

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ ГОСУДАРСТВЕННИХ СЛУЖАЩИХ УКРАЇНИ В ПЕРІОД С 2004 ПО 2010 РОКИ

Лысенко І.Ю.

Резюме. В статті розглянуті рівні первинної та загальної захворюваності державних службовців України (прикріпленого контингенту Державного наукового закладу «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами) в динаміці з 2004 по 2010 рр. Проведено розподіл за ґрупами місць за класами захворювань. Показана частина ведучих патологій в структурі досліджуваних класів захворювань.

Ключові слова: державні службовці, динаміка захворюваності, первинна захворюваність, загальна захворюваність.

DYNAMICS OF MORBIDITY OF CIVIL SERVANTS OF UKRAINE IN A PERIOD FROM 2004 TO 2010 YEAR

I.Lysenko

Summary. In the article the levels of primary and general morbidity of civil servants of Ukraine (fastened contingent of Public scientific institution the «Scientists center of prophylactic and clinical medicine» of State administration businesses) are considered in a dynamics from 2004 to 2010 distribution is Conducted on grade places after the classes of illnesses. The shown part of leading pathologies is in the structure of the investigated classes of illnesses.

Keywords: civil servants, dynamics of morbidity, primary morbidity, general morbidity.

УДК 351.773

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ФІНАНСОВИХ, КАДРОВИХ, МАТЕРІАЛЬНИХ РЕСУРСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ

Серебряков О.М.

Житомирський військовий госпіталь

Резюме. У статті подано аналіз матеріалів щодо визначення напрямків використання ресурсів закладів охорони здоров'я фінансових, кадрових, матеріальних в умовах фінансово-економічної кризи. Запропоновані головні напрямки удосконалення обмежених матеріально-технічних, фінансових та кадрових ресурсів закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, ресурси закладів охорони здоров'я, фінансування системи охорони здоров'я.

Вступ. Рівень здоров'я населення будь-якої країни значною мірою впливає на процеси і результати її економічного, соціального та культурного розвитку, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм рівня розвитку і добробуту суспільства. Сьогодні всі країни Європейського регіону ВООЗ стоять перед серйозними проблемами в галузі охорони здоров'я, які пов'язані з демографічними і епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають [1-14].

Аналіз світового досвіду свідчить, що одним із головних пріоритетів

розбудови національних систем охорони здоров'я є розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ) [1-4]. Діяльність ПМСД спрямована на вирішення проблем збереження і зміцнення здоров'я всього населення і є однією з найефективніших стратегій підвищення результативності системи охорони здоров'я в цілому, а також справедливого розміщення та раціонального використання коштів у галузі. Згідно з міжнародними стандартами лише 10% пацієнтів потребують подальшого обслуговування на вторинній ланці медичної допомоги, і це означає, що 90% всіх звернень за медичною допомогою можливо повноцінно задовольнити на рівні ПМСД [5-15]. Це в свою чергу потребує розміщення 25–30% фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я на забезпечення діяльності первинної ланки.

В Україні первинній допомозі властиві системні недоліки, які зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги і недостатній вплив на здоров'я населення, а відтак — низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому. На рівні первинної допомоги в Україні розпочинають і закінчують лікування лише до 40% пацієнтів і на забезпечення її діяльності за оцінками експертів витрачається приблизно 7–12% фінансових ресурсів галузі.

В даний час актуальність питань використання ресурсів закладів охорони здоров'я фінансових, кадрових, матеріальних в умовах фінансово-економічної кризи обумовлюється двома головними причинами: з одного боку — впровадженням у провідних державах світу нових, більш сучасних засобів використання ресурсів закладів [6–9], з іншого — відсутніми розробками в теоретичній області, що не дозволяє повною мірою реалізувати потенційні можливості використання ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах фінансово-економічної кризи [10, 11].

Мета дослідження: визначення напрямків використання ресурсів закладів охорони здоров'я фінансових, кадрових, матеріальних в умовах фінансово-економічної кризи.

Об'єкт, предмет та методи дослідження. Об'єкт дослідження — система охорони здоров'я України.

В межах об'єкту обраний предмет дослідження — використання ресурсів закладів охорони здоров'я фінансових, кадрових, матеріальних в умовах фінансово-економічної кризи.

