

Зоряна ЛОБОДИНА

БЮДЖЕТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДЕТЕРМІНАНТИ ВПЛИВУ НА ЛЮДСЬКИЙ РОЗВИТОК

Обґрунтовано детермінанти бюджетного забезпечення охорони здоров'я, проаналізовано практику фінансування медичної галузі. Виявлено основні проблеми фізичної та фінансової доступності медичної допомоги для населення. Охарактеризовано доцільність і перспективи удосконалення бюджетного забезпечення охорони здоров'я.

Становлення та побудова незалежної соціальної Української держави супроводжується розширенням державних соціальних зобов'язань в частині забезпечення реалізації прав людини на охорону здоров'я, освіти, духовний і фізичний розвиток, соціальний захист тощо.

Зважаючи на важливість стану здоров'я нації для країни та критичний стан медичної галузі, роль держави у фінансуванні програм і заходів охорони здоров'я постійно зростає.

Усвідомлення значущості системи охорони здоров'я для забезпечення високого рівня якості життя населення, а також розуміння необхідності її зміцнення для протистояння численним новим глобальним загрозам та викликам, обумовлюють активну дискусію наукової спільноти щодо пріоритетів і шляхів реформування зазначеної галузі.

Проблематику фінансового забезпечення охорони здоров'я та його вплив на доступ населення до медичних послуг досліджували українські науковці: В. Андрущенко, О. Василик, В. Войцехівський, В. Галайда, Д. Карамішев, Н. Карпишин, С. Кондратюк, Н. Лакіза-Савчук, Ю. Левенець, В. Лехан, Е. Лібанова, О. Макарова,

Я. Радиш, І. Радь, В. Рудий, С. Юрій та ін. Серед зарубіжних вчених цим питанням присвячували свої праці: Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін.

Віддаючи належне проведеним дослідженням, потрібно звернути увагу на необхідність постійного розвитку наукових поглядів на проблеми фінансового забезпечення охорони здоров'я як складової людського капіталу, їх орієнтації на соціально-економічні трансформації у світі та, зокрема, Україні.

З огляду на вищезазначене, метою статті є наукове обґрунтування детермінант бюджетного забезпечення охорони здоров'я, аналіз практики фінансування зазначеної галузі, виявлення основних проблем і перспектив подолання соціального відторгнення¹ від отримання медичних послуг у контексті забезпечення людського розвитку.

¹ Соціально відторгнення визначає широке коло соціально-економічних процесів, що призводять до виключення окремих осіб або цілих груп населення зі звичних для суспільства соціальних зв'язків, практик та способу життя, що негативно впливає на людський розвиток. Внаслідок проявів соціального відторгнення суспільні групи не мають можливості повною мірою скористатися правами на освіту та охорону здоров'я, зайнятість та належний рівень життя, задоволення культурних, релігійних, соціальних потреб [2].

Здоров'я, як справедливо зазначає В. Лобас, це базова складова простого відтворення робочої сили в умовах інтелектуалізації суспільного розвитку. Тому в розвинутих країнах світу пріоритетною державною політикою, поряд із захистом життя, є політика охорони здоров'я [1, 11].

Проаналізувавши роль держави в розвитку медичної галузі, український науковець вказує на низку суттєвих особливостей ринку медичних послуг, через які закони та правила ринку не можуть самореалізуватися у цій сфері повною мірою. Відтак, погоджуємось з В. Лобасом щодо необхідності зовнішнього регулювання, яке у повному обсязі може здійснити тільки держава.

Підставою для обґрунтування зростаючої ролі держави у фінансовому забезпеченні та регулюванні галузі охорони здоров'я, на наш погляд, є:

- неспроможність ринкових механізмів протистояти негативним зовнішнім екстерналіям (ефектам), існуванням інформаційної асиметрії на користь постачальників медичних послуг (теорія відмови функціонування ринку – Дж. Е. Стігліц, П. Самуельсон, Ш. Бланкарт);
- часткова приналежність охорони здоров'я до суспільних благ, які характерні неподільністю, відсутністю властивостей виключення, суперництва при споживанні (теорія суспільних благ – У. Маццола, К. Віксель, Дж. Б'юкенен, Р. Масгрейв);
- трактування здоров'я людини як головної цінності суспільства та основи його економічного зростання, а витрат на охорону здоров'я – одного із видів інвестицій у "людський капітал" (теорія людського капіталу та концепція "інвестицій у людину" – Г. Беккер, Л. Туроу, К. Макконелл, К. Уїнслоу);
- потреба суспільства, яке в умовах демократії визначає пріоритети держав-

ної політики охорони здоров'я (теорія суспільного вибору – Дж. Б'юкенен, Дж. Бреннан, Д. Мюллер, Р. Вагнер);

- необхідність підвищення доступності медичних послуг для всіх верств населення з метою забезпечення сталого людського розвитку (концепція соціального відторгнення та залучення, концепція людського розвитку).

