

*О.В. ПОРТНА*, старший викладач ХІНЕМ, м. Харків

## **ВПРОВАДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНИХ МЕХАНІЗМІВ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

В статті пропонується впровадження нових прогресивних методів фінансування закладів охорони здоров'я, за допомогою яких підвищиться ефективність та результативність їх діяльності та покращиться стан здоров'я населення.

Ключові слова: фінансове забезпечення, повне фондотримання, глобальний бюджет, індивідуальні накопичувальні рахунки.

In this article the researcher proposes the introduction of new progressive methods of financing of health care institutions. With the help of those methods the effectiveness of health organizations' functioning will increase and public health will become better.

Key words: financing, full fund holding, global budget, individual accumulation accounts.

**Вступ.** Сучасний стан системи охорони здоров'я характеризується глибокою кризою, сформованою за радянських часів, причини якої полягають у тому, що ключові системні умови її існування зникли, і вона не спроможна пристосуватися до ринкових механізмів так, щоб успішно функціонувати у нових умовах.

Проблема забезпечення механізмів, обсягів та джерел фінансування системи охорони здоров'я є важливою для охорони суспільного та індивідуального здоров'я. Від того, як охорона здоров'я фінансується, залежать не тільки методи та способи оплати її послуг, але й рівень суспільної справедливості щодо доступу та якості медичного обслуговування, тобто контингент осіб, які ними користуються, і те, наскільки часто вони це роблять, наскільки якісну медичну допомогу вони отримують.

Представники різних наукових шкіл здійснювали дослідження теоретичних основ економіки охорони здоров'я і науково обґрунтовували місце держави у фінансовому забезпеченні галузі. Це, зокрема, Б. Абель-Сміт [1], Дж. Кендрік [14], П. Самуельсон [24], Дж. Е. Стігліц [26] та ін.

Дослідження практики організації закордонних та вітчизняної систем охорони здоров'я, і висвітлювання економічних закономірностей функціонування цієї галузі проводились українськими вченими, серед яких слід назвати В. Бідного [4], А. Голяченка [8], Б. Криштопу [15], В. Рудень [22], Ю. Вороненка [25] й ін.

Серед українських науковців, які вивчали теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення як соціальної сфери взагалі, так і охорони здоров'я,

зокрема, в період становлення ринкових відносин господарювання можна відмітити В. Андрущенко [2], Й. Бескида [3], О. Василика [5], А. Величко [6], О. Величко [7], В. Лехана та В. Войцехівського [17], Я. Радиш [19], І. Радь [20], С. Юрія [30] та ін. Розглядали цю проблематику і російські вчені Ю. Лисицин [18], Д. Райс [21], Р. Салтман [23], І. Шейман [29] та ін.

Одним з вирішальних факторів стабілізації економічного та фінансового стану галузі в сучасних умовах має розв'язання питань стосовно дотримання міжнародних норм і стандартів в охороні здоров'я. Це можна здійснити шляхом оптимізації системи фінансового забезпечення охорони здоров'я в цілому, тобто, починати треба зі зміни пріоритетів у фінансуванні галузі охорони здоров'я і закінчувати створенням такого економічного механізму, при використанні якого кожний суб'єкт медико-виробничої діяльності буде відчувати зростання кількості конкуруючих медичних закладів й послуг та бути зацікавленим у поліпшенні якості медичної допомоги, підвищенню ефективності використанні кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів.

**Постановка задачі.** Головним завданням перебудови фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні є оптимізація системи фінансування охорони здоров'я, яка б дозволила збалансувати поєднання бюджетних і позабюджетних джерел, залучати кошти з децентралізацією фінансів галузі на виконання територіальних медичних програм, поширити права регіонів та місцевих органів влади, а також трудових колективів у накопиченні та використанні ресурсів охорони здоров'я, вжити заходи контролю діяльності медичних закладів, запровадити механізми відповідальності за неефективне та не раціональне витрачання коштів. Галузь охорони здоров'я в Україні повинна залишатися регульованою з боку держави.

