

## Література

1. Бюджетний кодекс України. — Х.: ТОВ «Одіссей», 2007. — 104 с.
2. Вільна енциклопедія <http://uk.wikipedia.org>.
3. *Джога Р. Т.* Бухгалтерський облік у бюджетних установах: Навч. посібник. — К.: КНЕУ, 2001. — 250 с.
4. *Атамас П. Й.* Основи обліку в бюджетних організаціях: Навч. посібник. — К.: Центр навчальної літератури, 2003. — 284 с.
5. *Левицька С. О.* Облік та аналіз діяльності бюджетних установ. — Рівне: УДУВГП, 2004. — 233 с.
6. *Пасічник Ю. В.* Бюджетна система: Навч. посібник. — Черкаси: Відлуння, 1999. — 376 с.

Статтю подано в редакцію 13.02.09 р.

*А. Є. Буряченко*, канд. екон. наук, доцент,  
*Є. О. Малік*, канд. екон. наук, старш. викл.,  
кафедра фінансів ДВНЗ «КНЕУ імені Вадима Гетьмана»

### РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ВИДАТКІВ МІСЦЕВИХ БЮДЖЕТІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Розглянуто передумови ефективного використання та розподілу наявних бюджетних коштів для підвищення доступності та якості медичної допомоги. Запропоновано використання відповідних показників для визначення результативності здійснення видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** охорона здоров'я, бюджетування, вихідні (первинні) показники, розрахункові (похідні) показники, інтегральні показники, програмно-цільове планування, обов'язкове медичне страхування.

Система охорони здоров'я відіграє вкрай вагомий роль у забезпеченні гідного рівня життя громадян. У світі здоров'ю людини надають настільки важливого значення, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку — універсального визна-

чення рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни. Тому охорона здоров'я громадян — одна з найголовніших внутрішніх функцій держави.

Здоров'я окремої людини — запорука поступального розвитку суспільства. Всі фундаментальні трансформації, що впливають на суспільство загалом та на кожного його члена протягом перехідного періоду, також позначаються й на системі охорони здоров'я. Суспільство і держава повинні бути відповідальними перед сучасним та майбутніми поколіннями за пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, за поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги тощо. Перед Україною стоїть нелегке завдання з реформування управління системою охорони здоров'я, пристосування її до вимог ринкової економіки в умовах жорсткого фіскального обмеження. Водночас зниження основних показників здоров'я нації, зростання бідності та обмежений доступ до послуг охорони здоров'я ставлять під загрозу передумови для стійкого розвитку суспільства.

Для виведення галузі охорони здоров'я з кризового стану потрібні і нові підходи до її фінансування, які б уможливили ширше використання економічних методів управління, запровадження сучасних методів фінансування охорони здоров'я на макrorівні, ефективніших механізмів розподілу зібраних коштів та методів фінансування лікувально-профілактичних закладів і оплати праці медичних працівників за обсягом, якістю та кінцевими результатами роботи. Такі методи могли б найбільш послідовно стимулювати їхню діяльність, сприяти інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу, ефективному використанню ресурсів.

На сучасному етапі розвитку суспільства в галузі охорони здоров'я України гостро постала проблема не тільки браку коштів, а й неефективного використання та розподілу наявних обмежених ресурсів для підвищення доступності та якості медичної допомоги. Для розв'язання даної проблеми необхідно використовувати в практиці управління методи порівняльної оцінки можливих варіантів розподілу ресурсів. Для досягнення найліпшого результату оптимальний треба вибирати з урахуванням економічних, технологічних, соціальних, політичних та інших факторів. Ефективність здійснення видатків постійно перебуває в центрі уваги як практичних працівників, так і вчених-економістів, про що свідчать нормативні документи [1—3], наукові праці таких відомих фахівців, як О. Бабич [4], С. Кондратюк [5], І. Шевчук [6], Н. Ярош [7], В. Лех, В. Рудий [8], З. Гладун [9] та ін. Проте в цих

документах і працях недостатньо уваги приділяється питанням оцінки якості медичних послуг та результативності видатків бюджету на охорону здоров'я.