Підсумовуючи наведені аргументи, можна стверджувати, що охорона здоров'я є важливим соціальним компонентом держави загального добробуту, визначальною складовою її соціальної політики, яка покликана забезпечити доступність медичної допомоги для всіх членів суспільства незалежно від рівня їх доходів.

За таких обставин зростає необхідність забезпечення державних зобов'язань у сфері охорони здоров'я, задекларованих у Конституції України та інших правових актах, адекватним потребі для їх реалізації обсягом фінансових ресурсів.

На сучасному етапі інвестиції в охорону здоров'я розглядаються як інвестиції у людський капітал, а отже, – внесок у розвиток національної економіки та скорочення масштабів бідності. Як зазначає К. Павлюк, результати наукових досліджень К. Уїнслоу показали, що до досягнення людиною 20-річного віку витрати на її здоров'я становлять приблизно 20 тис. дол. США, до 40-річного віку вона компенсує їх, а до 60 років прибуток від її праці дорівнює близько 20 тис. дол. США [3].

Саме тому у всіх країнах, що володіють великим економічним і науково-культурним потенціалом, здоров'я людей вважається вищою соціальною цінністю, а його охорона є важливим напрямом діяльності держави і суспільства та інтегральним показником успішності функціонування державних інституцій. Не є винятком і Україна, де право людини на охорону здоров'я

закріплене у статті 49 Конституції України від 28.06.1996 р. № 254/96 ВР, статті 6 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.1992 р. № 2801-XII та статті 283 Цивільного кодексу України від 16.01.2003 р. № 435-IV.

У Конституції України також зазначено, що “Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров’я медичну допомогу надають безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена” [4]. Тобто основний закон країни визначає право людини на доступність медичної допомоги на засадах безоплатності, хоча при цьому не виключається можливість залучення небюджетних джерел фінансових ресурсів галузі охорони здоров’я.

У практичній діяльності органи управління охороною здоров’я акцентують основну увагу на фізичній та фінансовій доступності медичної допомоги – забезпеченню населення доступними й якісними лікарськими засобами, високоякісними медичними послугами та медичним обладнанням.

Фізична доступність ліків, медичного обладнання забезпечується наявністю медичних препаратів потрібного пацієнтам асортименту у закладах охорони здоров’я (в тому числі – в аптечних закладах), медичних послуг – наявністю і роботою мережі закладів охорони здоров’я та медичних працівників.

У 2011 р. в Україні, за даними Державної служби статистики України [5, 44–45, 79–80], фізичну доступність ліків та медичної техніки забезпечували 9596 аптек, 4488 аптечних пунктів, 1646 аптечних кіоски, 227 магазинів оптики, 85 магазинів медтехніки, які займалися роздрібною торгівлею лікарськими засобами та медичною технікою. 87,8% аптек (8423 одиниць), 81,9% аптечних пунктів (3676 одиниць), 76,9% аптечних кіоски (1266 одиниць) роз-

ташовані у містах та селищах міського типу. У 2011 р. забезпеченість населення аптеками, аптечними пунктами та аптечними кіосками коливалася на рівні 34 аптечні заклади на 100 тис. населення (зокрема, міського – 43, сільського – 17). Отже, наведена інформація дає підстави констатувати кращу фізичну доступність ліків та медичної техніки для жителів міст і селищ міського типу. Отже, можна стверджувати про доцільність розробки і впровадження органами державної влади заходів щодо підвищення рівня забезпеченості аптечними закладами сільської місцевості.

Незважаючи на позитивну динаміку розвитку фармацевтичного ринку в Україні, більшість проблем медикаментозного забезпечення лікувального процесу у нашій державі залишаються не вирішеними. До них можна віднести такі:

- поширення фактів недобросовісної конкуренції між аптечними закладами;
- невідповідність структур захворюваності населення та споживання ліків, що зумовлено неконтрольованою рекламою медичних препаратів та збільшенням кількості випадків самолікування людей;
- незадовільне забезпечення пацієнтів, особливо у сільській місцевості, знеболювальними лікарськими засобами, зокрема наркотичними і психотропними;
- зниження якості лікарських засобів;
- зниження рівня доступності окремих лікарських засобів, причиною чого є надто велика диверсифікація оптового фармацевтичного ринку та неефективна діяльність окремих оптових компаній. В Україні 10 найбільш потужних оптових компаній забезпечують 85% обсягу постачання медикаментів до аптек, в той час як у країнах Європейського Союзу таку роботу виконують лише 3 фірми. Наслідком надмірної концентрації дистриб’юторських компаній ліків

є відсутність повного асортименту життєво необхідних препаратів, порушення вимог до їх зберігання і транспортування, несвоєчасна доставка до закладів охорони здоров'я.