Важко сформулювати таку політику в галузі охорони здоров'я, щоб понизити фінансовий тиск на державний бюджет, проте ефективність системи збережеться і в тому випадку, якщо державні витрати на охорону здоров'я на душу населення підтримувати на рівні на 0,5-1 % нижче за зростання продуктивності [16, с. 12].

**Методологія.** Для вирішення зазначеної задачі в статті використовувалися загальнонаукові і спеціальні методи:

- історичний і логічний аналіз вітчизняних та закордонних літературних джерел для виявлення наявних проблем стосовно предмета дослідження й подальшого їх розв'язання;
- порівняльний аналіз фактів і явищ у медичній практиці;
- системний підхід, який дозволив розглядати з позицій системності

досліджувану систему, її складові та функціональні процеси і концептуально обґрунтувати модель фінансового забезпечення системи охорони здоров'я;

- нормативний підхід для визначення та поширення досліджуваних категорій;

- гипотетико-дедуктивне моделювання, яке дозволило формулювати гіпотези на рівні абстракції;

- позитивна перевірка аналітичними даними.

**Результати дослідження.** Сучасні джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я є поєднанням державно-адміністративних методів регулювання галузі з ринковими механізмами. Очевидним є, що навіть при впровадженні багатоканального фінансування економічні проблеми охорони здоров'я не вирішуються, тому завдання визначення найбільш оптимального фінансування, що стоїть перед сучасною економічною наукою, дозволить добитися максимальної соціально-економічної ефективності функціонування галузі.

Зараз в Україні спостерігається значне погіршення показників суспільного здоров'я населення: зросла захворюваність соціально-обумовленими хворобами, різко скоротилася тривалість життя, різко знизилась профілактична спрямованість охорони здоров'я, прискореними темпами росте інвалідизація працездатного населення. Аналіз динаміки основних демографічних показників України подано в таблиці 1.

Таблиця 1 – Динаміка основних демографічних показників України\*

Показники	1990	2006	2007	2008
Чисельність наявного населення на кінець року, (тис. осіб)	51944,4	46646,0	46372,7	46143,7
Кількість народжених, (осіб)	6572000	460368	472657	510588
Кількість померлих, (осіб)	6296000	758092	762877	754462

\* За даними Держкомстату України [11].

Також сучасний стан здоров'я населення в Україні характеризується проявом всеосяжних, глибоких і драматичних змін. Вони носять негативний, деколи суперечливий характер. Тому об'єктивною необхідністю є розробка стратегії реформування охорони здоров'я, яка разом з комплексом екологічних, генетичних та соціально-економічних чинників зробить визначний вплив на здоров'я населення.

Тому стратегічною метою державної політики України в галузі охорони здоров'я на середньострокову перспективу може бути поліпшення здоров'я населення на основі забезпечення доступної та якісної медичної допомоги,

розвиток культури здорового способу життя і розширення профілактики та діагностики захворюваності.

У зв'язку з цим основними стратегічними завданнями розвитку охорони здоров'я в Україні можна вважати:

- скорочення захворювань, розповсюдження яких несе особливу загрозу національній безпеці і здоров'ю громадян;
- розширення профілактики захворюваності і зміцнення здоров'я;
- забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою.

Перелічені стратегічні задачі розвитку охорони здоров'я є основою для визначення пріоритетних цілей, конкретних завдань, напрямів і шляхів розвитку охорони здоров'я в регіонах. Цілі і задачі національної політики в галузі охорони здоров'я можуть коректуватися та деталізуватися на регіональному рівні через значні відмінності в організації медичної допомоги, структурі захворюваності, ресурсному забезпеченні лікувально-профілактичних установ тощо.

