно до норм амортизаційних відрахувань, встановлених законодавством, на продукцію (послугу), що виготовляється з їх допомогою. Таким чином, амортизація – це економічний знос, виражений в грошовій формі.

Оборотні кошти включають грошові кошти на рахунках в банку, в цінних паперах, в касі, а також у вигляді боргів (дебіторська заборгованість); запаси сировини і матеріалів (лікарські засоби і вироби медичного призначення, продукти харчування), паливо, комплектуючі вироби, тару, запасні частини

і т.п. Іншими словами, оборотні кошти можуть бути виражені як в натуральній (матеріальній), так і в грошовій (вартісній) формі. Загальна витрата матеріальних засобів вимірюється в натуральних одиницях – літрах, грамах, квадратних метрах, штуках і т.д., при цьому сумарна витрата матеріалів вимірюється в грошових одиницях. Джерелами формування оборотних коштів є бюджетні надходження, засоби ОМС і ДМС, статутний капітал, прибуток, короткострокові банківські позики, повернуті засоби інших організацій.

Трудові та інтелектуальні ресурси ЛПУ.

Розрізняють такі поняття, як некваліфікована (проста) і кваліфікована праця, що вимагає спеціальної професійної підготовки, знань, умінь і навиків для виконання, як правило, складних робіт. Показниками кваліфікації працівників є тарифікаційні розряди, категорії, класи, звання. Так, персонал ЛПУ можна кваліфікувати за такими ознаками: професія, спеціальність, кваліфікація, посада, звання. Професійну придатність медичних працівників оцінюють щодо відповідності знань, фізичних і психічних якостей працівника. Набір кадрів, як правило, відбувається на основі випробувань і співбесід. До випробувань можна віднести: демонстрацію своїх здібностей і оцінку психологічних характеристик (таких, як рівень інтелекту, зацікавленість, енергійність, відвертість, упевненість у собі, емоційна стійкість, увага до деталей). Про рівень кваліфікації можна судити за стажем попередньої роботи, зарплаті, характеру освіти, закінченому навчальному закладі. Ефективне порівняння потенційних кадрів – одна з форм попереднього контролю якості трудових ресурсів. Структура кадрів ЛПУ характеризується співвідношенням чисельності різних категорій медичних працівників у загальній чисельності персоналу.

При розробці посадових інструкцій необхідно знати тарифно-кваліфікаційні характеристики по посадах працівників охорони здоров'я, це перелік посадових обов'язків і умінь, які повинні бути властиві працівнику відповідного розряду. Розділ «Посадові обов'язки» тарифно-кваліфікаційних характеристик є основою для розробки посадових інструкцій, в яких перераховані конкретні обов'язки, права і відповідальність медичного працівника.

До інтелектуальних ресурсів, що використовуються в установах охорони здоров'я, можна віднести винаходи, корисні моделі, промислові зразки, товарні знаки, фірмові найменування, способи – ноу-хау (що охороняються патентами і правом промислової власності); наукові праці (що охороняються авторськими правами).

В цілому, в теорії і практиці економічного аналізу важливу роль грає вибір системи показників, що використовуються як критерії, що оцінюють стан

економіки конкретних об'єктів. З показників економічної ефективності виробничої діяльності найбільш часто обчислюються показники загальної або приватної ефективності використання окремих видів економічних ресурсів.

ЛПУ – складний господарський механізм, в ньому одночасно можуть виявлятися сотні медико-діагностичних послуг, здійснюватися багато лікувально-профілактичних заходів, що мають різну економічну ефективність. Суспільна, соціальна ефективність діяльності ЛПУ оцінюється не за величиною одержаного прибутку, а за ступенем соціальної захищеності пацієнта, доступності медичної допомоги.

9.3. Фінансові показники діяльності ЛПЗ

Фінансові ресурси – сукупність грошових коштів (як власних, так і повернутих), які знаходяться в господарському обороті і використовуються у процесі підприємницької або господарської діяльності. Кругообіг основного і оборотного капіталу забезпечують фінанси медичної установи – сукупність грошових відносин при формуванні, використанні та накопиченні грошових доходів.

При аналізі фінансового стану ЛПУ враховують, є воно державним (комунальним) або відноситься до недержавної (приватної) форми власності.

Кожна зміна фінансового стану відбивається у фінансових (бухгалтерських) документах. Господарські засоби медичної установи складаються з активного (майно установи) і пасивного капіталу (джерела, за рахунок яких це майно отримувалося і формувалося). Активний капітал за складом і функціональній ролі майна підрозділяється на основний і оборотний капітал. Пасивний капітал як сукупність фінансових ресурсів за приналежністю підрозділяється на власний, позиковий і повернутий капітал.

Особливу групу економічних показників складають показники фінансової діяльності. Найбільш часто використовуються такі:

- прибуток – різниця між доходом і витратами на здійснення діяльності – загальна (валова) і залишкова (після вирахування податків і відрахувань);
- собівартість вироблених послуг – сума витрат на надання певного об'єму послуг даного виду;
- сумарний дохід організації – сума всіх вилучених коштів зі всіх джерел надходжень;
- основні засоби (основні фонди, основний капітал) – вартість в грошовому виразі засобів виробництва, що тривало використовуються (землі, будівель, устаткування, машин, приладів);

Оборотні кошти (оборотний капітал) – засоби виробництва, цілком споживані протягом виробничого циклу (матеріали, сировина, енергія, напівфабрикати, грошова готівка);

- активи організації – сумарний, вкладений у справу капітал, що належить організації (матеріальний, нематеріальний);
- пасиви організації – сукупність боргів і грошових зобов’язань;
- власний капітал організації – різниця між активами і пасивами;
- дебіторська заборгованість – сума коштів (доходів), що належать організації від всіх її боржників (дебіторів, тобто покупців і замовників);
- кредиторська заборгованість – засоби, тимчасово повернуті організацією і підлягаючі поверненню як сума боргу, що підлягає поверненню кредиторам (юридичним і фізичним особам, наприклад заборгованість по зарплаті або накопичений відсоток).

По представлених показниках можна судити про успішність роботи організації як господарюючого суб’єкта. Чим вище сумарний дохід і прибуток, чим дорожче основні засоби і достатні оборотні, чим більше активи і, особливо, власний капітал, чим вище дебіторська заборгованість, тим більше можливості в організації на успішну діяльність.

Для більш глибокого аналізу використовується, окрім представлених абсолютних показників, цілий ряд відносних величин. Ось деякі з них:

- рентабельність (норма прибутку) – відношення величини прибутку до вартості засобів, використаних і затрачених організацією для отримання прибутку;
- показник стійкості – відношення позикових засобів до власних, характеризує ступінь забезпеченості власними засобами і залежність організації від зовнішніх джерел фінансування; чим більше організація забезпечена власними засобами, тим вище рівень її фінансової незалежності і стійкості;
- співвідношення дебіторської і кредиторської заборгованостей доцільно підтримувати більше одиниці, щоб можна перекрити борги кредиторам за рахунок тих, що повертаються боржниками.

Найважливішими фінансовими показниками, що відображають діяльність лікувально-профілактичних установ є:

- коефіцієнт ліквідності;
- коефіцієнт покриття;
- коефіцієнт автономії;
- коефіцієнт маневреності;
- коефіцієнт фінансової стійкості.

Взаємно доповнюючи один одного, ці показники дають можливість всесторонньо оцінити фінансове положення об'єкту охорони здоров'я.

(1) Коефіцієнт ліквідності ЛПУ

Коефіцієнт ліквідності – визначається зіставленням самої ліквідної частини оборотних коштів, тобто готівки і вкладень у цінні папери, з короткочасною заборгованістю ЛПУ. Ліквідність активу – це його здатність перетворитися на грошові кошти. Ліквідність балансу – це наявність оборотних коштів в розмірі, достатньому для погашення короткострокових зобов'язань. Коефіцієнт ліквідності відображає яку частину короткострокової заборгованості лікувально-профілактична установа може погасити найближчим часом (на день складання балансу).

