

УДК 614.2.001.73:336(083.94)

М.В. Шевченко

Реалізація пілотного проекту (об'єднання фінансових ресурсів, розмежування фінансових ресурсів за видами медичної допомоги): переваги та ризики

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2014.4(60):10–13;doi10.15574/PP.2014.60.10

Мета — оцінити запровадження нових фінансово-економічних механізмів у пілотних регіонах, зокрема, створення більш потужних фінансових «пулів», розмежування видатків за видами медичної допомоги та можливість поширення набутого досвіду на систему охорони здоров'я в Україні.

Матеріали та методи. У процесі проведення дослідження проаналізовано положення відповідних нормативно-правових актів, дані моніторингу комплексу показників для проведення оцінки реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах. Використано аналітичний та порівняльний методи.

Результати. Встановлено, що об'єднання фінансових ресурсів на рівні обласного бюджету дало змогу забезпечити принцип екстериторіальності, рівного доступу спеціалізованої медичної допомоги, сформувати більш потужні фінансові пули для забезпечення рівня гарантій для населення. Зокрема, у Дніпропетровській області забезпечено 100-відсоткове фінансування невідкладної допомоги, збільшено на 46,3% фінансування забезпечення пільгових категорій населення безоплатними лікарськими засобами за рецептами лікарів, приведено видатки на медикаменти та харчування до єдиних нормативів і зростання їх більше ніж у 2 рази.

Фінансування за скороченою економічною класифікацією видатків на рівні розпорядників нижчого рівня дало змогу фінансувати заклади охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу в пілотних регіонах за двома кодами економічної класифікації видатків. Це дозволило спростити та зменшити документообіг в закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу; прискорити оплату платіжних доручень в органах Державної казначейської служби України, підвищити оперативність внесення змін до розпису асигнувань за розпорядниками нижчого рівня, спростити порядок перерозподілу бюджетних коштів у частині внесення змін до планів використання бюджетних коштів; самостійно визначати першочерговість платежів.

Висновки. Концентрація на рівні обласного бюджету фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів юридично дає змогу забезпечити маршрутизацію пацієнта відповідно до потреби за напрямом надання медичної допомоги, реалізацію єдиних підходів у фінансуванні закладів, виділення першочергових заходів, зменшення фінансових ризиків для пацієнтів. Використання порядку фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у закладах охорони здоров'я незалежно від виду медичної допомоги є позитивною новацією і може бути поширено на заклади охорони здоров'я незалежно від виду медичної допомоги на всій території України.

Ключові слова: об'єднання фінансових ресурсів, фінансові пули, скорочена класифікація видатків, розмежування.

Вступ

Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI визначено такі фінансово-економічні механізми для забезпечення реформування системи охорони здоров'я пілотних регіонів:

- перерозподіл ресурсів між закладами охорони здоров'я пілотних регіонів, що надають первинну медико-санітарну (ПМСД), вторинну (спеціалізовану) (ВМД), третинну (високоспеціалізовану) (ТМД) та екстрену медичну допомогу (ЕМД) на території зазначених регіонів;
- розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги [9].

Створення більш потужних фінансових «пулів» для систем охорони здоров'я забезпечує об'єднання зусиль у покритті фінансових ризиків, пов'язаних із діяльністю служб охорони здоров'я. Створення пулів зменшує відчуття невизначеності як у громадян, так і надавачів медичних послуг (закладів охорони здоров'я). Збільшуючи і стабілізуючи потребу в руху ресурсів, пули можуть збільшувати вірогідність того, що пацієнти зможуть користуватися послугами, а надавачі — підтверджувати нові інвестиції для забезпечення надання більшого обсягу послуг [2, с. 108–109]. Також ця теза підтверджується і даними результатів досліджень, опублікованих у доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2010 рік «Фінансування систем охорони здоров'я. Шлях до загального охоплення населення медико-санітарною допомогою», де вказано, що «... консолідація пулів з самого початку реформування повинна

бути частиною стратегії. Існування чисельних пулів не є ефективним, оскільки вони дублюють один одного, це збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити єдиний пул, у рамках якого можливо було б вирівнювати ризики» [11, с. 88, 89].

