

**Міністерство охорони здоров'я України
Державна установа «Центральний методичний кабінет
з вищої медичної освіти МОЗ України»
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»**

Ждан В. М., Голованова І. А., Краснова О. І.

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

Полтава-2017

УДК 614:33
ББК 65.495 я 73
Г 61

Рекомендовано Державною установою „Центральний методичний кабінет вищої медичної освіти МОЗ України” як навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів МОЗ України (протокол засідання Комісії для організації підготовки навчальної та навчально-методичної літератури для осіб які навчаються у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах та закладах післядипломної освіти МОЗ України від 16.02.2016 № 4)

Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник / Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. – Полтава, 2017. –114 с.

Навчальний посібник складено відповідно до навчальної програми з дисципліни „Економіка охорони здоров'я” і розрахований на студентів стоматологічних факультетів ВНЗУ III – IV рівнів акредитації. В навчальному посібнику висвітлено сутність економіки охорони здоров'я як науки, особливості фінансування медичної галузі, систему ціноутворення на медичні послуги, економічний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, організацію страхової медицини.

Рецензенти:

Парій В. Д. д.мед.н., професор, завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Слабкий Г. О. д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету

Лаишкул З. В. д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи Державного закладу „Запорізька медична академія післядипломної освіти” МОЗ України

Зміст

1.	Вступ	3
2.	Економіка охорони здоров'я, її мета та завдання. Планування обсягів діяльності стоматологічних закладів та чисельності кадрів при наданні стоматологічної допомоги.	5
3.	Система фінансування галузі охорони здоров'я в сучасних умовах	21
4.	Сутність, види, форми, механізм оплати праці працівників стоматологічної сфери	30
5.	Ринок послуг охорони здоров'я та методи його дослідження	38
6.	Організація маркетингової діяльності в стоматології	45
7.	Організаційно-правові форми підприємницької діяльності, їх порівняльна характеристика. Організація підприємницької діяльності в сфері охорони здоров'я. Методика складання бізнес-плану	51
8.	Структура ціни медичної послуги та аналіз її елементів. Методика розрахунку вартості стоматологічних послуг	62
9.	Зміст, види та особливості організації медичного страхування. Методика розрахунку страхового тарифу при добровільному медичному страхуванні	69
10.	Оцінка ефективності діяльності стоматологічних закладів. Методика визначення медичної, соціальної та економічної ефективності	78
11.	Тестовий контроль	93
12.	Література	106

Вступ

Благополуччя та якість життя населення в Україні має пряму залежність від розвитку системи охорони здоров'я. Аналіз даних МОЗ України показує, що стан здоров'я населення України є незадовільним, висока смертність та вищий в Європі природний спад населення. Різко скоротилися постачання до медичних установ ліків, сталося різке зниження лікувально-профілактичної роботи.

Охорона здоров'я, як і все народне господарство, функціонує в певному економічному середовищі. В сучасних умовах галузь медицини відчуває проблеми ринкових відносин, але не має можливості використовувати позитивні сторони ринкової економіки, що привело до погіршення медичної допомоги населенню України.

Навчальний посібник відображає найважливіші економічні аспекти охорони здоров'я: функціонування установ охорони здоров'я як суб'єкта економічних відносин, впровадження обов'язкового медичного страхування, підвищення медико-економічної ефективності, розвиток додаткових джерел фінансування, механізм ціноутворення, аналіз господарської діяльності лікувальних закладів, ефективність та раціональне використання ресурсів.

Для самоконтролю засвоєння теоретичного матеріалу навчального посібника розроблені тестові питання.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ДМС – добровільне медичне страхування

ЛК – лікарняна каса

КМ – Кабінет Міністрів

ЄТКД – Єдиний тарифно-кваліфікаційний довідник

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

УОТ – умовна одиниця трудомісткості

ОМС – обов'язкове медичне страхування

Економіка охорони здоров'я, її мета та завдання. Планування обсягів діяльності стоматологічних закладів та чисельності кадрів при наданні стоматологічної допомоги.

Економіка – це наука, що досліджує поведінку людей в процесі виробництва, розподілу та споживання матеріальних благ з метою вирішення проблеми ефективного використання обмежених ресурсів і управління ними, для досягнення максимального задоволення потреб людини. Як наукова дисципліна вона вивчає способи і методи господарювання, які задовольняють потреби людей шляхом створення необхідних життєвих благ.

Тривалий час вважалося, що проблеми охорони здоров'я населення є об'єктом дослідження лише медико-біологічних і соціальних наук. Економічні аспекти охорони здоров'я зазвичай розглядалися в контексті суспільно організованої сфери споживання або вивчалися в комплексі проблем невиробничої сфери. Проте, з часом різко підвищилася актуальність питань охорони та зміцнення здоров'я громадян, досліджувати які ізольовано не могли вже ні медичні, ні соціальні науки. Виявилось, що здоров'я є категорія не тільки соціальна, а й економічна. Закономірно на порядок денний постали такі проблеми, як ціна охорони здоров'я людей в сучасному суспільстві, *облік потенціалу здоров'я як найважливішої складової національного багатства і фактора економічного зростання*, оцінка ресурсного потенціалу охорони здоров'я та нових джерел його формування, ефективність функціонування галузі та розвитку економічних відносин в умовах переходу до ринку.

Виділення економіки охорони здоров'я в область самостійних наукових знань відбулося лише у другій половині ХХ століття під впливом ряду причин: медицина сформувалася в велику галузь народного господарства; охорона здоров'я одночасно заявила про себе як про надзвичайно ресурсомістку галузь, здатної використовувати різні матеріальні, фінансові, трудові та інші ресурси та необхідністю раціонального планування та ефективного використання цих ресурсів; зростанням попиту на медичні послуги; підвищенням економічної значимості системи охорони здоров'я у збереженні та зміцненні здоров'я

населення, що приносить величезний економічний ефект. Перераховані вище фактори сприяли зближенню економіки та охорони здоров'я, формуванню нової наукової дисципліни, виникненню центрів наукового дослідження, появі відповідної літератури, підготовці спеціалізованих наукових і практичних кадрів.

Економіка охорони здоров'я це:

- галузь науки економіки, що вивчає місце охорони здоров'я в народному господарстві, та розробляє методи раціонального використання ресурсів для забезпечення охорони здоров'я населення;
- це комплекс економічних знань о формах, методах та результатах господарської діяльності в галузі медицини;
- наука, яка покликана вивчати економічні проблеми охорони здоров'я в тісному зв'язку з медико-біологічними і соціальними дисциплінами;
- наука про організаційні та соціально-економічні відносини, які формуються в процесі задоволення потреб населення в медичних послугах, яка вивчає поведінку людей в процесі виробництва, розподілу і споживання товарів і послуг галузі охорони здоров'я з метою вирішення проблеми ефективного використання її обмежених ресурсів та управління ними для досягнення максимального задоволення потреб людини у здоров'ї.

Місце економіки охорони здоров'я в структурі економічної науки.

Сучасна структура економічної науки в цілому включає в себе ряд великих груп. *Першу групу складає економіка* (економічна теорія), як базова фундаментальна наукова дисципліна, основа трьох інших груп або напрямів наукових досліджень.

Друга група – це галузеві економічні науки або конкретні. Їх завдання – дослідити особливості економічних процесів у певній галузі або групі галузей народного господарства. До них відноситься економіка промисловості, будівництва, сільського господарства, транспорту, фармації, економіка невиробничої середовища, тобто, сфери послуг. Значна своєрідність охорони здоров'я призвела і до виникнення економіки охорони здоров'я.

Третя група включає прикладні економічні науки, які розробляють проблеми окремих практичних завдань, загальних для всіх галузей господарства. До їх числа відносяться такі галузі знань, як бухгалтерський облік, фінанси і кредит, управління (менеджмент), маркетинг та ін.

Четверта група складається з спеціальних економічних наук, зародилися і розвиваються, як правило, на стику економіки і різних інших гуманітарних, а також природничих наук. Серед них можуть бути зазначені: економічна географія, економічна історія, економічна статистика, господарське право та багато інших.

Економіка охорони здоров'я не може існувати у відриві від споріднених їй економічних наук і медицини. Медична діяльність, здійснювана в певних організаційно-господарських формах, дає економіці охорони здоров'я об'єкт дослідження. З економічної теорії (загальної економіки) економіка охорони здоров'я запозичає термінологію. Прикладні економічні науки використовуються в основному для економічних досліджень охорони здоров'я на мікрорівні, а спеціальні – для досліджень на макрорівні. З гуманітарних наук, перш за все з філософії, економіка охорони здоров'я неминуче сприймає певну ідеологію та світогляд.

Предметом економіки охорони здоров'я є економічні відносини в сфері охорони здоров'я, а саме, відносини у процесі виробництва, розподілу, обміну і споживання медичних благ та послуг. При цьому необхідно відзначити, що ці відносини формуються в двох площинах. Одна **група носить назву організаційно-економічних відносини**. Їх характер визначається технологією самого лікувально-профілактичного процесу і відображає ті спільні риси, які має вся сукупність медичних установ даного типу (всі стаціонари, всі поліклініки, всі діагностичні центри, тощо). **Іншу групу складають соціально-економічні відносини**. За допомогою їх аналізу виявляються специфічні, своєрідні риси господарської діяльності медичних установ, що функціонують в різних умовах (державні, приватні, кооперативні, акціонерні та ін.).

Економічні відносини виникають на таких рівнях.

На мікроекономічному рівні вони охоплюють діяльність кожного індивідуума, окремих ділянок, ланок і структур виробництва медичних послуг. Головний мікроекономічний елемент охорони здоров'я – це лікувально-профілактичний заклад, за своєю суттю виступає як своєрідне підприємство (фірма) по виробництву послуг.

У рамках національної економіки в цілому, і перш за все в тих галузях, які безпосередньо пов'язані з охороною здоров'я, а таких галузей налічується близько тридцяти (медична промисловість, фармацевтична промисловість, приладобудування, спеціальні галузі текстильної, харчової промисловості, транспортного машинобудування, будівництва, торгівлі і т. п.), складаються **макроекономічні відносини**.

Економіка охорони здоров'я використовує такі методи:

- ***аналіз і синтез***. У процесі аналізу мислення йде від загального до приватного, тобто відбувається розчленовування досліджуваного явища на його складові частини і сторони. Синтез передбачає інтеграцію приватних понять, властивостей в загальне, для виявлення найбільш істотних закономірностей.
- ***математично-статистичний метод*** – дозволяє оцінити кількісний та якісний зв'язок між медико-діагностичними та профілактичними процесами;
- ***балансовий метод*** – забезпечує оптимальне співвідношення між лікувальними, діагностичними та реабілітаційними процесами;
- ***експериментальний метод*** дозволяє відпрацювати найбільш ефективні заходи щодо поліпшення якості здоров'я населення і господарювання органів і установ охорони здоров'я;
- ***нормативний метод*** передбачає розробку різних економічних нормативів витрат матеріальних ресурсів, праці, капіталовкладень. Норма – це абсолютна величина гранично допустимого розміру витрат матеріального ресурсу, а також витрат живої праці на виготовлення одиниці продукції. Норматив – відносний показник, що характеризує міру використання знарядь праці, предметів праці, витрат живого труда. Нормативи детально визначають кількість лікарів, медсестер, допоміжного персоналу на кожному місцевому адміністративному

рівні і ґрунтується на кількості лікарняних ліжок. Кількість лікарняних ліжок характеризує лікарняні місця та інші параметри мережі медичних закладів;

- прогнозування являє наукове передбачення найбільш ймовірних змін стану галузі охорони здоров'я, потреби суспільства в медичних послугах, виробничих можливостях медицини, напрямів технічного прогресу галузі тощо, прогнозування є попередньою стадією роботи. Це дозволяє передбачати проблеми, які потрібно вирішити для досягнення цілей.

Мета економіки охорони здоров'я це максимальне задоволення потреби населення в медичній допомозі при економічно обґрунтованих матеріальних і фінансових витратах; досягнення максимальної медичної, соціальної, економічної ефективності в охороні здоров'я населення при найменших матеріальних і фінансових витратах.

Основні завдання економіки охорони здоров'я:

- розрахунок обсягу економічних ресурсів охорони здоров'я та їх ефективне використання;
- вивчення тенденцій у зміні структури охорони здоров'я;
- аналіз економічної ефективності;
- розробка найбільш економічної технології надання медичної допомоги;
- економічне обґрунтування нових організаційних форм медичної діяльності;
- пошук найбільш раціональних і економічних шляхів використання кадрів, матеріальних і фінансових ресурсів на рівні економічних одиниць;
- розробка та оцінка ефективних форм оплати праці медичних працівників;
- розрахунок нормативів діяльності фахівців, включаючи визначення оптимального співвідношення медичних працівників (лікар та середній медичний працівник, лікарі та працівники немедичних спеціальностей);
- підготовка лікарів в області економіки та формування системи підготовки економістів в сфері охорони здоров'я;
- встановлення впливу економіки на охорону здоров'я і, навпаки, охорони здоров'я на економіку суспільства;

- визначення галузевого економічного ефекту охорони здоров'я в народному господарстві;
- визначення ролі і місця охорони здоров'я в системі суспільного виробництва.

Планування в системі охорони здоров'я України

Планування – це адміністративний інструмент, який забезпечує раціональну основу для прийняття рішень. Для того щоб рішення були раціональними і продуктивними, вони повинні ґрунтуватися на ретельній оцінці різних варіантів. Найбільший внесок, який приносить планування – це розміщення ресурсів таким чином, щоб медичне обслуговування було максимально доступним і ефективним.

Планування системи охорони здоров'я – процес, який включає в себе цілі та завдання планування, основні принципи, підходи і етапи планування для забезпечення адекватності між її ресурсами та потребами населення в медичному обслуговуванні на даний момент і на майбутнє. Практична роль планування – це таке розміщення ресурсів, при якому медичне обслуговування було б доступним і ефективним.

Мета планування галузі охорони здоров'я полягає в найбільш вдалому з економічної точки зору використанні навичок і умінь фахівців для ефективного, кваліфікованого і безпечного медичного обслуговування. Оптимальне його вирішення полягає не в забезпеченні наявності великої кількості професіоналів, а у використанні фахівців, кваліфікація яких відповідає потребам і вимогам медичного обслуговування населення з огляду на наявні у країні ресурси.

Завдання планування полягають в наступному:

- забезпечити зниження витрат надання медичної допомоги;
- оптимізувати структуру та розміщення медичних закладів;
- забезпечувати медичні установи реальним економічним інструментом, що дозволяє знаходити грамотні управлінські рішення;

- сприяти виробленню раціонального господарського механізму галузі;
- сприяти поширенню прогресивних форм надання медичної допомоги;
- сприяти науково-технічному прогресу.

Основними принципами планування охорони здоров'я є:

- спрямованість охорони здоров'я на досягнення конкретних результатів у поліпшенні здоров'я громадян;
- адекватність фінансових ресурсів охорони здоров'я державним гарантіям надання населенню медико-соціальної та лікарської допомоги;
- забезпечення соціальної справедливості та доступності допомоги при реалізації державних гарантій незалежно від соціального статусу, рівня доходу і місця проживання громадян;
- висока ефективність використання ресурсів при реалізації державних гарантій за рахунок оптимізації структури обсягу і технологій медичної допомоги;
- прийнятний рівень адміністративних витрат;
- забезпечення високої ефективності впровадження сучасних медичних технологій.

За терміном виконання плани діляться на *поточні та перспективні*. Поточні плани розраховані на 1 рік і є складовою частиною перспективних планів. Перспективні плани в останні роки розробляються у формі концепції розвитку охорони здоров'я на 5-10 років.

У плануванні охорони здоров'я застосовують такі методи:

- аналітичний метод використовується для оцінки вихідного і досягнутого рівнів при складанні плану та аналізі його виконання. За допомогою аналітичного методу визначається забезпеченість населення медичним персоналом, лікарняними ліжками, обчислюються обсяги медичної допомоги (відсоток госпіталізації, середнє число амбулаторних відвідувань на одного жителя і т.д.);
- порівняльний метод – складова частина аналітичного, дає можливість визначити напрямок процесів розвитку, наприклад, за захворюваності, смертності і т.д.;

- балансовий метод – дозволяє розкрити намічені диспропорції під час виконання плану, наприклад, баланси підготовки кадрів та росту мережі лікувально-профілактичних установ;

- нормативний метод застосовується при складанні будь-якого плану, заснованого на використанні балансового методу. При плануванні охорони здоров'я використовуються нормативи потреби населення в медичній допомозі, норми навантаження лікарів та середнього медичного персоналу;

- економіко-математичні методи застосовуються при необхідності науково обґрунтувати оптимальні варіанти плану.

Процес планування здійснюють фахівці з планування. Цей процес є динамічним, так як план повинен своєчасно реагувати і адаптуватися до постійно мінливих ситуації. Також процес планування є циклічним, оскільки він проходить повторювані стадії збору та аналізу даних, складання, впровадження та оцінки плану. Існує кілька основних етапів процесу планування.

Етапи процесу планування :

- ***Етап 1.*** Початковий етап циклу планування. Він полягає у формуванні нових ідей, поглядів, концепцій, визначення основних проблем. Організація процесу планування може виходити із Міністерства охорони здоров'я, Міністерства економіки, частіше від органів громадської охорони здоров'я.

- ***Етап 2.*** Аналіз ситуації та організація планування. Попередній огляд в контексті планування. Первинна оцінка даних. Проект досліджень. Стадія аналізу ситуації і організація планування є вирішальною для успіху планування. На етапі збору та аналізу даних необхідно визначити кількісні параметри планування, оцінити обсяг ресурсів і можливості їх використання, а також зробити прогноз щодо зростання чисельності населення, відтворення трудових ресурсів та інших важливих факторів.

- ***Етап 3.*** Збір та аналіз даних. Розробка методів збору даних. Проект опитування. Збір і перевірка даних. Прогнозування. Вибір пріоритетів і необхідний науковий аналіз. Збір, аналіз і опрацювання статистичних даних є

однією з головних задач плануючих органів. Збільшення кількості досліджень в галузі охорони здоров'я змушує плановиків значну частину часу присвячувати збиранню інформації.

- **Етап 4.** Визначення політики і формулювання плану, координація роботи. Огляд альтернативних варіантів. Питання вартості та інші спеціальні дослідження. Формулювання плану і політики. Координація рішень. На етапі визначення політики і формулювання плану, координації роботи повинно розглядатися як можна більше число альтернативних варіантів. А потім на основі таких факторів, як мінливість, прийнятність, ефективність, вартість, вплив на інші аспекти системи охорони здоров'я, потрібно зробити відбір варіантів, які найбільш відповідаю даним обставинам.

- **Етап 5.** Впровадження плану. Формулювання програм і проектів. Планування управління. Для того щоб впровадження було успішним, плани повинні складатися з детальних програм, в яких строго по пунктам перераховані види діяльності, методи, ресурси, вартість і час, необхідні для кожного етапу роботи. План повинен враховувати тактику і стратегію управління.

- **Етап 6.** Оцінка наскільки обґрунтованою була тактика планування? Наскільки вдалим було впровадження? Які результати? Стадія оцінки процесу планування часто ігнорується, особливо в такій області, як планування охорони здоров'я, де, як правило, проміжок часу між прийняттям рішення і результатами цього рішення досить тривалий. Фактично тривалість цього проміжку часу робить оцінку ще більш важливою, оскільки тільки завдяки оцінці фахівець з планування може вносити корективи в процесі роботи, що допоможе йому уникнути минулих помилок.

Доцільність планування обумовлена, серед іншого, необхідністю фінансування підготовки фахівців, наукового обґрунтування якості використання служб здоров'я або соціальною необхідністю забезпечення доступності допомоги, пріоритетами в розвитку служб охорони здоров'я. Можуть також братися до уваги політичні і технічні аспекти.

План охорони здоров'я це складова частина державного плану економічного і соціального розвитку країни. Він спрямований на найбільш раціональне та ефективне використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів охорони здоров'я як найважливішої галузі народного господарства.

План охорони здоров'я складається з наступних основних розділів:

- мережа медичних закладів;
- потреба у підготовці кадрів для закладів охорони здоров'я;
- капітальне будівництво;
- матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я;
- бюджет охорони здоров'я.

При формуванні плану установи охорони здоров'я органи управління надають *наступні вихідні дані*: контрольні цифри; державне замовлення; довготривалі економічні нормативи; ліміти.

Контрольні цифри включають: чисельність і склад населення; обсяг виконуваних установою медичних послуг; показники технічного оснащення установи; показники соціального розвитку території.

Державне замовлення визначається на введення в дію нових об'єктів, реконструкцію, технічне оновлення медичних закладів за рахунок державних коштів і капітальних вкладень.

Довготривалі економічні нормативи повинні забезпечити зв'язок суспільних інтересів з інтересами медичного закладу. Вищі органи управління встановлюють: нормативи бюджетного фінансування; нормативи утворення фондів заробітної плати і фондів матеріального стимулювання; нормативи утворення валютних відрахувань і валютної виручки.

Ліміти встановлюють граничні розміри державних централізованих капітальних вкладень, обсягів будівельно-монтажних робіт, централізовано розподілених матеріальних ресурсів.

Для розробки ефективних планів слід оцінити наступні компоненти: доступність медичних послуг; відповідність кількості пацієнтів клінічним

можливостям; думка пацієнтів, лікарів, керівництва, що фінансують сторін про питаннях якості.

Науково-консультативна група ВООЗ з розвитку досліджень в галузі охорони здоров'я розробила для спеціалістів, які займаються плануванням охорони здоров'я, перелік вимог, необхідних для збору інформації з типовими анкетами, які з успіхом використовувались в різних умовах.

Планування стоматологічної допомоги

Стоматологічна допомога відноситься до одного з самих масових видів медичної допомоги. У структурі загальної захворюваності населення нашої країни хвороби порожнини рота і зубів займають третє місце.

З метою активної боротьби з карієсом зубів і іншими найбільш розповсюдженими стоматологічними захворюваннями стоматологічні поліклініки проводять планову санацію зубів і порожнини рота дітям у школах і дошкільних установах, студентам Вузів і учнем технікумів, профтехучилищ, робітникам-підліткам, призовникам, вагітним жінкам і іншим контингентам населення.