(2) Коефіцієнт покриття ЛПУ

Коефіцієнт покриття характеризує відношення мобільних (оборотних) засобів лікувально-профілактичної установи до його короткострокової заборгованості. Коефіцієнт покриття показує платіжну можливість ЛПУ (платоспроможність), оцінювану за умови не тільки своєчасних розрахунків з дебіторами і сприятливої ситуації в реалізації медичних послуг, а й продажу в разі потреби інших елементів матеріальних оборотних коштів.

(3) Коефіцієнт автономії

Коефіцієнт автономії (коефіцієнт концентрації власного капіталу або коефіцієнт забезпечення власними засобами) характеризує питому вагу власних грошових коштів у підсумковій сумі всіх коштів, авансованих даній лікувально-профілактичній установі. Тобто визначає, наскільки дана лікувально-профілактична установа незалежна від позикових засобів. Чим більші свої засоби має в розпорядженні ЛПУ, тим більше має нагоду вільно реагувати на змінну кон'юнктуру ринку медичних послуг.

(4) Коефіцієнт маневреності

Коефіцієнт маневреності показує яка частина власних /наявних засобів знаходиться в мобільній формі, такий, що ними можна відносно спокійно маневрувати. Цей коефіцієнт показує яка частина власного капіталу використовується для фінансування поточної діяльності (тобто вкладена в оборотні кошти), а яка частина – капіталізована. Крім того, він дозволяє визначити правильність вкладення засобів в активи. Коефіцієнт повинен бути достатньо високим. У цьому випадку можна припустити, що керівництво ЛПУ проявляє достатню гнучкість у використанні власних засобів.

(5) Коефіцієнт фінансової стійкості

Коефіцієнт фінансової стійкості або стабільності (коефіцієнт співвідношення власних і повернутих засобів) показує співвідношення власних

і повернутих засобів організації. Він дає саму загальну оцінку фінансовій стійкості організації. Якщо значення даного показника – 0,178, то це означає, що на кожну 1 гривню власних засобів доводиться 17,8 коп. позикових засобів. Збільшення даного показника в динаміці свідчить про посилення залежності організації від зовнішніх інвесторів і кредиторів, тобто про зниження фінансової стійкості і навпаки. Фінансово-стійкою є організація, яка за рахунок власних засобів покриває засоби, вкладені в активи, не допускає невинуватеної кредиторської і дебіторської заборгованості і розплачується у строк за своїми зобов'язаннями.

ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Законодавчі та нормативно – правові документи:

1. Закон України «Про Державний бюджет України на 2007 рік» від 19.12.2006 р. №489-V // www.rada.gov.ua

2. Закон України «Про стимулювання розвитку регіонів» від 8.09.2005р. №2850-IV // www.rada.gov.ua

3. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.97 р. № 280/97-ВР.

4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 р № 2801 XII.

5. Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.00 р. № 1313/2000 р.

6. Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я» від 06.12.05 р. № 1694/2005.

7. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки» від 10.01.02 р. № 14

8. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» від 13.06.07 р. № 815.

Навчально-методична та наукова література:

1. Андреева О.В. Экономические методы управления и их влияние на качество медицинской помощи // Экономический журнал. – 2002. – № 7. – С. 13–15.

2. Величко О. Бюджетне фінансування соціальної інфраструктури: проблеми та перспективи // Економіка України. – 1998. – № 2. – с. 39 – 45.

3. Голяченко А.О. Економіка охорони здоров'я – Тернопіль, 1997. – 51 с.

4. Дорофієнко В.В., Шутов М.М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. – Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. – 88 с.

5. Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: Уч. пособие. Изд-е 2-е, испр. и доп. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. – 160 с.

6. Журавель В.И, Запорожан В.Н. Менеджмент в системе медицинской помощи. – Одесса: Одес. держ. мед. ун-т., 2000. – 432 с.

7. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.

8. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М.Лехан, В.М.Рудого. – К., Вид-во Раєвського, – 2005, –168 с.

Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб. / Л.Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; Кер. авт. Кол. Л. Жаліло. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 144 с.

Пашенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – Київ, 2002. – 156 с.

Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.

Трушкіна Л.Ю., Тлепцеришев Р.А., Трушкін А.Г., Дем'янова Л.М. Экономика и управление здравоохранением: Уч. пособие. Изд-е 2-е. – Ростов: Феникс, 2003 – 384 с.

Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.

Интернет – ресурси:

1. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>

2. Міністерство фінансів України – www.minfin.gov.ua

3. Державний комітет статистики України – www.ukrstat.gov.ua

4. Європейське бюро ВООЗ – <http://www.euro.who.int/?language=Russian>

Додаткова література

1. Гайдуцький П.І., Подолаєва О.Е. Фінансування соціальної політики. – К.: УАДУ при Президентові України, 1995.

2. Григорьев Ф.Г. Учреждения здравоохранения в условиях рынка. // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1995.-№2.

3. Івасюк В. Стан та перспективи національної системи охорони здоров'я. // Закони України, 1996, т.4.: ВВР, 1993, №4.

4. Крамаренко В.И. Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении. – Симферополь, 1997.

5. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994.

6. Пример успешной реализации реформ в здравоохранении. / Социальные реформы в странах с переходной экономикой. – М., 1997.

7. Радиш Я. До питання побудови територіальної системи медичного забезпечення // Вісник УАДУ. – 1996 . – №2

8. Формирование и реализация региональной политики в области охраны здоровья. // Материалы научно-практической конференции с международным участием 24-25 апреля 2002 г.// Одесса.

9. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении / Экономика здравоохранения, 2000. – №5, 6/45.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Назвіть основні фінансові показники діяльності медичної установи: загальне поняття.

2. Розкрийте зміст коефіцієнту покриття ЛПЗ.

3. Розкрийте зміст коефіцієнту ліквідності ЛПЗ.

4. Розкрийте зміст коефіцієнту маневреності ЛПЗ.

5. Розкрийте зміст коефіцієнту автономії ЛПЗ.

6. Опишіть виробничі ресурси медичної установи: основний капітал.

7. Опишіть виробничі ресурси медичної установи: оборотний капітал.

ВИСНОВКИ

Навчальний посібник з дисципліни «Економіка та фінансування охорони здоров'я» призначений для формування у слухачів системи знань з основ економічної теорії й методології розробки та реалізації державної фінансової політики у сфері охорони громадського здоров'я.

Навчальний посібник допомагає:

- визначити систему показників та чинників ефективності охорони здоров'я;
- розкрити сутність, принципи та методи державного регулювання та планування розвитку охорони здоров'я, змісту планів розвитку охорони здоров'я у регіональному розрізі та окремої установи, методик розрахунку їх основних показників;
- розвинути здібності слухачів щодо вміння використовувати теоретичні знання на практиці в умовах ринкових відносин;
- надати знання в галузі фінансування охорони здоров'я, оптимального взаємозв'язку усіх його джерел, вивчення світового досвіду фінансування охорони здоров'я, а також можливостей його впровадження і вдосконалення в Україні;
- виробити навички проведення критичного аналізу фінансування витрат на охорону здоров'я, оперативно-сітових показників їх планування, системи заробітної плати, кошторисів медичних закладів, а також ціноутворення на медичні послуги;
- надати знання щодо світового досвіду формування джерел фінансування охорони здоров'я в країнах з розвинутою ринковою економікою.

