

своєрідна «мережа» спеціалізованих органів кризового управління. Для загальної координації дій місцева влада створює тимчасовий колективний орган (умовна назва – Кризовий комітет). Отже, на описуваному етапі антикризове управління реалізується вже «у реальному масштабі часу» у матричній структурі мережевого характеру. Зазначимо, що в періоди кризи критично важливим є оперативне підтримання системи «на плаву», збереження її платоспроможності, можливості відповідати за зобов'язаннями різноманітних стейкхолдерів, задовольняти найбільш нагальні потреби членів територіальних громад. Але слід пам'ятати, що, за оцінками експертів, така оперативна діяльність становить лише 30 % потенційного успіху, а 70 % припадає на аналітичне осмислення ситуації і створення стратегічної концепції виходу з кризи для набуття високої конкурентоздатності. Останнє завдання є прерогативою кризових структур створеної мережі й реалізується під егідою Кризового комітету з його координацією.

На кризовому етапі проекти є важливим і дійовим засобом вирішення пріоритетних «кризових» проблем. Проектні технології дозволяють сконцентрувати ресурси й відповідальність під час прискореного досягнення цілей виходу з кризи, а в поєднанні з контракtingом і аутсорсингом забезпечують економію ресурсів. Управління портфелем «кризових» проектів здійснюється на двох рівнях: у конкретній організації (групі організацій) та на рівні Кризового комітету, де доцільними є централізація фінансових ресурсів та їх розподіл за пріоритетністю.

На етапі виведення з кризи управління полягає в цілеспрямованому втіленні розробленої стратегії виходу з кризи, мінімізації втрат, використання нових можливостей зовнішнього середовища, які завжди виникають на післякризовому просторі в різних проявах. Проекти на даному етапі виконують роль «локомотивів» швидкої реалізації зовнішніх можливостей. Дуже важливим є формування таких проектів, які могли б стати частинами цільових загальнодержавних програм виходу з кризи, інноваційних програм модернізації виробництва, актуальних соціальних програм тощо. Для цього періоду дуже важливою є «робота над помилками» з метою недопущення їх у майбутньому.

У даній роботі наведено розуміння антикризового публічного управління у складі передкризового (попереджувального) етапу, кризового та етапу виведення з кризи (стабілізаційного). Показано, що коректним є розгляд територіального утворення як відкритої системи і внаслідок цього – залучення до антикризового управління ним управлінських підходів бізнес-менеджменту. Проте, з огляду на масштабність і багатоаспектність кризових явищ, які можуть розгортатися на територіях, доведено, що перед антикризовим публічним управлінням криза ставить більш складні і багатогранні проблеми порівняно з підприємством. З огляду на це для кожного з етапів окреслено першочергові цілі та можливі шляхи їх досягнення, запропоновано підхід до побудови динамічної структури антикризового публічного управління, у якому особливо виділено роль і місце проектних технологій.

Список використаних джерел

1. **Бродовский М. М.** Экономический механизм антикризисного управления муниципальными образованиями : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Бродовский Максим Михайлович. – М., 2004. – 185 с.
2. **Модернізація** суспільного сектору економіки в умовах глобальних змін : монографія / за ред. А. Ф. Мельник. – Т. : ТНЕУ; Екон. думка, 2009. – 528 с.
3. **Про місцеве самоврядування в Україні** : Закон України від 21 трав. 1997 р. № 280/97-ВР. – Режим доступу : www.search.ligazakon.ua.
4. **Шаров Ю. П.** Антикризові технології в муніципальному управлінні: проектний аспект / Ю. П. Шаров // Публічне управління: теорія та практика. – Х. : ХарПІ НАДУ, 2010. – Вип. 2. – С. 190 – 193.
5. **Шаров Ю. П.** Стратегічне планування в муніципальному менеджменті: концептуальні аспекти : монографія / Ю. П. Шаров. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – 302 с.
6. **Шрьодер П.** Нове публічне адміністрування або як досягнути ефективного врядування / Петер Шрьодер. – К. : Фонд ліберальної політики, 2008. – 57 с.