Останніми роками в бюджетному процесі відбуваються помітні зміни спрямовані на підвищення його ефективності. Нині відкритість бюджетного процесу здебільшого існує лише для його безпосередніх учасників. Відповідно, реформування самої процедури розробки і планування бюджету з метою досягнення зрозумілих та близьких до суспільних інтересів результатів є вкрай актуальним. Суть реформування бюджетного процесу має полягати в зміщенні акцентів з «управління витратами» на «управління результатами», перш за все через підвищення відповідальності і розширення самостійності учасників бюджетного процесу і розпорядників бюджетних коштів у межах середньострокового планування.

Виокремимо кілька основних принципів середньострокового бюджетування, зорієнтованого на результат:

- планування за видами видатків треба змінити на планування соціально-економічних результатів, що будуть одержані завдяки виконанню державою своїх функцій;
- розподіл бюджетних коштів залежить від досягнення показників соціально-економічної ефективності;
- бюджетні кошти необхідно розподіляти відповідно до стратегічних цілей, тактичних завдань та програм, що формуються на основі принципів державної фінансової та соціальної політики, яка оформлюється у вигляді відповідних законодавчих або нормативно-правових актів;
- у визначенні цілей, завдань і програм обов'язкову участь бере населення.

Підхід до реформування бюджетного процесу на основі вдосконалення програмно-цільових методів бюджетного планування передбачає формування і долучення до бюджетного процесу процедури оцінки результативності бюджетних видатків, поетапний перехід від кошторисного планування і фінансування видатків до бюджетного планування, зосередженого на досягненні кінцевих суспільно значущих результатів.

Метою даної статті є аналіз можливостей і результатів використання методів оцінки ефективності видатків щодо функціонування систем охорони здоров'я на місцевому рівні.

Для проведення такого аналізу пропонуємо використання методики оцінки ефективності видатків на охорону здоров'я на міс-

цевому рівні з метою створення бюджету, зорієнтованого на результат. Завдання даної методики — аналіз та порівняння сукупних витрат бюджету на фінансування системи охорони здоров'я з обсягом соціальних втрат суспільства від хвороб. До сукупних можуть бути віднесені не тільки витрати медичних закладів на профілактичну, лікувальну та реабілітаційну діяльність, але й витрати, пов'язані з іншими видами соціальної активності, що запобігають виникненню та розвитку захворюваностей серед населення (діяльність щодо соціального захисту населення, розвитку фізичної культури і спорту, діяльність державних і громадських організацій та громадських об'єднань тощо).

Аналіз доцільно проводити, використовуючи систему основних показників здоров'я населення, що поділяються на вихідні (первинні), розрахункові (похідні) та інтегральні, що характеризують соціально-економічні аспекти здоров'я.

Первинні показники відображають смертність (частота, часові та просторові розподіли), захворюваність із довгостроковою та короткостроковою втратою працездатності, оцінку функціонального стану і резерви адаптування.

Розрахункові показники показують майбутню тривалість життя в різному віці, тривалість життя без інвалідності, розподіл населення за критеріями фізичного, психічного та соціального благополуччя.

В інтегральних показниках зазначаються роки потенційного життя, втрачені через ранню смертність від конкретної причини, роки активного життя, втрачені через хворобу та інвалідність тощо.

Існує кілька методів оцінки кількості втрачених років життя від передчасної смертності. Найпростіший з них — розрахунок втрат років потенційного життя, що розраховується за формулою:

$$\sum_{y=0}^{y=Tr} C_{my}(Tr - y), \quad (1)$$

де  $C_{my}$  — кількість смертних випадків у віці  $y$ ;

$Tr$  — базове значення тривалості життя, для якого всі смерті вважаються передчасними.

В Україні середня тривалість життя населення близько 65 років, але цей показник для чоловіків і жінок різний, тому в розрахунку за статевою належністю показник  $Tr$  може бути для жінок  $Tr_{ж}$  і для чоловіків  $Tr_{ч}$ .