За несприятливої демографічної ситуації, що зберігається в Україні, підвищення рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед людей особливої значимості набуває створення умов для формування, збереження і зміцнення їхнього здоров'я. Важлива роль у забезпеченні реалізації пріоритетної державної політики у цьому напрямку належить закладам охорони здоров'я, мережа яких станом на початок 2012 р. охоплювала 1911 лікарняних закладів та 5889 закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, системи Міністерства охорони здоров'я України та 693 відомчих закладів охорони здоров'я. У 2011 р. забезпеченість населення лікарняними ліжками становила 83 ліжка на 10 тис. населення, що на 28 ліжок більше, ніж у країнах Європейського Союзу. Що стосується кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, то у 2007–2011 рр. загальна кількість лікарів збільшилась на 2318 осіб (з 195555 до 197873). У 2011 р. зріс показник забезпечення лікарями на 10 тис. населення на 1,23 до 43,53 осіб. Співвідношення чисельності середнього медичного персоналу і лікарів становило 2,18 до 1,00 осіб [6, с. 95, 97].

Фінансова доступність медичної допомоги, особливо в умовах сучасної економічної кризи, на наш погляд, є набагато складнішою проблемою. Вона залежить від фінансової спроможності:

- держави – фінансувати галузь охорони здоров'я (зокрема, забезпечувати бюджетними коштами витрати на надання гарантованого державою базового обсягу загальнодоступної медичної допомоги);

- населення – оплачувати медичні послуги, які не входять у гарантований державою базовий обсяг загальнодоступної медичної допомоги (декларується, що це ті медичні послуги, ненадання яких не загрожує здоров'ю пацієнта).

Результати опитування фізичних осіб щодо самооцінки ними стану власного здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги (табл. 1), проведеного Державною службою статистики України, підтверджують наведену гіпотезу.

На фоні зменшення у 2011 р. кількості домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, на 60,2 тис. (це пояснюється зменшенням чисельності населення України, а не покращенням його здоров'я) порівняно із 2008 р., частка домогосподарств, які не задовольнили потреби в отриманні медичної допомоги, склала 22,6% від загальної кількості домогосподарств, що на 8,9% більше, ніж у 2008 р.

Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств вважає високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. У 2011 р. серед найменш забезпечених домогосподарств та серед домогосподарств, середньодушові загальні доходи яких нижче прожиткового мінімуму, 28,2% та 26,1%, відповідно, не змогли отримати ліки, медичні товари та послуги. Водночас, серед більш забезпечених домогосподарств частка таких склала лише 12,2%.

У 2011 р. серед домогосподарств, у складі яких були особи, які потребували медичної допомоги, але не змогли її отримати, 86,04% респондентів повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків, що на 9,32% більше, ніж у 2008 р.

У 2011 р. невирішеними залишалися проблеми щодо доступності послуг лікарів.

Таблиця 1

Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя у 2008–2011 рр.*

Показники	2008	2009	2010	2011	Абсолютний приріст	Темп приросту, %
Кількість домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, тис.	16654,2	16594,4	16598	16594	-60,2	-0,4
Частка домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, у загальній кількості домогосподарств, %	96,8	97,1	97,3	97,5	0,7	0,7
Кількість домогосподарств, члени яких потребували, але не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, тис.	2285,2	3408,7	2481	3755	1469,8	64,3
Частка домогосподарств, члени яких не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя у загальній кількості домогосподарств, члени яких потребували, але не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, %	13,7	20,5	14,9	22,6	8,9	65,0
Кількість домогосподарств (тис.), члени яких не змогли: – придбати ліки в т.ч. через високу вартість, %	1753,3 96,5	2828,8 98,1	1893,5 96,5	3230,7 97,5	1477,4 1	84,3 1
– придбати медичне обладнання в т.ч. через високу вартість, %	294,7 94,1	408,7 96,6	182,5 99,6	463,1 97,4	168,4 3,3	57,1 3,5
– відвідати лікаря в т.ч. через високу вартість послуг, %	986,6 79,9	1449,2 83,6	1149,6 79	1643,6 82,5	657 2,6	66,6 3,3

* Складено на основі [7].

