

ГАЛУЗЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Фещенко Н.М.

кандидат економічних наук
Житомирський національний агроекологічний університет

I. Вступ

Забезпечення сталого і достатнього за обсягами фінансування – головна запорука нормального функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні. Проте, як свідчить світовий досвід, будь-яка система охорони здоров'я більшою чи меншою мірою стикається з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. Грошей на надання всіх без винятку медичних послуг усім громадянам ніколи не вистачає. Ось чому дуже важливим є пошук шляхів поліпшення фінансування медичної галузі.

Сьогодні ми маємо величезну медичну мережу бюджетних лікувально-профілактичних закладів, які зазвичай є малоефективними, тобто медичні послуги в них мають дуже високу собівартість, однак, на жаль, низьку якість, що спричинено відсутністю здорової конкуренції. Маємо тисячі бюджетів на охорону здоров'я, які розпорошені по сільських та селищних радах, що різко зменшує ефективність використання всіх коштів.

Отже, малозабезпечені верстви населення продовжуватимуть страждати через відсутність можливості одержання потрібної медичної допомоги, зростатимуть диспропорції у доступі до медичних послуг на рівні міських і сільських територій, високим залишатиметься тягар особистих витрат населення на лікування допоки галузі охорони здоров'я не буде надано нове дихання, наповнено її новим змістом.

За останні роки науковці висловлювали численні пропозиції щодо реформування національної системи охорони здоров'я. Зазначені проблеми досліджували В. Андрущенко, В. Войцехівський, Н. Карпишин, С. Кондратюк, Н. Лакіза-Савчук, В. Леха, Е. Ліннакко, А. Малагардіс, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудий, В. Семенов, О. Тулай, С. Юрій та інші вітчизняні й зарубіжні вчені. Проте, незважаючи на наукову і практичну цінність опублікованих праць, ситуація в галузі охорони здоров'я суттєво не покращилась, що актуалізує дослідження в цьому напрямі.

II. Постановка завдання

Мета статті – запропонувати способи реформування системи фінансування охорони здоров'я з метою ліквідації суперечностей між потребами населення у медичних послугах і неможливістю забезпечити ці потреби.

III. Результати

Існуюча модель охорони здоров'я в Україні є застарілою, вона практично не змінювалась протягом останніх 60 років. Для того, щоб вона успішно працювала, потрібно витратити 10–15% ВВП, як сьогодні на Кубі або раніше в СРСР. Годі сподіватися, що наша держава зможе виділяти коли-небудь такі кошти: 3–4% від ВВП – це найбільше, на що ми можемо сподіватися найближчими роками. І хоча в цілому витрати на галузь зростають (табл. 1), ситуація продовжує залишатися складною.

Таблиця 1

Видатки державного бюджету на охорону здоров'я

№ з/п	Показники	2009 р.	2010 р.	Відхилення, +/-
1	Зведений бюджет галузі, млрд грн	31,5	41,7	10,2
1.1	у тому числі: загальний фонд	29,9	39,4	9,5
	з них:			
	- місцеві бюджети	24,6	32,1	7,5
	- державний бюджет	5,3	7,3	2,0
1.2	спеціальний фонд	1,6	2,3	0,7
2	Питома вага видатків у загальному обсязі ВВП, %	2,9	3,6	0,7
3	Видатки загального фонду на душу населення, грн	646,1	849,9	203,8

Джерело: дані Міністерства охорони здоров'я.

Проблеми фінансового забезпечення галузі спричинені недосконалістю чинної бюджетної моделі, яка пропонує жорстке постатейне планування, що не дає можливості

керівникам лікарень оперативно й гнучко управляти фінансовими потоками, оскільки відхилення від кошторису вважається нецільовим використанням коштів. Такий метод

фінансування не враховує обсягу і якості надаваних послуг. Кошти виділяються залежно від штатного розпису, ліжкового фонду, вартості комунальних витрат та інших показників, прямо не пов'язаних із наданням медичних послуг.

