

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Анотація. У статті розглядаються підходи до фінансування системи охорони здоров'я. Виділяються проблеми сучасного фінансування закладів охорони здоров'я та визначаються перспективи подальшого розвитку.

Ключові слова: охорона здоров'я, кошторисне фінансування, добровільне та загальнообов'язкове медичне страхування, лікарняні каси.

Постановка проблеми. Відповідно до ст. 12 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я": охорона здоров'я - один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію.

Сучасна система охорони здоров'я вимагає формування такої державної політики, яка дозволить забезпечити достатніми фінансовими ресурсами надання медичних послуг, охопити основними видами допомоги, профілактики, лікування і реабілітації все населення, підвищити ефективність та зменшити фінансові ризики, пов'язані з наданням допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженням проблем та перспектив розвитку сучасної системи фінансування охорони здоров'я займається доволі широке коло вітчизняних вчених, а саме: І.Ю.Кондрат [1], О.Г. Слабкий, М.В. Шевченко, О.О. Заглада [6], та ін..

Однак, сучасні умови розвитку та зміни, які відбуваються в економіці вимагають створення системи фінансування охорони здоров'я: збору, об'єднання і розподілу коштів, яка дозволить забезпечити соціальну захищеність та максимально врахує всі види можливих ризиків.

Ціль роботи. Метою роботи є дослідження проблем та перспектив становлення системи фінансового забезпечення охорони здоров'я в сучасних умовах соціально-економічного розвитку суспільства.

Виклад основного матеріалу. Відповідно до Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги. Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок:

➤ Державного бюджету України та місцевих бюджетів (кошти використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань на безоплатній основі);

➤ фондів медичного страхування (держава забезпечує створення і функціонування системи медичного страхування населення, яке здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян);

➤ благодійних фондів (всі заклади охорони здоров'я мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями та окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги у сфері охорони здоров'я та інших джерел, не заборонених законодавством).

У Концепції розвитку охорони здоров'я населення України від 07.12.2000 № 1313/2000 [4] також виділяються зазначені джерела фінансування та підкреслюється, що кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування мають бути фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою, а кошти добровільного медичного страхування, накопичувальних фондів територіальних громад спрямовуватимуться на задоволення індивідуальних потреб населення у медичних послугах понад базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Однак, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, О.О. Заглада [6] зазначають, що структура витрат у сфері охорони здоров'я за фінансуючими організаціями і

джерелами фінансування деформована. Фінансування із суспільних джерел функціонує окремо від приватного, тому більша частина коштів на рівні домогосподарств витрачається методом прямих виплат, що створює фінансові бар'єри доступу населення до медичних послуг, особливо це стосується малозабезпечених верств населення. Основне навантаження за оплату медичних товарів та ліків та супутні товари несуть домогосподарства.

Недостатні обсяги фінансування та нераціональне використання наявних фінансових ресурсів, орієнтоване на утримання закладів охорони здоров'я, а не задоволення потреб населення у наданні медичної допомоги, призвело до того, що: сучасна система охорони здоров'я характеризується низькою якістю медичних послуг і відсутністю мотивації медичних кадрів до якісної праці і, як наслідок, очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий; існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців. [5]

Поглиблює кризову ситуацію жорстке регламентування видатків на охорону здоров'я бюджетним законодавством, формування і отримання витрат на надання медичної допомоги у відповідності до затверджених кошторисів, що підтверджує аналіз складу та структури кошторисного фінансування надання медичних послуг в Запорізькій області, який показав, що надходження коштів з відповідного місцевого бюджету складає більше 90,0% від загальної суми. Кошти спеціального фонду формуються в основному за рахунок надходжень від послуг, що надаються згідно з їх основною діяльністю і коливаються в межах 1-2%. Крім того, потреби установ у фінансуванні поточних видатків, зазначені в бюджетних запитах, протягом 2007-2012 р., жодного разу не були враховані, а у 2009 році взагалі становили біля 50-60% потреби.

