

Зоряна ЛОБОДИНА

**ОЦІНКА МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ
РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Охарактеризовано та проаналізовано вітчизняну практику управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. Виявлено основні проблеми формування та використання фінансових ресурсів медичних установ, обґрунтовано доцільність та можливі шляхи їх вирішення.

Здоров'я населення є пріоритетним у системі людських цінностей, значною мірою впливає на соціально-економічний розвиток країни. Зважаючи на це, охорона здоров'я є ключовим елементом національної безпеки та однією із важливих соціальних функцій держави, яка реалізується через державну соціальну політику. Проте, незважаючи на усі декларації щодо необхідності покращення здоров'я населення та прийнятих для розв'язання зазначеної проблеми численних нормативно-правових актів, ситуація щодо надання медичної допомоги українцям суттєво не покращилась. Підтвердженням цього служать результати моніторингу показників здоров'я населення, згідно з якими захворюваність українців у 2010 р. зросла. Зросла у 2010 р. і загальна захворюваність населення Тернопільської області на 0,8% порівняно із 2009 р. і становила 182407,7 випадки на 100 тис. населення [11, 20]. Це дає підстави констатувати тенденцію до зростання потреб українців у медичній допомозі та підвищення попиту на медичні послуги.

Визначальним чинником конкурентоспроможності медичних послуг та основою фінансової стабільності закладів, що їх надають, є адекватний потребам обсяг

фінансових ресурсів. Тому дослідження діючої практики управління фінансами закладів охорони здоров'я є важливим кроком до розв'язання проблеми забезпечення гарантованого державою обсягу медичного обслуговування населення і підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я.

В Україні дослідженню теоретичних і практичних аспектів фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я присвячені праці В. Андрущенка, О. Василика, В. Войцехівського, В. Галайди, Д. Карамішева, Н. Карпишин, О. Кириленко, С. Кондратюка, Н. Лакізи-Савчук, В. Лехан, В. Опаріна, Я. Радиша, І. Радь, В. Рудого, В. Тропіної, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін. Проте, незважаючи на наукову і практичну цінність опублікованих результатів досліджень, науковий потенціал вітчизняної фінансової думки не приділяє достатньої уваги проблематиці управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я.

З огляду на вищезазначене, метою статті є здійснення аналізу вітчизняної практики формування і використання фінансових

ресурсів закладів охорони здоров'я; оцінка методів управління фінансами медичних установ; виявлення основних проблем та обґрунтування можливих шляхів їх вирішення.

Функціонування закладів охорони здоров'я у рамках цілей і завдань, визначених державною політикою, забезпечується через певну сукупність фінансових методів управління, на вибір яких впливають форма їх власності та господарсько-правовий статус. Оскільки найбільш чисельними є бюджетні заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, детальніше розглянемо особливості управління саме їхніми фінансовими ресурсами.

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я відповідно до законодавства є бюджетними установами, основною метою діяльності яких є надання високоякісних медичних послуг населенню. Згідно з Бюджетним кодексом України від 08.07.2010 р. № 2456-VI бюджетні установи – це органи державної влади, органи місцевого самоврядування, а також організації, створені ними у встановленому порядку, що повністю утримуються за рахунок, відповідно, державного чи місцевого бюджетів [2, 4].