Дитяче стоматологічне відділення працює переважно по методу планової санації. Цей метод реалізується в два етапи:

- 1 етап – огляд порожнини рота, визначення потреби в різних видах стоматологічної допомоги і її обсягу;
- 2 етап – надання необхідної лікувально-профілактичної допомоги в можливо більш короткі терміни до повної санації. У значній частині випадків планова санація передбачає і третій етап — наступне систематичне активне спостереження за хворими, тобто диспансерне спостереження.

Велике місце в роботі стоматологічної поліклініки займає диспансеризація стоматологічних хворих. Під диспансерним спостереженням знаходяться хворі з активним карієсом зубів, із захворюваннями пародонта і слизуватої оболонки порожнини рота, хронічним остеомієлітом щелеп, злоякісними новоутворами обличчя і порожнини рота, уродженими ущелинами губи і неба, аномаліями розвитку і деформації щелеп і ін.

Робота стоматологічної поліклініки оцінюється наступними показниками:

Повнота санації порожнини рота і зубів:

число санованих з числа потребуєчих санації

-----x100

число потребуєчих санації порожнини рота

Чим ближче цей показник до 100%, тим краще організована робота з планової санації порожнини рота і зубів.

Повнота диспансерного обслуговування хворих:

число хворих, узятих під диспансерне спостереження

-----x100

число зареєстрованих хворих

Показник розраховується як у цілому, так і по окремим нозологічних формах захворювань. Оптимальним треба вважати наближення цього показника до 100%.

Число відвідувань у день на один лікаря-стоматолога:

число відвідувань до лікаря-стоматолога за місяць (рік)

число робочих днів за місяць (рік)

Цей показник складає по нормативах у стоматологів-терапевтів — 16, у стоматологів-хірургів — 25, на недиференційованому прийомі — 18.

Середнє число пломб на один робочий день лікаря-стоматолога:

число пломб за місяць роботи лікаря-стоматолога

число робочих днів лікаря-стоматолога

При обслуговуванні дорослих цей показник по нормативі складає 8, а при обслуговуванні дітей — 7. У сучасних умовах цей показник збільшується до 11—12.

Середнє число санацій у день на 1 лікаря:

число санацій порожнини рота і зубів за місяць у лікаря-стоматолога

число робочих днів на місяць у лікаря-стоматолога

Норматив — 25 санацій на місяць (1 санація в день)

Відношення числа пломб при неускладненому карієсі до числа пломб, накладених після лікування ускладненого карієсу (пульпіт і періодонтит);

число неускладнених карієсом

число пульпітів і періодонтитів

У поліклініках Києва цей показник складає 8:1.

Відношення числа накладених пломб до числа проведених видалень зубів:

запломбовано зубів

видалено зубів

Зразкове співвідношення в даний час 5:1.

Використовуються також наступні показники:

- середнє число відвідуванні на 1 санацію;
- середнє число відвідувань на 1 пломбу;
- % пульпітів, вилікуваних у 1 сеанс;
- % післяопераційних ускладнень.

Показники діяльності ортопедичного відділення:

- середнє число хворих, прийнятих одним лікарем за 1 день;
- середнє число відвідувань на одного хворого, які отримали протези;
- число повторних відвідувань на одне первинне відвідування;
- середні терміни виготовлення протезів;
- виконання фінансового плану в %%;
- вартість протезів на одного хворого.

При плануванні поза лікарняної допомоги спочатку розраховують необхідні кадри лікарів, а потім формують мережу установ. За основу нормативу при визначенні потреби населення у всіх видах амбулаторної допомоги прийняте число відвідувань поліклініки на один жителя в рік. По стоматології на один міського жителя планується в рік 2—2,2 відвідування.

Щоб визначити необхідну кількість лікарських посад треба зіставити загальну потребу населення у відвідуваннях до стоматологів з можливою кількістю хворих, який може обслужити один лікар протягом року, тобто з *функцією лікарської посади*.

Л * Н

Необхідна кількість лікарських посад = -----
Функція лікарської посади

Л – норма поліклінічних відвідувань;

Н – чисельність населення

Функція лікарської посади = Б * С * Г

Б – навантаження лікаря на години роботи в поліклініці;

С – кількість годин роботи;

Г – кількість робочих днів в році.

Середнє число робочих днів за рік в лікаря-стоматолога, що веде тільки амбулаторний прийом приблизно 285-287 днів. Тривалість робочого дня лікаря, зайнятого тільки на безупинному прийомі амбулаторних хворих встановлене в 5,5 годин. Якщо ж лікарі-стоматологи не зайняті безупинним амбулаторним прийомом, а ведуть також інші види робіт (диспансеризація, санітарно-просвітня діяльність і т.д.), то для них установлений робітник день у 6,5 годин.

Навантаження на годину роботи для стоматолога, що веде терапевтичний прийом – 3 відвідування в годину, хірургічний – 5, змішаний – 3,2, лікар-протезист приймає 2 хворих у годину.

За одне відвідування в лікаря-стоматолога може бути зроблений дуже різний обсяг роботи, тому в стоматології навантаження лікаря прийнято виражати не тільки у відвідуваннях у годину чи день, але й у „трудових” одиницях. За трудову одиницю приймається накладення пломби при поверхневому і середньому карієсі з витратою часу в 20 хвилин.

Штатні нормативи стоматологічних поліклінік:

Лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів сумарно — 4 на 10000 дорослого населення.

Лікарів-стоматологів, лікарів-стоматологів-хірургів і лікарів-стоматологів-ортодонтів — 0,45 на 1000 дитячого населення.

Завідувачів стоматологічним відділенням – 1 на 12 посад лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів, але не більш 3 посад на поліклініку:

Медичних сестер лікарських кабінетів:

1 на 1 посаду лікаря-стоматолога-хірурга;

2 на 2 посаді лікарів-стоматологів

Медичних реєстраторів 1 на 6 посад лікарів-стоматологів усіх найменувань.

Санітарок: 1 на 1 посаду лікаря-стоматолога-хірурга;

1 на 3 посаді лікарів-стоматологів

Посади, що містяться на господарському розрахунку чи за рахунок спеціальних засобів (у зубопротезному відділенні) встановлюються індивідуально.

Штатні нормативи стоматологічної допомоги в інших медичних установах:

- у жіночих консультаціях посада стоматолога встановлюється з розрахунку — 1 посада на 100000 (0,5 посади на 50.000) міського населення, але не більш 1 посади на консультацію;

- у школах — 1 посада на 800 учнів;

- у лікарнях з розрахунку 1 посада на 400 ліжок;

- у туберкульозних лікарнях з розрахунку 0,5 посади на кожні 250 ліжок, але не менш 0,5 посади в лікарнях на 75 ліжок;

- в медико-санітарних частинах, на оздоровчих пунктах створюються стоматологічні кабінети при наявності 1500 і більше працюючих на всіх промислових підприємствах і на будівництвах;

на підприємствах хімічної промисловості виділяється 0,75 посади на 1000 працюючих.

Питання для самоконтролю:

1. Місце економіки охорони здоров'я в сучасній структурі економічної науки?

2. Розкрийте загальну мету економіки охорони здоров'я?

3. Під впливом яких чинників відбувалося формування економіки охорони здоров'я як науки?

4. Яке місце економіки охорони здоров'я в структурі сучасних економічних знань?

5. Поясніть сутність економічних відносин в ЛПУ на трьох крупних інформаційних рівнях?

Система фінансування галузі охорони здоров'я

Фінансування – це сфера економічних відносин, яка визначається рухом грошових засобів.

До головних джерел фінансування системи охорони здоров'я відносяться:

- кошти державного бюджету;
- кошти місцевих бюджетів;
- добровільне медичне страхування;
- фінанси громадських та благодійних організацій;
- офіційні платежі населення (приватна медична практика);
- неофіційна оплата послуг.

Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є ***бюджетне фінансування***, за рахунок податків, які збирають з підприємств та населення.

Бюджетне фінансування – безповоротне направлення коштів із державного та місцевого бюджету на витрати, пов'язані з державними замовленнями, програмами та забезпеченням державних організацій.

Для бюджетного фінансування, притаманні такі принципи:
безповоротність – безповоротне виділення коштів розпорядникам; ***безплатність*** – відсутність плати за виділені призначення; ***безстроковість*** – відсутність обмежень часу, на протязі якого можна використовувати кошти; ***плановість*** – виділення коштів у обсягах, відповідних до обсягів видатків, затверджених у фінансових планах; ***цільове спрямування*** – кошти з бюджету відпускаються на визначені цілі відповідно до фінансових планів; ***поєднання різноманітних джерел покриття витрат*** – бюджетні кошти виділяються з урахуванням власних та коштів вищих організацій, кредитів; фінансування з бюджету проводиться по мірі виконання показників та отримання доходів.

Метод фінансування – розподіл грошових коштів між виробниками медичних послуг.

Використовують такі методи фінансування охорони здоров'я, як *кошторисний, програмно-цільовий, за надані медичні послуги*. При цьому, кошторисний та програмно-цільовий є основними в фінансуванні медицини в Україні.

Кошторисне фінансування – найчастіша форма, яка полягає у виділенні коштів установам в межах кошторисів доходів та видатків. Заклади охорони здоров'я одержують кошти із бюджету на основі кошторису.

Кошторис – це основний документ, який визначає об'єм, цільовий напрям і щоквартальний розподіл засобів, які спрямовуються з бюджету на утримання установи. Він складається із статей, які містять однорідні видатки та не підлягають зміні.

Витрати, що включаються в кошторис, повинні бути обґрунтовані відповідними розрахунками по кожній статті кошторису. Розміри видатків за кожною статтею кошторису встановлюються шляхом використання *норм та нормативів* – галузеві показники, економічні нормативи, вартісні та натуральні нормативи, вартісні та натуральні технічні норми.

При плануванні витрат бюджету (кошторису) медична установа виходить з наступних показників:

- для лікарень і інших лікувальних закладів (госпіталів) – кількості ліжок;
- для амбулаторно-поліклінічних установ – кількості лікарських посад;
- для фельдшерсько-акушерських пунктів – кількості установ.

Програмно-цільове фінансування передбачає визначення чітких цілей фінансування, дає можливість уникнути нецільового використання коштів, забезпечити результативне їх витрачання. Бюджетне фінансування державних програм – визначене правовими нормами в аргументованих обсягах виділення бюджетних коштів безповоротно та безвідплатно або платно, та з їх цільовим призначенням, які направлені на покриття видатків, реалізацію завдань та програм із-за умов ефективного використання коштів, їх економії та контролю з боку держави.

Фінансування за надані медичні послуги є найточнішим методом, воно здійснюється як від планового, так і від фактичного обсягу послуг і пов'язане з розрахунком тарифів: оплата за фактичну кількість наданих послуг; оплата за фактичне число відвідувань; оплата за фактичну кількість завершених випадків амбулаторної допомоги; поособове фінансування всього обсягу наданої допомоги (повне фондоотримання); поособове фінансування всього обсягу позалікарняної допомоги і частини обсягу стаціонарної (часткове фондоотримання).

Додатковим джерелом фінансування є добровільне медичне страхування (ДМС). Соціально-економічне значення ДМС полягає у тому, що воно доповнює гарантії, надані у межах соціального забезпечення до максимально можливих у сучасних умовах стандартів. З економічної точки зору медичне страхування являє собою механізм компенсації застрахованому витрат і втрат, пов'язаних з настанням хвороби або нещасного випадку.

ДМС здійснюється на комерційних засадах страховими організаціями України – суб'єктами підприємницької діяльності згідно із Законом України „Про страхування”. Загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно. Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договору страхування відповідно до законодавства.

Лікарняна каса це добровільна, недержавна, некомерційна організація, побудована на принципі солідарності та страховій технології, яка функціонує у правовому полі, створеному відповідно до законів України „Про благодійництво та благодійні організації” та „Про об'єднання громадян”. Каси об'єднують інтереси громадян, трудових колективів та медичних працівників у питаннях медикаментозного та діагностичного забезпечення членів ЛК при їх захворюванні.

Основне завдання ЛК – допомогти населенню отримати медичну допомогу найвищої якості. Лікарняна каса дає своїм пацієнтам: соціальний захист на випадок хвороби; низький членський внесок; гарантований доступ медичної допомоги членам ЛК і їх сімей; ефективне використання медикаментів; надання якісних

послуг; система контролю якості надання медичної допомоги членам лікарняної каси.

Приватний сектор медичної практики в Україні недостатньо розвинений через високу вартість послуг. Основа існування приватної медичної практики закладена в статті 49 Конституції України, де підкреслюється, що держава сприяє розвитку лікувальних установ всіх форм власності. Стаття 16 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” розвиває положення Конституції й визначає, що медична практика може виявлятися підприємствами всіх форм власності з реєстрацією й діяльністю в порядку, певному законодавством. Медична допомога може також виявлятися й у порядку індивідуальної підприємницької діяльності, здобуваючи характер приватної медичної практики.

Неофіційні платежі домогосподарств у загальній структурі витрат з охорони здоров'я займають друге місце після витрат уряду, до того з кожним роком їх частка досить суттєво зростає. Часткова оплата, як правило, здійснюється за амбулаторне призначення лікарських засобів, амбулаторне і стаціонарне лікування, стоматологічне обслуговування. Неофіційні платежі за медичне обслуговування як у розвинених країнах, так і в Україні, становлять загрозу для реформування сфери охорони здоров'я, погіршують доступ до медичного обслуговування. Також це призводить до відмови в наданні медичних послуг тим категоріям населення, які неплатоспроможні.

Одним з додаткових джерел фінансування медичної галузі є **благодійництво** – добровільна безкорислива пожертва фізичних та юридичних осіб у поданні набувачам матеріальної, фінансової, організаційної та іншої благодійної допомоги (ст. 1 Закону про благодійництво). Її специфічні форми: меценатство, спонсорство й волонтерська діяльність.

Список бюджетних установ, які можуть отримувати благодійні (добровільні) внески та пожертви, озвучено в Порядку № 1222 (Постанова К М України від 4 серпня 2000 р. № 1222 про Порядок отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними

установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування (із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ N 368 (368-2009-п) від 14.04.2009. Це заклади освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання. Благодійні внески в грошовій формі надають виключно на добровільних засадах, обов'язково документально оформлюють і відображають у бухгалтерському обліку та звітності.

Керівнику закладу охорони здоров'я слід затвердити низку внутрішніх локальних документів, які чітко **регламентують отримання закладом благодійної допомоги**. Серед таких документів має бути наказ про порядок прийому благодійних внесків та пожертвувань від фізичних та юридичних осіб, в якому передбачено порядок прийому та використання внесків, перелік матеріально відповідальних осіб, котрі мають право приймати благодійні внески, порядок контролю за отриманням, надходженням та використанням благодійної допомоги. Благодійні кошти зараховуються на спеціальний реєстраційний рахунок, призначений для таких надходжень.

Згідно з пунктом 4 Порядку № 1222 благодійні внески у грошовій формі зараховуються на рахунок „Суми за дорученням”, шляхом здійснення певної касової операції. Тобто всі благодійні внески готівкою приймаються **виключно через каси закладу охорони здоров'я**.

Функціонування державно-бюджетної системи охорони здоров'я має ряд позитивних сторін: централізоване фінансування, яке покриває біля 90 % усіх видатків на медицину та не дає зростати ціні на лікувальні послуги; система забезпечує високий ступінь соціальної захищеності громадян шляхом установлення гарантій надання безкоштовної медичної допомоги; проведення строгого державного контролю за умовами надання медичної допомоги; заклади охорони здоров'я знаходяться під контролем та у власності держави, ринок також знаходиться під контролем держави та його роль є другорядною; висока ефективність при впливі на захворюваність особливо небезпечними інфекційними захворюваннями, а також в умовах надзвичайних ситуацій.

До недоліків даної системи слід віднести: дефіцит фінансових ресурсів охорони здоров'я, обумовлений нестабільним станом бюджетів та неефективним розподілом матеріальних і спеціальних ресурсів; обмеженість матеріальних стимулів; слабка залежність фінансування медичних установ від обсягів і якості роботи; нерівність для окремих соціальних, географічних груп у рівні і якості надання медичної допомоги; слабке впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики захворювань; відволікання значних фінансових ресурсів на утримання установ, слабо оснащених, що не мають висококваліфікованих кадрів; низький рівень розвитку первинної медичної допомоги, пріоритет дорогих стаціонарних видів надання медичних послуг; незахищеність споживача від неякісних медичних послуг.

Крім державної моделі фінансового забезпечення медичної галузі, в світі також існують страхова система (Франція, Німеччина, Австрія, Бельгія, Швейцарія та інші) **і приватна (платна) система** (США, Японія, Південна Корея).

Приватна система охорони здоров'я формувалася під впливом ринкової системи господарювання в суспільстві і є частиною ринкової економіки. Тому найвищого рівня організації вона досягла в країнах з найбільш розвиненою ліберальною ринковою економікою. Основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я в приватній моделі являються кошти добровільного медичного страхування та власні платежі населення.

Ця система характеризується наступними ключовими параметрами: ринкова система господарювання в охороні здоров'я, заснована на приватній власності; демократична, максимально децентралізована система управління галуззю; багатоканальний механізм фінансування, заснований на приватних джерелах і прямої оплаті за медичні послуги; жорстка конкуренція на ринку медичних послуг; залежність доходів виробників медичних послуг від обсягу та якості медичних послуг; абсолютний спектр медичних послуг; високий рівень задоволення попиту населення на медичні послуги; високий рівень якості медичних послуг; високий рівень комфортності при отриманні медичних послуг; висока сприйнятливість нових видів медичних послуг; висока адаптивність

системи до ринку медичних послуг, тобто оперативність у оволодінні новими медичними послугами.

Приватній моделі фінансування медичної галузі притаманні недоліки:

високий рівень вартості медичних послуг; низький рівень доступності медичних послуг для широких верств населення; нерівномірний розвиток медичної інфраструктури по територіальним регіонах; трудність організації медичного обслуговування населення вдома, особливо в умовах фінансової неспроможності суспільства; низький пріоритет медичних послуг громадського значення (суспільної профілактики, швидкої допомоги, диспансеризації); важкість управління галуззю або службами в екстремальних ситуаціях розвитку суспільства (економічний, екологічний, соціальний, військово-політична криза); неналежний контролю за якістю медичних послуг, не спрацьовування системи в умовах економічної кризи.

Соціально-страхова система охорони здоров'я (модель Бісмарка)

передбачає фінансування сфери охорони здоров'я не менше 60% усіх витрат за рахунок фондів обов'язкового медичного страхування. Решта витрат (до 40%) фінансуються за рахунок коштів бюджету, добровільного медичного страхування, коштів отриманих за надання платних медичних послуг, благодійних організацій та спонсорської допомоги, міжнародних програм охорони здоров'я. Страхівні внески є обов'язковими майже для всього населення країни при певній участі держави в фінансуванні страхових фондів. Медичний фонд, як правило, незалежний від держави, але діє у межах законодавства. Під час соціального страхування гарантується право на точно зумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права. У цій моделі держава відіграє роль гаранта у задоволенні суспільно необхідних потреб у медичній допомозі усіх громадян незалежно від рівня доходів.

Ключовими характеристиками страхової системи охорони здоров'я є наступні: система охорони здоров'я заснована на страхуванні здоров'я людини; види медичної допомоги включаються в систему страхування за допомогою

законів чи договорів між страховиками і страхувальниками; демократична децентралізована система управління медичною галуззю; наявність м'якої конкуренції на ринку медичних послуг; наявність вираженого зв'язку між доходами (заробітною платою) виробників медичних послуг, обсягом і якістю медичного обслуговування; ефективний механізм контролю за якістю медичних послуг, заснований на юридичних і фінансово-економічних діях страховика і страхувальника; опосередкований, економічно вигідний для всіх суб'єктів страхової системи охорони здоров'я механізм оплати за медичні послуги через страховий внесок; наявність стимулів у виробників для розширення спектру, обсягу та якості медичних послуг; достатній рівень гарантії обсягу та якості медичних послуг; гарантована доступність медичної допомоги для широких верств населення; багатоукладна власність медичної інфраструктури: діяльність системи здійснюється на основі законодавчого або договірної взаємодії страхувальника, страховика, виробника медичних послуг.

Недоліки страхової системи: зростання вартості медичних послуг в період становлення загального і медичного ринку товарів і послуг; зростання витрат на адміністративно-управлінські потреби і матеріально-технічні засоби; низький пріоритет медичних послуг, що не володіють першорядної життєвої важливістю і, в тому числі, профілактичного та оздоровчого характеру; нерівномірні витрати на розвиток галузі по окремих регіонах; низький пріоритет капітальних витрат в галузь; низький пріоритет інтересів пацієнтів, які часто і тривало хворіють, у зв'язку з їх економічною невідповідністю; трудність функціонування системи або повна її неспрацьовування в умовах низької купівельної спроможності населення, глибокого спаду промислового виробництва і високої інфляції; забезпечення системою фахівців-медиків, які не мають або мають малий (менше 5 років) професійний практичний досвід.

Питання для самоконтролю:

1. Розкажіть про основні джерела фінансування сфери охорони здоров'я?
2. Назвіть додаткові джерела фінансування медичної галузі?
3. Що таке методи фінансування закладів охорони здоров'я?

4. Основні принципи бюджетного фінансування?
5. Основні моделі фінансування сфери охорони здоров'я в світі?

Сутність, види, форми, та механізм оплати праці медичних працівників

Заробітна плата – це винагорода, обчислена, як правило, у грошовому виразі, яку за трудовим договором власник або уповноважений ним орган виплачує працівникові за виконану ним роботу.

Основні функції заробітної плати – відтворювальна, стимулююча, регулююча й соціальна. Реалізація **відтворювальної функції** заробітної плати передбачає встановлення норм оплати праці на такому рівні, який забезпечує нормальне відтворення робочої сили відповідної кваліфікації та водночас дає змогу застосовувати обґрунтовані норми праці, що гарантують власнику отримання необхідного результату господарської діяльності. **Функція стимулювання** зводиться до того, що можливий рівень оплати праці має спонукати кожного працівника до найефективніших дій на своєму робочому місці. **Регулююча функція** оплати праці реалізує загальнозживаний принцип диференціації рівня заробітку за фахом і кваліфікацією відповідної категорії персоналу, важливістю та складністю трудових завдань. **Соціальна функція** заробітної плати спрямована на забезпечення однакової оплати за однакову роботу; вона має поєднувати державне і договірне її регулювання, а також реалізовувати принцип соціальної справедливості, що до одержання власного доходу.

За своєю структурою заробітна плата складається з основної і додаткової заробітної плати.