Методи дослідження: історичний, системного підходу та системного аналізу.

Результати та їх обговорення. Держави-члени ВООЗ і партнерські організації (Всесвітній банк, Дитячий фонд ООН, Міжнародна організація з міграції і Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією) впевнені в такому:

інвестиції у здоров'я — це вклад у розвиток людського потенціалу, соціальне благополуччя та економічний добробут людей;

недопустимо, щоб люди, внаслідок погіршення стану здоров'я опинилися за межею бідності;

— системи охорони здоров'я — це більше, ніж надання медичної допомоги;

вони включають попередження захворювань, поліпшення здоров'я, а також повсякчасне сприяння тому, щоб питання охорони здоров'я знаходили своє відображення в політиці інших секторів;

– чітко функціонуючі системи охорони здоров'я є важливою умовою для поліпшення здоров'я, дієві системи охорони здоров'я рятують життя;

– системи охорони здоров'я повинні демонструвати високі показники діяльності.

Система фінансування охорони здоров'я має забезпечити наявні фінансові ресурси і сприяти розробці адекватних фінансових стимулів для надавачів медичних послуг (провайдерів) з метою рівного доступу населення до 26 ефективних послуг громадської системи охорони здоров'я і персональної медико-санітарної допомоги. Система фінансування витрат на охорону здоров'я будь-якої країни світу повинна бути спрямована на;

створення достатніх і стабільних ресурсів в інтересах здоров'я;

оптимальне використання таких ресурсів;

забезпечення для кожного громадянина фінансової доступності медико-санітарних послуг.

Якщо розглядати сучасні світові тенденції щодо системи фінансування охорони здоров'я, то можна зазначити, що не існує єдиного універсального, найкращого підходу до фінансування охорони здоров'я: більшість країн розробляють і впроваджують свої механізми збору і консолідації коштів, закупівель послуг відповідно до потреб населення, історичних, фінансових і демографічних умов, соціальних пріоритетів і переваг. Це призводить до поступового — стирання □ різниці між існуючими «моделями» систем охорони здоров'я у світі.

Тому сучасні механізми фінансування охорони здоров'я повинні забезпечувати:

можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального задоволення медико-санітарних потреб;

зниження фінансових бар'єрів для доступу до необхідних послуг;

захист від фінансового ризику, пов'язаного з отриманням медичної допомоги, за умови дотримання відповідного відношення до наявних державних ресурсів;

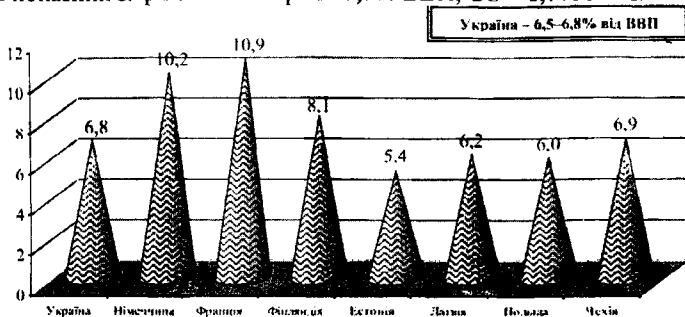
застосування стимулів для ефективної організації та надання послуг охорони здоров'я;

виділення ресурсів надавачам залежно від якості та обсягів наданих ними послуг і у відповідності з потребами населення;

підвищення рівня звітності і прозорості у використанні коштів. В Україні сукупні видатки охорони здоров'я (державний і місцеві бюджети, видатки приватного сектору, добровільного медичного страхування, кошти лікарняних кас, зовнішні позики міжнародних організацій, кошти від реалізації лікарських засобів та виробів медичного призначення, витрати домогосподарств на охорону здоров'я) становлять 6,5–6,8% від ВВП.

Витрати приватного сектору на охорону здоров'я у % до загальних витрат на охорону здоров'я.

Витрати органів державного управління на охорону здоров'я у % до загальних витрат на охорону здоров'я витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП окремих європейських країн (за даними Національних рахунків охорони здоров'я – 2007 р.) подано на рис. 1. Для порівняння: в Європейському регіоні цей показник зафіксовано на рівні 7,7% ВВП, ЄС – 8,7% ВВП.



