

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ УКРАЇНИ

КИЇВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

РАДЬ Ірина Онуфріївна

**ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В УМОВАХ СТВОРЕННЯ ОСНОВ РИНКОВОЇ
ЕКОНОМІКИ**

Спеціальність 08.04.02 - державні фінанси і податки

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата економічних наук

Київ - 1996

AB 34.643

Дисертація є рукописом.

Робота виконана на кафедрі фінансів Тернопільської академії народного господарства.

Науковий керівник - кандидат економічних наук,
доцент
Опарін В.М.

Офіційні опоненти - доктор економічних наук,
професор
Василик О.Д.
- кандидат економічних наук,
доцент
Потій В.З.

Провідна установа Науково-дослідний фінансовий
інститут при Міністерстві фінансів
України

Захист відбудеться 31 " травня 1996 року о 15³⁰ год.
на засіданні спеціалізованої вченої Ради Д.01.53.03 при
Київському державному економічному університеті за адресою :
252057, м.Київ, пр.Перемоги, 54/1, ауд. 214.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Київського
державного економічного університету.

Автореферат розіслано 26

КВІТНЯ 1996р.
І. Стефанюк
АН України

Вчений секретар
спеціалізованої вченої Ради

А.М.Поддерогін

ЛННБ України ім.В.Стефанюка



00754401 (L)

1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Охорона здоров'я народу належить до тих галузей народного господарства, які, в цілому визначаючи рівень добробуту населення країни і ступінь його соціальної захищеності, виступають своєрідним індикатором існуючої політико-економічної ситуації і дуже чутливо реагують на будь-які зміни в суспільстві.

В наш час, кризова ситуація, що склалася в галузі охорони здоров'я, а також докорінні перетворення, що відбуваються в економіці і політиці суспільства в цілому, викликають необхідність і доцільність розробки нових концептуальних підходів до організації та економіки вітчизняної охорони здоров'я. Діючі сьогодні в охороні здоров'я форми господарювання сформувались в умовах панування командно-адміністративної системи управління і відображали її основні риси. Це в сукупності із "залишковим" принципом фінансування галузі, нестачею і неефективністю використання коштів, що виділяються державою, відсутністю економічних стимулів у досягненні високих результатів діяльності медичних установ і лікарів стало основними причинами неефективного функціонування господарського механізму в охороні здоров'я.

В Україні до сьогоднішнього часу різні експерименти по перебудові економіки охорони здоров'я були спрямовані, як правило, лише на досягнення ефекту в розподілі і використанні наявних у галузі коштів. Основним джерелом формування ресурсів охорони здоров'я залишились обмежені кошти бюджету держави. Дана обставина сприяла безперспективності так званої концепції нового господарського механізму в охороні здоров'я.

Відповідно, в даний час перед державою і органами управління охороною здоров'я постає складне завдання розробки концепції реформи галузі, яка б відповідала вимогам сьогодення. Звернення до історичного і сучасного досвіду світової охорони здоров'я є важливим аспектом в розробці стратегії організації медичної допомоги в нашій країні. Крім того, процеси демократизації суспільства, розвиток різних форм власності, переведення економіки країни на ринкові відносини передбачають, що охорона здоров'я виступаючи складовою народногосподарського комплексу буде підпорядкована дії загальних економічних законів. Специфічні якості охорони здоров'я, обмежують, але не зменшують значення економічних засад в розвитку галузі. Завдання держави в сфері охорони здоров'я полягає у створенні такого економічного механізму, який би сприяв стійкому фінансовому забезпеченню галузі, задоволенню потреб населення в необхідній кількості і якості медичних послуг.

Всі ці положення стали визначальними при виборі теми дисертаційного дослідження.

Мета дослідження полягає в теоретичному узагальненні і методологічному обґрунтуванні удосконалення системи фінансового забезпечення охорони здоров'я з переходом на ринкові відносини. В зв'язку з цим визначені такі завдання дослідження:

- виявити місце і роль охорони здоров'я як сфери людської діяльності в житті суспільства;
- проаналізувати основні джерела фінансового забезпечення установ охорони здоров'я і їх трансформацію в сучасних умовах;
- дослідити кошторисний порядок планування і фінансування діяльності медичних установ і дати йому критичну оцінку;

- оцінити підсумки впровадження узагальненого нормативу фінансування на одного жителя;

- проаналізувати досвід організації страхової медицини в ряді економічно розвинутих країн;

- оцінити можливості, межі та механізм впровадження бюджетно-страхової медицини в Україні;

- виявити особливості фінансування охорони здоров'я в умовах переходу до ринкової економіки.

