

ЕКОНОМІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ХХІ СТОЛІТТІ

Досліджуються питання модернізації економічного механізму охорони здоров'я. Виділено чотири групи проблем: реалізація конституційних прав громадян на отримання медичної допомоги; підвищення ефективності використання наявних фінансових ресурсів медичної галузі; впровадження альтернативних видів медичної допомоги на основі ошадливих технологій; розвиток інституційних механізмів функціонування системи охорони здоров'я.

Ключові слова: *фінансування охорони здоров'я, сімейна медицина, інституційний механізм, вартість медичних послуг, державне замовлення, автономізація медичних закладів.*

I. Вступ. Протягом останніх п'ятнадцяти років в Україні не зроблено відповідних кроків щодо забезпечення сталого розвитку охорони здоров'я. Пряма залежність медичної галузі від бюджетного фінансування не дозволяє забезпечити надання якісної і доступної медичної допомоги. Державні витрати на охорону здоров'я коливаються у межах 3-3,5% ВВП і забезпечують фінансування медичної галузі не вище 40-50% від потреб. Такий рівень фінансування не відповідає регулятивним нормам Всесвітньої організації охорони здоров'я, за якими фінансування медицини нижче 5% ВВП призведе до руйнування галузі. У зв'язку з цим на сьогодні для України найбільш актуальним питанням у сфері охорони здоров'я є теоретична розробка основ переходу медичних закладів до нових організаційних форм роботи і економічних механізмів функціонування, стимулюючих прогресивний розвиток системи медичного обслуговування.

Ступінь наукової розробки проблеми. Проблеми реформування охорони здоров'я мають довготривалу історію. В середині 80-х і на початку 90-х років науковцями і практиками, працюючими у медичній галузі, пропонувались моделі функціонування переважно

децентралізованого характеру. Найбільш теоретично обґрунтованою виявилась страхова модель, яка розроблялась аналогічно європейської. Прихильниками запровадження державного соціального страхування були В.Бідний, В. Лехан, Б.Надточий, В.Новіков, Н.Малиш, Н. Орлова та інші науковці та практики [1]. У подальшому концептуальна постановка проблеми медичного страхування не набула практичної реалізації. Економічні питання медицини почали концентруватись навколо конкретних проблем економії бюджетних ресурсів, використання трудового потенціалу, інноваційного розвитку. Наприклад, стан і використання трудових ресурсів вивчались Л. Шевчуком [2].

З середині 2000 років активізувалась увага до кардинального визначення перспектив економічного розвитку всієї системи охорони здоров'я. Особливе значення надається проблемам ресекторизації медичної галузі, запровадженню інституту сімейного лікаря, удосконаленню бюджетного фінансування. Активно ці питання ставились Т.Бахтеєвою, Г. Гайдаєвим, М.Поліщуком, С. Спіженко, а також іншими авторами [3]. Окремо досліджуються проблеми економічного механізму медичних закладів, функціонуючих в автономному режимі. Даному аспекту приділена увага у статтях В. Рудого [4]. Відмічаючи наукову доцільність поставлених проблем, необхідно відмітити недостатній рівень їх взаємоув'язки, всебічної проробки економіко-організаційних аспектів, певної ізольованості від реальної економічної практики, що таїть у собі загрозу ризиків неконтрольованого розвитку охорони здоров'я по шляху тіньової економіки з негативними наслідками для медичного обслуговування населення.

II. Постановка завдання. На основі напрацьованих концепцій реформування охорони здоров'я населення України визначити шляхи модернізації системи медичного обслуговування населення з урахуванням державного, муніципального і приватного напрямків її

розвитку, конкретизувати інституційні аспекти функціонування економічного механізму, удосконалити показники оцінки діяльності медичних закладів.

III. Результати. Протягом 2000-2006 років фінансування охорони здоров'я зросло у 4 рази, у розрахунку на одного жителя – у 4,2 рази. Видатки Зведеного бюджету в 2006 році на охорону здоров'я становлять 19,74 млрд. грн., або 3,6% ВВП, що менше ніж у 1995 році, коли вони склали 4,8% ВВП. Фактично тенденція фінансування охорони здоров'я України має стагнуючий характер. Це підтверджується й динамікою витрат, розрахованих методом дефлятування. За розрахунками, витрати на охорону здоров'я у 2006 році дорівнювали 273 грн. У доларовому виразі на охорону здоров'я в Україні витрачається 85 дол. США (у 2000 році – майже 20 дол. США). Державні витрати на медичне обслуговування населення складають 40-50% від мінімальних необхідних потреб.

