

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису

КАРПИШИН Наталія Іванівна

УДК 336. 1

**ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНИХ ФУНКЦІЙ
НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Спеціальність 08.04.01 – фінанси, грошовий обіг і кредит

Дисертація

на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук

Науковий керівник

доктор економічних наук, професор,
заслужений діяч науки і техніки України

Юрій Сергій Ілліч

ТЕРНОПІЛЬ – 2006

Зміст

Вступ	4
Розділ 1. Теоретичні основи фінансового забезпечення охорони здоров'я	11
1.1. Державне регулювання ринку медичних послуг	11
1.2. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я	27
1.3. Моделі організації охорони здоров'я та їх фінансове забезпечення	43
Висновки до розділу 1	63
Розділ 2. Практика фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні	66
2.1. Моніторинг ринку медичних послуг в Україні	66
2.2. Механізм бюджетного планування та фінансування охорони здоров'я на макрорівні	85
2.2.1. Аналіз практики бюджетного планування видатків на охорону здоров'я	85
2.2.2. Прагматика фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів	95
2.3. Оцінка фінансового забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я	109
Висновки до розділу 2	136
Розділ 3. Напрями вдосконалення фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні	138
3.1. Оптимізація джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я	138
3.2. Удосконалення планування видатків з місцевих бюджетів на охорону здоров'я	157
3.3. Медичне страхування у контексті модернізації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні	169
Висновки до розділу 3	183
Висновки	186
Список використаних джерел	190
Додатки	209

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АРК - Автономна Республіка Крим

ВВП - валовий внутрішній продукт

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ДМС - добровільне медичне страхування

ЄС - Європейський Союз

КМУ - Кабінет Міністрів України

МОЗ - Міністерство охорони здоров'я

ОМС - обов'язкове медичне страхування

ОМСФД - обов'язкове медичне страхування фармацевтичної допомоги

Вступ

Актуальність теми дослідження. Розвиток нової соціальної стратегії, зумовленої реалізацією сучасної концепції ринкової економіки в Україні, потребує ґрунтовних досліджень у сфері охорони здоров'я з метою об'єктивної оцінки її стану та розробки ефективних довготермінових заходів, спрямованих на повноцінне забезпечення гарантованого державою обсягу медичного обслуговування.

На сучасному етапі господарювання вітчизняна система охорони здоров'я не здатна сповна забезпечити процес реалізації конституційних прав громадян України у сфері медичного обслуговування. Виникнення складної ситуації спричинено дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичної допомоги, незадовільним матеріально-технічним станом та зростанням масштабів "тіньового" сектора у сфері охорони здоров'я. Підвищити ефективність функціонування національної системи охорони здоров'я можна шляхом залучення додаткових джерел фінансових ресурсів і вдосконалення механізму її фінансового забезпечення.

Вирішення зазначеного завдання потребує застосування наукових підходів щодо дослідження теоретичних основ фінансового забезпечення охорони здоров'я, концептуалізації функціонального призначення держави на ринку медичних послуг, оцінки фінансових результатів діяльності державного сектора охорони здоров'я в умовах становлення ринкової економіки і розробки науково обґрунтованої цілісної концепції модернізації механізму фінансового забезпечення гарантованого державою рівня медичного обслуговування.

Дослідження теоретичних основ економіки охорони здоров'я і наукове обґрунтування ролі держави у фінансовому забезпеченні цієї галузі здійснювали представники різних наукових шкіл, зокрема: П. Самуельсон, Б. Абель-Сміт, Дж. Е. Стігліц, Г. Беккер, Т. Шульц, Дж. Кендрік та ін. Серед українських науковців, які вивчали економічні закономірності функціонування сектора медичного обслуговування і досліджували практику організації зарубіжних та вітчизняної систем охорони здоров'я, можна назвати А. Голяченка, В. Рудень, М. Шутова, В. Бідного, Ю. Вороненка, Б. Криштопу й ін.

Теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення соціальної сфери, в т. ч. охорони здоров'я, в період становлення ринкової системи господарювання висвітлені у наукових працях вітчизняних учених В. Андрущенко, Й. Бескида, О. Василика, О. Величко, В. Войцехівського, С. Кондратюка, В. Лехана, Д. Полозенка, Ю. Пасічника, Я. Радиш, І. Радь, О. Тулай, С. Юрія та ін. У даному контексті заслуговують на увагу праці російських науковців Ю. Лисицина, Г. Поляк, Д. Райса, Р. Салтмана, І. Шеймана та ін.

Незважаючи на проведені дослідження, у наукових роботах приділено недостатньо уваги питанням фінансового забезпечення охорони здоров'я у трансформаційний період розвитку економіки, немає комплексного охоплення даної проблематики та виваженої концепції модернізації фінансового механізму галузі, що зумовлює актуальність теми дослідження, її теоретичну та практичну важливість і доцільність вибору.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є складовою науково-дослідних робіт колективу кафедр фінансів і казначейської справи Тернопільського державного економічного університету за темами "Удосконалення фінансових відносин в умовах становлення економіки ринкового типу" (номер державної реєстрації 0101U002355) та "Оптимізація теоретичних і практичних аспектів фінансового забезпечення економічного зростання в Україні" (номер державної реєстрації 0103U007682) за напрямом "Оптимізація фінансування закладів соціальної сфери в умовах формування ринкових відносин" щодо вирішення проблем фінансового забезпечення закладів державної системи охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Мета роботи – узагальнити і поглибити теоретичні основи фінансового забезпечення охорони здоров'я й обґрунтувати комплекс рекомендацій щодо модернізації механізму фінансування цієї сфери.

Досягнення поставленої мети зумовило необхідність вирішення таких завдань:

– визначити місце і роль держави на ринку медичних послуг і з'ясувати причини необхідності державного регулювання даного сектора економіки;

- уточнити і поглибити економічну суть понять "фінансове забезпечення", "кошторисне фінансування" на основі переосмислення сучасної теорії та практики;
- систематизувати і конкретизувати теоретичні засади й узагальнити світовий досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я;
- проаналізувати функціонування вітчизняного механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я і виявити основні тенденції його розвитку та наявні проблеми;
- розробити економіко-математичну модель оптимізації витрат бюджетного медичного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення;
- обґрунтувати напрями оптимізації фінансового забезпечення охорони здоров'я та сформулювати комплекс пропозицій щодо запровадження системи обов'язкового медичного страхування.

Об'єктом дослідження є фінансові ресурси і механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – грошові відносини, пов'язані з формуванням і використанням фінансових ресурсів і функціонуванням механізму фінансового забезпечення державного сектора охорони здоров'я.

Методи дисертаційного дослідження.

Теоретичною основою є класичні теорії, концепції світової економічної та фінансової науки й фундаментальні наукові праці зарубіжних і вітчизняних учених із проблематики охорони здоров'я та її фінансового забезпечення.

Методологічна основа дисертаційного дослідження – діалектичний метод наукового пізнання, згідно з яким усі процеси розглянуто і проаналізовано у взаємозв'язку та розвитку. Понятійний апарат обґрунтовано на основі методу наукових абстракцій і аналогій. Тенденції розвитку та особливості вітчизняного механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я виявлено з допомогою історичного і логічного методів дослідження, статистичних методів аналізу, синтезу, спостереження, узагальнення, порівняння. Методи моделювання застосовано в процесі побудови теоретичної моделі оптимізації джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я. За

допомогою економіко-математичних методів розроблено модель оптимізації витрат медичного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення.

Інформаційно-нормативною базою дисертації є законодавчі та нормативно-правові акти України, законопроекти, дані Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, статистичні матеріали Державного комітету статистики України, матеріали звітності Головного фінансового управління Тернопільської облдержадміністрації, звітні дані управлінь охорони здоров'я у Тернопільській області та м. Тернополі, звітні дані лікувально-профілактичних закладів м. Тернополя та Тернопільської області, а також монографії та статті вітчизняних і зарубіжних учених.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в конкретизації теоретичних основ створення ефективного механізму фінансового забезпечення національної системи охорони здоров'я та розробці системи практичних заходів, спрямованих на його модернізацію в сучасних умовах господарювання.

На захист винесені такі головні результати, що містять наукову новизну та відображають зміст проведеного дослідження:

вперше:

– обґрунтовано доцільність державного регулювання ринку медичних послуг з позиції сучасних наукових теорій: теорії відмови функціонування ринку; теорії суспільних благ; теорії людського капіталу та "інвестицій у людину", теорії суспільного вибору. Запропоновано виокремити основні функції, які виконує держава у сфері охорони здоров'я: соціально-стабілізаційну та економічну. На підставі цього зроблено висновок про те, що участь держави на ринку медичних послуг є обов'язковою умовою розвитку і функціонування будь-якої системи медичного обслуговування;

– удосконалено діючу формулу розрахунку обсягів видатків на охорону здоров'я бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів шляхом залучення до неї додаткового коригуючого екологічного коефіцієнта, призначеного враховувати вплив екологічного фактора на розміри бюджетного фінансування;

– оптимізовано витрати бюджетного закладу охорони здоров'я на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення за допомогою економіко-математичної моделі, яка дає змогу ефективніше і раціональніше використовувати фінансові ресурси в процесі фінансово-господарської діяльності з урахуванням вимог законодавства про порядок закупівлі товарів, робіт і послуг за державні кошти;

уточнено:

– економічний зміст поняття "фінансове забезпечення охорони здоров'я", яке запропоновано трактувати як метод фінансового механізму, що визначає джерела і форми фінансування суб'єктів господарювання, діяльність котрих спрямована на відтворення, збереження та зміцнення здоров'я громадян;

– сутність кошторисного фінансування, яке слід розуміти як спрямування грошових коштів, акумульованих з різних джерел фінансування, на покриття потреб бюджетних установ та виконання ними функціональних завдань. На відміну від наявних підходів, запропоновано розглядати кошторисне фінансування як ширше поняття, ніж бюджетне, оскільки його здійснюють не лише за рахунок бюджетних асигнувань, а на основі поєднання різних джерел фінансування;

набули подальшого розвитку:

– концепція модернізації діючого механізму фінансового забезпечення державного сектора охорони здоров'я, зокрема, шляхом впровадження системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги; розширення та оптимізації переліку платних медичних послуг; удосконалення формульного підходу до планування видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я; запровадження методу глобального бюджету для фінансування стаціонарної, поліклінічної та швидкої допомог; використання принципів аутсорсінгу в діяльності медичних закладів;

– пропозиції щодо удосконалення ефективності функціонування приватного сектора охорони здоров'я з метою зменшення фінансового навантаження на державний сектор охорони здоров'я і поліпшення фінансового забезпечення

соціальних гарантій, зокрема, проведення преференційної податкової та фінансово-кредитної політики у сфері охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що їх використовують органи державної влади та місцевого самоврядування для вдосконалення механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Пропозиції щодо модернізації діючого механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я шляхом запровадження системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги практично застосовують у роботі управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації (довідка № 5-5 від 18. 01. 2006 р.).

Запропоновану в дисертації методику розрахунку коригуючого екологічного коефіцієнта, призначеного регулювати розподіл бюджетних коштів залежно від рівня екологічного забруднення адміністративно-територіальної одиниці, використано у роботі Головного фінансового управління Тернопільської обласної державної адміністрації (довідка № 44 від 25. 01. 2006 р.).

Окремі положення, що містяться у дисертації, використовують у навчальному процесі Тернопільського державного економічного університету при викладанні дисциплін "Фінанси", "Місцеві фінанси", "Бюджетна система", "Фінансова діяльність суб'єктів господарювання" та при розробці їх методичного забезпечення (довідки № 126-33/202 від 03. 02. 2006 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є одноосібно виконаною науковою роботою, в якій розвинуто теоретичні аспекти і досліджено зарубіжну і вітчизняну практики фінансового забезпечення охорони здоров'я. Наукові положення, розробки прикладного характеру, висновки та пропозиції, подані для захисту, отримано самостійно.

Апробація результатів дисертації Основні науково-практичні результати дисертаційного дослідження апробовані на науково-методологічних семінарах кафедри казначейської справи, науково-практичній конференції "Бюджетно-податкова політика в Україні (проблеми та перспективи розвитку)" (м. Ірпінь, 19–20 грудня 2001 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції "Актуальні проблеми та перспективи

розвитку фінансово-кредитної системи України" (м. Харків, 28 листопада 2001 р.); міжнародних науково-практичних конференціях "Ефективність державного управління в контексті європейської інтеграції" (м. Львів, 23 січня 2004 р.); "Реформування фінансово-кредитної системи і стимулювання економічного зростання" (м. Луцьк, 4–5 червня 2004 р.); Другій міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених "Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації" (м. Тернопіль, 24–25 лютого 2005 р.).

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи опубліковано в 14 одноосібних наукових працях, з них 9 – статті у наукових фахових виданнях обсягом 2,8 др. арк., 5 – публікації у збірниках наукових праць за матеріалами конференцій (0,8 др. арк.). Загальний обсяг публікацій становить 3,5 др. арк.

Структура і обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел із 208 найменувань на 19 сторінках і 23 додатків, що містяться на 50 сторінках. Загальний обсяг становить 168 сторінок. Подано 20 таблиць на 24 сторінках і 8 рисунків на 8 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Державне регулювання ринку медичних послуг

Ринок як об'єктивна форма організації та функціонування економічних зв'язків господарюючих суб'єктів має надзвичайно складну структуру взаємопов'язаних і взаємообумовлених елементів. За економічним призначенням об'єктів ринкових відносин у його структурі виділяють такі елементи: ринок капіталів, ринок праці й товарний ринок. Особливо важливе місце на товарному ринку займає ринок товарів і послуг, який об'єднує: ринки продовольчих та побутових товарів, транспортних, освітніх, комунальних і медичних послуг.

Ринок медичних послуг – це складна система економічних відносин, що виникають між виробниками і споживачами з приводу купівлі-продажу медичних товарів та послуг. Повноцінне функціонування ринкових відносин у цій сфері передбачає високий ступінь раціональності й економічної самостійності у господарській поведінці економічних суб'єктів, наявність еквівалентного обміну, вільної конкуренції та впливу закону вартості, попиту і пропозиції. З допомогою дії ринкових регуляторів ринок спроможний самостійно й об'єктивно вирішувати значні економічні завдання. Однак у процесі розвитку економічних відносин виникають проблеми, з якими ринковий механізм не може успішно справлятися без допомоги держави. Тому ринок медичних послуг функціонує в органічному поєднанні двох взаємодоповнюючих елементів: ринкового механізму і державного регулювання.

Державне регулювання ринку медичних послуг – це сукупність форм і методів, за допомогою яких держава впливає на розвиток даного сектору економіки для його стабілізації та ефективного функціонування. Найважливішими методами державного регулювання є: правові, адміністративні й економічні. Правове регулювання передбачає прийняття комплексу нормативно-правових документів,

що визначають юридичні аспекти діяльності у цій сфері. В свою чергу, адміністративні важелі регулювання – це законодавчі заборони, дозволи, засоби примусу тощо. Економічні методи державного регулювання можна здійснювати з допомогою проведення прямих заходів (державного цільового фінансування, закупівлі товарів, робіт і послуг) або непрямих (проведення заходів бюджетно-податкової, грошово-кредитної, цінової, валютної політик). Як правило, пріоритетне використання тих чи інших методів регулювання визначає ступінь державного втручання на ринку медичних послуг і впливає на його подальший розвиток. Так, наприклад, посилення прямих економічних методів регулювання сприяє розвитку державного сектору охорони здоров'я, де держава виступає як самостійний суб'єкт власності і підприємництва, що забезпечує населення загальнодоступною і кваліфікованою медичною допомогою. В свою чергу, непрямі економічні методи, які базовані на використанні таких важелів, як податки, кредити, ціни, тарифи тощо, більшою мірою регулюють господарську діяльність суб'єктів недержавного сектору охорони здоров'я.

Аналізуючи тенденції розвитку ринку медичних послуг у світовому господарстві, можна відзначити, що держава завжди впливала на діяльність даного сектору економіки і відіграла важливе значення у виконанні такої функції, як охорона здоров'я. Світове співтовариство пройшло тривалий еволюційний шлях практичної апробації і наукової полеміки стосовно участі держави на ринку медичних послуг.

В умовах вільної ринкової економіки (початок XVI – кінець XIX ст.), коли на ринку медичних послуг домінувала приватна ініціатива, державна медична допомога функціонувала швидше як необхідний елемент опіки і благодійництва з метою захисту певних верств населення. На ринку медичних послуг діяли жорсткі економічні закони, й медична допомога була приватною справою кожної людини. В економічній науці панували ідеї вчених-класиків, і предметом наукових дискусій служили найчастіше питання: які обов'язки має виконувати держава, і як їх виконання вплине на розвиток ринкових відносин, на економічне зростання країни та рівень її добробуту. Державі відводили скромну, мінімально можливу роль в

економіці й на ринку медичних послуг зокрема. Вчені того часу (У. Петті, А. Сміт, Д. Рікардо та інші) безмежно вірили у силу “невидимої руки” ринку і захищали приватну ініціативу. Вони визнавали необхідність державного фінансування окремих суспільно важливих потреб, однак не з’ясовували причин такого втручання і більше поклалися на “ринкову інтуїцію”.

Активізація діяльності держави на ринку медичних послуг і стрімкий розвиток державного сектору охорони здоров’я почали відбуватись у ХХ столітті. Науково-технічний прогрес, економічний розвиток і гуманізація суспільства сприяли процесу одержавлення ринку медичних послуг та підвищенню відповідальності держави в даному секторі економіки. Усвідомивши економічну доцільність і соціальну необхідність охорони здоров’я, уряди багатьох країн світу почали брати активну участь у визначенні пріоритетів та формуванні політики цієї сфери. У результаті заходів, які вжила держава, виникла розгалужена мережа медичних закладів державної і муніципальної форм власності, було залучено значну кількість кваліфікованих кадрів, підготовлено відповідну матеріально-технічну базу. Все це призвело до значних фінансових зобов’язань і зростання обсягів державних витрат у сфері охорони здоров’я. Якщо проаналізувати частки державного фінансування у структурі загальних витрат на охорону здоров’я в економічно розвинутих країнах світу, то можна побачити, що цей показник переважно досягає рівня 70% і вище (додаток А).

Таке посилення ролі держави зумовлене, насамперед, неспроможністю ринкових механізмів вирішувати складні соціально-економічні проблеми, які виникають у сфері медичного обслуговування. Найбільш значних результатів у наведенні наукових аргументів щодо необхідності державного впливу на ринок медичних послуг досягли представники неокласичного напрямку. Теорія відмови функціонування ринку, яку вони проголосили, послужила теоретичним контраргументом тим науковим поглядам, які наголошували на виняткових перевагах ринку і дискредитували роль держави¹. У сфері охорони здоров’я

¹ Порушення функціонування ринку (відмова ринку) – це економічна ситуація, за якої ринок неспроможний за допомогою властивих йому інструментів і механізмів самостійно регулювати попит та пропозицію [18, с. 66].

зарубіжні вчені (П. Самуельсон, Дж. Е. Стігліц, Ш. Бланкарт, Ю. Немец та ін.) виділили низку об'єктивних явищ, які заважають ефективному функціонуванню ринкових механізмів, а саме: негативні зовнішні ефекти; інформаційна асиметрія; неспроможність ринку приватного медичного страхування тощо. Тому дану галузь вважають яскравим прикладом порушення ефективності функціонування ринку і необхідності державного регулювання.

Суттєвим ринковим недоліком і переконливим аргументом на користь функціонування державного сектору охорони здоров'я, є нездатність приватного ринку медичних послуг біти відповідальним і протистояти негативним зовнішнім ефектам (екстерналіям). Виникнення негативних екстерналій у сфері охорони здоров'я спричинено певними видами захворювань (інфекційних і паразитарних, психічних, соціальних – наркоманія, алкоголізм, СНІД тощо), які можуть викликати епідемії в суспільстві і завдати значних соціально-економічних втрат.

Ринкова модель охорони здоров'я не здатна виробляти блага, загальнодоступні для населення та неконкурентні у споживанні. Медичну допомогу можуть отримати лише ті споживачі, які спроможні заплатити сформовану на конкурентному ринку ціну. Тому у випадку настання епідемії (негативної зовнішньої екстерналії) при індивідуальній (приватній) формі надання медичних послуг обов'язково виникнуть "вогнища захворюваності" великих груп населення, оскільки в суспільстві населення поляризоване за рівнем доходів. Приватна медична послуга не може створювати вигоди для всього суспільства, як це відбувається у випадку державного втручання. Так, на думку П. Самуельсона, "викоренення віспи принесло користь мільйонам потенційних жертв, а для фірми користі не було фактично ніякої" [151, с. 332]. Факт неспроможності ринку протистояти негативним екстерналіям змушує державу вживати відповідних заходів: організувати карантин, обов'язкову вакцинацію населення та фінансувати їх за рахунок бюджетних коштів.

Виникнення системи приватного страхування здоров'я частково пов'язане з реакцією суспільства на "провали" ринку в сфері медичного обслуговування. Страхування здоров'я дає змогу знизити ступінь фінансового ризику у випадку

настання хвороби і перекласти оплату на інших, проте воно теж не позбавлене вад та недоліків. Проблема в тому, що приватне страхування не поширюється на “погані ризики” і не охоплює певні верстви громадян. Чим більша в людини ймовірність захворіти, тим дорожче коштуватиме "страховка" або цій особі можуть відмовити у страхуванні. До згаданої групи ризику належать літні особи, діти, інваліди, малозабезпечені. Зрозуміло, що страхові компанії спрямовано відбиратимуть клієнтів за їхніми доходами і станом здоров'я. Найкращими клієнтами для системи приватного медичного страхування будуть заможні й здорові люди. У цій ситуації саме державі перебирати опіку над ними і надавати їм медичну допомогу незалежно від платоспроможності, статі, віку, стану здоров'я.

Фінансування наукових досліджень і розробок у сфері медицини, медична освіта і культура – все це обмежена сфера дії для ринку, оскільки згадані види діяльності є здебільшого неприбутковими і не викликають комерційного інтересу.

Регулююча роль держави на ринку медичних послуг також пов'язана з існуванням інформаційної асиметрії, котра сприяє формуванню такого економічного явища, як “попит, що стимулює постачальник”. Споживач медичних послуг майже не володіє інформацією щодо своїх потреб, необхідного рівня та форми лікування і цілком покладається на ініціативу лікаря. Така асиметрія створює монопольне становище і можливість нав'язати низькоякісне, зайве або надто дороге лікування, тому уряду відведена роль справедливого регулятора і захисника інтересів споживачів у сфері медичних послуг. Видача ліцензій, контроль за якістю медичних послуг, патентування ліків – ці аспекти теж свідчать на користь державного втручання.

Теорія відмови функціонування ринку доводить, що переваги у використанні держави як виробника чи посередника при вирішенні проблем охорони здоров'я в тому, що на відміну від ринкової моделі держава може впоратися з негативними зовнішніми ефектами (екстерналіями), захистити найвразливіші верстви населення і гарантувати їм необхідний рівень медичної допомоги й забезпечити належний контроль за якістю медичних послуг. Дана теорія доводить, що певні об'єктивні

причини змушують державу реагувати на проблеми у сфері медичного обслуговування і діяти в інтересах охорони здоров'я всього суспільства.

На ґрунті теорії відмови функціонування ринку виникла інша концепція, котра стала стрижнем, навколо якого сформувалися теоретичні основи сучасного наукового уявлення про державний сектор економіки і державні фінанси – це теорія суспільних благ. Досліджуючи науковий доробок із даної проблематики, відомий український вчений В. Андрущенко в монографії “Фінансова думка Заходу в ХХ столітті (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів)” виділив наступні властивості суспільних благ: по-перше, споживання суспільних благ є загальнодоступним; по-друге, їх надають споживачам, оминаючи конкурентний ринок; по-третє, ці блага невичерпні в тому розумінні, що задоволення потреби однією людиною практично не зменшує обсягу задоволення тієї самої потреби іншими; по-четверте, рішення про постачання суспільних благ приймають за суспільною згодою, оскільки окремий споживач у приватному порядку неспроможний створити попит на них або нав'язати його суспільству; по-п'яте: фінансують суспільні блага через механізм державних фінансів [4, с. 66].

На практиці дуже складно виділити чисті суспільні блага, оскільки критерії їх визначення постійно змінюються. В економічній теорії приділено чимало уваги характеристиці та класифікації суспільних благ, проте досі нема єдиної узгодженої позиції з даного приводу. Медична послуга належить до групи змішаних суспільних благ². Вона є конкурентною у споживанні через граничну пропускну спроможність усіх закладів охорони здоров'я, внаслідок якої отримання медичних послуг одним пацієнтом обмежує їхнє споживання іншими [50, с. 104]. Однак, як і всі суспільні блага, медична послуга не є винятковою, оскільки держава гарантує для всіх членів суспільства, незалежно від їхньої платоспроможності, вільний доступ до медичного обслуговування.

Отже, теорія суспільних благ пояснює характер товарів і послуг у сфері медичного обслуговування, вивчає способи їх виробництва й розподілу та джерела

² Змішаними називають суспільні блага, на які лише частково поширюються принципи винятку і суперництва [18, с. 90].

фінансування. Згідно з цією теорією, медичну послугу лише частково можна вважати суспільним благом, яке об'єктивно потребує обов'язкового державного фінансування. Дві полярні інституції – держава і ринок, можуть брати участь у виробництві послуг з охорони здоров'я. Питання щодо того, які послуги мають постачати тільки державний або приватний і державний сектори одночасно, а які з них можна повністю передати у приватні руки, вирішується урядовою політикою кожної країни. Таким чином, державна активність у фінансуванні сфери охорони здоров'я може бути викликана не лише об'єктивними, а й суб'єктивними чинниками.

У демократичному суспільстві є ще одна причина, яка може суттєво впливати на масштаби державного фінансування охорони здоров'я і визначати пріоритети у згаданій галузі – це суспільний вибір. Так, в умовах демократії рішення про діапазон послуг у сфері охорони здоров'я та обсяг державного фінансування виробляють у рамках політичного процесу і визначають колективно (суспільним вибором). Взаємозв'язок економічної теорії і політичної науки обґрунтовано теорією суспільного вибору, яку розробив відомий американський вчений, Нобелівський лауреат Джеймс Б'юкенен. Він, зокрема, довів, що в умовах демократії суспільний вибір, який відображає позицію громадян-виборців щодо бачення ролі та функціонального призначення держави, значною мірою впливає на обсяги державного фінансування.

В економічній теорії питання про необхідність державного фінансування охорони здоров'я розглядають також у контексті концепції людського капіталу. В ХХ столітті в економічній теорії відбулося наукове осмислення ролі індивіда як найціннішого ресурсу, набагато вартіснішого ніж природні ресурси або нагромаджене багатство. В епоху науково-технічної революції значно зросло значення людини в економічному житті суспільства. Як наслідок, поживався науковий інтерес до проблем не лише ефективності використання робочої сили, а й ефективного “виробництва” самої людини .

Людський капітал – вирішальний економічний фактор, основа науково-технічного прогресу суспільства. Особливо важливими економічними ресурсами держави є освіченість, досвід, здібності та здоров'я її народу [185, с. 447].

Над проблематикою “людського капіталу” працював американець Г. Беккер, який за розробки у цьому напрямку був нагороджений в 1992 р. Нобелівською премією з економіки. Вчений дослідив економічну доцільність як державних, так і приватних капіталовкладень у “людський фактор”. На думку Г. Беккера, значні інвестиції в підготовку студентів і працівників, у медичне обслуговування, особливо дитяче (він навіть пропонував ввести для цього спеціальний податок), у соціальні програми, спрямовані на збереження, підтримку і розширене відтворення кадрів, є рівноцінні інвестиціям у виробництво або придбання нового обладнання, машин, технологій, адже в майбутньому повертаються такими самими, якщо не більшими прибутками. Науковець вважає, що високоякісне медичне обслуговування і сучасні профілактичні заходи в поєднанні із заняттями фізкультурою і спортом, дадуть змогу уникнути значних витрат на лікування та відшкодування втрати професійних кадрів [185, с. 487].

Процес формування чи виробництва людського капіталу потребує від людини і суспільства значних витрат або інвестицій. Концепція “інвестицій у людину” є найпоширенішою на Заході, і її автори – неокейнсіанці Л. Туроу, С. Боулз, М. Блауг, Р. Кембелл, Б. Сіджел та ін. Американські економісти К. Макконелл і С. Брю інвестицією в людський капітал називають будь-який захід для зростання продуктивності праці робітників (підвищення їх кваліфікації і розвиток здібностей); видатки на поліпшення освіти, здоров'я працівників та зростання мобільності робочої сили [100, с. 171]. Вони виділили три види інвестицій у людський капітал: витрати на освіту (загальну і спеціальну, формальну і неформальну, підготовку за місцем роботи); витрати на охорону здоров'я (на профілактику захворювань, медичне обслуговування, дієтичне харчування, поліпшення житлових умов); витрати на мобільність.

Із усіх видів інвестицій у людський капітал найважливішими є капіталовкладення у здоров'я та освіту. Інвестиції в охорону здоров'я зменшують

рівень захворюваності й смертності, продовжують працездатний вік людини, отже, і час функціонування людського капіталу. Здоров'я людини можна розглядати як капітал, котрий частково залежить від генетичних факторів, спадковості і певною мірою – від зусиль і затрат самої людини й суспільства. Інвестиції, пов'язані з охороною здоров'я, уповільнюють процес зносу людського капіталу.

Американський учений Дж. Кендрік, який також досліджував дану проблематику, стверджував, що інвестиції в охорону здоров'я протягом певного часу дають ефект не тільки у грошовій, а й у психологічній формі. Лікування, профілактика захворювань та інші заходи у сфері охорони здоров'я – важливий фактор зниження рівня захворюваності, що позитивно впливає на продуктивність праці та благополуччя населення. Вчений доводив, що в результаті зниження рівня смертності та продовження трудового життя людини значно зростають доходи населення і збільшується національний дохід [84, с.45].