Предметом дисертаційного дослідження є економічні відносини, що виникають і функціонують у процесі формування фінансових ресурсів системи охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження виступили установи охорони здоров'я України і її окремих регіонів (зокрема Тернопільської, Житомирської областей).

Методологічні і теоретичні основи дослідження. В своїй роботі автор керувався теоретико-критичним і порівняльно-аналітичним методами дослідження. Така наукова методологія передбачає теоретичні узагальнення та емпіричні висновки, здобуті на підставі критично-порівняльного вивчення еволюції ідей сукупності фактів та динаміки процесів (у тому числі і в міжнародних зіставленнях) котрі стосуються теорії і практики фінансів охорони здоров'я. Теоретичною базою дослідження виступили праці вітчизняних і зарубіжних вчених економістів і спеціалістів, зокрема: Андрущенко В.Л., Василюк О.Д., Євсєєва В.І., Ольховського А.Б., Кісельова Д.М., Козака В.П., Опаріна В.М., Парія В. Д., Суторміної В.Н., Федосова В.М., Шеймана І.М., Хаймана Д., Хосткоттзе Х.

В роботі також були використані законодавчі і інструктивні матеріали, спеціальна вітчизняна і зарубіжна література, статистична інформація. Робота виконана на основі матеріалів фінансових органів і даних системи охорони здоров'я.

Наукова новизна полягає в теоретичному обґрунтуванні необхідності реформування системи фінансування охорони здоров'я в умовах ринкової економіки, що ґрунтується на принципах медичного страхування населення.

Найбільш суттєві результати, отримані автором, полягають в наступному:

- визначено соціально-економічні аспекти функціонування системи охорони здоров'я;

- дана оцінка системі охорони здоров'я як сфери людської діяльності, що підпорядковується дії основних законів суспільства з ринковою економікою і яка приймає безпосередню участь у створенні суспільного сукупного продукту;

- проведено критичний аналіз діючого порядку планування і фінансування охорони здоров'я із зазначенням досягнень та проблем цього процесу;

- узагальнено недоліки і позитивні моменти практики використання нормативу фінансування на одного жителя;

- визначено передумови і можливості використання зарубіжного досвіду фінансування охорони здоров'я, що ґрунтується на принципах медичного страхування населення;

- обґрунтовано необхідність переорієнтації охорони здоров'я на змішану бюджетно-страхову модель замість переважаючого бюджетного фінансування;

- розроблено конкретні пропозиції по подальшому удосконаленню і підвищенню ефективності роботи медичних установ.

Практична значимість та апробація роботи. Основні положення і висновки дисертаційного дослідження, які підкріплені відповідними даними мають певне теоретичне та практичне значення і можуть бути використані в подальшому реформуванні системи охорони здоров'я в Україні.

Положення дисертаційного дослідження використовуються в учбовому процесі в Тернопільській академії народного господарства при читанні лекцій і проведенні практичних занять з курсу "Державний бюджет".

Результати дисертаційного дослідження знайшли відображення в п'ятих наукових працях загальним обсягом 1,2 др.аркуші.

Структура дисертації. Дисертаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, додатків і списку використаної літератури.

II. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

В дисертації висвітлено три групи проблем.

Перша група проблем пов'язана з висвітленням соціально-економічних та фінансових аспектів охорони здоров'я, з'ясуванням теоретичних засад фінансового забезпечення даної галузі і звідси основних джерел грошових коштів охорони здоров'я.

Розглядаючи ці проблеми, ми трактуємо соціальний і економічний зміст поняття "здоров'я" в умовах впровадження ринкових відносин. Сьогодні все більше і більше усвідомлюється необхідність підходити до здоров'я не просто як до блага, природного дару, а бачити в ньому засіб підтримки і покращення якості людського життя, засіб, який вимагає значних і всезростаючих затрат суспільства.