Співставлення суспільних витрат на медицину в Україні з аналогічним показником в інших країнах свідчить, що держава значно відстає не тільки від розвинутих держав, але й від держав з перехідною економікою, Куби. У Польщі, Чехії, Словаччині, Угорщині ці витрати вищі у 7-9 разів, Німеччині, Франції, Великій Британії Італії – 15-25 разів, США – 50 разів. На Кубі – у два рази. Не виконання статті 12 Закону України про охорону здоров'я, за якою передбачено спрямовувати на розвиток галузі не менше 10% ВВП, надає проблемі медичного обслуговування населення значення національної безпеки в таких важливих її складових, як соціально-демографічна і економічна політика.

Діяльність держави по охороні здоров'я населення має переслідувати базові цілі, спрямовані на послаблення й подолання негативних тенденцій у цій сфері. У якості останніх слід виділити наступні:

створення єдиного механізму реалізації конституційних прав громадян по отриманню безоплатної медичної допомоги за рахунок усіх джерел фінансування;

забезпечення збалансованості обов'язків держави по наданню безоплатної медичної допомоги населенню за рахунок асигнованих фінансових коштів;

підвищення ефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я;

впровадження й розвиток альтернативних видів медичної допомоги на основі ошадливих економічних технологій.

Стратегія реалізації цих цільових настанов повинна апелювати до ситуативної методології управління системою охорони здоров'я, яка передбачає створення відповідних нормативних показників для різних у медико-економічному плані об'єктів або процесів. Послідовність наближення до визначених цілей вимагає удосконалення бюджетно-кошторисного методу фінансування охорони здоров'я. Із цією метою, перш за все, потрібно визначити види й затвердити нормативи обсягів медичної допомоги, які надаються громадянам України безоплатно, а також нормативи фінансових витрат на одиницю обсягів медичної допомоги й побутові нормативи фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетів усіх рівнів.

Структура нормативів фінансових витрат на одиницю обсягів медичної має включати: норматив витрат на відвідування в амбулаторно-поліклінічний заклад, норматив витрат на 1 пацієнто-день у денному стаціонарі, норматив витрат на 1 виклик шкідливої медичної допомоги та подушевий норматив фінансування медичної допомоги як узагальнюючий показник. Така структура нормативів дозволяє збалансувати обсяг, структуру медичної допомоги й необхідні для їх реалізації фінансові кошти. Дефіцит фінансових коштів є безумовною умовою для подальшого удосконалення організації медичної допомоги, у тому числі реструктуризації її обсягів, впровадження ресурсозберігаючих медичних технологій, залучення додаткового фінансування із місцевих бюджетів та інших джерел.

У нормативи фінансових витрат на одиницю обсягів медичної допомоги необхідно включати усі фінансові витрати лікувально-профілактичних закладів по усіх статтях витрат відповідно до економічної класифікації витрат (заробітну плату з нарахуваннями на оплату праці, придбання предметів постачання і матеріалів, оплату комунальних послуг та енергоносіїв). Визначення й впровадження нормативів фінансових витрат в охороні здоров'я багатofакторна проблема і потребує

комплексної оцінки організації, рівня доступності та якості надання медичної допомоги по усіх її видах.

З урахуванням аналізу динаміки фінансування охорони здоров'я в Україні, очевидно, що не тільки на рівні регіонів, але й на рівні держави вирішити проблему фінансування охорони здоров'я у найближчі роки неможливо. У зв'язку із цим на державному рівні уявляється необхідним вирішити питання удосконалення порядку фінансування системи охорони здоров'я. Одна із проблем полягає у реальному визначенні державних гарантій по охороні здоров'я населення, які забезпечуються бюджетним фінансуванням. В умовах, коли кошти консолідованого бюджету не покривають навіть собівартості медичного обслуговування населення, безоплатний принцип лікування дискредитує себе. Медичні заклади вимушені самостійно без законодавчого оформлення вводити платні форми лікування.

