

(59,0 %) кількості приїжджих, обслугованих готелями, зупинялось у шести регіонах України, а саме: м. Києві – 737,4 тис. осіб, АР Крим – 221,2 тис. осіб, Львівській – 211,4 тис. осіб, Одеській – 194,8 тис. осіб, Дніпропетровській – 133,3 тис. осіб та Харківській – 124,9 тис. осіб областях.

У готельному господарстві важливим елементом є кількість прийнятих іноземних туристів, які дають державі валютний виторг (експорт послуг), що стимулює розвиток тих галузей, що беруть участь в їхньому обслуговуванні. Усе це сприяє зростанню ВВП і підвищенню життєвого рівня населення. Проте у 2009 р., порівняно з 2008 р., обсяг експорту послуг за підприємствами готельного господарства значно зменшився (на 46,5 %) і становив 99,5 млн дол. США, з них обсяг експорту послуг тільки по готелях зменшився майже на половину (46,8 %) і становив 83,2 млн дол. США. Усього за 2009 р. було обслуговано підприємствами готельного господарства 795,0 тис. іноземців (21,9 % загальної кількості обслужених в Україні підприємствами готельного господарства), з них зупинялося й обслуговувалося у готелях – 744,9 тис., що на 198,5 тис., або на 21,0 %, менше, ніж у 2008 р. [1].

Хоча практично вся територія нашої країни має достатній потенціал для розвитку туризму, все ж інтенсивність відвідувань іноземними туристами її окремих регіонів дуже різниться. Із загальної кількості обслугованих готелями іноземних громадян майже три чверті (72,2 %) зупинялося у готелях м. Києва, АР Крим, Львівської та Одеської областей. Але тривалість їхнього часу перебування у 2009 р. зменшилась, порівняно з 2008 р., на 203,8 тис. люд.-днів, або на 13,3 %. Основною причиною цього стало подорожчання готельних послуг, зокрема підвищення вартості проживання у готелях.

Незважаючи на широку "географію" туристів, які приїжджають до нашої країни (у 2009 р. до України прибули іноземці з 211 країн), трохи більше третьої частини їхньої кількості (34,6 %) становлять туристи з держав СНД – 274,8 тис. осіб (Російської Федерації – 215,2 тис. осіб, Білорусі – 43,0 тис. осіб, Молдови – 16,6 тис. осіб). Щодо інших країн, то найчастіше Україну відвідували туристи з Німеччини – 68,9 тис. осіб, Польщі – 57,1 тис. осіб, США – 54,5 тис. осіб, Сполученого Королівства Великобританії – 24,9 тис. осіб, Франції – 24,6 тис. осіб, Італії – 24,5 тис. осіб, Туреччини – 21,2 тис. осіб, Австрії – 14,8 тис. осіб, Нідерландів – 13,7 тис. осіб, Канади – 10,1 тис. осіб, Швеції – 9,8 тис. осіб та Чеської Республіки – 9,7 тис. осіб [3].

Обсяг послуг, наданих усіма типами підприємств готельного господарства, для іноземців із цих країн у 2009 р. становив 73,5 млн дол. США, або 73,8 % від загального обсягу експорту готельних послуг.

Література

1. **Правила** роботи підприємств громадського харчування. [Електронний ресурс]. – Доступний з <http://www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?975-1999-NO>. – Заголовок з екрану.

2. **Управління** та елементи системи якості. – Ч. 2.: ДСТУ ISO 9004-2-96. Настанови щодо послуг. – К.: Вид-во Держстандарт України, 1997.

3. **Про основні** напрямки розвитку туризму в Україні до 2010 р. Затв. Указом Президента України від 10.06.1999 р., № 973/99 // Урядовий кур'єр. – 1999. – № 22. – С. 3.

4. **Правила** користування готелями та аналогічними засобами розміщення і надання готельних послуг. Затв. наказом Державної туристичної адміністрації України від 16.03.2004 р.,

№ 19. [Електронний ресурс]. – Доступний з <http://www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?925-2004-FO>. – Заголовок з екрану.

Кавецкий Б.Р., Барна М.Ю. Современные тенденции развития сети гостиничного хозяйства в Украине

Проанализировано гостиничное хозяйство Украины состоянием на 2009 г. Подано количество гостиниц и мест для временного обитания за типами в Украине с распределением за размещением в городской и сельской местности. Рассчитан и проанализирован среднегодовой коэффициент использования вместимости средств размещения Украины за период 2000-2009 гг.