Стан здоров'я населення виступає інтегрованим показником суспільного розвитку, від нього в значній мірі залежить трудовий і творчий потенціал людей, продуктивність праці і, в підсумку, ефективність всієї системи виробництва та рівень суспільного добробуту. Ось чому у всьому світі надається належна увага розвитку охорони здоров'я. Так в США частка

затрат на розвиток охорони здоров'я у валовому національному продукті становить 13,2% в Швеції - 9,3%, ФРН - 8,1%. В Україні, для порівняння, лише 3%.

Але важливо відзначити, що навіть ці незначні кошти в Україні використовуються недостатньо ефективно. Досягнуті високі показники обсягу і мережі медичного обслуговування не забезпечують достатню якість лікувально-профілактичної роботи. В охороні здоров'я сформована досить нерациональна структура медичних послуг. Інтенсивність використання стаціонарної допомоги в Україні перевищує в три рази цей показник в США, в 3,8 рази в Великобританії, 3,3 у Франції. Строк перебування хворого в стаціонарі у нас 16,6 дня, відповідно в США - 8,6 дня.

Дослідження сучасного стану і основних тенденцій розвитку охорони здоров'я, проведене автором даної роботи дозволяє зробити висновок про те, що до сьогоднішнього дня повного економічного обґрунтування і комплексної оцінки функціонування системи медичної допомоги в нашій країні не проводилось. Міркування щодо внесення тих чи інших змін рідко аргументувалось критеріями економічної доцільності. Ми вважаємо, що стратегія охорони здоров'я повинна відображати об'єктивні економічні закономірності розвитку суспільства, а також соціально-обумовлені стан і тенденції показників здоров'я.

З цих позицій органічно постало питання висвітлення теоретичних засад фінансового забезпечення охорони здоров'я та її ролі як сфери діяльності в соціально-економічній структурі суспільства.

Вирішення цих проблем має суттєві наслідки, оскільки спрощене їх трактування у минулому призводило і призводить до цього часу до фінансування охорони здоров'я, в числі інших

галузей нематеріального виробництва на основі горезвісного "залишкового" методу.

Традиція поділу сфери господарської діяльності на виробничу і невиробничу, праці на продуктивну і непродуктивну було характерною ознакою економічної теорії марксизму, що виступала методологічною основою економічної теорії соціалізму. Важливе методологічне значення мав висновок про те, що результати праці в охороні здоров'я виступають як єдність споживчої вартості і корисності, але не з матеріально-речової сторони, а виключно зі сторони соціально-економічної природи. Суспільна цінність цих результатів праці встановлювалась минаючи товарну форму, безпосередньо у формі корисного ефекту. Охорона здоров'я, як і будь-яка галузь невиробничої сфери, вважалась утриманцем виробничої сфери. Фінансове забезпечення галузі було поставлене у безпосередню залежність від діяльності матеріального виробництва.

Економічна теорія ринкової економіки визнає діяльність в охороні здоров'я як продуктивну. Критерієм характеристики праці як продуктивної, так і непродуктивної, є корисність затрат, що визначається, або не визначається ринком. Поняття "товар" і "послуга" розглядаються як рівноцінні, адекватні поняттю "благо". Вартість товару, як вартість споживання послуг (благ) в рівній мірі є складовими валового національного продукту.

В роботі відзначається, що процес надання медичної послуги, сама медична послуга та відносини між продавцем і покупцем - особливі. Це зумовлюється такими факторами: по-перше, медична послуга є специфічним товаром, загальним благом; по-друге, покупець медичної послуги і виробник (продавець) в процесі купівлі-продажу вступають в не зовсім звичайні для ринку відносини; по-третє, акт купівлі і продажу

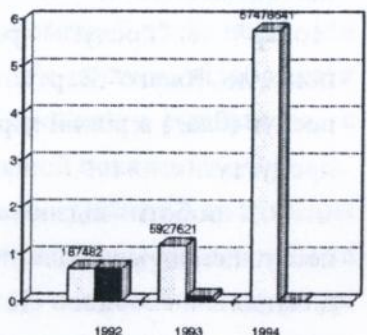
носить невизначений характер. Виходячи з цього, на думку автора, медичні послуги слід віднести до "суспільних товарів", поскільки, головним чином тільки держава може забезпечувати і створювати механізми конкурентно-цінового регулювання, які забезпечують виробництво даних товарів (благ) у розмірах, наближених до суспільно-необхідних.