Очевидно, що розвиток альтернативної й приватної медицини не може не відбиватись на процесі формування бюджетної політики. Врахування нового явища сучасного етапу розвитку медицини та організації охорони здоров'я населення необхідно враховувати у перспективних планах розвитку й фінансування галузі. У цьому плані можливі різні схеми, включаючи пряму фінансову або інвестиційну підтримку приватної медицини й опосередковану через пільгову політику ціноутворення, надання цільової матеріальної допомоги населенню.

Друга проблема вбачається у механізмі надання трансферів і субвенцій регіонам, які не в змозі забезпечити за рахунок своїх коштів фінансування медичної допомоги на мінімальному рівні.

Третя проблема пов'язана з тим, що при модернізації фінансової моделі охорони здоров'я України важливо визначитись із інституційними умовами, які дозволяють реалізувати стратегічний вибір напрямів розвитку галузі, націлених на підвищення якості й доступності медичної допомоги. Справа в тому, що подальше збільшення витрат на охорону здоров'я, структура якої складається із амбулаторної, стаціонарної, швидкої медичної допомоги; профілактичного; спеціалізованого

лікування; аптечного обслуговування хворих, має проводитися за умови розробки чіткої програми дій по оптимізації системи медичного лікування населення і адекватного бюджетного фінансування.

Структурна перебудова охорони здоров'я має орієнтуватись на підвищення ролі і місця у медичному обслуговуванні населення первинної медико-профілактичної допомоги на засадах сімейної медицини. Зараз профілактичне лікування займає в системі охорони здоров'я лише 5%. Решта 95% належить спеціалізованій медичній допомозі, з них 80% – стаціонарній (третій рівень) і 15% – спеціалізованій амбулаторній допомозі (другий рівень). Вартість лікування на третьому і другому рівнях у 2-2,5 раза вища, ніж на первинному рівні. Між тим аналіз роботи закладів охорони здоров'я показує, 30-40% пацієнтів перебуває у стаціонарах не за профілем і строк їх лікування значно довший, ніж це визначається сучасними медичними технологіями. За оцінками медичних працівників, у 90 % випадків стаціонарна медична допомога може бути надана на первинному рівні[3, 16]. Зміна функцій системи охорони здоров'я з переважно лікувальної на переважно профілактичну може дати економію бюджетних коштів до 2-2,5 млрд грн.

Паралельно з переорієнтацією медичного обслуговування населення на профілактичну діяльність структурного удосконалення потребує й система стаціонарних закладів. На сьогодні в Україні кількість стаціонарів у розрахунок на кожну 1000 населення вдвічі більша, ніж у Західній Європі, і втричі, – ніж у Польщі[3, 17]. Розгалужена система стаціонарів утруднює оснащення їх належним устаткуванням, вимагає надмірних фінансових ресурсів, і тому потребує відповідної реорганізації з позицій її оптимізації.

Реформування медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини сприятиме економії коштів, що спрямовуються на лікування населення. Виходячи із досвіду країн, де сімейна медицина функціонує більше десяти років, можна констатувати, що економія бюджетних коштів становить до 25% бюджету охорони здоров'я. Це забезпечується економією 5-7% вартості за рахунок пере-

дачі частини функцій вузько профільних спеціалістів сімейним лікарям; 2-3% – за рахунок координації в етапності надання медичної допомоги; 9-10% – за рахунок впровадження стаціонарнозамінюючих форм: денних стаціонарів і стаціонарів вдома; 7-8% – за рахунок оптимізації мережі, кадрів і ліжкового фонду.

Аналіз результатів роботи амбулаторій сімейного лікаря в Україні свідчить, що фінансування одного мешканця в районі обслуговування амбулаторії сімейного лікаря обходиться у 2,5 рази дешевше, ніж у поліклініці. Сімейна форма організації первинної медичної допомоги найбільшою мірою відповідає як економічним, так й гуманістичним принципам медицини: рівності, справедливості, доступності, результативності. Перші кроки по розвитку первинної ланки медичної допомоги на засадах сімейної медицини зосереджуються переважно на підготовці кадрів. Слід зазначити, що вирішення цих завдань створює передумови для запровадження сімейної медицини, проте не забезпечує ефективного функціонування її як перспективного напрямку охорони здоров'я. Стратегія переходу до первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини повинна включати, крім кадрових, питання зміцнення матеріально-технічної бази і питання організаційного характеру, заснованих на нових інституційних підходах. Досвід впровадження служб сімейні лікарі свідчить про незадовільне забезпечення їх найнеобхіднішим медичним обладнанням. Майже 30% сімейних лікарів не мають санітарного транспорту, 33% – електрокардіографів тощо. Для проведення цілісної реформи охорони здоров'я у межах проголошеної моделі потрібно додатково залучити мінімум 10 млрд грн.[3, 17].

