

- підвищення якості контрольно-ревізійної роботи у межах чинного законодавства;
- внесення за результатами проведених ревізій і перевірок пропозицій щодо удосконалення фінансового законодавства з метою недопущення незаконних нецільових бюджетних витрат;
- удосконалення нормативно-правових актів, що регламентують діяльність органів ДКРС, з метою підвищення їх ефективності роботи [6].

Література:

1. Бюджетний кодекс України. Постанова Верховної Ради України від 21.06.2001 № 2542-111.
2. Закон України «Про Державну контрольно-ревізійну службу в Україні» від 26.01.1993 р. №2939 (зі змінами і доповненнями).
3. Порядок проведення органами Державної контрольно-ревізійної служби аудиту фінансової та господарської діяльності бюджетних установ / затв. постановою КМУ 31.12.2004 року № 1777.
4. Бариніна-Закірова М.В. Запровадження державного аудиту в практику роботи органів ДКРС // Фінансовий контроль. – 2005. – № 6. – С. 9.
5. Стефанюк І.Б. Застосування термінології стандартів аудиту INTOSAI у вітчизняній системі державного фінансового контролю // Фінанси України. – 2006. – № 8. – С. 16.
6. Стефанюк І.Б. Запровадження аудиту фінансово-господарської діяльності бюджетних установ // Фінанси України. – 2005. – № 6. – С. 138.

Лободіна З. М.

К. е. н., доцент кафедри фінансів

ПРОБЛЕМИ БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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, не зважаючи 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 покращи-

лась. Підтвердженням цього служать результати моніторингу показників здоров'я населення, згідно з якими захворюваність українців у 2009 р. зросла. Зросла у 2009 р. і загальна захворюваність населення Тернопільської області на 33,4% порівняно із 2006 р. і становила 307925,2 випадки на 100 тис. населення.

Визначальним чинником конкурентоспроможності медичних послуг та основою фінансової стабільності закладів, що їх надають, є адекватний потребам обсяг фінансових ресурсів. Тому дослідження діючої практики бюджетного фінансування 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 та практичних аспектів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я присвячені праці В. Андрущенко, О. Василика, О. Величко, Н. Карпишин, С. Кондратюка, В. Лехан, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудого, Г. Трілленберг, О. Тулай, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Ю. Лісіцин, Г. Поляк, В. Семьонов, Л. Трушкіна та ін. Проте, незважаючи на наукову і практичну цінність опублікованих праць, основні концептуальні підходи до вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні й досі залишаються дискусійними.

З огляду на вищесказане, основною метою статті є оцінка практичних засад бюджетного фінансування як головної форми фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, виявлення основних проблем та обґрунтування необхідності реформування діючої системи фінансового забезпечення зазначеної галузі в Україні.

Однією із основних передумов ефективного функціонування закладів охорони здоров'я є належний рівень фінансового забезпечення діяльності вищеназваних суб'єктів господарювання, яке здійснюється в Україні у таких формах: бюджетного фінансування, некомерційного самофінансування, добровільного медичного страхування, благодійництва.

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 виступає бюджетне фінансування.

Впровадження механізмів некомерційного самофінансування в діяльність зазначених медичних інституцій стало вимушеним кроком через дефіцит бюджетних ресурсів і неспроможність держави повноцінно утримувати даний 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 їх фінансового потенціалу не відіграють.

Добровільне медичне страхування передбачає надходження від юридичних і фізичних осіб страхових внесків та оплату за їх рахунок медичних послуг, які надаються закладами охорони здоров'я різних форм власності чи приватно практикуючими лікарями. Зазначена форма фінансового забезпечення через низький рівень платоспроможності населення в Україні активно не розвивається.

Благодійництво передбачає добровільне, безкорисливе надання фізичними та юридичними особами благодійної допомоги у грошовому чи натуральному виразі медичним інституціям. 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 зупинимося на характеристиці бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я та ролі бюджетних коштів у формуванні їх фінансових ресурсів. Розподіл видатків на фінансування охорони здоров'я між державним та місцевими бюджетами (табл. 1) регламентується статтею 87 Бюджетного кодексу України.

Розподіл видатків на фінансування галузі охорони здоров'я між бюджетами в Україні*

Державний бюджет України
Видатки на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (багатопрофільні лікарні та поліклініки); спеціалізовану, високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, спеціалізовані медико-санітарні частини, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки); санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів Великої Вітчизняної війни); санітарно-епідеміологічний нагляд (санітарно-епідеміологічні станції, дезінфекційні станції, заходи боротьби з епідеміями); інші програми в галузі охорони здоров'я
Бюджет АР Крим, обласні бюджети
Видатки, які враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, на: первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення); спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні, центри, диспансери, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, будинки дитини, станції переливання крові); санаторно-курортну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації); інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, інші програми і заходи)
Районні бюджети, бюджети міст республіканського АР Крим та обласного значення
Видатки, які враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, на: первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, пологові будинки, станції швидкої та невідкладної медичної допомоги, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки); програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи по санітарній освіті)
Бюджети місцевого самоврядування
Видатки, які враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, на: первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти)

* Примітка. Складено на основі даних [2].