Отже, не дивлячись на свою специфіку, охорона здоров'я органічно повинна бути інтегрована в загальногосподарський комплекс, теоретичними засадами якого виступають економічні закони ринкової системи. Це дозволить перевести виробництво і споживання медичних послуг в сферу нормальних товарно-грошових відносин і надати цим послугам всі необхідні властивості товару (собівартість, споживна вартість, ціна, конкурентоздатність, якість і т.д.)

В роботі аналізуються основні джерела фінансових ресурсів галузі. До цього часу кошти бюджету виступають основним джерелом асигнувань в охорону здоров'я.

Діаграма 1

За останні три роки вони становили відповідно: 1992р.-187482 млн. крб., 1993р.-5927621 млн. крб., 1994р.-57478641 млн. крб. Якщо ці обсяги бюджетних асигнувань представити в порівняльних цінах 1992 року, то чітко прослідковується тенденція скорочення реальних видатків на медичну допомогу. Наглядно це ілюструється діаграмою 1.



Поряд з бюджетними коштами на медичне обслуговування використовуються і деякі позабюджетні джерела (доходи від укладених договорів про надання медичних послуг, платні послуги і деякі інші поступлення). Суттєвого значення ці джерела не відіграють, оскільки є незначним доповненням до

функціонуючого "безкоштовного" медичного обслуговування. Поступлення від платних послуг в Україні у 1991 році склали 2,9% від усіх доходів в охороні здоров'я, в 1992 році- 0,9%, в 1994 році - 1,2%.

Таким чином, сучасна кризова економічна ситуація в країні, хронічний дефіцит бюджету не дає можливості забезпечити достатнє фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів.

Вирішити цю проблему, на нашу думку, можна за рахунок залучення інших джерел фінансування, використовуючи, зокрема, метод страхової медицини. Страхова медицина передбачає участь громадян, підприємств і організацій у витратах на фінансування охорони здоров'я. Основними джерелами фінансового забезпечення системи охорони здоров'я стають:

- кошти бюджету ;
- відрахування підприємств, установ і інших організацій;
- особисті кошти громадян;
- благодійні внески;
- кредити банку;
- фонди від реалізації цінних паперів;
- інші джерела.

Змішане фінансування, з підключенням нетрадиційних джерел - страхових фондів, зробить фінансове забезпечення галузі більш стійким і гарантованим, дозволить більш гнучко і оперативно реагувати на задоволення суспільних потреб в медичних послугах.

Друга група проблем, що розглядаються в роботі, пов'язана із дослідженням діючої практики планування і використання коштів на охорону здоров'я.

При кошторисному фінансуванні затрати на медичні установи плануються виходячи з кількісних показників діяльності (кількості ліжок, лікарів, лікарських відвідувань і т.д.)

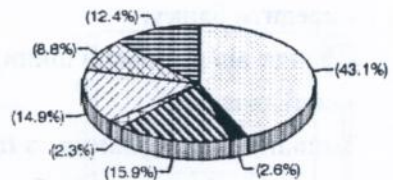
Проведений аналіз кошторисного фінансування медичних установ на прикладі Тернопільської області, дає змогу зробити висновок, що виробничі показники діяльності медичних установ слабо взаємопов'язані з кількістю населення відповідної території. Звідси і значна диференціація коштів на одного жителя в розрізі окремих районів області.

Штучне зростання кадрового потенціалу і ліжкового фонду сприяли відставанню заробітної плати від інших галузей народного господарства, а також зростанню частки заробітної плати в загальній сумі витрат на медичну допомогу і відповідно зменшенню частки затрат на інші змінні фактори.

Структуру видатків на охорону здоров'я по Тернопільській області в 1995 році ілюструє діаграма 2 :

Ст.1 "Фонд зарплати"	-43.1%
Ст.2 "Нарахування на зарплату"-	15.9%
Ст.3 "Канцелярські і господарські затрати "	- 14.9%
Ст.9 "Затрати на харчування" -	8.8 %
Ст.10 "Затрати на медикаменти" -	12.4%
Ст.12 "Придбання твердого інвентаря і обмундируван."	-2.3%
Інші затрати	- 2.6%

Діаграма 2



Якщо характеризувати процес використання бюджетних коштів установами охорони здоров'я, то найгострішою проблемою є їх дефіцит. Фінансування затрат на лікувальні установи здійснюється в міру надходження коштів на рахунки місцевих бюджетів.