Особливої уваги потребує відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування та відсутність мотивації медичних

кадрів до якісної праці. На сьогоднішній день держава найбільшу увагу приділяє економічному механізму управління, але, незважаючи на це, медичний персонал є найбільш незадоволеним саме матеріальною формою мотивації, а отже, – розвитком економічного механізму державного управління. Так, якщо розглянути статистичні дані показників заробітної плати за видами діяльності протягом 2009-2011 років (табл. 1), то бачимо, що оплата праці у сфері охорони здоров'я у 2011 році є найнижчою серед розглянутих видів економічної діяльності.

Таблиця 1

Показники заробітної плати за видами діяльності протягом 2009-2011 рр.,

Найменування	2009 рік			2010 рік			2011 рік		
	Темпи зростання	Середня з/п	Відношення до з/п в економіці	Темпи зростання	Середня з/п	Відношення до з/п в економіці	Темпи зростання	Середня з/п	Відношення до з/п в економіці
	%	грн.	%	%	грн.	%	%	грн.	%
Охорона здоров'я	111,1	1307	68,6	124,9	1631	72,8	109,0	1778	67,5
Освіта	111,3	1611	84,5	116,5	1889	84,3	110,2	2081	79,04
Державне управління	100,6	2513	131,9	101,3	2747	122,7	111,1	3053	116,0
Сільське господарство	101,2	1206	63,3	101,9	1430	63,8	125,9	1800	68,4
Промисловість	101,5	2117	111,1	102	2580	115,2	120,9	3120	118,5
Фінансова діяльність	107,8	4038	211,9	113,9	4601	205,5	116,1	5340	202,8

Це явище сприяє розвитку корупції, тіньової економіки, оскільки запускає механізми фінансування закладів охорони здоров'я непередбачені законами України. Слід відмітити, що у відповідь на існуючий стан справ у сфері оплати праці протягом 2011 року здійснено заходи щодо вдосконалення умов оплати праці та підвищення рівня заробітної плати працівників бюджетної сфери, зокрема [7]:

➤ розпорядженням Кабінету Міністрів України від 19.01.2011 № 29-р затверджено Концепцію удосконалення оплати праці працівників бюджетної сфери, де визначено проблеми, які потребують розв'язання, зокрема, це

існуюча диференціація тарифних ставок і посадових окладів працівників, які виконують однакову за складністю та функціональними ознаками роботу в різних галузях бюджетної сфери;

➤ Кабінетом Міністрів України розпорядженням від 09.06.2011 № 551-р затверджено план заходів щодо реалізації зазначеної Концепції, які визначають конкретні завдання щодо вдосконалення умов оплати праці працівників бюджетної сфери у найближчий час та на перспективу.

Крім рішень про підвищення посадових окладів прийнято також низку рішень про додаткові виплати медичним працівникам, зокрема [7]:

- виплату одноразової грошової допомоги у розмірі п'яти мінімальних заробітних плат випускникам медичних та фармацевтичних вищих навчальних закладів, які виявили бажання працювати в сільській місцевості та селищах міського типу і уклали договір на строк не менше 3-х років, а також молодим спеціалістам, які працюватимуть на посадах лікарів загальної практики: сімейних лікарів, дільничних лікарів-педіатрів та лікарів-терапевтів;

- збереження за медичними і фармацевтичними працівниками державних і комунальних закладів (установ), які направляються на підвищення кваліфікації, підготовки і перепідготовки, середньої заробітної плати за кожним місцем роботи;

- виплату медичним та фармацевтичним працівникам з 01.01.2012 допомоги на оздоровлення в розмірі посадового окладу при наданні щорічної відпустки;

- підвищення посадових окладів медичних працівників, які здійснюють діагностику туберкульозу і надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на заразну форму туберкульозу та лікувально-профілактичну допомогу хворим на активну форму туберкульозу.

Однак, зазначені заходи не вирішують проблем діючої системи медичного забезпечення в Україні, яка перебуває в глибокій організаційно-структурній та фінансовій кризі. Треба визнати, що держава не може забезпечити безкоштовний доступ населення до медичних послуг, що пов'язано із

загостренням проблем збалансування бюджетів, обумовлених відсутністю економічного зростання та необхідністю збільшення соціальних виплат і забезпечення пенсійних видатків.