Kaveckyy B.R., Barna M.Yu. The modern trends of progress hotel-business network in Ukraine

The hotel-business of Ukraine by the state on 2009 is analyzed. The amount of hotels and places for the temporal dwelling is given after types in Ukraine with distributing after placing in city and village locality. The use capacity facilities placing average annual coefficient of Ukraine is expected and analyzed for 2000-2009.

УДК 336.113.2:336.143

*Проф. Б.А. Карпінський, канд. екон. наук;
аспир. М.І. Худоба – Львівська державна фінансова академія*

ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯК СКЛАДОВА МЕНЕДЖМЕНТУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Виокремлено характерні ознаки негативних демографічних зрушень в Україні, місце сімейної медицини в підвищенні довголіття населення. Проаналізовано роль фінансового забезпечення у становленні менеджменту сімейної медицини, сформовано переваги й недоліки окремих методів надання первинної медичної допомоги з позиції ефективності використання фінансових ресурсів медичних закладів сімейної медицини.

Постановка проблеми. Спрямованість на комплексну модернізацію та реформування фінансових підходів щодо системи охорони здоров'я населення України пов'язана з потребою формування дієвих концепцій та фінансових механізмів нагромадження і використання фінансових ресурсів для реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Одним із чільних елементів цієї системи є становлення охорони здоров'я на засадах сімейної медицини. Водночас, гальмівним чинником такого формування є дисбаланс та невизначеність у фінансовому забезпеченні організації й надання саме цього виду первинної медичної допомоги.

Незважаючи на досить виражені досягнення в напрямі формування менеджменту сімейної медицини в різних державах із розвинутою економікою Європейського Союзу (ЄС), які отримано вже за понад два десятиріччя, проблематика її фінансування та пов'язаний із цим розподіл бюджетних коштів, а також можливостей додаткових фінансових надходжень характеризується й там непослідовністю, що звужує ефективність від здійснюваних реформ у галузі охорони здоров'я.

Фінансове забезпечення становлення і розвиток сімейної медицини в Україні також залежить від програмованості та оптимальності прийнятих уп-

равлінських рішень і застосовуваних методів контролю за їх реалізацією в ланці менеджменту первинної медико-санітарної допомоги.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Потреба в удосконаленні менеджменту надання послуг щодо охорони здоров'я на підходах загальної практики сімейної медицини спонукає до принципового вирішення конкретних завдань стосовно як фінансування цієї складової, так і зниження диспропорційності та асиметричності фінансових джерел, зміцнення її матеріально-технічної бази, формування самостійності й економічної незалежності лікаря, загальної практики сімейного лікаря, формування системи мотивації медичного персоналу, медичних закладів, спрямованих на інтенсивну та якісну його працю, раціонального використання фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів у кожній ланці первинної медико-санітарної допомоги.

Деякі принципові підходи щодо розуміння і вирішення цієї багатоаспектної проблематики висвітлено в наукових розробленнях зарубіжних та вітчизняних дослідників. Зокрема, в Україні питання фінансування організаційних структур первинної медико-санітарної допомоги та оплати праці відповідних медичних працівників розглянуто в дослідженнях Н.Г. Гойди, Л.А. Голик, Д.М. Джафарової, В.С. Загорського, В.М. Корнацького, З.М. Лободіни, Г.С. Лопушняк, В.Ф. Москаленко, В.Д. Парій, М.К. Хобзей, С.В. Шишкіни тощо [1-22].

Невирішені раніше частини загальної проблеми. Наголосимо, що у працях більшості вчених досліджено лише окремі аспекти фінансування сімейної медицини, з яких не слідує принципова можливість використання цих розробок для прийняття комплексних управлінських рішень та формування дійсно лідерської позиції щодо певного виду надання послуг у системі охорони здоров'я. Проведений аналіз також свідчить, що ще недостатньо фундаментальних досліджень присвячених фінансовому забезпеченню як складової менеджменту становлення і розвитку сімейної медицини в Україні. Зокрема, потребують подальшого визначення, систематизації й узагальнення як фінансово-економічні підходи до формування цих організаційних структур, так і механізм оплати праці медичних працівників цих закладів. Останнє й стало передумовою для проведення більш цілеспрямованого дослідження у межах порушеної проблематики.

Цілі дослідження. Виокремити блоки механізму фінансового забезпечення в менеджменті сімейної медицини, провести аналіз щодо цього виду та сформувати підхід до вдосконалення розвитку первинної медико-санітарної допомоги на територіальному рівні.