Основна заробітна плата – це винагорода за виконану роботу відповідно до установлених норм праці (норми часу, виробітку, обслуговування, посадові обов'язки). Основна заробітна плата працівника залежить від результатів його праці й визначається тарифними ставками, відрядними розцінками, посадовими окладами.

Додаткова заробітна плата – це винагорода за працю понад установлені норми, за трудові успіхи та винахідливість, і за особливі умови праці. Вона включає доплати, надбавки, гарантійні і компенсаційні виплати, передбачені чинним законодавством; премії, пов'язані з виконанням виробничих завдань і функцій.

Згідно зі статтею 96 Кодексу законів про працю України основою організації оплати праці є **тарифна система** – це сукупність правил, за допомогою яких забезпечується порівняльна оцінка праці, залежно від кваліфікації, умов її виконання, відповідальності, значення галузі та інших факторів, що характеризують якісну сторону праці.

Тарифна система складається з:

- тарифних сіток;
- тарифних ставок;
- схеми посадових окладів;
- тарифно-кваліфікаційних характеристик;
- тарифно-кваліфікаційних довідників;
- кваліфікаційних довідників посад керівників, спеціалістів і службовців;
- схем посадових окладів або єдиної тарифної сітки.

Тарифна сітка – коефіцієнт, який присвоюється робочому в залежності від кваліфікації. Вона формується на основі: тарифної ставки робітника першого розряду, яка встановлюється в розмірі, перевищеним законодавчо встановленого розміру мінімальної заробітної плати; міжкваліфікаційних (міжпосадових) співвідношень розмірів тарифних ставок. Тарифна сітка встановлює відповідні співвідношення в оплаті праці працівників різної кваліфікації. Вона, власне, є переліком тарифних розрядів і відповідних тарифних коефіцієнтів. Розмір тарифної ставки (окладу) першого тарифного розряду визначається на рівні встановленого державою мінімального розміру заробітної плати.

Тарифна ставка – сума, яка нараховується за певний проміжок часу (година, день) працівникам відповідної кваліфікації (розряду). Її абсолютна

величина визначається згідно зі встановленим державою мінімальним розміром заробітної плати, тобто таким, що нижче за нього вже не можна платити працівникові за виконану норму робочого часу. Відтак розмір оплати праці не може бути нижчим від встановленої державою мінімальної заробітної плати навіть за невиконання норм виробітку чи виготовлення бракованої продукції з вини працівника.

Тарифно-кваліфікаційний довідник у вигляді Єдиного кваліфікаційного довідника робіт і професій робітників (ЄТКД) – це збірник нормативних актів, що містять кваліфікаційні характеристики робіт і професій, згруповані за виробництвами та видами робіт. ЄТКД призначено для тарифікації робіт, надання кваліфікаційних розрядів робітникам, а також для формування навчальних програм підготовки їх підвищення кваліфікації робітників.

Кваліфікаційні довідники посад керівників, спеціалістів, і службовців є нормативними документами, в яких подаються загальногалузеві кваліфікаційні характеристики цих категорій працівників. У них зазначаються посадові обов'язки, вимоги до знань і стажу роботи за спеціальністю, рівня та профілю підготовки керівників, спеціалістів і службовців.

Система оплати праці розподіляється на дві форми: відрядна та погодинна, а вони в свою чергу мають різновидності.

Відрядна форма оплати праці – система заробітної плати, при якій зарібок залежить від обсягів виконаної роботи, потребує якості. За цієї форми оплата праці проводиться за нормами і розцінками, встановленими, виходячи з розряду виконуваних робіт. Присвоєний працівникові кваліфікаційний (тарифний) розряд є підставою для надання йому можливості виконувати роботу відповідної складності. Основними умовами застосування відрядної оплати праці є наявність кількісних показників роботи, що безпосередньо залежать від конкретного працівника і піддаються точному обліку, а також необхідність стимулювання зростання випуску продукції та існування реальних можливостей підвищення виробітку на конкретному робочому місці.

Використання цієї форми оплати праці потребує встановлення обґрунтованих форм виробітку, чіткого обліку їх виконання і, що особливо важливо, не повинно призводити до погіршення якості продукції, порушень технологічних режимів, техніки безпеки, а також до перевитрачання сировини, матеріалів енергії.

Відрядна оплата праці має різновиди :

При прямій відрядній формі оплати праця працівника винагороджується по відрядних розцінках за одиницю обігу незалежно від рівня виконаних норм виробки. Заробіток ($D_{\text{врс}}$) визначається помноженням обсягу якісно виконаних робіт (v) на відрядну розцінку (p): $D_{\text{врс}} = p \cdot v$

Розцінка визначається діленням погодинної тарифної ставки на норму виробітку або множенням погодинної тарифної ставки на норму часу (у годинах) на виготовлення одиниці продукції.

При відрядно-прогресивній оплаті праці робочого об'єму робіт, виконаний зверх норми, сплачується по збільшених розцінках.

Вона передбачає оплату робіт, виконаних у межах встановленої норми (n_0) за звичайними відрядними розцінками (p), а робіт, виконаних понад нормативний (базовий) рівень (n_i) – за підвищеними розцінками (p_i) залежно від ступеня виконання завдання. Заробіток ($D_{\text{в прог}}$) при цій системі визначається, таким чином, за формулою: $D_{\text{в прог}} = p \cdot n_0 + p_i \cdot n_i$.

При відрядно-преміальній – виплачуються премії по відрядних розцінках зверх заробітку за досягнень результати роботи. Заробіток працівника ($D_{\text{врс}}$) складається з відрядного заробітку ($p \cdot v$) та премії (m) за досягнення певних результатів, що заохочуються: $D_{\text{врс}} = p \cdot v + m$.

Непряма відрядна форма оплати праці – застосовується для оплати праці допоміжних робітників (підсобників). При цьому заробіток допоміжних робітників залежить від результатів роботи робітників-відрядників, яких вони обслуговують. Вона застосовується для оплати тих категорій допоміжних робітників, праці яких не піддається нормуванню та обліку, але значною мірою визначає рівень виробітку основних робітників.

Відрядна заробітна плата може бути індивідуальною та груповою (бригадною). При останній заробітна плата за виконані роботи розподіляється між членами бригади пропорційно розрядах робітників та кількості відпрацьованих ними годин.

Акордна оплата праці – одна з форм заробітної плати, яка є різновидністю відрядної заробітної плати. Її сутність полягає у тому, що відрядна розцінка встановлюється не на окрему виробничу операцію, а на весь комплекс робіт загалом, виходячи із діючих норм часу та розцінок. Існує також акордно-преміальна оплата праці, при якій виплачуються премії за досягненні показники в роботі.

Погодинна форма заробітної плати – нарахування заробітної плати залежить від фактично відпрацьованого часу і встановленої норми оплати за одиницю часу. Погодинна оплата праці одна з форм оплати праці і передбачає проведення нарахування заробітної плати працівникам виходячи з погодинної тарифної ставки, яка встановлюється за домовленістю сторін або в колективному договорі, і фактичної кількості відпрацьованих ними годин за розрахунковий період.

Відомі дві форми почасової оплати праці - проста погодинна та погодинно-преміальна.

При простій погодинній оплаті заробіток визначається виходячи з кількості відпрацьованого часу та кваліфікації працівника. Робітникам з почасовою заробітною платою сума заробітку визначається виходячи з годинної тарифної ставки та кількості відпрацьованих годин. Заробіток працівника ($D_{пн}$) розраховується множенням годинної тарифної ставки відповідного розряду (s) на кількість відпрацьованих годин (t): $D_{пн} = s \cdot t$.

Через недостатній вплив на кількість і якість праці почасового робітника цю систему застосовують досить рідко.

При погодинно-преміальній оплаті додатково вводиться преміювання за якісне та своєчасне виконання завдань.

Документом по обліку відпрацьованого часу робітниками з погодинною заробітною платою є таблиць. Таблиць служить для обліку та контролю робочого часу, нарахування заробітної плати при погодинній формі оплати праці, складання звітності про чисельність і склад працівників.

При погодинно-преміальній системі окрім тарифного заробітку ($s \cdot t$) працівник одержує премію (m) за досягнення певних кількісних показників. Загальний заробіток ($D_{\text{прем}}$) визначається за формулою: $D_{\text{прем}} = s \cdot t + m$. (1.6)

Розрізняють два види заробітної плати: номінальну і реальну.

Номінальна заробітна плата – це грошовий вираз тієї заробітної плати, яку працівник одержує за свою працю у відповідності з її кількістю і якістю.

Реальна заробітна плата – це сукупність матеріальних і духовних благ, які можна реалізувати за номінальну заробітну плату. Розмір реальної заробітної плати залежить від величини номінальної заробітної плати і рівня цін на товари і послуги.

Економічний механізм формування фонду оплати праці

Плановий фонд заробітної плати – це вся сума коштів, що виділяється для оплати праці працівників за виконану роботу та відпрацьований час, а також суми виплат і доплат, які передбачені державними законодавчими актами та діючими преміальними системами у запланованому періоді. Планування заробітної плати включає визначення розміру фонду та середньої заробітної плати виробничого й невиробничого персоналу в цілому і за окремими категоріями працівників, а також фонд заробітної плати не облікового складу. Вихідними даними для визначення розміру планового фонду заробітної плати персоналу є: виробнича програма; трудомісткість продукції; чисельність працівників за категоріями, професіями і кваліфікацією; тарифна система; штатний розпис працівників, спеціалістів, службовців; законодавча база України про оплату праці.

При визначенні планового фонду заробітної плати робітників розраховують:

- фонд прямої заробітної плати;

- доплати у годинний, денний і місячний фонди заробітної плати.

Початковими даними для розрахунку витрат на оплату праці медичною установи є:

- затверджений штатний розклад співробітників ЛПЗ;
- тарифікаційні списки співробітників, складені по затвердженій формі з розбиттям по категоріях персоналу (лікарі, середній, молодший медичний персонал, адміністративно-управлінський персонал);
- нормативний річний фонд робочого часу медичного персоналу.

У лікувальних закладах чи установах часто зустрічаються випадки, коли працівники з тих чи інших обставин змушені працювати в понаднормовий час, у вихідні та святкові дні, а також у нічний час (з 22 години вечора до 6 години ранку).

Згідно з Кодексом Законів “Про працю” оплата праці за умов відхилення від норми здійснюється таким чином:

- у понаднормовий час – у подвійному розмірі годинної ставки за погодинною системою оплати праці, за відрядною формою оплати праці виплачується доплата у розмірі 100 % тарифної ставки працівника відповідної кваліфікації, оплата праці якого здійснюється за погодинною системою;
- у нічний час – у підвищеному розмірі – від 30 % до 50 % годинної тарифної ставки, посадового окладу за кожну годину роботи у нічний час, якщо вищий розмір не визначено законодавством;
- у святкові та неробочі дні – у подвійному розмірі.

Критерії витрат праці лікаря визначаються наступним:

Об’ємом роботи, який може бути визначений умовними одиницями трудомісткості (УОТ), коли за 1 УОТ приймається об’єм роботи лікаря при лікуванні захворювання даної нозологічної форми, прийнятої за одиницю (наприклад, об’єм роботи лікаря при накладенні пломби при середньому карієсі; при амбулаторних відвідинах кардіолога з лікувально-діагностичною метою).

Час, визначений п'ятиденним або шестиденним робочим тижнем (наприклад, робочий тиждень – 38,5 годин; при шестиденному робочому тижні робочий день лікаря триває 6,5 годин в стаціонарі; при п'ятиденному тижні – 7 годин 42 хв.; а для вузьких фахівців робочий тиждень складає 33 години, робочий день при шестиденному робочому тижні триває 5,5 годин).

Питання для самоконтролю:

1. Охарактеризуйте існуючі системи оплати праці в бюджетних медичних установах?
2. Форми і системи оплати праці?
3. В чому суть погодинної системи оплати праці?
4. В чому суть відрядної системи оплати праці?
5. Що таке тарифна система оплати праці і з чого вона складається?
6. Що таке тарифна сітка та тарифна ставка?

Ринок послуг охорони здоров'я та методи його дослідження

Ринок – це обмін, організований по законах товарного виробництва і обігу; це форма взаємостосунків, зв'язків між окремими господарюючими суб'єктами; сфера взаємодії попиту та пропозиції, виробників і споживачів, покупців і продавців.

Ринок медичних послуг – сукупність медичних технологій, виробів, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, лікарської дії і профілактики, які реалізуються в умовах конкурентної економіки.

Ринок послуг охорони здоров'я виконує такі функції: інформаційну, посередницьку, ціноутворюючу, регулюючу.

Інформаційна функція. Ринок надає учасникам виробництва об'єктивну інформацію про суспільно необхідну кількість і якість послуг, які постачаються на ринок.

Посередницька функція. Економічно відособлені виробники мають знайти один одного і обмінятися результатами своєї діяльності. Без ринку неможливо визначити, наскільки взаємовигідним є той чи інший технологічний і економічний зв'язок між конкретними учасниками виробництва.

Ціноутворююча функція. На ринок поступають послуги одного призначення, але вони містять різну кількість витрат. Ринок визнає лише суспільно необхідні витрати, які відповідають умовам надання основної маси послуг даного виду, тільки якщо їх згоден сплатити споживач.

Регулююча функція. Ринок не може існувати без конкуренції. Внутрігалузева конкуренція стимулює зниження витрат на одиницю надаваних послуг, заохочує технічні нововведення, підвищує якість надаваних послуг.

Згідно з Конституцією України, медична допомога надається кожному громадянину країни безкоштовно в мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Відповідно до законодавства України, в закладах охорони

здоров'я недержавної форми власності невідкладну медичну допомогу надають безкоштовно.

Завдання ринку медичних послуг полягають в наступному: забезпечення процесу реалізації цілей формування ринку медичних послуг; забезпечення ефективності й повноти використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я; підготовка та перепідготовка медичного персоналу для конкурентоспроможної діяльності на ринку медичних послуг; збереження й зміцнення здоров'я населення регіону; надання кваліфікованих медичних послуг усім громадянам незалежно від місця їхнього проживання; перехід на лікувально-діагностичні послуги з використанням сучасних медичних технологій; забезпечення доступного і якісного медичного обслуговування; розроблення практичних заходів для залучення вітчизняних та іноземних інвестицій у медичні заклади; здійснення податкової політики, що стимулюватиме розвиток підприємництва на ринку медичних послуг; створення єдиної інформаційної служби по всіх медичних установах ринку медичних послуг; здійснення моніторингу процесів реалізації ринку медичних послуг щодо виявлення їх відповідності основній меті політики; забезпечення соціальної безпеки; аналіз тенденцій та закономірностей формування ринку медичних послуг.

У ринковій системі охорони здоров'я України існує елемент ринку – *медична послуга*.

Медична послуга – це заходи або комплекс заходів, спрямованих на профілактику захворювань, їх діагностику та лікування, мають самостійне закінчене значення і певну вартість. Стоматологічні послуги є різновидом професійних медичних послуг, орієнтованих на особливе благо – здоров'я людини. Отже, стоматологічна послуга є необхідна і достатня профілактичною, діагностичною, лікувальною та (або) реабілітаційною метою.

Таким чином, під стоматологічною послугою розуміється – захід (або комплекс заходів), спрямований на профілактику хвороб зубів і порожнини рота, їх діагностику та лікування, що має самостійне закінчене значення і певну вартість.

Стоматологічні послуги мають ознаки, що відрізняють будь-яку послугу від товару. Цими універсальними **відмітними ознаками вважаються**: невідчутність, невіддільність від джерела послуги, мінливість якості, незбережність, неоднозначна оцінка результату медичної послуги.

- **Невідчутність.** Пацієнт, що прийшов на прийом до стоматолога, не може заздалегідь знати результат відвідування, він змушений просто вірити стоматологу на слово. Однак, для підвищення „відчутності” запропонованих стоматологічних послуг в ряді випадків можна дати деяке уявлення про характер конкретної послуги. Наприклад, можна продемонструвати пацієнтові фотографії з результатами естетичної реставрації зубів.

- **Невіддільність** від джерел послуги. Пацієнт, що записався до певного стоматолога, отримає вже не ту послугу якщо потрапить через відсутність цього стоматолога до іншого.

- **Мінливість якості.** Одну і ту ж стоматологічну послугу лікарі різної кваліфікації надають по-різному, і навіть один і той же стоматолог може допомогти пацієнтові по-різному залежно від свого стану.

- **Незбережність.** Стоматологічну послугу неможливо зберегти для подальшого надання. Надати послугу можливо лише тоді, коли є пацієнт.

- **Неоднозначна оцінка результату медичної послуги.**

Особливості ринку медичних послуг: кваліфікаційні вимоги, що призводять до обмеження кількості практикуючих лікарів; недосконалість та специфічність конкуренції, що робить неможливим залучення покупців за рахунок зменшення ціни; особливості територіальної сегментації ринку медичних послуг та високої змінності кон'єктури ринку в залежності від рівня структури захворюваності даного регіону (епідемії, екологічні негаразди); значно виражений сезонний характер потреби в деяких медичних послугах; здатність продавця медичних послуг впливати на попит та пропозицію; високий ступінь довіри до надавача медичної послуги, відсутність зв'язку між затратами праці медичних працівників та кінцевим результатом; пріоритет соціальної та медичної ефективності над економічною; результативність в охороні здоров'я

безпосередньо не пов'язана з величиною витрат; результат різноманітний по терміну прояви і необхідності повторної дії; характер розрахунків за досягнутий результат (надану послугу) також може бути різним (це і пряма оплата, і оплата через бюджетні кошти, і оплата з фондів, що формуються в страхових організаціях; послуга може надаватися як у товарній (і саме в цьому випадку вона починає мати вартісними параметрами), так і в нетоварній формі; вартість послуги охорони здоров'я не є якась постійна, дана раз і назавжди величина. Навпаки, вона має тенденцію до зміни, причому частіше у бік збільшення (особливо при тривалому лікуванні); наявність великої кількості інвесторів (пацієнт, сім'я, підприємство, роботодавець, громадські організації, включаючи конфесії, страхові компанії, державу і міжнародні структури), які оплачують процес надання послуг; залежність ходу надання послуги охорони здоров'я від місцевих природно-кліматичних умов, які можуть перешкоджати або, навпаки, бути сприятливими для здійснення процесу лікування або профілактики різних захворювань.

Механізм ринку послуг охорони здоров'я, як і будь-якого іншого ринку, функціонує завдяки взаємодії трьох основних параметрів: попиту, пропозиції, ціні.

Попит – це кількість медичних послуг, яку бажають і можуть придбати пацієнти за деякий період за певною ціною, це платоспроможна потреба в медичних послугах. Він змінюється саме залежно від ціни. Дана залежність знаходить свій вираз у дії закону попиту: за інших рівних умов попит на послуги змінюється в зворотній залежності від ціни.

Чинники, що впливають на попит: рівень доходів населення, зміни в структурі населення, чисельність пацієнтів в країні, зміна смаків пацієнтів (наприклад, пластичні операції), „форсування попиту” на медичні послуги.

Попит на охорону здоров'я включає у себе таку невизначеність як інформація про стан здоров'я, і аж потім окремі способи лікування чи профілактики. У такій ситуації лікар виступатиме не лише як безпосередній виробник послуги, а й як агент, що захищає інтереси свого клієнта, ще до того

бере на себе тягар відповідальності за прийняте рішення.

Щодо вивчення попиту на медичні послуги, то слід звернути увагу на види попиту, які в системі охорони здоров'я мають певні особливості.

Негативний попит – коли ринок відкидає певний товар чи послугу через негативне ставлення споживачів до даного товару (щеплення, деякі хірургічні обстеження і маніпуляції, пломбування зубів). Негативний попит в охороні здоров'я зумовлений переважно неприємними відчуттями або низьким рівнем санітарної освіти.

Відсутність попиту – коли споживачі байдужі до даного товару чи послуги (лапароскопічна діагностика, використані шприци).

Прихований попит – коли попит є, але немає товару чи послуги, яка була б здатна задовольнити цей попит (нешкідливі та ефективні методики схуднення, нешкідливі сигарети, екологічно чисті житлові райони, методи зупинки старіння тощо).

Падаючий попит спостерігається при перенасиченні ринку даними товарами, старінні товару, зміні моди тощо (протівірусні препарати після спаду епідемії грипу, тонометри тощо).

Нерегулярний попит – стрибаючий попит залежно від сезону, часу доби, моди (протівірусні препарати, значне зниження госпіталізації в період свят).

Повноцінний попит – коли обсяг продаж і стійкість попиту задовольняють виробника (серцеві препарати, травматологічні послуги).

Надмірний попит – попит вищий, ніж пропозиція (потреба у стоматологічних послугах у державних лікувальних закладах ряду країн, потреба в послугах травматолога в ожеледь).

Нераціональний попит – попит на шкідливі товари та послуги (наркотики, алкоголь, сигарети, пластична хірургія тощо)

Для врегулювання даних видів попиту і досягнення ринкової рівноваги необхідно буде провести дослідження ринку даних послуг та за результатами аналізу вжити ряд маркетингових заходів.

Пропозиція – це кількість медичних послуг, яку лікарі можуть надати в певний період часу населенню. Залежність між ціною і пропозицією вже не зворотна, а пряма. Закон пропозиції свідчить: пропозиція, за інших рівних умов, змінюється в прямій залежності від зміни цін. Іншими словами, у міру зростання цін виробники пропонують пацієнтам більшу кількість послуг, а у міру їх падіння – меншу.

Чинники, що впливають на пропозицію: кількість лікарів (чим більше лікарів, тим більше пропозиція медичних послуг); вартість медичного устаткування (підвищення очікуваної вартості медичного устаткування скорочує пропозицію медичних послуг); вдосконалення медичного устаткування; податки (підвищення податків знижує пропозицію); вихід на ринок медичних послуг нових конкурентів поза залежності від цін збільшить пропозицію

Ціна як грошовий вираз вартості послуги формується при взаємодії на ринку носіїв попиту та пропозиції, тобто пацієнта і виробника послуг (лікаря).

До основних методів дослідження ринку охорони здоров'я відносяться:

- епідеміологічні методи;
- соціологічні;
- ретроградні моделі;
- прогнозні моделі;
- кон'юнктурні методи.

За допомогою епідеміологічних методів дослідження ринку споживачів медичних послуг визначатимуться: рівні та поширення захворюваності, структура захворюваності, причини смертності. За допомогою епідеміологічних методів дослідження ринку виробників медичних послуг визначатимуться: кількість лікарів за профілем, інвентаризація лікувально-профілактичних закладів, інвентаризація спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, рівні технологій, аналіз забезпеченості обладнанням та апаратурою.