Після вивчення дисципліни «Економіка та фінансування охорони здоров'я» слухачі повинні:

- *володіти* належними знаннями про здоров'я як фактор соціально-економічного благополуччя суспільства й держави, соціальної безпеки людини й суспільства, місце економіки охорони здоров'я в сучасній структурі економічної науки, сутність медико-економічних досліджень, чинники, які впливають на ефективність діяльності галузі в цілому, окремих її об'єктів та медичних працівників, чинники, під впливом яких відбувається формування економіки охорони здоров'я як науки, сучасний стан і перспективи розвитку фінансування охорони здоров'я в Україні, зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я;
- *уміти запроваджувати* у свою діяльність, діяльність структурного підрозділу, закладу, органу місцевого самоврядування чи державної

влади спеціальної компетенції науково обґрунтовані підходи щодо вирішення практичних завдань держави у сфері охорони громадського здоров'я, враховуючи особливості конкретних об'єктів управління.

A same:

- кваліфіковано застосовувати сучасні методи аналізу економічної ситуації, яка складається в кожному окремому об'єкті охорони здоров'я;
- вміти використовувати результати аналізу економічної ситуації та приймати рішення для поліпшення роботи установ охорони здоров'я з метою надання високоефективних послуг населенню;
- стратегічно мислити і аналізувати структуру фінансування охорони здоров'я в Україні, країнах СНД та шляхів її вдосконалення з рахунком світового досвіду;
- кваліфіковано застосовувати сучасні методи аналізу фінансування кожного окремого закладу охорони здоров'я, виявляти недоліки та пропонувати шляхи їх подолання.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література

Законодавчі та нормативно-правові документи:

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року із змінами, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 року № 2222-IV.
2. Бюджетний кодекс України // www.rada.gov.ua
3. Закон України «Про Державний бюджет України на 2007 рік» від 19.12.2006 р. №489-V // www.rada.gov.ua
4. Закон України «Про стимулювання розвитку регіонів» від 8.09.2005р. №2850-IV // www.rada.gov.ua
5. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.97 року № 280/97-ВР.
6. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.92 року» № 2801 XII.
7. Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.00 р. № 1313/2000 р.
8. Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я» від 06.12.05 р. № 1694/2005.
9. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки»
10. Постанова Кабінету Міністрів України № 815 від 13.06.07 р. «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» від 10.01.02 р № 14.

Навчально-методична та наукова література:

1. Андреева О.В. Экономические методов управления и их влияние на качество медицинской помощи // Экономический журнал. – 2002. – № 7. – С. 13–15.
2. Аналітичні записки з розробки напрямків державної політики / Укл. В.Є. Романов, О.І. Кілієвич. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. 236 с.
3. Бокерия Л.А., Ступанков И. Н., Самородская И.В. Современные аспекты эффективного управления медицинским учреждением// Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 5 – 7.
4. Бюджетна система України: Навч. посібник/ С.І. Юрій, Й.М. Бескід. – К: НІОС, 2000. – 400 с.

5. Величко О. Бюджетне фінансування соціальної інфраструктури: проблеми та перспективи // Економіка України. – 1998. – № 2. – С. 39–45.
6. Вардосанидзе С. Л. Управление качеством лечебно – диагностическо-го процесса в многопрофильном лечебно – профилактическом учреждении// Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 15–20.
7. Голяченко А.О. Економіка охорони здоров'я – Тернопіль, 1997. – 51 с.
8. Дорофієнко В.В., Шутов М.М. Запровадження до економіки охорони здоров'я / Метод. реком. – Д.: ДонДАУ, ВІК, 2001. – 88 с.
9. Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: Уч. пособие. Изд-е 2-е, испр. и доп. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. – 160 с.
10. Державні фінанси України: Підручник / Василик О.Д. – К.: ЦУЛ, 2004. – 608 с.
11. Журавель В.И, Запорожан В.Н.. Менеджмент в системе медицинской помощи. – Одесса: Одес. держ. мед. ун-т., 2000. – 432 с.
12. Корвецький О.Д. Основні підходи щодо формування програми реорганізації системи надання медичної допомоги населенню Одеської галузі / Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції за міжнародної участі. 25 -26 квітня 2002 року. -Одеса: ОРІДУ УАДУ, 2002. – 352 с., – с. 90–96
13. Корвецький О.Д., Літвак А.І. Впровадження менеджменту якості – шлях до вдосконалення управління галузі охорони здоров'я // Актуальні проблеми державного управління та місцевого самоврядування: сучасний стан та перспективи розвитку: Матеріали щорічної науково-практичної конференції 18 жовтня 2005 р. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2005. – 464 с.
14. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 304 с.
15. Літвак А.І. Дослідження систем управління медичного закладу. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2005. – 142 с.
16. Магуайер Блістер, Джон Гендерсон, Гевін Муні Економіка охорони здоров'я / Пер. з англ. В.Чайковського, – К.: «Основи», –1998. – 313 с.
17. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К., Вид-во Раєвського, –2005, –168 с.
18. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб. / Л.Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; Кер. авт. Кол. Л. Жаліло. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 144 с.
19. Пашенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – Київ, 2002. – 156 с.

20. Розробка державної політики. Аналітичні записки / Укл. О.І. Кілієвич, В.Є. Романов – К.: Вид-во «К.І.С.», 2002. – 320 с.
21. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.
22. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГОЭТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
23. Соціальна медицина та охорона здоров'я / Під заг.ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 689 с.
24. Сунцова О.О. Місцеві фінанси: Навчальний посібник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 560 с.
25. Теорія фінансів: Навч. посібник/ Василик О.Д., Леоненко П. – К.: ЦУЛ, 2005. – 480 с.
26. Трушкина Л.Ю., Тлепцеришев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Экономика и управление здравоохранением: Уч. пособие. Изд-е 2-е. – Ростов: Феникс, 2003 – 384 с.
27. Участие общественности в принятии решений, влияющих на работу системы здравоохранения: состояние, позиции, идеи. / Под редакцией В.В. Глуховского. – К. Издательство ООО «Дизайн и полиграфия», 2007. – 100 с.
28. Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.
29. Яковлев В. П. Деловой план медицинского учреждения как механизм стратегического управления здравоохранением // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 7. – С. 5 – 8.

Интернет – ресурси:

1. Президент України – www.prezident.gov.ua.
2. Верховна Рада України – www.rada.gov.ua.
3. Кабінет Міністрів України – www.kmu.gov.ua.
4. Міністерство охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>.
5. Міністерство економіки України – www.me.gov.ua.
6. Міністерство фінансів України – www.minfin.gov.ua.
7. Державна податкова адміністрація України – www.sta.gov.ua.
8. Державний комітет статистики України – www.ukrstat.gov.ua.
9. Національна бібліотека ім. В.І.Вернадського – www.nbuv.gov.ua.
10. Організація об'єднаних націй – www.un.org/russian/esa/index.html.
11. ВООЗ – <http://www.who.int/ru/index.html>.
12. Європейське бюро ВООЗ – <http://www.euro.who.int/?language=Russian>.
13. Європейське бюро ВООЗ (публікації) – <http://www.euro.who.int/healthtopics?language=Russian>.