■ Загальні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП

Рис. 1. Загальні витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП

Основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я залишаються кошти державного і місцевих бюджетів. Співвідношення державних (органів державного управління) і приватних видатків на потреби галузі подано на рис. 2.



■ Витрати приватного сектору на охорону здоров'я у % до загальних витрат на охорону здоров'я
 ■ Витрати органів державного управління на охорону здоров'я у % до загальних витрат на охорону здоров'я

Рис. 2 – Державні і приватні видатки на охорону здоров'я в Україні порівняно з окремими країнами ЄС (за даними Національних рахунків охорони здоров'я, OECD HD 2008, WHO estimates, останнє поповнення – березень 2009 р.)

Графічно наведені дані свідчать про те, що більша частина видатків на охорону здоров'я (майже 56,0%) продовжує здійснюватися за рахунок

державних коштів (витрати органів державного управління на охорону здоров'я становлять у Німеччині 76,8%, Франції – 79,2%, Чехії – 87,6%, Польщі – 69,9%). Обсяги видатків, зафіксовані у Національних рахунках охорони здоров'я, фактично не відображають реальної участі приватного сектору у фінансуванні галузі охорони здоров'я, оскільки не включають неформальних платежів населення (за даними окремих досліджень, обсяги неформальних платежів становлять 41,0–50,0%). Населення продовжує сплачувати за тіншовими схемами, що призводить до порушення ключових принципів організації сучасних систем охорони здоров'я: солідарності та справедливості у наданні медичної допомоги. Тому система охорони здоров'я не в змозі забезпечити результативний захист населення від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю оплати медичної допомоги населенням у випадку захворювання.

Консолідовані витрати на фінансування системи охорони здоров'я формуються із державного і місцевих бюджетів. Основне навантаження покладено на місцеві бюджети, які фінансують надання медичної допомоги громадянам у закладах переважно комунальної власності. З державного бюджету фінансуються заклади охорони здоров'я загальнодержавного значення, державні цільові програми і централізовані заходи.

Основні пріоритети щодо системи фінансування у 2008 р. це підвищення рівня забезпеченості коштами видатків на заробітну плату працівників охорони здоров'я у зв'язку із збільшенням мінімальної заробітної плати працівників бюджетної сфери та введенням III етапу Єдиної тарифної сітки (ЄТС); забезпечення надання медичної допомоги; зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, освіти та науки.

Загальний обсяг видатків зведеного бюджету на 2008 р. визначено у сумі 29 046,5 млн грн, у т.ч. державний бюджет – 6 467,4 млн грн. (22,3% від обсягів зведеного бюджету), місцевий бюджет – 22 579,2 млн грн. (77,7%).

Майже 9,0% бюджетних коштів зведеного бюджету галузі спрямовано на фінансування відомчих закладів і установ охорони здоров'я. Така розпорошеність і підпорядкування фінансових ресурсів різним міністерствам і відомствам створює передумови нераціонального використання ресурсів, а також неефективної державної політики у сфері охорони здоров'я в цілому.

Питома вага видатків на охорону здоров'я в структурі всіх видатків зведеного бюджету країни складала: у 2006 р. – 11,3%, у 2007 р. – 13,7%, у 2008 р. – 15,2%. Для порівняння: у США – 48,0%, у Греції – 42,0%, Португалії – 40,0%, Італії, Ізраїлі, Австрії – по 27,0%, Канаді – 26,0%, Німеччині – 22,0%.

Обсяг видатків місцевих бюджетів, визначений за формульним підходом, який враховувався при визначенні міжбюджетних трансфертів, у 2008 р. становив 22 579,2 млн грн.; прийнято місцевими радами – 24 440,3 млн грн, що на 1861,1 млн грн більше від розрахункового обсягу, профінансовано, за оперативними даними, в сумі 23 727,2 млн грн, або на 97,1% від прийнятих бюджетів. У 2008 р. збережено тенденцію, яка спостерігається упродовж останніх років, щодо зростання номінальних обсягів фінансування видатків охорони здоров'я (рис. 3).