У радянській економічній літературі лише у 1970–80-х роках почали публікувати роботи, присвячені дослідженню теорії людського капіталу (В. Гойло, Р. Капелюшніков, М. Критський, В. Марцінкевич, С. Струмилін та ін.) З позиції домінуючої тоді політичної економії соціалізму праці зарубіжних вчених із цих питань здебільшого піддавали критиці, однак були окремі науковці, яким дана теорія імпонувала. Наприклад, академік Струмилін спробував визначити народногосподарську ефективність охорони здоров'я. Він підрахував, що на 100 крб. витрат у сфері відтворення робочої сили отримують 220 крб. “заново створеного народного доходу” [165, с. 30].

У сучасній українській та російській економічній літературі дослідженню сутності людського капіталу і його ролі в зміцненні економіки приділили достатньо уваги (А. Добринін, С. Дятлов, Є. Сумароков, В. Харченко, Д. Полозенко). Щоправда, науковці ґрунтовніше аналізують економічний і соціальний ефекти від інвестицій в освіту, а питання результативності капіталовкладень в охорону здоров'я розглядають поверхнево, і тому це потребує подальшого наукового обґрунтування. Необхідність досліджень у згаданому напрямку влучно виражає вислів американського політолога М. Кастельса "Джерело продуктивності –

освічена робоча людина. Водночас освіченість нічого не варта, якщо працівники при тому не мають здоров'я, гідного житла, психологічної стабільності та високого рівня культури..." [121, с. 34].

Згідно з теорією людського капіталу відбувся поділ усієї економічної діяльності суспільства на два види: виробництво предметів і послуг та виробництво продуктивних сил. Ці процеси відбуваються як на мікро-, так і на макрорівні, причому спостерігається тенденція до розширення можливостей прямого чи опосередкованого втручання держави у сферу відтворення трудових ресурсів. Держава може використовувати як обов'язкові – примусові заходи, наприклад, обов'язкова медико-профілактична допомога (прививки, диспансерний огляд і т. д.), так і стимулюючі заходи для поживлення приватних інвестицій у людину. Спрямовуючи бюджетні кошти на інвестиції в людський капітал або спонукаючи до цього приватні фірми чи індивідуумів, держава виступає важливим партнером загального процесу формування, збереження і розвитку продуктивних сил суспільства. Зокрема, держава отримує економічні вигоди від вкладання коштів у здоров'я своїх громадян. Стан здоров'я значно впливає на людські ресурси, а через них на економічні та виробничі фактори. Лише здорові працівники володіють вищою продуктивністю праці й здатні виробляти більше товарів, робіт, послуг, що є запорукою багатства нації. Медичні витрати – своєрідна форма капіталовкладень у людину, а кожний працівник – це носій і джерело капітальної вартості. Із позиції концепції "інвестицій у людину" економічний і соціальний ефект від вкладання інвестицій в охорону здоров'я громадян, який проявляється у підвищенні продуктивності праці, збільшенні національного доходу та поліпшенні показника суспільного здоров'я, спонукає державу до заходів у цій сфері.

Незважаючи на утопічність теорії про продуктивну і непродуктивну працю, історичні результати її впливу є вагомими. Адже саме положення даної теорії лягли в основу фінансового забезпечення охорони здоров'я у колишньому Радянському Союзі та розвитку такої її системи, де пріоритетним джерелом фінансування вперше у світовій історії був державний бюджет.

Ідейним ініціатором згаданої теорії став відомий англійський вчений А. Сміт, який стверджував, що “один вид праці збільшує вартість предмета, до якого він додається, інший вид праці не створює такої дії” [156, с. 202]. Він вважав, що праця лікаря є непродуктивною і не створює ніякої вартості, оскільки не матеріалізується в товарі, а дохід лікаря зменшує національне багатство. Науковим послідовником згаданої теорії став відомий німецький вчений К. Маркс, який ґрунтовно проаналізував і доповнив її своїми ідеями та захистив від критичних нападів опонентів. К. Маркс, визнаючи корисною працю лікаря, яка підтримує здоров’я і так зберігає джерело всіх вартостей – робочу силу, вважав, однак, що даною працею неможливо створити фонд для її оплати, тому включав її до витрат на виробництво фонду, котрий створює взагалі всі вартості. Послуги лікаря він відносив до витрат “на ремонт робочої сили”, що належать до “faux frais” виробництва (з французької, “корисні витрати”). Тобто представляють такі витрати, які безпосередньо не беруть участі у процесі виробництва, але є необхідними для його функціонування, тому що відтворюють робочу силу [101, с. 195].

Протягом тривалого часу марксистські ідеї про економічну природу вартості та продукту займали домінуючу позицію в радянській економічній науці. У політичній економії переважала думка, згідно з якою сфера послуг становила той сектор економіки, де вартість (цінність) не створювали, а доходи осіб, які надавали послуги, вважали відрахунком від вартості, створеної у виробничій сфері. Ця теза була основним теоретичним аргументом на користь повного бюджетного забезпечення сфери послуг, в т. ч. охорони здоров’я. В курсах політекономії соціалізму відбувався поділ економіки на дві сфери – виробничу (де створювали продукт) і невиробничу (де застосовували непродуктивну працю). До виробничої сфери відносили всі галузі, що виробляли матеріальні блага: промисловість, будівництво, сільське господарство, частково транспорт і зв’язок, побутове обслуговування, комунальне господарство. До невиробничої зараховували освіту, охорону здоров’я, культуру, спорт, науку тощо.

Теорія про продуктивну і непродуктивну працю була піддана гострій критиці й викликала неприйняття багатьох дослідників, однак найбільш вдало науково

спростувати помилкові твердження представників класичної школи зуміли вчені-неокласики. Принципи концепції маржиналізму, що лягли в основу розвитку неокласичного напрямку економічної науки кінця XIX – початку XX століття, стали початком усвідомлення необхідності віднесення до продукту виробництва не лише матеріальних, а й нематеріальних благ, у т. ч. нематеріальних послуг. Тому проблема продуктивної праці зникла сама собою, оскільки вихідним положенням теорії став принцип “суб’єктивної корисності” продукту. Іншими словами, економічна наука відкинула всі основні постулати концепції А. Сміта про продуктивну і непродуктивну працю як такі, що не відповідають реальному стану речей.

Сучасна економічна теорія визначає продукт виробництва як життєве благо, створене виробничими факторами (капіталом, працею, природними ресурсами, підприємницькою здібністю), що існує у речовій і неречовій формі (у вигляді послуги). Послуга – це виробнича діяльність із корисним ефектом, яка буває матеріальною і нематеріальною [62, с. 8]. Вітчизняні вчені одностайно погоджуються, що соціальна сфера не є утриманкою матеріального виробництва і робить суттєвий внесок у збільшення національного доходу послугами, що надає населенню. До макроекономічного результату зараховують не лише матеріальні, а й нематеріальні блага. Економіка поділяється на дві виробничі сфери: матеріального виробництва (де створюють матеріальні блага) і нематеріального виробництва (де створюють нематеріальні цінності), а національний дохід – грошовий вираз усієї сукупності вироблених громадянами країни за рік благ і наданих ними послуг, у т. ч. сферою охорони здоров’я.

Отже, явище державної експансії на ринку медичних послуг і зростання ролі держави у фінансуванні охорони здоров’я має наукове пояснення з позиції різних економічних теорій і концепцій. В роботі запропоновано наступну типологічну схему теорій, через призму яких обґрунтовано причини державного втручання у ринок медичних послуг і необхідність функціонування державного сектору охорони здоров’я (рис.1.1).

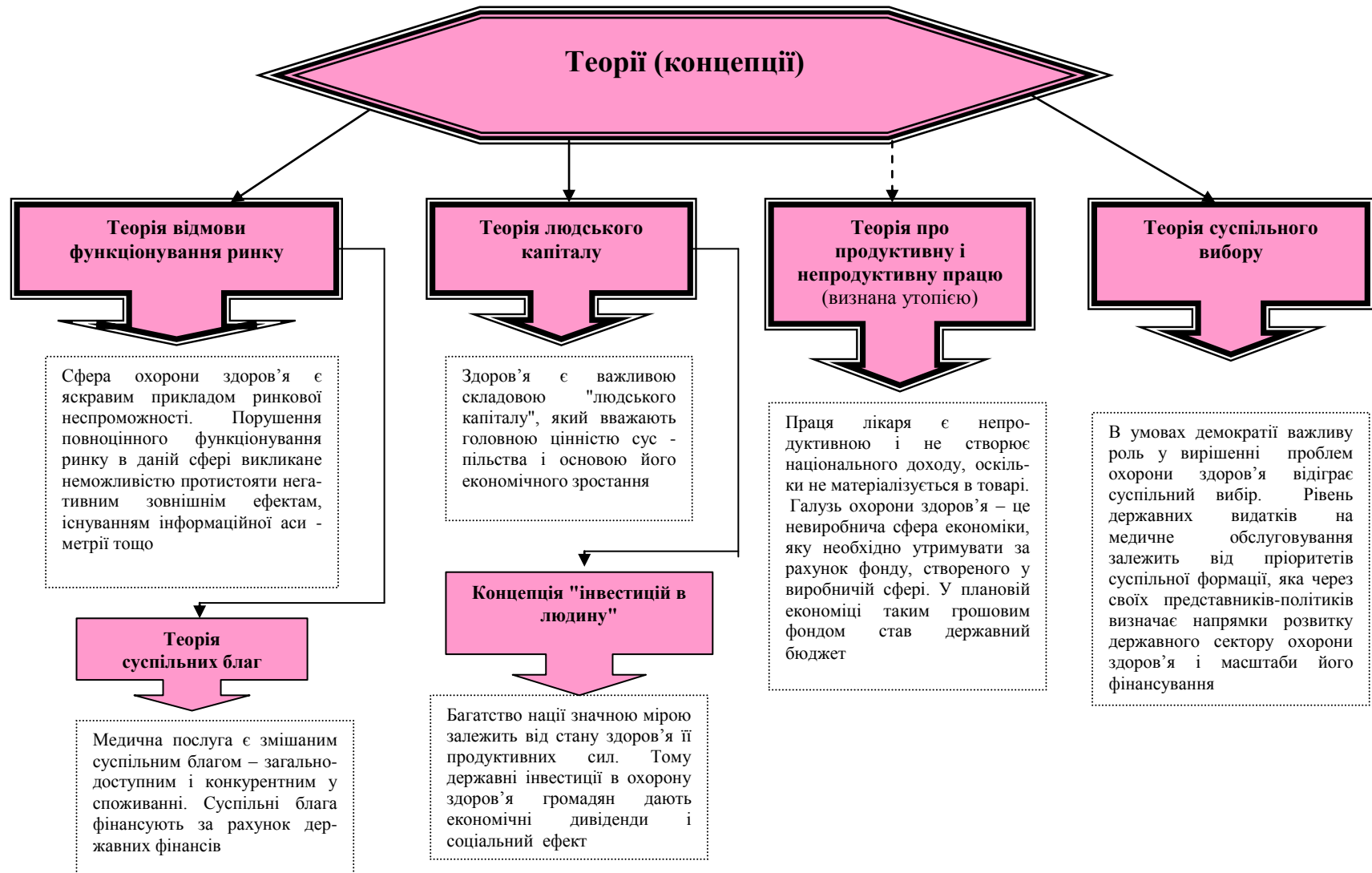


Рис. 1.1. Теоретична аргументація причин державного регулювання ринку медичних послуг.

Таким чином, обов'язковим учасником ринку медичних послуг є держава, оскільки доцільність її діяльності зумовлена низкою причин, а саме:

- неспроможністю приватного сектору медичних послуг протистояти негативним зовнішнім ефектам (екстерналіям);
- наявністю на ринку медичних послуг явища інформаційної асиметрії, яке може викликати "попит, стимульований постачальником";
- нездатністю ринку приватного медичного страхування забезпечити медичне обслуговування окремих верст населення (пенсіонерів, інвалідів, дітей) через намагання знизити страхові ризики і максимізувати прибуток;
- неприбутковістю діяльності, яка пов'язана з проведенням наукових досліджень у сфері медицини;
- необхідністю інвестицій у здоров'я громадян, у результаті чого підвищується продуктивність праці, а отже збільшується валовий внутрішній продукт і національне багатство країни;
- вимогами суспільства, яке в умовах демократії через "суспільний вибір" може визначати державну політику в сфері охорони здоров'я.

Підсумовуючи наведені аргументи, можна стверджувати, що у зв'язку з об'єктивними і суб'єктивними причинами держава має виконувати на ринку медичних послуг наступні функції: соціально-стабілізаційну і економічну.

Суть соціально-стабілізаційної функції в тому, що основним завданням держави на ринку медичних послуг є забезпечення соціальної справедливості й стабільності в суспільстві. Найвища мета соціально справедливого суспільства – це забезпечення загальної доступності медичних послуг для всіх верств населення, незалежно від рівня особистих доходів і соціального статусу. Такий підхід у науці називають специфічним егалітаризмом, представники якого відстоюють думку про те, що медичну послугу необхідно розглядати окремо від інших товарів і, аналогічно до права на життя доступ до медичних послуг не має контролювати ринок. У цьому випадку шлях до соціальної справедливості пролягає через згортання ринкових структур у сфері медичного обслуговування і повне її одержавлення. Такий максималізм у прагненні забезпечити соціальну справедливість спричиняє надмірне

втручання держави у дану сферу, що може призвести до низької дієздатності та економічної неефективності. Тому проблему соціальної справедливості у сфері медичного обслуговування можна вирішувати у менш радикальній формі, коли кожній людині (або окремим верствам населення – інвалідам, пенсіонерам, малозабезпеченим особам тощо), держава гарантує право на доступ до певного рівня медичних послуг. У цьому випадку держава встановлює межі власної відповідальності й визначає соціальні гарантії для населення у даній сфері.

У демократичному суспільстві концепція соціальної справедливості в сфері медичного обслуговування формується у політичному середовищі й завжди залежить від суспільного вибору та соціально-економічних інтересів, презентованих у парламенті. Тому в демократичній державі реалізація соціальної функції на ринку медичних послуг є відображенням колективної думки і пріоритетів суспільства щодо охорони здоров'я його громадян.

Виконання державою такого важливого завдання, як соціальна стабілізація, проявляється при вирішенні глобальних проблем, пов'язаних із ліквідацією епідемій і масових захворювань. Виникнення в суспільстві загрозливих ситуацій, пов'язаних із можливістю втратити здоров'я, а інколи й життя, призводить до порушення суспільної стабільності. Мета держави – забезпечити необхідні економічні та соціальні заходи, спрямовані на вирішення проблем, що виникають або їх попередження.

Процес реалізації економічної функції держави на ринку медичних послуг відбувається за такими основними напрямками.

По-перше, держава регулює діяльність недержавного (приватного) сектору охорони здоров'я шляхом:

- запобігання монополістичним тенденціям і забезпечення повноцінної конкуренції між виробниками медичних послуг (запровадження антимонопольних законів і контроль за їх дотриманням);

- проведення ліцензування й акредитації медичних закладів усіх форм власності та осіб, які займаються індивідуальною медичною практикою, з метою забезпечення належного рівня якості медичного обслуговування. Такі заходи

здійснюють для захисту споживача, і вони підтверджують право на медичну допомогу в обсязі та за якістю не нижче від стандартів;

- регулювання ринку освіти щодо підготовки фахівців медичного профілю (лікарів, медичних сестер тощо);

- застосування податкових, грошово-кредитних, цінових та інших важелів впливу на розвиток підприємницької діяльності у сфері медичних послуг з метою її стимулювання або сповільнення.

По-друге, держава є самостійним суб'єктом економічної діяльності у сфері медичних послуг і відповідає за організацію та фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я державної та муніципальної форм власності. Вона свідомо вкладає інвестиції в здоров'я своїх громадян, і у майбутньому ці кошти повертаються економічними дивідендами у вигляді зростання національного доходу і багатства країни. Тобто державна опіка про здоров'я населення має не лише соціальне підґрунтя, а й меркантильний інтерес та економічну вигоду.

Участь держави у забезпеченні охорони здоров'я своїх громадян є безмежною і, як правило, на законодавчому рівні визначається системою соціальних гарантій. Високий рівень цих гарантій у сфері охорони здоров'я – основа національного добробуту і важлива мета діяльності держави, котра дбає про здоров'я своїх громадян. Державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я встановлюються державою з метою задоволення соціально-пріоритетних потреб, пов'язаних із зниженням працездатності та погіршенням здоров'я населення і забезпеченням мінімального рівня медичного обслуговування. Гарантії у сфері охорони здоров'я покликані забезпечувати формування, підтримку і розвиток продуктивних сил суспільства.

Із розвитком економічних відносин роль держави на ринку медичних послуг настільки зросла, що дана сфера перетворилася на цілісну систему, відому під назвою "система охорони здоров'я". Дана система перебуває у постійній динаміці й має складну внутрішню організаційну структуру, яка у найбільш спрощеному варіанті включає два взаємодоповнюючих сектори: державний і приватний. Кожному секторові притаманні особливості фінансово-господарської діяльності, яка

в цілому спрямована на досягнення спільної мети – збереження, зміцнення та відтворення здоров'я громадян.

1.2. Сутність, джерела та форми фінансового забезпечення охорони здоров'я

Система охорони здоров'я – це надзвичайно складна і багатогранна галузь, діяльність якої передбачає створення й розвиток розгалуженої мережі лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних, інших оздоровчих закладів та залучення висококваліфікованих кадрів. Це високотехнологічна, наукомістка і ресурсомістка галузь, яка за характером та специфікою є надзвичайно динамічною й потребує значних капіталовкладень. Від рівня забезпечення галузі матеріально-технічними, трудовими, фінансовими ресурсами значною мірою залежать якість медичного обслуговування і стан здоров'я населення. Одним із основних чинників, що впливає на успіх заходів із охорони здоров'я та соціально-економічну результативність даної галузі, є її фінансове забезпечення.

У вітчизняній фінансовій науці більшість науковців розглядають фінансове забезпечення як метод фінансового механізму, який застосовують у процесі розподілу та перерозподілу виробленого в суспільстві національного продукту. Такий підхід, де фінансове забезпечення представлено як один із методів фінансового механізму, котрий покликаний забезпечувати розподільчі та перерозподільчі процеси з метою утворення доходів і фондів грошових коштів, характерний для наукових праць О. Кириленко, С. Юрія [86, с. 41–42; 200, с. 23]. Схожої думки дотримується В. Опарін, який вважає, що фінансове забезпечення – це структурна підсистема фінансово-кредитного механізму [113, с. 19]. Автор поділяє позицію згаданих науковців що фінансове забезпечення – це метод фінансового механізму, який забезпечує процес повноцінного функціонування фінансів.

У фінансовій науці термін "фінансове забезпечення" трапляється дуже часто, однак лише в окремих працях розкрито його зміст. Так, колектив авторів

навчального посібника під редакцією С. Юрія "Фінанси: вишкіл студії" визначив фінансове забезпечення як формування цільових грошових фондів у достатньому розмірі та їх ефективне використання [200, с. 24].

На наш погляд, дане визначення точно відображає суть явища, однак критичне зауваження викликає той момент, що у поданій дефініції фінансове забезпечення проявляється лише при формуванні цільових грошових фондів, тоді як воно може визначати і порядок утворення коштів, які розміщуються у нефондовій формі та не мають цільового призначення.

Інше визначення сутності фінансового забезпечення пропонує фінансист О. Романенко, для якого – це покриття затрат за рахунок фінансових ресурсів, акумульованих суб'єктами господарювання і державою [144, с. 18]. На наш погляд, у цьому трактуванні відображено тільки один аспект явища, адже фінансове забезпечення визначає не лише порядок використання фінансових ресурсів, а й передбачає участь у їх формуванні.

Фінансист В. Опарін визначив фінансове забезпечення як систему джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства [26, с. 49]. Дане визначення достатньо лаконічно відображає суть досліджуваного терміну. Відомо, що систему джерел фінансування можуть становити: кошти державного та місцевих бюджетів; кошти страхових фондів; кредити; власні кошти юридичних і фізичних осіб; добровільні внески; інші кошти. Як, правило, використання того чи іншого джерела фінансування зумовлює форму руху грошових коштів: бюджетних – бюджетне фінансування, кредитів – кредитування, коштів страхових фондів – страхування, власних коштів юридичних та фізичних осіб – самофінансування. У фінансово-господарській діяльності суб'єктів ринку дуже рідко використовують лише одну форму фінансового забезпечення, а в більшості випадків є оптимальне поєднання згаданих форм. Кожний економічний суб'єкт формує власну модель фінансового забезпечення, якою визначає склад і структуру джерел фінансування та відповідні форми руху грошових коштів. У згаданому визначенні фінансове забезпечення розглянуто лише як складову макроекономічного механізму, й

упущено той факт, що воно є у господарській діяльності всіх суб'єктів економічних відносин.

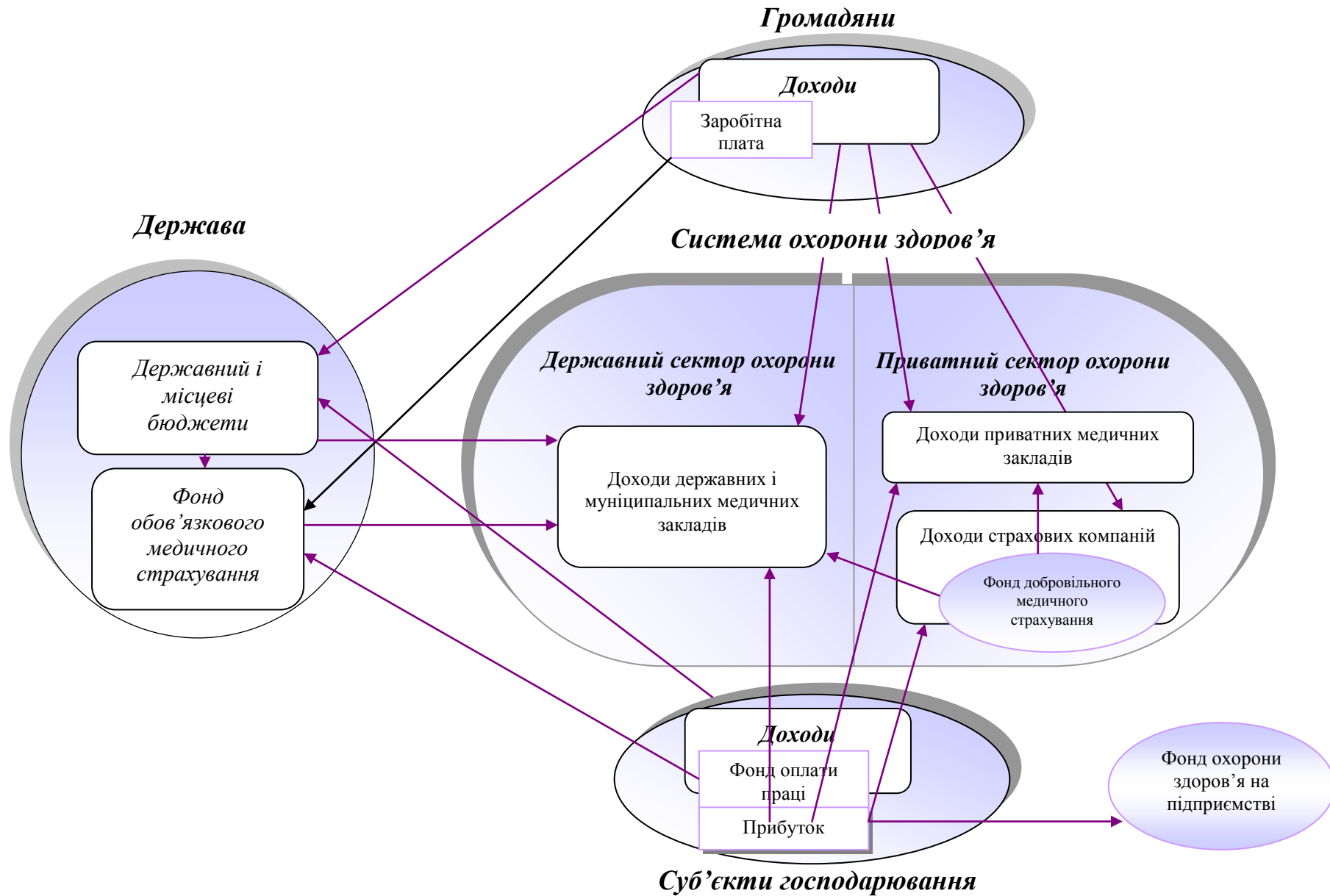
На основі критичних зауважень, зроблених у результаті аналізу наведених підходів щодо визначення терміну "фінансове забезпечення", можна зробити висновок, що фінансове забезпечення – це метод фінансового механізму, який визначає джерела і форми фінансування господарської діяльності суб'єктів економічних відносин для досягнення певних результатів і наміченої мети.

Зважаючи на особливість досліджуваної сфери, яка діє з метою відтворення здоров'я громадян та досягнення як соціальних, так і економічних результатів, пропонуємо наступне трактування. Фінансове забезпечення охорони здоров'я – це метод фінансового механізму, що визначає джерела і форми фінансування суб'єктів господарювання, діяльність котрих спрямована на відтворення, збереження та зміцнення здоров'я громадян.

Процес розподілу та перерозподілу вартості валового внутрішнього продукту й утворення доходів і фондів грошових коштів для забезпечення охорони здоров'я в суспільстві – складний. Як це показано на рис. 1.2, головними суб'єктами, які беруть участь у формуванні приватних і/або суспільних фондів грошових коштів, що в подальшому можуть бути використані на фінансування охорони здоров'я, є держава, суб'єкти господарської діяльності та громадяни країни.

Фінансові відносини в приватному секторі охорони здоров'я побудовані здебільшого на комерційній основі і передбачають прямий зв'язок між пацієнтом та виробником медичних послуг за схемою: пацієнт оплачує → виробник надає медичну послугу. Вихідною формою фінансового забезпечення для приватних медичних закладів є самофінансування, яке можна поєднувати з кредитуванням, інвестуванням, лізингом. Основні джерела фінансового забезпечення – кошти юридичних та фізичних осіб, кошти фондів добровільного медичного страхування, кредити, кошти інвесторів, меценатів.

Медичне обслуговування у приватних закладах дороге і призводить до відчутних затрат споживача. Тому головними клієнтами приватної медицини є, як правило, громадяни з високим рівнем власних доходів і суб'єкти господарювання,



→ напрям грошових потоків

Рис. 1.2. Модель розподілу та перерозподілу вартості ВВП на охорону здоров'я в суспільстві.

в яких високий показник рентабельності, дає їм змогу користуватися послугами даного сектору. В зарубіжній практиці вважають, що медичне обслуговування своїх працівників шляхом безпосередньої оплати медичних послуг вигідне тим, що дозволяє підприємству зекономити кошти на оплату послуг страхових компаній і контролювати їх використання.

Головним джерелом фінансових ресурсів на підприємстві для задоволення потреб охорони здоров'я його працівників є прибуток, що залишається у розпорядженні підприємства після сплати податків і обов'язкових платежів до бюджету. Підприємство та його засновники компетентні самі визначати напрямки використання чистого прибутку і фінансувати витрати на соціальні потреби, у т. ч. на охорону здоров'я. Такі витрати можуть бути пов'язані з утриманням власних об'єктів охорони здоров'я, санаторно-курортним оздоровленням чи виплатою страхових внесків із добровільного медичного страхування.

Функціонування посередників на ринку медичних послуг дещо послаблює фінансове навантаження і зменшує ризики населення щодо втрати доходу у випадку погіршення стану здоров'я. За таких умов діє схема: пацієнт здійснює страховий внесок → посередник оплачує → виробник надає медичну послугу. Приватні фонди страхування здоров'я утворюють, залучаючи від населення і суб'єктів господарювання сумми страхових внесків, сплачені на добровільне медичне страхування. Кошти фондів ДМС можна використовувати як джерело фінансування послуг з охорони здоров'я, що надають як у приватних, так і в державних медичних закладах.

Як видно з рис. 1.2, громадяни і суб'єкти господарювання беруть участь у формуванні суспільно важливих централізованих фондів – державного та місцевих бюджетів. Це відбувається шляхом сплати податків і зборів, які, розчиняючись у загальній сумі доходів державного чи місцевого бюджету, можуть впливати на обсяги витрат у сфері охорони здоров'я. Розмір бюджетних асигнувань у сферу медичного обслуговування залежить, як правило, від соціально-економічного розвитку країни й діючої моделі організації та фінансування охорони здоров'я. Крім цього, згадані суб'єкти сплачують обов'язкові страхові внески до державних

цільових фондів, створених за принципом соціального страхування (наприклад, фонд обов'язкового медичного страхування), і після страхового випадку отримувати медичну допомогу. Держава може виступати страхувальником і за рахунок коштів бюджету сплачувати до таких фондів страхові внески за окремі категорії громадян.

Громадяни і суб'єкти господарювання можуть також брати безпосередню участь у формуванні доходів закладів державного сектору охорони здоров'я, вносячи плату за надані медичні послуги. Як правило, ціни на медичні послуги, що надають населенню у державних і муніципальних закладах охорони здоров'я, нижчі, ніж у приватних. Це зумовлено тим, що дані установи можуть здійснювати лише неприбуткову діяльність і не передбачають отримання комерційного прибутку.

Загалом, для фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я використовують майже всі джерела фінансування, за винятком коштів фонду обов'язкового медичного страхування. Тому основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є: бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування і кредитування. Крім того, в період переходу до ринкової економіки державним та комунальним установам охорони здоров'я було дозволено некомерційну господарську діяльність (медичну і немедичну) і таким чином залучати додаткові фінансові ресурси. У результаті цього значно поширилася така форма фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування. Зміст некомерційного самофінансування полягає в тому, що його здійснюють на принципах самоокупності, й воно передбачає просте відтворення витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги.

Схематично систему джерел та форм фінансового забезпечення вітчизняних державних і комунальних закладів охорони здоров'я показано на рис. 1.3.

Традиційно, найвагомим джерелом фінансування закладів державного сектору охорони здоров'я є кошти державного і місцевих бюджетів, тоді як кошти, отримані з інших джерел – лише доповнюючий фінансовий ресурс. Тому основною формою фінансового забезпечення охорони здоров'я виступає бюджетне фінансування.