Надійшла до редколегії 08.01.13

УДК 352.614.1:312.6(477)

Вадим ЧЕРНЕЦЬКИЙ

Донецький державний університет управління

ЕКОНОМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Розглядаються економічні механізми державного управління системою охорони здоров'я.

Ключові слова: механізми державного управління, система охорони здоров'я, фінансування, соціальне медичне страхування.

Вадим Чернецкий. Экономические механизмы государственного управления системой охраны здоровья

Рассматриваются экономические механизмы государственного управления системой здравоохранения.

Ключевые слова: механизмы государственного управления, система охраны здоровья, финансирование, социальное медицинское страхование.

Vadim Chernetskiy. Economic mechanisms of public administration by health care

The economic mechanisms of public administration by health care are considered.

Key words: mechanisms of public administration, health care system, financing, social health insurance.

Серед проблем організації охорони здоров'я в Україні саме фінансова в умовах кризи вийшла на перше місце. Проблема полягає не лише в недостатності коштів, які в державному і місцевому бюджетах виділяють для забезпечення діяльності галузі. Хоча значна частина керівників системи охорони здоров'я ще й дотепер вважає, що вирішити більшість питань можна

© Чернецький В. Ю., 2013

було б достатнім фінансуванням. Однак це далеко не так. У радянські часи фінансування системи охорони здоров'я, незважаючи на зростання цих показників в абсолютних цифрах із п'ятирічки в п'ятирічку, здійснювали за відомим залишковим принципом: на охорону здоров'я виділяли тільки те, що залишалось від фінансування пріоритетних, стратегічно важливих програм і галузей – оборони, освоєння космосу та промислового виробництва. Проте в жодній із цих галузей не були враховані інтереси конкретної людини – гонку озброєнь здійснювали заради не людей, а підтвердження переваг соціалістичного ладу, консервації ідеологічних догм, підтвердження вірності ідеології та правильності вибору. Навіть у промисловому виробництві інтереси людини майже не враховували – часто виробництво існувало заради виробництва. Тому на охорону здоров'я виділяли лише кошти, які залишались у державному бюджеті після фінансування стратегічних галузей. Якщо до цього додати неефективний економічний механізм забезпечення охорони здоров'я населення в колишньому СРСР і відомий ідеологічний міф про безплатну медицину та охорону здоров'я, то зрозуміло, що майже всі сучасні проблеми системи охорони здоров'я виникли не в часи незалежності України. Їх підвалини закладені ще в роки соціалістичного будівництва.

Питання фінансування системи охорони здоров'я розглядали у своїх працях такі вчені: Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос, О. Кунгурцев, О. Мартинюк, Н. Солоненко, В. Лобас, М. Шутов, Я. Радиш, О. Петряєва та ін.

Мета дослідження – обґрунтувати соціальне медичне страхування, яке дозволить зменшити негативні наслідки бюджетного дефіциту, зберегти охорону здоров'я як галузь і створити передумови для формування принципово нового, цивілізованого інституту.

Сформована в радянській час система охорони здоров'я України заснована на економічно й соціально неефективній моделі, у відриві від визнаних у світі моделей і принципів, тому ніяк не може пристосовуватися до зміни соціально-економічних умов і ефективно працювати в них. Перші спроби змінити систему фінансування охорони здоров'я були зроблені в колишньому СРСР у період перебудови. Уже тоді було запропоновано додати до бюджетного фінансування додаткові кошти з фонду медичного страхування.

У цьому напрямі розроблялися численні пропозиції щодо запровадження нової бюджетно-страхової системи фінансування. Був підготовлений проект Основ законодавства СРСР і союзних республік про фінансування охорони здоров'я, який так і не був прийнятий. Як свідчить світова практика, соціальна значущість та фінансова вартість здоров'я людей постійно зростають, і це змушує передові країни світу скеровувати дедалі більшу частку валового внутрішнього продукту (ВВП) на охорону й зміцнення здоров'я своїх громадян. Нині майже в усіх країнах світу зростають витрати на охорону здоров'я і вартість утримання її служб, які споживають безперервно зростаючу частку ВВП. Дослідження, які провела ВООЗ, показали, що в багатьох країнах видатки на охорону здоров'я з кожним десятиріччям зростають у середньому

на 1 % і більше. В останні роки існування СРСР та Української РСР відсоток відрахувань на фінансування діяльності державної системи охорони здоров'я становив 3,8 – 4,1 % відповідної статті держбюджету. Видатки на фінансування діяльності системи охорони здоров'я України в 1997 р. становили близько 3 % ВВП. А в ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я Верховна Рада України встановила, що «державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше ніж десять відсотків національного доходу» [1].