Вважаємо за доцільне перелічити основні етапи аналізу ефективності:

- збір інформації про витрати з державних джерел на профілактику, лікування і реабілітацію населення за видами захворювань і окремими захворюваннями за відповідний період часу (зазвичай за один рік);

- збір первинної інформації про осіб, що вмерли за цей проміжок часу на відповідній території, з розбивкою за статевую відмінністю, віком і причинами настання смерті;

- розрахунок сукупних допоміжних показників, що характеризують рівень сукупних витрат і відносних витрат (на одне відвідування в поліклініці, на один ліжко-день або на одного виписаного пацієнта в стаціонарі, одного мешканця за місцевими територіями, видами хвороб і окремими захворюваннями);

- розрахунок допоміжних показників, що характеризують рівень соціальних втрат суспільства (соціальної ефективності діяльності охорони здоров'я) унаслідок передчасної смертності населення за видами хвороб і окремими захворюваннями;

- проведення власного аналізу ефективності, що полягає в зіставленні видатків на одиницю втрат за місцевими бюджетами, видами хвороб й окремими захворюваннями;

- інтерпретація одержаних результатів і розробка рекомендацій щодо вдосконалення профілактичної, лікувальної й реабілітаційної діяльності охорони здоров'я за окремими місцевими бюджетами.

Чинне українське законодавство передбачає фінансування охорони здоров'я за кошти державного та місцевих бюджетів. Крім цього, більшість бюджетних закладів охорони здоров'я мають право формувати власні кошти від надання платних послуг та здійснення іншої некомерційної діяльності, дозволеної законодавством, включати їх до спеціального фонду кошторису та використовувати на потреби за цільовим призначенням. Проте кошти від платних послуг і добровільного медичного страхування становлять не велику частину доходів більшості державних та місцевих закладів охорони здоров'я і в даній методиці не враховуються.

Для розвитку бюджетування, орієнтованого на результат, перш за все необхідно забезпечити відповідність цільових статей бюджетної класифікації хоча б за видами видатків, поза як це потрібно для аналізу структурної ефективності галузі й обліку обсягів фінансування за видами (об'ємами) медичної допомоги. Для програмно-цільового планування на рівні регіонів у майбутньому

слід використовувати деталізацію бюджетної класифікації (табл. 1), що дасть змогу організувати бухгалтерський облік у середині медичних закладів за видами допомоги.

*Таблиця 1*

**РОЗПОДІЛ ВИТРАТ МІСЬКОГО БЮДЖЕТУ  
ЗА КОДАМИ ВІДОМЧОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ**

| Код відомчої класифікації | Назва підрозділу бюджетної класифікації                                                                                                                                     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>1</i>                  | <i>2</i>                                                                                                                                                                    |
| 030                       | Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу                                                                                            |
| 010117                    | Органи виконавчої влади                                                                                                                                                     |
| 070601                    | Вищі заклади освіти I та II рівнів акредитації                                                                                                                              |
| 070701                    | Заклади післядипломної освіти III IV рівнів акредитації (академії, інститути, центри підвищення класифікації, перепідготовки, вдосконалення)                                |
| 080101                    | Лікарні                                                                                                                                                                     |
| 080201                    | Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади (центри, диспансери, госпіталі для інвалідів BBB, лепрозорії, медико-санітарні частини тощо, що мають ліжкову мережу) |
|                           | у т. ч. «Центр серця»                                                                                                                                                       |
| 080203                    | Пологові будинки                                                                                                                                                            |
| 080204                    | Санаторії для хворих на туберкульоз                                                                                                                                         |
| 080205                    | Санаторії для дітей та підлітків (нетуберкульозні)                                                                                                                          |
| 080207                    | Будинки дитини                                                                                                                                                              |
| 080208                    | Станції переливання крові                                                                                                                                                   |
| 080209                    | Станції швидкої та невідкладної медичної допомоги                                                                                                                           |
| 080300                    | Поліклініки і амбулаторії (крім спеціалізованих поліклінік та загальних і спеціалізованих стоматологічних поліклінік)                                                       |
| 080400                    | Спеціалізовані поліклініки (у т. ч. диспансери, медико-санітарні частини, пересувні консультативні діагностичні центри тощо, які не мають ліжкового фонду)                  |
| 080704                    | Центри здоров'я і заходи у сфері санітарної освіти                                                                                                                          |
| 081001                    | Медико-соціальні експертні комісії                                                                                                                                          |

| 1      | 2                                                                                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 081002 | Інші заходи з охорони здоров'я                                                                                                         |
| 090412 | Інші видатки на соціальний захист населення                                                                                            |
| 150119 | Проведення невідкладних відновлювальних робіт, будівництво та реконструкція спеціалізованих лікарень та інших спеціалізованих закладів |