До соціологічних методів дослідження ринку споживачів медичних послуг відносяться: анкетний метод, інтерв'ювання, аналіз звертання. До соціологічних методів дослідження ринку виробників медичних послуг належать: аналіз бази

лікувально-профілактичних закладів, аналіз структури медичної бази, анкетний метод, інтерв'ювання.

За допомогою ретроградних та прогнозних методів дослідження ринку споживачів медичних послуг визначатимуться: аналіз захворюваності за ряд років, визначення тенденції динаміки захворюваності. За допомогою ретроградних та прогнозних методів дослідження ринку виробників медичних послуг визначатимуться: аналіз динаміки чисельності медичного персоналу, аналіз складу медичного персоналу, аналіз показників забезпеченості медичним персоналом ЛПЗ.

За допомогою кон'юнктурних методів дослідження ринку медичних послуг споживачів визначатиметься попит на окремі види медичної допомоги, а виробників – ринок надавачів медичних послуг.

Позитивні риси ринку медичних послуг: підвищення якості медичного обслуговування, зокрема медичного сервісу; вільний доступ до методів і форм лікування; можливість і реалізація вибору будь-якого постачальника медичних послуг; можливість юридичного і економічного впливу в разі незадоволення або неякісного задоволення медичних потреб; заробіток медичного працівника, пов'язаний з результатами праці і задоволеністю пацієнта; правова та економічна захищеність як споживача, так і постачальника медичних послуг.

Негативні риси ринку медичних послуг: послаблення профілактичних заходів, неприйняття медичних послуг з високою часткою гуманітарної місії охорони здоров'я і низьким ступенем прямої економічної вигоди; дискримінація хворих соціально уразливих груп, що потребують медичної допомоги.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке ринок медичних послуг?
2. До якого типу послуг відноситься охорона здоров'я?
3. Назвіть основні економічні особливості послуг охорони здоров'я?
4. Наведіть основні характеристики медичних послуг?
5. В чому суть понять попиту і пропозиції?

Організація маркетингової діяльності в стоматології.

Маркетинг – система принципів, методів і заходів, що базуються на комплексному вивченні попиту споживача і цілеспрямованому формуванні пропозицій медичних послуг виробником, це комплекс заходів щодо просування товарів і послуг від виробника до споживача.

Метою маркетингової діяльності медичних закладів є задоволення потреб населення в медичній допомозі, забезпечення ефективності виробничої діяльності медичної організації та отримання бажаних економічних результатів (прибуток, дохід, обсяг збуту та ін.).

Предметом маркетингової діяльності є товари та послуги, а маркетингова діяльність спрямована на забезпечення результативності управлінських рішень, ефективного планування роботи медичної організації, збільшення обсягу продажу товарів і послуг.

Маркетинг базується на наступних принципах:

- орієнтованість на споживача, вивчення та оцінка потреб споживача;
- пристосування до вимог ринку, глибоке вивчення кон'юнктури ринку;
- комплексний підхід до розробки маркетингового плану, з використанням комплексу маркетингу;
 - гнучке і оперативне реагування на запити клієнта і ринку в цілому;
 - активні інновації;
 - досягнення поставлених цілей.

Суб'єктами маркетингу в охороні здоров'я виступають пацієнти, медичні установи, медичні працівники, органи управління охорони здоров'я, страхові організації.

В основі маркетингу лежать такі основні поняття:

- першою початковою основою є **нестаток** – відчуття людиною нестачі;
- другою є ідея людських потреб. **Потреба** – це та, що прийняла специфічну форму відповідно до культурного рівня і особистості індивіда. Виробники товару

намагаються сформуванати зв'язок між тим, що вони випускають, і потребами людей. Наприклад, хвора людина відчуває потребу в певному лікарському засобі;

- **попит** – це потреба, підкріплена купівельною здатністю. Ресурси для задоволення потреб обмежені, тому людина вибиратиме ті послуги або товари, яке доставлять йому найбільше задоволення в рамках його фінансових можливостей;

- людські бракування, потреби і запити наводять на думку про існування товарів для їх задоволення. **Товар** – все, що може задовольнити потребу і пропонується ринком з метою залучення уваги, придбання, використання або споживання. Це можуть бути, крім виробів і послуг, особи, місця, організації, види діяльності і ідеї;

- маркетинг має місце в тих випадках, коли люди вирішують задовольнити свої потреби і запити за допомогою обміну. **Обмін** – акт отримання від якогось-небудь бажаного об'єкту з пропозицією замість чого-небудь;

- обмін відбудеться досягнувши **угоди** між сторонами про його умови. Основною одиницею вимірювання у сфері маркетингу є – операція. Операція припускає наявність декількох умов: щонайменше, двох ціннісно-залежних об'єктів, злагоджених умов її існування, злагодженого часу здійснення, злагодженого місця проведення;

- поняття „операція” безпосередньо підводить нас до поняття „**ринок**”. Ринок – це сфера взаємодії попиту і пропозиції, виробників і споживачів, покупців і продавців.

Маркетингові дослідження – це збір, розробка та аналіз даних з проблеми маркетингу.

Найважливішими напрямками (завданнями) маркетингових досліджень є:

- дослідження ринку;
- прогноз обсягу продажів товарів і послуг;
- отримання і аналіз інформації про існуючих і потенційних споживачів;

- отримання і аналіз інформації про конкурентів і характер конкуренції;
- визначення та вибір сегментів ринку;
- вивчення політики цін;
- аналіз форм і каналів збуту товарів;
- дослідження рекламної діяльності;
- довгострокове прогнозування.

На основі цілей, завдань і стратегії розвитку медичної організації проводиться *аналіз зовнішнього середовища маркетингу, внутрішньої маркетингової діяльності та існуючої системи маркетингу.*

Зовнішнє середовище маркетингу формують шість основних факторів: політична система в країні, що забезпечує умови захисту інвестицій, стабільність політики держави, соціальні стимули, правила зовнішньої торгівлі, відносини з іноземними компаніями; особливості фінансової системи: життєвий рівень і купівельна спроможність населення, динаміка і рівень ВВП, процентні банківські ставки, грошові ресурси, рівень і ступінь регулювання цін; рівень і темпи інфляції, рівень і динаміка безробіття, зарплата і її регулятори; законодавча система країни; рівень науково-технічного прогресу в країні: наявність сучасних засобів зв'язку, використання сучасних технологій у виробництві, рівень комп'ютеризації, рівень продуктивності праці, рівень автоматизації виробництва, рівень наукових результатів. розвиненість інфраструктури транспортних мереж, що забезпечують просування товарів територією регіону і країни. географічні, кліматичні, соціальні, екологічні, демографічні, культурні умови і традиції: характер способу життя, перспективи професійного зростання населення, споживча активність населення, вікові характеристики населення, регіональна міграція населення, тривалість життя, особливості клімату.

Аналіз внутрішньої маркетингової діяльності медичної організації: обсяг продажу, ринкова частка, прибуток маркетингової процедури, організація маркетингу, контроль маркетингової діяльності, аналіз всіх елементів маркетингу.

Аналіз системи маркетингу: цілі маркетингу, стратегія маркетингу, права та обов'язки керівників в області маркетингу, інформаційна система, система планування, система контролю, взаємодія з іншими управлінськими функціями, прибутковість, вартість і ефективність.

Для оцінки конкурентів у ході маркетингової діяльності використовують наступні показники: число і розміщення офісів, філій, представництв та підрозділів конкуруючої організації; чисельність і склад персоналу підрозділів конкурентної організації; детальна структура конкуруючої організації; фінансовий стан конкуруючої організації; темпи зростання прибутковості конкуруючої організації; детальна характеристика якості і цін товарів і послуг конкурентів; зразки товарів, що випускаються і виконуваних послуг; особливості організаційних форм і ефективності реклами конкурентів; імідж на ринку конкуруючої організації; витрати на розробки нових товарів і послуг, на дослідницькі роботи і загальний розвиток; характеристика основних постачальників конкурентів; характеристика персоналу конкурентів, форм роботи, заходів заохочення і оплати його праці; інформація про провідних фахівцях конкуруючої організації; інформація про систему планування роботи, контролю над виробництвом і інформаційну систему.

Існує дві групи чинників маркетингу: контрольовані і неконтрольовані. До основних *контрольованих* факторів відносяться: вибір ринків, вибір цілей маркетингу, організація маркетингу, структура маркетингу, управління маркетинговими процесами. До основних *неконтрольованих* факторів належать: споживачі, конкуренція, держава, економіка, лікувально-діагностичні технології, засоби масової інформації.

Як правило, різні групи населення мають не однакові переваги до споживання товарів і послуг. Групи населення з різними уподобаннями до споживання товарів і послуг називаються *сегментами ринку*, а процес їх виявлення – *сегментація ринку*.

Сегмент ринку товарів і послуг – це поділ усього ринку на окремі частини (сегменти), кожен з яких охоплює більш або менш однорідні групи потенційних

покупців з приблизно однаковими споживчими перевагами і стереотипом поведінки.

Частіше за все при сегментації ринку медичних послуг використовують географічні, демографічні, психографічні і поведінкові чинники:

- сегментація за географічним принципом пропонує розбиття ринку на різні географічні одиниці: республіки, області, міста, райони, селища, села. Крім того, можна використовувати різні медико-географічні і клімато-географічні умови.
- сегментація за демографічним принципом полягає в розбитті на основі таких демографічних змінних, як: стать, вік, розмір сім'ї, і ін.
- сегментація за психографічним принципом здійснюється серед споживачів медичних послуг, які можуть підрозділятися на групи по ознаках приналежності до суспільного класу, способу життя або особових характеристик, здорові, хворі, особи що працюють у професійно-шкідливих умовах, військовослужбовці, студенти тощо);
- сегментація за поведінковим принципом проводиться на основі поведінкових особливостей споживачів медичних послуг. Споживачі діляться на групи, залежно від їх знань, відносин, характеру реакції на послугу, рівнем добробуту і платоспроможності;
- за видами забезпечення медичною допомогою: амбулаторно-поліклінічна, госпітальна, допомога породіллі, стоматологічна, лікарське забезпечення тощо).

Комплекс маркетингу – це сукупність маркетингових елементів (товар, ціна, розподіл, просування), за допомогою яких досягаються цілі та рішення завдань маркетингу.

Товар – ключовий елемент комплексу маркетингу, продукт праці, вироблений для продажу. Товаром у сфері охорони здоров'я є послуги на ринку медичних послуг. Складовими товару є: властивості, розмір, сервіс, упаковка, марка, гарантії, асортимент.

Ціна – грошовий вираз вартості товару (послуги). Цінова політика є найважливішою складовою частиною маркетингу. Вона дозволяє активно і ефективно впливати на ринок, обсяг продажів і величину прибутку. Виробник

повинен визначити: взаємозв'язок між ціною і попитом, методику ціноутворення товарів і послуг, прогнозування цінової політики на ринку товарів.

Канал розподілу – це сукупність організацій або окремих осіб, які сприяють доставці товару від виробника до споживача. *Основними складовими розподілу є:* канали збуту, форма торгівлі, транспортування, запаси на складі.

Існують наступні функції каналу розподілу: встановлення та оптимізація контактів; проведення товару; проведення переговорів (узгодження цін, умов продажу та інше); організація руху товару (транспорт, складська система); фінансування каналу; прийняття ризику.

Просування товару на ринок потребує ефективних контактів виробника з покупцем. Комунікаційний комплекс включає: *стимулювання збуту, персональний продаж, рекламу, прямі комунікації.*

Питання для самоконтролю:

1. Розкрийте сутність сегментації ринку медичних послуг?
2. Надайте основні класифікаційні чинники сегментації ринку медичних послуг і їх характеристику?
3. Назвіть основні елементи маркетингу?
4. Що таке комплекс маркетингу?

Організаційно-правові форми підприємницької діяльності, їх порівняльна характеристика. Організація підприємницької діяльності в сфері охорони здоров'я. Методика складання бізнес-плану.

Підприємництво – це безпосередня самостійна, систематична, на власний ризик діяльність по виробництву продукції, виконанню робіт, наданню послуг з метою отримання прибутку, яка здійснюється фізичними та юридичними особами, зареєстрованими як суб'єкти підприємницької діяльності в порядку, встановленому законодавством.

Підприємництво в охороні здоров'я – діяльність організацій та фізичних осіб, спрямована на зміцнення і поліпшення стану здоров'я громадян, що дозволяє відшкодувати витрати на здійснення цієї діяльності і отримувати прибуток за рахунок споживачів медичних послуг.

Основними видами підприємницької діяльності організацій охорони здоров'я є: надання (реалізація) платних послуг; реалізація та використання майново-матеріальних цінностей; здача в оренду майна; фінансові вкладення в депозити, цінні папери; добровільне медичне страхування.

Підприємець – це суб'єкт, який поєднує в собі новаторські, комерційні та організаторські здібності для пошуку і розвитку нових видів і методів виробництва, а також нових благ, якостей та сфер застосування капіталу.

Суб'єктами підприємницької діяльності можуть бути: громадяни України, інших держав, особи без громадянства, не обмежені законом у правоздатності або дієздатності; юридичні особи всіх форм власності, встановлених Законом України „Про власність”; об'єднання юридичних осіб. Підприємець може бути як фізичною, так і юридичною особою. В якості фізичної особи підприємець виступає як організатор одноособового або сімейного підприємництва. Діяльність такого підприємця ґрунтується на основі як власної, так і найманої праці. Фізичні особи можуть об'єднуватися в групи, зв'язуючи свої стосунки договірними

відносинами й економічними інтересами. Такі групи набувають статусу підприємця – юридичної особи (суб'єкта колективного підприємництва). У процесі господарювання підприємець (як фізична особа, так і юридична особа) змушений взаємодіяти з іншими категоріями суб'єктів підприємництва: державою, конкурентами, постачальниками тощо.

Не допускається заняття підприємницькою діяльністю таких категорій громадян: військовослужбовців, службових осіб органів прокуратури, суду, державної безпеки, внутрішніх справ, державного арбітражу, державного нотаріату, а також органів державної влади і управління, які покликані здійснювати контроль за діяльністю організацій.

Підприємництво в охороні здоров'я виконує такі основні функції:

- загальноекономічну, яка виявляється в участі організацій охорони здоров'я в суспільному розподілі праці та забезпеченні потреб населення в додаткових товарах і послугах медичного призначення;

- новаторську – сприяння процесу продукування нових технічних, організаційних та управлінських ідей, проведення науково-дослідних робіт та розробок, впровадження в медичну практику інноваційних методів діагностики, лікування та профілактики;

- господарську – ефективне використання трудових, матеріальних, фінансових та інформаційних ресурсів;

- організаційну – впровадження нових методів і форм організації медичної практики, нових форм матеріальної та моральної мотивації персоналу; ефективне упорядкування відносин (повноваження, відповідальність, делегування) і структур на різних підсистемах лікувально-профілактичного закладу, ефективне контролювання якості медичного обслуговування;

- соціальну – проведення профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи, науково-дослідних розробок, з метою поліпшення громадського здоров'я;

- політичну – активними виразниками політичної волі підприємців, що діють на ринку товарів і послуг медичного призначення, можуть бути, зокрема, професійні асоціації лікарів і фармацевтів;

- особистісну – самореалізація підприємця, відчуття незалежності в організації проведення медичної практики, отримання задоволення від самої роботи та її результатів.

Загальні принципи підприємництва:

- вільний вибір видів діяльності;
- залучення на добровільних засадах до здійснення підприємницької діяльності майна та коштів юридичних осіб і громадян;
- самостійне формування програми діяльності;
- самостійний вибір постачальників і споживачів;
- встановлення цін відповідно до законодавства;
- вільний найом працівників;
- залучення і використання матеріально-технічних, фінансових, природних та інших видів ресурсів, використання яких не заборонено або не обмежене законодавством;
- вільне розпорядження прибутком, що залишається після внесення платежів, установлених законодавством;
- самостійне здійснення підприємцем – юридичною особою зовнішньоекономічної діяльності.

Підприємництво в Україні здійснюється в будь-яких організаційних формах, визначених законами України, на вибір підприємця.

Основні класифікаційні ознаки медичного підприємництва:

- за організаційно-правовою формою господарювання: одноосібне, господарські товариства, підприємницькі об'єднання;
- за сферою господарювання: виробниче, торговельне, посередницьке, страхове, консалтингове, аудиторське тощо.
- за формою власності: приватне, державне, змішане;

- за розміром: велике, середнє, мале;
- за національною належністю капіталу: національне, закордонне, змішане, транснаціональне.

Організаційно-правова форма господарювання – сукупність майнових та організаційних ознак, способів формування майнової бази, особливостей взаємодії власників, засновників, учасників, їх відповідальності один перед одним.

Одноосібне володіння за законодавством України це може бути приватне підприємство – юридична особа, заснована на приватній власності громадянина України, сімейне підприємство, юридична особа, заснована на приватній власності членів однієї сім'ї; фізична особа, зареєстрована як суб'єкт підприємницької діяльності. Суть його полягає в тому, що все майно фірми належить одному власникові, який самостійно управляє фірмою, одержує прибуток і несе повну особисту відповідальність за всі зобов'язання фірми.

Господарські товариства – підприємства, заклади, організації, створені на підставі угоди між юридичними особами або громадянами, шляхом об'єднання їхнього майна і підприємницької діяльності з метою одержання прибутку. Діяльність господарських товариств має упорядковуватися згідно з Законом України „Про господарські товариства”. За ступенем участі засновників (партнерів) у діяльності підприємства прийнято розрізняти такі товариства: акціонерне товариство, товариства з обмеженою відповідальністю, товариства з додатковою відповідальністю, повні товариства, командитні товариства.

Заклади охорони здоров'я, які діють у формі акціонерних товариств, повинні мати статутний фонд, поділений на визначену кількість акцій рівної номінальної вартості, і несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства. Акціонери відповідають за зобов'язаннями товариства тільки в межах належних їм акцій.

Товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ) – господарське товариство, що має статутний фонд, розділений на частки, розмір яких визначається установчими документами. Учасники товариства несуть

відповідальність у межах їхніх вкладів. У випадках, передбачених установчими документами, учасники, які не повністю внесли вклади, відповідають за зобов'язаннями товариства також у межах невнесеної частини вкладу.

Товариство з додатковою відповідальністю (ТДВ) – господарське товариство, статутний фонд якого поділений на частки визначених установчими документами розмірів. Учасники такого товариства відповідають за його боргами своїми внесками до статутного фонду, а при недостатності цих сум – додатково належним їм майном в однаковому для всіх учасників ратному розмірі до внеску кожного учасника.

Повне товариство – господарське товариство, всі учасники якого займаються спільною підприємницькою діяльністю і несуть солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства усім своїм майном.

Підприємство, яке засноване на власності об'єднання громадян – підприємства, які на добровільних засадах об'єднали свою виробничу, наукову, комерційну та інші види діяльності, якщо інше не передбачено законодавством України.

Підприємства можуть об'єднуватись в:

- *асоціації* – договірні об'єднання, створені з метою постійної координації господарської діяльності. Асоціація не має права втручатися у виробничу й комерційну діяльність будь-кого з її учасників;
- *корпорації* – договірні об'єднання, створені на основі поєднання виробничих, наукових та комерційних інтересів, з делегуванням окремих повноважень централізованого регулювання діяльності кожного з учасників;
- *консорціуми* – тимчасові статутні об'єднання промислового і банківського капіталу для досягнення спільної мети;
- *концерни* – статутні об'єднання підприємств промисловості, наукових організацій, транспорту, банків, торгівлі тощо на основі повної фінансової залежності від одного або групи підприємців та інші об'єднання за галузевим, територіальним та іншими принципами.

Виробниче підприємництво спрямовано на виробництво продукції, послуг, інформації тощо, які підлягають реалізації споживачам. Мета одержання прибутку в результаті продажу виробленої продукції, виконаних робіт, послуг.

Комерційне підприємництво – це вид підприємницької діяльності, безпосередньо пов'язаний з купівлею-продажем товарів для задоволення потреб споживачів з метою отримання прибутку.

Торговельне підприємництво у сфері охорони здоров'я – це купівля-продаж товарів і послуг медичного призначення. При здійсненні будь-якої торгової операції неминучі різного роду витрати: на пошук і купівлю товарів (у їх виробника або у іншого продавця), доставку товарів до торгової точки або безпосередньо покупцю, забезпечення збереження товарів в період їх транспортування та зберігання, продаж товарів (включаючи оплату послуг можливих посередників).

Страхове підприємництво – це продаж особливої послуги – страхового захисту. Укладаючи договір страхування, підприємець-страховик зобов'язується за певних умов, зафіксованих у договорі страхування повністю або частково компенсувати застрахованій особі втрати, які той може понести протягом терміну дії договору. За це страховик стягує зі страхувальника певну страхову плату.

Основу посередницького підприємництва складають купівля-продаж комерційної інформації та надання інших послуг, що сприяють здійсненню всіх видів підприємницької діяльності в охороні здоров'я. Посередниками є маклери і дилери. А інструментом служать рекламні та інші маркетингові механізми.

Головний фактор посередницького підприємництва – інформація, причому найрізноманітніша. Прикладом посередницького підприємництва є продаж інформації про наявність тих чи інших медичних препаратів, виробів медичного призначення, медичного обладнання.

Консалтинг – професійна консультативна допомога керівникам організацій (підприємств), що вживається у вирішенні проблем, що виникають у процесі здійснення їх діяльності. Консалтингові фірми надають послуги з дослідження і прогнозування ринку, з розробки техніко-економічних обґрунтувань проектів,

проведення маркетингових досліджень та ін. Як правило, консалтинг (консалтингова допомога) здійснюється на платній основі у вигляді рекомендацій, спільних рішень, проектів.

Бізнес-план – це письмовий документ, у якому викладена підприємницька ідея, охарактеризовані шляхи її реалізації, ринкові дані, організаційні і фінансові аспекти бізнесу і особливості його управління.

Бізнес-плани в галузі охорони здоров'я можна класифікувати за такими напрямками: бізнес-план медичних послуг, бізнес-план виробництва лікарських засобів та товарів медичного призначення, бізнес-план виробництва медичної техніки, маркетингові бізнес-плани реалізації лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичної техніки й оптики, бізнес-план розробки нових медичних технологій.