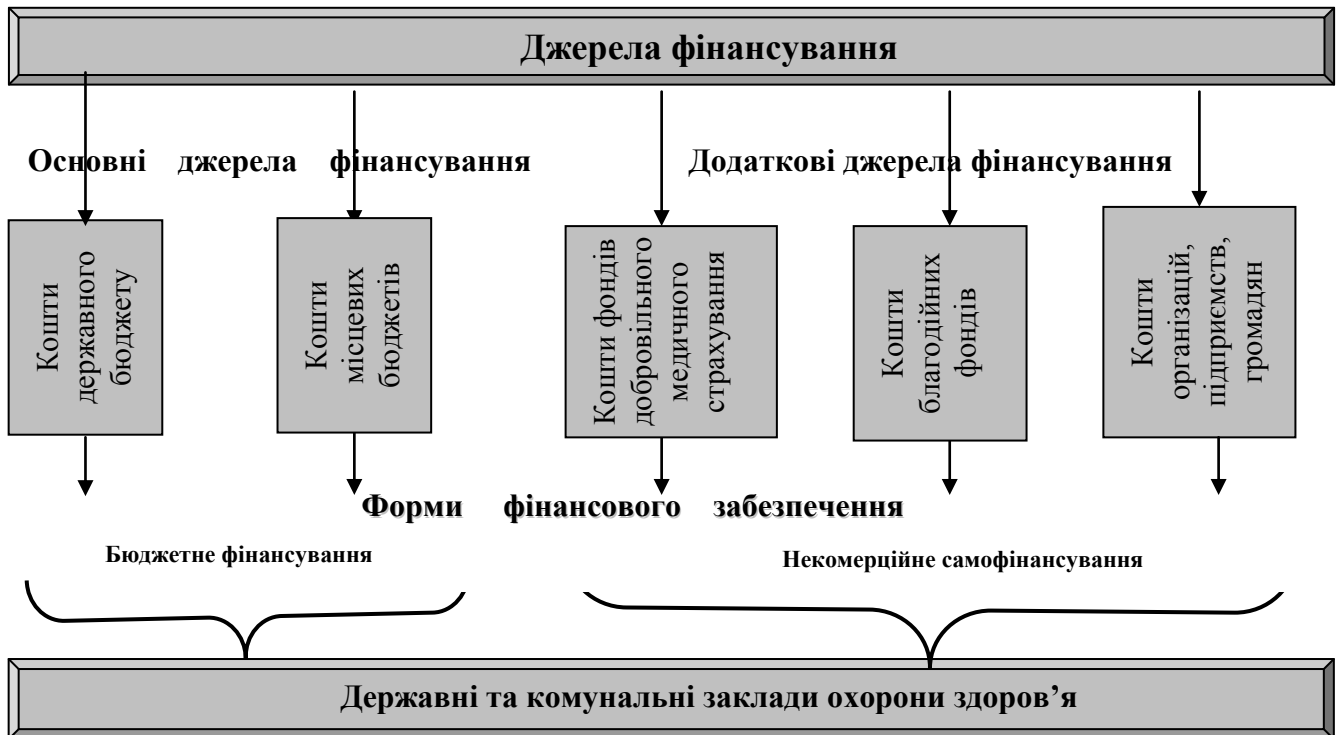


Рис. 1.3. Джерела та форми фінансового забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я в Україні.

Суть бюджетного фінансування полягає у налагодженні грошових відносин, які виникають між державою і місцевим самоврядуванням, з одного боку, і підприємствами, організаціями, установами всіх форм власності та фізичними особами, – з іншого, з приводу спрямування та використання грошових коштів централізованих фондів на розширене відтворення, підвищення рівня життя, задоволення суспільних потреб і забезпечення інших безпосередніх державних заходів [198, с.197].

Із бюджетним фінансуванням пов'язані ґрунтовні теоретичні дослідження розподільчих процесів та організації грошових відносин з приводу використання централізованого фонду грошових коштів держави – бюджету. Автори багатьох наукових праць аналізуються теоретичні домінанти і принципові ознаки даного поняття.

У радянській фінансовій теорії під бюджетним фінансуванням розумілося надання в безповоротному порядку коштів із державного бюджету підприємствам, установам, організаціям для повного або часткового покриття їхніх видатків, передбачених планом економічного і соціального розвитку країни [178, с.164].

У вітчизняній економічній енциклопедії бюджетне фінансування визначають як надане в безповоротному порядку грошове забезпечення, виділення (асигнування) грошових коштів із державного (місцевого) бюджету на витрати, пов'язані з виконанням державних замовлень, державних програм, утримання державних організацій [59, с.127]. Дуже близькими за змістом до згаданого трактування є дефініції інших науковців, що трапляються у вітчизняних підручниках та монографіях із теорії фінансів і бюджету.

На думку професора О. Василика, бюджетне фінансування – це надання юридичним особам із державного бюджету фінансових ресурсів у вигляді безповоротних безоплатних коштів та інвестицій на розвиток економіки, соціально-культурні заходи, оборону та інші громадські потреби [27, с. 380]. Подібні до цього визначення сформулювали вчені А. Спіфанов і В. Базилевич, які відповідно стверджують, що бюджетне фінансування – це:

– безповоротне направлення коштів відповідних бюджетів (державного, обласного, міського, районного, селищ, сіл) на утримання закладів освіти, охорони здоров'я або інші заходи згідно з кошторисом видатків по кожному закладу, установі чи міроприємству або згідно зі зведеними кошторисами витрат по міністерству, відомству, управлінню [61, с. 23];

– централізоване виділення асигнувань з державного (місцевого) бюджету у формі безповоротного, безоплатного надання коштів, спрямованих на виконання державного замовлення, реалізацію державних програм, утримання державних установ. Має чіткий цільовий характер і перебуває під постійним фінансовим контролем держави [9, с. 252-253].

Із точки зору науковців-фінансистів С. Юрія та Й. Бескида, бюджетне фінансування – це безповоротне, безвідплатне виділення коштів з бюджету [198, с. 197].

Аналізуючи викладене, можна виділити наступні загальноприйняті складові даного поняття, які майже одноставно повторюють вчені-теоретики: “безповоротне”, “безоплатне” “надання”, “спрямування”, “виділення” “коштів”, “ресурсів” із “бюджетів”. Таке узагальнення дає змогу зробити висновок, що більшість вітчизняних науковців пояснює бюджетне фінансування як безповоротне і безоплатне виділення господарюючим суб’єктам грошових коштів із бюджету з метою повноцінного функціонування держави і задоволення суспільних потреб.

Дещо відмінне трактування суті бюджетного фінансування пропонують вітчизняні науковці В. Опарін, В. Малько, С. Кондратюк, Г. Коломієць, на думку яких, бюджетне фінансування – це надання в безповоротному порядку грошового забезпечення на видатки, пов’язані зі здійсненням державних замовлень, виконанням державних програм, утриманням державних і комунальних установ і організацій [23, с. 303]. Тобто, на відміну від поглядів більшості колег, у визначенні не уточнено, з якого джерела віділяють кошти при бюджетному фінансуванні. Схожий підхід трапляється в наукових працях російських економістів (О. Соколовой, О. Романовського, О. Врублевської, Б. Сабанті, Л. Дробозіної), де найпоширенішим є визначення, згідно з яким бюджетне фінансування – це надання (або система надання) грошових коштів юридичним і фізичним особам (підприємствам, організаціям і установам) на проведення заходів, передбачених бюджетом [179, с. 239; 180, с. 201; 181, с. 222]. Як видно з дефініцій російських вчених, вони не акцентують на джерелі, з якого має відбуватися фінансування, а основний наголос роблять на меті, заради котрої використовують дані кошти. На нашу думку, описана позиція науковців є недостатньо обґрунтованою, адже сам термін – “бюджетне фінансування” вказує на природу джерела, з якого мають виділяти грошові кошти, і не допускає можливості використання інших джерел. Тому автор приєднується до позиції групи вчених, які наголошують на бюджетному походженні коштів, котрі надають через механізм бюджетного фінансування.

Інший аспект, що, на нашу думку, потребує якісно нового уточнення та обґрунтування при визначенні субстанції вказаного поняття, – це застосування ознак безоплатності та безповоротності при характеристиці бюджетного фінансування. Як

видно з наведених дефініцій бюджетного фінансування, представники російської фінансової думки відкидають згадані ознаки. У вітчизняній фінансовій науці виділення властивостей "безоплатності" та "безповоротності" продовжують зберігати, і активно використовують при визначенні даного поняття. Під безповоротністю вчені розуміють надання бюджетних коштів відповідним розпорядникам без зобов'язання їх повернення. Зазначена ознака вказує на односторонність руху грошових коштів від бюджету до суб'єктів господарювання, установ та організацій, що характерно для фінансів і самого процесу фінансування. Цей аргумент вдало, з нашої точки зору, доводить правомірність застосування згаданої ознаки при визначенні сутності терміну "бюджетне фінансування".

Інша ознака – "безоплатність" свідчить про відсутність будь-якої плати за виділені бюджетні призначення. На нашу думку, в умовах командно-адміністративної системи дана властивість мала підстави для існування, і тому її широко застосовували при визначенні економічних та фінансових явищ. Однак у сучасних умовах господарювання, коли в теорії бюджету та фінансів вирішальне місце відводять концепції суспільних благ, вживати цей термін недоцільно. Адже суспільні блага, які фінансують із бюджету, не надають безоплатно, а покривають за рахунок податків, що сплачують юридичні та фізичні особи. Ми пропонуємо відмовитися від вживання згаданої ознаки при характеристиці будь-яких процесів фінансування, оскільки вона необ'єктивно пояснює сутність даного явища і не має наукового підґрунтя.

Отже, на наш погляд, бюджетне фінансування – це безповоротне виділення бюджетних коштів фізичним і юридичним особам з метою забезпечення виконання їхніх функцій.

Функціонування механізму бюджетного фінансування пов'язане з використанням його різних форм та методів. У вітчизняній фінансовій літературі виділяють такі форми бюджетного фінансування: кошторисне фінансування, бюджетні інвестиції, бюджетні кредити, державні трансферти [26, с. 271].

Аналізуючи наведені форми, можна зауважити, що окремі з них лише частково відповідають принципам організації бюджетного фінансування.

Наприклад, ознаки безповоротності та безвідплатності притаманні лише частині виділених бюджетних асигнувань. Так, бюджетні кредити – це надання коштів із бюджету суб'єктам підприємництва на поворотній і платній основах [26, с. 271]. У підручнику "Фінанси" за редакцією російського вченого Л. Дробозіної є твердження про те, що бюджетне кредитування займає проміжне місце між кредитуванням комерційних банків і бюджетним фінансуванням, оскільки базоване, з одного боку, на принципах поворотності й платності, а, з іншого, процент за бюджетними кредитами або не стягують узагалі чи він є набагато нижчим, ніж у комерційних банках [181, с.222].

Бюджетний кодекс України відзначає, що кредитування за вирахуванням погашення – це операції, пов'язані з наданням коштів із бюджету на умовах повернення, платності та строковості, в результаті яких виникають зобов'язання перед бюджетом, та операції, пов'язані з поверненням цих коштів до бюджету [25]. Кредитування з бюджету включає надання як внутрішніх, так і зовнішніх кредитів за вирахуванням погашення. Надання внутрішніх кредитів за вирахуванням погашення передбачає кредитування органів державного управління інших рівнів, державних підприємств, фінансових установ, а зовнішнє бюджетне кредитування – кредитування та платежі в рахунок його погашення, які надають зарубіжним країнам, міжнародним організаціям, підприємствам, приватним особам.

Таким чином, на сучасному етапі розвитку держава може надавати кредити з бюджету не лише державним підприємствам, вона має право вступати в кредитні відносини з господарюючими суб'єктами інших форм власності. Процес бюджетного кредитування характерний умовами поворотності, платності та строковості, що суперечить основним ознакам бюджетного фінансування, тому воно не може належати до його форм. Отже, умови функціонування бюджетного кредитування вступають у протиріччя із системою принципів бюджетного фінансування.

Реформи, започатковані в бюджетній сфері, змінили розуміння суті бюджетного інвестування, що теж починає функціонувати за дещо відмінними принципами, ніж бюджетне фінансування. Так, стаття 71 Бюджетного кодексу

України дозволяє місцевим бюджетам за рахунок коштів бюджету розвитку здійснювати внески у статутні фонди суб'єктів підприємницької діяльності. Надходження від дивідендів, нарахованих на акції (частки, паї) господарських товариств, що є у власності відповідної територіальної громади, включають у перелік власних доходів місцевих бюджетів, які не враховують при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів (ст. 69). Таким чином, сучасне законодавство дає змогу державі та органам місцевого самоврядування інвестувати бюджетні кошти не лише в некомерційну суспільно корисну діяльність та малоприбуткові галузі економіки. Бюджетні інвестиції починають набувати нового змісту і характерних якостей, головна з яких – отримання прибутку від вкладання бюджетних коштів, що, безсумнівно, суперечить традиційним принципам бюджетного фінансування.

Така форма бюджетного фінансування як державні трансферти найповніше відповідає вимогам бюджетного фінансування, оскільки це невідплатні й безповоротні платежі з бюджету юридичним та фізичним особам, які не призначені для придбання товарів чи послуг, надання кредиту або виплату непогашеного боргу [26, с.271].

Функціонування такої форми бюджетного фінансування як кошторисне фінансування протягом останніх років зазнало певних змін, що були зумовлені реформуванням бюджетної сфери і формуванням нової системи відносин у даному секторі економіки. Сучасний бюджетний заклад є суб'єктом господарювання, якому надано право мобілізувати кошти шляхом надання платних послуг та здійснення іншої підприємницької діяльності, дозволеної законодавством. Власні надходження, які отримує бюджетний заклад, включають до спеціального фонду кошторису і використовують на його потреби за цільовим призначенням.

На рівні бюджетних установ відбувається процес поєднання бюджетного фінансування із системою некомерційного самофінансування для виконання ними намічених завдань і функцій. Такі заклади фінансуються лише частково за рахунок коштів бюджетів, утворених у результаті перерозподілу валового внутрішнього продукту, і за джерелом походження є справді бюджетними. Грошові кошти та доходи в матеріальній чи нематеріальній формі, що отримує бюджетний заклад

завдяки самостійній фінансово-господарській діяльності, іншої природи. Некомерційна діяльність бюджетних установ і організацій не має на меті отримання прибутку, і її здійснюють у загальнодержавних інтересах для залучення додаткових фінансових ресурсів. Бюджетні заклади, які протягом тривалого часу майже повністю залежали від одного джерела доходів – бюджету, сьогодні отримали змогу заробляти кошти та фінансувати власні потреби. Звичайно, фінансова свобода бюджетних закладів є відносною, у законодавстві закріплено зв'язок джерел надходження коштів до спеціального фонду з напрямками їх використання, і заклад не може вільно, на власний розсуд розпоряджатися заробленими коштами. Однак вітчизняний досвід показує, що надане бюджетним установам право на залучення додаткових фінансових ресурсів у окремих сферах економіки може стати стимулом для їхнього розвитку і навіть виникнення суперництва за право реалізовувати власні товари чи послуги на ринку. Прикладом є галузь вищої освіти, де бюджетні заклади, які фінансують за кошторисним порядком, і які водночас мають змогу здійснювати некомерційну діяльність, отримали значну перевагу перед недержавним сектором освіти.

В охороні здоров'я такий процес є дуже інертним через законодавчі перепони і невизначеність державної політики у даній сфері. Кошти, які залучають бюджетні заклади охорони здоров'я до спеціального фонду кошторису, поки що не відіграють значної ролі в їх фінансовому забезпеченні, однак на практиці спостерігається тенденція до поступового пошквдження некомерційної діяльності у цій сфері.

Впровадження механізмів некомерційного самофінансування діяльності бюджетних закладів стало вимушеним кроком держави через дефіцит фінансових ресурсів і неспроможність повноцінно утримувати цей сектор. До 2000 р. спеціальні кошти, які отримувала бюджетна установа від фінансово-господарської діяльності, не включали до кошторису, а обліковували окремо. Держава не мала достовірної інформації про обсяги позабюджетних надходжень, за рахунок яких утримуються бюджетні установи, і не могла об'єктивно узгоджувати межі бюджетного фінансування з результатами фінансової діяльності бюджетних установ та організацій. Тому, від 2000 р., в законодавчому порядку було встановлено, що всі

позабюджетні кошти (власні надходження) бюджетних установ і організацій повинні включатися до спеціального фонду відповідного кошторису та бюджету.

Отже, кошторисне фінансування здійснюють у результаті об'єднання грошових коштів, отриманих із двох основних каналів. Перший – це кошти, одержані через механізм бюджетного фінансування, зміст якого полягає в односторонньому спрямуванні бюджетних коштів від держави та органів місцевого самоврядування до розпорядників бюджетних коштів. Обсяг бюджетного фінансування відображають у загальному фонді кошторису бюджетної установи.

Через другий канал надходять грошові кошти, отримані у результаті некомерційної фінансово-господарської діяльності, яку бюджетна установа здійснює самостійно. В даному випадку фінансові відносини виникають між бюджетною установою і господарюючими суб'єктами та фізичними особами, а отримані фінансові результати відображають у спеціальному фонді кошторису.

Таким чином, за сучасних реалій грошові кошти, необхідні для кошторисного фінансування, мобілізують із багатьох джерел фінансування і залучають з допомогою таких форм фінансового забезпечення як бюджетне фінансування і некомерційне самофінансування. Витрачають згадані кошти на спільну мету – задоволення суспільних потреб (оборона, освіта, охорона здоров'я, культура тощо).

Найпоширенішим формулюванням щодо цього у фінансово-кредитних словниках радянського періоду було наступне визначення: "Кошторисне фінансування – надання грошових коштів з державного бюджету для покриття видатків установ невиробничої сфери, які, як правило, не мають власних доходів" [178, с.129]. Дане визначення було актуальним у той період, коли кошторисне фінансування здійснювали майже повністю за рахунок бюджетних коштів, однак в умовах становлення ринкових відносин подібний підхід у трактуванні змісту цього поняття є звуженим і не відповідає вимогам сучасності.

У сучасних підручниках та монографіях із теорії фінансів і бюджету питання сутності кошторисного фінансування висвітлюють багато вітчизняних науковців. На думку вчених-фінансистів С. Юрія, Й. Бескида, кошторисне фінансування – це забезпечення державними грошовими коштами установ і організацій соціально-

культурної сфери, оборони, органів державного управління [198, с. 200]. У наведеному визначенні кошторисне фінансування розглянуте, як процес забезпечення бюджетних установ лише державними коштами, що значно звужує спектр джерел, котрі сьогодні на практиці залучають у рамках даного методу фінансування. Таке трактування є, на наш погляд, об'єктивним відображенням минулих реалій і ґрунтоване на оцінці кошторисів того періоду, коли вони мали дещо іншу форму та властивості, тому в сучасних умовах воно потребує доповнення.

У монографії вчених С. Юрія, В. Дем'янишина, Я. Буздуган кошторисне фінансування визначене як найпоширеніша форма виділення бюджетних коштів установам соціально-культурної сфери, оборони та управління в межах їхніх кошторисів доходів і видатків [199, с. 151]. З наведеної дефініції видно, що кошторисне фінансування розглянуте як форма, за котрою кошти виділяють із бюджету на основі фінансового плану установи. Як відомо, форма – це зовнішній бік чогось, що не завжди відображає суть справи; шаблон, за допомогою якого предметам надають певного вигляду, певних обрисів [69, с. 503]. У нашому випадку кошторисне фінансування можна розглядати як форму, котру може приймати бюджетне фінансування, однак такий підхід є, на нашу думку, неповним і одностороннім відображає суть явища. Як уже біло зазначено, кошторисне фінансування об'єднує два механізми, за допомогою котрих надходять грошові кошти: бюджетне фінансування і некомерційне самофінансування, тому ми вважаємо, що цей аспект потрібно обов'язково враховувати при з'ясуванні сутності даного поняття.

Вітчизняні науковці В. Базилевич і Л. Баластрик розглядають "кошторисно-бюджетне фінансування як метод безповоротного, безоплатного надання коштів на утримання установ, що перебувають на повному фінансуванні з бюджету, на основі фінансових планів – кошторисів витрат" [9, с. 259]. Підхід, за яким кошторисне фінансування трактується як певний метод, є, на нашу думку, прийнятним, оскільки метод – це свідомі систематичні й послідовні дії, що ведуть до досягнення тієї чи іншої мети [69, с.236]. Кошторисне фінансування можна розглядати як метод фінансування, метою якого є покриття видатків бюджетної установи і задоволення

суспільних потреб. Критичну оцінку в наведеному визначенні викликає той аспект, що, на думку його авторів, кошторисне фінансування здійснюють лише для установ, які перебувають "на повному фінансуванні з бюджету". Однак на практиці у бюджетній сфері дедалі рідше можна навести приклад установ, які фінансово повністю залежать від державного чи місцевого бюджету. Більшість закладів здійснюють некомерційну діяльність і фактично перебувають на неповному бюджетному забезпеченні, однак це не означає, що кошторисне фінансування не притаманне їхній діяльності. Схоже трактування дано у підручнику "Бюджетний менеджмент", де зазначено, що кошторисне фінансування – це виділення бюджетних асигнувань на основі спеціального планово-фінансового документа – кошторису [26, с. 271]. На наш погляд, дане трактування також звужене і неповне.

Вітчизняний науковець В. Опарін запропонував наступне визначення кошторисного фінансування – це виділення коштів на утримання закладів, установ і організацій, виконання певних програм і реалізацію певних заходів на підставі спеціального фінансового документа – кошторису [113, с.309]. У даному формулюванні автор не акцентував увагу на джерелах, за рахунок яких виділяють кошти для певних потреб. Очевидно, автор вважає, що кошторисне фінансування може здійснюватися не лише за рахунок бюджету, а й будь-яким іншим коштом, а головною умовою має бути лише наявність фінансового документа – кошторису. Такий підхід, на наш погляд, об'єктивніший щодо сучасних реалій, оскільки показує, що кошторисне фінансування здійснюють не лише за рахунок бюджетних коштів, а й на основі поєднання різних джерел фінансування, включаючи бюджет.

Визначення кошторисного фінансування, що є у вітчизняній науковій літературі, формально відповідають нормам бюджетного законодавства, яке вимагає, щоб власні надходження бюджетних установ зараховували до спеціального фонду бюджету і використовували як бюджетні асигнування. Однак, фактично, за змістом кошторисне фінансування є ширшим поняттям, ніж бюджетне, оскільки об'єднує грошові кошти, що надходять із відповідного бюджету, і кошти, які установа отримує у результаті неприбуткової діяльності. Важливою передумовою здійснення згаданого методу фінансування є процес поєднання грошових коштів, що

об'єктивно походять із різних джерел. Тому кошторисне фінансування лише певною мірою можна вважати формою бюджетного фінансування. Враховуючи ці аспекти, пропонуємо власний підхід до визначення сутності кошторисного фінансування, за яким дане поняття потрактоване як спрямування грошових коштів, акумульованих з різних джерел фінансування, на покриття потреб бюджетних установ та виконання ними функціональних завдань.

Отже, з допомогою кошторисного фінансування акумулюють грошові кошти, різні за джерелом походження і формою фінансового забезпечення (бюджетне фінансування, некомерційне самофінансування). Головне завдання кошторисного фінансування – забезпечувати потреби бюджетних установ для виконання ними функціональних завдань.

Система охорони здоров'я тісно залежить від національного фактора, оскільки кожна країна організовує власну модель медичного обслуговування. Тому науковий інтерес викликає досвід створення та фінансового забезпечення ефективно функціонуючих моделей охорони здоров'я.

1.3. Моделі організації охорони здоров'я та їх фінансове забезпечення

Економічні та соціальні заходи, що сприяють досягненню високого рівня здоров'я населення в країні, здійснюються у межах національної системи охорони здоров'я. Кожна країна з урахуванням історичних, політичних, соціальних та економічних умов розвитку самостійно визначає політику в сфері охорони здоров'я та формує власну модель її організації та фінансового забезпечення. У сучасному світовому співтоваристві в класичному варіанті сформовано три організаційних моделі охорони здоров'я.

Перша – система охорони здоров'я, відома під назвами: державна, бюджетна, бюджетно-страхова. Характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити від 50 до 90% у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів.

Друга модель – система охорони здоров'я, яку фінансують здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, котрі держава створила за принципами соціального страхування. Це так звана страхова система охорони здоров'я, в основі якої – модель Бісмарка.

Третя модель – приватна система охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена і мінімальна.

Типовим представником приватної моделі охорони здоров'я є США. В країні функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, де медичне обслуговування надають або за пряму оплату або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я. Діяльність державних і муніципальних медичних закладів спрямована на благодійництво та підтримку незахищених верств населення. Тому значний обсяг медичної допомоги в даній країні надають на платній основі, й приватні кошти становлять більше 58% усіх витрат на охорону здоров'я. З них близько 27% – пряма особиста оплата населення за медичні послуги, і майже 32% оплачують через систему приватного страхування здоров'я [163, с. 357].

У свою чергу, за рахунок державного фінансування покривають лише 41% усіх витрат у сфері медичного обслуговування – це найменший показник серед розвинутих країн світу. Особливість американської системи охорони здоров'я полягає в тому, що держава диференційовано підходить до забезпечення медичних потреб населення шляхом розробки цільових програм соціального страхування. Досвід державного фінансування адресних програм медичного обслуговування, ґрунтований на поєднанні двох основних джерел фінансування: коштів бюджету та обов'язкового медичного страхування.

Найбільший обсяг державних витрат припадає на дві програми: "Медікейр" і "Медікейд", якими охоплено майже 20% населення. Відомо, що на фінансування цих програм витрачають понад 90% коштів федерального бюджету, виділених на охорону здоров'я. "Медікейр" є наймасштабнішою державною програмою, основне

завдання якої – забезпечувати безкоштовне медичне обслуговування осіб віком понад 65 років. Вона передбачає два види медичного страхування – основне (на випадок стаціонарного лікування) і додаткове, яке вважають добровільним; воно передбачає амбулаторне лікування та інші послуги у приватних лікарів. Основну страховку програми “Медікейр” фінансують за рахунок коштів, що акумулюють через систему соціального медичного страхування. Додаткову медичну страховку фінансують за рахунок доходів федерального бюджету та особистих внесків учасників програми.

Інша державна програма – “Медікейд”. Вона гарантує медичну допомогу американцям із низьким рівнем доходу, на утриманні яких перебувають неповнолітні діти, сліпим та непрацездатним громадянам тощо; її фінансують федеральний уряд і органи управління штатів. Із федерального бюджету оплачують від 50 до 80% витрат штату на потреби “Медікейд”, решту покриває бюджет кожного штату. Також за рахунок бюджету фінансують програми медичної допомоги ветеранам війни і державної підтримки науково-дослідницької роботи у сфері охорони здоров’я.

Характерною ознакою організації системи охорони здоров’я у США є розмежування функцій виробництва медичних послуг та їх фінансування. Питання про те, хто має надавати медичні послуги (чи то державні некомерційні, чи комерційні установи охорони здоров’я), відокремлюють від проблеми фінансування. Такий підхід гарантує рівні можливості в отриманні медичної допомоги як для пацієнтів державних програм, так і для пацієнтів, застрахованих у порядку приватного медичного страхування, однак на практиці цей механізм не завжди спрацьовує. Нерідко лікарі відмовляються приймати пацієнтів “Медікейд”, оскільки оплата медичних послуг за даною програмою нижча за ціни “Медікейр” і приватних програм медичного страхування. Тому пацієнтів програми “Медікейд” обслуговують тільки державні медичні установи, в яких якість медичних послуг значно поступається приватним закладам.

Досягненнями американського типу організації та фінансування охорони здоров’я є висока якість медичного обслуговування, швидкі темпи модернізації

медичної техніки й обладнання, висока кваліфікація медичних кадрів, широкий вибір послуг із страхування здоров'я, заохочення населення до здорового способу життя, що дає змогу знизити ризик захворювань і зменшити витрати на охорону здоров'я тощо. В умовах такої системи зростає розуміння значення особистого способу життя та його впливу на здоров'я і виникає матеріальне зацікавлення у його збереженні.

Основні недоліки приватної системи охорони здоров'я: високі адміністративні витрати; великі витрати, пов'язані з науково-технічним прогресом у галузі охорони здоров'я; наявність населення, яке не охоплено системою страхування, низька доступність малозабезпечених верств населення до медичної допомоги тощо. Американська система охорони здоров'я дуже витратна і за обсягами фінансування у відношенні до ВВП (це майже 15%) випереджає всі розвинені країни світу. Зменшення витрат на охорону здоров'я – одна з основних проблем приватної системи медичного обслуговування.

Зародження страхової моделі охорони здоров'я, пов'язане з іменем відомого німецького політичного діяча Отто фон Бісмарка. Німеччина стала країною, де вперше в світовій історії у 1883 році прийняли закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, який заклав підвалини сучасного медичного страхування і став прикладом для інших індустріальних країн.

Нині страхову модель охорони здоров'я активно застосовують у всьому світі, що підкреслює її практичне значення та економічну стійкість. Страхова медицина функціонує в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембузі, Франції, Швейцарії та інших країнах. За даними ВООЗ, страхуванням здоров'я охоплено понад 800 млн. осіб, і майже 74% витрат на лікування хворих компенсують із страхових фондів [158, с. 383].

Як свідчить світовий досвід, історично склалися три основних варіанти організації страхових систем охорони здоров'я [94, с. 42].

Перший варіант – централізована система медичного страхування, за якої центральна страхова організація відповідає за страхування всіх громадян країни. Перевагою такої системи є відносна простота управління, низькі адміністративні

видатки, а недоліком – обмежені можливості щодо залучення місцевих ресурсів, недостатньо оперативне реагування на потреби населення.

Другий варіант базований на територіальних страхових організаціях, які діють самостійно. Децентралізована система більше зорієнтована на місцеві потреби дає змогу краще врахувати соціально-демографічну та епідеміологічну ситуації, що сприяє залученню додаткових коштів для задоволення специфічних потреб застрахованих. Зростає відповідальність органів управління медичним страхуванням за стан здоров'я громадян та медичної допомоги на місцевому рівні. Разом з тим, як свідчить досвід західних країн, в умовах дефіциту коштів децентралізована система неспроможна забезпечити досягнення соціально гарантованого мінімуму медичного обслуговування. Потрібні спеціальні заходи для підтримки економічно слабких регіонів та соціально незахищених груп населення.