Необхідно запускати ринкові механізми господарювання, які повинні базуватися на самофінансуванні, самоуправлінні та самозабезпеченні. Однак, враховуючи сучасний стан економічного розвитку країни, впровадження обов'язкового медичного страхування є доволі проблематичним. Крім того, І.Ю. Кондрат, О.Я. Городиловська [1, с. 247-252] зазначають, що десятирічний досвід запровадження обов'язкового медичного страхування в Росії показав практичну відсутність реального результату щодо вирішення проблем у системі охорони здоров'я, пояснюючи це тим, що:

➤ по-перше, обов'язкове медичне страхування не забезпечило додаткового фінансування галузі, а відбувалось лише заміщення коштами обов'язкового медичного страхування частини бюджетних коштів;

➤ по-друге, гарантований обсяг медичних послуг обов'язкового медичного страхування фінансується лише на дві третини, через що медичні заклади не зацікавлені в якісному лікуванні пацієнтів. Однією з причин такої ситуації дослідники визначають неефективну схему фінансування, оскільки переважна частина коштів витрачається на утримання поліклінік, лікарень, обладнання і персоналу, внаслідок цього продовжує зростати дефіцит системи обов'язкового медичного страхування, а хворі отримують за свої страхові поліси незначну частину потрібних послуг.

Що ж стосується добровільного медичного страхування, як одного з видів особистого страхування, який забезпечує можливість повної або часткової виплати коштів за надання медичних і медико-профілактичних послуг застрахованим особам у разі розладу здоров'я відповідно до умов укладеного договору та правил страхування, то головною перешкодою до його ефективного функціонування є низькі доходи домогосподарств, нестабільність економіки, відсутність мотивації роботодавців у розширенні цього виду страхування.

Альтернативою добровільного медичного страхування є запровадження лікарняних кас, які діяли в ХІХ—ХХ ст., та були ліквідовані в перші роки радянської влади. Сьогодні діяльність лікарняних кас в Україні має позитивну тенденцію розвитку та базується на таких основних законодавчих актах [3]:

1. Закон України “Про благодійництво та благодійні організації” від 16.09.1997 року №531/97-ВР (ст. 4 - одним із напрямків благодійної діяльності передбачається сприяння охороні здоров'я, участь у наданні медичної допомоги населенню, здійснення соціального догляду за хворими, інвалідами, самотніми, людьми похилого віку, які потребують соціальної підтримки; ст. 6 - однією з організаційно-правових форм є членська благодійна організація).

2. Закон України “Про об'єднання громадян” від 16.06.1992 року №2460-ХІІ (передбачає можливість об'єднання громадян із ціллю здійснення, зокрема, оздоровчої діяльності. Вони мають право на отримання якісної медичної допомоги в випадку захворювання. Для захисту цього, спільного для багатьох, права, згідно зі ст. 3 Закону, можна об'єднатися в громадську організацію).

3. Указ Президента України “Про додаткові заходи щодо покращення медичної допомоги населенню України” від 08.08.2000 року №963/2000 (доручено Кабінету Міністрів України узагальнити досвід створення лікарняних кас при лікувальних закладах за рахунок добровільних внесків підприємств, установ, організацій та окремих громадян і розглянути питання про поширення такого досвіду в установах державної та комунальної форм власності).

4. Рішення Конституційного Суду України по справі щодо офіційного трактування положення частини третьої статті 49 Конституції України від 29.05.2002 року №10-рп/2002. Справа №1-13/2002. Суд встановив: частина перша статті 49 закріплює право кожного громадянина на медичне страхування. Встановлення будь-яких обмежень безкоштовної медичної допомоги у вигляді гарантованого рівня чи недієздатним категоріям населення є неприйнятним. Фінансування за рахунок розвитку позабюджетних механізмів

залучення додаткових коштів (лікарняні каси, спілки, фонди) можливе при врегулюванні їх діяльності законом.

5. Наказ МОЗ України від 09.07.2003 року за №315 “Про функціонування Лікарняних кас”, де вказується на необхідності розробки методичних рекомендацій щодо створення та діяльності лікарняних кас, що було виконано з використанням механізмів діяльності благодійної організації „Лікарняна каса Житомирської області”.