Сьогодні в системі охорони здоров'я з'явилися і закріпилися неприйнятні як населенням, так і медичними працівниками негативні явища. Значне зниження обсягу і якості медичної допомоги і загострення проблеми її доступності привели до порушення конституційних прав громадян на доступну і безкоштовну медичну допомогу [10].

В останні роки в Україні основними напрямками реформування системи охорони здоров'я були децентралізація управління й фінансування, багатоканальність фінансування, демонополізація державного сектора, впровадження ринкових механізмів і медичного страхування. Жоден з цих напрямів не реалізувався в повному обсязі і результатом цього стало те, що держава та суспільство не добилися бажаних результатів, націлених на підвищення ефективності використання наявних коштів, надійності та якості надання медичної допомоги.

На думку академіка НАН України, д.е.н., професора А.А. Чухно, д.е.н. В.І. Крамаренко, д.м.н. Л.К. Дембського, к.п.н. А.П. Дударь, А.В. Синельник існуюча система організації первинної медико-соціальної допомоги, яка повинна бути основною, має серйозні недоліки [10].

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

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

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

Сучасна модель організації амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню унаслідок серйозних недоліків все жорсткіше піддається критиці і не задовольняє ні суспільство, ні самих медичних працівників. Необхідність змін пов'язана також із прагненням економніше і ефективно витратити обмежені фінансові ресурси, що виділяються на надання медичної допомоги населенню. При цьому зберігаються істотні диспропорції в обсягах фінансування амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги, які співвідносяться як 20 : 80. Унаслідок вищепереліченого обмежені можливості розвитку матеріально-технічної бази, впровадження сучасних ресурсозберігаючих технологій, необгрунтовано поширені показання до стаціонарного лікування, що у свою чергу приводить до значного збільшення витрат на медичну допомогу [10].

В результаті об'єднання витрат стаціонару і поліклініки в єдиному параграфі бюджетної класифікації і фінансування без їх розділення всі витрати стаціонару і поліклініки відносилися до загальних витрат на утримання ліжка. У зв'язку із затратністю госпітального лікування і необхідністю виконання планових показників роботи стаціонару, для забезпечення фінансування об'єднаної з поліклінікою лікарні витрати на амбулаторну допомогу, природно, різко обмежувалися [10].

В умовах вираженого неефективного використання коштів в розвиток найбільш дорогої стаціонарної медичної допомоги як і раніше вкладається до 80% фінансових і матеріально-технічних ресурсів. При цьому від 30 до 50 і більше відсотків від числа госпіталізованих могли б з успіхом обстежуватися і лікуватися в амбулаторно-поліклінічних умовах. Проте, організація денних стаціонарів і впровадження спеціалізованих комплексних методів лікування на догоспітальному етапі йдуть украй повільними темпами [10].

Тенденція зростання числа лікарняних ліжок, що склалася раніше, вартості стаціонарної допомоги, медичної техніки привела до зниження медичної, соціальної і економічної ефективності діяльності лікарень [10].

З метою усунення виявлених диспропорцій в фінансуванні медичних закладів і підвищення ефективності використання наявних фінансових ресурсів в першу чергу необхідне проведення змін, радикальної структурно-

функціональної перебудови всієї системи фінансування охорони здоров'я в цілому [10].

З урахуванням вище вказаного напрямами реформування медичної допомоги можуть стати:

- підвищення профілактичної спрямованості діяльності охорони здоров'я;
- підвищення економічної, медичної та соціальної ефективності функціонування медичних закладів;
- поєднання медичної науки і практики.

Основними шляхами вдосконалення діяльності медичних закладів може бути перерозподіл обсягів фінансування та допомоги зі стаціонарного сектора в амбулаторний.