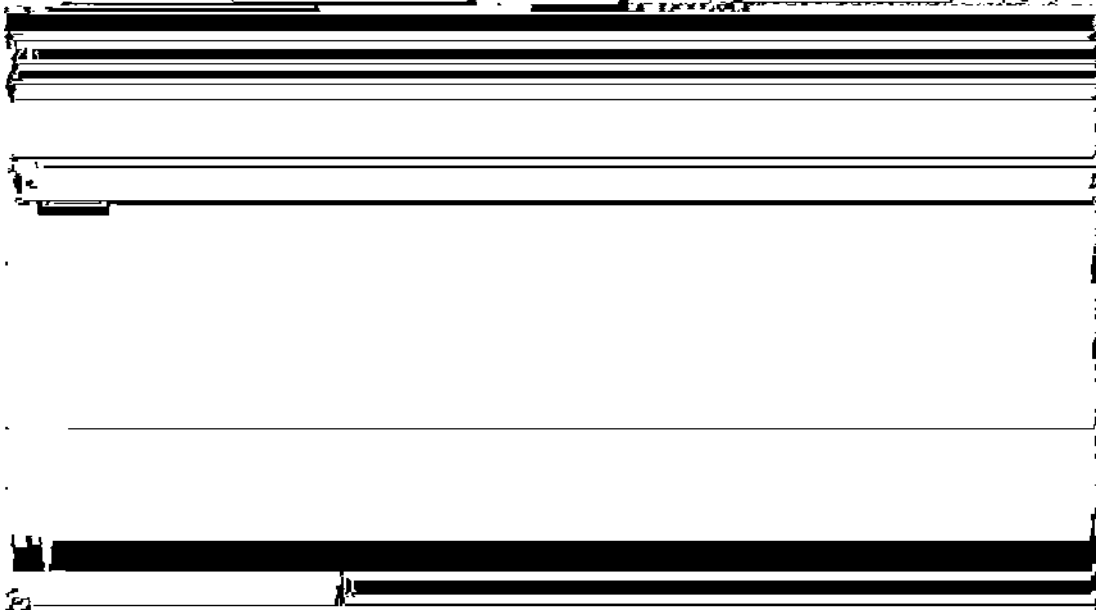
Одним із методів управління фінансами закладів охорони здоров'я є фінансове пла-

сунків про результати контрольних заходів, проведених органами, уповноваженими на здійснення контролю за дотриманням бюджетного законодавства, у терміни, встановлені Міністерством фінансів України.

Зважаючи на те, що охорона здоров'я населення – це повноваження держави, делеговане органам місцевого самоврядування для виконання, видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я є видатками, які враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів між державним та місцевими бюджетами.

Планування видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я здійснюється із використанням формульного підходу, суть якого полягає у розрахунку обсягу видатків на основі фінансових нормативів бюджетної забезпеченості та коригувальних коефіцієнтів до них (зазначені коефіцієнти визначаються з розрахунку на душу населення).

Порядок розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету Автономної Республіки Крим, обласного бюджету, бюджету міста республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, міст Києва та Севастополя, бюджету району визначений постановою Кабінету Міністрів України "Деякі питання розподі-



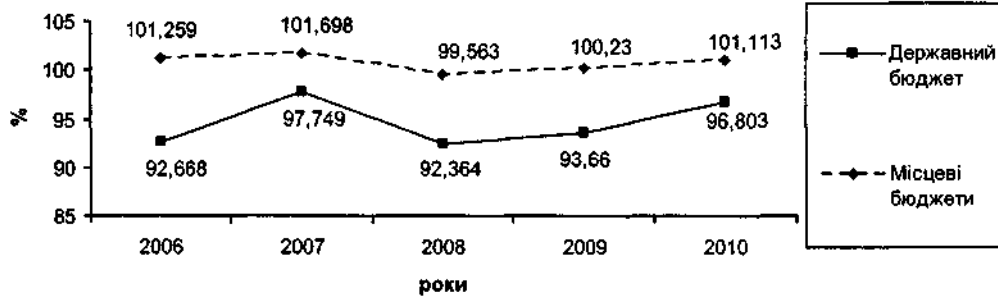


Рис. 1. Динаміка виконання плану фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів України у 2006–2010 рр., %*

* Розраховано та побудовано автором на основі [15].

ного бюджету, то упродовж 2006–2010 рр. спостерігалось щорічне невиконання плану фінансування зазначеної галузі на 7,3%, 2,3%, 7,6%, 6,34% та 3,2% відповідно.

Перевиконання плану бюджетного фінансування охорони здоров'я, безумовно, є позитивним явищем, однак, зважаючи на те, що у 2009 р. видатки бюджетів на охорону здоров'я лише на 65,3% забезпечили мінімальну потребу галузі у фінансових ресурсах для надання якісної медичної допомоги (на 2009 р. потреба визначена у розмірі 56 млрд. грн. [8]), є підстави припустити, що в процесі фінансового планування реальну потребу галузі охорони здоров'я у фінансових ресурсах не було повністю враховано.

У зведеному бюджеті станом на 1 березня 2011 р. запланований обсяг видатків на охорону здоров'я становив 44383,2 млн. грн. У Державному бюджеті України на 2011 р. видатки на охорону здоров'я передбачені в обсязі 9151,7 млн. грн. (у тому числі видатки загального фонду бюджету – 7997,5 млн. грн. або 87,4%). За рахунок коштів місцевих бюджетів у 2011 р. передбачено профінансувати видатки на охорону здоров'я в обсязі 35231,5 млн. грн. (у т. ч. видатки загального фонду бюджетів – 33241,7 млн. грн. або 94,4%) [16].