Аналітичні оцінки вказують, що при дефіциті фінансування охорони здоров'я раціональність реформи піддається ризикам. За даними ВООЗ, для забезпечення медичної допомоги на належному рівні необхідно виділяти 30 дол. на одного мешканця. Це вважається мінімальною необхідною сумою. В Україні у 2006 році асигновано 428 грн. на особу. При цьому сьогодні з бюджету медичної галузі спрямовується на утримання гос-

подарства медичних закладів 80% коштів і лише 20% – суто на хворого. Отже, з всього обсягу фінансових ресурсів року безпосередньо на лікування витрачається 17 грн. (менше 4 дол.), решта спрямовуватиметься на забезпечення функціонування лікувального закладу. Реформуванню профілактичного сектору охорони здоров'я перешкоджають також фактори правового, організаційного, психологічного порядку.

Не забезпеченим залишається правовий статус сімейного лікаря і, перш за все, його прав і обов'язків. Лікар сімейної медицини має широкий перелік зобов'язань, які вичерпно характеризують його функції щодо надання якісних медичних послуг. Зокрема він повинен:

надавати кваліфіковану, в тому числі невідкладну, медичну допомогу в обсязі кваліфікаційної характеристики фахівця зі спеціальності „Загальна практика – сімейна медицина” в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу та вдома;

у передбачених випадках забезпечувати консультування хворих завідувачем відділення, лікарями інших спеціальностей амбулаторно-поліклінічного закладу, за домовленістю – спеціалістами інших лікувально-профілактичних закладів;

проводити підготовку хворих до госпіталізації та забезпечити своєчасне їх направлення на стаціонарне лікування;

використовувати у своїй роботі сучасні методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих при різних захворюваннях;

здійснювати профілактичну роботу, спрямовану на виявлення факторів ризику, ранніх і прихованих форм захворювань;

організувати і проводити комплекс заходів щодо диспансеризації населення дільниці (виявлення, взяття на облік, проведення лікувально-оздоровчих заходів) і спостереження за станом його здоров'я;

проводити санітарно-протиепідемічну роботу на дільниці;

здійснювати санітарно-освітню роботу серед населення дільниці;

проводити експертизу тимчасової непрацездатності хворих, за наявності показань на-

правляти їх на лікарську консультативну комісію;

систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію та рівень медичних знань медичної сестри загальної практики – сімейної медицини;

вести обліково-звітну медичну документацію;

забезпечувати консультування населення дільниці з медико-соціальних і медико-психологічних питань і питань планування сім'ї;

організовувати надання медичної допомоги населенню в екстремальних ситуаціях.

Права сімейного лікаря передбачають виконання прагматичних статутних функцій, які властиві будь-якій громадській організації. Виключенням є положення про право проводити підприємницьку діяльність за спеціальністю „Загальна практика – сімейна медицина”. Перелік прав і зобов'язань лікаря сімейної медицини свідчить про їх невідповідність. Права у своїй основі мають оперативну спрямованість на упорядкування діяльності медичних лабораторій. Зобов'язання – медико-санітарні та організаційні завдання, які потребують певного економічного забезпечення. Таким чином, зобов'язання і права лікаря загальної практики – сімейної медицини не доповнюють один одного, а отже, є незбалансованими.

Нереалізованим залишається один із важливих принципів права на охорону здоров'я, а саме права пацієнтів на вибір лікаря і лікувального закладу. „Основами законодавства України про охорону здоров'я 1992 року передбачається вільний вибір громадянином лікаря і лікувального закладу (ст. 6 (п. 9)), ст. 34 („Лікуючий лікар”), ст. 38 („Вибір лікаря і лікувального закладу”).

Аналогічне право зафіксоване також у новому Цивільному кодексі України 2004 року, де у гл. 21 „Особисті немайнові права, що забезпечують природне існування фізичної особи” встановлено право на вибір лікаря, яким особам може користуватися з 14 років (ст. 283, 284 Цивільного кодексу України).