Мета роботи — оцінити запровадження нових фінансово-економічних механізмів у пілотних регіонах, зокрема, створення більш потужних фінансових «пулів», розмежування видатків за видами медичної допомоги та можливість поширення набутого досвіду на систему охорони здоров'я в Україні.

Матеріали та методи дослідження

У процесі проведення дослідження використано аналітичний та порівняльний методи. При проведенні дослідження використано положення відповідних нормативно-правових актів, якими врегульовувалися питання запровадження відповідних новацій, дані моніторингу комплексу показників для проведення оцінки реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах [7, 10].

Результати дослідження та їх обговорення

Концентрація бюджетних коштів для надання ПМСД на рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення, коштів на надання ВМД, ТМД та ЕМД — на рівні обласних бюджетів пілотних регіонів (крім м. Києва) законодавчо врегульована ст. 89–90 Бюджетного Кодексу об'єднання бюджетних коштів для надання

ПМСД на рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення, коштів на надання ВМД, ТМД та ЕМД — на рівні обласних бюджетів, однак термін дії цієї норми закінчується 31.12.2014 р., що, своєю чергою, потребує термінового прийняття рішення щодо фінансування вже реорганізованих закладів охорони здоров'я, які надають ПМСД і ВМД.

У Дніпропетровській області в рамках реформи системи охорони здоров'я здійснено структурно-функціональне розмежування між ПМСД та ВМД: створено і функціонує 53 центри ПМСД — юридичні особи з мережею підпорядкованих структурних підрозділів, наближених до місць проживання населення, майнові комплекси закладів, які надають ВМД, передано у власність громад області і відповідно фінансування на обласний бюджет.

У Вінницькій області створено і функціонує 33 центри ПМСД — юридичні особи, райони передали свої заклади ВМД на обласний рівень (за винятком м. Вінниця, м. Ладижин, Немирівський район області — заклади, які розташовані на цих територіях фінансуються шляхом передачі субвенцій з обласного бюджету за механізмом, передбаченим ст. 101 Бюджетного Кодексу України). У Донецькій області створено і функціонує 72 центри ПМСД — юридичні особи, в цілому в області не відбулось передачі закладів ВМД на обласний рівень, у результаті ці заклади фінансуються шляхом передачі субвенцій з обласного бюджету за механізмом, передбаченим ст. 101 Бюджетного Кодексу України. Для м. Києва — питання об'єднання фінансових ресурсів не було актуальним, оскільки вся система надання як ПМСД, так і ВМД та ЕМД фінансується з міського бюджету. Відбулося розмежування ПМСД і ВМД шляхом створення 28 центрів ПМСД (9 у пілотних районах (Дніпровський та Дарницький райони столиці) та 19 в інших 8 районах), 13 консультативно-діагностичних центрів (КДЦ) — 2 КДЦ для обслуговування виключно дитячого населення, 2 — виключно дорослого населення, 9 — для обслуговування як дорослого, так і дитячого населення.

Здійснити оцінку об'єднання фінансових ресурсів на надання ВМД, ТМД і ЕМД можна лише на прикладі Дніпропетровської області, оскільки лише в ній здійснено «чистий експеримент», коли відбулося не тільки організаційне, але й фінансове розмежування. У Вінницькій області ці положення, як зазначалося вище, не були 100-відсотково здійснені у зв'язку з низкою причин, не пов'язаних лише з питаннями охорони здоров'я, але і з передачею майнових комплексів на рівень громад області, в окремих моментах це стосувалося і окремого бачення керівників, які представляли інтереси громад щодо питання розмежування та об'єднання ресурсів. Також певний вплив мали недостатність комунікаційної політики щодо запровадження більш потужних джерел фінансування, переваг і можливих ризиків для окремої території чи громади.