Не применшуючи позитиви від запровадження формульного підходу до розрахунку видатків місцевих бюджетів, метою якого було формування прозорого механізму планування видатків місцевих бюджетів та забезпечення однакового обсягу бюджетного фінансування суспільно необхідних потреб у розрахунку на душу населення у різних адміністративних територіях, не можемо не зупинитись на проблемах, через які важко організувати надання якісних медичних послуг. Найважливішою із них у сфері бюджетного планування видатків на охорону здоров'я, на наш погляд, є нерівномірність розподілу видатків місцевих бюджетів на фінансування закладів зазначеної галузі між регіонами. Така ситуація є результатом "ручного" управління бюджетними коштами та недосконалості методики формульного розрахунку видатків місцевих бюджетів, зокрема на охорону здоров'я (до недоліків можна також віднести і непрозорість, щорічні зміни порядку розрахунку окремих показників формули тощо).

Погоджуємось із думкою Н. Карпшин, яка зазначає, що:

– у формулі розрахунку обсягів видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я не передбачено коригувальних коефіцієнтів щодо диференціації рівня витрат місце-

вих бюджетів залежно від екологічної ситуації в регіоні;

– додаткові видатки на охорону здоров'я плануються лише для територій, що мають статус гірських населених пунктів, а для курортних зон, де в літній період значно зростає кількість населення за рахунок відпочивальників, а отже, зростає потреба у медичних послугах та збільшуються витрати на їх надання, цей аспект не враховано [9, 268–269].

Розгляд практики кошторисного планування у закладах охорони здоров'я дає змогу стверджувати, що воно здебільшого необ'єктивне і не має належного наукового підґрунтя, оскільки не розроблено нової системи норм та нормативів, яка реально враховувала б та відображала потребу в ліжковому фонді, а отже, і фінансових ресурсах закладів охорони здоров'я. Прикладом може служити ситуація з реструктуризацією ліжкового фонду для дітей. Так, в умовах зростаючої захворюваності дітей зменшується кількість лікарняних ліжок для них, дитячих санаторно-курортних закладів. Такі заходи здійснюються для підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, що спрямовуються на утримання закладів охорони здоров'я дітей, проте належно не обґрунтовані щодо доцільності такого скорочення, не підкріплені розвитком ланки первинної медико-санітарної допомоги дітям і суттєво не поліпшують фінансовий стан медичних закладів. Ми розцінюємо це як негативну тенденцію, оскільки згадані заходи призводять до необ'єктивного формування штату медичного персоналу (визначається на підставі кількості ліжок), погіршення якості медичних послуг, відсутності доступності та можливості забезпечення зростаючої потреби дітей у медичній допомозі. Як справедливо зазначає Т. Грузева, спроби реформування галузі охорони здоров'я шляхом скорочення ліжкового

фонду і штатів медичних працівників окремих закладів охорони здоров'я первинного рівня здійснені без будь-яких організаційних змін і призвели лише до порушення напрацьованих схем їх роботи. При цьому економічний ефект, очікуваний від здійснених заходів, зведений нанівець збільшенням навантаження на лікувальні заклади вторинного і третинного рівнів, лікування в яких коштує дорожче, ніж у закладах первинного рівня [3, 62]. Крім того, у регіонах із високою захворюваністю населення спостерігається надмірна інтенсивність роботи ліжок закладів охорони здоров'я.

Недосконалість діючих норм і нормативів та відсутність нових, що враховували б сучасні реалії, призводить до необґрунтованості планування видатків за основними кодами економічної класифікації видатків (КЕКВ) кошторисів закладів охорони здоров'я.

Розглянемо проблеми кошторисного планування видатків на оплату праці в закладах охорони здоров'я, оскільки в структурі видатків названих суб'єктів господарювання на фінансування даного елемента видатків кошторису разом із нарахуваннями на оплату праці припадає близько 65% коштів.

Базовим для розрахунку фонду оплати праці медичного закладу є типовий штатний розпис, який формується на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23. 02. 2000 р. № 33 "Штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я". В основу розрахунку посад лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу покладено для лікарняних та санаторно-курортних закладів – показник кількості ліжок, для амбулаторно-поліклінічних закладів – кількість населення, яке прикріплене до поліклініки, для будинків дитини – кількість дітей, що в них перебувають.