Загальна методологія розробки бізнес-плану містить три етапи:

- *підготовчий період* – підбір виконавців, консультантів та експертів, постановка завдання і розподіл обов'язків між виконавцями, розробка календарного плану (графіка) виконання робіт, збір вихідної інформації, оцінюються сильні та слабкі сторони діяльності фірми;

- *основна стадія*, на якій здійснюється безпосередня розробка конкретного бізнес-плану, в основі якого лежить багатоваріантність та вибір оптимального проекту. Головна мета цієї стадії – довести економічну доцільність створення даного бізнесу, переконливо показати потенційному інвестору як саме гроші чи інші ресурси забезпечать йому очікуваний зиск;

- *заключна третя стадія* – *презентація бізнес-плану* – має на меті доведення основних положень документа до потенційних інвесторів, зацікавлених сторін, працівників підприємства.

Методика бізнес-планування – це сукупність правил і прийомів (одного або декількох методів) розробки конкретних бізнес-планів.

Приблизна структура та схема розробки бізнес-плану:

- титульна сторінка бізнес-плану;
- резюме;

- аналіз стану галузі;
- суть запропонованого проекту;
- виробничий план;
- план маркетингу;
- організаційний план;
- юридичний план;
- фінансовий план;
- стратегія фінансування;
- оцінювання ризику та страхування;
- додаток.

На титульній сторінці необхідно подати таку інформацію: повну назву та адресу закладу охорони здоров'я; ім'я підприємця (головного лікаря) та його телефони; суть запропонованого проекту (2-3 речення); загальна вартість проекту; заяву про те, що зміст проекту не підлягає розповсюдженню. В тому разі, коли Ви ще не маєте юридичного статусу, Ви подаєте особисті відомості.

Резюме складається, як правило, вже після того, як закінчено розробку всього бізнес-плану, але розміщується саме на початку документа. Воно повинно бути дуже стислим (3-4 сторінки) і викладеним так, щоб зацікавити потенційного партнера чи інвестора. Саме ця частина є вирішальною, бо від неї залежить, будуть розглядати Ваш бізнес-план далі тут і поставлять крапку.

Для цього в бізнес-плані рекомендується провести короткий історичний екскурс, **дати аналіз поточного стану справ у сфері діяльності**, в якій Ви починаєте працювати, та визначити тенденції її розвитку. Найкраще дати довідку про останні новинки галузі, назвати потенційних конкурентів, показати їх сильні та слабкі сторони і те, як саме вони можуть вплинути на хід Вашої справи.

У цьому розділі треба відповісти на такі запитання: якою була динаміка продажу продукції (медичної послуги) в галузі Вашого бізнесу за останні 5 років; які очікуються темпи зростання по галузі (або взагалі зміни обсягів реалізації); скільки нових фірм виникло в цій галузі за останні три роки; які нові продукти

вийшли на цей ринок; потенційні конкуренти – хто вони; які резерви випередження конкурентів; стан справ у конкурентів і їх можливості; потенційні споживачі – хто вони.

Дуже важливо сформулювати ідею нового закладу (проекту) з урахуванням дійсного стану справ у галузі, щоб інвестор позитивно розцінив шанси нового закладу охорони здоров'я порівняно з іншими. Просте, без технічних деталей, описання продукції (фото, малюнки, рекламні проспекти можна навести в додатках). Відомості про патенти, торговельний знак, авторські права та інші об'єкти інтелектуальної власності. Поточний стан (ідея, дослідне виробництво тощо).

Виробничий план повинен дати відповіді на такі питання: місце розташування бізнесу з точки зору його переваг та недоліків, наскільки воно відповідає вимогам даного бізнесу; вимоги до обладнання, яке обладнання потрібне для реалізації проекту, чому саме це обладнання, де і за яку ціну планується його придбання; вимоги до постачання, хто є основним постачальником сировини та комплектуючих, де вони розташовані і на яких умовах готові працювати. У виробничому плані необхідно описати виробничий процес виготовлення продукції, виробничі потужності (технологічне устаткування і машини), матеріально-технічне забезпечення, інфраструктуру виробничого об'єкту (приміщення), контроль якості продукції, заходи по захисту навколишнього середовища, витрати на виробництво продукції.

План маркетингу повинен дати відповіді на такі запитання: хто є потенційними клієнтами даного бізнесу; які основні характеристики різних груп покупців на внутрішньому та зовнішньому ринках; яким є цільовий ринок бізнесу; які тенденції спостерігаються на тих сегментах ринку, які планується охопити; на яку частку в даному сегменті ринку може претендувати підприємство і яким чином фірма має намір зайняти свою позицію на ньому; яка ринкова стратегія фірми; яким чином планується здійснювати реалізацію продукції безпосередньо споживачам, через роздрібні торгові точки, гуртові тощо; якою буде кредитна політика та які види оплати передбачається використовувати при

розрахунках з клієнтами; якою буде політика ціноутворення та ціна; як працюватиме система знижок; на чому базуються прогнози обсягів збуту та які способи використовуються для їх оцінки; яким буде середньомісячний обсяг збуту виходячи із кон'юнктури ринку і потенційних можливостей фірми; чи враховані при розрахунках річного обсягу реалізації сезонні коливання збуту; чи буде використовуватися гарантована система сервісу; якою буде система стимулювання збуту, просування товарів, реклама компанії? Який тип реклами найбільш ефективний для даного бізнесу? Яким є план та бюджет рекламних заходів; чи визначені майбутні споживачі товару і послуг і чи є попередні домовленості про збут;

Організаційний план повинен дати відповіді на такі запитання: якими будуть форма власності, організаційно-правовий статус запланованого бізнесу; яка потреба в персоналі; хто власники бізнесу і якою є команда менеджерів; якою буде організаційна схема управління, кадрова політика та стратегія, мотиваційна система управління персоналом.

Юридичний план передбачає: засоби захисту інтелектуальної власності, надання юридичних консультацій окремим підприємствам, партнерам, захист інтересів підприємства перед постачальницько-збутовими підприємствами, кредиторами та іншими юридичними особами.

Фінансовий план дає узагальнюючу картину попередніх складових частин плану, але подає їх у вартісному виразі. Він включає в себе декілька документів, а саме: прогноз обсягу реалізації; баланс грошових витрат та прибутків; таблицю витрат та прибутків; зведений баланс активів і пасивів підприємства.

Оцінка ризику та страхування. Даний розділ бізнес-плану передбачає визначення ступеня ризикованості даного бізнесу, зокрема висвітлення його слабких сторін, шляхом обґрунтування відповідей на такі питання: які ризикові ситуації можуть виникнути в даному бізнесі і які їх причини; які фактори і несприятливі обставини можуть спричинити збитки та якими будуть наслідки від них; якими будуть виручка, витрати, точка беззбитковості, термін окупності за

таких змін; які проблеми можуть виникнути в процесі створення і реалізації продукції та які запобіжні заходи передбачаються на цей випадок.

З цією метою в бізнес-плані розглядають різні види ризиків: матеріально-технічний ризик; профільно-технологічний ризик; постачальницько-збутовий ризик ; виробничий ризик; інвестиційний ризик; кредитний ризик; управлінський ризик; маркетинговий ризик. Крім того, є ще ризики, які практично не залежать від підприємця, до них відносять відсоткові, валютні, політичні та економіко-правові ризики.

У додаток до бізнес-плану найчастіше включають: технічні характеристики продукції; патентні документи (якщо необхідно); відомості щодо керівних кадрів; організаційну схему підприємства; звіт по ревізії бухгалтерських документів; прізвища бухгалтерів, юридичних консультантів.

Питання для самоконтролю:

1. В чому полягає суть підприємницької діяльності?
2. Назвіть загальні принципи підприємництва?
3. Функції підприємництва?
4. Що розуміють під фізичною особою?
5. Що таке бізнес-план?
6. Основні розділи бізнес-плану?

**Структура ціни медичної послуги та аналіз її елементів. Методика
розрахунку вартості стоматологічних послуг.**

Ціна – це грошовий вираз вартості, ринковий параметр, що характеризує економічні відносини між продавцями і покупцями з приводу купівлі-продажу товарів і послуг.

Функція ціни є зовнішнім проявом її внутрішнього змісту. Ціна виконує наступні основні функції:

- інформаційна функція передбачає, що ціни є носіями інформації про наявність різноманітних товарів і послуг на ринку, приблизні витрати на їх виготовлення. Це є орієнтиром для інших товаровиробників і змушує їх пристосовуватися до вимог сучасного ринку. Така функція значною мірою збігається з обліковою функцією ціни;

- облікова функція означає, що ціна є засобом обліку вартості продукції. Це дає змогу визначити скільки витрачено праці, сировини, матеріалів, що комплектують вироби, на виготовлення товару, економічну ефективність виробництва, оптимальне співвідношення між нагромадженням і споживанням, вплинути на формування певних пропорцій між галузями, розмір прибутку;

- стимулююча функція зумовлена особливостями ринкової економіки. Оскільки на однорідну продукцію зазвичай встановлюється єдина ціна, то доход товаровиробника залежатиме від витрат виробництва і обсягу випуску продукції. Прагнення збільшити доход змушує товаровиробника, з одного боку, здешевлювати свою продукцію, а з другого – розширювати обсяги випуску продукції. Ціна є стимулом удосконалення техніки, технології та організації виробництва;

- регулююча функція полягає у збалансуванні попиту і пропозиції та передбачає, що за посередництва цін реалізується зв'язок між виробництвом і споживанням;

- розподільча функція полягає в тому, що внаслідок відхилення ціни від вартості, особливо коли ціни перебувають під впливом попиту і пропозиції,

можливий перерозподіл вартості продукції між галузями, регіонами, підприємствами. Цей розподіл може бути регульованим або встановлюватися стихійно.

Класифікація цін.

У сфері охорони здоров'я діють ***вільні, регульовані та договірні ціни.***

Вільні ціни – встановлюються виробником на основі попиту та пропозиції на ринку медичних послуг. До вільних цін відносяться: *ціна виробника, ціна попиту та ціна пропозиції.*

Регульовані ціни – визначаються органами виконавчої влади або на які встановлені певні обмеження:

- *за ступенем стійкості*: *тверді* – не підлягають зміні протягом усього періоду дії договору або контракту; *рухливі* – можуть бути змінені протягом договору (контракту) відповідно до встановлених правил; *змінні* – змінюються зі зміною витрат (витрат) на вироблений і реалізований товар;

- *за способом коливання*: *граничні ціни* – вище яких виробники не можуть встановлювати ціну своїх послуг; *фіксовані* – сформовані на визначеному рівні;

- *за способом уніфікації*: *єдині ціни* – формуються для всіх медичних закладів, які беруть участь в реалізації певних програм; *групові* – для медичних закладів, які мають подібні призначення, потужність, вид діяльності, *індивідуальні* – визначаються для конкретної організації на медичні послуги, які не мають аналогів;

- *за способом одержання інформації про рівень ціни*: *розрахункові ціни*, які вказуються постачальником для кожного конкретного замовлення з урахуванням його технічних і комерційних умов; *довідкові ціни*, що публікуються в довідниках, каталогах, періодичних виданнях; *ціни преїскурантів і цінників*. Преїскуранти випускаються, як правило, виробником для готових виробів, розсилаються клієнтам, включають ціни для кінцевих користувачів, стабільні знижки в розрізі всієї або частині товарної номенклатури фірми;

- за сферами товарного обслуговування: *оптові* – ціни, що встановлюються оптовим підприємством ціна медичних товарів, що продаються великими партіями (оптом); *роздрібні* – ціни, що встановлюються підприємством роздрібною торгівлі ціна медичних товарів і послуг, за якою вони продаються в роздрібній торгівлі з роздрібною надбавкою; *закупівельні ціни*;

- за способом відображення виробничих витрат: *ціна валова* – ціна, що включає всю суму прямих і непрямих витрат, пов'язаних з виробництвом товарів і послуг; *ціна виробництва* – ціна, що відповідає сумі виробничих витрат на створення цього товару без витрат, пов'язаних з реалізацією товару, *ціна беззбитковості* – ціна медичних товарів і послуг, при якій медична організація має можливість відшкодувати свої витрати, *ціна кошторисна* – ціна, розрахована на основі калькуляції витрат за кошторисом витрат медичної організації.

Договірні ціни – затверджуються прямими договорами між медичною установою і організацією-замовником робіт на певні обсяги медичних послуг та терміни їх надання, фіксується в угоді.

В системі охорони здоров'я використовують наступні регульовані ціни:

- **бюджетні оцінки**. Це розрахункова вартість медичних послуг у нових умовах господарювання. Вони використовуються для здійснення взаємних домовленостей між закладами однієї території або підрозділами усередині одного закладу. Розмір „бюджетних оцінок” не залежав від розміру реальних витрат медичних закладів, а методи їхніх розрахунків характеризувалися принципом „від загального до приватного”, тобто загальний обсяг обмежених фінансових засобів розподілявся між лікувальними закладами за принципом: не скільки потрібно, а скільки можна їм дати для здійснення їхньої господарської діяльності. „Бюджетні оцінки (або розцінки)” не розпадаються на собівартість і прибуток, і тільки частково підходять для фінансування цільових бюджетних програм медичної допомоги;

- **державні ціни на платні медичні послуги населенню** (прейскурантні ціни). Вони використовувалися при наданні медичної допомоги на так званій госпрозрахунковій основі (термін „госпрозрахунок” поступово іде з практики і за-

мініюється на слова „комерційна, підприємницька діяльність”). Вони діють як територіальні преїскурантні ціни і відрізняються від „бюджетних розцінок” тим, що включають типові фактичні витрати, розраховані на основі затверджених трудових і матеріальних норм, а також прибуток (15-30 відсотків від собівартості). Хоча в державні ціни на платні медичні послуги включається елемент прибутку, проте, немає жодного документа Міністерства фінансів України, що регулює норму рентабельності;

- **тарифи на медичні послуги** по медичному страхуванню (МС). Ці тарифи відбивають грошові суми, що визначають рівень відшкодування витрат медичних організацій по виконанню програми МС і структури цих витрат, причому собівартість і прибуток у структурі витрат також не виділяються, як і в „бюджетних оцінках”.

Ціноутворення – це процес формування цін, визначення їх рівня і пошуку їх оптимального поєднання, це процес аналізу господарюючими суб’єктами економічної ситуації і розробки на цій основі *цінової політики*, що забезпечує досягнення поставлених цілей.

Основними етапами реалізації цінової політики є:

- постановка цілей;
- оцінка факторів, що впливають на формування цін;
- аналіз витрат;
- вибір і реалізація цінової стратегії;
- контроль, аналіз та корекція цін.

Цілі медичної організації може бути спрямовані на: товарообіг, прибуток та на конкурентів. Цілі, сфокусовані на товарообігу, можуть бути виражені як в абсолютних показниках (збільшення товарообігу в натуральних одиницях штуки, упаковки), так і у відносних (збільшення темпів зростання). Досягнення цілей ціноутворення на товарообороті залежить від ступеня чутливості попиту до ціни, яка визначається коефіцієнтом цінової еластичності. Товарообіг визначається як добуток ціни товару (P) на кількість проданого товару (Q): $TO = P \times Q$.

На політику ціноутворення медичної організації впливають зовнішні і внутрішні фактори:

- до зовнішніх факторів належать: регулююча роль держави на ціни і ціноутворення; характеристика медичних послуг і платоспроможність населення; рівноважний рівень конкурентних цін, який склався на ринку медичних послуг; характеристика ринку даного виду медичних послуг; витрати на охорону здоров'я, регулювання цін конкурсної закупівлі; правила входження на ринок; розмір ВВП; інфляція, рівень економічних показників, вид конкуренції;

- до внутрішніх факторів: рівень постійних і змінних виробничих витрат медичної установи; пріоритети цілей, які ставить перед собою медична установа; можливість заміни дорогих товарів на більш доступні за ціною аналогів.

Цінова стратегія – це прийняття рішень щодо ціноутворення на основі далекосяжних прогнозів.

До основних цінових стратегій відносяться наступні:

- стратегія високих цін – застосовується при реалізації оригінальних і престижних товарів;

- стратегія середніх цін використовують з метою збереження стабільності і сприятливого клімату організації на ринку при розгляді прибутку як довгострокової політики та майбутні перспективи;

- стратегія низьких цін – використовується як стратегія при введенні нового товару на ринок;

- стратегія цільових цін – використовується для отримання встановленої цільової суми прибутку;

- стратегія незмінних цін – застосовується при стабільних зовнішніх і внутрішніх умовах діяльності;

- стратегія конкурентних цін – може приймати різний характер: цінового лідерства, цінової війни, проходження за ціною конкурентів;

- стратегія неокруглених цін – дозволяє створювати враження у покупців про ретельному аналізі цін продавцем і допомагає орієнтуватися покупцям в цінових межах;

- стратегія диференційованих цін – вона базується на диференціації цін з урахуванням географічного чинника і політики системи знижок і цінової дискримінації щодо покупців і товарів;

У практиці застосовуються такі методи ціноутворення:

- орієнтовані на витрати;
- орієнтовані на корисність продукції;
- орієнтовані на попит;
- орієнтовані на конкуренцію.

Структура ціни медичної послуги.

Ціна медичної послуги = собівартість + прибуток + податки. В самому узагальненому вигляді, ціна медичної послуги (ЦМП) складається з суми валових витрат (ВВ), прибутку (Пб) і суми податку на додану вартість (ПДВ):

$$\mathbf{ЦМП = ВВ + Пб + ПДВ}$$

Класифікація витрат:

- за способом включення у собівартість продукції: прямі, непрямі;
- за обсягом виробництва: постійні (оренда приміщення, заробітна плата адміністрації), змінні (витрати на матеріали, електроенергію, рекламу, кредит, амортизація машин), валові, змішані, граничні;
- згідно з роллю у процесі виробництва: виробничі (пломбувальний матеріал, вартість електроенергії), невиробничі (витрати на рекламу, витрати на юристів);
- за кількістю випущеної продукції: загальні та середні (витрати на одиницю продукції).

Всі медичні послуги, які надаються лікувальною установою відповідно до їх складності і об'єму можна розділити на дві групи:

- *прості медичні послуги.* До простих медичних послуг відносяться такі, що є нерозривною медичною технологією і надаються в певному місті за обмежений проміжок часу. Прикладом простої послуги може бути: консультація лікаря-фахівця, виконання ЕКГ, аналіз крові.

- *складні (комплексні) медичні послуги.* До складної послуги можна віднести профілактичне обстеження для видачі довідки про стан здоров'я водіям транспортного засобу. В цьому випадку пацієнт повинен бути оглянутий декількома фахівцями, кожне з цих обстежень може розглядатися як проста послуга.

Для визначення вартості простої послуги її слід розділити на окремі процедури, визначити вартість кожної процедури і скласти одержані результати. У свою чергу для визначення вартості складної (комплексної) послуги слід визначити і потім скласти вартість простих послуг, які входять в її склад. Час, який витрачається на послугу в цілому або на окремі процедури, визначається згідно діючим нормативам часу, а якщо такі нормативи відсутні, то на підставі хронометражу, який проводиться відповідною комісією.

Питання для самоконтролю:

1. Функції ціни?
2. Опишіть основні види цін на медичні послуги?
3. Назвіть зовнішні чинники, що визначають ціну медичної послуги?
4. Назвіть внутрішні чинники, що визначають ціну медичної послуги?
5. Назвіть структуру ціни медичної?
6. Перелічіть прямі витрати медичної установи?
7. Перелічіть непрямі витрати медичної установи

Зміст, види та особливості організації медичного страхування.
Методика розрахунку страхового тарифу при добровільному
медичному страхуванні.

Медичне страхування – система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини, при якому об'єктом є витрати на надання медичної допомоги та витрати пов'язані із здоров'ям громадян.

Основними завданнями медичного страхування є:

- посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових програм із надання медичної допомоги населенню;
- контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними, соціальними закладами і окремими приватними лікарями;
- розрахунок з медичними, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодою через страхові фонди, які формуються за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян.

Медичне страхування поділяється за формами на обов'язкове і добровільне.

Добровільне медичне страхування (ДМС) є формою особового страхування, яка гарантує надання громадянам медичної допомоги при настанні страхового випадку за рахунок нагромаджених страхових фондів.

ДМС здійснюється на комерційних засадах страховими організаціями України – суб'єктами підприємницької діяльності згідно із Законом України „Про страхування”. Статтею 6 цього закону визначено, що добровільне страхування – це страхування, яке здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком. На відміну від обов'язкового медичного страхування, що здійснюється на основі принципу страхової солідарності, добровільне медичне страхування базується на принципі страхової еквівалентності, а отже,

застрахована особа отримує ті види медичних послуг і в таких розмірах, за які були сплачені страхові внески.

Основна мета ДМС – гарантувати застрахованим особам при виникненні страхового випадку оплату вартості медичних послуг за рахунок коштів страхових резервів.

Види ДМС: страхування життя, медичне страхування (безперервне страхування здоров'я), страхування здоров'я на випадок хвороби, страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ на випадок захворювання на інфекційні хвороби в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб, страхування медичних витрат, страхування іноземців на випадок надання їм екстреної медичної допомоги.

Об'єктом ДМС є майнові інтереси страховика та застрахованої особи, пов'язані з витратами на отримання медичної допомоги за настання страхового випадку. *Страховий випадок* – звернення застрахованого в період дії договору в медичний заклад, який перебуває в договірних відносинах зі страховиком або його посередником із приводу хвороби.

Предметом ДМС є здоров'я застрахованої особи, що підлягає ризику його пошкодження у результаті несприятливих подій або захворювання застрахованого, що викликають необхідність звернення в медичні заклади за отриманням медичної допомоги. *Страховий ризик* – імовірність виникнення у застрахованої особи хвороби чи нещасного випадку, що потребує лікування.

Суб'єктами добровільного медичного страхування є:

- *застраховані* – це особа, яка бере участь в особистому страхуванні життя, здоров'я; окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян;
- *страховики* – страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування;

- *медичні заклади*, що надають допомогу на засоби медичного страхування і мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності, передбачену програмою ДМС.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним. *За індивідуального страхування* страхувальниками, як правило, є окремі громадяни, які уклали договір зі страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок власних грошових засобів. *За колективного страхування* страхувальником, як правило, є підприємство, установа, яка укладає договір зі страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо) за рахунок їхніх грошових засобів.