Третій варіант організації ґрунтований на поєднанні територіальних і професійних страхових організацій. У кожній галузі або групі підприємств утворюються свої страхові фонди та організації. При цьому базові умови їх створення та зміст страхових програм визначені законодавством.

Найбільшого поширення у країнах із розвинутими системами соціального медичного страхування набув тип організації, який поєднує наявність централізованого страхового фонду та мережі місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюють у центральному фонді, котрий виконує адміністративні функції, а потім розподіляють між страховими організаціями на підставі законодавчо затвердженої формули платежів.

Центральне місце у фінансовому забезпеченні страхової моделі охорони здоров'я належить механізму обов'язкового медичного страхування. З економічної точки зору, медичне страхування – це система заходів щодо створення спеціального грошового фонду для відшкодування витрат на медичні послуги та інші матеріальні збитки, пов'язані з погіршенням здоров'я, працездатності, порушенням соціальної активності людини [158, с. 391].

Діяльність системи охорони здоров'я, в основі якої страхова модель охорони здоров'я, базована на таких принципах:

1) принцип соціальної солідарності. Він проявляється тоді, коли перерозподіляють кошти на користь малозабезпечених чи хворих осіб і нема зв'язку між розміром страхового внеску та станом здоров'я застрахованих. Тобто, принцип солідарності полягає в тому, що “багатий платить за бідного, здоровий за хворого, молодий за старого”;

2) принцип обов'язковості, що означає охоплення медичним страхуванням усіх громадян;

3) принцип рівноправності всіх застрахованих осіб стосовно зобов'язань на фінансування витрат, отримання прав і гарантій;

4) принцип державних гарантій щодо виплат за рахунок медичного страхування;

5) принцип контролю за формуванням і використанням фондів медичного страхування тощо.

Загальнообов'язкова форма організації медичного страхування покликана гарантувати надання громадянам медичної допомоги на однакових умовах і забезпечувати захист населення у випадку виникнення потреби у витратах на лікування незалежно від величини фактично сплачених сум страхового внеску.

Джерелами формування коштів фонду обов'язкового медичного страхування можуть бути:

– страхові внески, що вносять на умовах і в порядку, передбаченими законодавством країни, та котрі можуть сплачувати безпосередньо застрахована особа і/або її страхувальник. Страхувальниками можуть бути роботодавці, які страхують здоров'я найманих працівників, фонди пенсійного страхування чи органи місцевого самоврядування, що сплачують внески відповідно за пенсіонерів і дітей до 18 років тощо. Розміри страхового внеску в системі обов'язкового медичного страхування не ув'язують зі станом здоров'я застрахованого і відповідно з обсягом отриманої медичної допомоги. Тарифи на страхування встановлюють, як правило, у відсотках до фонду оплати праці (для роботодавців), доходу фізичних осіб або в абсолютних розмірах тощо;

- асигнування з бюджету, які призначені для забезпечення мінімального рівня страхових допомог, якщо для цього не вистачає отриманих страхових внесків;
- благодійні та добровільні внески підприємств, організацій, фізичних осіб;
- прибуток, одержаний від тимчасово вільних коштів фонду ОМС;
- інші надходження, не заборонені законодавством.

Найбільша частка акумульованих у фонді обов'язкового медичного страхування коштів призначена для фінансування медичних послуг, передбачених програмою ОМС. Страхові організації (компанії, фонди тощо) можуть реалізовувати страхову медичну програму по ОМС за угодою з лікувально-профілактичними закладами різних форм власності, приватнопрактикуючими і лікарями загальної практики.

Система охорони здоров'я, в основі якої – страховий механізм фінансування, має позитивні, та негативні риси. Її переваги виявляються в таких ключових моментах, як децентралізоване і демократичне управління, багатоканальний механізм фінансування з домінуванням страхових джерел, висока якість медичних послуг, ринковий механізм оплати праці тощо. Разом з тим, даній системі притаманні наступні проблеми: невиправдане збільшення вартості медичних послуг, низький рівень профілактики, практична неможливість повного охоплення населення медичним страхуванням

Для країн, де функціонує страхова система охорони здоров'я, характерною є значна питома вага коштів підприємств і населення у загальній структурі джерел фінансування, тоді як функціонування державної моделі медичного обслуговування значною мірою залежить від обсягів бюджетного фінансування (табл.1.1).

Як це видно з табл. 1.1, у Великобританії, де діє державна система охорони здоров'я, бюджетні ресурси займають 85%, а у Франції на охорону здоров'я їх витрачають лише 5%, де домінуючу роль відіграють кошти підприємств, які вони вносять на медичне страхування, – 65%. Фінансове забезпечення кожної моделі відбувається шляхом використання багатьох джерел фінансування, й лише пріоритетне значення окремого джерела визначає її зміст і характерні риси.

Бюджетна модель охорони здоров'я виникла на початку ХХ століття у двох модифікаціях – моделі Беверіджа і моделі Семашко.

Становлення моделі Беверіджа, пов'язане з іменем англійського політичного діяча Уільяма Беверіджа (1879–1963), пропозиції якого відомі під назвою “план Беверіджа”, у 1942 році лягли в основу ряду законів про державну систему медичного обслуговування та соціального забезпечення. В 1948 році у Великобританії було проведено націоналізацію медичних закладів з досить високою компенсацією їх вартості колишнім власникам і створено Британську національну службу охорони здоров'я [4, с. 32].

Таблиця 1.1

Структура джерел фінансування охорони здоров'я в окремих економічно розвинутих країнах світу, %

Країни	Бюджетні кошти, %	Кошти підприємств, %	Особисті кошти, %	Витрати на 1 людину, амер. дол.
Бюджетна модель охорони здоров'я				
Великобританія	85	12,5	2,5	1213
Фінляндія	72	21	7	1363
Страхова модель охорони здоров'я				
Німеччина	19	43	38	...
Франція	5	65	30	1835
Швейцарія	21	-	79	2283

Джерело: склала автор на основі [196, с. 257; 117, с. 86; 158, с. 628].

В організаційному плані дана модель характерна існуванням розвинутої мережі закладів охорони здоров'я, котрі перебувають у державній і муніципальній власності. Медична допомога, яку надають у цих закладах, доступна для населення країни і гарантована законодавством. Функціонують також приватні медичні заклади, де кожний може за окрему оплату отримати медичне обслуговування.

Варто виділити такі принципи функціонування моделі охорони здоров'я Беверіджа:

- доступність для широкого кола споживачів;
- пріоритетна участь держави в організації та фінансуванні охорони здоров'я (структура витрат на охорону здоров'я у Великобританії, яка є яскравим представником країн, де функціонує модель даного типу, така: за рахунок бюджетних коштів – 85%, коштів соціального страхування – 12,5%, особистих коштів населення – 2,5%);
- професійна незалежність лікарів і опора на “сімейного лікаря”;
- неприбутковість діяльності;
- сплата населенням спеціального податку незалежно від стану здоров'я;
- профілактика захворювань.

Перевагою є те, що в країнах, де побудована бюджетна модель охорони здоров'я, проблема зростання вартості лікування не така гостра, порівняно з тими державами, де медичні послуги оплачують на основі обов'язкового чи добровільного медичного страхування. Така система охорони здоров'я є гуманнішою і соціально справедливішою формою організації та фінансування медичного обслуговування населення. Однак і вона не позбавлена істотних недоліків і вад.

Досліджуючи альтернативні моделі охорони здоров'я, відомий американський вчений П. Самуельсон прийшов до висновку, що обмеження дії ринкових законів у сфері медичного обслуговування призводить до підвищеного попиту на послуги та їх дефіцит [151, с. 335]. На його думку, держава, яка фінансує охорону здоров'я і робить медичну допомогу загальнодоступною, рано чи пізно зіткнеться з явищем, що називається “нецінове нормування”. Поява нецінових механізмів зумовлена необхідністю усунення надлишкового попиту на медичні послуги і проявляється у вигляді черг або суб'єктивного відбору пацієнтів для надання медичної допомоги.

Щоб запобігти надмірному споживанню суспільних послуг, які надає держава, фахівці в галузі економіки державного сектору і державних фінансів пропонують урядам запроваджувати плату за користування ними. Плата за користування – це

державна ціна за конкретні спожиті послуги. Подібно до ринкових цін, плата за користування допомагає підтримувати пропорції між пропозицією та попитом на суспільні блага й послуги [50, с. 317]. Плата за користування послугами є своєрідною альтернативою податкам. Вона забезпечує покриття державних видатків і стимулює до економного використання благ, які надає держава. На відміну від податків при сплаті яких нема прямого еквівалентного обміну "податки – суспільні блага", вносячи плату за користування споживач отримує пряму вигоду. Ціна, що сплачує користувач, – це окрема “державна ціна”, яку призначає державна організація за послуги чи продукцію, виробництво і розподіл яких перебувають під державним контролем [50, с. 316].

Плату за користування послугами справляють тоді, коли державний сектор постачає товари, які не можна вважати чистим суспільним благом. Медичні послуги саме й не належать до останніх, бо хоч і мають ознаку невинятковості, але є конкурентними у споживанні та можуть бути нормовані ціною. Тому нерідко в країнах, де функціонує бюджетна модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, “безкоштовно” надають певний гарантований обсяг медичної допомоги, який оплачують платники податків, а інша медична допомога стає об'єктом для окремої плати за неї. Запровадження плати за користування послугами у сфері охорони здоров'я частково вирішує проблему надмірного споживання медичних послуг і є дуже важливим фінансовим джерелом.

Значною вадою бюджетної системи охорони здоров'я вважають ризик бюрократичного розподілу коштів. Оскільки дана система не має на меті отримання прибутку і не діє на принципах комерційного розрахунку, це може призводити до неефективного використання бюджетних коштів. Послаблення приватного інтересу і відсутність конкурентного середовища руйнують стимули для пошуку механізму ефективнішого і раціональнішого використання коштів. Тому бюджетна система охорони здоров'я значно поступається приватній за якістю медичних послуг, бо ринкові умови потребують впровадження новітніх технологій, чим пожвавлюють науково-технічний прогрес у галузі.

Бюджетна модель охорони здоров'я діє в багатьох економічно розвинутих країнах світу (Великобританії, Данії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Фінляндії, Швеції тощо). Завдяки збереженню у сфері охорони здоров'я ринкових механізмів, таких, як професійна незалежність лікарів загальної практики від органів державної охорони здоров'я і праця за контрактом, наявність дозволу в лікарів-фахівців, які працюють у державних медичних установах, займатися приватною практикою за сумісництвом, функціонування альтернативних інститутів медичного обслуговування тощо, урядам згаданих країн вдалося протистояти монополістичним тенденціям у цій сфері й зберегти її економічну ефективність.

Уперше бюджетну модель охорони здоров'я було запроваджено у колишньому СРСР, засновником і організатором якої став Н. Семашко. В радянській системі охорони здоров'я бюджетні асигнування становили більше 85% у загальному обсязі витрат у даній галузі, решта – 15% витрат здійснювали коштом державних, кооперативних, профспілкових підприємств і організацій, а також колгоспів [42, с. 80]. Тобто, підприємства у СРСР також брали участь у фінансуванні охорони здоров'я та утримували клініки, санаторії й амбулаторії, які обслуговували їхніх працівників та членів їх сім'ї.

Визначальними рисами радянської системи охорони здоров'я були:

- загальнодержавна форма організації, яка відповідала ієрархії політичної системи: від центрального уряду до області й потім – до територіальних закладів охорони здоров'я;
- централізований характер управління;
- планування і прогнозування основних показників галузі;
- потужна ресурсна база і пріоритетність кількісних досягнень: високих нормативів забезпечення населення медичними кадрами, ліжковим фондом, мережею медичних закладів тощо;
- значна фінансова залежність від коштів бюджету;
- участь підприємств у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я.

Радянська система охорони здоров'я діяла протягом тривалого періоду, і завдяки їй було досягнуто значних успіхів у збереженні та зміцненні здоров'я

населення. Доступність і безкоштовність медичної допомоги стали основними факторами у зниженні смертності й захворюваності населення в країні. У результаті широкої вакцинації вдалося значно знизити захворюваність людей і ліквідувати такі масові хвороби, як малярія, туберкульоз, тиф, поліомієліт, дифтерія тощо.

Екстенсивний шлях розвитку радянської системи охорони здоров'я на певному етапі давав позитивні результати, і нагромадження ресурсного потенціалу справді підвищувало рівень медичного обслуговування. Але подальший її розвиток мав був опиратися не тільки на планові директиви, а й гнучку дію ринкових механізмів: пропозиції, попиту, конкуренції, які створювали умови для ефективного використання коштів, економічного стимулювання і поліпшення якості медичного обслуговування. Тому ще за радянських часів робили спроби реформувати галузь охорони здоров'я і запровадити новий механізм господарювання, який би передбачав:

- зміну системи бюджетного фінансування, перехід від виділення коштів із бюджету за окремими статтями витрат до фінансування за довготривалими стабільними нормативами, що комплексно відображають цілеспрямовану діяльність закладів;

- поєднання бюджетного фінансування діяльності медичних установ з розвитком платних послуг населенню, договорів з підприємствами і організаціями на основі господарського розрахунку;

- розвиток самостійності та ініціативи трудових колективів у вирішенні основних питань виробничої діяльності й соціального розвитку;

- використання гнучких режимів оплати праці тощо.

Однак, в умовах командно-адміністративно системи управління і тільки бюджетного фінансування новий механізм господарювання не було реалізовано. Внаслідок цього у системі охорони здоров'я почали виникати певні проблеми:

- зниження якості лікування і неефективність системи медикаментозного забезпечення, що спричинило існування "чорного" ринку ліків;

- низький рівень заробітної плати медичного персоналу і відсутність матеріальних стимулів за якість та обсяг виконаної роботи;

– хронічний дефіцит фінансових ресурсів і недостатній обсяг капітальних видатків, необхідних для придбання медичного устаткування тощо.

Із розвитком політичних та економічних подій, які спричинили спад валового внутрішнього продукту і виникнення бюджетного дефіциту, дана система охорони здоров'я частково втратила дієздатність й опинилась у кризовому стані. Це змусило уряди країн, де була така модель охорони здоров'я, шукати додаткові фінансові ресурси і впроваджувати альтернативні способи фінансування медичної допомоги (розвиток платної медицини, добровільного страхування здоров'я, впровадження системи обов'язкового медичного страхування тощо). Процес реформування системи охорони здоров'я у багатьох країнах розпочали зі запровадження системи обов'язкового медичного страхування (Естонія, Латвія, Литва, Росія, Киргизстан, Казахстан).

У більшості постсоціалістичних країн переглянули масштаби державної відповідальності у сфері охорони здоров'я і визначили державні соціальні гарантії. Порядок встановлення соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я для кожної постсоціалістичної країни є різним, однак загалом виділяють такі підходи:

1) гарантії у сфері охорони здоров'я збережено незмінними у результаті того, що реформовано галузь і збільшено масштаби її державного фінансування та підвищено ефективність використання фінансових ресурсів (Латвія, Литва, Чехія);

2) соціальні гарантії залишилися незмінними, обсяги медичного обслуговування не зменшились, однак значно погіршилась якість. Зменшились обсяги державного фінансування, розвиваються легальна і нелегальна оплата населення за медичну допомогу (Росія, Білорусь і Україна);

3) збережено минулий обсяг державних гарантій, однак відмовилися від повної безоплатності медичної допомоги і ввели для населення платежі за медичну допомогу (Естонія). Наприклад, за кожне відвідування лікаря – плата 0,4 дол. США. Пільги надають таким групам населення: пенсіонерам, дітям, інвалідам;

4) скорочення переліку гарантованих обсягів медичної допомоги на законодавчому рівні (Вірменія, Грузія, Молдова). В цьому випадку обсяг медичного обслуговування, який гарантує держава, може становили лише 10–15% від усього

комплексу необхідних послуг (психіатрична допомога, профілактика і лікування інфекційних захворювань, туберкульозу, онкологічних захворювань тощо). Решта – платні послуги. Існує неформальна плата за гарантовані медичні послуги (Грузія);

5) зменшення обсягів соціальних гарантій і введення легальних співплатежів від пацієнтів за послуги, що надають у межах гарантованого пакета медичних послуг (Киргизія). Розміри співплатежів диференційовані для різних категорій населення;

б) введення обов'язкових попередніх співплатежів за послуги, що не введені до пакета гарантованого обсягу медичного обслуговування (Туркменістан). В країні у 1996 р. створено державну систему добровільного медичного страхування, в якій застраховано 90% робітників та підприємців (страхові внески – 4% від доходу). Вони отримують право на 90%-у знижку на медикаменти і 30%-у знижку на медичні послуги [190].

Як видно з цього матеріалу, Україна не належить до групи країн, де здійснено радикальні реформи у системі охорони здоров'я. Функціонування галузі відбувається, фактично, самопливом, без особливих змін і конкретних реформаторських дій держави. Сучасну вітчизняну модель охорони здоров'я можна охарактеризувати як бюджетну, оскільки в структурі джерел фінансового забезпечення 72% займають бюджетні кошти, а 28% – кошти підприємств і громадян (рис. 1.4).

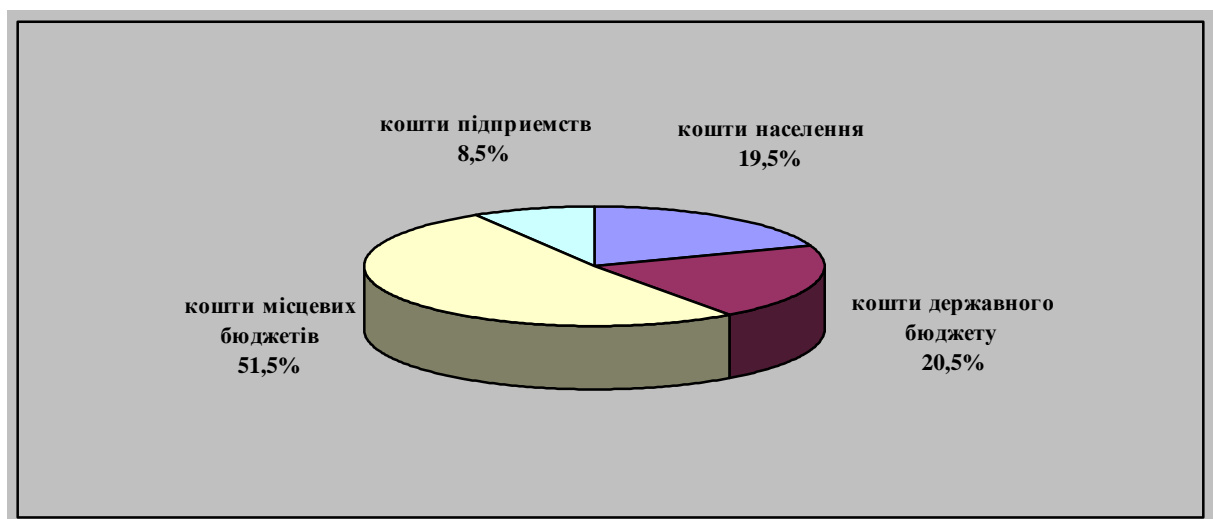


Рис. 1.4. Структура джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні (2004 р.).

Обов'язкове медичне страхування в Україні не поширене, тому кошти підприємств, витрачають здебільшого на оплату медичних послуг, які надають у державному і приватному секторах охорони здоров'я, а незначну суму – на сплату страхових внесків із добровільного страхування здоров'я. Значне фінансове навантаження, а саме близько 20% загальних витрат на охорону здоров'я, відчуває населення країни, яке власним коштом оплачує медикаментозне забезпечення, а також платні державні та приватні медичні послуги тощо.

Головне призначення бюджетних ресурсів – фінансове забезпечення соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я, що служить основою, на якій базована діяльність державного сектору. Соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я встановлює держава з метою задоволення суспільно-пріоритетних потреб, пов'язаних із погіршенням здоров'я і працездатності населення й забезпеченням мінімального рівня медичного обслуговування. Однак про повноцінне виконання соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я сьогодні стверджувати передчасно. Головною причиною такої ситуації є конфлікт між проголошеними державою правовими зобов'язаннями і та її реальними фінансовими можливостями.

Вітчизняне законодавство, яке регламентує діяльність системи охорони здоров'я, недосконале, оскільки не дає чіткого юридичного визначення багатьох понять, зокрема: "державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я", "гарантований обсяг (рівень) медичного обслуговування" і "гарантований обсяг (рівень) медичної (медико-санітарної) допомоги" тощо.

Надвичайно спірним є законодавче трактування терміну "державні соціальні гарантії". Згідно із Законом України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії", який прийнято у жовтні 2000 р., державні соціальні гарантії – це встановлені законами мінімальні розміри оплати праці, доходів громадян, пенсійного забезпечення, соціальної допомоги, розміри інших видів соціальних виплат, встановлені законами та іншими нормативно-правовими актами, що забезпечують рівень життя, не нижчий від прожиткового мінімуму [68].

На наш погляд, у законодавстві дана категорія розглянута у дещо звуженому значенні, що неповно відображає її справжню суть. Такий спрощений підхід є

однобічним і протирічить навіть окремим викладеним у згаданому законі нормам. Так, згідно з цим же нормативно-правовим актом, державні соціальні гарантії поділені на дві групи:

1) основні державні соціальні гарантії, які надають для забезпечення конституційного права на достатній життєвий рівень і не можуть бути нижчими від прожиткового мінімуму, визначеного законом;

2) інші державні соціальні гарантії, які здійснюють із метою соціальної підтримки населення України та окремих категорій громадян.

Отже, до системи державних соціальних гарантій, крім гарантій, які встановлені у сфері доходів громадян (оплати праці, виплат за обов'язковим соціальним страхуванням, соціальних допомог, їх індексації тощо), також введені такі, які мають забезпечувати надання гарантованих обсягів обслуговування (соціально-культурного, житлово-комунального, транспортного, побутового, у сфері охорони здоров'я, освіти тощо). У законодавчому визначенні даний аспект проігноровано, і воно фактично характеризує лише першу групу соціальних гарантій.

У науковій літературі терміни "державні соціальні гарантії" і "соціальні гарантії" нерідко ототожнюють. Зокрема, соціальні гарантії трактують як зобов'язання держави перед членами суспільства з приводу формування доходів, умов отримання певних товарів та послуг, робочих місць [63, с. 85]. Є також підхід, за яким соціальні гарантії розглядають як забезпечені існуючими державними ресурсами задекларовані соціальні права [164]. Тобто, у даному випадку соціальними гарантіями вважають реалізовані соціальні права, а під поняттям "соціальні права громадян" розуміють особливу форму регулювання відносин у суспільстві з боку держави і особливу інституційну форму розв'язання соціального конфлікту. На наш погляд, термін "соціальні гарантії" є ширшим за змістом, оскільки передбачає той факт, що гарантом виступає не лише держава, а приватна особа, яка може встановлювати певні соціальні гарантії для своїх працівників або інших осіб.

У вітчизняній економічній енциклопедії цей аспект враховано, і дана категорія витлумачена як комплекс економічних та юридичних засобів, що забезпечують реалізацію конституційних прав членів суспільства у сфері економіки, соціальних, політичних, національних, культурних, духовних та інших відносин [59, с. 256].

Враховуючи сучасні наукові й законодавчий підходи, можна дати наступне визначення категорії "державні соціальні гарантії" – це система державних заходів, спрямованих на реалізацію соціальних прав громадян і задоволення їхніх потреб, шляхом встановлення мінімального рівня доходів і гарантованих обсягів суспільних благ та послуг.

На основі даного визначення і, враховуючи специфіку досліджуваної сфери відносин, можна сформулювати зміст терміну "державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я". Так, у вузькому розумінні, яке базоване на положеннях вищезгаданого закону, державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я – це гарантований обсяг (рівень) медичного обслуговування, встановлений законодавством країни. Однак суть терміну, повніше, на наш погляд, відображає таке трактування: державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я – це система державних заходів, спрямованих на реалізацію соціальних прав громадян у сфері охорони здоров'я і забезпечення гарантованого рівня медичного обслуговування.

У сучасних наукових роботах, незважаючи на широке використання термінів "гарантований обсяг (рівень) медичного обслуговування" і "гарантований обсяг (рівень) медичної (медико-санітарної) допомоги", також недостатньо приділено уваги теоретичному дослідженню їхньої сутності, що нерідко призводить до їх ототожнення або плутанини. Наукові розробки у даному напрямку, на нашу думку, переважно абстрактні й не вносять чіткості у відповідний понятійний апарат. Наприклад, професор А. Голяченко дав наступне визначення гарантованого обсягу медичної допомоги: "Це обсяг, який відповідає науково обґрунтованій потребі людей у забезпеченні їхнього здоров'я" [39, с. 37]. Враховуючи ступінь нерозв'язаності проблеми, проведемо ґрунтовніше дослідження у цьому напрямку.

Згідно з тлумачним словником слово "обсяг" означає "розмір, величина, кількість чого-небудь", у нашому випадку це стосується медичного обслуговування

чи медичної допомоги [69, с. 294]. Зазвичай будь-який обсяг вимірюють у вартісних (грошових) або натуральних (фізичних) одиницях і визначають певними показниками, за допомогою яких його можна оцінити.

Як зазначено у згаданому законі, основою для визначення гарантованого обсягу медичного обслуговування є соціальні та фінансові нормативи у сфері охорони здоров'я. Соціальні нормативи призначені для встановлення гарантованого обсягу медичного обслуговування у натуральному вираженні і служать базою для розрахунку нормативів витрат (фінансових нормативів) у цій сфері. Вітчизняним законодавством встановлено такі групи соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами;
- нормативи забезпечення стаціонарною допомогою;
- нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- нормативи забезпечення медикаментами у державних та комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Нормативи витрат (фінансування) – показники поточних і капітальних витрат з бюджетів усіх рівнів на забезпечення задоволення потреб на рівні, не нижчому від державних соціальних стандартів та нормативів. Законом визначено наступні види нормативів витрат (фінансування):

- нормативи фінансування поточних витрат на одного мешканця, а для окремих видів соціальних послуг – на одну особу, яка підлягає даному виду обслуговування;

- нормативи фінансування поточних витрат на утримання мережі закладів охорони здоров'я, освіти, підприємств, організацій, установ соціально-культурного, житлово-комунального та побутового обслуговування;

- нормативи державних капітальних вкладень на будівництво закладів охорони здоров'я освіти, підприємств, організацій, установ соціально-культурного, житлово-комунального та побутового обслуговування;

Над розробкою нового Класифікатора соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я працюють спільні групи МОЗ і Академії медичних наук України, а відповідальність за його розробку і затвердження покладено на Кабінет Міністрів України. Проте дане питання залишається невирішеним і перебуває на стадії наукових пошуків. Більшість соціальних нормативів не визначено, що значно сповільнює реформи в галузі й не дає змоги для чіткого розрахунку обсягу фінансових ресурсів, необхідного для забезпечення гарантованого рівня медичного обслуговування. Тому проблема розрахунку необхідних обсягів фінансового забезпечення соціальних гарантій, які держава встановила у сфері охорони здоров'я, залишається актуальною на сучасному етапі господарювання.

Отже, згідно із законодавством гарантований обсяг медичного обслуговування, який мають забезпечувати державні та комунальні заклади охорони здоров'я, необхідно визначати в натуральному і вартісному вираженні у розрахунку на одного мешканця країни. Аналіз цих показників, дав змогу виділити такі основні складові гарантованого обсягу медичного обслуговування:

- перелік і обсяг медичних послуг, безоплатність яких для населення гарантує держава, іншими словами, гарантований обсяг медичної допомоги;

- обсяг медикаментозного забезпечення;

- обсяг забезпечення хворих продуктами харчування та іншими немедичними послугами.

Таким чином, гарантований обсяг медичного обслуговування можна трактувати як комплекс медичних і немедичних послуг, безкоштовне надання яких законодавство країни гарантує громадянам у випадку погіршення їхнього здоров'я.

Цей обсяг має відповідати науково-обґрунтованій потребі й забезпечувати державні гарантії населення у сфері охорони здоров'я.

Гарантований обсяг медичної допомоги пропонуємо визначати як обсяг медичних послуг, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я надають безкоштовно. У законодавчому порядку склад гарантованого обсягу медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я визначений Постановою КМУ від 11.07.02 р. № 955 "Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги". Згідно з цим нормативним актом уряд окреслив основні види медичної допомоги у сфері охорони здоров'я, надання яких гарантоване кожному громадянину країни безоплатно, а саме:

- швидка та невідкладна – на догоспітальному етапі станціями (відділеннями) швидкої медичної допомоги, пунктами невідкладної допомоги у стані, що загрожує життю людини;
- амбулаторно-поліклінічна;
- стаціонарна – в разі гострого захворювання та у невідкладних випадках, коли потрібні інтенсивне лікування, цілодобовий медичний нагляд та госпіталізація, у т. ч. за епідемічними показниками, дітям, вагітним, породіллям, хворим за направленнями медико-соціальних експертних комісій, лікарсько-консультативних комісій;
- невідкладна стоматологічна допомога (у повному обсязі – дітям, інвалідам, пенсіонерам, студентам, вагітним жінкам, які мають дітей до трьох років);
- долікарська медична допомога сільським жителям;
- санаторно-курортна допомога інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих санаторіях;
- утримання дітей у будинках дитини;
- медико-соціальна експертиза втрати працездатності.

У згаданому підзаконному акті, вперше за весь період незалежності країни уряд у правовому порядку зробив спробу встановити межі гарантованого обсягу медичної допомоги, яку мають надавати безкоштовно в закладах охорони здоров'я

державної і комунальної форм власності. Це означає, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я вже не змушені відповідати за необмежений обсяг медичної допомоги, а повинні виконувати зобов'язання лише за гарантований обсяг, який держава для своїх громадян може забезпечити безкоштовно. Загалом обраний підхід має внести впевненість і чіткість у фінансову діяльність установ охорони здоров'я, однак, коментована постанова потребує доопрацювання, бо окремі її положення не мають чітких пояснень. Так, наприклад, правової конкретизації потребують терміни "гостре захворювання", "долікарська медична допомога" та ін.