Зазначеним нормативним актом також визначено максимальну штатну чисель-

ність працівників цих закладів, а їх керівникам у разі виробничої потреби надано право змінювати штати окремих структурних підрозділів у межах однієї категорії персоналу, не перевищуючи при цьому визначений у кошторисі фонд оплати праці. Отже, керівник закладу охорони здоров'я позбавлений права з власної ініціативи замінити, наприклад, непотрібну, з точки зору виробничої необхідності того чи іншого клінічного підрозділу, посаду лікаря доцільнішою посадою медичної сестри або ж, наприклад, замінити посаду фактично зайнятої лише прибиранням приміщень молодшої медичної сестри (санітарки) "дешевшою" посадою прибиральниці [13, 115].

Практика засвідчує, що такий порядок визначення штатів працівників закладів охорони здоров'я не враховує кількості пролікованих у стаціонарі пацієнтів чи пацієнтів, які відвідали поліклініку, тобто кількість фактично наданих медичних послуг, і призводить до неефективного витрачання фінансових ресурсів (керівники закладів зацікавлені у збільшенні ліжкового фонду, оскільки це збільшує обсяг наданих із бюджету коштів на їх утримання) у даних закладах через простої ліжок, "роздування" штатів тощо.

Суттєвою проблемою галузі охорони здоров'я залишається низький рівень заробітної плати працівників медичних закладів. У 2010 р. середньомісячна заробітна плата в галузі охорони здоров'я становила 1631 грн., ще нижчою вона була у працівників закладів готельного і ресторанного бізнесу – 1455 грн., галузях сільського господарства – 1430 грн. та рибальства – 1191 грн. Окрім того, спостерігається негативна тенденція зниження рівня середньої заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я щодо відповідного показника в промисловості. Наприклад, якщо у 1995 р. середня заробітна плата у промисловості перевищувала середню заробітну плату в

охороні здоров'я на 14 грн. або 18,7%, то у 2010 р. різниця між зазначеними показниками зросла до 949 грн. або 58,1%

Темп зростання середньомісячної заробітної плати в охороні здоров'я упродовж 2000–2010 рр. становив 11,8 рази. Вищим зазначений показник за цей період був у працівників закладів культури, спорту, відпочинку, розваг – 16,3 рази, авіаційного транспорту – 15,2 рази, сільського господарства, мисливства – 12,9 рази, освіти – 12,1 рази.

Окрім того, система заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я характеризується відсутністю оптимальних міжпосадових співвідношень.

Описані вище підходи до планування чисельності персоналу закладів охорони здоров'я й обсягу видатків на їхню оплату праці не можна вважати раціональними, оскільки вони не сприяють підвищенню економічної ефективності роботи зазначених установ, встановленню контролю за витратами та не сприяють задоволенню реальних медичних потреб населення. Тому одним із пріоритетів реформування системи охорони здоров'я має стати впровадження нових форм оплати праці, що дали б змогу отримувати працівникам даних організацій легальний та адекватний затрачений праці заробіток.

Що стосується планування інших елементів видатків кошторисів вищезазначених закладів, то розрахунок обсягів видатків для їхнього фінансування базується на фактичних даних минулого року з незначними коригуваннями. Нормативний метод планування практично не використовується, оскільки через обмежений обсяг бюджетних коштів визначена закладами охорони здоров'я потреба у фінансових ресурсах на 100% не задовольняється.

Наприклад, видатки на продукти харчування в закладах охорони здоров'я роз-

раховують на основі вартості встановленого на одного хворого добового набору продуктів харчування, диференційованого за видом медичного закладу, профілем відділень, віковими групами пацієнтів та кількістю ліжко-днів. Проте фактично вони фінансуються з урахуванням фінансових можливостей відповідного бюджету та не відповідають реальній потребі у коштах закладів охорони здоров'я.

Діючі нормативи, що регулюють ключові показники ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я, не враховують наукових і технологічних інновацій у медицині, що мало б бути відображено у відповідних змінах напрямків потоків ресурсів. Наприклад, методи ендоскопічної хірургії дали змогу здійснювати менш травматичні хірургічні втручання і відповідно скоротити період післяопераційної реабілітації. Проте це не відобразилось на нормативах, що пов'язують між собою кількість ліжок хірургічних, гінекологічних та інших оперативних відділень із кількістю штату, який працює в них.