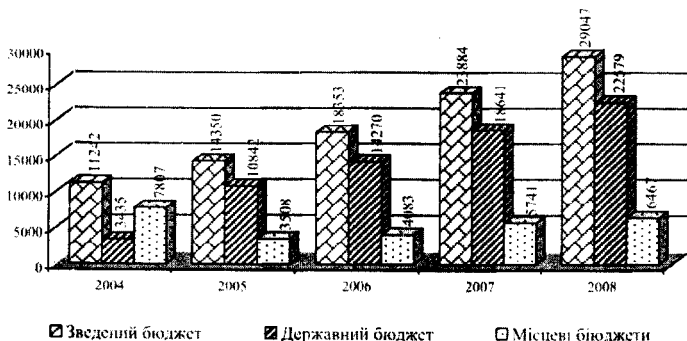


Рис. 3 – Обсяги видатків на охорону здоров'я в Україні у 2004–2008 рр.

Планові видатки на охорону здоров'я із загального фонду зведеного бюджету на душу населення у 2008 р. становили 622,7 грн, що на 26,5% більше, ніж у 2007 р. (492,4 грн), та в 1,7 раз вище, ніж у 2006 р. Для порівняння: аналогічні витрати державного сектору у Франції – 4449,5, в Німеччині у 2007 р. становили 4120 дол. США за обмінним курсом Національного банку, у Фінляндії – 30 3728,9, у Чехії – 1 108, в Естонії – 834,8, у Латвії – 784, у Польщі – 667,7, (табл. 1).

Таблиця 1

Видатки на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення у 2007 р.

Країна	Загальні витрати на охорону здоров'я на одну особу	
	за обмінним курсом, дол. США	за міжнародним курсом, дол. ПКС
Франція	4449,5	3566,9
Німеччина	4120	3512
Фінляндія	3728,9	2780,6
Чехія	1108	1579
Естонія	834,8	1091,1
Латвія	784	1145
Польща	667,7	965,2

Дані Національних рахунків охорони здоров'я. OECD HD 2008. WHO estimates, останнє поповнення – березень 2009 р.

Дані Національних рахунків охорони здоров'я. OECD HD 2008, WHO estimates, останнє поповнення – березень 2009 р.

МОЗ України реалізується понад 25 державних цільових програм і комплексних заходів, затверджених указами Президента України, постановами КМУ, на які у бюджеті охорони здоров'я на 2008 р. виділено 1749,4 млн грн (у

2007 р. – 1440,1 млн грн), або із збільшенням витрат на 17,7%.

За 2008 р. видатки на виконання централізованих заходів і програм профінансовано в обсязі 1579,7 млн грн, у т. ч на придбання медикаментів – 1029,8 млн грн (65,2% від загального обсягу коштів), медичного обладнання – 430,1 млн грн (41,8%), витратних матеріалів – 26,0 млн грн (2,5%), інші – 93,8 млн грн (3,5%). Обсяги фінансування окремих програм і цільових заходів наведено на рис. 2.4.

За даними Національних рахунків охорони здоров'я (2007 р.) кінцеве споживання фінансових коштів системи охорони здоров'я забезпечувалося переважно на рівні лікарень (40,34% поточних витрат на охорону здоров'я), закладів, що надають амбулаторні медичні послуги (13,04%), роздрібного продажу та інших організацій, що надають медичні товари (відповідно 30,19%). Частка поточних витрат на забезпечення управління програмами громадського здоров'я була незначною і становила 2,91%, поточні видатки на загальне управління охороною здоров'я та медичне страхування – 3,26%.

Аналіз розподілу поточних видатків за провайдерами та фінансуючими організаціями (фінансовими агентами) засвідчив, що фінансування лікарень здійснювалося на 92,6% за рахунок суспільних коштів (державного та місцевих бюджетів), частка коштів приватного сектору становила 7,4% переважно за рахунок витрат домогосподарств. Заклади, що надають амбулаторні медичні послуги, фінансувалися на 68,9% за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, решта 31,1% за рахунок коштів приватного сектору, які розподілялися наступним чином: 25,0% – витрати домогосподарств, 6,0% – приватні фірми та корпорації. Основні видатки на покриття витрат роздрібного продажу та інших організацій, що надають медичні товари, було покладено на витрати домогосподарств, які відповідно склали 97,5% у структурі загальних витрат за фінансовими агентами (ці витрати розподілені наступним чином: 97,1% – за рахунок домогосподарств і 0,4% за рахунок лікарняних кас). Суспільні видатки на покриття витрат роздрібного продажу та інших організацій, що надають медичні товари становили 2,5%, і були розподілені наступним чином: 2,3% кошти Уряду (державний та місцеві бюджети) і 0,2% кошти Фондів соціального страхування. Забезпечення управління програмами громадського здоров'я здійснювалося на 100,0% із суспільних коштів – фінансуючими організаціями (територіальний уряд: центральний та муніципальний уряди) (рис 3).