Якщо відзначати позитивні аспекти, то, враховуючи «чистоту» відпрацювання цих новацій, це можна зробити, проаналізувавши досвід Дніпропетровської області. Об'єднання фінансових ресурсів на рівні обласного бюджету дало змогу забезпечити принцип екстериторіальності, рівного доступу спеціалізованої медичної допомоги, сформувавши більш потужні фінансові пули для забезпечення рівня гарантій для населення, у т.ч. для поліпшення забезпечення лікарськими засобами та харчуванням хворих, які знаходилися на лікуванні. Зокрема, забезпечено 100-відсоткове фінансування невідкладної допомоги, збільшено на 46,3% фінансування забезпечення пільгових категорій населення безоплатними лікарськими засобами за рецептами лікарів — з 19,2 млн грн у 2011 р. до 33,9 млн грн у

2013 р., приведено видатки на медикаменти та харчування до єдиних нормативів і збільшення їх більше ніж у 2 рази (видатки на медикаменти зросли з 43,4 млн грн у 2011 р. до 78,2 млн грн; на харчування — відповідно з 24,1 млн грн до 43,2 млн грн).

Об'єднання фінансових ресурсів на обласному бюджеті для фінансування надання ВМД незалежно від адміністративної території дало змогу забезпечити видатки на лікарські засоби для лікування одного хворого в день у реанімаційних відділеннях на рівні 60 грн, хірургічних — 10–25 грн, пологових — 18 грн, терапевтичних — 5–7 грн, патології новонароджених — 50 грн (для порівняння до об'єднання ці витрати в середньому становили 1,5–3 грн). Видатки на харчування також приведено до єдиних нормативів незалежно від адміністративно-територіальної одиниці.

Розпочався процес виваженої концентрації матеріально-технічних і кадрових ресурсів на рівні більш потужних лікарень, що сприяє запровадженню сучасних медичних технологій, збільшилася чисельність пролікованих хворих із території обслуговування, зросла кількість малоінвазивних методів оперативного втручання, що, своєю чергою, вплинуло на зменшення середнього терміну перебування хворого на лікуванні.

Незважаючи на позитивні аспекти щодо створення більш потужних фінансових пулів, на сьогодні існує беззаперечний ризик втрати відпрацьованих позицій щодо забезпечення розмежування фінансування за видами надання медичної допомоги після 31.12.2014 р. Якщо питання не будуть вирішені в частині або продовження експерименту, або прийняття іншого рішення на законодавчому рівні необхідно буде повернути заклади охорони здоров'я, що надають ВМД (лікарні широкого профілю, пологові будинки, поліклініки, загальні стоматологічні поліклініки), у власність міст і районів Дніпропетровської та Вінницької областей. Це стосується і проведення сесій обласної, міських та районних рад для прийняття зворотного рішення щодо майнових комплексів, проведення перереєстрації в державного реєстратора, фондах соціального страхування, податкових органах, органах статистики та державної казначейської служби, внесення зміни в статутні документи, отримання нових ліцензій на медичну практику, забезпечення перереєстрації транспортних засобів, здійснення виплати коштів медичним працівникам і керівникам за невикористані відпустки.

Усі ці заходи потребують відповідних коштів, що не передбачено в бюджеті на поточний рік, і, враховуючи складну фінансово-економічну ситуацію в країні та запровадження режиму економічного і раціонального використання державних коштів [1], такі витрати можуть бути віддані на «відкуп» керівників і колективів закладів. Крім того, підготовка і проведення сесій потребує певного часу, що може творити правовий вакуум у функціонуванні цих закладів і, як результат, матиме негативний вплив на доступність і якість медичної допомоги населенню.

Визначення в пілотних регіонах обсягу видатків за рівнями місцевих бюджетів на охорону здоров'я: на ПМСД, ВМД, ТМД та ЕМД для формування показників проектів бюджетів врегульовано положеннями постанови Кабінету Міністрів України від 08.12.2010 р. № 1149 «Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів» [5]. Для дотримання єдиних підходів при проведенні розподілу обсягу видатків між закладами охорони здоров'я в пілотних регіонах за видами медичної допомоги, яка ними надається, розроблено відповідну Методику, затверджену наказом МОЗ України від 15.05.2013 р. № 373 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20.06.2013 р. за № 1044/23576) [8]. Положеннями цієї Методики визначено Порядок прове-

дення розрахунку обсягу видатків між видами медичної допомоги як у пілотних, так і непілотних регіонах.