Виклад основного матеріалу. Виходячи із практики становлення сімейної медицини в Україні, доцільно наголосити, що вона посідає своє місце в системі охорони здоров'я та характеризується проявом та й дією відповідного механізму фінансування.

Загалом механізм фінансового забезпечення в менеджменті сімейної медицини ґрунтується на ряді взаємопов'язаних блоків (рис. 1). Так, ринковий механізм впливу на планування, формування і фінансове забезпечення структур сімейної медицини індукується під дією ринкових законів у сфері фінан-

сового ринку надання послуг з охорони здоров'я через сегмент первинної медико-санітарної допомоги, зокрема попитом та пропозицією, які впливають на ціну щодо цих послуг, а також визначає можливість доступу до кредитних ресурсів, стимулювальний й рівень страхового медичного забезпечення.



Рис. 1. Взаємозв'язок базових блоків механізму фінансового забезпечення в менеджменті сімейної медицини

Державне регулювання джерел та варіантів фінансового забезпечення діяльності закладів сімейної медицини – полягає в організуванні та проведенні цілеспрямованої фінансової політики щодо пошуку та підтримки різних джерел нарощування надходження грошових коштів до даних закладів, проведення політики зниження фіскального тиску на такі структури, здійснення лобістських заходів на зовнішньому ринку для залучення додаткових фінансових ресурсів, активізація інформування та рекламування щодо можливостей і досягнень первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) цього рівня. Внутрішній механізм функціонування окремих ланок фінансового забезпечення діяльності закладу підтримується обраною фінансовою стратегією і тактикою становлення та розвитку окремих напрямів сімейної медицини організаційної структури, зокрема й динаміки мотиваційного фактора для працівників цієї сфери.

Інструментарний пакет щодо управління фінансовим забезпеченням підрозділів закладу необхідний для аналізу, планування та контролю за потребами й станом фінансової діяльності закладу сімейної медицини та охоплює низку методів й інструментів, зокрема, фінансово-економічні розрахунки, економіко-статистичні показники, прогностичні нормативи, порівняльні критерії тощо. Усі наведені блоки взаємопов'язані та впливають на дієвість механізму фінансового забезпечення та на ефективність менеджменту сімейної медицини.

Потреба в розвитку сімейної медицини пов'язана насамперед із потребою в зниженні навантаження на бюджет та несприятливою демографічною ситуацією в Україні. Зокрема, аналіз підтверджує тезу, що загальна захворюваність населення за останні десятиріччя відчутно збільшилась. Так, коли між двома (1979 і 1989 рр.) черговими переписами населення поширеність захворювань зросла на 16,3 %, то за період між переписами 1989 і 2001 рр. – на 40,4 %. Дані медичної діяльності доводять, що в 1989-2010 рр. швидкими темпами збільшувалося як захворюваності, так і поширення хвороб системи кровообігу (у 2,9 раза), сечостатевої системи (в 1,9 раза), органів травлення (в

1,8 раза). Тривогу спричинюють втрати здоров'я дітей, рівень захворюваності яких збільшився від 1416 тис. випадків у 1989 р. до 1745,9 тис. у 2010 р., зокрема ендокринної системи від 31 до 96,6, органів травлення – з 82,4 по 133,9, сечостатевої системи – з 17,6 по 40,5, і вроджені аномалії – від 11 до 23,3 тис. випадків відповідно.

Також необхідно наголосити, що викликає занепокоєння істотне відставання України від розвинених європейських країн за показником очікуваної тривалості життя. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2010 р. це відставання становило 5,5 року від країн Центральної та Східної Європи й 10,9 – від країн ЄС. Надлишкова передчасна смертність (до 65 років) зумовлює втрату майже 11 років загальної тривалості життя, що на 3 роки більше, ніж у країнах Центральної та Східної Європи, і на 6 років – ніж у країнах ЄС. Різниця у тривалості життя чоловіків і жінок в Україні перевищує 11 років, тоді як в економічно розвинених країнах цей показник становить 5-6 років. Ризик смертності для чоловіка у віці 20-24 роки перевищує цей ризик для жінки в 3,3 раза, а ймовірність смертності в працездатному віці для чоловіка досягає 37 % (табл. 1).