Поточні витрати на охорону здоров'я за видом виробництва послуг розподіляються наступним чином: стаціонарне лікування – 35,29%, амбулаторне лікування – 18,52%, допоміжні послуги для медичного лікування – 4,52%, надання медичних послуг амбулаторним пацієнтам – 30,22%, профілактичні послуги та послуги з охорони здоров'я – 3,74%, управління охороною здоров'я та медичне страхування – 3,32%, невизначені витрати – 3,94%.

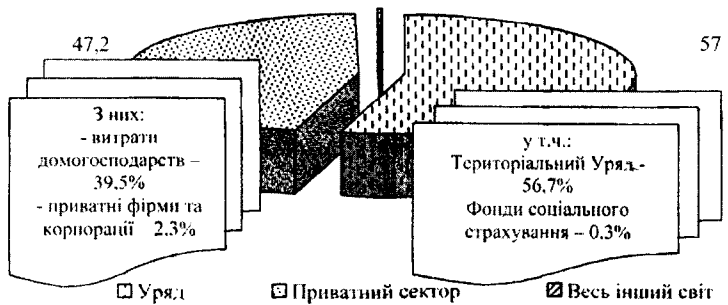


Рис. 3. Структура поточних витрат за всіма типами провайдерів та фінансуючих організацій

Таким чином, виходячи із представлених даних, можна зробити наступні висновки:

1) Україна у 2007 р. витратила 6,4% від номінального ВВП на фінансування системи охорони здоров'я (для порівняння країни Європейського Союзу витрачали 8–10% ВВП);

2) Основними джерелами фінансування системи охорони здоров'я залишаються державний та місцеві бюджети (так звані суспільні кошти) та витрати домогосподарств (приватний сектор);

3) МОЗ України є найбільшим розпорядником коштів і контролює 57,7% державного фінансування (17,4% суспільних витрат), решта коштів розподіляється Академією медичних наук, іншими міністерствами та відомствами (Міністерством транспорту, Міністерством праці і соціального захисту, Міністерством оборони та ін.), які контролюють 10,7% коштів Державного бюджету.

4) Найбільше коштів було спожито 3-ма основними постачальниками медичних послуг та товарів: лікарнями (40,3% поточних витрат на охорону здоров'я), закладами, що надавали амбулаторні послуги (13,0%), закладами з роздрібного продажу медичних товарів та іншими організаціями, що надавали медичні товари (30,2%); 5) Розподіл коштів за функціями здійснювався відповідно до існуючої інфраструктури без урахування реальних потреб населення у медичній допомозі; 6) Кошти домогосподарств залишаються одним із суттєвих джерел для оплати медичних послуг і придбання в основному медикаментів, і фактично не залучаються на добровільній основі для страхування ризиків. Для зняття навантаження з місцевих бюджетів різних рівнів і поліпшення фінансування закладів охорони здоров'я залучалися їхні власні надходження, сумарні обсяги яких у 2008 р. становили 2947,5 тис. грн, що на 19,7% більше за обсяги 2007 р. У розрахунку на одного жителя власні надходження дорівнювали 36,34 грн (для порівняння: у 2007 р. – 29,44 грн, у 2006 р. – 24,13 грн, у 2004 р. – 18,50 грн). У загальній сумі витрат місцевих

бюджетів питома вага власних надходжень у 2008 р. становила майже 13% проти 7,5% у 2007 р. Найбільше коштів залучено у АР Крим (65,36 грн); м. Києві (59,68 грн у розрахунку на одного жителя), Волинській області (45,69 грн), найменше – у Тернопільській (24,45 грн) та у Львівській областях (20,47 грн у розрахунку на одного жителя) [18-22].

Обсяги власних надходжень за їх основними видами подано на рис. 4.