Також врегульовано питання чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування і забезпечення єдиного підходу до всіх учасників бюджетного процесу з точки зору виконання бюджету [6].

Однак при запровадженні цієї новації виник ризик незабезпеченості видатків на заробітну плату працівників закладів охорони здоров'я, що надають ВМД та ЕМД (особливо це важливо для міст Дніпропетровської та Донецької областей). Це пов'язано як з формуванням оптимальної штатної чисельності в центрах ПМСД, так і з наявністю існуючої мережі закладів охорони здоров'я, які надають ВМД. Значна частина вузьких спеціалістів залишилася у центрах ПМСД і формує їх штатний розпис і відповідно видатки на виплату заробітної плати з нарахуванням, які мають найбільшу питому вагу в загальній сумі видатків на охорону здоров'я, що, своєю чергою, спричиняє «відтік» частини видатків на надання ВМД.

На рівні пілотних регіонів відпрацьовано фінансування за скороченою економічною класифікацією видатків бюджету для надання гнучкості у використанні фінансових ресурсів внесено зміни до нормативних актів [3, 6]. Це дозволило фінансувати заклади охорони здоров'я, які надають ПМСД у пілотних регіонах за двома кодами економічної класифікації видатків: КЕКВ 2282 (до 01.01.2013 р. — 1172) «Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку» та КЕКВ 3210 (до 01.01.2013 р. — 2410) «Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)». Перевагами такого фінансування стало: спрощення та зменшення документообігу в центрах ПМСД; прискорення оплати платіжних доручень в органах Державної казначейської служби України; підвищення оперативності внесення змін до розпису асигнувань за розпорядниками нижчого рівня; спрощення порядку перерозподілу бюджетних коштів у частині внесення змін до планів використання бюджетних коштів; можливість самостійно визначати першочерговість платежів. Недоліками — необхідність ведення подвійного обліку на рівні фінансово-економічних служб Департаментів охорони здоров'я облдержадміністрацій, оскільки облік видатків і звітність продовжує здійснюватися за повним переліком кодів економічної класифікації видатків, і лише помісячний розпис здійснюється на основі скороченої економічної класифікації видатків бюджету в закладах охорони здоров'я. На сьогодні ця норма з 01.01.2014 р. [3] була поширена на порядок фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у закладах охорони здоров'я пілотних регіонів, які надають ВМД та ЕМД; закладах охорони здоров'я, що надають ПМСД на всій території України. Однак на сьогодні існує ризик відміни цього положення за ініціативою Міністерства фінансів України.

Це може привести до повернення до фінансування за кошторисами, які включають всі коди економічної класифікації видатків і знищення тих переваг, які вже реально були відчутними для керівників і працівників фінансово-економічних служб на рівні розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня.

Висновки

1. Досвід Дніпропетровської області свідчить, що концентрація на рівні обласного бюджету фінансових, кадрових та матеріальних ресурсів дала змогу юридично забезпечити маршрутизацію пацієнта відповідно до потреби за напрямом надання медичної допомоги, реалізацію єдиних підходів у фінансуванні закладів, виділення першочергових заходів (реанімаційна допомога, спеціалізована хірургічна допомога, перинатальна допомога тощо).

2. У разі скасування положень ст. 90 Бюджетного Кодексу щодо об'єднання фінансових ресурсів на обласному бюджеті для фінансування надання ВМД буде порушено принцип екстериторіальності, оскільки лікування пацієнта, в закладі охорони здоров'я, який розміщено на іншій адміністративно-територіальній одиниці, потребуватиме передачі відповідних коштів у вигляді міжбюджетних трансфертів, тобто практично буде повернуто практику отримання спеціалізованої допомоги тільки за місцем проживання та поновлення принципу госпіталізації/консультування «за домовленістю» коштом пацієнта. Ще одним із ризиків може стати нерівномірність фінансування закладів охорони здоров'я, оскільки спроможність бюджетів різна.