Відплив молодих фахівців зумовлений низькими заробітними платами, коли оплачується тільки відпрацьований час. Де ж тут мотивація до праці, поліпшення її якості? Цілком очевидно, що принципи фінансування медичної допомоги потрібно змінювати, а для цього треба вдосконалювати саму структуру охорони здоров'я (табл. 2).

В Україні до сьогодні не існує чіткого поділу первинної і вторинної допомоги. Зайва децентралізація управління й відсутність чіткої вертикалі влади призводять до мінімізації важелів управління на всіх рівнях надання медичної допомоги. До цього слід додати ще й такі проблеми: на 50% зношені основні фонди галузі (будинки, медичне устаткування, автопарк санітарних машин), відсутність професійного менеджменту в охороні здоров'я, що впливає на ефективність управління. Зворотним боком такого стану справ і є великі витрати на медичну допомогу, що стали непомірними для населення, зростання тіньових платних послуг.

Таблиця 2

Фінансування державних цільових програм у галузі охорони здоров'я в 2010 р.

№ з/п	Назва програми	Потреба в коштах, тис. грн	Фактично передбачено бюджетом, тис. грн	Дефіцит коштів, % від потреби
1	Заходи з імунопрофілактики	686774,2	237738,3	65,4
2	Централізовані закупівлі високовартісного обладнання	120000,0	72000,0	40,0
3	Централізовані заходи з трансплантації органів і тканин	80371,6	35821,3	55,4
4	Медичні заходи у боротьбі з: - туберкульозом; - СНІДом; - онкозахворюваннями	318633,1 321787,8 480901,1	175780,8 218993,6 138750,9	44,8 31,9 71,1
5	Заходи щодо розвитку донорства крові	66424,9	39915,0	39,9
6	Закупівля медикаментів для дітей, хворих на гіпофізарний нанізм	56205,1	28836,0	48,7
7	Закупівля медикаментів для лікування хворих на хворобу Гоше	9247,9	5322,9	42,4
8	Закупівля медикаментів для лікування хворих на гемофілію	494082,3	40011,0	91,9
9	Комплексні заходи щодо заохочення народжуваності	5660,4	5660,4	–
10	Заходи щодо поліпшення медико-генетичної допомоги	15230,3	8467,2	44,4
11	Запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань	824764,8	113981,0	86,2
12	Централізована закупівля медикаментів для лікування хворих на розсіяний склероз	381723,8	79032,0	79,3
13	Забезпечення окремих централізованих заходів з лікування цукрового діабету	381723,8	15000,0	96,1
14	Створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги	177325,5	45000,0	74,6

Джерело: дані Міністерства охорони здоров'я.

Відсутність швидких та ефективних змін у фінансуванні й управлінні ресурсами системи медичного обслуговування може призвести до її подальшого глибокого занепаду, зростання нерівності, руйнування принципу солідарності і загальної доступності медичного обслуговування.

Водночас дедалі глибоше й розумнішає того, що причина незадовільного стану системи охорони здоров'я полягає не лише в кількісному дефіциті коштів, а й у неефективному використанні наявних ресурсів. Так, на 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, тоді як у ЄС цей показник становить 2,6; кількість ліжкомісць в Україні – 868 на 100 тис. населення, а в ЄС – 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в нашій державі – 302, у ЄС – 261 [3, с. 13]. До того ж, 86% бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, йде на утримання вітчизняних медичних закладів та оплату лікарів.

Саме за таких умов доцільно було б, щоб і уряд, і місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, керівни-

ки медичних закладів забезпечили запровадження в практику стратегій, спрямованих на поліпшення фінансової стабільності й економічної ефективності системи медичного обслуговування, які умовно можна назвати стратегіями подолання якісного дефіциту ресурсів. Їх, у свою чергу, умовно можна поділити на дві підгрупи:

- стратегії стримування витрат (або контролю за витратами) як на попит, так і на пропозицію медичних послуг;
- стратегії ефективного розподілу ресурсів (рис. 1).