На основі вищезазначеного можна зробити висновок, що проблема розроблення науковообґрунтованих норм і нормативів, які використовують у процесі планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, залишається актуальною на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я і потребує вирішення.

Необхідною передумовою функціонування закладів охорони здоров'я є фінансове забезпечення їх діяльності, яке здійснюється у таких формах: бюджетного фінансування, некомерційного самофінансування, добровільного медичного страхування, благодійництва.

Вітчизняний науковець Н. Карпшин до основних форм фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, крім вищеперелічених, відносить кредитування [7, 67].

На нашу думку, кредитування є формою фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я приватної форми власності. Проте для державних та комунальних медичних закладів (бюджетних установ) кредити не можуть бути джерелом формування фінансових ресурсів, оскільки згідно зі статтею 16 Бюджетного кодексу України бюджетні установи не мають права здійснювати запозичення у будь-якій формі або надавати за рахунок бюджетних коштів кредити юридичним та фізичним особам, якщо не встановлено відповідні бюджетні призначення на надання кредитів з бюджету.

В умовах діючої в Україні бюджетної моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я визначальною формою фінансового забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я є бюджетне фінансування.

Впровадження механізмів некомерційного самофінансування в діяльність зазначених медичних закладів стало вимушеним кроком через дефіцит бюджетних ресурсів і неспроможність держави повноцінно утримувати цей сектор. Некомерційна діяльність бюджетних установ не має на меті отримання прибутку, здійснюється з метою залучення додаткових фінансових ресурсів від надання платних послуг та іншої некомерційної діяльності, дозволеної законодавством, тому власні надходження закладів охорони здоров'я суттєвої ролі у формуванні їхнього фінансового потенціалу не відіграють.

Добровільне медичне страхування передбачає надходження від юридичних і фізичних осіб страхових внесків до страхових компаній та оплату за їх рахунок медичних послуг, які надаються закладами охорони здоров'я різних форм власності чи приватно практикуючими лікарями. Як підтверджує практика, добровільне медичне страхування в Україні повноцінно не розви-

вається, оскільки для більшості страхових компаній не забезпечує значного прибутку через високі страхові виплати. Крім того, через низький рівень купівельної спроможності населення воно доступне лише для багатих людей або суб'єктів господарювання, які включають медичне страхування у "соціальний" пакет для своїх працівників.

В Україні також поширеною є негативна тенденція, коли страховики під виглядом медичного страхування намагаються легалізувати надання закладами охорони здоров'я неофіційних "платних медичних послуг" пацієнтам.

Благодійництво передбачає добровільне, безкорисливе надання фізичними та юридичними особами благодійної допомоги у грошовому чи натуральному виразі медичним закладам. Незважаючи на добровільність зазначеної форми фінансового забезпечення, заклади охорони здоров'я часто використовують її для відшкодування вартості медичних послуг пацієнтам, які законодавець не відносить до платних, що оцінюється нами як негативне явище.

Детальніше зупинимось на характеристиці бюджетного фінансування охорони здоров'я та ролі бюджетних коштів у формуванні фінансових ресурсів медичних закладів.

В економічній літературі зустрічаються різні підходи до трактування сутності "бюджетного фінансування". Як правило, його розглядають зі сторони держави як елемент бюджетного механізму, або зі сторони суб'єктів господарювання – як форму фінансового забезпечення.

Найбільш повно та змістовно зазначену дефініцію трактує В. Дем'янишин. На його думку, бюджетне фінансування – це сукупність грошових відносин, пов'язаних з розподілом і використанням коштів централізованого грошового фонду держави, які реалізуються шляхом безповоротного

й безоплатного надання бюджетних коштів юридичним і фізичним особам на проведення заходів, передбачених бюджетом [4, 338].

Розподіл видатків на фінансування охорони здоров'я між державним та місцевими бюджетами регламентується статтями 87, 89, 90 Бюджетного кодексу України. У законодавстві встановлено, що більшість закладів охорони здоров'я фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Основною формою бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я є кошторисне фінансування, яке здійснюється з державного бюджету на основі Закону України "Про Державний бюджет України на відповідний рік" та органами місцевого самоврядування з місцевих бюджетів на підставі рішень про затвердження відповідних місцевих бюджетів та бюджетних розписів. До переваг кошторисного фінансування належать: можливість чіткого прогнозування видатків (за відсутності інфляції), контроль за цільовим витрачанням коштів і обмеження їх абсолютного розміру. Однак зазначена форма не пов'язує обсяги витрачених фінансових ресурсів із досягнутими результатами, не дозволяє оперативного змінювати обсяги коштів, необхідних для виконання певного обсягу робіт у разі його зміни, та маневрувати коштами, перерозподіляючи між кодами економічної класифікації видатків кошторису. Зважаючи на вищевикладене, на наш погляд, необхідно удосконалити бюджетне фінансування охорони здоров'я шляхом відмови від кошторисної форми бюджетного фінансування медичних закладів на користь такої, яка враховувала б обсяг, структуру, якість медичних послуг.