Однак бухгалтерська звітність, на жаль, не враховує видів допомоги (стаціонар, поліклініка, швидка, денний стаціонар), у разі, коли всі види надаються однією юридичною особою (медичний заклад широкого профілю).

У разі коли немає організації бухгалтерського обліку за видами допомоги, важко згрупувати видатки бюджету за окремими видами хвороб і за діагнозами для проведення аналізу ефективності. Однак якщо застосувати деякі спрощення, то зробити це можна.

Алгоритм розрахунку первинних даних за видатками на поліклінічне і стаціонарне обслуговування, на діяльність швидкої невідкладної допомоги і на реалізацію цільових програм охорони здоров'я наводимо далі.

- Поліклініка за бухгалтерською звітністю лікувально-профілактичного закладу (далі — ЛПЗ):

$$Пп = Сп \times Тп, \quad (2)$$

де  $Пп$  — сумарні витрати на поліклінічне обслуговування за бюджетними профілями (прийом психіатра, нарколога, фтизіатра тощо) — розраховуються за тарифами ЛПЗ без урахування витрат на харчування (заробітна плата з нарахуваннями, медикаменти і м'який інвентар);

$Сп$  — сумарна кількість відвідувань у поліклініці відповідно до спеціалістів, що фінансуються з бюджету (за встановленими діагнозами);

$Тп$  — тариф бюджетних витрат, грн/відвідування в поліклініці (за профілем спеціалістів, що надають медичну допомогу, що фінансується з бюджету).

- Стаціонар за бухгалтерською звітністю ЛПЗ:

$$Пс = Сс \times Тс, \quad (3)$$

де  $\Pi_c$  — сумарні витрати на стаціонарне обслуговування за ліжками бюджетного профілю розраховуються за тарифами ЛПЗ з урахуванням витрат на харчування;

$C_c$  — сумарна кількість ліжко-днів, що були проведені пацієнтом у стаціонарі на ліжках бюджетних профілів (за встановленими діагнозами);

$T_c$  — тариф бюджетних витрат, грн/ліжко-день у стаціонарі (профіль відділень і ліжок, що фінансуються з бюджету, туберкульозні диспансери, наркологічні диспансери, психіатричні лікарні тощо).

У разі, коли витрати в регіоні в поліклініці можна одержати лише за профілем спеціаліста без урахування діагнозу, доцільно застосувати змінні коефіцієнти, що визначаються емпіричним способом для типових поліклінічних закладів різних рівнів.

Здобути на першому етапі збору інформації, дані за поліклініками і стаціонарами, що фінансуються з бюджетів, за захворюваннями є не повними, оскільки тариф містить витрати на заробітну плату з нарахуваннями, медикаменти, м'який інвентар і харчування. Видатки бюджетів на обладнання, капітальний і поточний ремонти, інші видатки необхідно розподілити на всі враховані на першому етапі збору інформації обсяги медичної допомоги за бюджетними профілями. Інформацію щодо видатків бюджету, разом з видатками на місцеві цільові програми, можна одержати з річних бухгалтерських звітів медичних закладів.

Для розподілу видатків за видами допомоги окремо за стаціонаром і поліклінікою виводяться коефіцієнти накладних витрат  $K_c$  та  $K_p$ :

$$K_c = \frac{V_c - \Pi_c}{C_c}, \quad (4)$$

де  $K_c$  — коефіцієнт накладних витрат за стаціонаром на 1 грн видатків на стаціонар;

$V_c$  — видатки бюджету на стаціонар;

$$K_p = \frac{V_p - \Pi_p}{C_p}, \quad (5)$$

де  $K_p$  — коефіцієнт накладних витрат за поліклінікою на 1 грн видатків за поліклініками разом;

$V_p$  — видатки бюджету на поліклініку.