Прикладами стратегій стримування витрат на попит медичних послуг є співучасть населення у витратах (співоплата за медичну допомогу), обмеження переліку послуг, що покриваються за рахунок суспільних ресурсів (визначення базового пакета послуг), нормування доступу до послуг через запровадження "часу очікування".

До стратегій стримування витрат на пропозицію можна зарахувати: встановлення конкуренції між постачальниками послуг; встановлення межі витрат або глобальних

бюджетів для постачальників; скорочення кількості лікарів та ліжок; контроль за витратами на забезпечення людських ресурсів (наприклад, заробітна плата лікарів); контроль за витратами на фізичні ресурси (ліки,

обладнання, що використовуються для надання послуг); заміна високовартісних стаціонарних технологій дешевшими амбулаторними технологіями та первинним медико-санітарним обслуговуванням тощо.

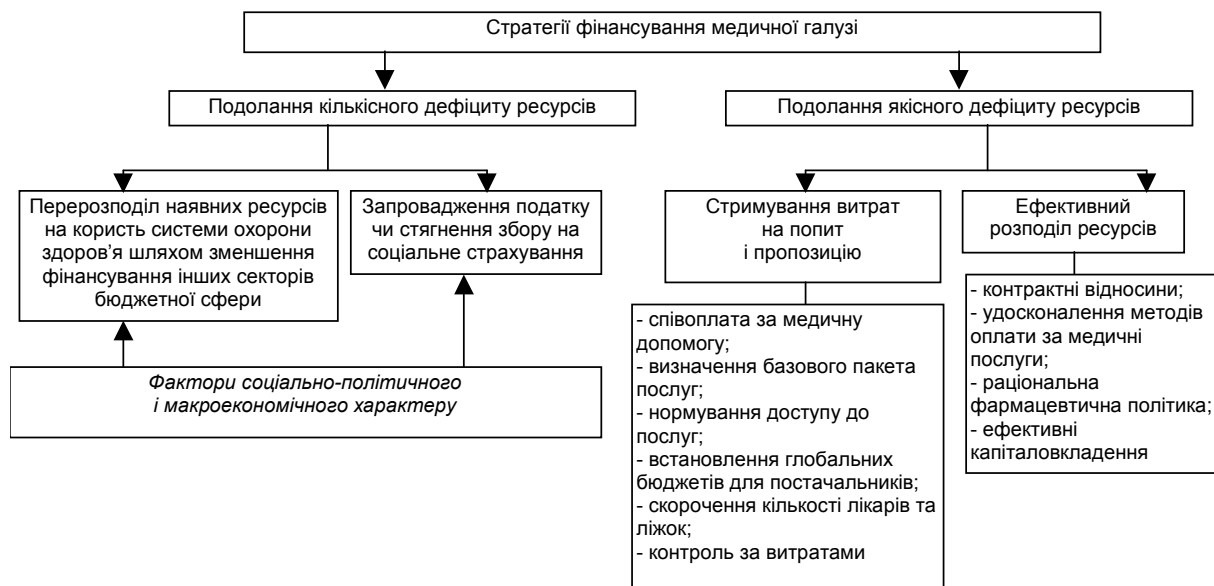


Рис. 1. Шляхи поліпшення фінансування медичної галузі

Однак слід зазначити, що можливість ефективного застосування таких стратегій першої підгрупи, як співплата та встановлення базового пакета медичних послуг, що покриваються за рахунок суспільних коштів, у нас стримується особливостями відповідних юридичних норм (насамперед ст. 49 Конституції України та рішенням Конституційного Суду від 29.05.2002 р.), тож ефективне використання вказаних стратегій потребує відповідного законодавчого підкріплення. При цьому слід усвідомлювати, що жодна, навіть найбагатша, країна світу неспроможна забезпечити надання всім і всіх без винятку медичних послуг за рахунок суспільних коштів.