Також слід комплексно підходити до вибору пріоритетів фінансування закладів охорони здоров'я, обов'язково враховуючи для підтримки тих або інших завдань розвитку галузі фінансові можливості і зважуючи всі складові розвитку охорони здоров'я на перспективу. Зараз цей принцип комплексності не дотримується. Однією з причин тому є порушення і недосконалість у фінансуванні бюджетами цільових програм. За даними прес-служби Рахункової Палати України 20 із 23 державних цільових програм у галузі охорони здоров'я не відповідають вимогам чинного законодавства. Зокрема, вони не передбачають загального обсягу коштів, необхідних для виконання програм; не містять вартісних та часових показників виконання кожного заходу; не розмежовують джерела фінансування програм; не мають розрахунків очікуваних результатів. Отже, вони не цільові, оскільки не зорієнтовані на досягнення кінцевої мети - підтримки здоров'я громадян України. Тож маємо просте фінансування окремих медичних установ за бюджетні кошти, замість забезпечення державних пріоритетів у галузі охорони здоров'я [11].

Так як бюджетні кошти залишаються майже основним та найвагомим джерелом фінансування, то необхідно проаналізувати стан бюджетного фінансування охорони здоров'я. Дані подано в таблиці 2.

З таблиці 2 видно, що за період з 2006 по 2008 роки валовий внутрішній продукт зростає, також зростають і видатки Зведеного бюджету і видатки на охорону здоров'я у загальному фонді Зведеного бюджету в т.ч. з місцевих бюджетів. Питома вага видатків на охорону здоров'я у видатках загального фонду Зведеного бюджету та відсоток видатків на охорону здоров'я до ВВП у 2006-2007 роках мали тенденцію росту, а в 2008 році значно знизились відповідно 2006-2007 років. Але видатки на охорону здоров'я на одиницю населення у гривнях постійно зростають. Так, як видно з таблиці обсяг

ресурсів, що виділяються, за рахунок бюджету постійно росте, але за рахунок відсутності контролю за витрачанням коштів очікуваний позитивний результат не досягається.

Таблиця 2 – Динаміка основних показників фінансування охорони здоров'я в Україні\*

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

\* Складено і розраховано на основі даних Держкомстату, Міністерства фінансів та Міністерства охорони здоров'я України [11, 12, 13].

Скоріш за все в умовах кризи в Україні в середньостроковій перспективі значно збільшити обсяг коштів для фінансування галузі бюджету не зможуть. Тому тільки переважно за рахунок підвищення ефективності використання наявних ресурсів можливе рішення тих або інших завдань охорони здоров'я.

Це припускає концентрацію на обмеженому числі пріоритетних завдань фінансових коштів, які принесуть найбільший ефект для поліпшення здоров'я населення. Так в числі пріоритетів державної підтримки знаходяться такі соціально значущі захворювання, як наркоманія, туберкульоз, СНІД/ВІЧ, захворювання, що передаються статевим шляхом. Таким чином, першочергове фінансування проводиться по цих напрямках, а інше недофінансується.

Як показує досвід інших країн, наприклад Росії, щоб змінити відношення органів державної влади і місцевого самоврядування до проблем охорони здоров'я, керівникам служб і установ медичних закладів необхідно перш за все послідовно і активно роз'яснювати свої позиції органам управління. Окрім цього, як впливає з світового досвіду, привести до успіху можуть і наступні практичні кроки [9, 27, 28]:

– залучення більшої уваги органів виконавчої влади і громадських структур до проблем охорони здоров'я, проведення регулярних слухань, конференцій, семінарів;

– організація інформаційної підтримки практичних заходів в засобах масової інформації;

– формування коаліції сил, зацікавлених в рішенні проблем охорони здоров'я людей, не виключаючи при цьому роль громадського руху.

Важливим напрямком ефективного використання наявних коштів також можна вважати реструктуризацію мережі лікувальних закладів на основі розвитку стаціонаророзміщувальних технологій. В світлі цього треба розглянути діяльність амбулаторно-поліклінічних закладів та стаціонарів тому, що це найбільш розгалужена ланка системи охорони здоров'я, яка до того ж постійно збільшується, як видно з таблиці 3.