Підсумовуючи результати дослідження, можна засвідчити, що в сучасному суспільстві сформовано три альтернативні моделі організації та фінансового забезпечення охорони здоров'я: приватна, бюджетна і страхова. Спільною ознакою для них є використання багатоджерельного механізму фінансового забезпечення і залучення всіх можливих фінансових ресурсів. Визначальний фактор діяльності кожної моделі – пріоритетне значення того чи іншого джерела фінансування в структурі загальних витрат на охорону здоров'я.

В Україні функціонує бюджетна модель охорони здоров'я, оскільки домінуючу роль у фінансовому забезпеченні відіграють кошти бюджету. У результаті ринкових перетворень, що відбулись у економіці країни, ця система охорони здоров'я відчула потребу в реформуванні та модернізації. Головною проблемою державної політики у згаданій сфері є повноцінне виконання законодавчо встановлених зобов'язань і гарантування належного рівня фінансового забезпечення.

Висновки до розділу 1

Всебічно дослідивши теоретичні засади фінансового забезпечення охорони здоров'я, можна зробити такі висновки:

1. У сучасному світовому співтоваристві у результаті науково-технічного прогресу і економічного розвитку відбувається процес масштабного одержавлення ринку медичних послуг та зростання значення державного регулювання у сфері охорони здоров'я. З цього приводу в економічній науці зроблено певні теоретичні

висновки і концептуальні пояснення. Найдосконалішими, на наш погляд, економічними теоріями, що досить докладно і вдало пояснюють природу державного регулювання ринку медичних послуг та обґрунтовують соціально-економічну важливість даного процесу, є: 1) теорія відмови функціонування ринку; 2) теорія суспільних благ; 3) теорія людського капіталу та "інвестицій в людину", 4) теорія суспільного вибору. Внаслідок існуючих причин виокремлено такі державні функції на ринку медичних послуг: соціально-стабілізаційну та економічну. В роботі обґрунтовано, що участь держави на ринку медичних послуг є обов'язковою умовою розвитку і функціонування будь-якої системи медичного обслуговування.

2. Критичний аналіз дефініцій дав змогу уточнити теоретичний зміст такого важливого поняття як "фінансове забезпечення охорони здоров'я". У контексті нашого дослідження фінансове забезпечення охорони здоров'я пропонуємо трактувати як метод фінансового механізму, що визначає джерела і форми фінансування суб'єктів господарювання, діяльність котрих спрямована на відтворення, збереження та зміцнення здоров'я громадян.

3. В роботі уточнено сутність поняття "кошторисне фінансування", яке слід розглядати як спрямування грошових коштів, акумульованих з різних джерел фінансування, на покриття потреб бюджетних установ та виконання ними функціональних завдань. Кошторисне фінансування лише частково можна вважати формою бюджетного фінансування, оскільки цей метод передбачає багатоканальну природу формування та витрачання грошових коштів.

4. На основі дослідження запропоновано власні теоретичні визначення термінів, які широко використовують у наукових працях і законодавчих матеріалах, але без належного змістовного пояснення. Так, державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я – це система державних заходів, спрямованих на реалізацію соціальних прав громадян у сфері охорони здоров'я і забезпечення гарантованого рівня медичного обслуговування. В свою чергу, гарантований обсяг медичного обслуговування ми трактуємо як комплекс медичних і немедичних послуг, безкоштовне надання яких законодавство країни гарантує громадянам у випадку погіршення їхнього здоров'я. Гарантований обсяг медичної допомоги – це обсяг

медичних послуг, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я надають безкоштовно.

5. Узагальнюючи світовий досвід, можна виділити три альтернативні моделі організації охорони здоров'я: бюджетну, страхову і приватну. Фінансове забезпечення зазначених моделей забезпечують, використовуючи багатоджерельний механізм фінансування, в рамках якого залучають усі фінансові ресурси. Однак пріоритетне значення одного з джерел фінансування є визначальною умовою функціонування моделі охорони здоров'я. В Україні застосовують бюджетну модель охорони здоров'я з пріоритетним джерелом фінансування – бюджетом. Головною проблемою діючої моделі є фінансова неспроможність держави забезпечити встановлені соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я, внаслідок чого відбувається порушення конституційних прав громадян.

6. Основні наукові результати розділу опубліковано в працях автора [70; 71; 73; 74; 81].

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Моніторинг ринку медичних послуг в Україні

Соціально-економічні перетворення, що відбулись в Україні протягом трансформаційного періоду розвитку економіки, призвели як до позитивних, так і до негативних змін у сфері охорони здоров'я. Позитивні зміни пов'язані з розвитком приватного сектору охорони здоров'я, виникненням інституту добровільного медичного страхування, конкуренції, денаціоналізації галузі тощо. Шляхом проведення реформ уряд зумів ліквідувати монополію держави на власність у сфері охорони здоров'я, де вона тривалий час була єдиним розпорядником, і створити умови для повноцінного розвитку в країні ринку медичних послуг.

Однак запровадження ринкових відносин в сферу охорони здоров'я та її демонополізація – лише незначний позитив на фоні невирішених проблем і кризових явищ, з якими даній галузі довелося зіткнутися в період побудови нової системи господарювання. Економічна криза 1990–1999 рр. в Україні, яка призвела до зменшення ВВП і масштабного скорочення обсягів бюджету, стала основною причиною виникнення складної ситуації у сфері охорони здоров'я. Адже успадкований від колишнього СРСР значний матеріально-технічний і кадровий потенціал галузі, утримання якого повністю залежало від бюджетного фінансування, в умовах дефіциту фінансових ресурсів опинився у стані паралічу і глибокої кризи.

Український низький рівень фінансування галузі поставив під загрозу процес повноцінного відновлення і зміцнення здоров'я населення та відтворення трудових ресурсів. За роки державної незалежності в країні суттєво зменшилися показники тривалості життя та рівня народжуваності; зросла смертність і захворюваність населення, реальною стала епідемія туберкульозу, спостерігаються найвищі темпи поширення ВІЛ/СНІДУ, зростають масштаби соціально небезпечних хвороб (алкоголізму, наркоманії), онкологічних та психічних захворювань. За найбільш

песимістичними прогнозами, в Україні до 2020 р. чисельність населення може зменшитися до 40–44 млн. осіб, що негативно позначиться на трудовому потенціалі країни. Тому виведення галузі охорони здоров'я з кризового стану, її стабілізація і розвиток – це, насамперед, питання національної безпеки країни.

За витратами на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя в 2000 р. Україна займала 111-е місце серед 191-ї країни світу та 8-ме – серед країн колишнього Радянського Союзу (після країн Балтії, Білорусії, Росії, Молдови, Вірменії) [52]. Вражаючим є порівняння обсягів витрат на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення в Західній Європі, де в середньому на 1 жителя припадає 1337 дол. США (1993 р.), і в Україні, де цей показник майже 70 дол. США (2004 р.), тобто нижчий у 19 разів.

Важливим показником, який використовують при характеристиці фінансового стану охорони здоров'я в країні, є обсяг видатків на охорону здоров'я у відношенні до валового внутрішнього продукту (розмір мінімального співвідношення, що рекомендують експерти ВООЗ, – 5%). Зрозуміло, що цей рівень є умовним, адже розмір ВВП для кожної держави є індивідуальним досягненням, тому навіть, при дотриманні рекомендованих пропорцій співвідношення до ВВП, без поліпшення економічного становища і нарощування обсягів останнього, фінансова ситуація в охороні здоров'я може залишитися складною. Для порівняння, розмір ВВП в Україні у 2002 р. становив лише 16% від аналогічного показника країн ЄС і 32% – від середнього показника країн-претендентів до вступу в ЄС [54, с.10].

Як свідчать статистичні дані, співвідношення видатків на охорону здоров'я в Україні до ВВП за 1991–2004 рр. було нижчим від зазначеного 5%-го мінімального рівня, його середній показник становив близько 4,5% (рис. 2.1.). Порівняльний аналіз величини співвідношення вітчизняних витрат на охорону здоров'я до ВВП з аналогічним показником інших постсоціалістичних країн показав, що гірша ситуація лише в Туркменістані, Молдові, Грузії (додаток Б). Найкращих результатів і найшвидших темпів зростання згаданого показника досягли Словенія, Вірменія, Чехія, Латвія, Литва, Польща. Збільшення обсягів фінансування у сфері охорони

здоров'я в цих країнах, за винятком Вірменії, зумовлено реформами у галузі та введенням системи обов'язкового медичного страхування.

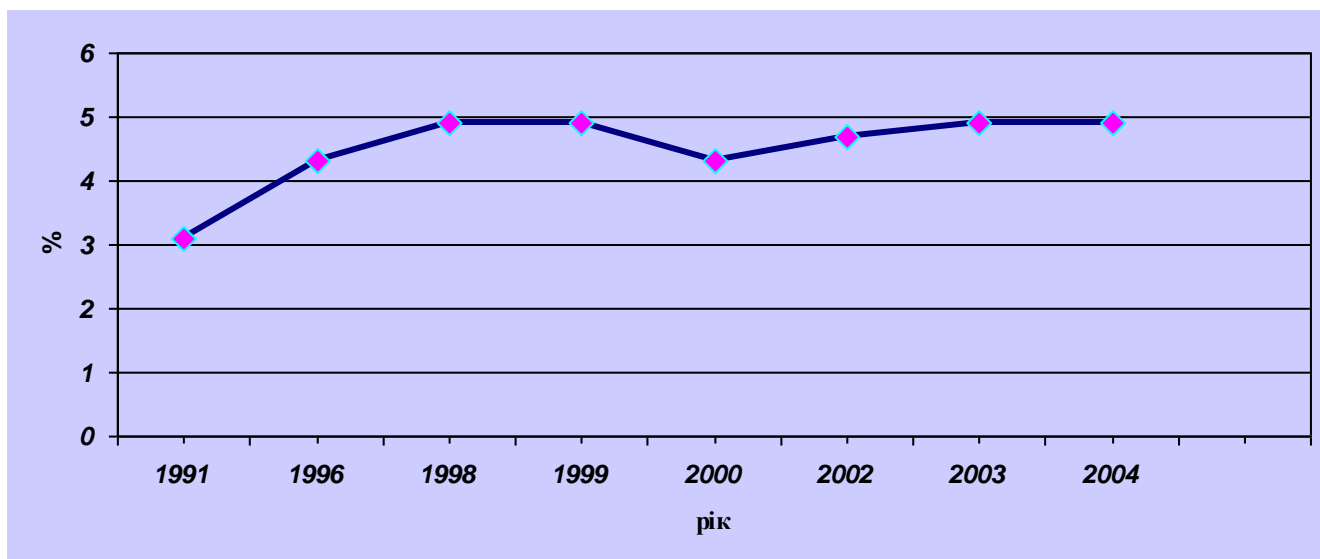


Рис. 2.1. Питома вага витрат на охорону здоров'я в Україні, у % до ВВП.

Джерело: розробила автор за даними Держкомстату, Міністерства фінансів України.

Аналізуючи склад і структуру джерел фінансування охорони здоров'я в Україні, можна спостерігати, що кошти бюджету надалі мають домінуюче значення у забезпеченні потреб цієї галузі (табл. 2.1). У 2004 р. частка бюджетних асигнувань становила близько 72%, хоча протягом останніх років спостерігається тенденція до зниження даного показника, який ще у 1996 р. дорівнював 81%.

Зменшення питомої ваги бюджетних коштів пов'язане зі зростанням обсягів витрат населення та суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, які у 1996р. становили 750 млн. грн., а у 2004-у – вже 4703,7 млн. грн., тобто збільшилися майже у 6,3 раза. До даної суми витрат відносяться: витрати населення на придбання медикаментів та виробів медичного призначення, витрати населення й суб'єктів господарювання на платні медичні послуги і страхові платежі з добровільного медичного страхування.

Таблиця 2.1

Склад і структура джерел фінансування охорони здоров'я в Україні у 1996 – 2004 роках

Види джерел	1996		1998		2000		2002		2003		2004	
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%
Всього:	3962,4	100	5059,5	100	7292,1	100	10543,7	100	13346,0	100	16844,7	100
I. Бюджетні кошти	3212,4	81,1	3634,2	71,8	4888,2	67,0	7578,0	71,9	9708,2	72,7	12141,0	72,1
II. Кошти населення і суб'єктів господарювання:	750,0	18,9	1425,3	28,2	2403,9	33,0	2965,8	28,1	3637,8	27,3	4703,7	27,9
1. Витрати на платні медичні послуги, всього:	84,7	11,2	129,0	9,1	934,6	38,9	1582,0	53,3	2042,6	56,1	2530,7	53,8
В т. ч.:												
<i>1) у державному секторі охорони здоров'я, всього:</i>	...	...	...	...	<i>144,6</i>		<i>166,1</i>		<i>290,3</i>		<i>393,6</i>	
- витрати населення;							88,3		173,6		194,8	
- витрати підприємств та ін.;							77,8		116,7		198,8	
<i>2) у недержавному секторі охорони здоров'я, всього:</i>	...	...	...	...	<i>790,0</i>		<i>1415,9</i>		<i>1752,3</i>		<i>2137,1</i>	
1. витрати за медичні послуги, що надали юридичні особи, з них:	...	...	...	...	...		1345,4		1632,4		1959,7	
- витрати населення;							539,5		667,7		829,4	
- витрати підприємств та ін.;	...	...	...	...	...		805,9		964,7		1130,0	
2. витрати за медичні послуги, що надали фізичні особи - суб'єкти медичної практики							70,5		119,9		177,4	
2. Витрати на сплату страхових платежів із добровільного медичного страхування	14,3	1,9	24,3	1,7	50,0	2,1	80,0	2,7	58,6	1,6	213,6	4,5
3. Витрати населення на придбання медикаментів та виробів медичного призначення	651,0	86,8	1272,0	89,2	1419,3	59,0	1303,8	44,0	1536,6	42,2	1959,4	41,7

Джерело: складено і розраховано автором за даними Держкомстату та Міністерства фінансів України.

У загальній структурі згаданих витрат найвищу питому вагу мають витрати на платні медичні послуги, темп зростання яких є порівняно високий. Якщо у 1996 р. сума зазначених витрат становила 84,7 млн. грн., то в 2004 р. – 2530,7 млн. грн., тобто зросла на 2446 млн. грн., або майже у 30 разів.

Як показують дані табл. 2.1, на державний сектор охорони здоров'я у 2004 р. припадало 15,5% від загальної суми коштів, яку було використано на платні послуги у цій сфері. З них: 50% – кошти населення, а решта – фінансові ресурси підприємств та інших споживачів. Обсяги витрат на оплату медичних послуг у державному секторі охорони здоров'я щорічно зростають. Так, у 2004 р. державні та комунальні заклади охорони здоров'я реалізували платних медичних послуг на 393,6 млн. грн., – що на 35% більше, ніж у 2003 р., й на 172% – ніж у 2000 р.

Обсяги витрат на медичні послуги, які надавали у недержавному секторі охорони здоров'я протягом 2000–2004 рр., зросли з 790 млн. грн. до 2137,1 млн. грн., або майже в 2,7 раза. Якщо у 1999 р. обсяг реалізованих приватних медичних послуг у розрахунку на душу населення країни становив 2,7 грн., то у 2004 р. – 45 грн., тобто за п'ять років зріс у 19 разів.

Недержавний (приватний) сектор охорони здоров'я в Україні почав розвиватися в період незалежності. Головною передумовою цьому послужило прийняття у 1992 р. законодавчого акта "Основи законодавства України про охорону здоров'я". В цьому законі закріплено можливість багатоканального механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я за рахунок: державного та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших не заборонених законодавством джерел.

У результаті цього в Україні виникла нова мережа медичних закладів приватної форми власності, чисельність яких у 1999 р. становила 3475 од. Однак, як свідчить аналіз статистичних даних, в останні роки спостерігається тенденція до її скорочення. Так, із 1999 р. до 2004 р. кількість закладів у недержавному секторі охорони здоров'я зменшилася майже на 26%, або на 910 од. Проте, незважаючи на скорочення мережі зазначених закладів, обсяг реалізованих ними послуг зріс у 2004 р. порівняно з 2000-м майже на 46%. Основними споживачами були підприємства та

інші суб'єкти господарювання, яким реалізовано близько 58% усіх наданих медичних послуг, решту медичної допомоги було оплачено населенням.

Позитивним аспектом є зростання кількості фізичних осіб – суб'єктів підприємницької діяльності, які займаються медичною практикою. За 1999–2004 рр. їх чисельність зросла на 92% – від 5061 до 9720 осіб. Крім того, за 2002–2004 рр. на 153% зросли обсяги послуг, що вони реалізували. Основними видами діяльності були: стоматологічні, гінекологічні та терапевтичні послуги.

Однак, незважаючи на певні позитивні зрушення, приватний сектор охорони здоров'я розвивається повільними темпами. Дану інертність можна пояснити особливостями його діяльності, яка потребує значних фінансових інвестицій, застосування високоякісного медичного обладнання, високого рівня кваліфікації працівників, сервісного обслуговування тощо. Крім цього, через низьку купівельну спроможність населення не може оплачувати надання медичних послуг у даному секторі.

Інша перешкода для повноцінного функціонування приватного сектору охорони здоров'я в Україні – те, що з боку держави нема підтримки, яка має проявлятися у преференційній податковій та фінансово-кредитній політиці. Питання пільгового оподаткування приватних закладів охорони здоров'я залишається, на жаль, невирішеним. Основи законодавства України про охорону здоров'я населення гарантують податкові та інші пільги для закладів і осіб, які займаються комерційною діяльністю в галузі охорони здоров'я, і суб'єктів господарювання, котрі виробляють продукцію, необхідну для забезпечення діяльності медичних закладів. Однак задекларовані податкові пільги виражаються лише у звільненні від ПДВ, і то не на всі види медичних послуг (близько 16 видів медичних послуг оподатковують ПДВ). Решту податків і зборів приватні медичні установи, що надають населенню платні медичні послуги, нараховують і сплачують у загальновстановленому порядку.

У багатьох країнах поширений спосіб опосередкованої участі держави у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я шляхом надання пільг в оподаткуванні доходів (прибутків) медичних закладів, суб'єктів господарювання чи фізичних осіб,

які оплачують медичні послуги, а розміри таких пільг достатньо відчутні³. Податкові пільги, які надає держава, значною мірою стимулюють населення і господарюючих суб'єктів до отримання послуг з охорони здоров'я у приватному секторі медичного обслуговування, оскільки за їх рахунок знижується ціна, яку вони мають сплачувати за страховку або медичну послугу.

У більшості випадків податкові пільги надають за такими напрямками:

1. Для юридичних та фізичних осіб, які діють у сфері охорони здоров'я, – у вигляді зниження податкових ставок або звільнення від сплати окремих податків і зборів. У багатьох країнах медичні послуги звільнені від ПДВ (Іспанія, Італія, Данія), а ліки оподатковують або за пониженими ставками (у Франції – 5,5%, Іспанії – 4%) або взагалі не оподатковують (Великобританія).

2. Для фізичних осіб, які витрачають кошти на охорону здоров'я, – у вигляді пільгового оподаткування їхніх доходів. Так, в окремих країнах приватним особам надають можливість звернутись у податкові органи з проханням не обкладати податком частину доходу, витрачену на страхові внески або прямі платежі за медичні послуги. Наприклад, для громадян США встановлені податкові субсидії у вигляді вирахувань із персонального оподаткованого доходу фізичної особи вартості медичних послуг, якщо вона перевищує певний рівень (у 1996 р. – 7,5% доходу). В Росії Податковий кодекс передбачає вирахування сум, що витрачають на ліки і медичні послуги, з оподаткованого доходу, однак ці витрати не мають перевищувати 25 тис. рос. руб. на рік.

В Україні Законом "Про податок з доходів фізичних осіб" від 22 травня 2003 р. фізичній особі дозволено включати до податкового кредиту лише суму власних коштів платника податку, сплачених на користь закладів охорони здоров'я для компенсації вартості платних послуг із лікування такого платника податку або члена його сім'ї першого ступеня споріднення. Однак згаданою законодавчою пільгою на практиці дуже складно скористатися через те, що нема чіткого механізму реалізації фінансових взаємовідносин між пацієнтом і медичним закладом.

³ Державні податкові втрати США у сфері охорони здоров'я в 1986 р. становили 31,4 млрд. дол.; це 30% від витрат федерального бюджету країни на потреби у цій галузі [163, с. 58, с. 348].

3. Для юридичних осіб (працедавців), які витрачають кошти на охорону здоров'я своїх робітників, – у вигляді зменшення об'єкта оподаткування на суму медичних витрат при сплаті окремих податків чи внесків. Зокрема, для роботодавця у США, який сплачує суму медичної страховки за свого працівника, такі витрати не розглядають як оподатковуваний дохід найманого працівника, і, відповідно, на них не нараховують внески на соціальне страхування. В Україні перелік податкових пільг у цьому напрямку досить обмежений. Так, Законом “Про оподаткування прибутку підприємств” підприємствам дозволено частково відносити до валових витрат вартість затрат на утримання та експлуатацію об'єктів соціальної інфраструктури (дитячих ясел і садків, закладів підвищення кваліфікації, охорони здоров'я, спортзалів, гуртожитків тощо), якщо дані об'єкти не ведуть комерційну діяльність. Не належать до валових витрат капітальні витрати підприємств на будівництво нових об'єктів соціальної інфраструктури. В свою чергу, страхові платежі на добровільне медичне страхування найманих працівників роботодавці змушені сплачувати за рахунок прибутку, оскільки пільги законом не передбачено. Зрозуміло, що таких заходів недостатньо для пошлявлення участі господарюючих суб'єктів у охороні здоров'я своїх працівників, тобто потрібна ефективніша система податкових стимулів.

У результаті соціологічного дослідження, яке вітчизняні соціологи провели серед лікарів приватної практики, в їх діяльності було виділено такі основні проблеми: високі податкові ставки (87%), юридичні перепони (58%), проблеми придбання та оренди приміщень, недосконалість правової бази [154].

Важливим учасником ринку медичних послуг України, котрий виконує роль посередника у забезпеченні охорони здоров'я населення, є інститут добровільного медичного страхування. Страхування здоров'я в Україні перебуває на стадії розвитку і функціонує лише у вигляді добровільного медичного страхування і й окремих елементів страхової медицини (лікарняних кас). Основним законодавчим документом, що регулює діяльність ринку страхування в Україні, є Закон України "Про страхування", прийнятий у квітні 1996 р.

Низка українських страхових компаній, найвідомішими серед яких є “Укрмедстрах”, “Надра”, “Остра-Київ”, “АСКА”, “Енергополіс” активно формують свою інфраструктуру і пропонують клієнтам послуги зі страхування здоров’я. В 2001 р. цей вид страхових послуг надавали 79 страхових компаній, які отримали 56617,7 тис. грн. страхових платежів, із них 58% становили кошти страхувальників-громадян [155]. У 2003 р. страхових платежів було одержано вже на 58617,3 тис. грн., у тому числі 61% – внески страхувальників-громадян. Страхові виплати в 2003р. дорівнювали 37092,5 тис. грн., а загалом середній рівень виплат за 1997–2003рр. становив 60%. У 2004 р. сплачено страхових платежів за ДМС на 213,6 млн. грн., страхові виплати становили 133,3 млн. грн., або 62%. Наприкінці 2001 р., в країні було близько 400 лікувальних установ, які уклали зі страховими компаніями договір про надання медичної допомоги особам, застрахованим за добровільним медичним страхуванням.

Згідно із законодавством страхові компанії можуть отримувати ліцензії на два види страхування: страхування здоров’я на випадок хвороби і неперервне страхування здоров’я. При страхуванні здоров’я на випадок хвороби страхують медичні витрати на випадок конкретного захворювання (інфекційного, серцево-судинного тощо), вказаного у страховому договорі. Страхова сума може коливатися в розмірах, еквівалентних від 1,5 до 15 тис. дол. США, а страхові внески становлять від 0,5 до 5% цієї суми, залежно від умов страхування.

Безперервне страхування здоров’я – аналог страхування “від усіх ризиків” і забезпечує надання медичних послуг застрахованому у випадку будь-якого захворювання. Страхова сума може коливатися в межах еквівалента 7–20 тис. дол. і, навіть, досягати 50 тис. дол. США, страховий внесок – від 0,5 до 8,0% зазначеної суми.

Послуги, які в рамках ДМС пропонують страхові компанії, можна поділити на 4 основні категорії:

- 1) страхові виплати з покриття витрат на поліклінічне обслуговування;
- 2) страхові виплати з покриття витрат на стаціонарне обслуговування;

3) страхові виплати з покриття витрат на обслуговування службою швидкої медичної допомоги;

4) страхові виплати з покриття витрат на стоматологічні послуги.

Страхові компанії можуть також пропонувати додатковий сервіс: відшкодування витрат на медичне обслуговування вдома, пільгове страхування для членів сімей, спеціальні програми для дітей і вагітних жінок.

Страховики-практики підтверджують, що на сучасному етапі добровільне медичне страхування не дає помітного прибутку більшості страхових компаній. У першу чергу проводять роботу із завоювання довіри у клієнта, і більшість компаній витрачає на страхові виплати 80–95% отриманих страхових платежів [186]. Також відома негативна практика ДМС, коли окремі страхові компанії намагаються легалізувати надання так званих неофіційних "платних медичних послуг", що викликає незадоволення у громадян, які звернувшись у лікарню, змушені купувати "страховий поліс".

На думку фахівців, повноцінний розвиток добровільного медичного страхування в Україні дасть змогу: 1) створити умови для більш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги; 2) зменшити навантаження на державну систему охорони здоров'я і дещо поліпшити її фінансовий стан; 3) зменшити частку тіньової медицини тощо.

Тому державна політика розвитку добровільного медичного страхування має бути спрямована:

– на створення умов для розвитку ДМС як ефективного доповнення до системи обов'язкового медичного страхування, котре забезпечило б покриття витрат за надання медичної допомоги понад або в межах обсягу і рівня, визначеного програмою ОМС;

– на посилення зацікавленості роботодавців у збереженні здоров'я працівників шляхом встановлення економічних стимулів (включення витрат на ДМС до валових витрат при обчисленні оподаткованого прибутку тощо);

– на підвищення надійності страхових організацій, що працюють у системі ДМС, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування і забезпечення контролю за дотриманням єдиних стандартів у всіх медичних установах [155].

На сучасному етапі розвитку ринку медичних послуг в Україні добровільне медичне страхування гарантує застрахованому високоякісний сервіс, своєчасне надання медичної допомоги і високоякісне лікування, але доступне не для кожного через високу вартість страхових послуг. Саме цей фактор пояснює непопулярність і недостатній розвиток добровільного медичного страхування в більшості регіонів України. Клієнтами згаданого виду страхування є переважно представництва зарубіжних фірм, підприємства з іноземними інвестиціями, спільні підприємства, забезпечені верстви населення.

Функціонує в Україні й інший елемент страхової медицини – лікарняні каси, створення яких було зумовлено дефіцитом місцевих бюджетів і значним зниженням рівня фінансування медичних послуг для населення. Протягом останніх років процес створення лікарняних кас став дедалі активнішим. Якщо в 1999 р. вони були організовані лише у 5 областях, то у 2002-у – вже у 22 областях. Усього в Україні є 230 лікарняних кас, членами яких стали близько півмільйона громадян. Частка працюючих членів становила у лікарняних касах в середньому 66%, пенсіонерів – 24%. Кожний регіон самостійно визначає структуру таких кас, суму страхових внесків і напрямки витрачання. Так, наприклад, у Миколаївській області відрахування до лікарняних кас становлять щомісячно близько 5% від заробітної плати чи пенсії. Левову частку створених фондів витрачають на придбання ліків. У 2000 р. лікарняні каси у цілому в країні акумулювали понад 2 млн. грн., що на третину більше, ніж у 1999 р., близько 55% зазначених коштів, зібрали лікарняні каси Миколаївської області, 20% – в Одесі, понад 15% – в Кіровоградській області[167].

Лікарняні каси можна розцінювати як своєрідні громадські добровільні нагромаджувальні фонди, котрі створюють з ініціативи громадян та лікарів-активістів (такі форми впроваджує здебільшого громадський рух лікарів “Пульс України”). Однак процес створення лікарняних кас неконтрольований і немає

належного законодавчого підґрунтя, що нерідко стає причиною для зловживань та порушень.

Виникнення у сфері охорони здоров'я посередника у формі добровільного медичного страхування створило певну різноманітність у фінансових відносинах між суб'єктами цієї галузі, однак про масштабну популярність даного виду страхування твердити ще передчасно. Загалом, із 1996 р. до 2004 р. сума коштів, витрачених на охорону здоров'я через систему добровільного медичного страхування, зросла у 15 разів і в загальному обсязі витрат їх частка у 2004 р. досягла 1,3%. (див. табл. 2.1).

Частка коштів населення і суб'єктів господарювання у загальній структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні щорічно збільшується, тобто має стабільну зростаючу динаміку, в той час, як питома вага державних коштів, незважаючи на їх збільшення в абсолютних обсягах, поступово зменшується. Так, у 2004 р. розмір витрат населення і суб'єктів господарювання на платні медичні послуги, на придбання медикаментів і страхових полісів із добровільного медичного страхування становив 28% від загальної суми коштів (найбільше значення було у 2000 р. – 33%), тоді як у 1996 р. – 19% (див. табл. 2.1). Порівняно з іншими постсоціалістичними країнами Україна займала за цим показником восьму позицію після Грузії, Вірменії, Латвії, Литви, Киргизії, Росії та Польщі (додаток В).

Як свідчать дані табл. 2.1, витрати населення на охорону здоров'я щорічно зростають і в загальній структурі витрат дорівнюють 12%. Так, із 1996 р. до 2004 р. сума згаданих витрат зросла у три рази. Переважну частку таких витрат використовують на придбання лікарських засобів та виробів медичного призначення. Ситуація, коли хворі змушені самостійно оплачувати вартість медикаментозних засобів, є особливо несприятливою для незахищених верств населення, особисті доходи котрих не можуть забезпечити фінансування потреби у медикаментозному лікуванні. В результаті частина населення країни змушена відмовлятися від ліків, платних медичних послуг та обстежень, що негативно відбивається на їхньому здоров'ї і на рівні суспільного здоров'я загалом.