Саме тому в усьому світі загального визнання набула доктрина нормування державних гарантій у сфері медичного обслуговування, що базується, насамперед, на парадигмі базового пакета послуг.

До стратегій другої підгрупи – підвищення ефективності розподілу ресурсів – можна зарахувати: запровадження контрактних відносин, удосконалення методів оплати за медичні послуги, запровадження раціональної фармацевтичної політики та підвищення ефективності капіталовкладень.

Без перебільшення, головною стратегією забезпечення ефективного розподілу ресурсів є *запровадження контрактних відносин*. Фактично саме цей елемент у поєднанні із забезпеченням автономного статусу публічних медичних закладів є чи не основною відмінністю, що вирізняє орієнтовані на

фінансування за рахунок загальних податків контрактні моделі охорони здоров'я ряд європейських країн (Великої Британії, Скандинавських країн, Італії тощо).

Про ключове місце договірних відносин у всій сукупності стратегій реформування системи охорони здоров'я свідчить хоча б те, що в травні 2003 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла спеціальну резолюцію "Про роль контрактних відносин у поліпшенні діяльності систем охорони здоров'я".

Слід наголосити, що чинна законодавча база України (насамперед, Цивільний та Господарський кодекси України, Закон України "Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти", законодавство про місцеве самоврядування та про місцеві державні адміністрації) створює необхідні умови для переходу до використання контрактної моделі фінансування системи охорони здоров'я. Проте, на жаль, через недостатню обізнаність із законодавством, незнання переваг цієї стратегії, невміння її використовувати і відсутність політичної свободи договірні відносини у сфері державної закупівлі та постачання медичних послуг не застосовуються. Хоча саме ця стратегія є пусковим механізмом для активізації цілого ряду інших управлінських стратегій – децентралізації управління медичними закладами (а отже, й фінансової та управлінської автономізації цих закладів), підвищення ефективності роботи постачальників медичних послуг, поліпшення планування розвитку сис-

теми охорони здоров'я і управління процесом медичного обслуговування населення, зміни типу відносин між платником та постачальником послуг з ієрархічних на партнерські тощо.

Навіть у тому разі, коли контрактні закупівлі медичних послуг відбуватимуться в неконкурентному середовищі (а така ситуація нерідко спостерігається навіть у країнах із розвинутою ринковою економікою, особливо в сільській місцевості і принаймні на рівні стаціонарної допомоги), застосування цієї стратегії дасть можливість формалізувати процес планування та управління і зробити прозорими й чіткими зобов'язання сторін договору щодо досягнення конкретних цілей та виконання конкретних завдань. А саме це і є ключем для забезпечення правових і економічних стимулів підвищення ефективності використання ресурсів.

Удосконалення оплати постачальників медичних послуг ставить за мету: заохотити ефективно використання ресурсів та стримати зростання витрат, поліпшити доступність та якість медичного обслуговування, стимулювати постачальників до використання профілактики.

Метою *стратегії раціональної фармацевтичної політики* є: стримування видатків за рахунок впливу на пропозицію й попит, забезпечення раціонального відбору лікарських засобів на основі оптимального співвідношення ціни і терапевтичного ефекту.

Слід зауважити, що, на жаль, незважаючи на всі декларації про відданість цій стратегії, в Україні досі не створено дійсно ефективного нормативно-правового підґрунтя для її належного застосування. Достатньо згадати лише про те, наскільки недосконалим є чинний Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення; про цілковиту відсутність формулярної системи, не кажучи вже про надзвичайно недосконалі або взагалі відсутні практичні підходи до застосування решти згаданих стратегій, зокрема, щодо контролю за цінами, відбору фармацевтичної продукції у процесі закупівель тощо. А нехтування всім цим спричинює надзвичайно великі за обсягами необґрунтовані втрати вкрай обмежених ресурсів галузі.