Додаткова література

1. Абхольц Х.Х. *Общепрактическая и семейная медицина*. – Минск, Беларусь, 1997.
2. Антонова С.Н. Система оплаты труда медицинского персонала в условиях страховой медицины. // *Медицинская помощь*, 1996.-№4.
3. Бойко В.В. Применение новой системы материального стимулирования в медицинском учреждении. // *Здравоохранение Российской Федерации*, 1997. – №1.
4. Гаврилов В.А. Проблемы оплаты труда медицинских работников. // *Экономика здравоохранения*, 1997 –.№8 – 9.
5. Гайдуцький П.І., Подолаєва О.Е. *Фінансування соціальної політики*. – К.: УАДУ при Президентіві України, 1995.
6. Галкин В. *Семейная медицина*. – К., 1996.
7. Галярик І. *Сімейна медицина*. – К., 1996.
8. Галяченко О. *Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я*. – Тернопіль – Київ – Вінниця, 1997.
9. Григорьев Ф.Г. Учреждения здравоохранения в условиях рынка. // *Проблемы социальной гигиены и история медицины*, 1995. – №2.
10. Гуненкова И.В. Вопросы ценообразования при организации специализированной артодонической помощи взрослым пациентам в условиях хозрасчёта. // *Новое в стоматологии*, 1994. – №1.
11. Журавель В., Куроедов Л., Журавель В. Договорное медицинское страхование, как альтернативная система медицинской помощи населению «Ліки України», – 2000. – №9(38), – с. 9-12.
12. Закирова С.Н. Модель цены медицинских услуг. // *Здравоохранение Российской Федерации*, 1996. – №5.
13. Зберегти і наростити резерви здоров'я нації. Виступ Президента Л.Д. Кучми на засіданні колегії Міністерства охорони здоров'я України від 17 лютого 1998 р. // *Урядовий кур'єр*. – 1998. – 21 лютого
14. Івасюк В. Стан та перспективи національної системи охорони здоров'я. // *Закони України*, 1996, т.4.: ВВР, 1993, №4.
15. Каминская Т. Ценообразование и эластичность спроса на медицинские услуги. // *Бизнес-информ*, 1998.-№7.
16. Концепція основних напрямків реформи охорони здоров'я в Україні на перехідний до ринкових відносин період / Загальні підходи до програми перехідного періоду/. – Проект. // *Ваше здоров'я*. – М., 1995. – №7.
17. Крамаренко В.И. Механизм функционирования экономических отношений в здравоохранении. – Симферополь, 1997.

18. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994.
19. Литвак А. Справочник по медицинскому страхованию. // 2003г. // Одесса.
20. Литвак А. Теневая экономика и будущее медицины в Украине // 2001г.
21. Лябин В.В. Взаиморасчёты за экстремально оказанную медицинскую помощь. // Российский медицинский журнал, 1997.-№3.
22. Москаленко В.Ф. Підгрунття розробки, прийняття та реалізації Концепції розвитку охорони здоров'я населення України // Охорона здоров'я України, 2001. – №11. –4-7.
23. Петрова С.Н. Исчисление среднего заработка. // Экономика здравоохранения, 1997. –№7.
24. Пример успешной реализации реформ в здравоохранении. / Социальные реформы в странах с переходной экономикой. – М., 1997.
25. Проблемы платности и ценообразования в здравоохранении и медицине. // Медичне страхування, 1995. –№1.
26. Радиш Я. До питання побудови територіальної системи медичного забезпечення // Вісник УАДУ. –1996. –№2
27. Рудень В. Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посібник. – Львів, 1999. – 304 с.
28. Рудий В. Сучасні підходи до охорони громадського здоров'я: пропозиції для України // Вісник УАДУ, 2001. – №1. – С.415 – 421.
29. Сафик А.И. Контрактная форма оплаты труда в ЦРБ. // Казанский медицинский журнал, 1995. – №5.
30. Семейная медицина. Концепция, временные положения о специалистах и амбулатории (Проект). – Киев, 1996.
31. Солоненко Н. Вплив методів оплати надавачів медичних послуг на стимування зростання витрат управління медичною допомогою та її якість // Вісник УАДУ, 1998 р.
32. Солоненко Н. Фінансування охорони здоров'я: міжнародний досвід // Вісник УАДУ. –1996. –№3
33. Формирование и реализация региональной политики в области охраны здоровья. // Материалы научно-практической конференции с международным участием 24-25 апреля 2002 г. // Одесса.
34. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении / Экономика здравоохранения, 2000. – №5, 6/45.
35. Юрченко В.Д., Козлюк Б.М. Основи медичного забезпечення населення України за принципом сімейної медицини. // Врачебное дело, 1995. – №7-8.

НАПРЯМИ МАГІСТЕРСЬКИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

1. Принципи організації та управління недержавними медичними закладами
2. Удосконалення механізмів управління економічними відносинами в охороні здоров'я
3. Удосконалення системи управління бюджетною сферою в галузі охорони здоров'я
4. Удосконалення контролю за рухом бюджетних коштів у системі охорони здоров'я
5. Удосконалення процесу організації бюджетного фінансування лікувально-профілактичних закладів
6. Фінансовий менеджмент в закладах охорони здоров'я в умовах ринкової економіки
7. Використання маркетингових систем в закладах охорони здоров'я
8. Маркетинг як ефективний інструмент забезпечення конкурентоздатності лікувального закладу
9. Моделі управління якістю медичної допомоги
10. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я
11. Стратегічне планування як засіб управління медичними закладами в умовах ринкових відносин
12. Досвід закордонних держав у розбудові української системи охорони здоров'я
13. Удосконалення механізмів формування вартості медичних послуг
14. Проблеми розвитку різних форм господарювання в галузі охорони здоров'я на етапі впровадження ринкових відносин
15. Проблеми організації охорони здоров'я населення сільського району в умовах децентралізації фінансування і управління
16. Управління персоналом сучасного лікувального закладу: проблеми та шляхи їх вирішення
17. Мотивація медичного персоналу як засіб досягнення цілей лікувального закладу
18. Засоби управління мотиваційними інтересами як інструмент керівництва
19. Проблеми удосконалення економічного механізму управління системою охорони здоров'я (лікувальним закладом)
20. Проблеми фінансування охорони здоров'я в умовах ринкової економіки

21. Критерії оцінки економічної, соціальної та медичної ефективності діяльності лікувального закладу
22. Причини та шляхи усунення тіньових фінансових взаємовідносин між персоналом та пацієнтами
23. Проблеми формування та розподілу фінансових потоків у системі охорони здоров'я
24. Підприємництво в системі охорони здоров'я
25. Перспективи договірних взаємовідносин між замовником медичної допомоги, постачальником медичних послуг і пацієнтом

ДОДАТКИ

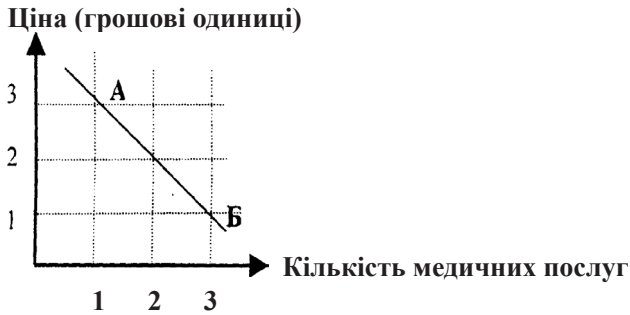
Сектори великого медичного ринку та його інфраструктури



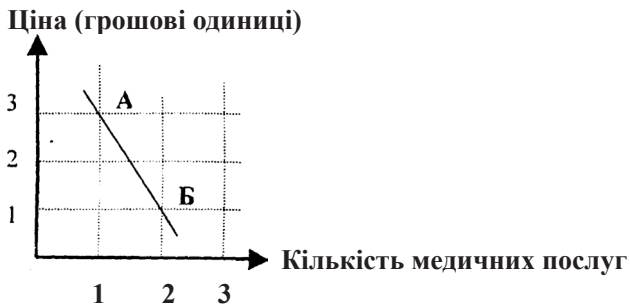
Оцінка чутливості попиту до зміни ціни (еластичність попиту)



А) Попит еластичний ($K_e > 1$)



Б) Одична еластичність попиту ($K_e = 1$)



В) Попит нееластичний ($K_e < 1$)

ДОДАТОК 3

**Чисельність населення України на 1 листопада 2009 року та
середня чисельність за січень – жовтень 2009 року**

Наявне населення України

(осіб)