Аналізуючи динаміку та структуру видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я упродовж 2005–2010 рр., можна стверджувати, що пріоритетним джерелом фінансових ресурсів галузі є кошти загального фонду державного та місцевих

Динаміка видатків бюджетів України на охорону здоров'я у 2004–2010 рр.*

Роки	Обсяг видатків				
	Зведений бюджет, тис. грн.	Державний бюджет		Місцеві бюджети	
		всього, тис. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %	всього, тис. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %
2004	12159398,7	3447836,5	28,4	8711562,2	71,6
2005	15476470,3	3508078,8	22,7	11968391,5	77,3
2006	19737731,2	4099666,5	20,8	15638064,7	79,2
2007	26717561,3	6321020,1	23,7	20396541,2	76,3
2008	33559899,6	7365508,3	21,9	26194391,3	78,1
2009	36564906,3	7534954,7	20,6	29029951,6	79,4
2010	44745368,3	8759021,4	19,6	35986346,9	80,4

* Розраховано та побудовано автором на основі [15].

бюджетів, частка яких у 2010 р. становила 90,5%. Питома вага коштів спеціального фонду є незначною і має тенденцію до зниження (2005 р. – 11,7%, 2006 р. – 11,3%, 2007 р. – 10,6%, 2008 р. – 8,9%, 2009 р. – 9,4%, 2010 р. – 9,5%).

Як свідчить аналіз даних табл. 1, обсяг видатків Зведеного бюджету України на фінансування галузі охорони здоров'я за період 2004–2010 рр. зріс у 3,7 рази. Основним джерелом фінансових ресурсів зазначеної галузі залишалися кошти місцевих бюджетів, абсолютна величина яких щороку збільшувалася. Спостерігалася тенденція до зменшення частки коштів державного бюджету з 28,4% у 2004 р. до 19,6% у 2010 р. і зростання питомої ваги коштів місцевих бюджетів з 71,6% у 2004 р. до 80,4% у 2010 р. у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я. Таку ситуацію можна пояснити децентралізацією управління галуззю охорони здоров'я шляхом делегування повноважень держави щодо її організації та фінансування органам місцевого самоврядування.

Упродовж 2004–2010 рр. як негативну тенденцію відмітимо зменшення питомої ваги видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я у загальному обсязі видатків із

11,99% у 2004 р. до 11,85% у 2010 р. та як позитив – зростання частки зазначених видатків у ВНД – із 3,56% у 2004 р. до 4,15% у 2010 р. та у ВВП – із 3,52% у 2004 р. до 4,09% у 2010 р. Така ситуація свідчить про зниження пріоритетності бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні і, на нашу думку, не є виправданою, оскільки в умовах зростаючої захворюваності та смертності українського населення зростає його потреба у високоякісній та доступній медичній допомозі.

Що стосується структури видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я, то упродовж 2005–2010 рр. найбільша частка бюджетних коштів спрямовувалася на фінансування лікарень та санаторно-курортних закладів – 69,7–71,7%, дещо менша – на утримання поліклінік, амбулаторій, швидкої і невідкладної допомоги – 13,8–14% та фінансування іншої діяльності у сфері охорони здоров'я – 9,4–14,2%, найменша – на фінансування досліджень і розробок у сфері охорони здоров'я – 0,6–0,7%.

Отже, пріоритетними у структурі видатків бюджетів на охорону здоров'я є видатки на потреби стаціонарних лікарняних закладів. І, незважаючи на розуміння необхідності першочергового розвитку профілактики

захворювань та амбулаторно-поліклінічних закладів на засадах сімейної медицини, які вважаються у світі визначальними факторами ефективності охорони здоров'я, реформи у цьому напрямку проводяться дуже повільно, що не сприяє економії ресурсів галузі. Це пояснюється тим, що запровадження стаціонарозамінних технологій лікування (у тих умовах, за яких це дозволено протоколами лікування хвороб), за розрахунками експертів, дають змогу зекономити 50–70% загальних витрат на лікування одного хворого без погіршення якості медичних послуг.

