

потенціалом підприємства і зовнішнім середовищем відрізнятимуть його від традиційного техніко-економічного аналізу. Таким чином, запропонований підхід до прикладного економічного аналізу, як системи знань і функції управління, відповідає завданням, які стоять перед підприємством у сучасних умовах, хоча потребує подальшого вдосконалення методики його проведення.

### **Література**

1. *Ковальов В. В.* Финансовый анализ: методы и процедуры. — М.: Финансы и статистика, 2001. — 560 с.
2. *Баканов М. И., Шеремет А. Д.* Теория экономического анализа. Учебник. — М.: Финансы и статистика, 1997. — 416 с.
3. *Кіндрацька Г. І.* Основи стратегічного менеджменту. Навч. посібник. — Львів: Кінпатрі Лтд, 2000. — 264 с.

*О. Клименко*, аспірантка  
Київський національний економічний університет

### **АНАЛІЗ ОБСЯГІВ ТА СТРУКТУРИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПРИКЛАДІ ЧЕРНІГІВСЬКОГО РЕГІОНУ**

Основною задачею проведеної реформи охорони здоров'я є забезпечення конституційних гарантій громадян в області охорони здоров'я, формування багатуокладності галузі зі збереженням головних позицій за державною системою, забезпечення стійкого функціонування установ охорони здоров'я.

Чималою мірою рішенням даних задач буде сприяти структурна перебудова галузі. В умовах дефіциту фінансування галузі в розвиток найбільш дорогої стаціонарної медичної допомоги як і раніше вкладається до 80 % фінансових і матеріально-технічних ресурсів. При цьому від 30 до 50 % від числа госпіталізованих пацієнтів могли б обстежитися і лікуватися в амбулаторно-поліклінічних умовах без погіршення якості проведеного лікування. Тому однією з важливих задач подальшого розвитку галузі охорони здоров'я є реструктуризація мережі установ, перенос акцентів зі стаціонарної допомоги на амбулаторну.

Соціальна значимість цієї проблеми велика, оскільки первинна медико-санітарна допомога становить невід'ємну частину системи охорони здоров'я України і є першим рівнем контакту громадян з національною системою охорони здоров'я, максимально наближає медичну послугу до місця проживання і роботи людей.

У даний час система медичного обслуговування населення в Україні характеризується досить низькою ефективністю функціонування і наявністю структурних диспропорцій галузі. Так, в Україні на частку стаціонарної допомоги припадає близько 80 % від обсягу загальних витрат, виділених на охорону здоров'я, проти 35—50 % — у західних країнах. Це означає, що при загальному недофінансуванні охорони здоров'я поліклініки фінансуються по залишковому принципу. Рівень госпіталізації становить 19 випадків на 100 жителів проти 12—17 у західних країнах. Середня тривалість стаціонарного лікування 17 днів проти 8—13 днів у західних країнах. Показники забезпеченості лікарняними ліжками і лікарськими кадрами в стаціонарному секторі охорони здоров'я приблизно удвічі вищі, ніж у розвинутих країнах. Як показує світовий досвід, у багатьох розвинутих країнах, що впровадили сучасні медичні технології, центр ваги медичної допомоги припадає на амбулаторно-поліклінічну ланку. Цей процес не означає відмову від кваліфікованої спеціалізованої стаціонарної допомоги, а скоріше відображає якісно новий рівень розвитку галузі, при якому великий обсяг медичної допомоги здійснюється в амбулаторно-поліклінічних установах, що стаціонарно замінюють установи охорони здоров'я.

На початок 2000 року населення області обслуговувало 985 медичних закладів. З них 122 — лікарняні заклади на 11793 ліжка, 56 — поліклініки і амбулаторії, 26 — санітарно-епідеміологічні станції, 741 — фельдшерсько-акушерські пункти. Однак, різке зниження рівня бюджетних можливостей посилює тенденції до згортання мережі закладів охорони здоров'я. Тільки за останні 3 роки кількість лікарняних закладів скоротилась на 11 одиниць. Продовжується скорочення потужностей ліжкового фонду медичних закладів, який тільки за останній рік зменшився на 4,6 %. Медичні заклади були профінансовані в 1998 році на 85,6 % до річних бюджетних призначень, в 1999 році на 83,4 %, в 2000 році — 98,5 %.