Основна частина коштів, як вже відзначалося вище, витрачаються на заробітну плату медичних працівників. Після цього покриваються затрати на господарські, канцелярські затрати, на харчування і медикаменти. Видатки по інших статтях фінансуються, виходячи, з індивідуальних можливостей лікувальних установ і в кошторисах, подекуди навіть не виділяються.

Оцінюючи систему кошторисного фінансування медичних установ, що склалась за радянських часів, не можна не відзначити її простоту і зручність у функціонуванні. Не в останню чергу це є причиною її виживання і в сучасних умовах. Але на сьогодні вона не відповідає вимогам соціально-економічних перетворень. Найбільша слабкість її - в економічній неефективності. Орієнтуючись на кількісні показники діяльності діюча система не відображає якісну сторону роботи медичних закладів.

В роботі проведено аналіз практики використання узагальненого нормативу видатків на одного жителя при запровадженні так званого нового господарського механізму. Метою експерименту було підвищення якості і розширення доступності медичної допомоги населенню шляхом більш раціонального та ефективного використання ресурсів охорони здоров'я на основі економічної зацікавленості медичних установ і працівників в кінцевому результаті діяльності - стану здоров'я населення.

Підсумовуючи результати проведеного експерименту (на прикладі лікувальних установ Житомирської області), ми можемо відзначити, що це була перша спроба відходу від традиційно адміністративних методів управління і суттєве розширення прав трудових колективів. Стало можливим більш раціональне витрачання коштів шляхом удосконалення

структури медичної допомоги, зміни функцій окремих ланок. Вперше вдалося одержати позитивну динаміку в русі медичних кадрів, стримати зростання чисельності лікарських посад, об'єктивно оцінити працю медичних працівників з диференційованим матеріальним стимулюванням.

Однак експеримент не усунув основних недоліків існуючої централізованої системи охорони здоров'я. Він підтвердив замкнутість і обмеженість ринку послуг охорони здоров'я, поскільки госпрозрахункова модель по суті стала способом перерозподілу бюджетного фінансування. Залишилися традиційні джерела надходження коштів, в першу чергу це бюджетні асигнування, також доходи від договорів з підприємствами про надання медичних послуг, сфера традиційних платних послуг. Практично не відбулося господарського розмежування поліклінік і стаціонарів з передачею всіх фінансових коштів поліклінікам з розрахунку на душу населення, а звідси не спрацював взаємовигідний зв'язок між ними у вигляді контролю за якістю лікування хворих. Незалежності, господарської, правової самостійності, захищеності установам даної галузі в умовах фінансування за узагальненим нормативом явно не вистачало. Відсутня конкуренція і, відповідно, немає жорсткої необхідності в швидких і ефективних перетвореннях.

Узагальнюючи вищезазначене, слід зауважити, що впровадження досвіду узагальненого нормативу витрат на одного жителя підтвердило, що основні причини кризового стану охорони здоров'я знаходяться за межами галузі, тому не можна обмежуватися частковими і внутрігалузовими змінами. Необхідні докорінні перетворення, які стосуються всієї національної економіки. Практика впровадження нового господарського механізму була логічним і необхідним етапом переходу до

страхової медицини і включення охорони здоров'я в ринкові відносини.

Третя група проблем пов'язана з використанням досвіду фінансування охорони здоров'я в країнах ринкової економіки з визначенням основних напрямків впровадження бюджетно-страхової медицини в Україні.

В практиці світової охорони здоров'я накопичений значний досвід організації медичної допомоги. Умовно виділяють три групи систем:

- перша група включає державні, або так звані національні системи охорони здоров'я, що охоплюють все населення країни і надають медичну допомогу з бюджету. Такі системи функціонують наприклад у Великобританії, Ірландії, Італії, Швеції та ін.

- друга група об'єднує системи, що побудовані за принципом соціального страхування. Вони фінансуються на трьохсторонній основі - цільовими внесками підприємців і робітників, а також субсидіями держави з загальних або спеціальних бюджетних поступлень. Такі системи діють в ФРН, Франції, Канаді, Нідерландах і інших країнах.

- третя група - це приватні системи, що базуються на особистій участі населення в оплаті діагностики і лікування. Така система діє в США.