Табл. 1. Стан та прогноз демографічної ситуації в Україні*

Показники	2003	2005	2007	2010	2015
Сумарний показник народжуваності	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4
Коефіцієнт смертності немовлят (%)	9,6	9,3	9,1	8,8	8,2
Середня очікувана тривалість життя при народженні, років:					
жінки	74,1	74,2	74,7	75,4	76,7
чоловіки	62,4	62,4	63,9	64,3	66,2
Ймовірність прожити повністю весь працездатний період (%):					
жінки	90,7	90,8	91,2	91,8	92,9
чоловіки	62,7	62,9	64,3	66,4	70
Загальна чисельність населення, тис. осіб	47633	47047	46351	45779	44458
Питома вага осіб у віці 60 років і старше в загальній чисельності населення (%)	21,2	20,7	20,3	20,6	21,7

*Сформовано на основі Концепції демографічного розвитку на 2005-2015 рр. (розпорядження Кабінету Міністрів України № 724-р від 8 жовтня 2004 р.).

Базовими чинниками незворотних демографічних втрат в Україні є високий рівень смертності дітей віком до одного року та чоловіків працездатного віку (через надмірну смертність від хвороб системи кровообігу та внаслідок дії зовнішніх факторів). Цей показник незворотності втрат є одним із найвищих у Європі.

Окрім цього, смертність від інфекційних і паразитарних хвороб та дії зовнішніх факторів, що піддається усуненню засобами сучасної медицини та соціально-гігієнічної профілактики, перевищує рівень країн Центральної та Східної Європи і ЄС у 2,3 та 3,6 раза відповідно. Ці причини викликають 11,3 % загальної кількості летальних випадків (у країнах Центральної та Східної Європи – 7,7, країнах ЄС – 7,1 %). Серед основних причин смертності від дії зовнішніх факторів найбільшої шкоди завдає травматизм, вчинення вбивств та самогубств.

Практика доводить, що кардинальними причинами втрати здоров'я, зростання смертності та зниження очікуваної тривалості життя є низький рівень і несприятливі умови життєдіяльності значної частини населення, низька ефективність наявної системи охорони здоров'я, поширеність шкідливих звичок та нехтування нормами здорового способу життя.

Демографічне старіння, яке є невід'ємною частиною демографічного розвитку, зафіксовано в Україні в середині ХХ ст. і за період між переписами 1959 та 2001 рр. частка осіб у віці 60 років та старше зросла від 10,5 до 21,4 %. У сучасних умовах особливостями цього процесу, зокрема є старіння майже виключно через зниження народжуваності, а не за рахунок підвищення тривалості життя у старших вікових групах, разюча нерівномірність старіння за типами населених пунктів (за даними перепису 2001 р., частка осіб у віці 60 років і старше в містах становила 19,1, а в сільській місцевості – 26,1 %) та за статтю (на 100 жінок віком 60 років і старше припадає 56 чоловіків, зокрема в містах – 59, а в селах – 54).

З фінансової позиції зростання частки осіб пенсійного віку призводить до збільшення обсягів споживання фінансових ресурсів на соціальне забезпечення у старості. За умов жорсткої обмеженості в Україні фінансових ресурсів поширюється бідність та поглиблюється соціальна нерівність за віком. Відчутна бідність населення похилого віку зумовлює посилення тиску осіб пенсійного віку на ринок праці та додаткові фінансово-матеріальні обов'язки працездатного населення.

Окрім зазначеного вище, підвищення частки осіб похилого віку формує специфічні потреби в товарах і послугах, житлі, медичному та соціальному обслуговуванні. Різниця у тривалості життя за статтю призводить до поширення жіночої самотності в похилому віці. Зміни у співвідношенні поколінь впливають на міжпоколінні відносини в сім'ї та суспільстві, зокрема, посилюють антагонізм між молоддю та особами похилого віку, платниками податків і пенсіонерами.

Водночас, демографічна політика держави повинна спрямовуватися на досягнення Цілей розвитку тисячоліття – глобальних напрямів, схвалених на міжнародних конференціях протягом 90-х років ХХ ст., а також на дотримання принципів і цілей, рекомендованих Програмою дій Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994) та адаптованих до умов України [9-12, 22].