3. У результаті аналізу встановлено наявність недосконалого механізму розподілу бюджету між ПМСД і ВМД, необхідно відкоригувати величину коефіцієнта при визначенні обсягу видатків для бюджетів міст обласного значення на надання ПМСД (на сьогодні $K=0,28$). Можливим варіантом вирішення може стати перегляд коефіцієнтів коригування для ПМСД, які включено до Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним і місцевими бюджетами, особливо для міст обласного значення, та вирішення питання щодо залишення певної частини коштів в обласному бюджеті в якості резерву для вирівнювання потреб у фінансових з урахуванням особливостей існуючої мережі закладів охорони здоров'я.

4. Використання порядку фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у закладах охорони здоров'я незалежно від виду медичної допомоги є позитивною новацією і може поширюватися на заклади охорони здоров'я незалежно від виду медичної допомоги на всій території України.

Перспективи подальшого розвитку в даному напрямку полягають у супроводі поширення позитивного досвіду системи фінансування охорони здоров'я в Україні та розробці пропозицій щодо їх нівелювання.

ЛІТЕРАТУРА

- Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (у редакції від 12.04.2014): постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2010 р. № 1149 [Електронний документ]. — Режим доступу: [%D0%BF/card6#Public](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1149—2010). — Назва з екрана.
- Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.: системы здравоохранения: улучшение деятельности / Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 2000. — С. 108—109.
- Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ: постанова Кабінету Міністрів України від 08.02.2012 № 86 [Електронний документ]. — Режим доступу: [%D0%BF](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/228—2002—%D0%BF). — Назва з екрана.
- Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ: постанова Кабінету Міністрів України від 19.06.2013 р. № 465

- [Электронный документ]. — Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/465-2013-%D0%BF>. — Назва з екрана.
5. Про економію державних коштів та недопущення втрат бюджету: постанова Кабінету Міністрів України від 01.03.2014 р. № 65 [Электронный документ]. — Режим доступа: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/65-2014-%D0%BF>. — Назва з екрана.
 6. Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету : наказ Міністерства фінансів від 12.03.2012 р. № 333 (зарєєстрований у Міністерстві юстиції України 27.03.2012 р. за № 456/20769) [Электронный документ]. — Режим доступа: http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/article%3Fart_id=334248&cat_id=285157 — Назва з екрана.
 7. Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах: наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 507 [Электронный документ]. — Режим доступа: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_507.html — Назва з екрана.
 8. Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги : наказ МОЗ України від 15.05.2013 р. № 373 (зарєєстрований у Міністерстві юстиції України 20.06.2013 р. за №1044/23576) [Электронный документ]. — Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1044-13>. — Назва з екрана.
 9. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI // Відомості Верховної Ради України. — 2012. — № 12/ № 12—13. — С. 552.
 10. Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 11.06.2013 р. № 494 [Электронный документ]. — Режим доступа: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130611_0494.html. — Назва з екрана.
 11. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage / Всемирная организация здравоохранения. — Geneva, 2010. — С. 88—89.

Реализация пилотного проекта (объединение финансовых ресурсов, размежевание финансовых ресурсов за видами медицинской помощи): преимущества и риски

М.В. Шевченко

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель — осуществление оценки внедрения новых финансово-экономических механизмов в пилотных регионах, в частности, создание более мощных финансовых «пулов», размежевание расходов по видам медпомощи и возможность распространения приобретенного опыта на систему здравоохранения в Украине.

Материалы и методы. В процессе проведения исследования проанализированы положения соответствующих нормативно-правовых актов, данные мониторинга комплекса показателей для проведения оценки реформирования системы здравоохранения в пилотных регионах. Использованы аналитический, сравнительный методы.