Впровадження *стратегії підвищення ефективності капіталовкладень* дасть змогу: по-перше, досягнути ідеального балансу між інвестиціями, медичними технологіями, фондами та реформами системи охорони здоров'я; по-друге, врівноважувати реінвестування та поточні витрати для забезпечення підтримки належного стану основних фондів; по-третє, створити надійне підґрунтя для впровадження високих технологій.

Прикладами застосування цієї стратегії може бути закриття чи перепрофілювання стаціонарів і спрямування інвестицій в амбулаторний сектор чи на профілактичні заходи, уникнення запровадження високоартістичних технологій та методів лікування, ефективність яких не доведена, тощо.

Безперечно, значних результатів у поліпшенні стану фінансування системи охорони здоров'я, її якості, ефективності та результативності можна досягти шляхом паралельного і послідовного використання вищезгаданих стратегій, що передбачають збільшення обсягів фінансування, забезпечення контролю за витратами та ефективний розподіл ресурсів.

Практично ж реформу фінансування в системі охорони здоров'я доцільно розпочати з проведення реорганізації системи управління галуззю, її централізації, впровадження в роботу медичних закладів професійного менеджменту та комп'ютеризації. Структурна ж реорганізація передбачає: чітке розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. На первинному рівні має надаватися основна частина медичних послуг (профілактичні заходи й амбулаторне лікування), на вторинному – спеціалізована, на третинному – високотехнологічна допомога.

На первинному рівні потрібно створити мережі установ первинного рівня – переважно у вигляді амбулаторій загальної практики – сімейної медицини. Надалі – створення центрів первинної медико-санітарної допомоги для населених пунктів із кількістю 30–100 тис. осіб. На вторинному рівні передбачається поліпшення якості вторинної медичної допомоги, підвищення ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг шляхом створення госпітальних округів.

До госпітального округу входить багато профільна лікарня інтенсивної допомоги, що об'єднуюватиме 90% усіх стаціонарів округу й установи, які диференційовані за інтенсивністю надання медичної допомоги.

Багато профільна лікарня має обслуговувати не менше ніж 150–200 тис. населення, а в містах – до 500 тис., виконувати близько 3 тис. оперативних втручань і приймати не менше ніж 400 пологів за рік. Саме за таких показників витрати на її утримання є виправданими.

На третинному рівні з метою підвищення якості медичної допомоги й ефективності використання потенціалу обласних лікарень і вищих медичних навчальних закладів доцільним є створення університетських клінік, які стануть клінічною базою для надання медичної допомоги третинного рівня, для проведення до- й післядипломної підготов-

ки, а також пріоритетних наукових досліджень.

Важливо, що принципи фінансування медичної допомоги на кожному рівні мають істотно відрізнятись: на первинному – метод подушного фінансування, на вторинному і третинному – метод “глобального бюджету”.

При цьому основною стратегією змін в оплаті праці для лікарів первинної ланки стане перехід від моделі лікаря, найнятого державою і такого, що працює за заробітну плату, до договірних відносин з оплатою праці лікаря відповідно до визначених у контракті умов і залежно від обсягу і якості виконаної роботи. Для лікарів вторинної й третинної ланок слід виділити дві складові їхньої заробітної плати: постійну, котра визначатиметься традиційно на основі Єдиної тарифної сітки розрядів, і змінну, котра буде базуватися на критеріях обсягу і якості виконаної роботи.

Ми багато очікувати і очікуємо від упровадження страхової медицини, багато хто вірить, що вона зможе зробити ті дивні перетворення, на які ми так сподіваємося. Але при цьому забувають, що грошей на галузь від упровадження медичного страхування не додасться. Мало того, 5–10% коштів на охорону здоров'я доведеться спрямувати на утримання страхових фондів, адже без стартового капіталу вони не працюватимуть. До того ж схеми надходження коштів у конкретні лікувально-профілактичні заклади будуть значно складнішими, ніж за бюджетного фінансування, що створить ряд труднощів у сфері контролю.