Зростання витрат на охорону здоров'я майже в усіх країнах світу пов'язане, насамперед, зі збільшенням потреб у медичному обслуговуванні та підвищенні вимог до неї. Був час, коли політики й організатори охорони здоров'я вважали, що поліпшення організації та діяльності служб і систем охорони здоров'я настільки зміцнить здоров'я людей, що потреби в медичному обслуговуванні зменшаться. Однак життя спростувало цю думку: фінансові та матеріальні затрати на охорону здоров'я в усіх країнах – як в економічно розвинутих, так і в тих, що лише стали на шлях самостійного розвитку, щороку збільшуються.

За останні десятиліття стрімко зросла вартість надання медичної допомоги за рахунок застосування новітніх досягнень науки і техніки, складної діагностичної та лікувальної апаратури, нових дорогих медичних препаратів та лікарських засобів. Застосування антибіотиків і протиракових хіміотерапевтичних засобів, сканерів і лінійних прискорювачів, комп'ютерних томографів, операцій на відкритому серці, операцій з пересадки окремих органів, досягнення молекулярної і клітинної біології та генної інженерії дають медикам потужну сучасну зброю для лікування людей, полегшення їх страждань і продовження життя. А це, у свою чергу, вимагає збільшення коштів на охорону здоров'я. Особливо це стало помітним у другій половині ХХ ст., коли в результаті прискореного наукового пізнання природи людини та біохімічних механізмів її життєдіяльності, медицина і фармація зробили величезний стрибок уперед і перетворились на могутню силу, що спирається на величезний науково-практичний потенціал національних і міжнародних систем охорони здоров'я, медичних закладів, клінік, інститутів, медичних і фармацевтичних фірм, об'єднань та корпорацій, у яких працює величезна армія медиків і фармацевтів, науковців і практиків.

Окрім загальної престижності, медична та фармацевтична діяльності надзвичайно економічно рентабельні й прибуткові. Уряди передових країн світу, приватні фірми і корпорації вкладають у розвиток цих галузей, нових медичних і хіміко-фармацевтичних технологій велетенські кошти, отримуючи багатомільярдні прибутки. Хорошим прикладом може бути виникнення в післявоєнні роки розрухи німецького та японського «економічного див», що пов'язано з глибоко продуманою та ефективною соціальною політикою, зокрема в галузі охорони здоров'я. Ці фактори

зумовлюють підвищення ролі й значення здоров'я в сучасному світі, обумовлюють необхідність розробки національних і міжнародних програм профілактики окремих найпоширеніших захворювань, охорони та зміцнення здоров'я людей. Якщо проаналізувати за роками в радянський період розвитку розмір коштів, які виділяли на забезпечення функціонування й розвиток системи охорони здоров'я, то він коливався в межах 3,8 – 4,1 % ВВП, тобто ніколи не досягав показника, який ВООЗ вважає межею, нижче за яку система охорони здоров'я є нежиттєздатною (6,5 % ВВП).

Сьогодні всі передові країни світу щодо фінансування системи охорони здоров'я мають такий показник: від 6,5 % ВВП у Великій Британії до 15 % ВВП у США. Задеклароване у ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я виділення коштів у розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше ніж 10 % ВВП, відображає швидше бажане, ніж реальне. Ніколи за часів незалежного розвитку України цей показник не досягав навіть половини вказаного в Основах законодавства рівня, залишаючись на рівні, встановленому ще в радянські часи. Загальна економічна криза у 2008 – 2009 рр. болюче позначилася на стані галузі.