Взаємовідносини між цими суб'єктами базуються на основі укладених договорів: договором між страховиком та страхувальником (застрахованою особою) та договором між страховиком та лікувально-профілактичною установою про надання медичної допомоги.

Обов'язок страховика полягає в тому, що він: укладає договори щодо надання медичних послуг з добровільного медичного страхування з будь-яким медичним закладом та окремими особами, акредитованими у встановленому порядку; контролює якість медичної допомоги, що надана застрахованій особі згідно з договором медичного страхування; не має права відмовити страхувальнику в укладанні договору, якщо його умови відповідають діючим правилам страхування; контролює доцільність використання страхових коштів виробниками медичних послуг; несе економічну відповідальність перед застрахованим за своєчасне і якісне надання необхідного обсягу медичних послуг; для забезпечення стабільності страхової діяльності зобов'язаний створити резервні фонди. Фінансово-економічна діяльність страхових організацій спрямовується на виконання зобов'язань перед застрахованими.

Застрахований має право: отримання медичних послуг згідно з умовами договору страхування належної якості та обсягу; подання позову страхувальнику, страховій медичній організації, медичному закладу, в тому числі на матеріальне

відшкодування збитків, що з їх вини завдані застрахованому; повернення частини страхових внесків при добровільному медичному страхуванні, якщо це обумовлено умовами договору.

Застрахована особа зобов'язана не створювати свідомо ризику втрати свого здоров'я і здоров'я інших громадян, достовірно інформувати медичну установу і страховика про стан свого здоров'я і можливі ризики його погіршення, дотримуватися правил розпорядку роботи медичного закладу, де надається медична допомога.

Порушення умов договору застрахованою особою може потягти за собою повне або часткове віднесення витрат за медичні послуги на рахунок її особистих коштів. За зловмисне приховування при укладанні договору добровільного медичного страхування наявного захворювання застрахована особа несе повну відповідальність.

Важливою особливістю медичного страхування є те, що відшкодування збитків застрахованому при настанні страхового випадку здійснюється не грошима, а медичними послугами. Ці послуги надає суб'єкт медичного страхування – медичний заклад.

Страхові фонди добровільного медичного страхування утворюються за рахунок добровільних страхових внесків: підприємств та організацій; окремих громадян. Кошти страхового фонду є джерелом виплат страхового відшкодування, а також покриття витрат страхової організації.

Найважливішим моментом в погодженні інтересів сторін у страхуванні є домовленість про величину страхового тарифу.

Страховий тариф (тарифна ставка – у практиці страхування і брутто-ставка – у спеціальній літературі) – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми або об'єкта страхування. Страховий тариф можна розглядати так само, як ставку страхових внесків (платежів), за якими стягується плата за страхові послуги, за рахунок якої формується страховий фонд. *Тарифна ставка* – це ціна страхового ризику, яка переважно розраховується на 100 грошових одиниць страхової суми або до її абсолютної величини.

Визначення величини тарифної ставки має величезне значення для забезпечення рентабельності страхових операцій і діяльності страховика в цілому. Адже останній здійснює виплати по страховому відшкодуванню та інші витрати, формує прибуток лише за рахунок страхових платежів. Враховуючи це, величина страхових тарифів повинна бути достатньою для покриття всіх витрат страховика і забезпечення достатнього рівня прибутковості. Разом з тим у випадку, коли фактичний обсяг страхового відшкодування буде нижчим застосовуваної нетто-ставки, одержана економія може бути частково направлена для поповнення резервного й запасного фондів страхової організації, а також для зростання прибутку.

Прибуток у тарифі закладається в тарифну ставку як самостійний елемент ціни на страхову послугу під час калькуляції навантаження, збільшуючи вартість страхування. Частка його встановлюється, як правило, у відсотках. Як елемент тарифу він відіграє важливу роль у регулюванні попиту та пропозиції з окремих видів страхування. Прибуток у складі собівартості страхової послуги знаходиться в межах 10-15%, що забезпечує ефективний розподіл фінансових ресурсів страховика. Прибутком страхової компанії є фінансовий результат її діяльності за певний звітний період (квартал, півріччя, дев'ять місяців, рік). Фінансовий результат – це вартісна оцінка підсумків господарювання страховика. Вона визначається як різниця між доходами і витратами.

Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику згідно з договором страхування.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку. Страхові виплати за договором страхування життя здійснюються в розмірі страхової суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у договорі страхування сум (ануїтету).

Страхова сума – грошова сума, в межах якої страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

Розмір страхової суми встановлюється за згодою сторін при укладенні договору страхування. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками не може перевищувати страхової суми за договором страхування. Якщо страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу.

Страховий тариф (брутто-ставка) – складається з двох основних елементів – ***нетто-ставки та навантаження до неї***.

$$Бс = Нс/100 - Кн * 100$$

де, Бс – величина брутто-ставки (в гривнях); Нс – величина нетто-ставки (в гривнях); Кн – коефіцієнт, що враховує величину навантаження (у відсотках) по відношенню до брутто-ставки.

Нетто-ставка характеризує виконання страховою медичною організацією своїх обов'язків перед застрахованими. Кошти, отримані за нетто-ставкою каналами медичного страхування, можуть бути використані тільки на оплату лікувально-профілактичних послуг, наданих застрахованому контингенту осіб. Нетто-ставка призначена для забезпечення виплат страхувальникам страхового відшкодування і страхових сум.

Навантаження включає витрати на ведення страхових операцій та прибуток. Величина навантаження встановлюється у відсотках від брутто-ставки. Питома вага навантаження в брутто-ставці залежить від специфіки конкретної страхової операції, форми та виду страхування і, як свідчить міжнародна практика, коливається від 10 до 40%.

Навантаження призначено для покриття витрат на здійснення страхової діяльності страховика, включаючи фінансування запобіжних заходів щодо зниження страхових ризиків.

За рахунок навантаження покриваються, зокрема, такі витрати страховика: заробітна плата штатних і позаштатних працівників (фахівців); витрати з оренди приміщень, обладнання, інших видів майна; витрати на оплату електроенергії, води, опалення, газу, поліграфічних робіт, виконуваних

сторонніми організаціями; витрати на утримання, ремонт та експлуатацію транспортних засобів, оргтехніки, комп'ютерів та іншої техніки страховика; амортизаційні відрахування; вартість витрачених матеріалів; витрати на рекламу, відрядні, канцелярські, поштово-телеграфні, судові витрати; витрати на банківське обслуговування; відрахування до фонду (резерв) попереджувальних заходів; інші витрати. У навантаження включаться також планована частка прибутку страхової організації.

Страховики для посилення платоспроможності за рахунок прибутку мають створювати вільні резерви. **Вільні резерви** – це частка власних коштів страховика, яка резервується з метою додаткового забезпечення платоспроможності відповідно до прийнятої методики здійснення страхової діяльності. Для забезпечення виконання страховиками зобов'язань з окремих видів страхування вони можуть утворювати централізовані страхові резервні фонди та органи, які здійснюють управління і розпорядження цими фондами. Положення про ці фонди затверджуються Комітетом у справах нагляду за страховою діяльністю.

Забезпечення платоспроможності страховиків України контролюється „Укрстрахнаглядом” згідно із законом України „Про страхування”, яким передбачено: наявність сплаченого статутного фонду страховика; створення страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань; перевищення фактичного запасу платоспроможності над розрахунковим запасом платоспроможності – від надходжень страхових премій за звітний період 0,25, від виплат за той самий період – 0,30.

Страхове зобов'язання – основна складова зовнішніх зобов'язань. Страхова платоспроможність забезпечується за рахунок двох основних джерел – коштів страхових резервів, які мають бути адекватними взятим зобов'язанням, і власних вільних коштів. З огляду на характер страхової послуги, в основі якої лежить категорія страхового ризику та випадковість його настання, розрахунковий розмір страхових резервів може бути недостатнім для виконання всіх зобов'язань за страховими виплатами. Тому страховик повинен мати вільні

від зобов'язань кошти, які може використати для виплат у разі, коли страхові резерви будуть використані.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) є частиною системи соціального страхування та забезпечує фінансування об'єму медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави і служить гарантією надання громадянам держави медичної допомоги на однакових умовах. Обов'язкове медичне страхування реалізується відповідно до державних програм, що обумовлюють гарантований обсяг та умови надання медичної допомоги населенню і здійснення необхідних профілактичних заходів, та координується державними структурами. ОМС перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки стабільності надходжень коштів.

Привабливість обов'язкового медичного страхування ґрунтується на принципах суспільної солідарності, коли багаті субсидіюють бідних, а здорові – хворих. Найважливішою перевагою системи обов'язкового медичного страхування є відхід від залишкового принципу фінансування охорони здоров'я. При цьому втрачається безадресність, яка притаманна загальним податковим надходженням.

В обов'язковому і добровільному медичному страхуванні, страхові внески не йдуть до загального бюджету, а спрямовуються безпосередньо на потреби охорони здоров'я, забезпечуючи платникам гарантований обсяг якісних медичних послуг. Кошти обов'язкового медичного страхування вважаються цільовими і не можуть використовуватися на інші потреби, крім відшкодування витрат на медичну допомогу. При цьому бюджетні асигнування на охорону здоров'я мають виділятися на фінансування медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних цільових програм і видів медичної допомоги особливої соціальної ваги, надзвичайних заходів щодо боротьби з епідеміями, забезпечення ліками пільгових категорій населення згідно з чинним законодавством, цільові витрати на капітальні вкладення тощо. Цільовий характер фінансування дозволяє більш

гнучко реагувати на зміни суспільних потреб, вносячи відповідні корективи в програму страхування і розмір страхових внесків.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке медичне страхування?
2. Основні види медичного страхування?
3. В чому полягає суть добровільного медичного страхування?
4. В чому полягає суть обов'язкового медичного страхування?
5. Назвіть основні елементи бруто-ставки?

Методика визначення медичної, соціальної та економічної ефективності.

Оцінка ефективності діяльності стоматологічних закладів.

Ефективність медичної допомоги – це характеристика, що відображає ступінь досягнення конкретних результатів при певних матеріальних, тимчасових і трудових витратах. Основними її критеріями служить зниження захворюваності, інвалідності, передчасної смертності та ін.

Розрахунок показників ефективності охорони здоров'я проводиться за наступними напрямками:

- по виду ефективності: медична, соціальна, економічна;
- за рівнем: рівень роботи лікаря, рівень роботи підрозділів, рівень роботи медичних установ, рівень роботи галузі охорони здоров'я, рівень народного господарства;
- за етапами або розділами роботи: на етапі попередження захворювання, на етапі лікування захворювання; на етапі реабілітації;
- за обсягом роботи: ефективність лікувально-профілактичних заходів, ефективність медико-соціальних програм;
- за способом вимірювання результатів: через зниження втрат ресурсів, через економію ресурсів, через додатково отриманий результат, інтегрований показник, який враховує всі результати;
- за витратами: за витратами суспільної праці, сумарний показник за витратами живої і суспільної праці;
- за формою показників: нормативні показники здоров'я населення, показники трудових витрат; вартісні показники.

Без оцінки результатів медичної та соціальної ефективності не може бути визначена і економічна ефективність. Існує взаємозв'язок між медичною, соціальною та економічною ефективністю.

Медична ефективність – це ступінь досягнення медичного результату. У відношенні одного конкретного хворого це одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій окремих органів і систем.

На рівні закладів охорони здоров'я та галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення.

Медична ефективність відображає ступінь досягнення поставлених завдань діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності та результативності. Медичне втручання може бути більш результативним, якщо науковий рівень та практика його проведення забезпечують найкращий результат медичної допомоги при найменших витратах усіх видів ресурсів. Але навіть при ідеальній якості медичної праці кінцева мета, а саме – здоров'я людини, може бути не досягнута. Медична ефективність розраховується як відношення кількості випадків, де було досягнуто медичний результат, до всієї кількості випадків.

Соціальна ефективність – це ступінь досягнення соціального результату. У відношенні конкретного хворого – це повернення його до праці і активного життя в суспільстві, задоволеність медичною допомогою. На рівні всієї галузі – це збільшення тривалості майбутнього життя населення, зниження рівня показників смертності та інвалідності, задоволеність суспільства в цілому системою надання медичної допомоги. Соціальна ефективність розраховується як відношення кількості пацієнтів, які задоволені медичною допомогою, до всієї кількості пацієнтів, які зверталися за медичною допомогою.

Соціальна ефективність охорони здоров'я за своїм змістом дуже близька до медичної ефективності, однак їх слід розмежувати. Якщо медична ефективність вимірюється величиною медичного ефекту безпосередньо при медичному втручанні на хворому або здоровому, зрушеннями стану його здоров'я з початку захворювання до повного одужання і відновлення працездатності, то соціальна ефективність охорони здоров'я або його окремих служб характеризується

зниженням захворюваності, передчасній смертності, поліпшенням демографічних показників, зростаючим задоволенням населення в медичній допомозі та санітарно-епідеміологічному обслуговуванні. Соціальна ефективність охорони здоров'я полягає в запобіганні захворювань у частині населення, в зниженні інвалідизації та передчасної смертності, а також у зростанні якості та культури медичного обслуговування та економії часу пацієнтів при різних організаційних формах медичного обслуговування.

За одиницю вимірювання соціального збитків приймається частота виникнення серед населення негативних зрушень у стані здоров'я, що характеризують, з одного боку, наявність хворобливих станів (ступінь ураженості захворюванням), а з іншого – ступеню тяжкості хвороби і її результат (патологічні стани без втрати працездатності, з короткочасною втратою працездатності, зі стійкою втратою працездатності, інвалідність і летальний результат) в певний момент чи період часу. Соціальна ефективність буде проявлятися у поліпшенні всіх цих показників в результаті проведених медичних і соціальних заходів, що забезпечують профілактику і лікування захворювань, зміцнення здоров'я і продовження активного довголіття.

Економічна ефективність означає найкраще використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів суспільства для прискорення досягнення його цілей. Економічна ефективність являє собою відносну величину – відношення одержуваного ефекту до необхідних для цього витрат. Такий підхід передбачає досягнення максимального ефекту при заданих витратах або заданого ефекту при мінімальних витратах. Цей показник є необхідною складовою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів і структур, а також економічним обґрунтуванням заходів щодо охорони здоров'я населення.

Економічна ефективність розраховується за формулою:

економічний ефект / економічні витрати

Економічний ефект в охороні здоров'я – один з результатів діяльності організації охорони здоров'я, який виражається в показниках прибутку або збитків і визначається як різниця між доходами і витратами.

Показники ефективності повинні відповідати наступним вимогам: мати кількісне вираження; бути простими у розрахунку; мати доступну і надійну інформаційну базу.

Мірою внутрішньої ефективності охорони здоров'я є величина і якість благ охорони здоров'я па одиницю витрат, або кількість витрат на одиницю „продукції” (медичної допомоги та санітарно-епідеміологічного обслуговування). При цьому безпосередніми результатами праці медичних працівників є ті блага, які задовольняють потреби населення в медичній допомозі. Кінцеві ж результати (стан здоров'я населення) залежать не тільки від безпосередніх результатів діяльності (лікарське втручання, лікарняне ліжко і т.д.), але і від умов споживання медичної «продукції» (біологічні, генетичні фактори, соціально-економічні умови, психологічні чинники і т.д.). *Показниками зовнішньої економічної ефективності* охорони здоров'я є загальний економічний ефект, отриманий в народному господарстві в результаті проведення тих чи інших заходів, а також очікуваний потенційний економічний ефект від розроблювальних для впровадження заходів. Заходи щодо охорони здоров'я населення впливають як на збільшення результатів виробництва, що може бути виражено збільшенням виробництва продукції на одного працюючого, зайнятого в народному господарстві, так в цілому по країні – у зростанні національного доходу, що припадає на одного працівника сфери матеріального виробництва.

Економічний ефект – це збиток, який вдалося запобігти в результаті застосування комплексу медичних заходів.

Виділяють також прямий і непрямий економічний ефект. *Прямий економічний ефект* обумовлений поліпшенням методики або організації того чи іншого заходу, провідним до його здешевлення. Наприклад: впровадження нових форм організації праці медичних працівників і надання медичної допомоги (відділення сестринського догляду, стаціонар одного дня, стаціонар вдома,

денний стаціонар) веде до економії ліжкового фонду. Застосування більш дешевих і ефективних методів діагностики та лікування дозволяє знизити вартість лікування хворого і вартість одного ліжко-дня. *Непрямої економічний ефект* є наслідком медичного і соціального ефекту, тобто це результат покращення профілактики і лікування, що в кінцевому рахунку веде до зменшення витрат за рахунок економії коштів на боротьбу із захворюваннями і до зниження економічного збитку у зв'язку з втратою працездатності та смертністю.

Розрізняють також прямий і непрямий економічний збиток.

Прямий економічний збиток – це прямі витрати на лікування, профілактику, санітарно-епідеміологічне обслуговування, наукові розробки, підготовку медичних кадрів, виплату допомоги по тимчасовій непрацездатності та пенсій по інвалідності. *Непрямої економічний збиток* – це економічні втрати, пов'язані зі зниженням продуктивності праці, невиробленої продукції і зниженням національного доходу на рівні народного господарства в результаті хвороби, інвалідності або передчасної смерті. Найбільш відчутний економічний збиток серед працездатного населення внаслідок тимчасової або стійкої непрацездатності. Працівник, що втратив працездатність, не бере участь у виробництві суспільного продукту, а суспільство витрачає на нього свої ресурси у формі допомоги, пенсій, медичного обслуговування, навчання інвалідів, у зв'язку з перекваліфікацією, і різного роду пільг соціального характеру. Якщо інвалід зберігає часткову працездатність і продовжує працювати за фахом або на роботі, оплачуваною не нижче колишньої, то господарські збитки будуть менші, оскільки вони не включають втрати, пов'язані з не виробництвом нової вартості.

Фармакоеконіміка – прикладна наука, яка описує та аналізує результати лікування та витрати при використанні нових лікарських засобів для їх запровадження у практику.

Головна мета науки – оцінити ефективне використання ресурсів охорони здоров'я на фармакотерапію, інші медичні та фармацевтичні послуги.

Основним завданням фармакоеконіміки як складового компонента, що забезпечує функціонування доказової медицини, є сприяння раціональному

використанню лікарських засобів, тобто досягнення максимального клінічного ефекту шляхом застосування дешевших і більш ефективних лікарських засобів.

Предметом фармакоекономіки є результати (наслідки) медичних технологій та фінансові витрати на їх використання.

При проведенні фармакоекономічної оцінки для аналізу клінічних результатів (ефективності медичних технологій) використовують різні джерела інформації: звіти про клінічні дослідження лікарських засобів, звіти лікувально-профілактичних закладів, наукові публікації: статті та огляди, які висвітлюють результати клінічних та фармакоепідеміологічних досліджень лікарських засобів, мета-аналізи, систематичні огляди, статистичні дані про споживання лікарських засобів. Для аналізу фінансових витрат використовують чинні на момент дослідження галузеві тарифи та преїскуранти цін на медичні послуги.

Об'єктом фармакоекономіки є оцінка показника ефективності витрат (співвідношення витрат і ефективності медичних технологій) або вартості одиниці ефективності. Основними об'єктами досліджень у фармакоекономіці є:

- витрати в охороні здоров'я (оплата з ліків, служб, зарплата лікарів);
- результати лікування: біологічні (кількість серцевих нападів, астматичних приступів; захворюваність, смертність); економічні (зменшення валового національного доходу); суспільні (суспільні асигнування, якість життя, вигода).

На практиці використовують такі методи аналізу ефективності затрат:

- аналіз загальної вартості захворювання;
- метод мінімізації витрат;
- метод „витрати - результативність”;
- метод „витрати - вигода”;
- метод „витрати - корисність”.

Кожен аналіз виконується з певною метою, за наявності певних умов дослідження, має свою сферу застосування, порівняно з іншими фармакоекономічними методами аналізу має свої недоліки та переваги.

Аналіз загальної вартості захворювання – базується на визначенні витрат (прямих медичних і немедичних, непрямих), які несе лікувальний заклад при діагностиці та лікуванні певного захворювання. Результати проведеного лікування при цьому не враховуються. **Мета** аналізу – визначити розмір витрат, які несе певний лікувальний заклад (регіон, суспільство) у зв'язку з діагностикою та лікуванням певного захворювання при використанні різних методів лікування. **Переваги** аналізу загальної вартості захворювання полягають у тому, що використання цього методу дає можливість визначити повну вартість лікування певного захворювання. **Недоліки** – отримані результати не можуть бути повноцінним підґрунтям при прийнятті рішень щодо управління якістю медичної допомоги, оскільки метод не враховує результатів лікування. **Сфера застосування** аналізу загальної вартості захворювання: для визначення повної вартості захворювання на різних етапах його лікування (амбулаторному, стаціонарному, в період реабілітації тощо); для визначення середньої вартості захворювання в окремому лікувально-профілактичному закладі, регіоні або країні в цілому; для визначення захворювань, які завдають найбільших економічних збитків країні; для обґрунтування прийняття управлінських рішень у галузі охорони здоров'я з метою визначення напрямків фінансування, шляхів зниження витрат та ін.; для оптимізації розрахунків тарифів на медичну допомогу в межах окремих медичних установ.

Аналіз мінімізації витрат – призначений для вибору препарату або методу лікування з мінімальними витратами. Передбачає порівняння вартості методів лікування за умови їх однакової клінічної (терапевтичної) ефективності. **Мета** аналізу – за умови однакової ефективності підтвердити перевагу більш дешевого методу лікування або лікувального засобу, що дозволяє заощадити кошти. **Переваги** аналізу: простота розрахунків і відсутність необхідності оцінювати результати проведеного лікування у грошовому вираженні.

Недоліки аналізу: рідко застосовується, оскільки складно підібрати методи лікування або ЛП, які мають однакову ефективність та відрізняються лише вартістю. Сфера використання методу: для порівняння витрат при застосуванні різних методів лікування або препаратів, якщо доведена їх однакова терапевтична ефективність; для фармакоекономічного оцінювання генеричних препаратів.

Аналіз „витрати–ефективність” – передбачає зіставлення як вартості (у грошовому вираженні), так і ефективності (прямі та опосередковані клінічні ефекти) методів лікування. Цей аналіз дозволяє провести вартісне оцінювання ефективності, зокрема оцінити вартість одиниці ефективності методу лікування. В кінцевому результаті визначається не найбільш дешевий метод лікування захворювання, а оптимальний за ефективністю та витратністю. Умовою проведення аналізу „витрати-ефективність” є наявність клінічних результатів достатнього рівня вірогідності (достовірні шляхи одержання інформації та можливість екстраполяції одержаних клінічних результатів для використання в нових умовах), наявність вірогідної різниці в показниках ефективності порівнюваних методів лікування та використання однакових одиниць виміру показників ефективності.