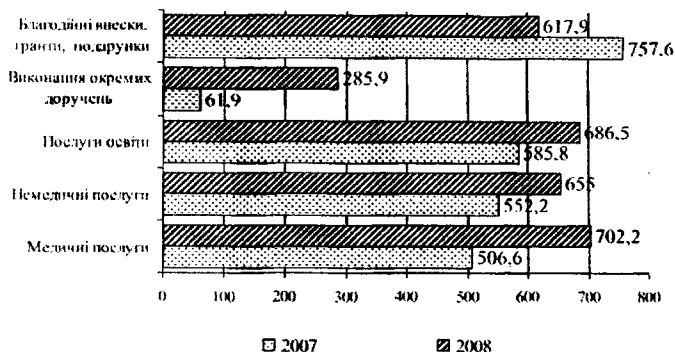


Рис. 4. Обсяги власних надходжень у 2007–2008 рр.

Спостерігалось зростання обсягів власних надходжень від надання платних медичних послуг, немедичних послуг (кошти від реалізації брукхту, комунальні, транспортні інші послуги), освітніх послуг, зменшилися обсяги залучених коштів, отриманих за рахунок благодійних внесків, грантів, подарунків. У 2008 р. продовжували розвиватися лікарняні каси (ЛК) як одне із додаткових джерел фінансування галузі (у 2008 р. – 235 ЛК, у 2007 р. – 242 ЛК), кошти яких переважно витрачалися на поліпшення медикаментозного забезпечення їхніх членів. Загальна кількість членів ЛК становила у 2008 р. 779,3 тис. осіб (у 2007 р. – 800,1 тис. осіб (зменшення – на 20,8 тис. осіб порівняно з 2007 р.). Сумарний обсяг коштів, акумульованих лікарняними касами у 2008 р. становив 59,7 млн грн проти 53,7 млн грн у 2007 р. У регіональному розрізі найбільше коштів до ЛК надійшло у Житомирській (18,6 млн грн), Чернігівській (6,6 млн грн) та Миколаївській (6,5 млн грн) областях, які вже впродовж тривалого часу залишаються лідерами добровільного залучення коштів громадян для покриття дефіциту бюджетних асигнувань на медикаментозне забезпечення лікувального процесу та підтримку матеріально-технічної бази медичних закладів [15-20].

Медикаменти отримали 459,8 тис. осіб, або 59,0% від загальної кількості членів ЛК, у т.ч. в розрахунку на одного члена ЛК, який потребував такого лікування, – 105,8 грн (у 2006 р. – 77,9 грн, у 2007 р. – 91,2 грн). Ще одним джерелом залучення додаткових коштів для галузі є добровільне медичне страхування. Цей вид страхування здійснюється на комерційних засадах страховими організаціями України – суб'єктами підприємницької діяльності згідно із Законом України «Про страхування». За інформацією МОЗ АР Крим, ГУОЗ Дніпропетровської, Донецької, Київської, Львівської, Тернопільської,

Харківської, Черкаської та Чернівецької ОДА, Головного управління охорони здоров'я і медичного забезпечення Київської та УОЗ Севастопольської міських державних адміністрацій, в Україні за 2008 р. уклали договори з державними та комунальними ЛПЗ понад 100 страхових компаній.

Обсяги коштів, одержаних закладами охорони здоров'я від страхових організацій за медичну допомогу, надану застрахованим за добровільним медичним страхуванням, становили у 2008 р. 34,2 млн грн (у 2007 р. – 46,3 млн грн., або із зменшенням на 12,1 млн грн). У 2008 р. звернулись по медичну допомогу до ЛПЗ майже 300 тис. осіб, застрахованих за умовами добровільного медичного страхування (у 2007 р. – 371,5 тис. осіб). Витрати коштів, пов'язані із наданням медичної допомоги, у розрахунку на одного застрахованого у середньому по Україні у звітному році склали 114 грн (у 2007 р. – 124 грн, у 2006 р. – 108 грн, у 2005 р. – 65 грн).

Як зазначено вище, підвищення рівня оплати праці працівникам галузі залишається одним з першочергових завдань, яке потребує вирішення найближчим часом. Введення третього етапу ЄТС з 01.11.2008 р. не зменшило відставання заробітної плати працівників галузі від промисловості, темпи зростання заробітної плати у якій утримувалися практично на рівні темпів у бюджетній сфері.