	На 1 листопада 2009 року			Середня чисельність за січень– жовтень 2009 року		
	все населення	міське	сільське	все населення	міське	сільське
Україна	45999934	31536444	14463490	46071824	31561823	14510001
Автономна Республіка Крим	1965939	1236259	729680	1966600	1236986	729614
галузі						
Вінницька	1652836	814215	838621	1656405	813410	842995
Волинська	1036878	535132	501746	1036550	533927	502623
Дніпропетровська	3358370	2802820	555550	3366299	2809494	556805
Донецька	4473083	4048453	424630	4486780	4060281	426499
Житомирська	1287745	742772	544973	1290985	743491	547494
Закарпатська	1244841	462525	782316	1244102	462198	781904
Запорізька	1813634	1392758	420876	1817463	1394914	422549
Івано–Франківська	1381043	596104	784939	1381053	595414	785639
Київська	1722951	1051881	671070	1725412	1050822	674590
Кіровоградська	1019616	628736	390880	1023321	630217	393104
Луганська	2315418	2006363	309055	2323606	2012959	310647
Львівська	2550928	1548407	1002521	2551928	1547810	1004118
Миколаївська	1190802	805427	385375	1193320	807150	386170
Одеська	2391316	1593974	797342	2391746	1593142	798604
Полтавська	1501604	912915	588689	1506509	914508	592001
Рівненська	1151576	549957	601619	1151269	549265	602004
Сумська	1174402	788560	385842	1179218	790486	388732
Тернопільська	1089926	474592	615334	1091629	474324	617305
Харківська	2771750	2215669	556081	2777086	2218610	558476
Херсонська	1094765	669329	425436	1096983	670678	426305
Хмельницька	1335541	725504	610037	1338456	724640	613816
Черкаська	1297185	724752	572433	1300717	725762	574955
Чернівецька	904527	378991	525536	904294	378070	526224
Чернігівська	1112160	692483	419677	1116745	693093	423652
м.Київ	2780659	2780659	х	2773095	2773095	х
Севастополь (міськрада)	380439	357207	23232	380253	357077	23176

ДОДАТОК 4

**Чисельність населення України на 1 листопада 2009 року та
середня чисельність за січень – жовтень 2009 року**

Постійне населення України

	На 1 листопада 2009 року			Середня чисельність за січень–жов- тень 2009 року		
	все населення	міське	сільське	все населення	міське	сільське
Україна	45819579	31280828	14538751	45891469	31306207	14585262
Автономна Республіка Крим	1957184	1221453	735731	1957845	1222180	735665
галузі						
Вінницька	1645751	805209	840542	1649320	804404	844916
Волинська	1034150	529096	505054	1033822	527891	505931
Дніпропетровська	3355061	2796827	558234	3362990	2803501	559489
Донецька	4460198	4032542	427656	4473895	4044370	429525
Житомирська	1288514	740632	547882	1291754	741351	550403
Закарпатська	1242008	457379	784629	1241269	457052	784217
Запорізька	1812845	1388715	424130	1816674	1390871	425803
Івано–Франківська	1378317	589827	788490	1378327	589137	789190
Київська	1717172	1040831	676341	1719633	1039772	679861
Кіровоградська	1013201	622657	390544	1016906	624138	392768
Луганська	2310821	2000444	310377	2319009	2007040	311969
Львівська	2532558	1525450	1007108	2533558	1524853	1008705
Миколаївська	1190087	802491	387596	1192605	804214	388391
Одеська	2380256	1575713	804543	2380686	1574881	805805
Полтавська	1493766	901134	592632	1498671	902727	595944
Рівненська	1150516	544662	605854	1150209	543970	606239
Сумська	1172210	784105	388105	1177026	786031	390995
Тернопільська	1086675	469907	616768	1088378	469639	618739
Харківська	2756114	2195955	560159	2761450	2198896	562554
Херсонська	1093333	666046	427287	1095551	667395	428156
Хмельницька	1332378	719861	612517	1335293	718997	616296
Черкаська	1293556	719098	574458	1297088	720108	576980
Чернівецька	901462	374015	527447	901229	373094	528135
Чернігівська	1103618	682249	421369	1108203	682859	425344
м.Київ	2739352	2739352	х	2731788	2731788	х
Севастополь (міськрада)	378476	355178	23298	378290	355048	23242

ДОДАТОК 5

*Природний рух населення України у січні – жовтні 2009 року**Абсолютні дані чисельності народжених і померлих, природного приросту, кількості зареєстрованих шлюбів та розлучень*

	Народжені, осіб	Померлі, осіб	Природний приріст, осіб	Кількість померлих у віці до 1 р., осіб	Шлюби, одиниць	Розлучення, одиниць
Україна	432361	586854	-154493	4014	275962	119984
Автономна Республіка Крим	19782	23674	-3892	176	12201	5533
галузі						
Вінницька	15216	22289	-7073	133	9737	4485
Волинська	12850	12105	745	98	6291	2073
Дніпропетровська	31516	45794	-14278	270	19991	9688
Донецька	36724	62504	-25780	439	25306	12759
Житомирська	12819	18197	-5378	112	7617	3066
Закарпатська	15357	12929	2428	206	7731	1974
Запорізька	15604	23560	-7956	150	10019	5335
Івано-Франківська	14699	14594	105	134	8818	2933
Київська	17402	23942	-6540	122	11597	4921
Кіровоградська	9198	14846	-5648	99	5199	2780
Луганська	18374	32681	-14307	219	13100	6385
Львівська	25430	27080	-1650	201	15674	4939
Миколаївська	10999	15558	-4559	84	6742	3297
Одеська	24549	29542	-4993	237	14819	6422
Полтавська	12325	22275	-9950	94	8563	4141
Рівненська	14636	12708	1928	128	7111	2271
Сумська	8969	17602	-8633	76	6168	2913
Тернопільська	10474	13029	-2555	81	6816	2365
Харківська	23034	35541	-12507	198	16103	7303
Херсонська	10331	13920	-3589	108	6266	3023
Хмельницька	12392	18088	-5696	147	7867	3466
Черкаська	10620	18261	-7641	108	7387	3773
Чернівецька	9288	9656	-368	78	6351	2435
Чернігівська	8872	18376	-9504	84	5978	2723
м.Київ	27338	23546	3792	204	19499	7571
Севастополь (міськрада)	3563	4557	-994	28	3011	1410

ДОДАТОК 6

Природний рух населення України у січні – жовтні 2009 року

Загальні коефіцієнти народжуваності і смертності, природного приросту, шлюбності та розлучуваності

(на 1000 осіб)

	Загальні коефіцієнти					
	народжуваності	смертності	природного приросту	смертності дітей у віці до 1 р.*	шлюбності	розлучуваності
Україна	11,3	15,3	-4,0	9,3	7,2	3,1
Автономна Республіка Крим	12,1	14,5	-2,4	8,9	7,4	3,4
галузі						
Вінницька	11,0	16,2	-5,2	8,8	7,1	3,3
Волинська	14,9	14,0	0,9	7,6	7,3	2,4
Дніпропетровська	11,2	16,3	-5,1	8,5	7,1	3,5
Донецька	9,8	16,7	-6,9	11,8	6,8	3,4
Житомирська	11,9	16,9	-5,0	8,9	7,1	2,9
Закарпатська	14,8	12,5	2,3	13,4	7,5	1,9
Запорізька	10,3	15,6	-5,3	9,4	6,6	3,5
Івано–Франківська	12,8	12,7	0,1	9,3	7,7	2,5
Київська	12,1	16,7	-4,6	7,1	8,1	3,4
Кіровоградська	10,8	17,4	-6,6	10,9	6,1	3,3
Луганська	9,5	16,9	-7,4	11,7	6,8	3,3
Львівська	12,0	12,7	-0,7	8,1	7,4	2,3
Миколаївська	11,1	15,7	-4,6	7,5	6,8	3,3
Одеська	12,3	14,8	-2,5	9,7	7,4	3,2
Полтавська	9,8	17,7	-7,9	7,5	6,8	3,3
Рівненська	15,3	13,3	2,0	8,8	7,4	2,4
Сумська	9,1	17,9	-8,8	8,3	6,3	3,0
Тернопільська	11,5	14,3	-2,8	7,8	7,5	2,6
Харківська	10,0	15,4	-5,4	8,6	7,0	3,2
Херсонська	11,3	15,2	-3,9	10,3	6,9	3,3
Хмельницька	11,1	16,2	-5,1	11,8	7,1	3,1
Черкаська	9,8	16,9	-7,1	10,2	6,8	3,5
Чернівецька	12,3	12,8	-0,5	8,3	8,4	3,2
Чернігівська	9,5	19,8	-10,3	9,7	6,4	2,9
м.Київ	11,8	10,2	1,6	7,5	8,4	3,3
Севастополь (міськрада)	11,3	14,4	-3,1	8,0	9,5	4,5

*/ На 1000 народжених.