У 44% домогосподарств хворі не мали можливості відвідати лікаря (у сільській місцевості таких домогосподарств було 51%). У 82,5% (у 2008 р. – 43%) таких випадків опитувані пояснили це високою вартістю послуг, 10% – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 18%) та занадто довгою чергою.

Серед домогосподарств, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, 44% (у 2010 р. – 21%) повідомили про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Така ситуація склалася в кожному десятому домогосподарстві країни (у 2010 р. – у 3%). Майже усі вказали, що вимушена відмова від належного лікування спричинена занадто високою його вартістю. Одночасно серед осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, як і раніше, дев'ять із десяти брали з собою до лікарні медикаменти, чотири з п'яти – їжу,

майже дві третини – постільну білизну. Частка осіб, які не брали нічого з перерахованого, склала лише 4% (у 2010 р. – 5%).

Основну частину ліків та медичного приладдя населення купувало в аптечних закладах, а медичні послуги надавалися громадянам переважно лікувальними установами. У 2011 р. 8% коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я (у 2010 р. – 5%), було спрямовано на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки (на хабарі, “подяку”, грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо) [7].

Отже, наведена статистична інформація дає підстави констатувати, що в Україні з року в рік знижується рівень доступності медичних послуг для населення переважно за рахунок їх високої вартості, тобто зростає загроза соціального відторгнення на-

селення від послуг охорони здоров'я. Одночасно із порушенням права людини на доступність медичної допомоги неповністю реалізується конституційно закріплене право на безоплатність її отримання, що негативно впливає на людський розвиток. На наш погляд, основною причиною цього є неузгодженість між обсягами гарантованої державою безоплатної медичної допомоги населенню та наданих бюджетних коштів.

Підтвердженням цього служать результати моніторингу фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. Так, згідно з розрахунками, проведеними фахівцями Українського інституту стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України, джерелами фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я у 2011 р. були:

- державні (суспільні) кошти, які включали зведений бюджет і соціальне страхування, що становило 56,3% загальних витрат на охорону здоров'я (з них 75% коштів місцевих бюджетів, а 25% – державного);
- приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства, – 43,4%;
- кошти іншого світу (кошти міжнародних донорських організацій, спрямованих у систему охорони здоров'я України) – лише 0,3% [6, 47].

Зазначене дає підстави стверджувати, що в нашій державі продовжує функціонувати, як прийнято вважати, бюджетна модель фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я із основним джерелом фінансових ресурсів – коштами державного та місцевих бюджетів. Обсяг видатків державного та місцевих бюджетів України на фінансування галузі охорони здоров'я за період 2005–2011 рр. зріс у 3,2 рази (табл. 2).

Основним джерелом бюджетного забезпечення зазначеної галузі залишалися кошти місцевих бюджетів, абсолютна величина яких збільшувалася. Спостерігалася тенденція до зменшення частки коштів державного бюджету з 22,7% у 2005 р. до 20,9% у 2011 р. і зростання питомої ваги коштів місцевих бюджетів з 77,3% у 2005 р. до 79,1% у 2011 р. у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Упродовж 2005–2011 рр. найбільша частка бюджетних коштів спрямовувалась 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 галузі охорони здоров'я – 9,4–14,2%, найменша – на фінансування досліджень і розробок у охороні здоров'я – 0,6–0,7%. Отже, можна констатувати, що пріоритетною у

Таблиця 2

Динаміка видатків бюджетів України на охорону здоров'я у 2005–2011 рр.*

Роки	Обсяг видатків зведеного бюджету, млн. грн.	Державний бюджет		Місцеві бюджети	
		обсяг видатків, млн. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %	обсяг видатків, млн. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %
2005	15476,47	3508,079	22,7	11968,39	77,3
2006	19737,73	4099,67	20,8	15638,06	79,2
2007	26717,56	6321,02	23,7	20396,54	76,3
2008	33559,9	7365,51	21,9	26194,39	78,1
2009	36564,91	7534,955	20,6	29029,95	79,4
2010	44745,37	8759,021	19,6	35986,35	80,4
2011	48961,62	10223,86	20,9	38737,76	79,1

* Розраховано на основі [8].

фінансуванні галузі охорони здоров'я залишалася стаціонарна медична допомога.

Незважаючи на зростання обсягів витратків бюджетів на охорону здоров'я і у відсотках до ВВП (з 3,51% у 2005 р. до 3,72% у 2011 р.) та ВНД (з 3,55% у 2005 р. до 3,77% у 2011 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%).