Відповідно, після обчислення коефіцієнтів накладних витрат видатки за окремими захворюваннями перераховуються для кожного району і типу видатків. Звідси можна визначити алгоритм перерахунку коефіцієнтів накладних витрат:

$$\text{для стаціонару: } Пс + Кс \times Сс, \quad (6)$$

$$\text{для поліклініки: } Пп + Кп \times Сп. \quad (7)$$

Видатки на швидку невідкладну допомогу можна розрахувати за допомогою коефіцієнта  $К_{ш}$ :

$$К_{ш} = \frac{Б}{Пс + Пп}, \quad (8)$$

де  $Б$  — видатки бюджету на швидку невідкладну допомогу;

$Пс + Пп$  — значення вводяться після уточнень на попередніх етапах.

Отже, алгоритм розрахунку коефіцієнтів видатків на швидку допомогу матиме такий вигляд:

$$\text{для стаціонару: } Пс \times (1 + К_{ш}), \quad (9)$$

$$\text{для поліклініки: } Пп \times (1 + К_{ш}). \quad (10)$$

Видатки на швидку невідкладну допомогу розподіляються рівномірно — на 1 грн видатків установ на поліклінічну і стаціонарну допомогу, але видатки на швидку можна врахувати за викликами за допомогою перевірених коефіцієнтів, що ґрунтуються на статистичних даних, які збираються на станціях і відділеннях швидкої допомоги. Така інформація буде найдостовірнішою.

Розглянемо далі особливості видатків місцевих бюджетів на цільові програми з охорони здоров'я населення: «Цукровий діабет та нецукровий діабет», місцеву програму «Здоров'я дітей і молоді», «Дитяча онкологія», державну програму «Репродуктивне здоров'я нації», «Здоров'я жінок» тощо. Крім цього, на погодженні в територіальних органах з охорони здоров'я перебуває розроблений проект концепції Державної програми «Здорова дитина на 2008—2017 роки» і «Цукровий діабет та не цукровий діабет». Також розроблено та затверджено Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року.

За аналогією з попередніми етапами збору та нагромадження інформації для кожної цільової програми розраховується окремий коефіцієнт накладних витрат, віднесених на 1 грн видатків за тими видами і класам хвороб, для яких була створена цільова програма. За спрощеним варіантом видатки на цільові програми можуть розподілятися рівномірно за всіма видами хвороб, тільки з урахуванням різниці між місцевими бюджетами.

На прикінцевому етапі збору фінансової інформації необхідно уточнити суму бюджетних видатків за видами місцевих бюджетів, а також видатки консолідованого бюджету. Для розрахунку так званих неврахованих видатків бюджету розраховуються коефіцієнти  $B_1$  та  $B_2$ :

$$B_1 = \frac{J_{1i} - \Pi_{\text{п}} - \Pi_{\text{с}}}{\Pi_{\text{п}} + \Pi_{\text{с}}}, \quad (11)$$

де  $B_1$  — коефіцієнт накладних витрат бюджету, що віднесений на 1 грн зальних витрат місцевих бюджетів за поліклініками і стаціонарами;

$J_{1i}$  — видатки  $i$ -го місцевого бюджету за показниками річного бухгалтерського звіту.

$$B_2 = \frac{J_2 - \sum J_{1i}}{J_{1i}}, \quad (12)$$

де  $B_2$  — коефіцієнт накладних витрат бюджету, що віднесений на 1 грн зальних витрат консолідованого бюджету за поліклініками і стаціонарами;

$J_2$  — видатки консолідованого бюджету за звітний рік.

Після розрахунку коефіцієнтів  $B_1$  та  $B_2$  фактичні витрати за окремими хворобами ( $\Pi_{\text{п}}$ ,  $\Pi_{\text{с}}$ ) уточнюються за допомогою алгоритму розрахунку уточнювальних коефіцієнтів (витрати за окремими захворюваннями):

$$\text{за поліклініками: } \Pi_{\text{п}} \times (1 + B_1) \times (1 + B_2), \quad (13)$$

$$\text{за стаціонарами: } \Pi_{\text{с}} \times (1 + B_1) \times (1 + B_2). \quad (14)$$

Збір інформації здійснюється за фінансовий рік, а також паралельно збирається статистична інформація щодо смертності в розрізі місцевих бюджетів.