Таблиця 3 – Кількість закладів охорони здоров'я в Україні\*

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

\* За даними Держкомстату України [11].

Якщо аналізувати діяльність амбулаторно-поліклінічних закладів та стаціонарів, то можна зробити висновки, що зараз в структурі фінансування дорога стаціонарна допомога складає найбільшу питому вагу, тому розвиток денних стаціонарів або інших видів позалікарняної допомоги, де вартість медичної допомоги, на думку фахівців, в 3-5 разів нижче, дозволить кошти усередині системи охорони здоров'я використовувати ефективніше.

Відсутність раціональних способів фінансування закладів охорони здоров'я, здатних вплинути на процес та темпи реструктуризації, має важливе значення для галузі. Для того, щоб стимулювати медичні заклади до підвищення структурної ефективності галузі, слід вибрати такий спосіб фінансування, який би оптимізував структуру надання медичної допомоги. Такий спосіб фінансування повинен заохочувати робітників закладів охорони здоров'я до раціонального використання наявних ресурсів.

В даний час можуть використовуватися наступні способи фінансування закладів охорони здоров'я (способи оплати медичної допомоги) [28].



Для амбулаторно-поліклінічних закладів:

- за фактичну кількість наданих послуг;
- за фактичне число відвідувань;
- за фактичну кількість закінчених випадків амбулаторної допомоги;
- поособове фінансування за весь обсяг наданої допомоги (повне фондотримання);
- поособове фінансування за весь обсяг позалікарняної допомоги і частина обсягу стаціонарної (часткове фондотримання).

Для стаціонарів:

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

В фінансуванні пріоритети повинні бути віддані таким способам, що зацікавили б первинну ланку надання медичної допомоги в скороченні необґрунтованих напрямів в стаціонар збереженні здоров'я прикріпленого населення, ефективному витрачанні власних ресурсів, а стаціонарна ланка – в оптимізації обсягу надання медичної допомоги за рахунок зниження кількості необґрунтованих госпіталізацій, раціональному витрачанні власних коштів, зниженні тривалості перебування в стаціонарі.

Найбільша відповідність такій зацікавленості досягається при використанні для позалікарняних установ способу поособового фінансування і для установ стаціонарного типу методу глобального бюджету. Таким чином, вектор змін в виборі способів фінансування закладів охорони здоров'я буде направлений від фінансування (ретроспективних) фактично наданих обсягів медичної допомоги до оплати (перспективних) планових обсягів.

Для вибору найбільш адекватного і прийняттого способу фінансування можна проаналізувати особливості деяких перспективних способів оплати медичної допомоги.

Спосіб повного фондотримання – це поособове фінансування за весь обсяг наданої допомоги. При такому способі фінансування норматив фінансування поліклініки включає як оплату позалікарняної так і стаціонарної і стаціонарозаміщуючої допомоги. Чим більше внесок первинної ланки медичних закладів в зниження обсягів допомоги на наступних етапах, то у розпорядженні поліклініки залишається більша частина коштів. Така

економічна мотивація поліклінік дозволить стримувати екстенсивне зростання сектора стаціонарної допомоги.

Спосіб глобального бюджету – це оплата на основі узгоджених обсягів стаціонарної допомоги. Глобальний бюджет медичної установи – це узгоджений обсяг медичної допомоги і гарантії його фінансування. Вартість койко-дня в розрізі основних відділень виступає як одиниця фінансування (нормативу, що формується виходячи зі всіх витрат медичної установи. Економія від внутрішніх перетворень (зниження тривалості госпіталізації, скорочення ліжок, тощо) залишається в медичному закладі і йде на заохочення співробітників. Припускаються відхилення від узгоджених обсягів (ризиковий пул, коридори ризику), пом'якшувальні недоліки планування і реальні потоки пацієнтів, що враховуються. Оплата ведеться по затвердженому нормативу якщо фактичний обсяг допомоги укладається в цей коридор. Оплата ведеться по нижчих нормативах якщо фактичний обсяг допомоги перевищує коридор ризику. При цьому способі фінансування стаціонари націлені на виконання узгоджених обсягів роботи і не зацікавлені в збільшенні обсягів допомоги.