Спрямованість на формування в Україні сприятливого демографічного розвитку, виходячи з Концепції демографічного розвитку на 2005-2015 рр., передбачає підвищення якості життя населення на основі інтегрування демографічних цілей зі стратегією досягнення сталого соціально-економічного розвитку, технологій прийняття управлінських рішень і раціонального розподілу ресурсів на всіх рівнях управління. Особливого значення набувають фінансові чинники щодо подолання бідності та захисту навколишнього середовища. У зазначеному концептуальному документі також наголошено, що позитивні тенденції в демографічній ситуації мають відбутись через:

- підвищення ролі ПМСД (зокрема на засадах сімейної медицини);

- покращення менеджменту охорони здоров'я за рахунок нарощування обсягів фінансування галузі (зокрема шляхом розвитку системи надання платних медичних послуг, запровадження медичного страхування);
- переорієнтацію системи охорони здоров'я на профілактику захворювань (насамперед хронічних, інфекційних, гінекологічних тощо).

Об'єктивно, що система сімейної медицини базується та розвивається, виходячи з реальних потреб населення. Водночас, фінансове забезпечення є рушійною силою як розвитку, так і вирішення проблем медичної галузі щодо сімейної медицини. Зазначимо, що в країнах із низьким рівнем доходів сімейна медицина особливо не впливає на основні показники стану здоров'я населення, оскільки можливості надання якісної медичної допомоги всьому населенню, навіть на рівні первинної медико-санітарної допомоги, досить незначні.

Проте вже в країнах із середнім рівнем доходів спостерігається як зацікавленість населення в отриманні якісних медичних послуг, яке обирає для себе найбільш прийнятні варіанти, так і можливість на державному рівні вирішувати найважливіші проблеми, пов'язані зі здоров'ям громадян. Ще вагоміші досягнення щодо сімейної медицини в групі європейських держав, де наявні високі доходи населення, а значить і більші його можливості у фінансовому забезпеченні отримання високотехнологічної допомоги (табл. 2).

Табл. 2. Європейські країни-лідери за окремими характерними показниками права й змісту надання медичних послуг у системі сімейної медицини

Показники	Країни
Забезпечення права пацієнта на отримання інформації	Нідерланди
Нетривалість періоду очікування отримання потрібного лікування	Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург
Зручність отримання медичної допомоги	Франція, Угорщина, Мальта, Швеція
Доступність лікарських засобів	Нідерланди, Швеція
Результати лікування	Швеція

Аналіз практики як європейських країн, так і США показує, що ідеальних моделей щодо фінансового забезпечення сімейної медицини не існує. Як правило, в одній системі використовується кілька підходів, що дає змогу компенсувати недоліки окремих моделей і поєднати їх переваги. За своїм фінансовим наповненням у менеджменті сімейної медицини розрізняють чотири принципових методи оплати наданих послуг:

- оплата окремих лікувально-діагностичних процедур або послуг (гонорарний метод);
- оплата лікування окремого епізоду захворювання (закінченого випадку захворювання);
- бюджетні трансферти (постатейний бюджет, глобальний бюджет);
- подушне фінансування з урахуванням статевікової структури (per capita).

Для фінансування первинної медико-санітарної допомоги використовують специфічні методи, за допомогою яких оплачуються послуги спеціалістів і стаціонарне лікування. Кожному методу щодо оплати наданих медичних послуг у системі менеджменту сімейної медицини притаманні свої переваги й недоліки (табл. 3).

Виходячи з наведених характеристик переваг та недоліків різних способів оплати, найоптимальнішим методом фінансування щодо розвитку сімейної медицини в Україні є подушне фінансування з урахуванням статевікової структури за моделлю часткового фондоотримання (рис. 2).

Табл. 3. Порівняльний аналіз методів фінансування наданих медичних послуг у системі менеджменту сімейної медицини

Переваги	Недоліки
Оплата за відвідування	
1. Зацікавленість медичних працівників у наданні медичних послуг максимальному числу пацієнтів. 2. Невеликі адміністративні витрати.	• практично відсутня економічна зацікавленість медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні наявних ресурсів на кожному рівні; • неможливість повного контролю за приписуваннями; • намагання медичних працівників спрямувати пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я та інших спеціалістів; • недостатньо інформації щодо поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надають; • обсяг фінансування непередбачуваний.
Оплата за окрему медичну послугу (гонорарний метод)	
1. Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові. 2. Дає змогу зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги.	• практично відсутня економічна зацікавленість медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні наявних ресурсів на кожному рівні; • пацієнтам надаються непотрібні послуги; • неможливість повного контролю за приписуваннями; • обсяг фінансування непередбачуваний; • відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами допомоги; • значні адміністративні витрати через необхідність опрацювання великого обсягу інформації.
Більша оплата окремих медичних послуг	
1. Зацікавленість медичних працівників у наданні максимального обсягу медичних послуг кожному пацієнтові. 2. Дає змогу зібрати детальну інформацію про структуру наданої медичної допомоги. 3. Витрати на надання медичної послуги передбачувані.	• практично відсутня економічна зацікавленість медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні наявних ресурсів на кожному рівні; • пацієнтам надають непотрібні послуги; • неможливість повного контролю за приписуваннями; • відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами допомоги; • значні адміністративні витрати через необхідність опрацювання великого обсягу інформації.
Оплата за завершений випадок лікування (пролікованого хворого)	
1. Певною мірою обмежуються загальні витрати. 2. Порівняно невеликий обсяг опрацьовуваних рахунків. 3. Медичні працівники зацікавлені у скороченні термінів лікування.	• практично відсутня економічна зацікавленість медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні наявних ресурсів на кожному рівні; • можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам; • обсяг фінансування непередбачуваний; • відсутній економічний взаємозв'язок з іншими етапами лікування; • можливі випадки завищення важкості захворювань.