ДОДАТОК 7

Населення України

(на 1 січня)

	Кількість наявного населення			Кількість постійного населення		
	всього, тис.осіб	у тому числі		всього, тис. осіб	у тому числі	
		міське	сільське		чоловіки	жінки
1990	51838,5	34869,2	16969,3	51556,5	23826,2	27730,3
1991	51944,4	35085,2	16859,2	51623,5	23886,5	27737,0
1992	52056,6	35296,9	16759,7	51708,2	23949,4	27758,8
1993	52244,1	35471,0	16773,1	51870,4	24046,3	27824,1
1994	52114,4	35400,7	16713,7	51715,4	23981,1	27734,3
1995	51728,4	35118,8	16609,6	51300,4	23792,3	27508,1
1996	51297,1	34767,9	16529,2	50874,1	23591,6	27282,5
1997	50818,4	34387,5	16430,9	50400,0	23366,2	27033,8
1998	50370,8	34048,2	16322,6	49973,5	23163,5	26810,0
1999	49918,1	33702,1	16216,0	49544,8	22963,4	26581,4
2000	49429,8	33338,6	16091,2	49115,0	22754,7	26360,3
2001	48923,2	32951,7	15971,5	48663,6	22530,4	26133,2
2002*	48457,1	32574,4	15882,7	48240,9	22316,3	25924,6
2003	48003,5	32328,4	15675,1	47823,1	22112,5	25710,6
2004	47622,4	32146,4	15476,0	47442,1	21926,8	25515,3
2005	47280,8	32009,3	15271,5	47100,5	21754,0	25346,5
2006	46929,5	31877,7	15051,8	46749,2	21574,7	25174,5
2007	46646,0	31777,4	14868,6	46465,7	21434,7	25031,0
2008	46372,7	31668,8	14703,9	46192,3	21297,7	24894,6
2009	46143,7	31587,2	14556,5	45963,4	21185,0	24778,4

* За даними Всеукраїнського перепису населення станом на 5 грудня 2001 року.

	Розподіл населення за віком на початок року, тис.осіб	у тому числі у віці:				
		0-14 років	15-24 років	25-44 років	45-64 років	65 і понад років
1990	51556,5	11084,2	6935,2	14513,2	12849,3	6174,6
1991	51623,5	11029,5	7002,9	14764,5	12497,5	6329,1
1992	51708,2	10951,4	7055,0	14879,3	12314,3	6508,2
1993	51870,4	10915,4	7118,7	15006,7	12139,3	6690,3
1994	51715,4	10767,7	7146,1	14973,0	11965,3	6863,3
1995	51300,4	10528,7	7159,6	14727,0	11924,0	6961,1
1996	50874,1	10246,0	7164,4	14578,3	11826,4	7059,0
1997	50400,0	9952,4	7131,7	14435,2	11827,9	7052,8
1998	49973,5	9624,5	7117,9	14325,9	11878,6	7026,6
1999	49544,8	9206,0	7202,0	14226,8	12008,4	6901,6
2000	49115,0	8781,0	7275,9	14092,2	12147,0	6818,9
2001	48663,6	8373,3	7325,5	13992,0	12128,8	6844,0
2002*	48240,9	7949,9	7381,2	13851,5	12079,7	6978,6
2003	47823,1	7569,5	7457,8	13726,8	11875,5	7193,5
2004	47442,1	7246,3	7478,6	13590,9	11757,0	7369,3
2005	47100,5	6989,8	7455,7	13460,6	11687,2	7507,2
2006	46749,2	6764,7	7366,7	13342,8	11707,8	7567,2
2007	46465,7	6606,4	7266,8	13249,5	11739,9	7603,1
2008	46192,3	6501,1	7103,1	13206,6	11874,8	7506,7
2009	45963,4	6476,2	6829,9	13255,5	12084,4	7317,4

* За даними Всеукраїнського перепису населення станом на 5 грудня 2001 року.

ДОДАТОК 8

Населення України

	Кількість народжених, тис. осіб	Частка дітей народжених жінками, які не перебували у зареєстрованому шлюбі, %	Кількість померлих, тис. осіб	Природний приріст населення, тис. осіб	Міграція населення між Україною та іншими державами приріст (скорочення) населення, тис. осіб	Кількість зареєстрованих шлюбів, тис.	Кількість зареєстрованих розлучень, тис.
1990	657,2	11,2	629,6	27,6	78,3	482,8	192,8
1991	630,8	11,9	669,9	-39,1	151,3	493,1	200,8
1992	596,8	12,1	697,1	-100,3	287,8	394,1	222,6
1993	557,5	13,0	741,7	-184,2	54,5	427,9	219,0
1994	521,5	12,8	764,6	-243,1	-142,9	399,2	207,6
1995	492,9	13,2	792,6	-299,7	-131,6	431,7	198,3
1996	467,2	13,6	776,7	-309,5	-169,2	307,5	193,0
1997	442,6	15,2	754,2	-311,6	-136,0	345,0	188,2
1998	419,2	16,2	719,9	-300,7	-152,0	310,5	179,7
1999	389,2	17,4	739,2	-350,0	-138,3	344,9	175,8
2000	385,1	17,3	758,1	-373,0	-133,6	274,5	197,3
2001	376,4	18,0	745,9	-369,5	-152,2	309,6	181,3
2002	390,7	19,0	754,9	-364,2	-33,8	317,2	183,5
2003	408,6	19,9	765,4	-356,8	-24,2	371,0	177,2
2004	427,3	20,4	761,3	-334,0	-7,6	278,2	173,2
2005	426,1	21,4	782,0	-355,9	4,6	332,1	183,5
2006	460,4	21,1	758,1	-297,7	14,2	355,0	179,1
2007	472,7	21,4	762,9	-290,2	16,8	416,4	178,4
2008	510,6	20,9	754,5	-243,9	14,9	322,0	166,8

(на 1000 населення)

	Кількість народжених	Кількість померлих	Природний приріст (скорочення)	Смертність дітей до 1 року*	Кількість зареєстрованих шлюбів	Кількість зареєстрованих розлучень
1990	12,6	12,1	0,5	12,8	9,3	3,7
1991	12,1	12,9	-0,8	13,9	9,5	3,9
1992	11,4	13,3	-1,9	14,0	7,6	4,3
1993	10,7	14,2	-3,5	14,9	8,2	4,2
1994	10,0	14,7	-4,7	14,5	7,7	4,0
1995	9,6	15,4	-5,8	14,7	8,4	3,8
1996	9,2	15,2	-6,0	14,3	6,0	3,8
1997	8,7	14,9	-6,2	14,0	6,8	3,7
1998	8,4	14,4	-6,0	12,8	6,2	3,6
1999	7,8	14,9	-7,1	12,8	6,9	3,5

2000	7,8	15,4	-7,6	11,9	5,6	4,0
2001	7,7	15,3	-7,6	11,3	6,4	3,7
2002	8,1	15,7	-7,6	10,3	6,6	3,8
2003	8,5	16,0	-7,5	9,6	7,8	3,7
2004	9,0	16,0	-7,0	9,5	5,9	3,6
2005	9,0	16,6	-7,6	10,0	7,1	3,9
2006	9,8	16,2	-6,4	9,8	7,6	3,8
2007	10,2	16,4	-6,2	11,0	9,0	3,8
2008	11,0	16,3	-5,3	10,0	7,0	3,6