Заробітна плата працівників охорони здоров'я залишається однією з найнижчих серед працівників інших галузей економіки. Середня заробітна плата у галузі у 2008 р. становила 1 178 грн (у промисловості – 2 018 грн, співвідношення до охорони здоров'я – 1,71; в освіті – 1 451 грн, співвідношення до охорони здоров'я – 1,23).

Залишаються нерівні умови оплати праці в галузі охорони здоров'я порівняно з іншими галузями в економіці країни. Це викликає невдоволення серед працівників галузі охорони здоров'я та є причиною різкого падіння престижу професії медика, відтоку висококваліфікованих фахівців, негативно впливає на якість надання медичної допомоги. Заробітна плата за окремими категоріями медичних працівників характеризувалася зростанням упродовж року. Середньомісячна заробітна плата лікаря у 2008 р. становила 1670 грн, середнього медичного персоналу – 1113 грн, молодшого медичного персоналу – 849 грн (табл. 2).

Таким чином, рівень оплати праці медичних працівників системи охорони здоров'я залишається низьким як щодо рівня оплати праці працівників, зайнятих в інших секторах економіки України, так і порівняно з іншими країнами, коли оплата праці відрізняється у декілька разів.

Отже, ключовими проблемами системи фінансування вітчизняної охорони здоров'я в залишаються:

- відсутність ефективного об'єднання (фрагментарність) фінансових ресурсів системи охорони здоров'я;

- відсутність мотивації постачальників медичних послуг до підвищення ефективності та якості своєї діяльності;

- неефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на отримання медичної допомоги.

Динаміка змін рівня оплати праці працівників охорони здоров'я та соціальної допомоги порівняно з галузями економіки у 2004–2008 рр. (грн)

Вид діяльності	Рівень оплати праці, грн				
	2004	2005	2006	2007	2008
Всі галузі економіки	590	806	1041	1351	1806
Промисловість	743	967	1212	1554	2017
Освіта	429	641	806	1060	1448
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	351	517	658	871	1177

Висновки

Проведене дослідження дозволило дійти наступних висновків: фінансування системи охорони в Україні продовжує здійснюватися через солідарну систему оплати медичних послуг за рахунок податків – джерела фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я, існуюча модель фінансування не узгоджується з ринковими механізмами в економіці України, обсяги бюджетного фінансування є недостатніми. Крім того, реформи в охороні здоров'я є фрагментарними і непослідовними. Зростає незадоволеність медиків низькою заробітною платою і забезпеченням процесів лікування у суспільстві через низьку доступність до якісних медичних послуг і необхідність сплачувати за медичну допомогу, яка надається в державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Інструментами економічної мотивації та адміністративних важелів до покращення якості та ефективності ми бачимо, насамперед, у зміні законодавства, яким буде регламентовано перехід на прозорі і ефективні методи оплати медичних послуг, направлені на мотивацію медичного персоналу до якісної роботи:

чітка система взаємовідносин і направлень між різними рівнями медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна);

можливість автономії постачальників медичних послуг – як фізичних, так і юридичних осіб;

заміна існуючого методу оплати постачальників медичних послуг згідно з кошторисом за кодами економічної класифікації, на нові, орієнтовані на результат і найбільш прийнятні для ефективного мотивування та регулювання діяльності відповідних постачальників;

перехід до активної моделі закупівель медичних послуг на контрактній основі.

Література

1. Салтман Р.Б. Реформи систем здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас; Пер. с англ. – М.: Гэотар Медицина, 2000. – 432 с.

2. Саакян Ж.Ф. Оценка динамики изменения показателей деятельности больничных учреждений системы здравоохранения Республики Армения в

рамках проведения реформ (на примере _Института хирургии им. Миксеяна” // Экономика здравоохранения. – №3(136). – 2009. – С. 26–30.