Попри зростання обсягів видатків бюджетів України на охорону здоров'я і у відсотках до ВВП (з 3,52% у 2004 р. до 4,09% у 2010 р.), дані показники залишаються в Україні майже у 2–3 рази нижчими порівняно з країнами-членами Європейського Союзу і не належать до соціальних пріоритетів держави, оскільки за рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні витрати на охорону здоров'я повинні становити 7–10% від ВВП (у країнах Європейського регіону зазначений показник становить близько 7,7%, країнах-членах Європейського Союзу – 8,7%).

Це підтверджує також неможливість держави виконувати фінансові зобов'язання щодо забезпечення бюджетними коштами політики охорони здоров'я на рівні "... не менше 10% національного доходу" [5] (питома вага видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я у ВНД не перевищувала 4,15% у 2010 р.). Незважаючи на це, Україна продовжує декларувати безкоштовну медицину.

Підсумовуючи вищевикладене, констатуємо, що основною проблемою закладів охорони здоров'я є недостатній рівень бюджетного фінансування із одночасним нерациональним використанням фінансових

ресурсів, які надходять у їх розпорядження. Так, у Бюджетному кодексі України хоч і порушується проблема контролю за ефективним витрачанням бюджетних коштів, відповідальність учасників бюджетного процесу за бюджетні правопорушення наступає у разі нецільового використання бюджетних коштів, порушення розпорядниками бюджетних коштів вимог щодо прийняття ними бюджетних зобов'язань тощо.

Зважаючи на це, в сучасних умовах актуальним є підвищення дієвості фінансового контролю як методу управління фінансовими ресурсами бюджетних установ. Робота контролюючих органів у закладах охорони здоров'я зводиться переважно до контролю за цільовим та ефективним використанням бюджетних коштів, їх збереженням, максимальним відшкодуванням збитків винними особами, мобілізацією до бюджету платежів й інших надходжень, що були приховані в обліку та звітності. Проте чинний інститут фінансового контролю не може сповна запобігти розбазарюванню бюджетних коштів, зловживанням із фінансовими і матеріальними ресурсами у закладах охорони здоров'я, а, отже, потребує реформування. Підтвердженням цього є інформація, наведена у табл. 2.

Що стосується структури виявлених фінансових порушень, то найбільшу питому вагу займають фінансові порушення, пов'язані з нецільовим використанням бюджетних коштів – у 2008 р. – 19,21%, 2010 р. – 25,19%, а у 2009 р. – фінансові порушення, пов'язані з завищенням вартості та обсягу робіт – 19,96%.

При виконанні кошторисів закладів охорони здоров'я виникає потреба в оперативному управлінні фінансово-господарською діяльністю, метою якого є досягнення запланованих результатів та ліквідація недоліків, що можуть виникнути в процесі формування і використання фінансових ресурсів. Най-

Таблиця 2

Динаміка та структура виявлених органами Державної контрольно-ревізійної служби України фінансових порушень, що призвели до втрат фінансових та матеріальних ресурсів у закладах охорони здоров'я України упродовж 2008–2010 рр.*

Види фінансових порушень	2008		2009		2010	
	Обсяг фінансових порушень, тис. грн.	Питома вага, %	Обсяг фінансових порушень, тис. грн.	Питома вага, %	Обсяг фінансових порушень, тис. грн.	Питома вага, %
Всього виявлено фінансових порушень, у тому числі:	56174,57	100	85377,77	100	97496,51	100
– завищено вартість та обсяги робіт	10343,85	18,41	17039,59	19,96	15060,1	15,45
– незаконне списання чи реалізація основних засобів та інших матеріальних цінностей	522,52	0,93	3712,08	4,35	760,65	0,78
– недостачі	728,44	1,30	1066,63	1,25	360,01	0,37
– нецільове використання коштів	10792,1	19,21	11571,82	13,55	24556,72	25,19
– списання коштів на видатки всупереч законодавству без отримання товарів, робіт та послуг	1867,4	3,32	984,36	1,15	1142,7	1,17
– інші	7850,27	13,97	15018,7	17,59	15741,6	16,15

* Розраховано та складено авторами на основі [6].