Крім того, із даних вибіркового статистичного обстеження умов життя домогосподарств України у 2004 р. стало відомо, що в середньому на послуги у сфері охорони здоров'я кожне домогосподарство (за його підрахунками) витрачає щомісячно майже 13 грн.. Таким чином, враховуючи загальну кількість домогосподарств у країні, сума витрат становитиме близько 4682,3 млн. грн. на рік. Порівнюючи дану суму з витратами населення, які розраховано за обсягами реалізованих медичних послуг у державному і недержавному секторах охорони здоров'я, і які у 2004 р. дорівнювали 1201,6 млн. грн. (194,8 + 829,4 + 177,4) (див. табл. 2.1), можна зробити висновок, що в обігу тіньового сектору перебувають майже 3,5 млрд. грн. ($4682,3 - 1201,6 = 3480,7$ млн. грн.). А це майже 29% від обсягу бюджетних витрат на охорону здоров'я.

Та все ж бюджетні кошти є основним джерелом фінансового забезпечення державного сектору охорони здоров'я в Україні. Державний сектор охорони здоров'я – це сукупність закладів державної і комунальної форм власності, діяльність яких спрямована на забезпечення охорони здоров'я громадян. Заклади, що перебувають у власності держави, призначені виконувати завдання загальнонаціонального значення. В свою чергу, комунальні установи, котрі є у власності органів місцевого самоврядування, забезпечують охорону здоров'я на місцевому рівні.

В організаційному плані державний сектор охорони здоров'я можна характеризувати за двома ознаками: галузевою й адміністративно-територіальною [137, с. 44]. Галузева структура державного сектору охорони здоров'я в Україні відображена на рис. Д.1 додатку Д. Аналіз даного додатку свідчить про широкий спектр діяльності держави у сфері охорони здоров'я: це – надання медичної допомоги населенню країни, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, виробництво медикаментозних засобів, науково-дослідницька робота тощо.

На основі територіально-адміністративного поділу країни і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до безпосереднього споживача розрізняють три рівні лікувально-профілактичної допомоги (рис. Д.2 додатку Д). Перший рівень

– первинна медико-санітарна допомога – передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, спрямування пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів. Вторинна (спеціалізована) медична допомога – це кваліфіковане консультування, профілактика та лікування, яке здійснюють лікарі-спеціалісти. Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу надають лікарі (або їх групи), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також захворювань, що рідко трапляються.

Як правило, первинну і вторинну медичну допомогу надають в амбулаторіях, сільських дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях. Третинну допомогу забезпечують спеціалізовані та багатопрофільні лікарні, діагностичні й медичні центри, диспансери [158, с.252].

Державне управління системою охорони здоров'я здійснює Міністерство охорони здоров'я України, яке є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. До його основних функцій належать: визначення політики і стратегії розвитку охорони здоров'я, законотворча та інформаційно-аналітична робота.

Основним джерелом фінансування державних і комунальних закладів охорони є кошти бюджетів. Про ситуацію щодо забезпечення потреб державного сектору охорони здоров'я в бюджетних коштах за період незалежності країни свідчать дані табл. 2.2.

Як показує аналіз табл. 2.2, в 1991 р. видатки державного бюджету на охорону здоров'я становили суму, еквівалентну 15812 млн. дол. США, що у розрахунку на 1 жителя країни дорівнює 305 дол. США. Однак у 1999 р. цей показник знизився до мінімального за зазначений період рівня – 19 дол. США на душу населення, що в 16 разів менше від аналогічного показника 1991 р. І хоча протягом 2000–2003 рр. спостерігається тенденція до зростання бюджетних витрат на охорону здоров'я, які в 2003 р. становили вже 1903,6 млн. дол. США, що порівняно з 2000 р. більше майже на 79%, однак це майже у 8 разів менше від рівня фінансування, досягнутого у 1991 р.

Таблиця 2.2

Забезпечення потреби в бюджетних коштах на утримання державного сектору охорони здоров'я в Україні в 1991–2004 рр. [2].

Роки	Потреба в коштах		Передбачено бюджетних асигнувань			Видатки на 1 жителя, дол. США
			Сума		в % до потреби	
1991	9778 млн. крб.	15812 млн. дол. США	9778 млн. крб.	15812 млн. дол. США	100	305
1996	6900 млн. грн.	3770 млн. дол. США	3693,4 млн. грн.	1662 млн. дол. США	53,5	32,8
1999	7500 млн. грн.	1815 млн. дол. США	4658,0 млн. грн.	950 млн. дол. США	62,5	18,6
2000	8900 млн. грн.	1835 млн. дол. США	5212,7 млн. грн.	1063 млн. дол. США	57,9	21,6
2003*	25,0 млрд. грн.	4716 млн. дол. США	9708,2 млн. грн.	1903,6 млн. дол. США	40,4	40,2
2004	...	...	12141,0 млн. грн.	2380,6 млн. дол. США	...	50,2

* За даними Мінфіну.

Як свідчить практика останніх років, суми коштів, що пропонували для затвердження в бюджетах на утримання галузі охорони здоров'я, значною мірою не відповідали потребам, а були визначені на основі реальних бюджетних можливостей.

Аналізуючи задоволення потреби в бюджетних коштах на утримання охорони здоров'я у 1996–2003 рр., можна зробити висновок про постійне зниження даного показника, який у 2003 р. досягнув мінімального значення – 40,4% (див. табл. 2.2.). Це свідчить про погіршення фінансової ситуації у галузі й незадовільний стан забезпечення її потреб. Фінансування охорони здоров'я на основі реальних

бюджетних ресурсів, призвело до того, що видатки на придбання ліків і харчування зменшилися до мізерних обсягів, а капітальні ремонти і придбання сучасного обладнання майже не фінансували. В державному секторі охорони здоров'я виникли такі негативні явища, як заборгованість із заробітної плати медичним працівникам; недофінансування витрат на медикаменти і харчування; відсутність коштів на впровадження нового медичного обладнання й технологій; погіршення якості медичного обслуговування; зростання корупції та "тіньового" сектору охорони здоров'я.

За рівнем підпорядкування державні й комунальні заклади охорони здоров'я можна поділити на дві групи:

- 1) медичні заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України;
- 2) медичні заклади, підпорядковані окремим відомствам та управлінням.

Основу становлять медичні заклади, підпорядковані МОЗ, загальна кількість яких на початку 2000 р. дорівнювала 24233 од., тобто 96% від усієї мережі медичних установ, що належать державі. У 1990-х роках спостерігався процес розширення мережі відомчих закладів охорони здоров'я. Якщо у 1991 р. кількість зазначених закладів становила 702 (з них 157 лікарень), то в 1999-у їх число зросло до 1005 (198 лікарень), тобто більше ніж на 40% [2, с. 6]. Також зростають обсяги бюджетного фінансування на утримання відомчих закладів охорони здоров'я. Так, аналізуючи динаміку питомої ваги державного і місцевих бюджетів у фінансуванні закладів державної системи охорону здоров'я, яку відображено у додатку Е, можна зауважити, що частка бюджетних видатків, спрямованих на потреби відомчих закладів охорони здоров'я, щорічно зростає.

Досвід відомчої медицини зберігся в Україні з радянських часів, коли діяла мережа медичних закладів, підпорядкованих не лише Міністерству охорони здоров'я, а й іншим відомствам. Ці заклади охорони здоров'я обслуговували лише окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою ознаками. Законодавством дозволено фінансувати відомчі заклади за рахунок коштів підприємств, установ, організацій, працівників яких вони обслуговують; крім того, допускається фінансова підтримка відомчих закладів охорони здоров'я за рахунок

державного або місцевих бюджетів, якщо працівники відповідного відомства, підприємства, установи або організації становлять значну частину населення даної місцевості [115].

На наш погляд, існуючий порядок, за яким частина закладів державної системи охорони здоров'я перебуває у відомчому підпорядкуванні, необхідно змінити, оскільки він порушує справедливість при проведенні розподілу обсягів як бюджетного фінансування, так і медичного обслуговування та гальмує реалізацію єдиного підходу при здійсненні реформ у галузі.

Наприклад, одним із провідних відомств, лікувально-профілактичні заклади якого фінансують за рахунок державного бюджету, є Міністерство транспорту України. Протягом останніх років завдяки фінансовій підтримці державного бюджету та успішній діяльності залізничної галузі, яка з 2000 р. проводить медичне страхування своїх працівників та пенсіонерів (600 тис. осіб), набуто досвід бюджетно-корпоративно-страхової медицини. "Укрзалізниця", що є одним із вітчизняних лідерів за рівнем середньомісячної зарплати, уклала договір із страховою компанією "ІнтерТрансПоліс", за яким річний внесок особи становить від 48 до 96 грн., тобто лише 4–8 грн. на місяць. У результаті медичні заклади "Укрзалізниці" фінансують за рахунок трьох джерел:

1) державного бюджету: оплата постійних видатків стаціонару – фінансування заробітної плати медичного персоналу, нарахувань на заробітну плату, комунальних послуг, частково медикаментів, продуктів харчування тощо. Фінансування з державного бюджету здійснюють згідно з кошторисом відомчої установи;

2) коштів добровільного медичного страхування – страхове відшкодування змінних видатків, тобто покриття дефіциту коштів на придбання медикаментів, виробів медичного призначення та продуктів харчування тощо. Фінансування за рахунок страхового відшкодування здійснюють за принципом ретроспективної оплати, який реалізують, використовуючи метод оплати середньої вартості ліжко-дня згідно з профілем ліжка;

3) коштів "Укрзалізниці", які витрачають на придбання медичного обладнання, будівництво, ремонт основних засобів тощо [153].

Отже, перевага у фінансовому забезпеченні відомчих закладів охорони здоров'я очевидна. Однак така прерогатива, на нашу думку, порушує соціальну рівновагу в суспільстві, адже виникає привілейована група людей, яка має певні переваги в отриманні медичного обслуговування.

На сучасному етапі розвитку система закладів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України – основний постачальник медичних послуг, які доступні для всього населення країни. Протягом уже тривалого періоду ці заклади відчують значний дефіцит фінансових ресурсів і не можуть повноцінно функціонувати й забезпечувати охорону здоров'я населенню на належному рівні. Урядові реформи в даному секторі здійснюють повільно і непослідовно.

В умовах запровадження ринкової концепції господарювання реформаторські зусилля уряду зосереджені здебільшого на скороченні ресурсної бази: медичних кадрів, мережі лікарняних закладів, ліжкового фонду. Аналізуючи основні показники діяльності закладів охорони здоров'я за 1990–2004 рр., можна зауважити, що протягом цього періоду на 1300 одиниць (на 34%) було скорочено кількість лікарняних закладів, на 288 тис. ліжок, або майже на 41%, зменшено ліжковий фонд, більше ніж на 23% знизилася кількість середнього медичного персоналу (додаток Ж). При цьому державна політика ресурсного скорочення в даній галузі не завжди є виваженою і науково обґрунтованою. У результаті подібних заходів досягнуто незначної економії бюджетних коштів, однак нема суттєвого поліпшення фінансового стану сфери охорони здоров'я.

На сучасному етапі одним із пріоритетних завдань державної системи охорони здоров'я є переорієнтація надання медичної допомоги населенню на засади сімейної медицини. За очікуваними результатами, така реорганізація має забезпечити задоволення на первинному рівні до 80% медичних потреб "прикріпленого" населення, що дасть змогу зменшити на 25–30% потреби в госпіталізації хворих у лікарняні заклади, кількість виїздів служби швидкої допомоги тощо й економніше і раціональніше використовувати фінансові ресурси галузі. В 2001–2002 рр. спостерігалися позитивні зрушення у розвитку сімейної медицини: кількість установ зросла з 645 до 1173 одиниць, тобто на 81,9%, кількість штатних посад збільшилася

на 95%, зросла також кількість населення, охопленого медичним обслуговуванням на засадах сімейної медицини, – на 86% [123, с. 5]. Однак впровадження сімейної медицини відбувається дуже повільними темпами. Так, за п'ять років (1999–2003) сертифікат сімейного лікаря отримали близько 1300 осіб, і щороку готуються ще 500 сімейних лікарів, при потребі 33 тисячі, це дуже мало. За таких темпів для досягнення потрібної кількості спеціалістів потрібно 62 роки. У свою чергу, спеціалістів вузького профілю в Україні готують багато і понад потребу [120, с. 3]. Прискорити розвиток сімейної медицини і підготовку лікаря сімейної практики можна лише, впроваджуючи новий механізм фінансування.

Загалом, аналіз функціонування та фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, який було проведено, дає змогу зробити наступні висновки:

- за роки незалежності в державному секторі охорони здоров'я різко зменшилися обсяги бюджетних витрат і виник дефіцит фінансових ресурсів. Це стало причиною скорочення ресурсної бази: медичних кадрів, кількості державних і комунальних медичних закладів (особливо в сільській місцевості), ліжкового фонду тощо;
- збільшилися масштаби тіньового сектору в сфері охорони здоров'я, тобто в державних і комунальних медичних закладах триває негативна практика легальних і нелегальних поборів із пацієнтів;
- відомчі заклади охорони здоров'я перебувають у вигіднішому фінансовому становищі ніж державні і комунальні медичні установи, що порушує соціальну справедливість і права громадян;
- внаслідок прийняття ряду законодавчих актів розпочалися створення і розвиток приватної медицини та легалізація нетрадиційних методів лікування (народної медицини), однак поки що ці процеси відбуваються без належної динаміки та інтенсивності;
- через відсутність належної законодавчої бази, неврегульованість питань оподаткування, майже мінімальну економічну зацікавленість населення і підприємств у медичному страхуванні та низьку фінансову спроможність більшої

частини населення, добровільне медичне страхування розвивається в країні повільно.

Отже, аналізуючи сучасний період фінансового забезпечення охорони здоров'я, можна стверджувати, що в Україні пріоритетним постачальником медичного обслуговування населення є державний сектор охорони здоров'я, і кошти бюджету займають домінуючу позицію у його фінансовому забезпеченні – близько 72% у 2004 р. Приватний сектор охорони здоров'я розвивається повільно через необхідність значних фінансових інвестицій та відсутність преференційної податкової і фінансово-кредитної політики й низьку купівельну спроможність більшості населення. Роль посередника на ринку медичних послуг виконує інститут медичного страхування, який перебуває на стадії розвитку і функціонує лише у вигляді добровільного медичного страхування та окремих елементів страхової медицини (лікарняних кас). Система добровільного медичного страхування доступна не для кожного через високу вартість, що пояснює непопулярність і недостатній її розвиток у більшості регіонів України.

2.2. Механізм бюджетного планування та фінансування охорони здоров'я

2.2.1. Аналіз практики бюджетного планування видатків на охорону здоров'я.

На сучасному етапі реформування бюджетної системи і вдосконалення механізму міжбюджетних відносин в Україні відбуваються зміни в політиці видатків бюджетів та зростання ролі бюджетного планування при визначенні обсягів витрачання грошових коштів на охорону здоров'я. Ефективність процесу бюджетного фінансування у сфері медичного обслуговування значною мірою залежить від того, наскільки досконалим і науково обґрунтованим є механізм бюджетного планування.

Розпочата у 2001 р. реформа міжбюджетних відносин сприяла вирішенню багатьох проблем, які нагромаджувались у бюджетній сфері й набули особливої

гостроти. Позитивним надбанням реформи стало розмежування бюджетної відповідальності та повноважень за видатками між всіма рівнями влади і забезпечення збалансованості витратних повноважень місцевих бюджетів із рівнем власних доходів. Принцип розподілу і закріплення видатків за певним рівнем бюджетної системи є первинним, оскільки розмежування повноважень за видатками детермінує потреби всіх органів влади в бюджетних коштах і закладає передумови розмежування й закріплення дохідних джерел за різними бюджетними рівнями. В Україні проблема чіткого, законодавчо встановленого розмежування видатків між бюджетами визрівала давно. Так, Закон України “Про бюджетну систему Української РСР” від 29.06.1995 р. визначав лише основні напрямки використання коштів державного та місцевих бюджетів, не деталізуючи переліку видатків за рівнями бюджетної системи і видами місцевих бюджетів. Право на розмежування видатків між останніми було надане органам місцевого самоврядування. Така самостійність органів місцевого самоврядування, без чіткого законодавчого регламентування, нерідко призводила до суб’єктивізму при вирішенні завдань і виникнення суперечок між розпорядниками бюджетних коштів.

У 2001 р. з метою врегулювання міжбюджетних відносин і забезпечення відповідності між фінансовими можливостями та повноваженнями бюджетів на здійснення видатків, у т. ч. на охорону здоров’я, в Бюджетному кодексі України чітко розмежовано видатки між бюджетами (додаток 3). Розподіл видатків між місцевими бюджетами здійснено на основі принципу субсидіарності з урахуванням критеріїв повноти надання послуг і наближення їх до безпосереднього споживача. Законодавчий розподіл обов’язків і встановлення чітких повноважень на здійснення видатків на охорону здоров’я для бюджетів різних рівнів стало важливим кроком на шляху до стабільності, цільового й ефективного витрачання бюджетних коштів і посилення відповідальності за виконання державних завдань.

Одним із основних завдань міжбюджетної реформи було забезпечення умов для справедливого розподілу гарантованого обсягу суспільно корисних благ і отримання кожним громадянином країни певного їх рівня, незалежно від території його проживання. В Україні протягом тривалого часу цей принцип порушують.

Аналіз розміру бюджетних витратків на охорону здоров'я на душу населення за 1998–2001 рр. показав, що в окремих адміністративно-територіальних одиницях відбувалося помітне відхилення даного показника від середніх значень в Україні (табл. К.1 додатку К). Така диференціація у фінансуванні послуг із охорони здоров'я порушувала визначені у Конституції соціальні права і гарантії на рівноправні можливості громадян у задоволенні медичних потреб. Отже, система планування витратків бюджетів на охорону здоров'я, за якою розрахунковий обсяг витратків визначали з допомогою трьох показників: норми витрат на одного жителя протягом минулого року, тимчасового коефіцієнта розподілу асигнувань за постановою КМУ. № 1070 від 05.09.1996 р. додаткових витрат на гірські райони у чотирьох областях, не вирішувала проблем фінансового вирівнювання згаданих витратків місцевих бюджетів. Щоб виправити цей недолік, у результаті реформи було здійснено перехід на формульний порядок розрахунку обсягів асигнувань із місцевих бюджетів на охорону здоров'я на основі єдиного фінансового нормативу бюджетних витратків на одного жителя країни.

Законодавчою основою для впровадження формульного підходу до розрахунку витратків місцевих бюджетів став Закон України "Про Державний бюджет України на 2001 рік" і прийнята в грудні 2000 р. постанова Кабінету Міністрів України № 1932, яка затвердила "Порядок розрахунку обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання, субвенцій та коштів, що передаються до бюджету вищого рівня) та нормативів відрахувань від загальнодержавних податків і зборів на 2001 рік". У подальшому концептуальні засади, окреслені у згаданих нормативно-правових актах, були закріплені й розвинуті в Бюджетному кодексі України.

Діючий алгоритм розрахунку обсягів витратків на охорону здоров'я для бюджету АРК (обласного бюджету), бюджету міста республіканського АРК (обласного значення) і бюджету району, а також бюджету місцевого самоврядування подано у табл. Л.1–Л.2 додатку Л.

Важливим аргументом на користь формульного підходу до розрахунку витратків місцевих бюджетів є створення прозорого і зрозумілого механізму

планування бюджетних видатків, який допомагає уникнути суб'єктивізму в рішеннях про фінансування тих чи інших бюджетних видатків. Однак, поряд із позитивними надбаннями формульної методики, залишається багато невирішених проблем.

Зокрема, і далі відкрита проблема фінансового вирівнювання бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення. Як показує аналіз даних табл. К.2 додатку К, у 2003 р. диференціація середньодушових видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я була досить значною. Найширшим діапазоном коливання вирізнялися видатки міст обласного значення, призначені на дані потреби, – мінімальне значення 0,2 грн./особу, максимальне – 269,7 грн./особу [85, с. 27]. Це свідчить про неефективність запровадженої формульної методики розрахунку обсягу видатків бюджетів на охорону здоров'я і необхідність її вдосконалення.

Негативним моментом практики бюджетного планування є те, що формули майже щорічно змінюються та коректуються, а це порушує стабільність у фінансових відносинах між бюджетами і не дає їм можливості здійснювати довгострокове планування видатків. Так, за період реформи формула визначення розрахункового обсягу бюджетних асигнувань на охорону здоров'я змінювалась тричі.

Уперше формульний порядок розрахунку було встановлено згаданою постановою КМУ № 1932. Основу формули становили такі показники: чисельність населення адміністративно-територіальної одиниці, частка співвідношень між бюджетом Автономної Республіки Крим, обласними бюджетами та бюджетами міст республіканського й обласного значення і районів, коригуючі коефіцієнти (всього в формулі 9 показників).

Проте вже під час формування і затвердження місцевих бюджетів на 2001 рік у формулі розподілу бюджетних видатків на охорону здоров'я було виявлено низку недоліків і прорахунків. Це стало причиною подальших змін, у результаті чого прийнято нову постанову Кабінету Міністрів України від 05.09.2001 р. № 1195 “Про затвердження Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій

вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами”, якою впроваджено дещо змінений порядок визначення розрахункового обсягу видатків на охорону здоров'я з використанням фінансового нормативу бюджетної забезпеченості.

Наступні зміни у розрахунку показника обсягу видатків на охорону здоров'я для бюджету АРК, обласних бюджетів, бюджетів міст республіканського АРК й обласного значення, бюджетів районів були внесені у вересні 2002 р. Постановою КМУ від 14.09.2002 р. № 1382 затверджено нову формулу розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів. Слабкою ланкою попередньої методики було визнано тимчасовий коефіцієнт розподілу коштів між бюджетами у розрахунку на 1 жителя, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 05.09.1996 р. № 1070. Цей коефіцієнт використовували до 2002 р. і він був основним диференціюючим чинником, однак багато науковців критикували його через абстрактність та відсутність конкретних факторів, на основі яких згаданий коефіцієнт розраховували. Крім того, він був затверджений ще в 1996 р., а ситуація у багатьох регіонах істотно змінилася. Тому тимчасовий коефіцієнт розподілу коштів між бюджетами у розрахунку на одного жителя замінено на два нових: λ – коефіцієнт застосування впливу вікової структури населення, який на 2003 р. становив 0,5; і K_{zi2} – коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, обчислений за офіційними рекомендаціями ВООЗ на основі еквівалентних одиниць надання медичної допомоги одній особі залежно від віку і статі. Дане нововведення значно поліпшило якість формули розподілу, оскільки до уваги було взято такі важливі чинники, як вік і стать населення конкретної території.

Центральне місце при розрахунку обсягів видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я займають фінансові нормативи бюджетної забезпеченості. Фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я – це встановлений державою гарантований мінімальний рівень фінансування потреб з охорони здоров'я у розрахунку на душу населення. Фінансові нормативи мають вирішити проблему фінансового вирівнювання, усунути відмінності між обсягами

видатків у розрізі місцевих бюджетів і встановити фіксовані розміри фінансування у розрахунку на одного мешканця, з тією метою, щоб медичні потреби населення задовольняти однаково в різних територіальних утвореннях. Згідно з діючим порядком, фінансові нормативи бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я розраховують окремо для:

- бюджету АРК та обласного бюджету;
- бюджету міста республіканського АРК та обласного значення, бюджету району;
- бюджету місцевого самоврядування (додаток М).

Аналіз процесу встановлення фінансових нормативів свідчить, що їх не можна розглядати нині, як інструмент нормативного планування видатків місцевих бюджетів на основі науково обґрунтованого визначення потреби в бюджетних ресурсах; ці нормативи є лише важелем для здійснення перерозподільчих процесів [85, с. 29]. Їхнє призначення – справедливий розподіл бюджетних асигнувань у розрахунку на одного споживача суспільних послуг. Згадані нормативи не визначають на основі науково обґрунтованих обсягів реальної потреби у бюджетних коштах установ охорони здоров'я, тому вони не можуть повноцінно забезпечити процес нормальної роботи цих установ. А справедливість розподілу коштів між бюджетами у розрахунку на одного жителя країни не завжди передбачає високу якість і економічну ефективність у фінансуванні й наданні медичних послуг .

Розрахункові обсяги бюджетних видатків та фінансові нормативи бюджетної забезпеченості коригують коефіцієнтами, мета яких – врахувати існуючі відмінності у вартості надання соціальних послуг залежно від кількості населення та інших особливостей адміністративно-територіальної одиниці. З 2003 р. для розрахунку фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я місцевих бюджетів використовують наступні групи коригуючих коефіцієнтів:

I група – коефіцієнти, що враховують частку видатків бюджетів (окремо для бюджету АРК і обласних бюджетів та для бюджетів міст республіканського, обласного значення, бюджетів районів) у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я всіх місцевих бюджетів (Kzob (ark) 1, K zm (r) 1);

II група – коефіцієнти, що коригують частку видатків бюджетів (окремо для бюджету АРК і обласних бюджетів та для бюджетів міст республіканського, обласного значення, бюджетів районів) у загальному обсязі витрат на охорону здоров'я залежно від співвідношення заробітної плати у загальній сумі цих видатків, і таким чином враховують відмінності у питомій вазі видатків на заробітну плату в загальній сумі видатків бюджетів (Kzob (ark) 4, K zm (r) 4);

III група – сюди можна віднести один коефіцієнт, який використовують для обчислення нормативу для бюджету міста республіканського й обласного значення та бюджету району, і який встановлює частку населення, котре обслуговують відомчі заклади охорони здоров'я, що фінансують за рахунок державного бюджету (K zm (r) 5);

IV група – коефіцієнт, що встановлює частку видатків на первинну медико-санітарну амбулаторну допомогу, яку надають самостійні дільничні амбулаторії, амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету міста (району) (Kzp). Його визначають райдержадміністрація чи виконавчий комітет міської ради на підставі даних року, що передує плановому (додаток М).

При розрахунку обсягів видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я використовують наступні коригувальні коефіцієнти:

– коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, обчислений за офіційними рекомендаціями ВООЗ на основі еквівалентних одиниць надання медичної допомоги одній особі залежно від віку і статі (Kzi 2);

– коефіцієнт рівня застосування впливу вікової структури населення – λ , що у 2003 р. становив 0,5;

– коефіцієнт диференціації рівня витрат на одного жителя (для міст республіканського АРК та обласного значення – 1,065; для районів – 0,934, для бюджетів м. Києва і Севастополя – 1,0), визначений за середнім співвідношенням рівнів видатків бюджетів міст республіканського АРК та обласного значення, бюджетів районів за даними зведення місцевих бюджетів з урахуванням

розмежування видатків між рівнями бюджетів згідно з главою 14 Бюджетного кодексу України (Kzm(r)3);

– коефіцієнт коригування чисельності наявного населення адміністративної одиниці, якому медичну допомогу надають відомчі заклади охорони здоров'я, котрі фінансують за рахунок державного бюджету Kzm(r)5; його значення – 0,5;

– коефіцієнт застосування фактора впливу кількості населення міста районного значення, села, селища, що встановлюють райдержадміністрація (виконавчий комітет міської ради) у межах від 0,3 до 1 – (Kzn);

– коефіцієнт застосування фактора впливу показника чисельності штатних працівників охорони здоров'я при розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету місцевого самоврядування (Kzl), котрі розраховують як $1 - Kzn$.

Негативним аспектом є відсутність прозорості процедури визначення вищезгаданих коригуючих коефіцієнтів. Відомо, що окремі з них розраховані на підставі даних минулих років (Kzob (ark) 1, Kzm (r) 1, Kzob (ark) 4, Kzm (r) 4). Такий підхід не завжди можна вважати переконливим аргументом для формульного розрахунку, адже практика останніх років показує нерідко необґрунтовані й спонтанні дії уряду в сфері охорони здоров'я. За останні роки фактичні обсяги фінансування далеко не відповідали наявним потребам у галузі охорони здоров'я, тому недоліки і прорахунки минулого можуть бути автоматично перенесені на плановий рік. Крім того, спостерігається мінливість окремих показників, які використовуються у розрахунку коефіцієнтів. Наприклад, майже щорічного перерахунку потребують коефіцієнти – Kzob (ark) 4 і Kzm (r) 4 у зв'язку з підвищенням заробітної плати медичним працівникам. Однак повторні перерахунки уряд не проводить, і коефіцієнти залишаються на рівні минулих років.

Коригувати фінансові нормативи доцільно з урахуванням усіх можливих факторів, що об'єктивно впливають на обсяг видатків бюджетів; лише у цьому випадку відбудуться раціональне і справедливе використання бюджетних коштів та високоякісне задоволення потреб у сфері охорони здоров'я. А у відповідній формулі не передбачено коригувальних коефіцієнтів щодо диференціації рівня витрат місцевих бюджетів залежно від рівня захворюваності населення адміністративно-

територіальної одиниці, показників смертності, інвалідності, екологічної ситуації в регіоні тощо. Крім цього, додаткові видатки на охорону здоров'я передбачені лише для територій, що мають статус гірських населених пунктів, а для курортних зон, де в літній період значно зростає кількість населення за рахунок відпочиваючих, отже, збільшуються і витрати на медичну допомогу, цей аспект не враховано.

Діюча методика не враховує також ряд таких важливих факторів, як особливість розташування мережі лікувально-профілактичних закладів. Це підтверджує аналіз чинного порядку планування обсягів бюджетних видатків на охорону здоров'я в розрізі бюджетів трьох районів Тернопільської області. Райони вибирали за показником кількості установ охорони здоров'я, які фінансують з кожного бюджету. Так, із бюджету Зборівського району утримують максимальну кількість установ охорони здоров'я (81 од.), Підгаєцького – мінімальну (29 од.) і з бюджету Чортківського району фінансують середню кількість установ – 57 од.