Низька частка витратків Державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я у ВНД підтверджує неможливість держави виконувати фінансові зобов'язання щодо забезпечення бюджетними коштами політики охорони здоров'я на рівні, "не менше 10% національного доходу..." [11]. Незважаючи на це, Україна продовжує декларувати безкоштовну медицину.

Упродовж 2005–2011 рр. як позитивну тенденцію можна відмітити зростання питомої ваги витратків на охорону здоров'я

із загального та спеціального фондів у загальному обсязі витратків зведеного бюджету із 10,9% у 2005 р. до 11,8% у 2011 р. (рис. 1).

Така ситуація свідчить про зростання пріоритетності бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні і, на наш погляд, є виправданою, оскільки в умовах зростаючої захворюваності та смертності українського населення зростає його потреба у високоякісній та доступній медичній допомозі.

Аналізуючи структуру джерел бюджетного забезпечення охорони здоров'я у 2008–2011 рр., можна зазначити, що у фінансовому забезпеченні галузі бюджетні кошти (кошти загального фонду) відіграють вирішальну роль і коливаються в межах – 80–94% (табл. 3).

Оцінка даних щодо обсягів фінансування охорони здоров'я у розрізі загального і спеціального фондів Державного бюджету України (табл. 3) дає змогу констатувати:

- витатки на галузь охорони здоров'я із загального фонду державного бюджету протягом 2008–2011 рр. збільшились на 2386,15 млн. грн., або 38,72%. Питома вага коштів зазначеного фонду в загальній сумі витратків із державного бюджету на охорону здоров'я знизилася

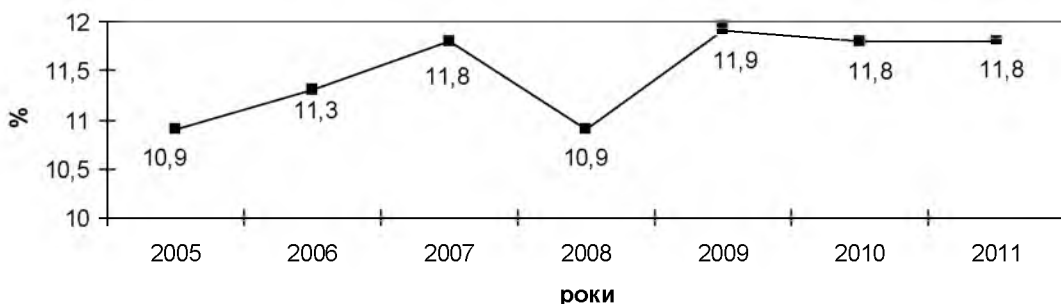


Рис. 1. Питома вага витратків на охорону здоров'я із загального та спеціального фондів у загальному обсязі витратків Державного і місцевих бюджетів України у 2005–2011 рр., %*

* Розраховано та побудовано на основі [8].

Склад та структура джерел бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я України у 2008–2011 рр., %*

Показники	Державний бюджет України		Місцеві бюджети України	
	Кошти загального фонду	Кошти спеціального фонду	Кошти загального фонду	Кошти спеціального фонду
2008				
Обсяг видатків, млн. грн.	6161,8	1203,7	24376,0	1818,3
Питома вага коштів фонду у загальному обсязі видатків, %	83,66	16,34	93,06	6,94
2009				
Обсяг видатків, млн. грн.	6090,1	1440,3	27037,5	1989,9
Питома вага коштів фонду у загальному обсязі видатків, %	80,87	19,13	93,15	6,85
2010				
Обсяг видатків, млн. грн.	7141,6	1617,5	33347,4	2638,9
Питома вага коштів фонду у загальному обсязі видатків, %	81,5	18,5	92,7	7,3
2011				
Обсяг видатків, млн. грн.	8547,95	1675,9	34527,1	4210,6
Питома вага коштів фонду у загальному обсязі видатків, %	83,61	16,39	89,13	10,87

* Розраховано на основі [8].

на 0,05% порівняно із 2008 р. і у 2011 р. становила 83,61%.

– обсяг коштів спеціального фонду державного бюджету, за рахунок яких формували фінансові ресурси галузі охорони здоров'я, упродовж 2008–2011 рр. зріс на 472,2 млн. грн., або 39,23%. Питома вага коштів зазначеного фонду в загальній сумі видатків із державного бюджету на охорону здоров'я зросла на 0,05% із 16,34% у 2008 р. до 16,39% у 2011 р.