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

Але можна запропонувати більш ефективний, на нашу думку, метод фінансування закладів охорони здоров'я. Сьогодні одним з найважливіших завдань охорони здоров'я є стимулювання у громадян здорового способу життя.

Співставляючи та аналізуючи дані таблиць 1 та 3 ми бачимо, що з 1990 року кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів (кількість відвідувань за зміну та на 10 000 населення) в Україні зростає пропорційно зниженню кількості населення і загальновідомому погіршенню стану здоров'я суспільства.

З цього можна зробити відповідні висновки, що, по-перше, це свідчить про невинуватену розгалуженість амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я; по-друге, про марнотратство коштів, тому, що діяльність амбулаторно-поліклінічних закладів себе не виправдовує.

За власними спостереженнями автора населення звертається по медичну допомогу не рівномірно. Так багато громадян потребують її один-два рази за декілька років, а деякі – зловживають, звертаючись у медичні заклади багато

разів на місяць без вагомих причин. Виходить, що бюджетні кошти, які виділяються щорічно, витрачаються з року на рік на тих, хто зловживає.

Тому, щоб припинити зловживання, стимулювати у населення здоровий образ життя та ефективно і раціонально витрачання власних та державних коштів на охорону здоров'я, можна запропонувати впровадження індивідуальних накопичувальних рахунків. Так кошти, які щорічно виділяються державою на охорону здоров'я кожного громадянина, накопичуються на таких рахунках. Це проводиться відкрито та прозоро і кожний знає яка сума у нього накопичена, відбудеться девіртуальзація коштів та державного фінансування охорони здоров'я, громадяни відчують державну турботу. Як тільки громадянин звертається по медичну допомогу вартість профілактики, діагностики, лікування чи реабілітації утримується з його індивідуального накопичувального рахунку та перераховується в той медичний заклад який надав пацієнтові медичну допомогу.

Впровадження таких накопичувальних персональних рахунків дозволить відійти від територіально-дільничого закріплення обслуговуємого населення, тому, що пацієнт, який має такий рахунок, може звернутись по медичну допомогу в будь-який заклад, до будь-якого лікаря і розрахуватись зі свого рахунку. Такий підхід дасть змогу реалізувати один з критеріїв якості надання медичної допомоги – задовільненість медичною допомогою (у вільному виборі лікаря). Це, в свою чергу, сприятиме підвищенню конкуренції серед медичних закладів та медичних робітників та примусить заклади охорони здоров'я самим піклуватись про своє фінансування за допомогою підвищення якості та надійності надання медичної допомоги.

Висновки. Сучасний економічний стан України не дозволяє сподіватися, що фінансування галузі в найближчій і середньостроковій перспективі значно покращає. Тому цілі і задачі розвитку охорони здоров'я можуть бути вирішені, головним чином, за рахунок підвищення ефективності використання наявних фінансових ресурсів. Це можливо здійснити за рахунок вибору пріоритетів фінансування. Також ефект від використання наявних коштів може бути отриманий і при реструктуризації мережі. За рахунок застосування адекватних способів фінансування можна прискорити розвиток стаціонарозаміщуючих форм допомоги. Найбільш пріоритетними в зв'язку з цим представляються перспективні способи, що базуються на гарантіях їх бюджетного фінансування та узгоджених обсягах діяльності. Впровадження індивідуальних накопичувальних рахунків дасть змогу стимулювати у громадян здоровий спосіб життя, сприятиме підвищенню конкуренції серед медичних закладів та

медичних робітників, дозволить фінансування охорони здоров'я зробити відкритим та прозорим, направленим на кожного члена суспільства не віртуально а конкретно.