На сьогодні діяльність системи охорони здоров'я фінансується лише на 25 – 40 % від потреби, ледве забезпечуючи (до того ж несвоєчасно) виплату заробітної плати персоналу медичних закладів. Діяльність галузі відбувається в нелегких умовах хронічного недофінансування реальних потреб. За витратами на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя Україна займає 111-те місце серед 191 країни та 8-ме – серед країн колишнього Радянського Союзу. За цим показником її випереджають країни Балтії, Білорусь, Росія, Молдова і навіть Вірменія з її набагато біднішими ресурсами. Займаючи у світі 111-те місце за витратами на охорону здоров'я, Україна за інтегральним критерієм ВООЗ – «досягнення цілей охорони здоров'я» – усе-таки перебуває на 60-му місці у світі. Це свідчить, що нині матеріальні та кадрові ресурси галузі використовуються із максимально можливою ефективністю [2].

Ступінь пріоритетності охорони здоров'я в країні відображає такий показник, як частка ВВП, що витрачається на ці потреби. В Україні після тривалого спаду цей показник у 2000 – 2001 рр. стабілізувався, але на рівні 2,7 %, що значно нижче від рекомендованих ВООЗ параметрів (7 – 8 %). В умовах гострої нестачі бюджетних коштів зростає частка амбулаторної та стаціонарної допомоги, яку надають за гроші. Неврегульована оплата спричинила різке зменшення рівня доступності медичної допомоги. Всеукраїнське опитування, у якому взяли участь 25,3 тис. осіб, проведене Державним комітетом статистики України з жовтня 1999 р. до жовтня 2000 р., свідчить, що третина (35,3 %) домогосподарств не мала змоги отримати необхідну для когось із членів сім'ї медичну допомогу. Переважна більшість опитаних (88 – 96 %) основною причиною цього назвали дуже високу вартість ліків, предметів медичного догляду та послуг охорони здоров'я.

Переважно через фінансові проблеми хворі третини домогосподарств

вимушені були відмовитися від відвідування лікаря, 20 % – не змогли отримати необхідне лікування в стаціонарних умовах. Зменшення доступності лікування призводить до зростання частки випадків важких та занедбаних захворювань, які потребують спеціалізованої медичної допомоги і дорогого стаціонарного лікування (так, за даними статистики, 50 – 70 % хворих госпіталізують ургентно). Через неспроможність задовольнити зростаючі потреби в ресурсах охорони здоров'я дедалі погіршується стан здоров'я населення України. У найскладнішому становищі опинилися найуразливіші категорії: діти, люди похилого віку, хронічні хворі. Тому нині найактуальнішою проблемою охорони здоров'я в Україні є збільшення асигнувань на потреби галузі.

Для цього необхідно не лише збільшити державні асигнування, а й забезпечити інші джерела надходжень коштів. Йдеться передусім про запровадження в Україні соціального медичного страхування, а також легалізацію і впорядкування співучасті населення у фінансуванні медичних послуг. Як впливає із розроблених урядових і міністерських програм реформування охорони здоров'я, додатковим джерелом фінансування медичних закладів пропонують кошти, що будуть, на думку авторів цієї ідеї, зібрані як відповідні платежі від роботодавців і громадян на основі механізму страхової медицини. Питання впровадження в Україні системи страхової медицини останнім часом приділяють досить велику увагу.

Якщо уважно ознайомитися з матеріалами наукової періодики, проаналізувати сучасні концепції реформування охорони здоров'я, послухати виступи політичних лідерів, парламентарів, керівників охорони здоров'я чи науковців, то можна зробити висновок, що впровадження системи страхової медицини є чи не панацеєю для системи охорони здоров'я, і лише вона може її врятувати від повного розпаду. Незрозумілим у такому випадку залишається те, чому досі не прийнятий закон про медичне страхування, 5 основних проектів якого було розроблено ще в 1993 – 1995 рр. Проте, на нашу думку, впровадження системи медичного страхування не дасть додаткових коштів для фінансування потреб охорони здоров'я так, як це пропонують її автори і захисники. Вони, на жаль, не беруть до уваги те, що ця система може працювати лише в умовах нормального розвитку суспільства, а не його кризи, в умовах, коли забезпечено нормальний розвиток економіки, працює виробництво, виплачують заробітну плату і роботодавці можуть здійснювати певні обов'язкові платежі як страхові кошти для забезпечення діяльності системи охорони здоров'я. В умовах системної кризи, коли підприємства не мають коштів для сплати податків та обов'язкових платежів, за високого рівня безробіття вкрай складно забезпечити надходження коштів для наповнення страхових фондів фінансування охорони здоров'я.