3. Место сельских стационарных учреждений в системе обязательного медицинского страхования (Электронный ресурс) / Кром Л.И., Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Удалова Л.С. // Русский медицинский журнал – 1997. – №6 (том 5). – Режим доступа до журн. : http://www.rmj.ru/articles_2576.htm

4. Зведений звіт Мережі Фактичних даних щодо стану здоров'я —Які переваги і недоліки реструктурування системи охорони здоров'я з метою її більшого орієнтування на служби первинної медико-санітарної допомоги?□, Копенгаген, європейське бюро ВООЗ, 2004. [Текст]. – Режим доступу : <http://www.who.int/ru/>. – Заголовок з екрану.

5. Звіт про стан охорони здоров'я у світі: Первинна медико-санітарна допомога. Сьогодні актуальніше, аніж коли-небудь. Всесвітня організація охорони здоров'я, 2008 р. [Текст]. – Режим доступу : <http://www.who.int/ru/>. – Заголовок з екрану.

6. Развитие системы оказания медицинской помощи населению [Текст]. – Режим доступу: <http://www.parlam.kz/NewsPrev.aspx?page=2&lan=ru-RU&idloc=1&idkom=1&uid=3294/>. – Заголовок з екрану.

7. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: —Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние□, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. Отчет. [Текст]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1?language=Russian. – Заголовок з екрану.

8. Звіт про стан охорони здоров'я у світі: Первинна медико-санітарна допомога. Сьогодні актуальніше, аніж коли-небудь. Всесвітня організація охорони здоров'я, 2008 р. [Текст]. – Режим доступу: <http://www.who.int/ru/>. – Заголовок з екрану.

9. Маргарет Чен Вклад первичной медико-санитарной помощи в достижение Целей тысячелетия в области развития. [Текст]. – Режим доступу: http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070816_argentina/ru/index.html. – Заголовок з екрану.

10. Маргарет Чен Возвращение к Алма-Ате. [Текст]. – Режим доступу: <http://www.who.int/dg/20080915/ru/index.html>. – Заголовок з екрану.

11. Richard B. Saltman, Ana Rico & Wienke Boerma European Observatory on Health Systems and Policies series Published by Open University Press 2006. – 251 p.

12. WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Geneva, World Health Organization, 2007.

13. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.

14. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies

Series).

15. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007.

16. Финансовые аспекты реформирования отраслей социальной сферы / (Чернец В. А., Чирикова А. Е., Шишкин С. В. и др.). – М. ;, 2003. – 261 с.

17. Шевский В.И. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы / Шевский В.И., Шишкин С.В. – М.: ИЭПП, 2006. – 82 с. – (Препринт / Научные труды / Ин-т экономики переход. периода. № 102).

18. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. – М.: ИЭПП, 2007. – 112 с. – (Научные труды / Ин-т экономики переходного периода. № 105P).

19. Отраслевые, секторальные и региональные особенности реформы бюджетных учреждений в России / (Баткибеков С., Гребешкова Л., Дежина и др.) – М. : ИЭПП, 2005. – 581 с.

20. Кисикова С.Д. Стационар дневного пребывания в многопрофильной больнице / С.Д. Кисикова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – С.44–45.

21. Майбуров И.А. Оценка эффективности инвестирования в человеческий капитал в России и США. / Препринт. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2003. – 62 с.

22. Майбуров И.А. Оценка накопленного человеческого капитала экономической России. // Экономика и образование. – 2003. – № 3. – С. 49–57.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗАВЕДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ, КАДРОВЫХ, МАТЕРИАЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

Серебряков О. М.

Резюме. В статье подан анализ материалов относительно определения направлений использования ресурсов заведений здравоохранения финансовых, кадровых, материальных в условиях финансово-экономического кризиса. Предложенные главные направления усовершенствования ограниченных материально-технических, финансовых и кадровых ресурсов заведений здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, ресурсы заведений здравоохранения, финансирование системы здравоохранения.

ANALYSIS OF THE USE OF RESOURCES OF ESTABLISHMENTS OF HEALTH PROTECTION FINANCIAL, SKILLED, MATERIAL IN THE CONDITIONS OF FINANCE CRISIS

Serebryacov O.

Summary. In the article the analysis of materials is given in relation to determination of directions of the use of resources of establishments of health protection financial, skilled, material in the conditions of finance crisis. Offered main directions of improvement of the limited material and technical, financial and skilled resources of establishments of health protection.

Keywords: system of health protection, resources of establishments of health protection, financing of the system of health protection.