**Список літератури:** 1. *Абель-Смит Б.* Расходы на службы здравоохранения. Изучение стоимости и источников финансирования по материалам шести стран. – Всемирная Организация Здравоохранения: Женева, 1964. – 102 с. 2. *Андрущенко В.Л.* Фінансова думка Заходу у ХХ столітті: (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів). – Львів: Каменяр, 2000. – 303 с. 3. *Бескид Й.М.* Перспективи нормативного планування витрат на соціальну сферу // Фінанси України. – 2000. – №4. – С.42–48. 4. *Бідний В.Г.* Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. – К.: Задруга, 2001. – 160 с. 5. *Василик О.Д., Павлик К.В.* Державні фінанси України: Підручник. – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 608 с. 6. *Величко А.В.* Бюджетный механизм инвестирования социальной инфраструктуры / НАН Украины, Институт экономики. – К., 1998. – 258 с. 7. *Величко О.* Бюджетне фінансування соціальної інфраструктури: проблеми та перспективи // Економіка України. – 1999. – № 3. – С. 39–44. 8. *Голяченко А.О.* До питання про гарантований обсяг медичної допомоги людині України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2.– С.35–38. 9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М, 2001. – 215 с. 10. Електронний ресурс: <http://eyecenter.com.ua/>. 11. Електронний ресурс: <http://www.ukrstat.gov.ua/> 12. Електронний ресурс: <http://www.minfin.gov.ua/> 13. Електронний ресурс: <mailto:web@moz.gov.ua/> 14. *Кендрик Дж.* Совокупный капитал США и его формирование. – М.: Прогресс, 1978. – 275 с. 15. *Крыштопа Б.П.* Здоровье населения и здравоохранение в развивающихся странах. – К.: Выща школа, 1990. – 199 с. 16. *Лейбфриц В., Роузвир Д.* Пенсии, здравоохранение и государственные бюджеты в связи с тенденцией старения населения// *Металлург.* – 1997.– № 9.– С. 10– 12. 17. *Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М.* та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – 174 с. 18. *Лисицин Ю.П., Акоюн А.С.* Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. – М., 1998. – 287 с. 19. *Радиш Я.Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Українська академія державного управління при Президентові України. – К., 2001. – 360 с. 20. *Радь І.О.* Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах створення основ ринкової економіки. Дис. канд. екон. наук: 08.04.01. / Терноп. акад. нар. г-ва. – К., 1996. – 160 с. 21. *Райс Д.А.* Преобразование системы здравоохранения США в контексте мирового процесса реформ // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 1996. – № 4. – С. 47-52. 22. *Рудень В.В.* Виникнення та функціонування системи медичного страхування // Фінанси України. – 2000. – № 1. – С. 76–87. 23. *Салтман Р.Б., Фигейрас Дж.* Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: Геотар Медицина, 2000. – 423 с. 24. *Самуэльсон П.А., Нордхауз В.Д.* Экономика: Пер. с англ. – 15-е изд. – М. : Бином-КноРус, 1997. – 799 с. 25. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. *Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка.* – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с. 26. *Стігліц Джозеф Е.* Економіка державного сектора: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 854 с. 27. *Чернец В.А.* Механизмы взаимодействия регионального органа управления здравоохранением и главными врачами лечебно-профилактических учреждений. Проект Тасис "Улучшение состояния здравоохранения на северо-западе России: тиражирование проектов для северо-западного региона". – М. 2003. 28. *Шевченко Л.С.* Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации // *Психиатрия.* – 2004. – № 2. – С. 31-35. 29. *Шейман И.М.* Бюджетно-страховая система здравоохранения. – Кемерово: ИНСЭПЭ, 1992. – 123 с. 30. *Юрій С.І., Дем'янишин В.Г., Буздуган Я.М.* Антологія бюджетного механізму. Монографія. – Тернопіль: Економічна думка. – 2001. – 250 с.

Подано до редакції 02.04.2009