Показниками ефективності методу лікування або ЛП можуть бути прямі клінічні ефекти: зміни фізіологічних, біохімічних, фізичних та інших показників стану організму хворого (АТ, рівня гемоглобіну, вираженість симптомів захворювання (болю), подовження тривалості життя); опосередковані клінічні ефекти (зниження частоти ускладнень, зменшення кількості повторних госпіталізацій); зміни показників здоров'я в досліджуваних групах пацієнтів (смертність, виживаність, тривалість життя та ін.); зміни якості життя.

Мета аналізу „витрати-ефективність” – визначити оптимальний за ефективністю та вартістю метод лікування і збільшення фінансових витрат на одиницю підвищення ефективності при заміні менш витратного та менш ефективного методу лікування на більш ефективний та більш витратний. Переваги методу „витрати–ефективність”: можливість оцінювати доцільність тієї або іншої терапії з позиції її вартості та ефективності; можливість комплексного обґрунтування

прийняття рішення щодо раціонального використання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я; можливість оцінювати додаткові фінансові витрати на одиницю приросту ефективності лікування при заміні менш витратного та менш ефективного методу лікування на більш ефективний та більш витратний; відсутність необхідності порівнювати результати втручання в грошовому вираженні. Недоліки аналізу „витрати–ефективність”: можливість порівнювати тільки ті методи лікування, ефективність яких визначена в однакових одиницях; відсутність оцінки результатів методу лікування з позиції якості життя або бажання пацієнта; при прийнятті рішення щодо оптимального методу лікування за критерієм „витрати–ефективність” необхідно знати максимальну суму, яку може витратити заклад для одержання певного результату. Сфера застосування методу „витрати–ефективність”: порівняння альтернативних методів лікування для вибору серед них найбільш раціонального; визначення економічних витрат, що потрібні для досягнення більшої ефективності при заміні одного методу лікування на інший.

Аналіз „витрати–корисність” (утилітарність) різновид аналізу „витрати–ефективність”, в якому проводиться порівняння вартості лікування в грошовому вираженні та його ефективності в показниках корисності (утилітарності) – результатів лікування, виражених у показниках якості життя. Показник корисності найчастіше виражається в QALY (quality adjusted life year – кількість якісних років життя, які отримав пацієнт унаслідок лікування), але можна використовувати показник корисності, що визначається за допомогою інших прийнятних у медицині методик. У цьому методі враховується не стільки досягнення тих або інших позитивних клінічних ефектів, скільки надання переваги тим або іншим результатам медичного втручання з боку пацієнта. Мета аналізу „витрати-корисність” – визначити найбільш прийнятний для пацієнта метод лікування з позиції вартості та корисності, порівнюють співвідношення „витрати–корисність”, тобто витрати на одну одиницю корисності кожного методу лікування. Переваги аналізу: можливість враховувати бажання пацієнта щодо надання переваги результатам того або іншого методу

лікування; можливість враховувати кількість та якість набутих пацієнтом років життя при оцінюванні корисності методів лікування в показниках QALY. Недоліки аналізу: складність та наявність суб'єктивних факторів при вимірюванні показника корисності. Він доречний, коли якість життя є найбільш важливим показником ефективності терапії, зазвичай при лікуванні хронічних захворювань; коли метод лікування впливає як на показник смертності, так і на показник захворюваності, і бажано мати інтегральний показник результатів лікування (напр. оцінювання використання жінками в період менопаузи естрогенів, що можуть поліпшити якість життя (зменшити вираженість неприємних симптомів), знизити рівень смертності від серцево-судинних захворювань, але підвищити рівень смертності від раку матки); коли методи лікування, що порівнюються, мають широкий спектр клінічних результатів і необхідно знайти однакові одиниці виміру показника ефективності при різних захворюваннях; коли метою є порівняння одного методу лікування з іншим, результати якого вже були виражені в показниках корисності.

Аналіз „витрати–вигода (користь)” дозволяє порівнювати різні медичні технології (напр. комплекс профілактичних заходів проти грипу з методом лікування гепатиту С), бо оцінює і витрати, і результати лікування в грошовому еквіваленті (вартість методів лікування враховується на момент оцінювання результатів). Мета аналізу – розрахунок чистої вигоди (вигода мінус вартість) від застосування певного методу лікування з подальшим приведенням її до рівня цін сьогодення. Переваги аналізу: можливість використання для оцінювання різних методів лікування, в т.ч. з подібними або з різними наслідками (показниками ефективності); використання методу є доцільним при обмежених бюджетних ресурсах, коли тільки один з методів лікування може бути виконаний. Недоліки аналізу: складність вираження результатів методів лікування в грошовому еквіваленті (особливо складним є переведення в грошовий еквівалент наслідків лікування, про які свідчать пацієнти, напр. якість життя); наявність певного елемента дискримінації, оскільки метод показує більші переваги від лікування людей, які працюють або мають високу заробітну плату.

Сфера використання аналізу: аналіз як одиничних, так і різних програм або методів лікування у системі охорони здоров'я. Аналіз „витрати–вигода” використовується переважно у випадках, коли результати лікувально-профілактичних технологій визначаються не окремим критерієм, а комплексним: запобігають виникненню захворювання, його подальшому розвитку.

Економічний аналіз

Економічний аналіз в системі охорони здоров'я – це вивчення і оцінка господарської та фінансової діяльності ЛПЗ з метою підвищення їх ефективності.

Універсальним показником, що характеризує фінансово-господарську діяльність медичних організацій є бухгалтерський баланс. **Бухгалтерський баланс** – найважливіша частина бухгалтерської звітності про загальний фінансове становище медичної організації, яка визначає здатність її адаптуватися до змін, що відбуваються в економічному середовищі. Фінансове становище медичної організації визначається наявними фінансовими і матеріальними ресурсами (активи), структурою капіталу і фінансовими зобов'язаннями (пасиви). Показники бухгалтерського балансу відображають платоспроможність і прибутковість медичної організації. Бухгалтерський баланс відображає ступінь рівноваги активів і пасивів, тобто ресурсів, що знаходяться в розпорядженні медичних організацій та джерел коштів, за рахунок яких вони утворюються.

На підставі абсолютних цифр, представлених в статистичних таблицях звіту, обчислюються показники і коефіцієнти, за допомогою яких аналізується діяльність установи.

Особливу групу показників становлять:

- активи організації – сумарний, вкладений у справу капітал, що належить організації (матеріальний, нематеріальний);
- пасиви організації – сукупність боргів і грошових зобов'язань;
- основні фонди – вартість довготривалого використання коштів виробництва, а саме: землі, будинків, устаткування, машин, приладів;

- оборотні кошти організації – засоби виробництва, повністю споживані протягом виробничого циклу. До них відносять матеріали, сировину, енергія, напівфабрикати, готівка;
- прибуток – різниця між доходом і витратами за проведення діяльності;
- собівартість наданих послуг – вартість надання певного обсягу послуг цього виду;
- сумарний дохід організації – сума всіх отриманих коштів із усіх джерел надходжень;
- дебіторська заборгованість – сума коштів (доходів), що належать організації від всіх її боржників (дебіторів, тобто покупців і замовників);
- кредиторська заборгованість – засоби, тимчасово привернуті організацією і підлягаючі поверненню як сума боргу, що підлягає поверненню кредиторам (юридичним і фізичним особам, наприклад заборгованість по зарплаті або накопичений відсоток).

Основні фонди беруть участь в процесі виробництва медичних послуг багато разів, зберігають свою натуральну форму, переносять свою вартість на послуги охорони здоров'я частинами. Всі об'єкти основних фондів підлягають фізичному і моральному зносу, тобто під впливом фізичних сил, технічних і економічних чинників вони поступово втрачають свої властивості, стають непридатними і не можуть надалі виконувати свої функції.

Для оцінки процесу оновлення основних фондів використовують такі показники: коефіцієнт оновлення основних фондів, коефіцієнт вибуття основних фондів, коефіцієнт інтенсивності оновлення основних фондів.

Для оцінки використання основних фондів розраховують наступні показники: фондівіддачі, фондомісткості, фондоозброєності.

Оборотні кошти – це частина активів медичної організації необхідних для безпосереднього виробництва товарів і послуг. Оборотні кошти доповнюють основні фонди. Оборотні кошти використовуються в рамках одного виробничого циклу лікувального, діагностичного, реабілітаційного процесів або протягом

короткого періоду часу що не перевищує 12 місяців. Оборотні кошти повністю включаються до собівартість медичних товарів і послуг, а потім відшкодовуються у формі отриманої фінансової виручки після закінчення циклу виробництва і реалізації даних товарів і послуг. Інакше кажучи, оборотні кошти обертаються в ході виробничого циклу і чим швидше оборот, тим менше потрібно їх для забезпечення одного і того ж обсягу медичних товарів і послуг, і тим вище економічна ефективність діяльності медичної організації.

Під фінансовою стійкістю медичної організації розуміється здатність її своєчасно розплачуватися за своїми зобов'язаннями, тобто демонструвати свою платоспроможність. Платоспроможність – це здатність фізичних та юридичних осіб виконувати зобов'язання по платежах, встановлених у договірних і законодавчих актах. Досягається фінансова стійкість діяльності медичної організації на основі раціональної структури, використовуваних фінансових ресурсів, коли в їх загальній сумі є велика частка власних фінансів.

Фінансова стійкість діяльності медичних організацій оцінюється наступними показниками:

Коефіцієнт автономії (коефіцієнт концентрації власного капіталу або коефіцієнт забезпечення власними засобами) характеризує питому вагу власних грошових коштів у підсумковій сумі всіх коштів, авансованих даній лікувально-профілактичній установі. Тобто визначає, наскільки дана лікувально-профілактична установа незалежна від позикових засобів. Чим більші свої засоби має в розпорядженні ЛПЗ, тим більше має нагоду вільно реагувати на змінну кон'юнктуру ринку медичних послуг.

Коефіцієнт фінансової стійкості або стабільності (коефіцієнт співвідношення власних і повернутих засобів) показує співвідношення власних і залучених засобів організації. Він дає загальну оцінку фінансовій стійкості організації. Якщо значення даного показника 0,178, то це означає, що на кожну 1 гривню власних засобів доводиться 17,8 коп. позикових засобів. Збільшення даного показника в динаміці свідчить про посилення залежності організації від

зовнішніх інвесторів і кредиторів, тобто про зниження фінансової стійкості і навпаки.

Коефіцієнт маневреності показує яка частина власних /наявних засобів знаходиться в мобільній формі. Цей коефіцієнт показує яка частина власного капіталу використовується для фінансування поточної діяльності (тобто вкладена в оборотні кошти), а яка частина – капіталізована. Крім того, він дозволяє визначити правильність вкладення засобів в активи.

Головною умовою фінансової стійкості медичної організації є оптимальне співвідношення власного і залученого капіталу. *Власні оборотні кошти* (власний оборотний капітал) – це найважливіше джерело формування оборотних коштів, який забезпечує фінансову стійкість медичної організації. Формується власний капітал за рахунок статутного капіталу, чистого прибутку, резервного капіталу фонду накопичення. Поряд з власним капіталом у структурі джерел формування оборотних коштів, беруть участь *залучені кошти*, основу яких складають позикові кошти – короткострокові кредити (до 12 міс.).

Для оцінки платоспроможності організації використовуються наступні показники: коефіцієнт поточної ліквідності (1,0-2,0); коефіцієнт абсолютної ліквідності (0,2-0,5 од.); коефіцієнт термінової ліквідності (0,7-0,8); ліквідаційна вартість активів. ***Ліквідність є найважливішою властивістю*** активів організацій. Ліквідність – це здатність фінансових, матеріальних і нематеріальних ресурсів швидко і легко реалізовуватися для погашення грошових зобов'язань медичних організацій.

За ступенем ліквідності ресурси (активи) діляться на чотири групи: *найбільш ліквідні* – це грошові кошти на рахунках і в касі, короткострокові фінансові вкладення в цінні папери; *швидко реалізовані* – це довгострокова і короткострокова дебіторська заборгованість, а також готова продукція; *повільно реалізовані* – це сировина, майбутні витрати, довгострокові фінансові вкладення, податок на додану вартість; *важко реалізовані* – нематеріальні активи, будівлі, споруди, обладнання, незавершене будівництво, дохідні вкладення в матеріальні цінності, відкладені податкові активи.

Прибуток – це різниця між продажною ціною товару і витратами на його виробництво. В економічній діяльності медичної організації розраховують наступні показники прибутку: валовий прибуток, прибуток від реалізації медичних товарів і послуг, чистий прибуток.

Рентабельність характеризує ефективність використання ресурсів в процесі виробництва і реалізації медичної продукції, визначається відношенням прибутку до затрат. Розраховують загальну рентабельність, рентабельність реалізованих медичних товарів і послуг, рентабельність власного капіталу. Загальна рентабельність – це відношення валового прибутку до середньорічної вартості активів організації. Показує скільки прибутку припадає на одну фінансову одиницю (1 у.о.) капіталу, що брав участь в виробництві медичної продукції. Показник рентабельності залежить від величини прибутку і собівартості, чим більший прибуток і менша собівартість, тим вища рентабельність підприємства. Оптимальний варіант для споживачів, коли прибуток фірми помірний, а собівартість максимально низька, тоді і ціна на дану продукцію знижується, і добробут споживачів зростає.

Питання для самоконтролю:

1. В чому суть медичної ефективності охорони?
2. В чому суть соціальної ефективності охорони?
3. В чому суть економічної ефективності охорони?
4. В чому суть застосування методу аналіз “витрати-ефективність”?
5. В чому суть застосування методу аналіз “витрати-корисність”?
6. Назвіть основні фінансові показники діяльності медичної установи.
7. Розкрийте зміст коефіцієнту автономії ЛПЗ?

Тестовий контроль

1. Які дві форми оплати праці вам відомі?

- A. Погодинна і відрядна.
- B. Погодинна і похвилинна.
- C. Відрядна і прибуткова.
- D. Погодинна і проста.
- E. Відрядна і підрядна.

2. Які різновиди погодинної форми оплати праці вам відомі?

- A. Складна погодинна і погодинно-преміальна система оплати праці.
- B. Складна погодинна система оплати праці.
- C. Проста погодинна і погодинно-преміальна система оплати праці.
- D. Компенсаційно-преміальна система оплати праці.

3. Які основні завдання обліку праці?

- A. Всі відповіді вірні.
- B. Документальне оформлення відпрацьованого часу.
- C. Контроль за дисципліною праці і повним використанням робочого часу.
- D. Збір інформації і групування показників по праці заробітної плати для складання бухгалтерської і статистичної звітності.

4. Що таке заробітна плата?

- A. Це винагорода, обчислена у грошовому виразі, яку власник виплачує працівнику.
- B. Це винагорода, обчислена у грошовому виразі, яку за трудовим договором власник виплачує працівнику за виконану роботу.
- C. Це винагорода яку власник виплачує працівнику за певну роботу у будь-якому вигляді.
- D. Це грошові кошти які у будь-якому випадку отримує працівник, ходячи на роботу.

5. Що таке праця?

- A. Це будь-яка діяльність людини.
- B. Це цілеспрямована свідома діяльність людини.

- С. Це свідома діяльність людини з визначеною метою.
- Д. Це цілеспрямована свідома діяльність людини, в результаті якої утворюються споживчі вартості.
- Е. Немає правильних відповідей.

6. Метаекономічний рівень визначає:

- А. Економічні відносини систем охорони здоров'я різних країн з інтеграцією їх у світову економіку.
- В. Економічні відносини, які охоплюють діяльність медичного закладу та його структурних підрозділів.
- С. Економічні відносини сфери охорони здоров'я з іншими галузями народного господарства та державою.

7. Метод економіки охорони здоров'я, який дозволяє оцінити кількісний та якісний зв'язок між медико-діагностичними та профілактичними процесами:

- А. Математично-статистичний метод.
- В. Балансовий метод.
- С. Експериментальний метод.
- Д. Прогнозування.

8. Метод економіки охорони здоров'я являє наукове передбачення найбільш ймовірних змін стану галузі охорони здоров'я, потреби суспільства в медичних послугах, виробничих можливостях медицини, напрямів технічного прогресу галузі тощо:

- А. Математично-статистичний метод.
- В. Балансовий метод.
- С. Експериментальний метод.
- Д. Прогнозування.

9. Макроекономічний (національний) рівень визначає:

- А. Економічні відносини всередині сфери охорони здоров'я між її підгалузями та рівнями медичної допомоги.
- В. Економічні відносини, які охоплюють діяльність медичного закладу та його структурних підрозділів.

C. Економічні відносини систем охорони здоров'я різних країн з інтеграцією їх у світову економіку.

D. Економічні відносини сфери охорони здоров'я з іншими галузями народного господарства та державою.

10. Основними економічними проблемами охорони здоров'я є такі:

A. Обмеженість грошей і безмежність потреб.

B. Обмеженість потреб і обмеженість ресурсів.

C. Безмежність потреб і безмежність ресурсів.

D. Безмежність ресурсів і обмеженість потреб.

E. Обмеженість ресурсів і безмежність потреб.

11. Основний документ, який висвітлює процес фінансування лікарні, називається.

A. Тарифікація.

B. Штатний розпис.

C. Бюджет.

D. Кошторис.

E. Бухгалтерська книга.

12. Що охоплює маркетинг в охороні здоров'я ?

A. Сукупність організаційно-економічних функцій, зв'язаних з реалізацією комплексу оздоровчо-профілактичних, санітарних і лікувальних послуг, лікарських засобів, виробів медико-терапевтичного і реабілітаційного призначення.

B. Комплексну діяльність фахівців з організації виробництва, збуту продукції.

C. Здійснення визначеної діяльності або сукупності визначених дій, спрямованих на задоволення потреби інших осіб.

D. Захід або комплекс заходів, проведених при захворюваннях.

E. Вид медичної допомоги, що надається медичними працівниками установами охорони здоров'я населенню.

13. Що саме має вивчити виробник на етапі збутової політики в маркетинговій діяльності системи охорони здоров'я ?

- A. Рівні захворюваності, структуру та їх динаміку.
- B. Аналіз показників діяльності закладу охорони здоров'я, показників захворюваності потенційних споживачів пропонованих послуг та зіставлення цих даних через призму стандартів надання даних послуг.
- C. На даному етапі слід розглядати питання доступності та організації надання медичних послуг в найповнішому обсязі, відповідно до потреб споживачів.
- D. На даному етапі слід керуватися головним чином стандартами надання медичних послуг, що містяться в протоколах лікування окремих нозологій.
- E. Прямий чи опосередкований метод збуту.

14. Хто виконує функції маркетингу?

- A. Служба маркетингу, яка може мати різну організаційну структуру: функціональну, регіональну, товарну, ринкову та різноманітні їх комбінації.
- B. Служба маркетингу, яка може мати однакову організаційну структуру: функціональну, регіональну, товарну, ринкову та різноманітні їх комбінації
- C. Служба маркетингу, яка не має організаційної структури.
- D. Служба маркетингу, яка виконує лише одну функцію.
- E. Ринок відносин.

15. Маркетинг – це мистецтво врівноважувати

- A. Попит і пропозицію.
- B. Кількість товару і затрати.
- C. Кількість товару і заробітну плату.
- D. Вона має непостійну якість кількості товару і масу грошей.
- E. Бажання споживачів і можливості виробників.

16. Яка головна мета маркетингу в системі охорони здоров'я?

- A. Задовольнити потреби споживачів.
- B. Задовольнити потреби виробників.
- C. Задовольнити потреби людей у здоров'ї.
- D. Задовольнити потреби посередників.

17. Що є основним завданням ціноутворення?

- A. Визначення балансу попиту і пропозиції.

- В. Визначення максимальної ціни попиту.
- С. Покриття витрат вироблення послуг і одержання прибутку.
- Д. Визначення мінімальної ціни пропозиції.
- Е. Покриття витрат виробництва.

18. В чому полягають основні завдання медичного страхування?

- А. Посередницька діяльність та контроль в організації та фінансуванні страхових програм надання медичної допомоги населенню.
- В. Безпосередня діяльність та контроль в організації та фінансуванні страхових програм надання медичної допомоги населенню.
- С. Виключно контроль в організації та фінансуванні страхових програм надання медичної допомоги населенню.
- Д. Контролювати чи страхова компанія виплачує кошти лікувальним закладам.

19. Яка основна економічна характеристика обов'язкового медичного страхування?

- А. Висока рентабельність.
- В. Самоокупність.
- С. Безприбутковість.
- Д. Дотаційність.
- Е. Лабільність.

20. Що собою являє нетто-ставка

- А. Брутто-ставку + навантаження.
- В. Страховий тариф в грошовому вираженні в процентах зі 100 гривень страхової суми.
- С. Основна частина страхового тарифу, призначена для виплат ризиків.
- Д. Брутто-ставку без навантаження.
- Е. Брутто-ставку + ризик.

21. Які види страхування розрізняють за участю застрахованих осіб?

- А. Активне та пасивне.
- В. Ініційоване та запрошене.
- С. Оплачене та безоплатне.

D. Групове та індивідуальне.

E. Урочисте та буденне.

22. Які види ефективності розрізняють у системі охорони здоров'я?

A. Соціальну, медичну та соціологічну.

B. Психологічну, медичну та економічну.

C. Соціальну, медичну та економічну.

23. Ефективність – це

A. Всі відповіді вірні.

B. Зниження тимчасової втрати працездатності.

C. Зниження захворюваності.

D. Зниження інвалідності.

E. Зниження смертності.

24. Що собою представляє оптимальність?

A. Найбільш раціональне використання ресурсів.

B. Це відношення досягнутого результату до максимально можливого

C. Найменша вартість медичної допомоги без зниження її результативності.

D. Найменші фінансові затрати.

E. Оптимальне співвідношення витрат на охорону здоров'я й отриманих результатів у покращанні здоров'я.

25. Оцінка економічної ефективності використання праці:

A. Обсяг робіт і послуг.

B. Продуктивність праці.

C. Зміна трудових ресурсів на 1% зміни обсягу робіт і послуг.

26. Критерієм якої ефективності медичної допомоги є демографічні показники?