Ці положення певною мірою неузгоджені і протирічать деяким наказам МОЗ України. Так наказ МОЗ України встановлює, що медична допомога надається лікарями загальної

практики за сімейно-територіальним принципом. Законодавче закріплення гарантії надання кваліфікованої медичної допомоги відповідного контингенту населення обмежує право вільного обрання лікарняного закладу. Тому було б доцільним внести доповнення до чинних законодавчих актів МОЗ України, які б забезпечували реалізацію права для пацієнтів вільно обирати сімейного лікаря і медичний заклад.

Декларативною є можливість функціонування закладів сімейної медицини різних форм власності та різних організаційно-правових форм. Причиною цього є відсутність нормативних положень про їх організаційно-правовий статус і господарські повноваження.

Водночас ст. 17 „Основ законодавства України про охорону здоров'я”, новий Господарський кодекс України (2004 р.) заохочують підприємницьку діяльність різних типів існуючих закладів первинної медико-соціальної допомоги, проте через правову невизначеність господарських повноважень закладів сімейної медицини підприємницька активність суб'єктів сімейної медицини гальмується. У зв'язку із цим вважається необхідним прийняття окремого законодавчого акту з метою визначення організаційно-правового статусу закладів сімейної медицини, які різняться за формами власності та типами діяльності.

Одним із головних принципів медичної діяльності вважається право пацієнта на власну думку щодо змісту і процедури медичного лікування. Це положення аж до відмови від медичного втручання закріплено у ст. 43 „Згода на медичне втручання” Основ законодавства України про охорону здоров'я, а також у ст. 284 Цивільного кодексу України, де встановлено право дитини, яка досягла 14 років, надавати медичну допомогу за її згодою.

Проте на практиці не існує юридичного оформлення відмови пацієнта від лікування. Для того щоб принцип інформованої згоди пацієнта і презумпція його згоди на медичне втручання були реалізовані, необхідно опрацювати необхідні відповідні механізми перерозподілу відповідальності між пацієнтом і лікарем.

Наведене свідчить, що необхідно вживати низку інституціональних заходів для прискоро-

рення втілення сімейної медицини практику лікування населення і підвищення життєдіяльності цієї форми надання медичних послуг. Реформа охорони здоров'я, невідкладним елементом якої є впровадження сімейної медицини, передбачає контрактні відносини між споживачем і надавачем медичних послуг, що передбачає застосування певних універсальних механізмів обміну між контрагентами медико-економічної діяльності.

Одним із основоположних моментів цих взаємовідносин є розробка індикаторів, які відбивають вартість медичних послуг. Для різних вікових груп населення (діти, дорослі, літні) встановлюються такі специфічні індикатори відповідно стану здоров'я. Такі індикатори корегують вартість послуг залежно від медико-демографічних характеристик населення. Застосування і моніторинг різних індикаторів, що проектується, дозволяє оцінити якість і особливості надання медичних послуг. Проектом GVG/СІІ/ЕРОS Європейського Союзу „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні” пропонуються наступні індикатори (коефіцієнти) вартості медичних послуг. Вони можуть бути скориговані при їх реалізації.

Таблиця 3

Проект коефіцієнтів (індикаторів) вартості медичних послуг

Групи населення	Вік	Індикатор
Діти (x)	0-7	1,3
Дорослі (y)	7-65	1,0
Похилі (z)	Старше 65	1,8

Враховуючи дані таблиці, можна розрахувати обсяг фінансування медичних послуг за наступною формулою:

$$V = (x \cdot m \cdot 1,3) + (y \cdot m \cdot 1) + (z \cdot m \cdot 1,8),$$

де

V – обсяг фінансування,

m – базова розрахункова величина витрат у розрахунку на одного пацієнта.

Водночас забезпечення ефективного використання ресурсів медицини навіть за умов дефіцитного фінансування дає змогу зменшити його негативні наслідки і забезпечити можливість достатнього фінансування найпростіших медичних потреб суспільства. Невипад-

ково всі європейські та інші розвинені країни в процесі проведення реформ охорони здоров'я надають пріоритет поліпшенню ефективності використання коштів понад їх збільшенням.