Результаты. Установлено, что объединение финансовых ресурсов на уровне областного бюджета позволило обеспечить принцип экстерриториальности, равного доступа специализированной медпомощи, сформировать более мощные финансовые пулы для обеспечения уровня гарантий для населения. В частности, в Днепропетровской области обеспечено 100-процентное финансирование неотложной помощи, увеличено на 46,3% финансирование обеспечения льготных категорий населения безвозмездными лечебными средствами за рецептами врачей, приведены расходы на медикаменты и питание к единым нормативам и увеличение их более чем в 2 раза.

Финансирование по сокращенной экономической классификацией расходов на уровне распорядителей низшего уровня позволило финансировать учреждения здравоохранения, которые предоставляют первичную медицинскую помощь в пилотных регионах за двумя кодами экономической классификации расходов. Это позволило упростить и уменьшить документооборот в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют первичную медицинскую помощь; ускорить оплату платежных доверенностей в органах Государственной казначейской службы Украины, повысить оперативность внесения изменений в росписи ассигнований по распорядителям низшего уровня, упростить порядок перераспределения бюджетных средств в части внесения изменений в планы использования бюджетных средств; самостоятельно определять первоочередность платежей.

Выводы. Концентрация на уровне областного бюджета финансовых, кадровых и материальных ресурсов юридически позволяет обеспечить маршрутизацию пациента по направлениям оказания медицинской помощи, реализацию единых подходов в финансировании учреждений здравоохранения, выделение первоочередных мер, уменьшение финансовых рисков для пациентов. Использование порядка финансирования по двум кодам экономической классификации расходов в учреждениях здравоохранения независимо от вида медпомощи является положительной новацией и может распространяться при дальнейшем реформировании системы здравоохранения Украины.

Ключевые слова: объединение финансовых ресурсов, финансовые пулы, сокращенная классификация расходов, размежевание.

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2014.4(60):10–13;doi10.15574/PP.2014.60.10

Implementation of the pilot project (pooling of financial resources, differentiation of financial resources by types of medical care): preferences and risks

M.V. Shevchenko

Ukrainian Institute of strategic researches of the MoH of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose. Implementation evaluation the introduction of new financial and economic mechanisms in the pilot regions, in particular the creation of a more powerful financial «pools», the differentiation of expenses of medical care and the possibility of dissemination of experience on the healthcare system in Ukraine.

Materials and methods. Analyzed the provisions of relevant laws and regulations, monitoring data of indicators for the assessment of the health care reform in pilot regions . Used analytical, comparative methods.

Results. The research found that the combination of financial resources at the level of the oblast budget has allowed to provide the principle exterritoriality, fairness specialized medical care, to form a more powerful financial pools to provide guarantees for the population. In particular, in Dnipropetrovsk oblast are provided 100% funding for emergency care, increased by 46.3% financing provision of preferential categories of the population free of drugs on prescription, shows expenditure of drugs and nutrition in the unified standards and increase their more than 2 times. Funding reduced economic classification of expenditures at the level of managers of the lowest level allowed to Finance health facilities that provide mine action activities in the pilot regions for two codes of economic classification of expenditures. It has allowed to simplify and reduce the workflow in health care facilities; to accelerate the payment of payment orders to the agencies of the State Treasury service of Ukraine, to increase the efficiency of introducing changes in the painting of the appropriations for the stewards of the lowest level, to simplify the procedure of budget transfers in part changes plans for the use of budget funds; to determine the priority of payments.

Conclusions. Concentration at the level of oblast budget financial, human and material resources allows you to legally provide the routing of the patient according to the need in the direction of medical care, the implementation of common approaches to financing institutions, the selection of priority measures, reduction of financial risks for patients. Using funding for two codes of economic classification of expenditures in health care settings regardless of the type of medical care is a positive innovation and can be distributed to health facilities irrespective of a kind of medical care on the territory of Ukraine.

Key words: integration of financial resources, financial pooling, reduced cost classification, differentiation.

Сведения об авторе:

Шевченко М.В. — зав. отделом экономических исследований охраны здоровья и медицинского страхования ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины». Адрес: г. Киев, пер. Волго-Донской, 3.

Статья поступила в редакцию 24.11.2014 г.