Кошторисне фінансування (постатейний бюджет)	
1. Передбачувані витрати. 2. Мінімальні адміністративні витрати.	- практично відсутня економічна зацікавленість медичних працівників у покращенні здоров'я населення та ефективному використанні наявних ресурсів на кожному рівні; - неможливість повного контролю за приписуваннями; - намагання медичних працівників спрямувати пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я та інших спеціалістів; - недостатньо інформації щодо поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надають; - можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам.
Подушне фінансування з урахуванням статевовікової структури	
1. Медичні працівники зацікавлені в покращенні здоров'я прикріпленого населення. 2. Медичні працівники зацікавлені в ефективному використанні ресурсів. 3. Передбачувані витрати. 4. Мінімальні адміністративні витрати.	- можливі випадки зменшення обсягів наданих медичних послуг окремим пацієнтам; - недостатньо інформації щодо поглибленого вивчення структури медичної допомоги, що надається; - у медичних працівників може не бути стимулів для інтенсифікації праці та підвищення кваліфікації.



Рис. 2. Модель подушного фінансування первинної ланки медико-санітарної допомоги за схемою фондоотримання

Фундаментальною умовою в моделі подушного фінансування за схемою часткового фондоотримання є делегування і дотримання права амбулаторно-поліклінічному закладові розпоряджатися частиною фінансових ресурсів, передбачених для оплати стаціонарної допомоги. Реалізація цієї моделі потребує визначення конкретних тарифів на медичні послуги стаціонару, які економічно стимулювали б лікарів поліклінік не скеровувати хворих у лікарняні заклади, якщо їх можна лікувати в амбулаторних умовах, у денному чи домашньому стаціонарі. Водночас, зекономлені фінансові ресурси, заплановані для оплати стаціонарної допомоги, можливо буде спрямовувати для стимулювання поліклініки, зокрема й матеріального стимулювання медичного персоналу.

Однак за передачі секторів сімейної медицини широким фінансовим повноважень у межах повного фондоотримання є певний ризик фінансового

недостачання спеціалізованої допомоги через намагання закладів зазначеної ланки заощадити й залишити у своєму розпорядженні якомога більше коштів. Вирішення цієї проблеми фінансового забезпечення у системі як менеджменту сімейної медицини, так і загальної медицини потребує розроблення і запровадження дієвих механізмів контролю за плануванням та якістю надання медичних послуг населенню.

Висновки. Реалізація концепційних підходів щодо розвитку сімейної медицини в Україні потребує цілеспрямованого фінансового забезпечення. Зокрема, незважаючи на певні зрушення щодо становлення цієї ланки надання первинної медичної допомоги, її фінансова складова в менеджменті сімейної медицини залишається, на жаль, не пріоритетною. Особливо це відчутно в сільській місцевості, де фінансових ресурсів не вистачає навіть на стандартизоване медикаментозне забезпечення, останнє серйозно впливає на подальші демографічні зміни. Окрім цього, на придбання медичного обладнання та медичного інструментарію із сільських бюджетів, за незначною винятковістю, кошти не спрямовуються, капітальні ремонти закладів сімейної медицини також практично не проводяться.

Зниження уваги до фінансової складової менеджменту сімейної медицини в умовах додаткового накладання і глобальної фінансової кризи призводить до погіршення кадрового забезпечення, особливо на селі. Так, через низьку заробітну плату, специфічні умови роботи та проживання молоді спеціалісти не бажають працювати в сільських закладах сімейної медицини. На сьогоднішній день кожен четвертий лікар у сільській місцевості – пенсійного віку.