Спроби впровадити медичне страхування в нашій державі ведуться вже більше ніж 18 років, а Закон “Про обов'язкове медичне страхування” до цього часу не прийнято. Тому ми, найімовірніше, найближчими роками будемо працювати в звичних умовах переважно бюджетного фінансування.

Одним із напрямів реформування фінансування галузі, який виник як реакція населення на обмежені можливості національної системи охорони здоров'я щодо якісного та доступного медикаментозного забезпечення, стала солідарна участь громадян у співоплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас. Понад 100 років тому вони були основою для впровадження медичного страхування в державі, і їх розвиток, на нашу думку, дасть змогу вирішувати одне з основних завдань галузі – забезпечити доступність тих видів медичної допомоги, які недостатньо фінансуються за рахунок бюджетних коштів, збільшити обсяги та якість необхідних населенню медичних послуг і забезпечити належний контроль за їх наданням.

Як відомо, на території України діє понад 200 лікарняних кас (об'єднують майже 800 тис.

громадян), які можна впевнено вважати цивілізованим способом вирішення питання медикаментозного забезпечення за рахунок солідарної участі населення.

Окрім зазначеного, лікарняні каси слід розглядати і як площину, на якій можна відпрацювати всі елементи страхової медицини (стандартизація медичної допомоги, персоналізований облік внесків, договірні відносини з підприємствами, лікувальними закладами, медичними працівниками, пацієнтами). Співпраця сімейних лікарів з лікарняною касою є передумовою формування сімейного лікаря як провідної постаті в організації медичної допомоги сільському населенню.

Практика доводить, що наша головна біда полягає не стільки в джерелах фінансування галузі, скільки у вкрай неефективному використанні тих коштів, що надходять у систему охорони здоров'я країни, тому наші основні зусилля мають бути спрямовані на структурну перебудову організації надання медичної допомоги. Раціональним перетворенням у сфері фінансування охорони здоров'я можуть сприяти такі практичні зміни:

1. Щоб спонукати заклади охорони здоров'я та медичних працівників діяти по-новому, необхідно створити в них відповідні економічні мотивації, що забезпечували б інтерес до надання послуг якомога вищої якості за максимально низьких витрат, пошуку шляхів зменшення їх собівартості та підвищення конкурентоспроможності. Згідно з досвідом усіх без винятку розвинутих країн світу, умови для створення таких мотивацій забезпечує підвищення рівня управлінської та фінансової самостійності постачальників медичних послуг, що передбачає зміну їх господарсько-правового статусу. Для медичних закладів – юридичних осіб – найприйнятнішим в умовах України вирішенням цієї проблеми є реорганізація діючих сьогодні державних і комунальних медичних закладів, що мають статус бюджетних, у державні та комунальні некомерційні підприємства. Для постачальників медичних послуг – фізичних осіб – найкращим варіантом є перехід до приватної медичної практики. При цьому можливості застосування зазначених варіантів автономізації постачальників є цілком легітимними, виходячи із загальних положень Цивільного та Господарського кодексів України, Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” та Основ законодавства України про охорону здоров'я.

2. Слід всіляко боротися з абсурдними за своїм змістом поєднаннями в особі головного лікаря замовника, надавача і платника за медичні послуги. Це головне гальмо на шляху підвищення якості медичних послуг та зниження їх собівартості. Замовниками сьогодні мають бути відділи охорони здоров'я

держадміністрацій, а при введенні страхової медицини ними будуть страхові фонди.

3. Упровадження контрактної системи надання послуг – це один із найголовніших атрибутів ринкової економіки, що створить реальну конкуренцію в медичній галузі і цим самим буде сприяти підвищенню якості медичних послуг і більш ефективному використанню фінансових ресурсів.

4. Необхідно завершити перехід первинної медичної допомоги на засади загальної практики – сімейної медицини. Це найдешевший вид медичної допомоги.