Упродовж 2008–2011 рр. на 41,64%, або 10151,1 млн. грн., зросли видатки на охорону здоров'я із загального фонду місцевих бюджетів. Питома вага коштів зазначеного фонду в загальній сумі видатків із місцевих бюджетів на охорону здоров'я зменшилася на 3,93% порівняно із 2008 р. і у 2011 р. становила 89,13%.

Аналогічною є ситуація із видатками спеціального фонду місцевих бюджетів, абсолютний обсяг яких збільшився на 2392,3 млн. грн., або 131,57%, і у 2011 р.

становив 4210,6 млн. грн. Оскільки частка коштів зазначеного фонду в загальній сумі видатків із місцевих бюджетів залишалася порівняно низькою (у 2011 р. – 10,87%), кошти спеціального фонду місцевих бюджетів, які формуються в основному за рахунок власних надходжень комунальних закладів охорони здоров'я, суттєвої ролі у формуванні їх фінансових ресурсів не відіграють.

У 2011 р. заклади охорони здоров'я системи Міністерства охорони здоров'я отримали власні надходження, які зараховуються до спеціального фонду бюджету, з якого фінансуються медичні заклади, обсягом 16452,0 млн. грн., що майже у 4 рази більше, ніж у 2010 р., та у 6,7 рази, ніж у 2007 р. (табл. 4).

У 2011 р. у структурі власних надходжень бюджетних закладів охорони здоров'я зросла частка коштів від благодійних внесків, грантів та дарунків на 11,8% порівняно із 2007 р. до 42,6%. Це свідчить про зростання залучення коштів фізичних та юридичних осіб у медичну галузь, що

Динаміка та структура власних надходжень закладів охорони здоров'я у 2007–2011 рр. [6, 56]

Показники	Рік				
	2007	2008	2009	2010	2011
Обсяги власних надходжень закладів охорони здоров'я (млн.грн.)					
Медичні послуги	506,6	620,3	716,3	878,9	4791,7
Немедичні послуги	552,2	648,9	748,3	816,1	1872,0
Послуги освіти	585,8	656,4	858,7	1039	1016,7
Виконання окремих доручень	61,9	274,6	225,3	295,2	1757,7
Благодійні внески, гранти, дарунки	757,6	711,3	967,4	1096,8	7014,1
Разом	2464,1	2911,5	3516	4126,0	16452,2
Структура власних надходжень закладів охорони здоров'я (%)					
Медичні послуги	20,6	21,3	20,4	21,3	29,1
Немедичні послуги	22,4	22,3	21,3	19,8	11,4
Послуги освіти	23,8	22,5	24,4	25,2	6,2
Виконання окремих доручень	2,5	9,4	6,4	7,2	10,7
Благодійні внески, гранти, дарунки	30,8	24,4	27,5	26,6	42,6
Разом	100	100	100	100	100

можна вважати частковою співплатою ними за надання медичної допомоги.

Що стосується структури видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я за економічною класифікацією, то упродовж 2005–2011 рр. спостерігається тенденція до зростання частки видатків на оплату праці і нарахувань на неї (у 2011 р. по закладах охорони здоров'я, які фінансуються з Державного бюджету України, – 45,2–90,6%, місцевих бюджетів – 75%), оплату комунальних послуг та енергоносіїв (у 2011 р. по закладах охорони здоров'я, які фінансуються з Державного бюджету України, – 4,6–14,7%, місцевих бюджетів – 9%). Водночас, щороку зменшується частка видатків на придбання медикаментів та перев'язувальних засобів (у 2011 р. по закладах охорони здоров'я, які фінансуються з Державного бюджету України, – 2,6–15%, місцевих бюджетів – 7,8%). Капітальні видатки медичних закла-

дів здебільшого фінансуються за рахунок спеціального фонду відповідного бюджету. Отже, на фоні збільшення обсягу та частки поточних видатків закладів охорони здоров'я бюджетне забезпечення лікувального процесу зменшується. Це призводить до зростання ступеня зносу основних засобів в галузі охорони здоров'я. За даними Державної служби статистики України [10], ступінь зносу основних засобів у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги у 2010 р. становив 50,8%, що на 13% більше, ніж у 2000 р. Найвищий ступінь зносу спостерігався у Чернігівській області – 66,2%, Черкаській – 65,2%, Миколаївській – 64,3%, найнижчий – у Донецькій області – 37,2%, місті Києві – 38,6%, Івано-Франківській області – 41,8% [10, 288]. Середній темп приросту введених в дію нових основних засобів у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги упродовж 2000–2010 рр. становив 34,7%, ліквідова-

них основних засобів – 19,7%, зношених основних засобів – 10,4%.