більшою компетенцією у питаннях оперативного управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я наділений головний лікар, оскільки він може виявити недоліки у фінансово-господарській діяльності та прийняти управлінські рішення щодо їх усунення. Однак, як доводить практика, керівники медичних закладів та їхні заступники через низький рівень управлінської та фінансової автономії обмежені у правах самостійно ухвалювати рішення щодо формування та використання фінансових ресурсів, вони не можуть оперативно маневрувати коштами, що перебувають у їхньому розпорядженні. Така ситуація зумовлена тривалою централізацією управління вітчизняною системою охорони здоров'я із застосуванням адміністративних методів. Як зазначають дослідники проблем організації охорони здоров'я, раніше вважалося, що для ефективного управління галуззю необхідне застосування

лише авторитарного впливу керівника [10, 39], високої вимогливості до підлеглих, звичайного управління [12], інтуїції. Проте практика показує, що дотримання таких поглядів не виправдовує себе, і "зараз неможливо ефективно виконувати функції планування, організації, мотивації та контролю, опираючись на власний емпіричний досвід" [10, 39].

Ще однією проблемою системи охорони здоров'я є відсутність сучасного кадрового потенціалу менеджерів, здатних еволюційно змінювати консервативні форми застарілої системи надання медичної допомоги, формувати структури та відносини в охороні здоров'я на основі економічних, ринкових закономірностей, забезпечити ефективне управління і регулювання ринків медичних послуг [1]. За даними соціологічних досліджень, лише 50% керівників закладів охорони здоров'я готові до роботи в нових економічних умовах. До того ж, готовність до такої

роботи зменшується зі збільшенням віку і стажу роботи керівника та зростанням потужності медичного закладу [14, 63]. За цих умов актуальною є зміна якісних форм, методів і змісту управління фінансами, оскільки без цього неможливо буде побудувати адекватну сучасним запитам модель фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Отже, вищезазначене свідчить, що ефективність управління фінансами закладів охорони здоров'я залежить від вибору методів управління, які мають бути взаємоузгодженими, послідовними та спрямованими на оптимізацію формування і раціональне використання фінансових ресурсів зазначених установ із метою задоволення потреб населення у високоякісних та доступних медичних послугах.

Література

1. Білинська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/e%2Djournals/DUTP/2006%2D1>.
2. Бюджетний кодекс України. Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. – К.: АЛЕРТА; КНТ; ЦУЛ, 2010. – 110 с.
3. Грузева Т. С. Наукове обґрунтування розробки державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. – 2001. – № 2. – С. 61–63.
4. Дем'янишин В. Г. Теоретична концептуалізація і практична реалізація бюджетної доктрини України: Монограф. – Тернопіль: ТНЕУ, 2008. – 496 с.
5. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.1992 р. № 2801-XII (із змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 34. – С. 59–83.
6. Звітність Головного контрольно-ревізійного управління України за 2008–2010 рр.
7. Карпишин Н. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я // Світ фінансів. – 2007. – Вип. 2. – С. 63–72.
8. Матеріали Парламентських слухань "Шляхи реформування охорони здоров'я та медичного страхування в Україні" від 20 травня 2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/SL200509.htm.
9. Модернізація місцевих фінансів України в умовах економічних і соціальних трансформацій: Монограф. / За ред. О. П. Кирипенко. – Тернопіль: ТНЕУ, Економічна думка, 2008. – 346 с.
10. Нечаєв С. До питання про формування керівників системи охорони здоров'я // Українські медичні вісті. – 1997. – № 2–3. – С. 39.
11. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. 2010 рік / За ред. М. М. Буртняка. – Тернопіль, 2011. – 127 с.
12. Радиш Я., Щербак О. Мистецтво результативного управління: Пробл. лекції. – К.: Віпол, 2000. – 172 с.
13. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні: Монограф. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.
14. Слабкий Г. О., Подоляка В. Л. Про готовність керівників закладів охорони здоров'я до впровадження ринкових відносин в організацію стаціонарної медичної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 2. – С. 61–63.
15. Фінансова звітність про виконання державного, місцевих та зведеного бюджетів за 2004–2010 рр. Комітету Верховної Ради України з питань бюджету [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://budget.rada.gov.ua>.
16. Фінансова звітність про виконання державного, місцевих та зведеного бюджетів за січень–лютий 2011 р. Комітету Верховної Ради України з питань бюджету [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://budget.rada.gov.ua>.