Має бути сформована мережа центрів первинної медичної допомоги (самостійних або у складі лікарень), до яких би увійшли всі міські та сільські дільниці, амбулаторії й фельдшерсько-акушерські пункти (рис. 2).

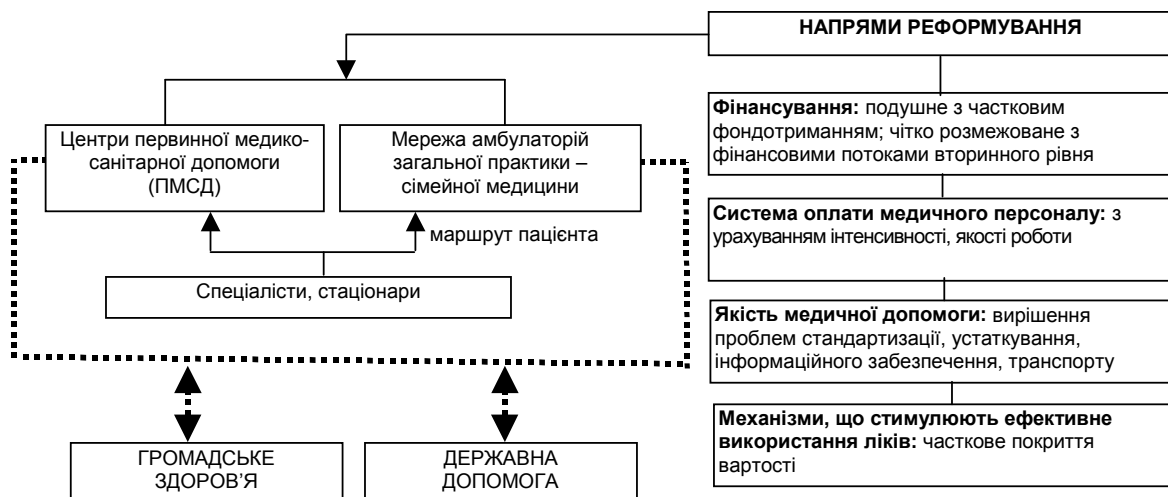


Рис. 2. Оптимальна модель первинної медико-санітарної допомоги

Слід створити обласні та державні центри первинної медичної допомоги. Найбільш об'ємний вид медичної допомоги повинен мати свої організаційно-методичні заклади та управлінську вертикаль.

Запровадження подушової оплати на сімейних дільницях є першим кроком до введення конкуренції між сімейними лікарями та підвищення якості первинної медичної допомоги. Необхідно також забезпечити повне сприяння приватній практиці в первинній медичній допомозі та створенню об'єднань приватних сімейних лікарів. Лікарі, які практикують приватно, і приватні медичні заклади можуть теж надавати медичні послуги нарівні з комунальними підприємствами. Витрати на первинну медичну допомогу мають становити не менше ніж 30% від усіх видатків на охорону здоров'я.

5. Зменшення кількості лікарень, амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів шляхом їх об'єднання та передання малопотужних закладів у систему соціального забезпечення – це перший крок до створення госпітальних округів. Водночас вкрай потрібною є централізація лабораторно-діагностичних служб. Одне з найбільших міст Польщі – Краків – має всього чотири клініко-діагностичні лабораторії, які повністю задовольняють потреби всіх лікарень міста. Ми ж утримуємо тисячі погано оснащених малопотужних лабораторій з високою собівартістю аналізів та досліджень і, як це не парадоксально, з низькою їх якістю.

6. Зосередження коштів на охорону здоров'я на рівні районів без подальшого роздроблення їх на тисячі маленьких бюджетів сільських та селищних рад сприятиме більш раціональному витрачання досить обмежених і гостродефіцитних фінансових ресурсів цільового характеру.