Запровадження цієї системи в законодавчому, а отже, у примусовому порядку призведе лише до посилення податкового тиску на виробника й може зумовити зменшення виробництва, оскільки деяка частина підприємств і роботодавців не витримає цього тиску і припинить своє існування. Інша

частина перейде працювати «в тінь», приховуючи чисельність працівників, різними способами ухиляючись від сплати податків і платежів. Досвід Росії, яка прийняла закон про обов'язкове медичне страхування ще в 1993 р., і Польщі, яка запровадила систему медичного страхування в 1999 р., це підтверджує. Унаслідок такого рішення розмір коштів, який нині підприємства, які працюють, ще сплачують до державних і місцевих бюджетів, може не тільки не збільшитися, а й стати меншим. Досвід Росії також показує, що негативним явищем для розвитку системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є поєднання двох джерел фінансування медичних закладів – з державного і місцевих бюджетів та за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування.

Це перешкоджає, по-перше, плануванню витрат на охорону здоров'я, що в підсумку призводить до неефективності системи загалом, по-друге, запровадженню обов'язкового медичного страхування через недосконалість законодавчої бази під час вирішення такої складної проблеми, як визначення джерел оплати медичної допомоги непрацюючому населенню. Отже, реалізація законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування буде неефективною, якщо не буде визначене джерело для страхового принципу фінансування медичної допомоги непрацюючому населенню та економічно обґрунтований механізм його реалізації.

Таким чином, медико-соціальні гарантії держави повинні бути не тільки законодавчо закріплені, а й фінансово забезпечені. З огляду на вищезазначене можна зробити висновок, що прийняття закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в умовах переходу до ринку та нинішньої економічної кризи буде не тільки своєчасним, а й єдино правильним політичним та економічним рішенням, що дасть змогу зменшити негативні наслідки бюджетного дефіциту, зберегти охорону здоров'я як галузь і створити передумови для формування принципово нового, цивілізованого інституту, у якому органічно поєднуюватимуться принципи страхування, нові підходи до фінансування медичної допомоги та соціально-економічних відносин в охороні здоров'я, захист прав застрахованих громадян у процесі охорони здоров'я. Надзвичайно актуальною залишається проблема корупції в закладах охорони здоров'я.

1. **Москаленко В. Ф.** Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України : доповідь на підсумковій колегії Міністерства охорони здоров'я України 12 лют. 2001 р. / В. Ф. Москаленко // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 6.

2. **Педченко Т.** Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Вісн. Укр. акад. держ. упр. – № 2. – 2003. – С. 293 – 396.

Надійшла до редколегії 16.10.12

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА

УДК 35.088.6

Євгеній БОРОДІН, Тетяна ТАРАСЕНКО
*Національна академія державного управління
при Президентові України*

Дніпропетровський регіональний інститут державного управління

ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ

Розглядаються питання законодавчого забезпечення реформування системи професійного навчання державних службовців в Україні, наводяться основні напрями змін нормативно-правового забезпечення цього процесу.

Ключові слова: державні службовці, система професійного навчання, підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації державних службовців.

Евгений Бородин, Татьяна Тарасенко. Законодательное обеспечение реформирования системы профессионального обучения государственных служащих в Украине

Рассматриваются вопросы законодательного обеспечения реформирования системы профессионального обучения государственных служащих в Украине, приводятся основные направления изменения нормативно-правового обеспечения этого процесса.

Ключевые слова: государственные служащие, система профессионального обучения, подготовка, переподготовка и повышение квалификации государственных служащих.

Yevhenii Borodin, Tetiana Tarasenko. Legislative support of civil servants professional training reforming in Ukraine

The problem of public servants professional training system reforming in Ukraine is considered; main directions of the changes of the normative and legal support of this process are offered.

Key words: public servants, professional training system, training, in-service training of public servants.

© Бородин Є. І., Тарасенко Т. М., 2013