Ефективність територіальних програм щодо впровадження інноваційних технологій у діяльність первинної медико-санітарної допомоги та формування персоналізованого реєстру, закріпленого за сімейними лікарями, залишається низькою, оскільки не вистачає коштів на придбання персональних комп'ютерів. Додатково й наявний рівень забезпечення комп'ютерною технікою не дає змогу швидкими темпами впроваджувати розроблені Міністерством охорони здоров'я України автоматизовані інформаційно-довідкові програми, які на різних рівнях менеджменту давали змогу б інтенсифікувати збір та оброблення медичних даних для покращення як надання медичних послуг населенню, так і становлення якісної інфраструктури сімейної медицини.

Об'єктивно, що фінансове забезпечення цих медичних закладів як складової їхнього менеджменту потребує комплексного підходу, що оптимально вирішувати в рамках формування та реалізації програмних завдань Національної стратегії розвитку сімейної медицини в Україні на довготермінову перспективу.

Література

- Басва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я / О.В. Басва. – К. : Центр навч. літ-ри, 2008. – 640 с.
- Бутова В. Предпринимательская деятельность медицинских организаций : практ. рук. / В. Бутова, В. Ковальский, Т. Манашеров. – М. : Изд-во STBOOK, 2006. – 239 с.
- Василишин Р.К. Технології розрахунку собівартості і цін медичних процедур та нозологічної одиниці. Алгоритми визначення коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат у

зкладах охорони здоров'я – основа для створення медико-економічних стандартів / Р.Й. Василюшин // Український медичний часопис. – 2006. – № 6. – С. 28-34.

4. **Галайда В.** Методи визначення витрат надавачів медичних послуг в Україні / В. Галайда // Аптека. – 2004. – № 45. [Електронний ресурс]. – Доступний з <http://www.apteka.ua/archives/466/21313.html>.

5. **Гладун З.С.** Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З.С. Гладун. – Тернопіль : Вид-во "Економ. думка", 2005. – 460 с.

6. **Дорошенко Г.** Менеджмент в здравоохранении / Г. Дорошенко, Н. Литвинова, Н. Пронина. – М. : ФОРУМ : Изд-во ИНФРА-М, 2006. – 160 с.

7. **Загорський В.С.** Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія / В.С. Загорський, З.М. Лободіна, Г.С. Лопушняк. – Львів : Вид-во ЛРІДУ НАДУ, 2010. – 276 с.

8. **Карпишин Н.** Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні / Наталія Карпишин // Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в постстабілізаційний період : наук. конф. проф.-викл. складу, 18 квіт. 2007 р.: тези доп. / відп. ред. С.І. Юрій. – Тернопіль, 2007. – С. 75-78.

9. **Карпінський Б.А.** Збалансованість фінансової системи: методологія, оцінка, порівняння : монографія / Б.А. Карпінський. – Львів : Вид-во "Логос", 2005. – 496 с.

10. **Карпінський Б.А.** Макроекономіка: зростання і сталий розвиток : навч. посібн. / Б.А. Карпінський, С.М. Божко, О.Б. Карпінська. – К. : Вид. дім "Професіонал", 2006. – 282 с.

11. **Карпінський Б.А.** Продуктивність і сталий розвиток економіки : монографія / Б.А. Карпінський, С.М. Божко. – Львів : Вид-во "Логос", 2004. – 274 с.

12. **Карпінський Б.А.** Сталий розвиток економіки: узагальнена модель : монографія / Б.А. Карпінський, С.М. Божко. – Львів : Вид-во "Логос", 2005. – 256 с.

13. **Кризина М.П.** Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми управління та реалізації : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук з держ. упр.: сер. 25.00.02 "Механізми державного управління" / Кризина Наталія Павлівна; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К. : Вид-во "Шпора", 2008. – 31 с.

14. **Куценко В.** Менеджмент сфери послуг : монографія / В. Куценко, Г. Трілленберг. – К. : Вид-во "Шпора", 2007. – 459 с.

15. **Лехан В.М.** Нові механізми оплати медичних послуг та умови їх запровадження / В.М. Лехан // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – 176 с.

16. **Ліннакко Е.** Обчислення собівартості медичних послуг / Е. Ліннакко // Сімейний лікар. – 2005. – Вересень. – С. 3-4.

17. **Москаленко В.Ф.** Основні напрями реформ фінансування систем охорони здоров'я у Європі / В.Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 2 (34). – С. 53.