З позицій завдань, що стоять в наш час перед вітчизняною охороною здоров'я, системи соціального страхування, на нашу думку, представляють найбільший інтерес.

Перш за все слід підкреслити, що введення нової системи, що базується на принципах страхування і має ряд переваг, не усуває основного досягнення існуючої в нашій країні державної системи охорони здоров'я, а саме: загальнодоступність медичної допомоги для всіх категорій населення. Важливою перевагою

пропонованої системи медичного страхування є те, що вона забезпечує цільовий характер формування фондів охорони здоров'я. Це гарантує більш вагомій позиції галузі в системі суспільних пріоритетів і дозволяє подолати ще існуючий "залишковий" принцип фінансування галузі.

Децентралізація фінансування розширює можливості залучення додаткових коштів, оскільки передбачає задоволення місцевих потреб. Загальна солідарність в рамках всієї країни, доповнюється груповою і регіональною солідарністю. Децентралізація системи створює умови для демократичного контролю за станом охорони здоров'я, підвищення відповідальності територіальних органів управління.

Досвід існування страхової медицини був і в Україні. Страхова медицина пройшла два етапи становлення і розвитку: дореволюційний (70-ті роки 19 століття - 1917р). і першого десятиріччя радянської влади (1921 - 1929 рр). кожен з яких мав свої особливості.

На першому етапі в Україні була створена фабрично - заводська медицина, проявом якої стало створення лікарняних кас, що до цього часу існують в Німеччині і інших країнах Європи. Джерелами фінансування страхової медицини, що здійснювалися через лікарняні каси, були в основному, фонди соціального страхування із внесків промисловців, самих працюючих - членів кас, а також поступлення від страхових товариств.

Другий етап становлення страхової медицини пов'язаний з переходом України до "нової економічної політики". Ринкові відносини, що зароджувались примушували і охорону здоров'я пристосовуватися до їх законів. Бюджет охорони здоров'я складався з чотирьох основних джерел: державних асигнувань, коштів місцевого бюджету, страхового фонду медичної допомоги

і інших поступлень. З 1927 року страхова медицина була ліквідована і з того часу аж до сьогодні у нас закріпилась централізована система охорони здоров'я.

Виходячи з недоліків діючої в Україні системи організації і фінансування охорони здоров'я населення, а також у відповідності з вимогами часу, ми вважаємо за доцільне здійснити фінансово-економічну реформу в галузі в наступних напрямках:

- забезпечити оптимальне поєднання бюджетних і позабюджетних джерел фінансування;

- децентралізувати і демонополізувати системи нагромадження і використання коштів охорони здоров'я, що дозволить більш ефективно реагувати на структурні зміни в медичному обслуговуванні, враховуючи регіональні особливості;

- ввести цільовий характер фінансування і використання коштів галузі;

- запровадити економічні методи і принципи господарювання в практику роботи установ охорони здоров'я;

- демократизувати вітчизняну систему охорони здоров'я, відкрити її для громадського контролю за якістю медичної допомоги;

Світова практика і власний історичний досвід показує, що реалізація вищезазначених положень в механізм господарювання галузі в максимальній мірі може бути забезпечена завдяки впровадженню принципів страхування. Завдання полягає у виборі найбільш прийнятної для нашої країни програми медичного страхування. Перебудова системи охорони здоров'я України повинна здійснюватися з врахування сучасної ситуації в галузі, відповідати інтересам усіх соціальних верств населення.

Важливе значення в розумінні суті медичного страхування має зміст страхових програм і розмежування видів страхування на обов'язкове і добровільне. Ми розглядаємо медичне страхування (в його обов'язковій формі) як вид соціального страхування, що базується на принципах громадської солідарності. Будучи обов'язковим для всього населення, медичне страхування забезпечує загальнодоступність медичної допомоги для всіх громадян незалежно від віку, статі, соціального статусу, надає рівні права для всіх застрахованих в отриманні медичних послуг, гарантує надання медичної допомоги не нижче суспільно необхідного рівня.

Реформа в охороні здоров'я передбачає поряд з обов'язковим медичним страхуванням одночасний розвиток і добровільних страхових програм. Добровільне медичне страхування забезпечує застрахованим одержання додаткових медичних послуг понад встановлені програмами обов'язкового медичного страхування.