Забезпечення ефективності використання фінансових ресурсів і одночасне поліпшення якості медичної допомоги вимагають відповідних мотиваційних механізмів. Умовами для їх створення, як свідчить сучасний світовий досвід, є перехід від бюджетної (державно-інтенгрованої) моделі функціонування системи охорони здоров'я до контрактної. Така модель засновується на наступних положеннях:

розділені функцій платника та постачальника медичних послуг;

використанні економічно мотивованих постачальників послуг: фізичних і юридичних осіб різних форм власності;

державної закупівлі медичних послуг, що входять до пакету державних гарантій забезпечення населення безоплатною медичною допомогою.

Автономність медичного закладу передбачає високий рівень управлінської і фінансової самостійності, що надає можливість будувати господарські і правові відносини на договірній основі; здійснити реальну конкуренцію між постачальниками медичних послуг; зацікавити постачальників у високої результативності, економічності і якості своєї роботи; підвищити відповідальність платника послуг за якість фінансування медичних закладів; залучити пацієнтів закладів охорони здоров'я до захисту своїх прав як споживачів медичних послуг.

Запровадження контрактної форми функціонування державних і комунальних закладів охорони здоров'я забезпечується за умови їх реорганізації в державні та комунальні некомерційні або в окремих випадках в комерційні підприємства. Фізичним особам – постачальникам медичних послуг надається право здійснення приватної медичної практики.

Нова організаційно-правова форма господарювання в системі охорони здоров'я має базуватись на блок-контракті. Механізм його застосування не передбачає наявності обов'язкових тарифів на кожну конкретну послугу та

складне комп'ютерно-інформаційне забезпечення. Простота блок-контракту і його висока мотиваційна роль як потужного інструменту підвищення ефективності використанні фінансових ресурсів і поліпшення якості медичного обслуговування громадян сприяли розповсюдженню зазначеної форми контрактних відносин в розвинених країнах, приклад яких можливо використати й в Україні.

Пілотні проекти функціонування закладів охорони здоров'я на принципах автономізації свідчать про їх економічну доцільність. Підтвердженням цього є економія 100-140 тис. грн на кожні 4 млн. бюджетних коштів[4].

Практичне втілення контрактної моделі, заснованої на принципах автономності медичних закладів, передбачає цілий ряд заходів:

підготовку управлінського персоналу;

переводу закладів охорони здоров'я на нові стандарти бухгалтерського обліку і методи управління ;

розробку і наступну практичну реалізацію проектів статутів медичних закладів із статусом державного та комунального підприємства;

складення макетів договорів на закупівлю медичних послуг для різних рівнів медичного обслуговування, які включають первинну медико-санітарну допомогу, стаціонарну, спеціалізовану амбулаторну;

визначення вартості медичних послуг та єдиних тарифів на них на основі застосування уніфікованих методики розрахунків;

чіткої структуризації мережі державних і комунальних медичних закладів з розмежуванням фінансування первинної, стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги;

встановлення сприятливого порядку реєстрації та діяльності державних і комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових організацій і внесення у зв'язку з цим відповідних змін до закону про оподаткування.

IV. Висновки. Підсумовуючи висновки структурної реорганізації системи охорони здоров'я, реформування бюджетної моделі її функціонування на основі принципу децентралізації, можна сформулювати наступні стратегічні завдання, які потребують наукового обґрунтування з метою їх подальшої реалізації. У стислій формі вони зводяться до та-

ких положень:

– провести реструктуризацію галузі охорони здоров'я і спрямувати фінансування на потреби пацієнтів;

– створити на основі індивідуальної чи групової практики ефективний інститут лікарів загальної практики(сімейних лікарів) як розпорядників фонду первинної медичної допомоги;

– здійснити чітке функціональне розмежування закладів охорони здоров'я за первинним, вторинним та третинним рівнями надання медичної допомоги, а також високотехнологічної спеціалізованої допомоги і визначити джерела їх фінансування;

– розробити тарифи медичної допомоги, які повинні бути єдиними для патологій, незалежно від форм закладів охорони здоров'я;

– прийняти стандарти і протоколи надання медичної допомоги, а також інші документи аналогічного характеру з метою співставлення планових і фактичних витрат на медичну допомогу;

– надати закладам охорони здоров'я права самостійного господарювання, розмежувати функції замовника й надання медичних послуг;

– запровадити конкурентну форму замовлення медичних послуг;

– привести у відповідність з європейськими та світовими стандартами кількість медичних спеціальностей і с систему підготовки фахівців;

– розширити інформацію про стан здоров'я населення за рахунок введення у статистичну практику комбінованих показників;

– створити відповідне правове поле для здійснення комплексного реформування системи охорони здоров'я, підготувати нові закони і нормативні акти і удосконалити існуючі.