Плануючи відповідні видатки за перерахованими бюджетами за встановленою на 2002 р. формулою розподілу бюджетних асигнувань, в основі якої лежить фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на душу населення, було визначено такі розрахункові обсяги видатків на охорону здоров'я: для бюджету Зборівського району – 2819,2 тис. грн., Чортківського – 4893,0 тис. грн., Підгаєцького – 1394,6 тис. грн. Отже, у розрахунку на одного жителя розподіл видається справедливим, і сума коштів становить 65,1 грн. Однак за обсягом зовнішньої кубатури споруд закладів охорони здоров'я, які належить утримувати місцевим бюджетам, спостерігається значна диференціація. Так, у Зборівському районі на 1000 осіб населення припадає 1,72 тис. кв. м зовнішньої кубатури будов відповідних установ; у Чортківському – 2,12 тис. кв. м, у Підгаєцькому – 2,46 тис. кв. м. Це означає, що видатки на комунальні потреби закладів охорони здоров'я у Підгаєцькому районі у 1,4 раза більші, ніж у Зборівському районі, що зумовлено існуючою мережею закладів. Даний аспект потрібно обов'язково враховувати, щоб не ставити одні установи адміністративно-територіальної одиниці у вигіднішу позицію щодо фінансування порівняно з іншими. З цією метою доцільно встановлювати коригуючі коефіцієнти, які б враховували дану відмінність у показниках зовнішньої кубатури

будівель медичних закладів або приватизувувати окремі підрозділи установ охорони здоров'я.

Загалом, аналізуючи зрушення у бюджетному плануванні видатків на охорону здоров'я після запровадження формульного порядку розрахунку бюджетних коштів, можна спостерігати суттєві зміни у обсягах відповідних асигнувань місцевих бюджетів в Україні (додаток Н). Як показують дані додатку Н, при використанні першої методики розподілу видатків на охорону здоров'я, визначеної постановою КМУ від 22.12.2000 р. № 1932, спостерігалось зменшення суми видатків на охорону здоров'я майже на 6% від затвердженого місцевими радами плану на 2001 р. Найбільші зміни в обсягах бюджетного фінансування відбулись у бюджеті міста Києва – на 45% менше плану, бюджеті Автономної Республіки Крим – на 29%, бюджеті м. Севастополя – на 14%. Одночасно в окремих бюджетах зросли обсяги бюджетних асигнувань на охорону здоров'я: в Чернівецькій області – на 6%, Рівненській – на 2%, Житомирській – на 1% (порівняно з відповідним показником затвердженого плану).

У 2002 і 2003 рр. обсяги видатків на охорону здоров'я, розраховані за формульним порядком, теж були меншими від показників, що затвердили місцеві ради, відповідно на 11% і 7%. Також змінилася структура бюджетного фінансування за регіонами. Так, якщо згідно з плановими даними питома вага видатків на охорону здоров'я в бюджеті АРК в 2001 р. становила 5,6%, в 2002 р. – 5%, в 2003 р. – 4,8%, то після формульних розрахунків цей показник зменшився і дорівнював у 2001 р. 4,3%, в 2002 р. – 4,3%, в 2003 р. – 4,2%. В свою чергу, в інших областях даний показник зріс. Для прикладу, в Чернівецькій області частка видатків на охорону здоров'я, які затвердили місцеві ради, становила у 2001 р. 1,6 %, в 2002 р. – 1,6%, в 2003 р. – 1,7%, а після застосування формули відповідно – 1,8; 1,8 та 1,9%.

Таким чином, вважаємо, що запропонована методика розподілу видатків на охорону здоров'я між бюджетами є недосконалою і потребує змін та доповнень. Одним із недоліків запровадженого порядку є велика залежність від даних органів статистики (кількість населення адміністративно-територіальної одиниці, кількість населення, яке обслуговують відомчі заклади охорони здоров'я, тощо), інформація

котрих може містити похибки, тому таку ймовірність потрібно обов'язково враховувати. Крім того, окремі показники досить динамічні. Наприклад показники кількості населення чи рівня заробітної плати медичних працівників швидко змінюються і не можуть бути сталими величинами для розрахунків, що значно ускладнює процедуру планування й потребує постійних уточнень і повторних перерахунків. До того ж, мінливість законодавства і нестабільність формульної методики розподілу трансфертів не дають змоги територіальним фінансовим органам застосовувати принципи довготермінового бюджетного планування і приймати рішення на перспективу щодо використання коштів місцевих бюджетів.

Позитивним аспектом формульної методики розподілу видатків на охорону здоров'я між бюджетами є формування ефективного і прозорого механізму міжбюджетних відносин із мінімальним впливом суб'єктивних чинників. Проте, як показує аналіз, діючий механізм розподілу бюджетних асигнувань на охорону здоров'я потребує подальшого наукового обґрунтування та вдосконалення. Цей процес є складним, тривалим та вимагає ґрунтовних наукових досліджень.

У бюджетному плануванні, яке протягом останніх років зайняло досить міцні позиції в сфері розподілу бюджетних коштів, треба враховувати не лише критерій справедливості й обмежуватися нормативом видатків бюджетних коштів на одного жителя країни у сфері охорони здоров'я. Даний процес має також сприяти високоякісному й ефективному витрачання бюджетних коштів та бути пов'язаним із фінансовим плануванням, яке здійснюють на рівні окремої бюджетної установи, і яке чіткіше враховує її потреби.

2.2.2. Прагматика фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетних асигнувань.

Центральне місце у фінансуванні видатків на охорону здоров'я належить місцевим бюджетам. У ринкових умовах господарювання кошти даної численної ланки бюджетної системи служать основним джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я. Можливість максимального наближення до споживача медичних

послуг, врахування територіальних проблем, гнучкість і оперативність у проведенні змін – усе це основні переваги фінансового забезпечення охорони здоров'я за рахунок місцевих бюджетів.

Місцеві бюджети відповідно до пріоритетів витрачання коштів мають чітко окреслену соціальну спрямованість і посідають винятково важливе місце у фінансуванні охорони здоров'я населення. Так, за рахунок коштів місцевих бюджетів у 1998 р. було профінансовано 90,3% усіх бюджетних видатків на охорону здоров'я, у 1999 – 92,1%, 2000 – 85,2%, 2001 – 82,3%, 2002 – 79%, 2003 – 75,8%, у 2004 р. – 71,6%. Однак, як свідчать статистичні дані останніх років, спостерігається тенденція до зменшення частки місцевих бюджетів і помітного зростання питомої ваги коштів державного бюджету у фінансуванні охорони здоров'я. Для порівняння: плановий обсяг коштів місцевих бюджетів, спрямованих на зазначені потреби, впродовж 1996–2004 рр. зріс лише у 2,7 раза, тоді як державного бюджету – збільшився майже у 6,4 раза; обсяги фактичного фінансування з місцевих бюджетів у зазначеному періоді зросли лише у 3 рази проти 13-кратного збільшення асигнувань із державного бюджету.

Як свідчить динаміка відносних показників планових видатків бюджетів на охорону здоров'я, у 1996–2004 рр. спостерігалася стала тенденція до зростання частки державного бюджету у фінансуванні охорони здоров'я. Аналіз планових показників, поданих на рис. 2.2, показує, що "хвиля" зростання почалась у 2000 р., коли частка запланованих видатків державного бюджету в зведеному бюджеті досягнула 15%. В 2001 р. даний показник становив вже 20,5%, в 2002 р. – майже 29%, в 2003 р. – 26%, а в 2004 році майже 30% (проти 15,1% у 1996 р.) (див. рис. 2.2).

У процесі фінансування видатків на охорону здоров'я з державного бюджету постійно відбувалось невиконання запланованих показників, тому питома вага витрачених коштів державного бюджету в зведеному бюджеті України по факту була меншою від запланованої, однак тенденція до зростання зберігалася. Так, у 2002 р. частка фактичних обсягів фінансування охорони здоров'я з державного

бюджету становила 21%, тоді як плановий показник дорівнював 29%, проте це в 2,5 рази більше від аналогічного показника 1996 р. (рис. 2.3).

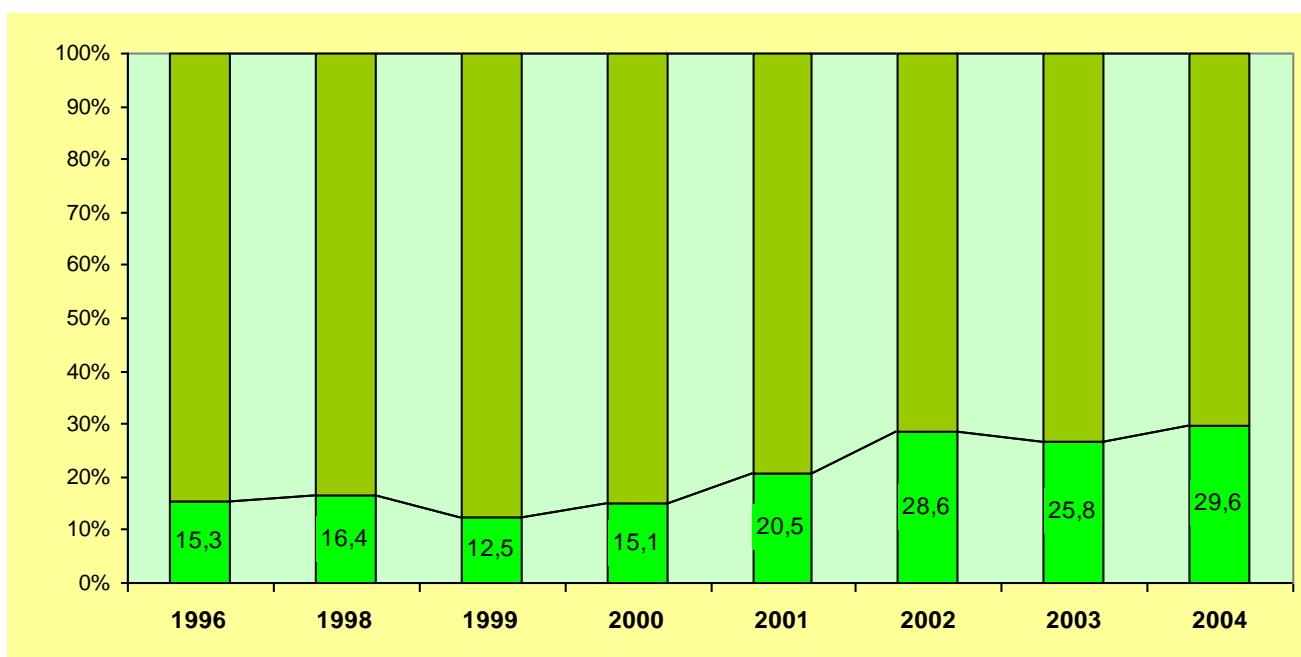


Рис. 2.2. Динаміка частки коштів Державного бюджету України в структурі видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету (план).

Джерело: розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

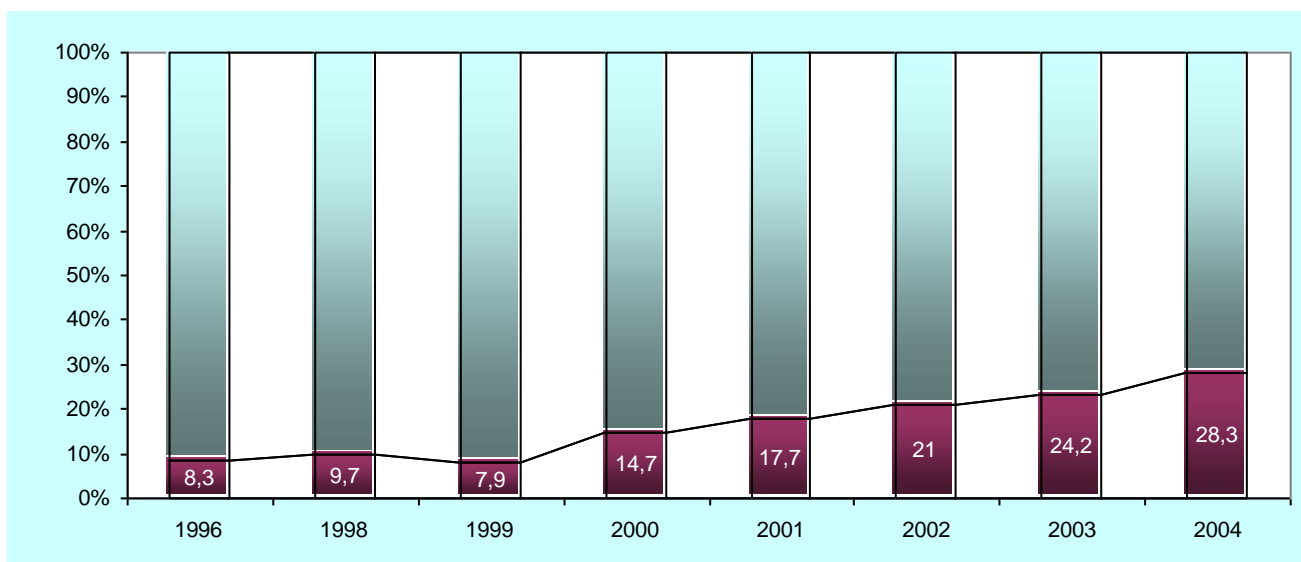


Рис. 2.3. Динаміка частки коштів Державного бюджету України в структурі видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету (факт).

Джерело: розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Відповідно змінилася частка місцевих бюджетів у загальному обсязі бюджетного фінансування охорони здоров'я. Зокрема, в 2001 р. заплановані видатки місцевих бюджетів у структурі видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету України займали 79,5% проти майже 85% у 1996 р., однак у результаті залучення в цьому році до зведеного бюджету позабюджетних коштів, що привело до своєрідного перевиконання місцевих бюджетів, згаданий показник становив фактично 82%. У 2004 р. частка фактичного фінансування з місцевих бюджетів зменшилася приблизно до 72% – це майже на 20% менше порівняно з 1996 р.

Показник питомої ваги видатків державного бюджету на охорону здоров'я щодо валового внутрішнього продукту протягом 1996–2004 рр. постійно коливався. Від 1996 р. цей показник почав знижуватися, і в 1999 р. опустився до мінімального рівня – 0,27%, зростання почалось у 2000 р. і у 2003 р. було досягнуто максимального за весь період результату – 1,0% (табл. 2.3). На фоні поступового зростання загального обсягу ВВП в країні даний факт є позитивним явищем. Що ж стосується характеристики аналогічного показника для місцевих бюджетів, то тут, незважаючи на кількісне зростання масштабів фінансування, спостерігається негативна тенденція до зменшення частки видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я щодо ВВП, лише в 2002–2003 рр. ситуація дещо поліпшилася.

Аналіз питомої ваги видатків на охорону здоров'я в загальній структурі запланованих видатків державного бюджету показує, що частка асигнувань на охорону здоров'я поступово зростає – з 2,3% у 2000 р. до 4,5% у 2004 р. Однак фінансування медичних потреб не є пріоритетним напрямком витрачання коштів державного бюджету, тому його обсяги займають незначний відсоток видаткової частини даного бюджету. В загальній структурі видатків місцевих бюджетів витрати на охорону здоров'я з кожним роком становлять дедалі менший відсоток – у 2004 р. вони були 21,1% порівняно з 30,4% у 1998 р., проте за цим показником фінансування охорони здоров'я надалі займає друге місце після освіти у загальній структурі видатків місцевих бюджетів.

Таблиця 2.3

Динаміка витратків Державного і місцевих бюджетів України на охорону здоров'я
за 1996 – 2004 роки

(млн. грн.)

Роки	Витатки Державного бюджету						Витатки місцевих бюджетів						Разом					
	План	Факт	Рівень виконання, %	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага у загальній сумі витатків Державного бюджету, % (план)	Питома вага фактичних витатків на охорону здоров'я у ВВП, %	План	Факт	Рівень виконання, %	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага у загальній сумі витатків місцевих бюджетів, % (план)	Питома вага фактичних витатків на охорону здоров'я у ВВП, %	План	Факт	Рівень виконання, %	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага у загальній сумі витатків зведеного бюджету, % (план)	Питома вага фактичних витатків на охорону здоров'я у ВВП, %
1996	565,9	267,4	47,2	-	2,3	0,33	3127,5	2945,0	94,2	-	29,6	3,6	3693,4	3212,4	87,0	-	10,8	3,9
1998	704,0	351,2	49,9	+31,3	2,87	0,34	3583,4	3280,8	91,6	+11,4	30,4	3,2	4287,4	3634,2	84,6	+13,1	12,9	3,5
1999	580,6	350,4	60,4	-0,28	2,3	0,27	4078,0	3617,8	88,7	+10,3	30,9	2,8	4658,0	4428,4	95,1	+21,8	13,1	3,4
2000	786,3	722,3	91,9	+106,1	2,16	0,45	4426,4	4165,8	94,1	+15,1	32,3	2,4	5212,7	4888,1	93,8	+10,3	12,3	2,8
2001	1380,9	1105,9	80,1	+53,1	3,4	0,55	5363,9	5133,0	95,7	+23,2	22,1	2,5	6744,8	6238,9	92,5	+27,6	12,8	3,1
2002	2436,9	1582,3	64,9	+43,0	3,6	0,7	6065,9	5955,7	98,2	+16,0	23,9	2,7	8502,8	7538,0	88,7	+20,8	12,2	3,4
2003	2553,9	2351,7	92,0	+48,6	3,2	1,0	7342,4	7356,4	100,1	+23,5	22,5	3,3	9896,3	9708,2	98,0	+28,8	12,3	4,3
2004	3613,2	3447,8	95,4	+46,6	4,5	0,95	8606,6	8694,1	101,0	+18,1	21,1	2,5	12219,8	12141,0	99,4	+25	11,5	3,5

Джерело: розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Як свідчить аналіз даних табл. 2.3, показник виконання запланованих видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету впродовж 1996–2004 рр. жодного разу не було виконано. Поліпшення ситуації із виконанням запланованих обсягів фінансування почалось у 1999 р. й до 2004 р. було досягнуто найвищого рівня виконання – 99,4%.

Стабільне виконання запланованих у бюджеті показників фінансування позитивно відображається на фінансовому стані закладів державної системи охорони здоров'я, які можуть розраховувати на затверджені планові обсяги бюджетних асигнувань і бути послідовними у реалізації намічених цілей. Однак, як підтверджує практика, кількісне виконання запланованих показників не передбачає якісного задоволення потреб охорони здоров'я у фінансуванні.

Ситуація щодо виконання планових річних показників видатків на охорону здоров'я у розрізі бюджетів показує, що при фінансуванні з місцевих бюджетів значно краще відбувається виконання плану, ніж при здійсненні видатків з державного бюджету. В середньому рівень виконання Державного бюджету України за видатками на охорону здоров'я за 1996–2004 рр. становив 73%, тоді як заплановані показники місцевих бюджетів були виконанні майже на 95%. Однією з причин покращення ситуації з виконанням плану є погашення заборгованості місцевих бюджетів щодо видатків на охорону здоров'я.

Найвищий темп зростання бюджетних коштів на фінансування потреб охорони здоров'я спостерігався у 2000–2001 рр. Саме тоді було утворено спеціальний фонд бюджету і позабюджетні кошти, які отримували медичні заклади, приєднано до бюджету. Максимальний темп приросту обсягів фінансування з державного бюджету зафіксований у 2000 р. – 106,1%, а з місцевих бюджетів – 23,5% у 2003 р.(див. табл. 2.3).

Однією з причин масштабного зростання обсягів фінансування з державного бюджету видатків на охорону здоров'я також є проведене в 2001 р. в Бюджетному кодексі України розмежування видатків між бюджетами, в результаті якого з місцевих бюджетів до державного були передано утримання закладів, що здійснюють санітарно-епідеміологічний нагляд (санітарно-епідеміологічні станції,

дезінфекційні станції). Після цих дій видатки державного бюджету на дані потреби зросли з 26,5 млн. грн. у 2000 р. до 258,6 млн. грн. у 2001 р., тобто в 10 разів (табл. П.8 – П.9 додатку П).

Порівнюючи темпи приросту обсягів фінансування у розрізі бюджетів, можна відзначити, що для державного бюджету згаданий показник був достатньо високий і за 2000–2004 рр. мав середнє значення 48%, тоді як для місцевих бюджетів – лише 20,2%.

Аналіз даних щодо видатків на охорону здоров'я у розрізі загального і спеціального фондів державного та місцевих бюджетів, наданих у табл. 2.4. показав, що:

по-перше, зростають обсяги видатків на охорону здоров'я із загального фонду Державного бюджету України, які протягом 2000–2004 рр. збільшились у 4,7 раза. Питома вага коштів цього фонду теж зросла і в 2004 р. становила 80%. Тобто, на спеціальний фонд припадало лише 20% видатків державного бюджету, тоді як у 2001–2002 р. частка коштів спецфонду займала майже третину у фінансуванні галузі охорони здоров'я. За 2000–2004 рр. обсяг видатків спеціального фонду державного бюджету зріс майже у 4,3 раза, чого не відбулося у системі місцевих бюджетів;

по-друге, домінуючу роль у бюджетному фінансуванні охорони здоров'я з місцевих бюджетів займають кошти загального фонду – більше 90%. Дана тенденція свідчить про майже абсолютну залежність муніципальної охорони здоров'я від бюджетних асигнувань і про низький рівень залучення власних фінансових ресурсів. Кошти спеціального фонду місцевих бюджетів, які витрачають на охорону здоров'я, хоча й зростають щорічно, однак не відіграють суттєвої ролі у фінансуванні комунальних закладів охорони здоров'я.

Показовим є порівняння сум коштів, залучених до спеціального фонду Державного і місцевих бюджетів України, які у 2004 р. становили відповідно 689,1 і 840,8 млн. грн., тобто різниця була незначною. Однак, якщо врахувати колосальні масштаби матеріально-технічної бази, яку належить утримувати коштом місцевих бюджетів, то виникає питання, чому така мізерна сума власних коштів бюджетних установ надходить на регіональному і локальному рівнях.

Таблиця 2.4

Динаміка видатків бюджетів на охорону здоров'я у розрізі загального і спеціального фондів Державного та місцевих бюджетів України у 2000-2004 рр.

Роки	Видатки Державного бюджету, млн. грн.												
	Загальний фонд бюджету					Спеціальний фонд бюджету					Всього		
	План*	Виконано	% виконання	Темп приросту,% (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальній сумі видатків, %	План*	Виконано	% виконання	Темп приросту,% (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальній сумі видатків, %	План*	Виконано	% виконання
2000	599,3	562,9	93,9	–	77,9	187,0	159,4	85,2	–	22,1	786,3	722,3	91,8
2001	1042,7	779,9	74,8	+38,5	70,5	338,3	326,1	96,4	+104,5	29,5	1381,0	1105,9	80,1
2002	1805,1	1126,5	62,4	+44,4	71,2	631,9	455,8	72,1	+39,8	28,8	2437,0	1582,3	64,9
2003	1834,1	1825,8	99,5	+62,1	77,6	719,8	526,0	73,1	+15,4	22,4	2553,9	2351,8	92,1
2004	2810,2	2761,7	98,0	+51,3	80,0	803,0	698,1	85,8	+15,6	20,0	3613,2	3447,8	95,4
Видатки місцевих бюджетів, млн.грн.													
Роки	Загальний фонд бюджету					Спеціальний фонд бюджету					Всього		
	План**	Виконано	% виконання	Темп приросту,% (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальній сумі видатків, %	План**	Виконано	% виконано	Темп приросту,% (за фактом)	Питома вага коштів фонду в загальній сумі видатків, %	План**	Виконано	% виконання
2000	4049,2	3835,2	94,7	–	92,06	377,2	330,7	87,7	–	7,9	4426,4	4265,9	96,4
2001	4826,2	4652,3	96,4	+21,3	90,6	537,7	480,8	89,4	+45,4	9,4	5363,9	5133,0	95,7
2002	5474,3	5333,8	97,4	+14,6	89,6	591,6	582,8	105,1	+29,3	10,4	6065,9	5928,8	97,7
2003	6717,9	6633,2	98,6	+24,4	90,2	614,5	723,2	117,6	+24,1	9,8	7342,4	7356,4	100,2
2004	7970,7	7853,3	98,5	+18,4	90,3	635,9	840,8	132,2	+16,3	9,7	8606,6	8694,1	101,0

Джерело: розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Примітка: * - річний план з урахуванням змін, ** - план, затверджений місцевими радами з урахуванням внесених змін.

Пояснити це можна тим фактом, що державні заклади охорони здоров'я забезпечують надання високоспеціалізованої медичної допомоги, яка більшою мірою належить до платних медичних послуг, є дорожчою і дефіцитнішою.

Проаналізуємо структуру і рівень виконання видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я за видами бюджетної класифікації.

Аналіз показників виконання видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я за функціональною класифікацією в 2001–2004 рр., наведених у табл. П.1- П.4 додатку П, показав, що загальний відсоток виконання плану видатків на охорону здоров'я (загальний і спеціальний фонд) у 2001 р. становив 95,7%, в 2002 р. значно поліпшився і досягнув 98,2%, а в 2003 і 2004 рр. навіть перевиконано план – 100,2% і 101,0%. Аналіз структури видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я за функціональною ознакою у 2002–2004 рр. свідчить, що переважну частину коштів місцевих бюджетів спрямовують на утримання лікарень і санаторно-курортних закладів. У 2002 р. частка цих коштів становила 78,4%, в 2003 – 78,2%, у 2004 р. – 77,9%, тобто майже не змінювалася (див. табл. П.2-П.4 додатку П). В абсолютних розмірах обсяг бюджетних асигнувань за згаданою статтею видатків за 2002–2004рр. зріс від 4672,5 млн. грн. до 6769,4 млн. грн., або приблизно на 45%. При цьому вищий показник зростання обсягів фінансування спостерігався щодо загального фонду – 45,5%, тоді як кошти спеціального фонду збільшилися тільки на 38,9%. Друге місце за масштабом бюджетних асигнувань у структурі видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я займає стаття видатків на утримання поліклінік і амбулаторій, швидку та невідкладну допомогу. Питома вага цих видатків у 2002 р. становила 14,4%, в 2003 – 14,6% і в 2004 р. – 15,5%, тобто ненабагато зросла. Сума фінансування за згаданою статтею збільшилася на 493,7 млн. грн., або на 57,6%, в т.ч.: обсяг загального фонду зріс приблизно на 59%, а спеціального – на 47%. Також коштом місцевих бюджетів фінансують цільові програми і централізовані заходи з боротьби з туберкульозом, із профілактики СНІДу, забезпечення медикаментами хворих на цукровий діабет тощо.

Дані щодо виконання видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у розрізі статей економічної класифікації відображено у табл. П.5–П.7 додатку П. Від

2001 р. до 2004 р. значно поліпшилася ситуація з виконанням плану по видатках на охорону здоров'я місцевих бюджетів. Так, у 2004 р. заплановані показники перевиконано за такими основними статтями: придбання предметів постачання, матеріалів, оплата послуг та інші – 130,0%; медикаменти і перев'язувальні матеріали – 180,0%; продукти харчування – 120,0%; капітальні видатки – 120,0%. Порівняно з 2001–2002 рр. рівень здійснення запланованих видатків значно підвищився, оскільки у цей період майже за всіма зазначеними статтями план не було виконано. Однак відносні успіхи у виконанні плану ще не свідчать про належний рівень бюджетного фінансування охорони здоров'я.

Так, аналізуючи динаміку фінансування охорони здоров'я у розрізі кодів економічної класифікації за 2001–2004 рр., можна зауважити той негативний аспект, що за вказаний період майже на 50% зменшились обсяги витрат на закупівлю медикаментів і перев'язувальних матеріалів, а видатки на харчування скоротилися більше ніж у 4,3 рази. Необхідно відзначити і позитивні зміни – це зростання витрат на оплату праці працівникам установ охорони здоров'я – майже у 2 рази; на придбання предметів постачання, матеріалів, оплату послуг – у 1,4 рази; на капітальні видатки – у 1,5 рази.

Якщо проаналізувати структуру зазначених статей видатків, то не можна не помітити, що більше половини суми бюджетних коштів було спрямовано на виплату заробітної плати працівникам охорони здоров'я, до того ж, її питома вага щорічно зростала. Так, у 2001 р. частка витрат на оплату праці працівників становила з нарахуваннями 54,8%, у 2002 – 58,0%, у 2004 р. – 62,6%. Друге місце за обсягами фінансування займали видатки на придбання медикаментів, продуктів харчування, предметів, матеріалів; їхня частка у 2001–2004 рр. була відповідно майже 26%, 25% і 22%. На третій позиції – питома вага видатків на оплату комунальних послуг, які у 2001 і 2002 рр. займали відповідно близько 10% і 9%, а в 2004 р. – 8%. Частка витрат на придбання медичного обладнання і капітальний ремонт залишалася стабільною – в середньому 6% у загальній структурі видатків на охорону здоров'я.

Аналіз структури видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я за функціональною ознакою в 2000–2003 рр. показав, що за цей період відбулися

суттєві зміни у пріоритетах витрачання коштів. Особливо помітним є зростання видатків державного бюджету на фінансування санітарно-профілактичних та протиепідемічних заходів. Так, якщо в 2000 році на ці потреби спрямовано лише 26,5 млн. грн., що становило 3,6% в загальній структурі видатків, то у 2001 р. сума зазначених видатків суттєво зросла – майже у 12 разів і займала вже 22,2% у загальній сумі бюджетних асигнувань (табл. П.8–П.11 додатку П). В 2002 і 2003 рр. питома вага цих коштів майже не змінювалась і становила відповідно 21,4% та 22,2%. Значну частину коштів державного бюджету спрямовували також на фінансування лікарень (загального профілю, спеціалізованих) і санаторно-курортних закладів. У 2003 р. видатки на утримання цих закладів досягли 46,5% у загальній сумі видатків державного бюджету на охорону здоров'я і в абсолютному розмірі зросли порівняно з 2002 р. на 231,4 млн. грн., або майже на 27% (див. табл. П.10–П.11 додатку П).

Щороку збільшуються масштаби видатків державного бюджету за статтею "Інша діяльність у сфері охорони здоров'я", що пов'язано з фінансуванням централізованих заходів. До централізованих заходів у цій сфері належать: заходи щодо забезпечення окремих загальнодержавних та комунальних закладів охорони здоров'я медикаментами і медичним обладнанням, які мають вирішальне або першочергове значення у вирішенні проблем профілактики та лікуванні окремих видів захворювань; щодо зміцнення їхньої матеріально-технічної бази; заходи, що здійснюються в рамках цільових програм охорони здоров'я, які фінансують із державного бюджету тощо.