Розвиток системи медичного страхування означає новий розподіл функцій а також і зміни у співвідношенні між бюджетними і позабюджетними джерелами фінансування при децентралізації коштів на користь територіальних програм. Фінансові пропорції між центром і територіями повинні визначатися, на нашу думку, виходячи з розподілу функцій між ними у справі забезпечення своєчасної, якісної і загальнодоступної медичної допомоги населенню.

Кошти бюджету будуть акумулюватися в загальних фондах організації медичної допомоги і використовуватися поряд з виконанням загальнодержавних і територіальних програм охорони здоров'я на обов'язкове страхування соціально незахищених категорій населення, а також працівників бюджетних установ.

Основним каналом залучення позабюджетних коштів стають територіальні фонди медичного страхування, що забезпечують медичне страхування всього працюючого населення.

Важливою умовою організації системи охорони здоров'я при переході до ринку є її багатукладність. Це проявляється в паралельному функціонуванні економічно і юридично самостійних медичних установ, які організують свою діяльність на основі різних форм власності (державній, колективній, приватній). Тому, регулювання і управління такою змішаною системою повинно здійснюватись при умові гнучкого поєднання ринкового саморегулювання та централізованого державного керівництва.

Розвиток багатукладної системи охорони здоров'я буде сприяти створенню ринку медичних послуг, котрий забезпечує взаємозв'язок "виробників і споживачів" медичних послуг, обов'язковою умовою якого є впровадження економічних методів господарювання в практику роботи медичних установ.

Як відомо, держава, підприємства і громадяни на трьохсторонній основі формують фонди страхової медицини. Необхідною умовою функціонування страхової медицини є обов'язковість страхових внесків з боку держави та юридичних осіб. Дана умова забезпечує певну гарантованість та регулярність надходжень грошових коштів, створюючи тим самим можливість планування медичної допомоги, включаючи і профілактику.

Розмір страхового внеску по програмах обов'язкового медичного страхування встановлюється у вигляді нормативу в процентах до фонду оплати праці. Вважаємо за доцільне відшкодувати ці затрати за рахунок собівартості продукції.

Розмір ставки на початковому етапі реформування галузі, на нашу думку, слід встановити єдиний для всієї країни, як в

ІНБ ім. В.Степанова
МІУ України

подальшому, при створенні необхідних соціально-економічних умов, базова ставка повинна бути диференційована за територіальним і галузевим принципами. Особливу увагу слід звернути на організацію здійснення розрахунків з медичними установами за надання послуг застрахованим громадянам. Вважаємо за доцільне цю функцію надати територіальним фондам медичного страхування.

В зв'язку з цим виникає також окрема проблема створення механізму ціноутворення на медичні послуги. Враховуючи реалії сьогодення, коли ціни лише на деякі медичні послуги (і то в межах традиційних платних медичних послуг) можуть формуватись на основі балансу попиту і пропозиції, рівень цін на переважну частину лікувально-профілактичної допомоги повинен регулюватися державою.

При здійсненні розрахунків з лікувально-профілактичними установами, вважаємо за доцільне, проміжну участь в оплаті затрат за надані послуги самими пацієнтами, з послідуєчим відшкодуванням усіх затрат з фонду медичного страхування. Цей захід сприятиме формуванню економічно відповідального відношення громадян до свого здоров'я.

На основі вивчення матеріалів та проведеного дослідження теоретичних і практичних аспектів діяльності установ охорони здоров'я автор прийшов до **наступних висновків:**

- аналіз сучасного стану і основних тенденцій розвитку охорони здоров'я дає змогу зробити висновок про те, що охорона здоров'я на сучасному етапі неспроможна забезпечити населення відповідним рівнем медичних послуг, суттєве значення в цьому відіграють малоефективні методи фінансування галузі;

- в умовах ринкової економіки охорона здоров'я рівноцінна галузь діяльності серед галузей економіки, яка приймає

безпосередню участь у створенні валового національного продукту;

- суттєвим недоліком існуючого бюджетного фінансування, є використання кількісних показників діяльності;

- радикальна реформа галузі на принципах страхової медицини дає змогу розширити джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я в напрямку їх зростання за рахунок нетрадиційних коштів - страхових фондів;

- основним напрямом залучення коштів повинні стати територіальні фонди медичного страхування, як незалежні спеціалізовані страхові організації;

- доцільно, на нашу думку, кошти медичного страхування об'єднати з коштами фонду соціального страхування, що направляються на виплату допомог по тимчасовій непрацездатності;

- медичні послуги повинні надаватися установами різної форми власності, основна частина яких має функціонувати за типом некомерційних установ;

- в основу фінансування медичних установ доцільно закласти механізм попередньої оплати на основі медико-економічних стандартів або клініко-статистичних груп;

- при відшкодуванні затрат лікувально-профілактичним установам, пропонуємо паралельно використовувати наступні системи оплати медичних послуг: "за пацієнта" і "за послугу".