Для оновлення та модернізації основних фондів закладів охорони здоров'я та мінімізації загроз безпеці пацієнтів і медичного персоналу в частині використання морально застарілого та фізично зношеного медичного обладнання, на наш погляд, доцільно застосовувати фінансовий лізинг – як один із інструментів кредитування операцій із купівлі обладнання й інших високовартісних товарів медичного призначення. Його основна перевага в тому, що він суттєво не впливає на видатки та в умовах динамічного розвитку ринку медичної техніки дає змогу закладам охорони здоров'я уникнути морального зношення основних засобів та протягом короткого терміну вирішити питання власного ресурсозабезпечення [11, 193].

Альтернативною можливістю зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я вважаємо скасування законодавчої заборони бюджетним установам здійснювати запозичення і надання державою пільгових кредитів медичним установам на придбання й переоснащення лікувально-діагностичної апаратури й обладнання.

Для поліпшення обслуговування пацієнтів, раціоналізації використання лікувально-діагностичного обладнання й одночасного перенесення пріоритетів у фінансуванні на первинну медико-санітарну допомогу варто поширювати практику створення регіональних діагностичних центрів [12, 294] і надавати перевагу впровадженню профілактичних та реабілітаційних технологій, а не, як сьогодні, – дорогих спеціалізованих і високоспеціалізованих. На наш погляд, недоцільно застосовувати у лікувальному процесі високовартісне медичне обладнання, ефективність якого не доведена, та для використання якого необхідні поки що відсутні в Україні спеціалісти.

Дослідження джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я дає змогу констатувати, що важливе значення для організації і розвитку охорони здоров'я має її приватне фінансування. Питома вага коштів фізичних і юридичних осіб (внески у лікарняні каси, на придбання полісів добровільного медичного страхування, оплата населення за надані медичні послуги, придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення) у структурі джерел фінансування національної системи охорони здоров'я упродовж 2007–2011 рр. коливалася на рівні 43–45%. Зазначений показник в Україні вищий, ніж у європейських країнах, Японії, Канаді та починає наближатися до аналогічного показника в США – країни із приватною (платною) моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Наведені статистичні дані дають підставу припустити, що в Україні де-юре бюджетна модель організації та фінансування охорони здоров'я, яка дісталася нашій державі у спадок від існуючої в СРСР моделі Семашко, де-факто трансформується в систему, яка поєднує суспільні та приватні джерела фінансування. Такі зміни супроводжуються зниженням рівня фінансової доступності медичної допомоги для населення і, зокрема, – найбільш вразливих його верств.

До основних чинників, які негативно впливають на фінансову доступність медичної допомоги для людей, можна також віднести:

- правову неврегульованість порядку надання платних послуг медичними закладами, що створює можливості для використання завуальованої форми платності медичної допомоги;
- відсутність єдиної науково обґрунтованої методики розрахунку вартості медичних послуг;
- діяльність страховиків, які під виглядом медичного страхування намагаються

легалізувати надання закладами охорони здоров'я неофіційних "платних медичних послуг" пацієнтам;

- некоректне використання закладами охорони здоров'я такої форми їх фінансового забезпечення, як благодійництво, яка згідно з законодавством передбачає добровільне, безкорисливе надання фізичними та юридичними особами благодійної допомоги у грошовому чи натуральному виразі медичним інституціям. Натомість дуже часто благодійництво використовують для відшкодування вартості медичних послуг, які законодавець не відносить до платних, порушуючи таким чином основний принцип благодійної діяльності – добровільність.

Не краща ситуація і у сфері медикаментозного забезпечення лікувального процесу пацієнтів. На наш погляд, основними причинами зниження фінансової доступності медичних препаратів для українців є:

- медикаментозне забезпечення суттєво впливає на результативність профілактичного, лікувального чи реабілітаційного процесів, проте, незважаючи на щорічне зростання абсолютного обсягу видатків бюджетів різних рівнів на медикаменти та перев'язувальні засоби, частка зазначеного елемента видатків у загальному обсязі видатків бюджетів на охорону здоров'я залишається невеликою – у 2011 р. не перевищувала 15%;
- низька питома вага зареєстрованих в Україні ліків вітчизняного виробництва – 28% з 13873 препаратів, темп зростання цін на які нижчий, ніж на медикаменти зарубіжних виробників. Це призводить до збільшення витрат населення на придбання лікарських засобів та зменшує їх доступність пацієнтам;
- у сучасних умовах відсутні офіційні механізми залучення особистих коштів грома-

дян для оплати стаціонарного лікування, в результаті чого пацієнти купують ліки у роздрібній мережі за цінами на 25–30% вищими, ніж оптові, що встановлюють при закупівлі партій медичних препаратів для закладів охорони здоров'я;

- у зв'язку зі збільшенням кількості випадків самолікування населення, суб'єктивних рішень лікарів щодо раціонального вибору медикаментів, у процесі чого не враховується співвідношення ціни ліків й терапевтичного ефекту від їх прийому, необґрунтовано зростають витрати людей на придбання лікарських засобів.