*на 1000 народжених живими

Населення України

Період, за який розраховані показники (роки)	Середня очікувана тривалість життя при народженні обидві статі, років	у тому числі	
		чоловіки	жінки
1991-1992	69,30	64,20	74,18
1992-1993	68,67	63,50	73,70
1993-1994	67,98	62,78	73,15
1994-1995	67,22	61,82	72,72
1995-1996	66,93	61,40	72,65
1996-1997	67,36	61,91	72,95
1997-1998	68,08	62,74	73,50
1998-1999	68,32	62,95	73,74
1999-2000	67,91	62,44	73,55
2000-2001	68,33	62,77	74,08
2001-2002	68,32	62,70	74,13
2002-2003	68,24	62,64	74,06
2003-2004	68,22	62,60	74,05
2004-2005	67,96	62,23	73,97
2005-2006	68,10	62,38	74,06
2006-2007	68,25	62,51	74,22
2007-2008	68,27	62,51	74,28

Економічна класифікація видатків бюджету

КЕКВ	Назва
1000	Поточні видатки
1100	Видатки на товари і послуги
<i>1110</i>	<i>*Оплата праці працівників бюджетних установ</i>
1111	Заробітна плата
1112	Грошове утримання військовослужбовців
1113	Виплати з тимчасової непрацездатності
<i>1120</i>	<i>*Нарахування на заробітну плату</i>
1130	Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки
1131	Предмети, матеріали, обладнання та інвентар
<i>1132</i>	<i>*Медикаменти та перев'язувальні матеріали</i>
<i>1133</i>	<i>*Продукти харчування</i>
1134	М'який інвентар та обмундирування
1135	Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів
1136	Оренда та експлуатаційні послуги
1137	Поточний ремонт обладнання, інвентарю та будівель; технічне обслуговування обладнання
1138	Послуги зв'язку
1139	Оплата інших послуг та інші видатки
1140	Видатки на відрядження
1150	Матеріали, інвентар, будівництво, капітальний ремонт та заходи спеціального призначення, що мають загальнодержавне значення
1160	Оплата комунальних послуг та енергоносіїв
1162	Оплата тепlopостачання
1162	Оплата водopостачання і водовідведення
1163	Оплата електроенергії
1164	Оплата природного газу
1165	Оплата інших комунальних послуг
1166	Оплата інших енергоносіїв
1170	Дослідження і розробки, державні програми
1200	<i>*Виплата процентів (доходу) за зобов'язаннями</i>
1300	Субсидії і поточні трансферти
1310	Субсидії і поточні трансферти підприємствам (установам, організаціям)
<i>1320</i>	<i>*Поточні трансферти органам державного управління інших рівнів</i>
<i>1340</i>	<i>*Поточні трансферти населенню</i>
1341	Виплата пенсій і допомоги
1342	Стипендії
1343	Інші поточні трансферти населенню

1350	Поточні трансферти за кордон
2000	Капітальні видатки
2100	Придбання основного капіталу
2110	Придбання обладнання і предметів довготермінового користування
2120	Капітальне будівництво (придбання)
2121	Будівництво (придбання) житла
2122	Будівництво (придбання) адміністративних об'єктів
2123	Інше будівництво (придбання)
2130	Капітальний ремонт, реконструкція та реставрація
2131	Капітальний ремонт та реконструкція житлового фонду
2132	Капітальний ремонт та реконструкція адміністративних об'єктів
2133	Капітальний ремонт та реконструкція інших об'єктів
2134	Реконструкція пам'яток культури, історії та архітектури
2200	Створення державних запасів та резервів
2300	Придбання землі і нематеріальних активів
2400	Капітальні трансферти
2410	Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)
2420	Капітальні трансферти органам державного управління інших рівнів
2430	Капітальні трансферти населенню
2440	Капітальні трансферти за кордон
2450	Капітальні трансферти до бюджету розвитку
3000	Нерозподілені видатки
4000	Кредитування та вирахування погашення
4100	Надання внутрішніх кредитів з вирахуванням погашення
4110	Надання внутрішніх кредитів
4111	Надання кредитів органам державного управління інших рівнів
4112	Надання кредитів підприємствам, установам, організаціям
4113	Надання інших внутрішніх кредитів
4120	Повернення внутрішніх кредитів
4121	Повернення кредитів органам державного управління інших рівнів
4122	Повернення кредитів підприємствами, установами, організаціями
4123	Повернення інших внутрішніх кредитів
4200	Надання зовнішніх кредитів з вирахуванням погашення
4210	Надання зовнішніх кредитів
4220	Повернення зовнішніх кредитів

* Захищені статті видатків

ДОДАТОК 11

Кошторис лікувальної комунальної установи

Показники	Код	Усього на рік		РАЗОМ
		Загальний фонд	Спеціальний фонд	
1	2	3	4	5
НАДХОДЖЕННЯ – усього	X	460900	277200	738100
Надходження коштів із загального фонду бюджету	X	460900	X	460900
Надходження коштів із спеціального фонду бюджету, у т.ч.	X		277200	277200
- плата за послуги, що надаються бюджетними установами	250100	X	262200	262200
(розписати за підгрупами)				
- інші джерела власних надходжень бюджетних установ	250200	X	15000	15000
(розписати за підгрупами)				
- інші надходження		X		
(розписати за видами)				
ВИДАТКИ – усього	X	460900	277200	738100
Поточні видатки	1000	460900	277200	738100
Оплата праці працівників бюджетних установ	1110	255500	97300	382800
Заробітна плата	1111	285500	97300	382800
Грошове утримання військовослужбовців	1112			
Виплати по тимчасовій непрацездатності	1113			
Нарахування на заробітну плату	1120	105600	36500	1 421 00
Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші видатки	1130		113400	113400
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	1131		8000	8000
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	1332		76000	76000
Продукти харчування	1133			
М'який інвентар та обмундирування	1134		4000	4000
Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	1135			
Оренда та експлуатаційні послуги	1136			

Поточний ремонт обладнання, інвентарю та будівель, технічне обслуговування обладнання	1137			
Послуги зв'язку	1138		5400	5400
Оплата інших послуг та інші видатки	1139		20000	20000
Видатки на відрядження	1140			
<i>Матеріали, інвентар, будівництво, капітальний ремонт та заходи спеціального призначення, що мають загальнодержавне значення</i>	1150			
<i>Оплата комунальних послуг та енергоносіїв</i>	1160	52000	10000	62000
Оплата теплопостачання	1161	26000	2000	28000
Оплата водопостачання і водовідведення	1162	6000	3000	9000
Оплата електроенергії	1163	20000	5000	25000
Оплата природного газу	1164			
Оплата інших комунальних послуг	1165			
Оплата інших енергоносіїв	1166			
<i>Дослідження і розробки, державні програми</i>	1170			
Виплата процентів (доходу) за зобов'язаннями	1200			
Субсидії і поточні трансферти	1300			
<i>Субсидії та поточні трансферти підприємствам (установам, організаціям)</i>	1310			
<i>Поточні трансферти органам державного управління інших рівнів</i>	1320			
<i>Поточні трансферти населенню</i>	1340	17800		17800
Виплата пенсій і допомоги	1341			
Стипендії	1342			
Інші поточні трансферти населенню	1343	17800		17800
<i>Поточні трансферти за кордон</i>	1350			
Капітальні видатки	2000		20000	20000
Придбання основного капіталу	2100			
<i>Придбання обладнання і предметів довгострокового користування</i>	2110		20000	20000
<i>Капітальне будівництво (придбання)</i>	2120			
Будівництво (придбання) житла	2121			
Будівництво (придбання) адміністративних об'єктів	2122			
Інше будівництво (придбання)	2123			
<i>Капітальний ремонт, реконструкція та реставрація</i>	2130			