6. Наказ МОЗ України від 11.08.2005 року №400 “Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я”, де рекомендується сприяти діяльності регіональних (обласних) лікарняних кас, створених відповідно до законів України “Про благодійництво та благодійні організації”, “Про об'єднання громадян”.

Загалом лікарняні каси визначають своєю головною метою організацію участі населення на солідарній основі вирішувати питання медикаментозного забезпечення у випадку їх захворювання в межах діючого законодавства України та отримання додаткового джерела доходу для хронічно недостатньо фінансованої системи охорони здоров'я в Україні.

Висновки. Отже, на основі проведеного дослідження, можемо зробити висновок, що на сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я основним джерелом фінансування залишаються кошти державного та місцевих бюджетів, які є розбалансованими через відсутність економічного зростання та необхідність збільшення соціальних виплат і забезпечення пенсійних видатків. Впровадження обов'язкового медичного страхування на сучасному етапі розвитку є доволі проблематичним, і за умови неефективної схеми фінансування не надасть очікуваного соціального та економічного ефекту.

Головною перешкодою до ефективного функціонування добровільного медичного страхування є низькі доходи домогосподарств, нестабільність економіки, відсутність мотивації роботодавців у розширенні цього виду

страхування. Альтернативою добровільного медичного страхування є запровадження лікарняних кас, які діють в рамках законодавчого поля України. Однак, зазначені заходи не вирішують фінансових проблем діючої системи медичного забезпечення в Україні, яка потребує глибоких організаційно-структурних перетворень.

Список використаних джерел:

1. Кондрат І.Ю. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні / І.Ю. Кондрат, О.Я. Городиловська// Науковий вісник НЛТУ України. – 2009. – Вип. 19.3. – С 247-252.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ/ Верховна Рада України [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

3. Офіційний сайт Всеукраїнської громадської організації «Асоціація працівників лікарняних кас України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу http://likkasa.com/?page_id=38

4. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000/ [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

5. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" Комітет економічних реформ при президентові України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/>

6. Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я: [монографія]/ Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, О.О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.

7. Соціальний звіт за 2011 рік: Міністерство соціальної політики України/[Електронний ресурс]. – Режим доступуhttp://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=34901

Аннотація. В статті розглядаються підходи к финансированию системы здравоохранения. Выделяются проблемы современного финансирования учреждений здравоохранения и определяются перспективы дальнейшего развития.

Ключевые слова: здравоохранение, сметное финансирование, добровольное и общеобязательное медицинское страхование, больничные кассы.

Summary. The article discusses approaches to funding health care. Highlighted the problems of modern health care financing and determine the prospects for further development.

Keywords: healthcare, funding estimates, voluntary and compulsory health insurance, health insurance companies

УДК 338.43

Кондратюк О.І.

ОСНОВНІ НАПРЯМИ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Анотація. У статті дана характеристика сучасних напрямів розвитку підприємств, та визначено пріоритетні напрями розвитку підприємств зернопродуктового підкомплексу

Ключові слова: економічний розвиток, екстенсивний розвиток, інтенсивний розвиток, інноваційний розвиток, сталий розвиток, економічне зростання.

Постановка проблеми. В умовах гострої конкуренції підприємствам необхідно швидко адаптуватися до змін зовнішнього і внутрішнього середовища, де виграє те підприємство, яке швидше за інших пристосується до реалій часу й адаптується до них. Проблема підвищення стабільності і ефективності виробництва є однією з ключових у національній аграрній політиці. Вирішення цієї проблеми має чітко виражений характер, що обумовлено зростаючою відповідальністю за забезпечення населення продуктами харчування.

В агропромисловому комплексі зернопродуктовому підкомплексу належить вирішення проблем забезпечення населення достатньою кількістю вітчизняних продуктів харчування та соціально-економічної ситуації в країні. На відміну від інших продуктових вертикалей, цей підкомплекс одночасно охоплює технологію первинної та вторинної переробки зерна, вирізняється вищою мобільністю та кращими можливостями щодо тривалого зберігання