Таким чином, законодавство встановлює, що більшість закладів охорони здоров'я фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Основною формою бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я є кошторисне фінансування. До переваг кошторисного фінансування відноситься можливість достатньо чіткого прогнозування видатків (за відсутності інфляції), контролю за цільовим витрачанням коштів і обмеження їх абсолютного розміру. Однак, зазначена форма не пов'язує обсяги витрачених фінансових ресурсів із досягнутими результатами, не дозволяє оперативно змінювати розміри коштів, необхідних для виконання певного обсягу робіт у разі його зміни, та маневрувати коштами, перекидаючи їх з одного коду економічної класифікації на інший. 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 б враховувала обсяг, структуру, якість медичних послуг.

Аналізуючи динаміку видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я за період 2005–2008 рр., можна стверджувати, що пріоритетним джерелом фінансових ресурсів галузі є кошти загального фонду державного та місцевих бюджетів, частка яких у 2008 р. становила 91%. Питома вага коштів спеціального фонду була незначною і мала тенденцію до зниження (2005 р. – 11,7%, 2006 р. – 11,3%, 2007 р. – 10,6%, 2008 р. – 9%).

Обсяг видатків зведеного бюджету України на фінансування галузі охорони здоров'я за період 2004–2008 рр. зріс у 2,8 рази до 33559,9 млн. грн. у 2008 р. Передбачалося зростання видатків бюджетів на охорону здоров'я і у 2009 р. – до 34,9 млрд. грн. [5], які лише на 62,3% забезпечать мінімальну потребу галузі у фінансових ресурсах для надання якісної медичної допомоги (на 2009 р. потреба визначена у розмірі 56 млрд. грн. [4]).

Основним джерелом фінансових ресурсів зазначеної галузі залишалися кошти місцевих бюджетів. Спостерігалася тенденція до зменшення частки коштів державного бюджету з 28,4% у 2004 р. до 21,9% у 2008 р. і зростання питомої ваги коштів місцевих бю-

джетів з 71,6% у 2004 р. до 78,1% у 2008 р. у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я. Таку ситуацію можна пояснити децентралізацією управління галуззю охорони здоров'я шляхом делегуванням повноважень держави щодо її організації та фінансування органам місцевого самоврядування.

Що стосується структури видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я, то упродовж 2004–2008 рр. найбільша частка бюджетних коштів спрямовувалась на фінансування лікарень та санаторно-курортних закладів – 66,8–70,5%, дещо менша – на утримання поліклінік, амбулаторій, швидкої і невідкладної допомоги – 12,8–13,9% та фінансування іншої діяльності у сфері охорони здоров'я – 9,9–14,2%, найменша – на фінансування досліджень і розробок у сфері охорони здоров'я – 0,6–0,7%.

Незважаючи на збільшення обсягів видатків бюджетів України на охорону здоров'я і у відсотках до ВВП (до 3,5% у 2008 р.), даний показник залишається в Україні нижчим порівняно з багатьма зарубіжними країнами, які давно перейшли 10% рубіж. Внаслідок цього погіршується якість медичних послуг та зменшується їх доступність у першу чергу для малозабезпечених верств населення. Враховуючи вищевикладене, на наш погляд, актуальним є збільшення обсягу фінансових ресурсів охорони здоров'я шляхом пошуку та посилення ролі додаткових джерел фінансового забезпечення галузі.

Отже, пріоритетними у структурі бюджетного фінансування охорони 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 даному 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.

Зважаючи на вищевикладене, необхідність реформування управлінських та економічних засад вітчизняної системи охорони здоров'я не викликає сумнівів. Пріоритетне значення при цьому набуває:

– пошук додаткових до коштів державного та місцевих бюджетів джерел фінансових ресурсів та формування багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я;

– підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, які спрямовуються на потреби охорони здоров'я, шляхом надання переваги у фінансуванні медичним інституціям, які надають первинну медико-санітарну і амбулаторно-поліклінічну допомогу.

Література:

1. Бюджет України за 2008 рік: Статист. зб. Міністерства фінансів України. – К.: Міністерство фінансів України, 2009. – 295 с.

2. Бюджетний кодекс України. Закон України від 21.06.2001 р. № 2542-III (із змінами та доповненнями) // Нормативні акти. – 2001. – № 18. – С. 3–64.

3. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / За загальною редакцією В.Г.Черненка та В.М.Рудого. – К.:Академпрес, 2002. – 112с.

4. Матеріали Парламентських слухань «Шляхи реформування охорони здоров'я та медичного страхування в Україні» від 20 травня 2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: http://www.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/SL200509.htm.

5. Фінансова звітність про виконання Державного, місцевих, зведеного бюджетів України за 2004–2008 рр., 9 місяців 2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://budget.rada.gov.ua>.

Лубкей Н. П.

К. е. н., доцент кафедри фінансів

РОЗВИТОК МІСЦЕВИХ ЗАПОЗИЧЕНЬ В УКРАЇНІ: ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМАТИКА

В умовах гострого дефіциту фінансових ресурсів місцевих бюджетів в Україні, коли переважаюча частка їх видатків – це поточні видатки, важливим питанням є пошук альтернативних джерел надходжень до бюджетів місцевого самоврядування, що б дозво-