A. Медичної.

B. Економічної.

C. Соціальної

D. Моральної.

27. Що таке ринок медичних послуг?

- A. Це сукупність соціально-економічних відносин у сфері охорони здоров'я.
- B. Це сукупність соціально-економічних відносин у медичному закладі.
- C. Це сукупність соціально-економічних відносин у стаціонарі.
- D. Це сукупність соціально-економічних відносин у приватному секторі.
- E. Це сукупність медико-соціальних відносин у сфері охорони здоров'я.

28. За допомогою яких методів дослідження ринку медичних послуг визначатимуть тенденції динаміки захворюваності?

- A. Ретроградних моделей.
- B. Соціологічних.
- C. Епідеміологічних методів.
- D. Прогнозних моделей.
- E. Кон'юнктурних методів.

29. За допомогою яких методів дослідження ринку медичних послуг визначатимуть попит на окремі види медичної допомоги?

- A. Соціологічних.
- B. Кон'юнктурних методів.
- C. Ретроградних моделей.
- D. Прогнозних моделей.
- E. Епідеміологічних методів.

30. Цінова еластичність попиту на медичну послугу вимірюється:

- A. Як відношення відсоткової зміни величини попиту до відсоткової зміни ціни.
 - B. Як відношення відсоткової зміни ціни до відсоткової зміни попиту.
 - C. Як відношення відсоткової зміни попиту до відсоткової зміни ціни.
 - D. Як відношення відсоткової зміни ціни до відсоткової зміни пропозиції.
- Як відношення відсоткової зміни пропозиції до відсоткової зміни ціни.

31. Яка визначальна характеристика підприємництва в умовах ринку?

- A. Відповідальність.
- B. Ініціативність.
- C. Отримання прибутку.
- D. Компетентність.

Е. Цілеспрямованість.

32. З чим пов'язана діяльність будь-якого підприємства в умовах ринку ?

- А. З ризиком
- В. З грошима.
- С. З фінансами.
- Д. З податками.
- Е. З інспекціями.

33. Чи має право підприємець на вільне розпорядження прибутком у своїй підприємницькій діяльності?

- А. Так.
- В. Ні.
- С. Інколи.
- Д. Залежить від дозволу місцевої влади.
- Е. Якщо він не одружений.

34. Хто не може займатись підприємницькою діяльністю?

- А. Військовослужбовці, представники силових структур та контролюючих органів.
- В. Виключно військовослужбовці.
- С. Виключно представники силових структур.
- Д. Виключно представники контролюючих органів.
- Е. Інваліди та психічно хворі особи.

35. За які кошти підприємство проводить наукові розробки?

- А. З доходу.
- В. З прибутку.
- С. З субсидій.
- Д. З податків.
- Е. З соціальних.

36. Що собою представляє страховий поліс в системі медичного страхування?

- А. Це угода між страхувальником та страхівником із зазначенням пільг для страхувальника та розміром страхового внеску.

- В. Це угода особи, на яку поширюється медичне страхування.
- С. Це угода місцевої Ради і особи про надання допомоги бенефіціару.
- Д. Це угода особи, яка сплачує страхові внески.
- Е. Документ установи, організації, місцевої Ради, які забезпечують страхування бенефіціара.

37. Населення міста А. одержує амбулаторно-поліклінічну допомогу на основі страхових полісів, які повністю оплачуються державними органами зі спеціальних фондів. Єдині тарифи на медичні послуги встановлюються державою. Який вид страхування населення використовується в даному місті?

- А. Часткове.
- В. Комплексне.
- С. Обов'язкове.
- Д. Добровільне.
- Е. Змішане.

38. Який основний соціальний принцип страхової медицини?

- А. Бідний платить за багатого.
- В. Молодий платить за старого.
- С. Кожен платить за себе.
- Д. Здоровий платить за хворого.
- Е. Хто може – той платить.

39. Виберіть адекватні принципи медичного страхування

- А. Загальність (автоматизм) обов'язкового медичного страхування.
- В. Вибірковість обов'язкового медичного страхування.
- С. Специфічність обов'язкового медичного страхування.
- Д. Терміновість для добровільного медичного страхування.
- Е. Безстроковість для добровільного медичного страхування.

40. Обов'язкове медичне страхування забезпечує отримання:

- А. Додаткових послуг над гарантованим обов'язковим медичним страхуванням.
- В. Медичної допомоги при стихійних лихах.

- C. Соціально-гарантованого державою обсягу медичної допомоги.
- D. Медичної допомоги за першим звертанням.
- E. Медичної допомоги в приватних лікарів.

41. Що собою представляє бенефіціар?

- A. Особа, на яку поширюється медичне страхування.
- B. Установа, організація, місцеві Ради.
- C. Організація, яка бере на себе фінансовий ризик втрат на медичну допомогу.
- D. Лікувально-профілактичний заклад.
- E. Райздороввідділ.

42. Що лежить в основі обов'язкового медичного страхування?

- A. Гарантований обсяг проведення профілактичних заходів
- B. Гарантований обсяг надання медикаментозних засобів населенню і проведення необхідних профілактичних заходів, пенсійне забезпечення
- C. Гарантований обсяг та умови надання медичної допомоги населенню і проведення необхідних профілактичних заходів
- D. Виключно гарантований обсяг та умови надання медичної допомоги населенню
- E. Негарантований обсяг та умови надання медичної допомоги населенню і проведення необхідних профілактичних заходів

43. Що лежить в основі соціальних гарантій обов'язкового медичного страхування?

- A. Держава надає рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги всім громадянам
- B. Держава надає рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги лише застрахованим громадянам
- C. Держава надає рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги лише малозабезпеченим громадянам
- D. Держава надає рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги лише пільговим категоріям
- E. Держава надає рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги лише платоспроможним громадянам

44. Де може отримати медичну допомогу застрахований за програмою обов'язкового медичного страхування?

- A. Може на всій території держави, окрім як за межами постійного місця проживання
- B. Може на всій території держави, в тому числі і за кордоном
- C. Може на всій території держави, в тому числі і за межами постійного місця проживання
- D. Лише на території місця проживання
- E. Може на всій території держави, та країн СНД

45. Хто такий страхівник в системі медичного страхування?

- A. Особа, на яку поширюється медичне страхування
- B. Головний лікар ЛПЗ
- C. Особа, яка сплачує страхові внески
- D. Це організація, яка бере на себе фінансовий ризик втрат на медичну допомогу
- E. Установа, організація, місцеві Ради

46. Який основний соціально-віковий принцип страхової медицини?

- A. Молодий платить за старого.
- B. Здоровий платить за хворого.
- C. Бідний платить за багатого.
- D. Кожен платить за себе.
- E. Хто може – той платить.

47. Хто такий страхувальник в системі медичного страхування?

- A. Особа, на яку поширюється медичне страхування.
- B. Головний лікар ЛПЗ.
- C. Особа, яка сплачує страхові внески.
- D. Установа, організація.
- E. Той, кому надають допомогу.

48. Ким визначаються форми типового договору, порядок проведення і особливості умови для ліцензування обов'язкового страхування?

- A. МОЗ України.
- B. Мінфіном України .
- C. Мінюстом України.
- D. Кабміном України.
- E. Самою страховою компанією.

49. Який основний соціальний принцип страхової медицини?

- A. Здоровий платить за хворого.
- A. Бідний платить за багатого.
- B. Молодий платить за старого.
- C. Кожен платить за себе.
- D. Хто може – той платить.

50. Довічне медичне страхування триває:

- A. До пенсії застрахованого.
- B. До 50 років.
- C. 50 років з часу укладання угоди.
- D. До кінця життя застрахованого.
- E. Доки триває медичне обслуговування.

Відповіді на тести:

1. A	11. D	21. D	31. A	41. A
2. C	12. A	22. A	32. A	42. C
3. A	13. D	23. A	33. A	43. A
4. B	14. A	24. E	34. A	44. C
5. D	15. A	25. B	35. B	45. D
6. A	16. C	26. C	36. A	46. A
7. A	17. C	27. A	37. C	47. A
8. D	18. A	28. A	38. D	48. A
9. D	19. C	29. B	39. A	49. A
10. C	20. B	30. A	40. C	50. D

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України „Про страхування”. – Режим доступу. [<http://zakon1.rada.gov.ua/>].
2. Бюджетний кодекс України, із змінами, внесеними згідно із Законами № 595-VIII від 14.07.2015. – Режим доступу: www.rada.gov.ua
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.92 року» № 2801 XII.
4. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : [Монографія] / Н.В. Авраменко. – Запоріжжя: КПУ, 2010. – 196 с.1, с. 58.
5. Агарков В.И. Экономика здравоохранения (пособие для студентов 6 курса медицинских факультетов). – Донецк: ДонНМУ, 2010. – 328 с.
6. Амелина О. Европейский опыт организации страховой медицины [Електронний ресурс] : Интернет издание CNews, 2008. – Режим доступу. :<http://www.cnews.ru/reviews/>
7. Базилевич В. Д., Базилевич К . С. Страхова справа. – 3-тє вид., перероб. і доп. – К.: Товариство „Знання”; КОО, 2003. – 250 с.
8. Беликова И. В. Введение в экономику здравоохранения / И. В.Беликова, Костриков А. В.// Учебно-метод. пособ. для иностранных студентов мед. и стомат. факультетов высших учеб. заведений.
9. Білогубка С.М. Лікарняна каса як одне з джерел фінансових ресурсів у багатоканальному фінансуванні охорони здоров'я / С.М. Білогубка // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. – 2009. – Вип. V, Т.1. – С. 41–43.
10. Богуславський Є. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи / Є. Богуславський // Зовнішня торгівля: право та економіка. – 2008. – № 4. – С. 83-87.
11. Буздуган Я. Організаційно-правові засади функціонування фінансів галузі охорони здоров'я в Україні за останні роки / Я. Буздуган // Наукові записки

Тернопільського державного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: економіка. – 2004. – № 16. – С. 114–122.

12. Буздуган Я. Пропозиції щодо вдосконалення правового механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні Я. Буздуган // Підприємництво, господарство і право. – 2008. – № 9. – С. 56-60, с. 58–60.

13. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Буздуган // Віче. – К., 2008. – № 5. – С. 26-28].

14. Василик О.Д. Бюджетна система України: підручник / О. Д. Василик, К. В. Павлюк. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 544 с.

15. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. / О. В. Виноградов / Національна академія державного управління при Президентові України. – К., 2009. – 20 с.

16. Вовчак О. Д. Страхова справа: підручник / О. Д. Вовчак. – К.: Знання, 2011. – 391 с.

17. Вялкова А. И. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций / под ред. проф. А. И. Вялкова. М.: Гэотар–мед, 2004. – 112 с.

18. Глухова В. І. Проблема фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України / В. І. Глухова, В.Ю. Красільнікова // Вісник КДПУ імені Михайла Остроградського. – 2009. – Вип. 2 (55). – Ч. 1. – С. 108–112

19. Гришак Ю. Проблеми та ефективні шляхи реформування медичного страхування в Україні / Ю. Гришак // Вісник Національного університету ім. Т. Шевченка. Серія: Економіка. – 2009. – № 112. – С. 22-24.

20. Грищенко, Н.Б. Основы страховой деятельности [Текст]: учеб. пособие / Н.Б. Грищенко. –Барнаул.: Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 274 с

21. Державна служба статистики України [Електронний ресурс] / – Режим доступу : <http://ukrstat.org>

22. Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. – М.: ИЭПП, 2007. – 192 с.

23. Европейская база данных ВОЗ „Здоровье для всех” [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.euro.who.int/hfadб?language=Russian> (дата обращения 14.01.2016).
24. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfadб>
25. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я: Навчально-методичний посібник / Укладачі: проф. Ахламов А.Г., доц. Кусик Н.Л. – Одеса, ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011. – 111 с.
26. Економіка охорони здоров'я / Під заг. ред. В.Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – С. 177 – 190.
27. Жарая С.Б. Механізми державного регулювання підприємницької діяльності: до питання термінології / С.Б. Жарая // Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія: Управління. – 2011. – №3. – С. 138-146.
28. Залетов А. Страховой рынок Украины 2013: итоги и перспективы развития / А. Залетов // Insurance Top. — 2014. — № 1 (45). — С. 3–15. \
29. Интернет-журнал Forinsurer [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://forinsurer.com/>.
30. Основы экономики здравоохранения : Учебн. пособие / Под ред. проф. Н.И.Вишнякова, проф. В.А.Миняева. – М. : МЕД пресс-информ, 2008. – 144 с.
31. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К., Вид-во Раєвського, –2005, – 168 с.
32. Камінська Т. М. Рынок медицинских услуг: опыт теоретико-институционального анализа. – Х.: ИПП „Контраст”, 2006. – 269 с.
33. Камозина И. Здравоохранение Израиля [Электронный ресурс] / И. Камозина. – Режим доступа : <http://тфомсбрк.рф/pub-izr.htm>
34. Карамішев Д. Соціальне страхування в системі охорони здоров'я: суперечності та перспективи / Д. Карамішев, Я. Радиш // Зб. наук. праць НАДУ. – К.: НАДУ, 2006. – Вип. 1. – С. 95-105.

35. Карпишин Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я / Н. Карпишин, М. Комуницька // Світ фінансів. — 2008. — № 1(14). — С. 110–117.
36. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу / І. В. Комарова // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. — 2010. — № 3(11). С.94-100.
37. Комаров Ю. М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения / Ю. М. Комаров // Вестник государственного социального страхования. — 2005. — № 1. — С. 65-75.
38. Кульпанович, О.А., Лихтарович, Е.Е., Ключ, Т.А. К 93 Курс лекций по экономике и бухучету в здравоохранении: учебное пособие. Кульпанович, О.А., Лихтарович, Е.Е., Ключ, Т.А. — Минск: БелМАПО, 2010.-257 с.
39. Лехан В. Украина: Обзор системы здравоохранения / [В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон]; ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. — 12 (8). — 227 с
40. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко// . — К., 2009. — С. 12
41. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г.О. Слабкий // Новости медицины и фармации. — 2011. — № 383. — С. 6–18.
42. Ліга страхових організацій України [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http:// uainsur.com/massmedia](http://uainsur.com/massmedia).
43. Лікарняна каса Полтавщини [Електронний ресурс] / Благодійна організація „Лікарняна каса Полтавщини”. — Режим доступу: <http://www.poltavalk.com.ua>.
44. Магуайр Е. Економіка охорони здоров'я / Е. Магуайр, Д. Гендерсон, Г. Муні ; пер. з англ. — К. : Основи. — 1998. — 313 с.
45. Мартинович А. Охорона здоров'я Чехії: якість, яку не приховаєш / А. Мартинович // Здоров'я України [Електронний ресурс]. — 2008. — № 13–14. — С. 7–8. — Режим доступу: <http://health-ua.com/articles/2848.html>

46. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги в регіональному аспекті. 2013. [Електронний ресурс] / – Режим доступу: [http://www.uiph.kiev.ua/download /Vidavnictvo/ Medikodemografichna% 20 situacia. % 2013.pdf](http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Medikodemografichna%20situacia.%202013.pdf)
47. Методи фінансового аналізу ефективності здоров'я / А.А. Колинко, М.Д. Дуганов, Р.В. Петухов, К.Н. Калашников // *Фінанси*. – 2008. – № 12. – С. 14-26.
48. Мойсеєнко І.П., Марченко О.М. Управління фінансово-економічною безпекою підприємства: навч. посібник. – Львів, 2011. – 380 с.
49. Найштетік В. Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні: наукова праця / В. Найштетік // *Українська академія наук. Відділ економіки і управління*. – Донецьк, 2009. – 158 с.
50. Ніколаєнко С. М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні / С. М. Ніколаєнко // *БізнесІнформ*. — 2013. — № 1. — С. 281–287.
51. Основи економічної теорії: Навч. посібн. для студ. вищих навч. закладів / Л.Ю. Мельник, М.Х. Корецький, В.М. Огаренко, Л.Л. Мельник; Гуманітарний ун-т "Запорізький ін-т держ. та муніципального управління". – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 528 с.
52. Пенькова О. Г. Вибір моделі фінансування галузі охорони здоров'я / О. Г. Пенькова // *Актуальні питання сучасної економіки 23 грудня 2011 р. : матеріали III Всеукраїнської заочної наукової конференції – Умань : Видавець „Сочінський”, 2011. – Ч. 2. – С. 50–51.*
53. Попович П. Я Економічний аналіз діяльності суб'єктів господарювання. Підручник.– Тернопіль: Економічна думка, 2001. – 365 с.
54. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналіт. доп. / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2012. – 96 с.
55. Проект Закону України „Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування” [Електронний ресурс]/ – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/>.

56. Радиш Я.Ф. Держане регулювання медичної діяльності в Україні: генезис і тенденції розвитку / Я.Ф. Радиш, Н.Б. Мезенцева, Л.О. Буравльов, // Держава та регіони. – 2007. – № 4. – с. 142-146.
57. Регулирование предпринимательской деятельности в системе здравоохранения европейских стран / Перевод с англ. Ред. Р.Б. Солтман, Р. Буссе, Э. Моссиалос. – М.: Весь мир, 2002. – С. 12.
58. Рейтинг страховых компаний Украины (по данным журнала „Фориншурер”) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/ratings/nonlife/12/12/45>. – 02.08.2013
59. Рудень В. В. Стан системи охорони здоров'я населення в країні ринковим перетворенням / В.В. Рудень. О.М. Сидорчук // Новини медицини та фармації. – 2007. – № 9.С. 5-8.
60. Сіташ Т. Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування [Електронний ресурс] / Т. Д. Сіташ // Механізм регулювання економіки. – 2012. – № 1. – С. 164-169. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Mre_2012_1_19.pdf.
61. Слабкий Г.О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О.О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
62. Слабкий Г. А. К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт / Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко // Український медичний часопис, 2012. – №3 (89). – V/VI.
63. Солтман Р.Б. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий; пер. с англ. / Р.Б.Солтман, Дж.Фигейрас. – И.: Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
64. Скороход А.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі добровільного медичного страхування в системі бюджетно-страхової медицини (на прикладі Сумської області): дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Скороход Андрій Валерійович ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2015. – 165 с.
65. Солдатенко О. Реімбурсація як один із видів фінансування видатків на

- охорону здоров'я / О. Солдатенко // - К., 2010. – №8. – С. 18–19.
66. Соловьев В.П. Планирование и финансирование расходов на здравоохранение. – М.: Финансы, 1965. – 248 с.
67. Соціальна медицина та охорона здоров'я / Під заг.ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 689 с.
68. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічного факультету) / За ред. Н. І. Кольцової, О. З. Децик. – Івано-Франківськ, 2000. – С. 7 – 18, 66-69.
69. Стецюк Т.І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян. Автореф. дис.. канд.. екон. н. – Київ – 2009. –22 с.
70. Стиглиц Дж. Ю. Экономика государственного сектора: Пер. с англ. М.: Изд-во МГУ, ИНФРА-М, 1997. С.76-84.
71. Трикоз И. В. Оценка социально-экономического состояния сферы здравоохранения/ И. В. Трикоз // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2011. – №4(16) . – С. 93-97.
72. Тогунов И. А. Конкуренция в здравоохранении и медицине / И. А. Тогунов // Менеджер здравоохранения. – 2005. – № 12. – С. 56-63.
73. Тулай О. І. Медичне страхування в системі фінансування охорони здоров'я / О. І. Тулай // Вісник ТНЕУ. – № 1. – 2009. – С. 136-147., с. 146.
74. Уйба В. В. Экономические методы управления в здравоохранении [В. В. Уйба, В. М.Чернышев, О. В. Пушкарев и др. Новосибирск: ООО „Альфа–Ресурс”, 2012. – 314 с.
75. Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении : монограф. / И. М. Шейман. – М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с., с.26ISBN 978-5-7598-0578-6 (в пер.).
76. Шутов М. М. Организационно-экономический механизм развития системы здравоохранения в регионе / Шутов М. М. // Монография. – Донецк: ВИК, 2005. – 320 с.
77. Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2011. 592 с.

78. Федорова, Т.А. Страхование [Текст]: учеб. / Т.А. Федорова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Экономистъ, 2004. – 875 с.
79. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения [Текст]: науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 2010. – 241 с. – (Серия исследований Обсерватории; Вып. 17), с. 28.
80. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Элайас Моссиалос, Анна Диксон, Жозеп Фигерас, Джо Кутцин. – М. : Весь Мир. – 2002. – 354 с.
81. Экономика и управление в здравоохранении: Учебник / Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина. – М.: Академия, 2006 – 208 с.
82. Яковенко Л.І. Економічна теорія: Навчальний посібник для студентів. – Полтава: Скайтек, 2005. – 201 с.
83. Яковлев В. П. Деловой план медицинского учреждения как механизм стратегического управления здравоохранением // Экономика здравоохранения. – № 7. – 2002.
84. Lekhan V, Rudiy V, Richardson E. Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(8):1–183
85. Georgieva L. Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition/ L. Georgieva, P. Salchev, S. Dimitrova, A. Dimova, O. Avdeeva // The European observatory on systems and a policy of public health services. – 2007. – vol. 9. – № 1. – 180 p.
86. Gotsadze G. Ukraine National Health Accounts 2003–2004. Volume 1 : Analytical Report / G. Gotsadze, Y. Chechulin, V. Galayda, V. Lekhan, C. Chanfreau, and T. Dmytraczenko, 2006. – Bethesda, MD : The Partners or Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
87. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej [Электронный ресурс]. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. – Режим доступа: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms&mi=164&mx=0&mt&my=0&ma=237>

88. Joanna Hady, Małgorzata Leśniowska. Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów UE. – 2011. – s.97-111
89. Polsha sistema zdravookhraneniya [Электронный ресурс] . — Режим доступа [http://pharmnews.kz/news/polsha sistema zdravookhraneniya /2009-03-01-2288](http://pharmnews.kz/news/polsha_sistema_zdravookhraneniya_/2009-03-01-2288)
90. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007–2013 [Электронный ресурс] . — Режим доступа <http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl>.
91. Smith P.C. Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы / Smith P.C., Mossialos E., Paranicolas I. – Справочный документ по материалам Европейской Министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения «Системы здравоохранения здоровье–благополучие». – Таллин, 2008. – 24с.
92. Voluntary Health Insurance in the European Union // Европейское региональное бюро ВОЗ. - Open University Press, 2004. - 208 с.
93. Preker A. Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe / A. Preker, R. Feachem. - WB, 1995. - V. 293. - 48 p.