Підсумовуючи вищенаведене, зазначимо: проблема як фізичної, так і фінансової доступності медичної допомоги для населення залишається в Україні не вирішеною, що є порушенням соціальних прав людини та сповільнює людський розвиток. І незважаючи на те, що зміни у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я характеризуються позитивною динамікою зростання номінальних обсягів бюджетного забезпечення галузі, відчутного поліпшення здоров'я та ситуації з наданням медичних послуг закладами охорони здоров'я не спостерігається. Частково таку ситуацію можна пояснити і тим, що на стан здоров'я людей впливають не лише результати діяльності медичної галузі, а й екологічна ситуація в країні, спосіб життя, який веде населення, генетично закладена схильність до захворювань тощо.

Покращити бюджетне забезпечення охорони здоров'я, на нашу думку, видається можливим лише за умови розробки науково обґрунтованої стратегії реформування національної системи охорони здоров'я та послідовного і результативного впровадження комплексу заходів щодо удосконалення організації та фінансування зазначеної галузі. Ми погоджуємося з думкою

авторів монографії “Державний бюджет і бюджетна стратегія в умовах економічних реформ” за редакцією М. Я. Азарова [13, 11] стосовно того, що трансформація сучасної соціальної відповідальності держави повинна відбуватися з усвідомленням суспільної значущості соціальних видатків держави. Їх доцільно розглядати не лише як витрати на “утримання” галузей соціальної сфери або підтримку вразливих категорій населення, а як соціальні інвестиції в людський розвиток, що спрямовуються на посилення соціальної орієнтації економічної системи загалом – накопичення людського капіталу, справедливий розподіл суспільних благ, забезпечення високого рівня життя населення, гарантованого мінімуму медичних послуг, досягнення соціальної стабільності, стимулювання економічного зростання.

Література

1. Лобас В. М. *Теоретичні основи і розвиток державного соціально-орієнтованого управління: автореф. дис..... докт. наук з держ. управл.: спец. 25.00.02 “Механізми державного управління”*. – Донецьк: Донецька державна академія управління, 2004.
2. *Національна доповідь про людський розвиток 2011 року “Україна на шляху до соціального залучення”* / Е. Лібанова, Ю. Левенець, О. Макарова, В. Котигоренко та ін. – 124 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.undp.org.ua/files/ua_95644NHDR_2011_Ukr.pdf.
3. Павлюк К. В. *Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу // Формування ринкових відносин в Україні*. – 2006. – № 9 (64). – С. 143–148.
4. *Конституція України. Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
5. *Статистичний бюлетень “Мережа роздрібної торгівлі та ресторанного господарства підприємств на 1 січня 2012 року”*. Державна служба статистики України. – К., 2012. – 121 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
6. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2011 рік / За ред. Р. В. Богатирьової*. – К., 2008. – 561 с.
7. *Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2008, 2009, 2010, 2011 роках. Результати дослідження, проведені Державною службою статистики України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
8. *Фінансова звітність про виконання Державного, місцевих, зведеного бюджетів України за 2005–2011 рр. Офіційний сайт Державної казначейської служби України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://treasury.gov.ua>.
9. *Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 р. № 2801-XII* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
10. *Статистичний бюлетень “Основні засоби України за 2000–2010 роки”*. Державна служба статистики України. – К., 2012. – 293 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
11. Карамішев Д. *Можливості застосування лізингових операцій у вирішенні питань ресурсозабезпечення галузі охорони здоров'я // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. – 2006. – № 2. – С. 188–193.
12. Куценко В., Трілленберг Г. *Менеджмент сфери послуг: Монограф*. – К., 2007. – 459 с.
13. *Державний бюджет і бюджетна стратегія в умовах економічних реформ: У 4 т. / За заг. ред. М. Я. Азарова: ДННУ “Акад. фін. управління”*. – К., 2011. – Т 4: *Державні соціальні видатки: напрями раціоналізації та підвищення ефективності*. – 2011. – 608 с.