- слід зміцнити первинну ланку медичної допомоги і підвищити авторитет лікарів загальної практики.

Реалізація вищезазначених пропозицій у практику фінансування охорони здоров'я, за нашим переконанням, буде сприяти як соціально-спрямованому так і ефективному розвитку галузі, а в кінцевому підсумку покращенню справи охорони здоров'я громадян незалежної Української держави.

III. ПУБЛІКАЦІ АВТОРА ПО ТЕМІ ДИСЕРТАЦІЇ

1. До питання покращення фінансового забезпечення лікувальних установ // В зб.: Проблеми розбудови державності України.- Тернопіль 1993.-0,3 др.а.(у співавт.: автором підготовлено 0,2 др.а.: проаналізовано основні джерела фінансових ресурсів системи охорони здоров'я).

2. Аналіз структури тарифів в медичному страхуванні і шляхи її можливих змін // Тези доповідей науково-практичної конференції "Організація бухгалтерського обліку, аналізу і контролю в умовах переходу до ринкової економіки".- Тернопіль ,1993. -0,3 др.а.(у співавт.: автором підготовлено 0,2 др.а.: фінансове обґрунтування розмірів тарифів в медичному страхуванні).

3. Іноземний досвід оплати медичних послуг і можливості його використання в Україні // Тези міжнародної наукової конференції "Молода Україна - нові можливості".- Тернопіль , 1994 - 0,3 др.а.

4. Підвищення ефективності системи охорони здоров'я в умовах створення основ ринкової економіки // В збірнику наукових праць "Фінансові аспекти ринкового господарства : теорія та практика .- Тернопіль, 1995 - 0,2 др.а.

5. Фінансові аспекти системи охорони здоров'я // В зб.: Фінансові проблеми економіки перехідного типу .- Тернопіль, 1996 - 0,3 др.а.

Радь И.О. *Финансовое обеспечение здравоохранения в условиях создания основ рыночной экономики.*

Диссертацией является рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук по специальности 08.04.02 - Государственные финансы и налоги.

Тернопольская академия народного хозяйства .

Тернополь - 1996

В диссертации рассмотрены социально-экономические и финансовые аспекты функционирования системы здравоохранения. Раскрыты основные источники финансового обеспечения отрасли. Проведен критический анализ действующего порядка планирования и использования ресурсов лечебных учреждений. Исследованы возможности использования зарубежного опыта финансирования здравоохранения на принципах медицинского страхования и обоснованы основные направления развития данной отрасли в Украине.

Ключові слова: система охорони здоров'я, бюджетні асигнування, видатки бюджету, комп'ютерне фінансування, страхова медицина, медичне страхування, страхові фонди, фінансові ресурси.

Rud I.O. *The Financial Provision of Health Services in the Conditions of Creation of the Market Economy Bases.*

The Dissertation is the manuscript.

The Dissertation is submitted for a Doctor's degree (Economics, speciality 08.04.02 - State finances and taxes).

Тернопіль Академія Національної Економіки.

Тернопіль, 1996.

In the dissertation the socio-economical and financial aspects of the functioning of the health services system are examined. The main sources of the financial provision of the branch are revealed. The critical analysis of the existing order of planning is carried out as well as the usage of the resources of medical establishments is conducted. The possibilities of using the foreign experience of financing the health services on the principles of medical insurance are established and the main trends of development of the given branch in Ukraine are motivated.

Key words: health services system, budget allocations, budget expenses, estimated financing, medical insurance, insurance funds, financial resources.

115391

AB 34.645

AB 34.645

Під до друк 17.04.96 р. Зам.1

Тираж 100 прим.; ТАНГ. принт 1,0 обл. - вид. арк.

Тернопіль, 1996.