

Ступінь розвитку ринку (попит) низький високій	Стратегія неврахованої цінової премії (Частка ринку 15–20%) Мета: максимізація цінності товару для споживачів	Стратегія високої цінової премії (Частка ринку більше 20%) Мета: лідерство за показником якості за рахунок екологічних властивостей продукції
	Стратегія дешевих товарів (Частка ринку <5%) Мета: завоювання ринку	Стратегія цінового заохочування (Частка ринку 5–10%) Мета: соціальна відповідальність
	низький Ступінь екологічної безпеки товару	високій

Рис. 1. Матриця стратегій цінового диференціювання за екологічними властивостями товару (власна розробка)

Список джерел інформації

1. Чукурна О.П. Роль екологічного фактору в концепції маркетингового ціноутворення // Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. 2017. № 5 (11). С. 63–68. URL: <http://e-visnyk.zdia.zp.ua/archives>

А.В. Шевченко, магістр з адмін. менеджменту (СНАУ, Суми)

М.О. Лишенко, д-р екон. наук, проф. (СНАУ, Суми)

ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКАРНЯНОГО ЗАКЛАДУ

Реалізація функцій закладів охорони здоров'я залежить не тільки від оптимізації формування фінансових ресурсів, але й від раціонального розподілу та ефективного використання коштів, передбачених для фінансового забезпечення даної галузі. Бюджетні кошти, призначені для фінансування медичних закладів, перед тим як надійти у їх розпорядження, розподіляються головними розпорядниками бюджетних коштів – МОЗ України (асигнування з державного бюджету) та органами управління охороною здоров'я на

обласному, районному й місцевому рівнях (асигнування з місцевого бюджету). Від того, настільки ефективним буде розподіл фінансових ресурсів медичного сектору, залежать фінансовий потенціал закладів охорони здоров'я та можливість надання ними доступних і якісних медичних послуг населенню.

Суттєвою проблемою моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я є диспропорція між потребами населення у медичній допомозі та розподілом фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я, які надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

Пріоритетною досі залишається стаціонарна допомога, яка потребує найбільше витрат, однак через нестачу коштів не має змоги використовувати дорогі й ефективні методи дослідження (ангіографію, імплантацію кардіостимуляторів, ендоскопічні втручання тощо). Значну частину цих втручань можна здійснювати амбулаторно, а заощаджені на утримання таких стаціонарів кошти можна витратити для забезпечення високоякісної потреба в первинній допомозі – найбільша, у спеціалізованій – менша, а у високоспеціалізованій – ще менша. Проте, як показано на рис. 1, піраміда розподілу фінансових ресурсів виявляється перевернутою.

В Україні 80% усіх фінансових ресурсів спрямовують на спеціалізовану стаціонарну допомогу, 15% – на спеціалізовану амбулаторну допомогу і лише 5% – на первинну медико-профілактичну допомогу. Водночас у 90% випадків медична допомога може бути надана на первинному рівні.

Для порівняння: у країнах-членах ЄС загальна частка витрат на дорожчу стаціонарну допомогу в загальній структурі витрат на охорону здоров'я набагато менша, наприклад, у 2002 р. в Іспанії становила (показник – найнижчий серед країн-членів ЄС) 27,6%, у Латвії (показник – найвищий серед країн-членів ЄС) – 56%. В інших країнах зазначеної групи він коливається в межах 30–40%.

На основі викладеного можна зробити висновок, що в процесі розподілу фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я доцільно переносити пріоритети у фінансуванні саме на заклади охорони здоров'я, які забезпечують надання первинної медико-санітарної й амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню.

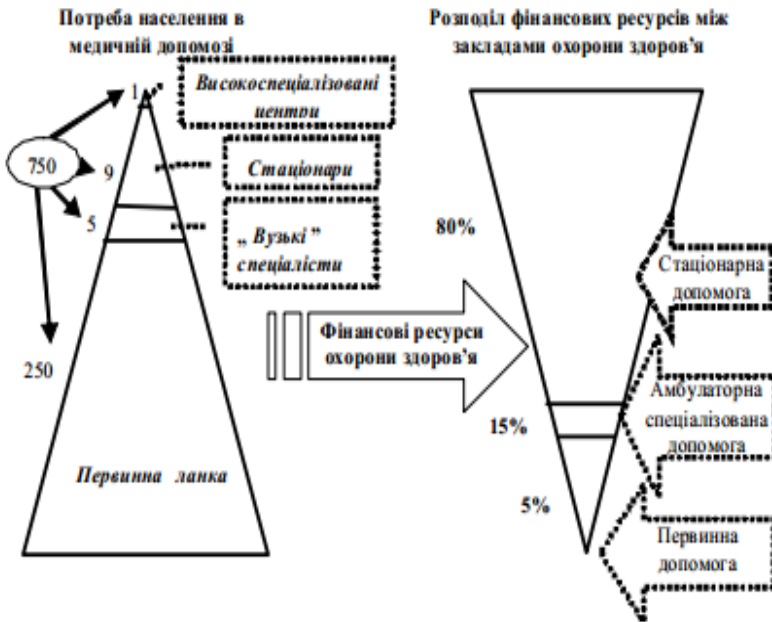


Рис. 1. Взаємозв'язок структури споживання медичних послуг і розподілу фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я

Список джерел інформації

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