Економічний ефект від реорганізації медичної допомоги буде досягнутий в основному за рахунок скорочення вартості одиниці фізичного обсягу медичних послуг, зниження їх ресурсоемкості. У рамках реформи охорони здоров'я доцільно провести наступні зміни структури медичної допомоги: збільшення частки напівстаціонару й амбулаторно-поліклінічної допомоги і відповідно зниження частки стаціонару і швидкої медичної допомоги (табл. 1).

## СТРУКТУРА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вид медичної допомоги	Середня вартість 1-го відвідування (1-го ліжка/дня), грн	Вірогідність звернень на одного жителя, %
Стационарна	21,86	0,134
Амбулаторна	3,6	0,650
Швидка допомога	17,94	0,110

В таблиці відображено, що найбільшу вартість має стаціонарна медична допомога, а найменшу — амбулаторна, при тому, що вірогідність звернень до амбулаторно-поліклінічних закладів — найбільша. Кількість відвідувань до лікаря на 1-го жителя в середньому за рік становить 8 разів. Високу вартість медичної допомоги, становить також швидка та невідкладна допомога — 17,94 грн.

Надання швидкої медичної допомоги здебільшого залежить від забезпечення та наявності санітарного автотранспорту в лікувально-профілактичних закладах. Не вистачає автотранспорту по області — 102 машин, це в основному по м. Чернігову, м. Ніжину, Борзнянському та Менському районах.

Перенесення акцентів надання медичної допомоги зі стаціонарного сектора в амбулаторно-поліклінічний закладає реформування й оптимізації первинної медико-санітарної допомоги.

Одним з важливих питань реформи первинної ланки медичної допомоги є підвищення ролі, прав і відповідальності лікарів першого контакту, що повинні бути поставлені в такі організаційні й економічні умови, при яких вони були б зацікавлені робити пацієнту можливо більший обсяг необхідної допомоги, не відсилаючи його без особливої необхідності до лікаря-консультанта. Зараз такої матеріальної зацікавленості немає ні в дільничних лікарів, ні в лікарів-фахівців, що працюють на рівні першого контакту. За оцінками Мінздраву України, направлення пацієнта на консультацію в районну і обласну лікарню складають 25—30 % від загальної кількості пацієнтів. Для порівняння: у Великобританії цей показник становить 8,6 %, у Нідерландах — 7,9 %, у США — 5,2 %, у Франції — 2,8 %.

Розвиток медичних технологій, що стимулюється науково-технічною революцією в охороні здоров'я, створює передумови для того, щоб перемістити на рівень первинної ланки усе більше число операцій і інших лікарських втручань, що були до недавнього часу прерогативою стаціонарів.

Таблиця 2

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА НАЯВНІСТЬ САНІТАРНОГО АВТОТРАНСПОРТУ  
В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ  
ОБЛАСТІ СТАНОМ НА 01.05.2000 року**

Назва міст	Норматив санітарного авто транспорту			Фактична наявність санітарного авто транспорту			Не вистачає до нормати в «-», перевищує нормати в «+»	Середній % зносу
	Всього	в т. ч.		Всього	в т. ч.			
		з ношами	без нош		з ношами	без нош		
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
м. Ніжин	40	21	19	29	19	10	-11	84
м. Прилуки	37	20	17	34	20	14	-3	94
м. Чернігів	164	86	78	114	56	58	-50	64
Всього по районах	416	211	205	390	206	184	-26	80
Обласні медичні заклади	150	60	90	138	38	100	-12	81
Всього по області	807	398	409	705	339	366	-102	80

Реальна оцінка ситуації свідчить, що держава неспроможна забезпечити потрібне фінансування соціальної сфери, тому необхідно шукати інші джерела.

Каналів фінансування повинно бути багато, вони мають бути різноманітними для того, щоб схема фінансування медичної допомоги в цілому могла реагувати на різні місцеві умови, враховувати можливості та особливості того чи іншого суспільного суб'єкта та ефективно працювати для вирішення головної задачі реорганізації забезпечення доступної, якісної, ефективної та ресурсозабезпеченої медичної допомоги в Україні.

Необхідно відокремити такі механізми: гарантовані платежі з територіального та місцевого бюджетів, державне соціальне медичне страхування працюючих, добровільне медичне страхування, ініціативні фонди та програми, накопичувальні програми, державні медичні позики, благодійні програми, безпосередні платежі населення.