Капітальний ремонт та реконструкція житлового фонду	2131			
Капітальний ремонт та реконструкція адміністративних об'єктів	2132			
Капітальний ремонт та реконструкція Інших об'єктів	2133			
Реставрація пам'яток культури, історії та архітектури	2134			
Створення державних запасів і резервів	2200			
Придбання землі і нематеріальних активів	2300			
Капітальні трансферти	2400			
Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)	2410			
Капітальні трансферти органам державного управління Інших рівнів	2420			
Капітальні трансферти населенню	2430			
Капітальні трансферти за кордон	2440			
Нерозподілені видатки	3000			
Кредитування з вирахуванням погашення	4000			

**Групування європейських країн за ознакою
особливостей фінансового механізму національної системи ОЗ**

Страхова система	Бюджетна система	Перехід від централізованої бюджетної до страхової системи	
		Країни Центрально-Східної Європи	Країни СНД
<i>Діючі</i>	<i>Діючі</i>		
Австрія	Данія	Албанія	Вірменія
Бельгія	Фінляндія	Боснія та Герцеговина	Азербайджан
Франція	Ісландія	Болгарія	Білорусь
Німеччина	Ірландія	Хорватія	Грузія
Люксембург	Норвегія	Чехія	Казахстан
Нідерланди	Швеція	Естонія	Молдова
Швейцарія	Великобританія	Угорщина	Росія
<i>На перехідному етапі</i>	<i>На перехідному етапі</i>	<i>Латвія</i>	<i>Таджикистан</i>
Ізраїль	Греція	Литва	Туркменістан
Туреччина	Італія	Польща	Україна
	Португалія	Румунія	Узбекистан
	Іспанія	Словаччина	
		Словенія	
		Македонія	

Пріоритетні джерела фінансування охорони здоров'я в країнах світу

Країна	Державне фінансування	Страховання		Приватне фінансування
		обов'язкове	добровільне	
Австрія	3	1	2	3
Бельгія	3	1	2	3
Великобританія	1		3	2
Греція	1		2	3
Індонезія	1		3	2
Іспанія	3	1	2	3
Італія	1		2	2
Канада	1	1	2	3
Нідерланди		1	2	3
Німеччина	3	1	2	3
США	3	2	1	3
Франція	3	1	2	3

Швеція	1		3	2
Швейцарія		2	1	3
Японія	3	1	2	3
Примітка: 1– пріоритетне значення; 2– друге по значущості та обсягах фінансування; 3– третє по значущості та обсягах фінансування.				

Порівняння системи фінансування медичної допомоги в країнах ЄС

Державна служба здоров'я			
Країна	Внески (у % від заробітної плати)		Власні платежі пацієнта
	Від працюючої особи	Від роботодавця	
Данія	Державний бюджет (податки)		Ліки
Греція	2,55	5,1	Ліки
Іспанія	4,7	23,6	Ліки
Ірландія	4,5	12,0	Лікарня
Італія	1,0	12,1-14,35	Лікар, ліки
Португалія	11,0	23,25	Ліки
Великобританія	Державний бюджет (податки)		Ліки
	при високій заробітній платі		
	2,0-10,0	3,0-10,2	
Фінляндія	1,5-1,95	1,6-2,85	Лікар, лікарня, ліки
Швеція	3,95	7,93	Лікар, лікарня, ліки
Обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби			
За принципом обслуговування			
Австрія	3,4-3,95	3,4-3,95	Лікар, лікарня, ліки
Німеччина	6,75	6,75	Лікар, лікарня, ліки
Нідерланди	11,8	6,95	Лікар
За принципом повернення витрат			
Бельгія	13,07	24,87	Лікар, лікарня, ліки
Франція	0,75	12,8	Лікар, лікарня, ліки
Люксембург	5,5	5,5	Лікар, лікарня, ліки

Питома вага різних джерел фінансування систем ОЗ в деяких країнах світу, %

Країна	Держбюджет	Соціальне страхування	Приватне страхування	Кошти громадян
Великобританія	73,1	7,7	5,5	13,7
Іспанія	37,6	40,0	5,0	17,4
Італія	35,7	40,6	4,9	18,8
США	24,5	18,7	31,2	25,6
Швеція	24,0	44,8	6,9	24,3

список скорочень

ЛПЗ – лікувально-профелактичні заклади

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

МОН – міжнародна організація праці

ЗМІСТ

Вступ	3
Тема 1.	
Предмет та методи економіки охорони здоров'я	4
1.1. Місце економіки охорони здоров'я в сучасній структурі економічної науки	4
1.2. Сутність медико-економічних досліджень	5
1.3. Ефективність використання ресурсів в галузі охорони здоров'я	8
Тема 2.	
Охорона здоров'я як галузь економіки.	
Медична послуга	15
2.1. Послуга охорони здоров'я та її характерні ознаки	15
2.2. Економічні особливості послуг охорони здоров'я	18
2.3. Розвиток галузі охорони здоров'я в умовах економічних трансформацій в Україні	20
Тема 3.	
Основи менеджменту в галузі охорон здоров'я	25
3.1. Ключові поняття менеджменту в охороні здоров'я	25
3.2. Управління охороною здоров'я у світі та в Україні	28
3.3. Сучасний стан української системи охорони здоров'я та пріоритети подальшого розвитку	31
Тема 4.	
Основи маркетингу в галузі охорони здоров'я	37
4.1. Ключові поняття маркетингу в охороні здоров'я	37
4.2. Ринковий механізм послуг охорони здоров'я та його основні елементи	41
Тема 5.	
Оплата праці в галузі охорони здоров'я	49
5.1. Традиційні форми та системи оплати праці медичних працівників	49
5.2. Багатофакторна система оплати праці медичних працівників в умовах ринку	52

Тема 6.	
Ціноутворення в галузі охорони здоров'я	59
6.1. Ціна медичної послуги: внутрішні та зовнішні чинники впливу	59
6.2. Структура ціни медичної послуги	62
Тема 7.	
Системи фінансування в охороні здоров'я	67
7.1. Фінансова середа та ресурси охорони здоров'я	67
7.2. Фінансування охорони здоров'я в Україні	70
7.3. Закордонний досвід фінансування охорони здоров'я	73
Тема 8.	
Недержавне та державне фінансування охорони здоров'я	79
8.1. Бюджетне та позабюджетне фінансування охорони здоров'я	79
8.2. Особливості кошторисного фінансування ЛПЗ	84
Тема 9.	
Основні показники діяльності медичного закладу	91
9.1. Медико-статистичні показники оцінки здоров'я населення	91
9.2. Економічні показники діяльності ЛПЗ	93
9.3. Фінансові показники діяльності ЛПЗ	96
Висновки	102
Використана література	104
Напрями магістерських досліджень	109
Додатки	111
Список скорочень	131

Навчальне видання

Ахламов Анатолій Геннадійович
доктор економічних наук, професор

Кусик Наталія Львівна
кандидат економічних наук, доцент

ЕКОНОМІКА ТА ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчально-методичний посібник

Відповідальний за випуск **А. В. Патик**
Технічний редактор **Ю. І. Груша**
Коректор **Н.М. Медова**

Підписано до друку 25.11.2011.
Формат 60x84/16. Папір друкарський.
Гарнітура «Times». Друк цифровий. Обл.-вид.арк. 6,2.
Тираж 150 прим. Зам. № 80/11.

Видавництво
Одеського регіонального інституту державного управління
Національної академії державного управління
при Президентіві України
Свідоцтво ДК № 1434
від 17 липня 2003 р.
65009 м. Одеса, вул. Генуезька, 22
тел.: (048) 729-76-48, 729-76-49
www.oridu.odessa.ua