18. **Павлюк К.В.** Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу / К.В. Павлюк // Формування ринкових відносин в Україні. – 2006. – № 9 (64). – С. 143-148.

19. **Салтман Р.Б.** Реформи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.

20. **Слабкий Г.О.** Про готовність керівників закладів охорони здоров'я до впровадження ринкових відносин в організацію стаціонарної медичної допомоги / Г.О. Слабкий, В.Л. Подольця // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 2. – С. 61-63.

21. **Тулай О.** Економічне обґрунтування необхідності реорганізації бюджетних установ охорони здоров'я України в контексті Європейської інтеграції / Оксана Тулай // Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації: IV Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених, 22-23 лют. 2007 р.: зб. тез доп. – Ч. 2. / відп. за вип. Г.Л. Монастирський. – Тернопіль : Вид-во "Економ. думка", 2007. – С. 291-293.

22. **Karpinsky B.A.** Economic growth at sustainable development of economy: the monography / B.A. Karpinsky, S.M. Bozsko. – Lviv : Prostir-M, 2006. – 376 p.

Карпинский Б.А., Худоба М.И. Финансовое обеспечение как составляющая менеджмента семейной медицины в Украине

Выделены характерные признаки негативных демографических сдвигов в Украине, место семейной медицины в повышении долголетия населения. Проанализирована роль финансового обеспечения в становлении менеджмента семейной меди-

цины, сформированы преимущества и недостатки отдельных методов предоставления первичной медицинской помощи из позиции эффективности использования финансовых ресурсов медицинских заведений семейной медицины.

Karpinsky B.A., Khudoba M.I. Financial providing as constituent of management of domestic medicine in Ukraine

The characteristic signs of negative demographic changes are Selected in Ukraine, place of domestic medicine in the increase of longevity of population. The role of the financial providing is analysed in becoming of management of domestic medicine, advantages and lacks of separate methods of grant of primary medicare are formed from position of efficiency of the use of financial resources of medical establishments of domestic medicine.

УДК 330

*Доц. І.Н. Карпунь, канд. екон. наук –
Львівський ДІНТУ ім. В. Чорновола*

ОСНОВНІ ПЕРЕДУМОВИ УПРАВЛІННЯ ІНВЕСТИЦІЙНИМ ПРОЦЕСОМ

Важливою особливістю функціонування сучасної економіки є зважена інвестиційна політика держави. Корпоративна структура організації української промисловості відкриває широкі можливості для здійснення інвестицій. Створення умов для широкого залучення інвестицій як за рахунок ресурсів, що є в Україні, так і за рахунок залучених ресурсів нерезидентів, має спиратися на розроблення зважених інвестиційних стратегій та відповідати економічним інтересам виробництва, його організаційній структурі, технологічним можливостям та на зацікавленість регіону й держави в реалізації проєктів.

Ключові слова: інвестування, інвестиційна політика держави, інвестиційна стратегія.

Постановка проблеми. Інвестиційна діяльність є одним із найбільш вагомим об'єктом управління, яке виражає систему принципів і методів розроблення та реалізації управлінських рішень інвестиційної діяльності виробника. У цьому аспекті, управління інвестиційною діяльністю покликане формувати найбільш раціональні рішення з питань визначення і обґрунтування можливих об'єктів інвестування, оцінювання їх інвестиційних якостей, формування та реалізації ефективних інвестиційних програм відбору окремих інвестиційних проєктів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Огляд і аналіз літературних джерел показав, що цю проблему досліджували відомі вітчизняні та зарубіжні вчені: Л.І. Абалкін, О.І. Амоша, І.А. Бланк, А.Б. Гончаров, А.С. Гальчинський, О.Д. Данилов, О.Є. Кузьмін, І.І. Лукинов, А.В. Мертенс, Т.В. Майорова, М.Г. Браун, Г.І. Бірман, Е. Денісон, Д. Диксон, П. Друкер, Дж.М. Кейнс, І.В. Ліпсіс, Г. Марковіч, Й. Шумпетер, М. Міллер, Ф. Модільяні, М. Портер, Б. Санто, Р. Тостер, В. Шарп та ін.

Мета дослідження. Дослідити та визначити суть і зміст управління інвестиційним процесом, окреслити принципи та чинники ефективного управління інвестиційною діяльністю виробників.

Виклад основного матеріалу. Сучасні наукові дослідження виділяють такі основні рівні інвестиційного управління виробництвом:

- державне регулювання інвестиційної діяльності;