1. Бідний В., Орлова Н. Медичне страхування. – К.: – 2000.

2. Шевчук Л.Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу і регіональний аналіз. – Львів. – 2003.

3. Как создать конкурентноспособную экономику// Украинская Медицинская Газета. – 2006. – № 11. – с.17.

4. Рудий В. Реформа системи охорони здоров'я. – Украинская Медицинская Газета. – 2006 р. – № 2. – с. 12.

The questions of modernization of economic mechanism of health protection are explored. Four groups of problems are selected: realization of constitutional rights for citizens on the receipt of medicare; increase of efficiency of the use of present

financial resources of medical industry; introduction of alternative types of medicare on the basis of prudent technologies; development of institutional mechanisms of functioning of health protection system.

Юрчишин І.І.

СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА СОЦІАЛІЗАЦІЯ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ ТА ПРОБЛЕМИ

У статті розглянуто зміст і природу таких економічних категорій, як “соціальна політика” та “соціалізація економіки”, уточнено теоретичні положення щодо такого суспільного інституту, як соціальна держава та визначено вплив соціальної політики на економічний розвиток держави.

Ключові слова: соціальна політика, соціалізація економіки, економічна ефективність

І. Вступ. Розвиток і функціонування соціальної інфраструктури та інвестування в неї коштів є нагальною проблемою, яка пов'язана з ліквідацією в Україні таких негативних соціально-економічних наслідків, як економічний спад, інфляція та безробіття. Питання забезпечення та фінансування різноманітних соціальних потреб залишається на сьогодні врегульованим не повною мірою. Побудова в Україні правової, демократичної, соціальної держави – стратегічний напрям всіх сучасних державотворчих процесів. Протягом років незалежності наша держава досягла значного розвитку в галузі економічних та соціальних перетворень.

Однак, незважаючи на значні зусилля науковців та практиків, позитивні зрушення у соціальній сфері, проблеми залишаються, а їх вирішення відкладається на невизначений термін. Саме побудова соціальної держави активізує проблему не лише людського фактора, нових економічних відносин, а й соціальної орієнтації економіки за умов ринкових перетворень. Все це висуває на передній план проблему соціалізації економіки, розвитку її системи заради людини та якнайповнішого задоволення культурних, духовних та матері-

альних потреб. Соціалізація та проведення соціальної політики в комплексі забезпечують підвищення рівня інтегральної (загальної) ефективності функціонування економічних систем.

II. Постановка завдання. Державна соціальна політика як процес посилення соціальної спрямованості економічного розвитку досліджується в економічній літературі впродовж усього періоду становлення та розвитку економічної теорії. Цій темі присвячені роботи таких зарубіжних вчених як: Т.Ганслі, Г.Беккер, М. Блеунт, Дж. Мінцер, Р.Бар, М.Блауг, Р.Гейлбронер, Л.Тароу, С. Долан, Дж. Сакс і інші. Значний внесок в поглиблення цієї теми зробили такі вітчизняні вчені, як: І. Лукінов, М. Долішній, Е. Лібеннова, О. Грیشнова Л. Безчасний; С. Злупко, І. Мандибуря, В. Куценко, Гришкін В.О., С.Вовканич, Г.Башнянин, М. Романюк та ін. Проте здебільшого соціалізація та соціальна політика аналізувалася в економічній літературі з позицій соціологічних обстежень впливу на так звані соціальні результати функціонування, розвитку тих чи інших систем, зокрема на людину як основний суб'єкт будь-якої господарської діяльності. В даній статті здійснюється спроба змістити центр ваги в дослідженні процесів соціальної політики та соціалізації економічних систем на вивчення їх впливу на власне економічні результати економічної (зокрема виробничої) діяльності. Аспекти впливу процесів соціалізації та соціальної політики на економічну ефективність функціонування та розвитку господарських систем у сучасній економічній літературі досліджуються дуже рідко. Сьогодні відсутні або майже відсутні значні дослідження, в яких би соціалізацію та соціальну політику розглядали у зазначеному