7. Необхідний аналіз доцільності масових профілактичних та клінічних досліджень. Так, в Україні щороку обстежують десятки мільйонів жителів малоефективним флюорографічним методом. Парадоксально, але більше ніж половина обстежуваних – люди, які майже не хворіють на туберкульоз. Подібна ситуація з бактеріологічним обстеженням педагогічних працівників на наявність кишкових інфекцій. Незважаючи на те, що доцільність цих досліджень з епідеміологічного погляду є сумнівною, ми все одно продовжуємо витрачати десятки мільйонів гривень. Доцільнішим є спрямування зазначених ресурсів на модернізацію лабораторних служб і лікарень.

Таким чином, послідовне проведення всіх вищезазначених заходів дасть змогу підвищити ефективність галузі охорони здоров'я, розпочати капітальне будівництво, оновити медичну апаратуру та підвищити заробітну плату працівникам, що в сукупності істотно змінить обличчя української медицини.

Слід зауважити, що вектор змін має бути спрямований на обласні, міські, районні ради, які є власниками більшості медичних

закладів, і тільки вони мають виняткове право щось змінювати в цих закладах.

IV. Висновки

Дослідження показали, що соціально-економічні перетворення, які відбуваються в нашій державі, формують необхідність реформування охорони здоров'я в напрямі створення системи, яка відповідала б сучасним світовим зразкам. При цьому важливо враховувати, що залежність обсягу державних гарантій від рівня економічного розвитку країни має об'єктивний характер. У найближчому майбутньому нам не слід очікувати істотного збільшення фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я, особливо в частині медикаментозного забезпечення та розвитку матеріально-технічної бази. Натомість, слід акцентувати увагу на соціально адаптованих і економічно раціональних формах залучення та збереження коштів.

Література

1. Мортіков В.В. Реформування охорони здоров'я: фінансовий аспект / В.В. Мортіков // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С. 79–85.
2. Москаленко В.Ф. Економіка охорони здоров'я: підручник для ВМНЗ III–IV рівнів акредитації / [В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таранта ін.]; за ред. В.Ф. Москаленко. – К.: Нова книга, 2010. – 281 с.
3. Kornai J., K. Eggleston. Welfare, Choice, and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe / J. Kornai, K. Eggleston. – Cambridge University Press, 2009. – 187 p.
4. Haynes D., P. Florestano. Public Acceptability of Taxing Alternatives: Evidence from Maryland / D. Haynes, P. Florestano. – Public Administration Quarterly, 2009. – 420 p.

Фещенко Н.М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення

Анотація. Розглянуто сучасні проблеми організації фінансування охорони здоров'я. Визначено пріоритетні підходи щодо організації фінансового забезпечення охорони здоров'я, запропоновано концептуальні шляхи перетворень.

Ключові слова: базовий пакет медичних послуг, стратегії стримування витрат, стратегії ефективного розподілу ресурсів, госпітальний округ, метод подушного фінансування, метод "глобального" бюджету, первинна медико-санітарна допомога.

Фещенко Н.Н. Здравоохранение: проблемы и перспективы финансового обеспечения

Аннотация. Рассматриваются актуальные проблемы организации финансирования здравоохранения. Определены приоритетные подходы к организации финансового обеспечения данной отрасли, предложены концептуальные пути преобразований.

Ключевые слова: основной пакет медицинских услуг, стратегии минимизации издержек, стратегии эффективного распределения ресурсов, госпитальный округ, метод подушного финансирования, метод "глобального" бюджета, первичная медицинская помощь.

Feshchenko N. Public health: problem and the prospect for the financial guarantee

Annotation. The modern problems of organization of financing of health protection are examined in the article. Certainly priority approaches in relation to organization of the financial providing of health protection. The conceptual ways of transformations are proposed.

Key words: the basic packet of medical services, strategy of the minimization of expenses, strategy of the effective distribution of resources, hospital region, the method of capitation financing, the method "global" budget, primary medical aid.