Для кардинального подолання кризових явищ у сфері охорони здоров'я вкрай потрібні перебудова економічних відносин, роздержавлення і приватизація власності, а також запровадження страхової медицини.

Система обов'язкового медичного страхування (далі — ОМС) дасть галузі низку додаткових переваг:

- розширить фінансові можливості завдяки активному залученню позабюджетних ресурсів, насамперед госпрозрахункових підприємств;
- відбудеться децентралізація управління лікувально-профілактичної діяльності після передачі регіональній та місцевій владі основних прав використання фондів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- підвищиться ефективність застосування господарської самостійності об'єктів соціально-медичного комплексу, буде створено передумови для переходу до ринку медичних послуг при збереженні їх максимальної безплатності для соціально незахищених верств населення тощо.

Поетапне впровадження страхової медицини має стати поштовхом до подолання кризи у медичній галузі і забезпечити формування адаптованої до ринкової економіки принципово нової правової, соціально-економічної, фінансової та організаційної системи взаємовідносин між надавачами та отримувачами медичних послуг, яка побудована на взаємній відповідальності сторін, системі підтримки (у т. ч. фінансової) та контролю з боку органів державної влади та місцевого самоврядування.

Відповідно, після впровадження ОМС методика оцінки ефективності видатків на охорону здоров'я на місцевому рівні з метою створення бюджету, зорієнтованого на результат, потрібно доповнити показниками сумарних витрат фонду ОМС на поліклінічне і стаціонарне обслуговування та іншими показниками, що їх треба врахувати для оптимального результату.

Наведемо приклад, формул для розрахунку коефіцієнтів накладних витрат  $K_c$  та  $K_p$ :

$$K_c = \frac{B_c - П_c}{C_c + C_{oc}}, \quad (15)$$

де  $C_{oc}$  — сумарна кількість ліжко-днів, проведених пацієнтом у стаціонарі на ліжку, що будуть фінансуватися фондом ОМС (за встановленими діагнозами).

$$K_{\Pi} = \frac{B_{\Pi} - \Pi_{\Pi}}{C_{\Pi} + C_{\text{оп}}}, \quad (16)$$

де  $C_{\text{оп}}$  — сумарна кількість відвідувань у поліклініці відповідно до спеціалістів, що будуть фінансуватися фондом ОМС (за встановленими діагнозами).

Оскільки в державі немає єдиної звітності, що дозволила б збирати повну фінансову аналітичну інформацію для віднесення фактичних витрат за конкретними діагнозами і видами захворювань, допустимі спрощення та припущення, які в кінцевому результаті не змінюють суттєво загальної інформації й показників.

Витрати стаціонарів на медикаменти враховуються згідно із затвердженими тарифами. Останні зазвичай диференціюються відповідно за рівнями медичної допомоги, що надається населенню (клінічний, міський, районний тощо), а також за профілями, але вони не відображають фактичних витрат щодо встановлених діагнозів.

Витрати на обладнання мають розподілятися залежно від встановлених діагнозів і видів захворювань рівномірно (крім обладнання, що надається за цільовими програмами). Проте одні захворювання потребують більших обсягів інструментального забезпечення, інші менших, а тому такі витрати найважче диференціювати. Їх можна врахувати лише за умови розробки технології надання медичної послуги, тобто необхідно включити до розрахунку медико-економічного стандарту витрати на знос і ремонт обладнання, а також на придбання матеріалів для проведення медичних аналізів і діагностики.

Зазначимо, що зібрана за даною методикою фінансова інформація являє собою базу даних, яку слід структурувати в розрізі місцевих бюджетів, видів захворювань, групових та окремих діагнозів.

Автори цілком згодні з висновками Світового банку, який опублікував новий звіт про державні фінанси України під назвою «Вдосконалення міжбюджетних відносин і стратегія видатків у сферах охорони здоров'я та освіти», в якому зазначається, що Україні не потрібно тільки збільшувати обсяги видатків у сферу охорони здоров'я, а й підвищувати ефективність цих видатків, що дасть змогу поліпшити показники і якість державних послуг [10].

Ресурси, необхідні для інвестицій, які поліпшать якість послуг, можна відшукати, підвищивши самостійність місцевих органів влади щодо видатків і тим самим посиливши їхні стимули

до переорієнтування державних послуг на задоволення відповідного попиту населення.

Слід наголосити, що основною причиною неефективності бюджетних видатків є брак гнучкості в процесі формування бюджетів для сфер охорони здоров'я. Таке становище спричиняють стандартні норми матеріально-технічних ресурсів, які не дозволяють місцевим органам влади перерозподіляти ресурси відповідно до змін у попиті. Цю неефективність посилюють регулювання та стимули, пов'язані з механізмами формування бюджетів, фінансування та адміністративного управління місцевих органів влади та надання послуг з охорони здоров'я.

Отже, актуальність розроблення методів оцінки ефективності бюджетних видатків (особливо на місцевому рівні) обумовлена потребою відповідності результатів діяльності медичних закладів реальним умовам їх фінансування.

### ***Література***

1. Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки» від 10.01.02 р. № 14. <http://www.moz.gov.ua/>

2. Послання Президента України до Верховної Ради України «Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002—2011 роки». <http://www.mfa.gov.ua/ua/publication/content/2994.htm>

3. Постанова Кабінету Міністрів України від 04.04.07 р. № 601 «Про затвердження Порядку використання у 2007 році коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я». <http://www.moz.gov.ua/>

4. *Бабич О. Б.* Аналіз підвищення доступності медичного обслуговування в Україні / О. Б. Бабич // Держава та регіон. Серія: Державне управління. — 2008. — № 3. — С. 5—9.

5. *Кондратюк С. Я.* Фінансування медичних закладів держави з фонду обов'язкового державного соціального медичного страхування / С. Я. Кондратюк // Стратегія економічного розвитку України: Наук. зб. — К., 2001. — Вип. 7. — С. 318—326.

6. *Шевчук І. Б.* Класифікація факторів формування регіонального ринку медичних послуг / І. Б. Шевчук // Формування ринкових відносин в Україні.: Зб. наук. праць. — 2008. — № 7—8. — С. 127—131.

7. *Ярош Н. В.* Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України: Монографія / Н. В. Ярош. — К.: НАДУ, 2006. — 196 с.

8. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В. М. Леха, В. М. Рудого. — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — 168 с.

9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Монографія / З. С. Гладун. — Тернопіль: Екон. думка, 2005 — 460 с.

10. Вдосконалення міжбюджетних відносин і стратегія видатків у сферах охорони здоров'я та освіти / звіт Світового банку. <http://intresources.worldbank.org/INTUKRAINE>

Статтю подано в редакцію 19.02.2009 р.

УДК 336.71: 338.46

О. Є. Сєдих, аспірант,  
ДВНЗ «КНЕУ імені Вадима Гетьмана»

## **ЦІНОУТВОРЕННЯ НА БАНКІВСЬКІ ПРОДУКТИ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ**

У статті розглянуто специфіку ціноутворення на банківські продукти в умовах глобалізації, досліджено чинники впливу на встановлення ціни на продукти банку та методи ціноутворення.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** банківський продукт, ціна, управління, метод ціноутворення, конкуренція

Цінова політика банківської установи є запорукою результативної діяльності банку, адже її ефективна реалізація дозволяє банківській установі досягнути запланованого рівня прибутку. Вона є частиною загальної стратегії банку та визначає цінові пріоритети, методи обґрунтування тарифів і процентних ставок та механізми забезпечення їх гнучкості.

Стаття 47 Закону України «Про банки і банківську діяльність» надає комерційним банкам право самостійно визначати процентні ставки та комісійну винагороду за своїми операціями. У чинному законодавстві є чимало застережень щодо особливостей реалізації процентної політики банками, зокрема зазначено, що: «Банк не може надавати кредити вартості під процент, ставка якого є нижчою від процентної ставки за кредитами, які бере сам