Від часу набуття незалежності України затверджено на державному рівні кілька національних програм, повністю або частково спрямованих на поліпшення стану здоров'я всього населення або окремих його груп. Це програми з профілактики СНІДу та наркоманії, поліпшення стану здоров'я жінок, боротьби з туберкульозом (наприклад, програми "Планування сім'ї", "Діти України", "Профілактика СНІДу і наркоманії" та ін.). Пріоритетне фінансування даних програм зумовлене, насамперед, необхідністю першочергового медичного

забезпечення незахищених верств населення і стабілізації санітарно-епідемічного благополуччя в країні.

Аналіз видатків державного бюджету за програмною класифікацією, яку запроваджено в 2002 р., показує, що на фінансування програм і централізованих заходів на охорону здоров'я в 2002 р. було заплановано близько 696,7 млн. грн., у 2004 р. – 1123,8 млн. грн., що на 427,1 млн. грн., або у 1,6 раза більше від показника 2002 р., а в 2005 р. на ці потреби планом передбачено 994,4 млн. грн. (табл. П.12–П.14 додатку П). Найбільшу частку асигнувань становлять видатки на забезпечення медичних заходів у рамках комплексної програми "Цукровий діабет", на її фінансування в 2005 р. передбачено 163,0 млн. грн., що приблизно на 23,0% більше порівняно з 2002 роком. Щороку також зростають суми бюджетних асигнувань, спрямованих на боротьбу з туберкульозом та лікування онкологічних хворих за державною програмою "Онкологія". Однак дуже низький відсоток бюджетних коштів виділяють на фінансування суспільно важливих програм "Діти України", "Здоров'я літніх людей" та ін.

Перелік закладів охорони здоров'я, які фінансуються за рахунок державного бюджету, щорічно встановлюють постановою Кабінету Міністрів України. Такий порядок запроваджено з липня 2001, коли для виконання вимог Закону України "Про Державний бюджет України на 2001 рік" було прийнято постанову КМУ "Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я, що фінансуються у 2001 році за рахунок коштів державного бюджету".

На початок 2002 р. мережа загальнодержавних закладів становила 1216 одиниць (додаток Р). Найбільшу питому вагу в загальній кількості установ, які утримували з державного бюджету, займали санітарно-епідеміологічні установи – близько 64%, на другому місці були лікарняні заклади – 7%, кількість поліклінік і амбулаторій становила 6,6%. На початок 2003 р. число установ зменшилося на 101 одиницю (з них поліклінік і амбулаторій – на 51 од.), а штатних працівників – на 526,4 од. Щорічні зміни при визначенні переліку закладів охорони здоров'я, які необхідно утримувати за рахунок державного бюджету, свідчать про непослідовну і невважену політику уряду у цьому напрямку.

Показники виконання видатків державного бюджету на охорону здоров'я в розрізі статей економічної класифікації за 2001–2004 рр. відображено у табл. П.15–П.17 додатку П. Необхідно відзначити, що за цей період ситуація з виконанням планових показників значно поліпшилась майже за всіма статтями. Лише у фінансуванні досліджень, розробок і державних програм у сфері охорони здоров'я спостерігалось стабільне недовиконання. Так, у 2001 р. від запланованої суми зазначених бюджетних видатків було виділено лише близько 39,0%, у 2002 р. – 16,0%, у 2004 – 34,0%.

За 2001–2004 рр. поточні видатки на охорону здоров'я державного бюджету зросли на 1457,1 млн. грн., або майже на 147,0%. Обсяги фінансування збільшилися за такими основними статтями: оплата праці працівників охорони здоров'я з нарахуваннями – на 119,0%, медикаменти і перев'язувальні матеріали – на 200,0%, продукти харчування – на 100,0%, оплата комунальних послуг – на 50,0%, що є позитивним аспектом. Крім того, аналіз показав, що протягом цього періоду зменшилась питома вага поточних видатків у загальній структурі видатків на охорону здоров'я з державного бюджету. В у 2001 р. вона дорівнювала 90,0%, у 2002-у – 88,0%, а у 2004 р. – 70,5%. Основною причиною такої ситуації є зростання обсягів фінансування капітальних видатків у сфері охорони здоров'я, які порівняно з 2001 р. збільшилися на 898,5 млн. грн., або у 8,8 раза. Дана тенденція свідчить про намагання уряду вирішити проблеми з придбання медичного обладнання та інших основних засобів, капітального будівництва у цій сфері тощо.

Аналізуючи видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я за відомчою класифікацією, можна зауважити, що, крім Міністерства охорони здоров'я України, на яке покладено основні зобов'язання щодо забезпечення доступної і ефективної медичної допомоги в країні, є інші розпорядники бюджетних коштів за функцією “Охорона здоров'я”. Перелік головних розпорядників коштів державного бюджету затверджують законом про Державний бюджет України на відповідний рік шляхом встановлення їм бюджетних призначень. У 2004 р. було, крім МОЗ, ще 11 відомств, яким доручили фінансувати заходи з охорони здоров'я; лідерство

належало Міністерству оборони, Міністерству транспорту та Міністерству внутрішніх справ України.

Фінансування відомчих закладів охорони здоров'я з державного бюджету займає відчутну частку його відповідних витрат. Так, у 2000 р. на фінансування відомчих закладів, підпорядкованих Міністерству транспорту України, Міністерству палива та енергетики України, Державному лікувально-оздоровчому управлінню, Національній академії наук та ін., у Законі України "Про Державний бюджет України на 2000 рік" було заплановано 300,7 млн. грн. Це становило майже 43% від суми видатків державного бюджету на потреби охорони здоров'я і близько 5,8% від загального обсягу бюджетного фінансування державної системи охорони здоров'я в Україні (додаток С). Щороку масштаби бюджетного фінансування відомчих закладів охорони здоров'я зростають. У 2002 р. на їх потреби було заплановано асигнувань з державного бюджету в 2,8 раза більше від аналогічного показника 2000 р., в 2003 р. планові бюджетні кошти на утримання відомчої медицини становили 702,5 млн. грн., а це 8,4% від загального обсягу видатків бюджетів усіх рівнів на потреби охорони здоров'я. В 2004 р. відбулося рекордне зростання зазначеної суми показника бюджетних асигнувань, який збільшилася порівняно з 2003 р. на 889 млн. грн., або на 126% (див. додаток С). Це пов'язано зі збільшенням сум бюджетного фінансування на утримання медичних закладів, підпорядкованих таким відомствам, як Міністерство транспорту України – асигнування зросли на 97%, Міністерство оборони України – на 118%, Міністерство внутрішніх справ – на 42,9%.

Аналізуючи структуру бюджетних асигнувань, що були заплановані на фінансування відомчих закладів охорони здоров'я, можна спостерігати зростання обсягів видатків загального фонду державного бюджету впродовж 2000–2004 рр. – майже у 5 разів, що свідчить про значні темпи збільшення фінансування. В свою чергу, планова сума коштів його спеціального фонду постійно змінювалась – у 2002р. зросла в 4,5 раза порівняно з 2000 р., у 2003 р. зменшилася майже на 46% від рівня попереднього року, в 2004 р. знову підвищилась і становила 489,4 млн. грн., що на 193% більше, ніж у 2003 р. Отже, кошти загального фонду державного бюджету служать основою стабільного фінансування закладів відомчої медицини.

Діяльність закладів охорони здоров'я, підпорядкованих різним відомствам, призводить до розпорошення бюджетних коштів і складного та неефективного контролю за їх витрачанням. На наш погляд, головний розпорядник бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я має бути один – МОЗ України. Такий підхід дасть змогу зменшити видатки на управління, чіткіше організувати діяльність у даній сфері й посилити бюджетний контроль. З метою скоординування дій міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади щодо раціонального використання потенціалу закладів охорони здоров'я, які їм відомчо підпорядковані, в 2000 році створено Міжвідомчу координаційну раду при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я. Проте цього недостатньо, щоб врегулювати проблему відомчої медицини, особливо в частині, яка стосується бюджетного фінансування. Крім того, із запровадженням у 2002 р. програмно-цільового методу складання бюджету простежити масштаби видатків для кожного з розпорядників та отримувачів бюджетних коштів стало досить складно.

Аналіз видатків на охорону здоров'я у розрізі бюджетів різних рівнів дає підстави зробити висновок про стабільно зростаючу динаміку обсягів бюджетного фінансування охорони здоров'я і відносне поліпшення ситуації із виконанням запланованих показників видатків у останні роки. Однак оцінка якісного стану бюджетного фінансування свідчить про те, що виділені асигнування покривають лише поточні потреби державних і комунальних закладів охорони здоров'я, тай то не сповна.

2.3. Оцінка фінансового забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я є, відповідно до законодавства, бюджетними установами. Згідно з Бюджетним кодексом України бюджетна установа – це орган, установа чи організація, визначена Конституцією України, а також організація, створена у встановленому порядку органами державної влади, органами влади АРК чи органами місцевого самоврядування, яка

повністю утримується за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевих бюджетів. Бюджетні установи є неприбутковими [25]. Виходячи із сучасного досвіду фінансового забезпечення бюджетних закладів, навряд чи можна погодитись із згаданим визначенням, оскільки такі заклади дуже рідко знаходяться на повному утриманні бюджетів і, як правило, мають власні надходження, отримані від некомерційної діяльності.

Фінансова діяльність бюджетних установ підпорядкована процесу обов'язкового фінансового планування, що пов'язаний із складанням і виконанням планово-фінансового документа – кошторису. Процес планування, формування і витрачання фінансових ресурсів у державному секторі охорони здоров'я має характерні ознаки й особливості.

По-перше, об'єктом планування є фінансова діяльність не лише окремого медичного закладу, а й усієї системи, яку утворюють державні та комунальні заклади охорони здоров'я. Тому обов'язкове дотримання принципу єдності, що проявляється у спільному використанні фінансових показників, здійсненні типових фінансових розрахунків і застосуванні єдиної методики в процесі складання фінансових планів.

По-друге, систему фінансових планів, які складають у державному секторі охорони здоров'я, необхідно узгоджувати зі соціально-економічними прогнозами і планами розвитку даної галузі в регіоні (країні).

По-третє, фінансові плани, які складають державні та комунальні заклади охорони здоров'я, мають відповідати фінансовим можливостям держави та місцевого самоврядування і забезпечувати дотримання соціальних гарантій, задекларованих у законодавстві. Джерела фінансування і напрямки їх використання потрібно планувати не лише з метою забезпечення поточної діяльності конкретної установи, а й для виконання завдань галузі в цілому і задоволення соціально гарантованих потреб населення з охорони здоров'я.

В умовах планової економіки і командно-адміністративних методів управління процес функціонування та розвитку системи охорони здоров'я піддавали обов'язковому централізованому плануванню. Радянський досвід планування в

сфері охорони здоров'я переконливо довів важливість даного інструменту і його помітну роль у фінансово-господарській діяльності галузі. Систематизація цілей, завдань та пріоритетів на всіх рівнях організації медичної допомоги, науково-технічне обґрунтування розвитку галузі, намагання збалансувати і привести у відповідність кошти та ресурси в охороні здоров'я з потребами населення, забезпечення ефективнішого використання матеріальних, трудових та фінансових ресурсів – усе це основні аргументи, що свідчать на користь необхідності планування в зазначеній галузі.

У радянський період розвитку системи охорони здоров'я процес планування був характерний розробкою комплексних планів, що мали наступні розділи: розвиток мережі закладів охорони здоров'я; медичні кадри (потреба, підготовка, підвищення кваліфікації); план по праці (чисельність працівників і фонд заробітної плати); капіталовкладення (будівництво та обладнання медичних установ); план матеріально-технічного постачання; фінансовий план – кошторис медичної установи, складений за відповідними статтями економічної класифікації [196, с.225].

На сучасному етапі господарювання досвід планування, набутий в умовах командно-адміністративної економіки у галузі охорони здоров'я, частково втрачено. Діяльність галузі вже не може бути повністю підпорядкованою тим плановим нормам і нормативам, які успішно використовували в радянський період розвитку охорони здоров'я, а нової системи нормативів, котрі об'єктивно враховували б реалії і відображали потреби, ще не розроблено.

Процес планування у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі господарювання, здебільшого не має належного наукового підґрунтя і є необ'єктивним. Прикладом може служити ситуація зі забезпеченням населення країни лікарняними ліжками. Так, протягом періоду державної незалежності України в галузі охорони здоров'я було взято курс на скорочення ліжкового фонду. З 1990 р. до 2000 р. кількість лікарняних ліжок у країні зменшилася на 33% (в 2000р. на 10000 чол. населення припадало 95 ліжок, а в 1990 р. – 135,5 ліжка). Постановою КМУ від 28.06.1997 р. № 640 “Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тис. населення” було встановлено фіксовані

нормативи забезпеченості населення лікарняними ліжками. Згідно з цим документом рівень забезпеченості населення ліжками на 01.01.1998 р. мав становити 90 ліжок, а на 01.01.1999 р. – 80 ліжок на 10 тис. чол. населення. Вказаний норматив, диференційований лише за областями, не було обґрунтовано з наукової точки зору. Формула, за якою протягом тривалого часу визначалась потреба регіону в ліжковому фонді (К) з урахуванням проценту госпіталізації (П), чисельності населення (Н) та обороту ліжка (О): $K = (П \times Н / О \times 100)$, практично втратила своє значення.

Відсутність належної наукової аргументації доцільності скорочення лікарняних ліжок в окремих випадках призвела не лише до необ'єктивного формування штатів посад, які визначають на підставі кількості ліжок, а й до погіршення якості медичного обслуговування. Тому проблема обґрунтування нормативів забезпеченості населення лікарняними ліжками залишається актуальною на сучасному етапі реформування галузі. Аналогічна ситуація і при визначенні інших показників діяльності галузі. Необґрунтованість норм та нормативів, на основі яких визначають обсяги фінансування, неминуче призводить до неефективного і неекономного витрачання коштів. На думку окремих дослідників, а саме Т. Грузевої, спроби реформування галузі шляхом скорочення ліжкового фонду та штатів медичних працівників установ охорони здоров'я первинного рівня, які були в 1990-х роках, здійснені без будь-яких організаційних змін і призвели лише до порушення напрацьованих схем їх роботи. При цьому економічний ефект, очікуваний від згаданого скорочення витрат на утримання лікарняних ліжок та працівників, був зведений нанівець збільшенням навантаження на лікувальні установи вторинного й третинного рівнів, лікування в яких коштує дорожче, ніж у закладах первинного рівня [46].

У сфері фінансового планування діяльності закладів охорони здоров'я теж є проблеми. Так, радянська методика планування витрат на утримання установ, що протягом тривалого часу використовували у цій сфері, у період переходу до ринку, який супроводжувався для даної галузі таким негативним явищем, як дефіцит

бюджетних асигнувань, частково втратила дієздатність, а нового порядку планування досі не розроблено.

У період планової економіки для визначення витрат на охорону здоров'я за кожною статтею кошторису було визначено порядок, за яким видатки планували на основі двох методів:

1) методу "прямого розрахунку" (видатки на оплату праці, утримання приміщення тощо);

2) нормативного методу, за якого для розрахунку обсягу витрат використовували норми і нормативи (наприклад, норми витрат на 1 ліжко-день на харчування, на медикаменти тощо) [157, с. 44].

Колишні норми і нормативи витрат, визначені для обчислення обсягів витрат на харчування, медикаменти тощо, не відповідають дійсності через відсутність коштів і неможливість повноцінного фінансового забезпечення. Життєздатнішим виявився метод "прямого розрахунку" видатків, який використовують на практиці і сьогодні.

У сучасних умовах господарювання при плануванні видатків на заробітну плату працівників закладів охорони здоров'я застосовують колишній порядок розрахунку, який практично не змінився. Базовим документом для розрахунку фонду заробітної плати на плановий період є штатний розпис, затверджений наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я". На підставі даного нормативного документа формують штати працівників закладів охорони здоров'я. В основу розрахунку посад лікарів покладено показник кількості ліжок. Наприклад, на 20 ліжок обласної лікарні встановлюють 1 посаду лікаря-терапевта і т. д. Посади медичних працівників, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, залежать від кількості населення регіону, і їх встановлюють на 100 тис., 10 тис. і 1000 чол. Наприклад, для амбулаторії, розташованої у сільській місцевості, на 1000 чоловік населення встановлено 0,6 посади лікаря-терапевта.

В обов'язковому порядку при розрахунку фонду заробітної плати бюджетної медичної установи використовують тарифікаційний список, який додають до

кошторису. Тарифікаційний список складає щорічно тарифікаційна комісія, яку очолює керівник закладу. Порядок оплати праці працівників охорони здоров'я визначено спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України № 124 від 21.04.2005 р. "Про впорядкування та затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення".

Схемні посадові оклади для працівників охорони здоров'я диференційовані за такими основними групами: лікарі, середній медичний персонал, молодший медичний персонал, інші працівники. Підвищення схемних посадових окладів для медичних працівників передбачено: за наявність кваліфікаційної категорії; оперативне втручання; завідування; за шкідливі умови праці; за почесне звання; за науковий ступінь тощо. Крім того, встановлено доплати (за роботу в нічний час; за сумісництво професій (посад); розширення зон обслуговування або збільшення обсягу виконуваних робіт тощо) та надбавки (за стаж роботи; виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість тощо).

З метою впорядкування умов оплати праці для працівників бюджетної сфери загалом, державної системи охорони здоров'я зокрема, у вересні 2002 р. постановою КМУ № 1298 "Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери" було затверджено Єдину тарифну сітку. Це зроблено у зв'язку з необхідністю встановлення оптимальних міжгалузевих та міжпосадових співвідношень в оплаті праці, бо на практиці можна спостерігати ситуацію, коли різниця між заробітною платою лікаря і молодшого медичного працівника незначна, що є, звичайно, несправедливим і викликає невдоволення у висококваліфікованих працівників. Наприклад, заробітна плата лікаря-хірурга вищої кваліфікації станом на 01.07.2005 р. становила 587 грн., а молодшої медичної сестри – 321 грн., тобто різниця є неадекватною. Затримка із введенням у дію даної постанови відтягує вирішення проблеми справедливої диференціації оплати праці у сфері охорони здоров'я.

Незважаючи на те, що протягом останніх років уряд намагається поліпшити умови оплати праці працівників бюджетної сфери, в т. ч. державної системи охорони здоров'я, заробітна плата в цій галузі залишається дуже низькою. В 2004 р. середньомісячна номінальна заробітна плата у сфері охорони здоров'я становила 351 грн. (що у 2,25 рази більше ніж у 2000 р.), ще нижчою вона була лише в галузі сільського господарства – 311 грн. [161, с.427].

Законодавством України передбачено, що заробітна плата лікарів має бути не меншою від середньої величини оплати праці в промисловості. На практиці дану вимогу не тільки не виконують, а навіть спостерігається тенденція до зниження рівня середньої заробітної плати лікарів щодо до відповідного показника в промисловості. Наприклад, якщо у 1996 р. різниця між середньою заробітною платою в охороні здоров'я і промисловості становила 33 грн., то в 2004 р. – вже 392 грн. Темп зростання номінальної заробітної плати в охороні здоров'я теж дуже низький і за 1995–2004 рр. становив лише 4,7 рази, тоді як в інших галузях економіки, наприклад, у промисловості, – заробітна плата за цей період зросла більше ніж у 8,4 разів [161, с.427].

Ситуація з оплатою праці у галузі охорони здоров'я, що склалася в останні роки, свідчить про необхідність реформаторських дій у цій сфері. Впровадження нових форм оплати праці, які б надавали право медичним працівникам на додатковий легальний заробіток, має стати одним із пріоритетних напрямків реформування галузі.

Видатки за статтею кошторису "Оплата комунальних послуг та енергоносіїв" заклад планує окремо для кожного підрозділу: оплата тепlopостачання, оплата водопостачання і водовідведення, оплата електроенергії, оплата природного газу, оплата інших комунальних послуг, оплата інших енергоносіїв. Розрахунок здійснюють відповідно до лімітної довідки споживання енергоносіїв на відповідний рік, яку доводять фінансовим органом, шляхом множення фактичного обсягу минулорічної потреби (куб. м, кВт/год, Гкалл тощо) на лімітну вартість за 1 куб. м, кВт/год, Гкалл тощо.

Розрахунок обсягів асигнувань для інших статей кошторису, базований на фактичних даних минулого року, здійснюють здебільшого за принципом "від досягнутого рівня", тобто без наукового пояснення та обґрунтування. Нормативний метод, який протягом тривалого часу використовували для розрахунку потреби в бюджетних коштах для установ охорони здоров'я на харчування і придбання медикаментів, і ґрунтувався на розрахункових нормах витрат на 1 ліжко-день, сьогодні немає сенсу використовувати, оскільки обчислений обсяг потреби не буде профінансовано через нестачу коштів.

У радянський період видатки на харчування в закладах охорони здоров'я розраховували за встановленими нормами витрат на 1 ліжко-день, що становили набір продуктів на 1 хворого, диференційований за профілем відділення. Фінансову норму встановлювали на основі вартості даного набору. Суму видатків на харчування, медикаменти і перев'язувальні матеріали розраховували за допомогою формул.

Як уже було зазначено, головною причиною, через яку згадана методика нині не здатна повноцінно функціонувати, є дефіцит бюджетних коштів. Державний та місцеві бюджети фінансово неспроможні забезпечити задоволення запланованих установою потреб на належному рівні, однак залишати описану ситуацію невирішеною вкрай небезпечно. Як свідчить практика, планування коштів, виходячи не з реальних потреб медичного закладу, а з наявних фінансових ресурсів органів місцевого самоврядування, призвело до того, що протягом 1999–2000 рр. в комунальних установах охорони здоров'я Тернопільської області видатки на харчування і медикаменти становили 3,5 грн. на 1 ліжко-день, а в деяких лікарнях не перевищували 0,5 грн. на ліжко-день. У 2003–2004 рр. ситуація майже не змінилася. Наприклад, середня вартість харчування і медикаментів на один ліжко-день у 2003р. – становила відповідно 1,98 і 3,36 грн., а в 2004 р. – 2,36 грн. і 5,62 грн. Незважаючи на тенденцію до збільшення витрат, рівень фінансування потреб медичних установ на 1 ліжко-день за згаданими статтями залишається низьким, крім цього, середнє значення даного показника не відображає фактичної ситуації. Відомо, що в окремих

районах області (Козівський район та ін.) вартість медикаментів на один ліжко-день становила 0,70 грн., а харчування – 0,94 грн. [203].

На практиці дуже часто розрахунок планової потреби грошових коштів, який проводить бюджетний заклад, не відповідає реальним обсягам фінансування з державного чи місцевого бюджету і фактично є формальним. Переконливий доказ формальності фінансового планування, яке здійснює бюджетна установа в сучасних умовах господарювання – звітні дані Тернопільської міської комунальної лікарні № 2, подані в табл. 2.5.

Аналіз динаміки фінансового забезпечення запланованих потреб згаданого лікарняного закладу в 1998 – 2004 рр. свідчить про те, що жодного року не було виконано показники, які заклад визначив на плановий рік. У 1998 і 2001 рр. сума виділених бюджетних асигнувань згідно з кошторисом могла забезпечувати лише 50% потреб, запланованих лікарнею. Майже не змінилася ситуація й у 2004 р., коли цей показник становив 55%.

Незважаючи на позитивну тенденцію зростання обсягів бюджетного фінансування вищезгаданої лікарні, які за 1998–2004 рр. зменшилися на 2881,5 тис. грн., або на 122%, фінансова ситуація залишається напруженою. Наприклад, дуже низьким є затверджений у кошторисах рівень фінансового забезпечення потреби в медикаментах (у 2004 р. виділено бюджетних коштів майже в 5 разів менше від потреби), в продуктах харчування – в 4,5 раза менше від планової потреби, яка й так мала дуже обмежений набір продуктів, а з урахуванням фактичного фінансування цей перелік ще більше зменшився.

Складна ситуація з фінансуванням у сфері охорони здоров'я змусила вітчизняний уряд шукати додаткові джерела фінансування, у результаті чого бюджетним закладам було дозволено займатися некомерційною діяльністю, доходи від якої відображаються у спеціальному фонді кошторису. Доходи спеціального фонду кошторису, котрі формують у результаті такої діяльності, бюджетній установі дозволено використовувати відповідно до законодавства. Однак, протягом тривалого часу в даних питаннях не було чіткої законодавчої регламентації.

Таблиця 2.5

Динаміка фінансового забезпечення потреб Тернопільської міської
комунальної лікарні у 1998–2004 рр.

(тис. грн.)

Видатки	1998			2001			2004		
	Потреба в коштах	Затверджено в кошторисі	Відхилення від потреби, (+, -)	Потреба в коштах	Затверджено в кошторисі	Відхилення від потреби, (+, -)	Потреба в коштах	Затверджено в кошторисі	Відхилення від потреби, (+, -)
Всього:	4746,7	2357,2	-2389,5	3647,0	2002,4	-1644,6	9488,0	5238,7	-4249,3
Поточні видатки	4382,7	2267,2	-2115,5	3298,0	1972,4	-1325,6	9424,2	5228,7	-4195,5
Оплата праці працівників з нарахуваннями	2739,3	1836,0	-903,3	2080,0	1377,1	-702,9	5171,7	3858,8	-1312,9
Придбання предметів постачання та матеріалів – всього	673,5	383,2	-290,3	856,5	234,0	-622,0	3583,6	709,0	-2874,6
З них на:									
-предмети, матеріали, обладнання та інвентар	-	-	-	28,5	20,0	-8,5	44,3	21,1	-21,2
- медикаменти	337,0	243,0	-94	614,8	103,7	-511,1	2162,6	325,9	-1836,7
- продукти харчування	193,5	123,7	-69,8	69,0	10,0	-59,0	1036,0	230,0	-806
- м'який інвентар	134,0	6,7	-127,3	-	-	-	114,7	20,0	-94,7
- оплата транспортних послуг	4,6	6,0	+1,4	20,5	20,0	-0,5	36,6	32,0	-4,6
- поточний ремонт	-	-	-	30,95	30,0	-0,95	79,5	20,0	-59,5
- послуги зв'язку	-	-	-	18,0	15,0	-3,0	30,0	20,0	-10,0
- інші	-	-	-	74,2	35,0	-39,2	79,9	40,0	-39,9
Видатки на відрядження	-	-	-	0,55	0,3	-0,25	-	-	-
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв всього	969,9	48,0	-921,9	355,0	355,0	0	660,9	660,9	0
Субсидії і поточні трансферти	-	-	-	6,0	6,0	0	8,0	8,0	0
Капітальні видатки:	364,0	90,0	-274,0	349,0	30,0	-319,0	63,8	-	-63,8
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування, в т.ч.	364,0	90,0	-274,0	349,0	30,0	-319,0	63,8	-	-63,8
- капітальний ремонт	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Джерело: складено автором на основі [202].

Першою законодавчою спробою вирішити проблему дефіциту коштів і залучити додаткові фінансові ресурси в систему охорони здоров'я стала постанова Кабінету Міністрів України ” від 17 вересня 1996 р. “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти. Більше ніж два роки бюджетні заклади охорони здоров'я мали змогу додатково заробляти позабюджетні кошти шляхом надання платних послуг і покривати за рахунок них частину власних потреб. Але в листопаді 1998 р. Конституційний Суд України положення даної постанови визнав неконституційними і скасував, після чого окремі закони України дозволяли державним і комунальним медичним закладам надавати певні платні послуги, однак перелік їх був надзвичайно обмеженим (додаток Т) і значного фінансового поповнення бюджет охорони здоров'я не отримував.

У 1998–2001 рр. постійні зміни і неузгодженість нормативно-правових актів, що регламентували фінансову діяльність установ охорони здоров'я, нерідко ставали причиною порушень, які виникали або внаслідок незнання законодавства, або навмисних дій працівників. У більшості медичних закладів плату за медичні послуги замінили добровільними внесками, що набуло добровільно-примусового характеру.

У травні 2002 р. Конституційний Суд України переглянув справу про безоплатну медичну допомогу й офіційно встановив, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я безкоштовним є певний рівень гарантованої безоплатної медичної допомоги, а інші послуги можна надавати на платній основі. На підставі цього рішення в липні 2002 р., після трьох з половиною років перерви, до постанови КМУ від 17.09.1996 р. № 1138 було внесено зміни і відновлено перелік платних послуг, які можна надавати в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, медичних навчальних закладах і науково-дослідних установах (додаток У).

Згідно зі згаданим переліком було встановлено три групи платних послуг:

- послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я;
- послуги з провадження господарської та/або виробничої діяльності;

– послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами.

У 2002 р. з метою визначення єдиних підходів до формування і використання власних надходжень бюджетних установ і виконання відповідних статей Бюджетного кодексу України (ст. 13, 29, 69) постановою Кабінету Міністрів України від 17.05.2002 р. № 659 було затверджено новий "Перелік груп власних надходжень бюджетних установ, вимоги щодо їх утворення та напрями використання" (додаток Ф). Згідно з цим переліком, власні надходження бюджетних установ формують спеціальний фонд бюджету, і їх поділяють на дві групи: плата за послуги й інші джерела власних надходжень бюджетних установ.

Відповідно до законодавства видатки спеціального фонду кошторису за рахунок власних надходжень планують у такій послідовності: за встановленими напрямками використання; на погашення заборгованості установи з бюджетних зобов'язань за спеціальним і загальним фондами, на проведення заходів, пов'язаних із виконанням основних функцій, які не забезпечені (або частково забезпечені) видатками загального фонду (Постанова КМУ від 24 лютого 2003 р. № 211).

Обсяги спеціального фонду кошторису бюджетних установ на плановий рік планують на підставі розрахунку таких показників: обсягу надання тих чи інших платних послуг, а також інших розрахункових показників (площа приміщень і вартість обладнання, іншого майна, що здають в оренду, кількість місць в гуртожитках, кількість відвідувань музеїв, виставок тощо) та розміру плати в розрахунку на одиницю показника, який треба встановлювати відповідно до законодавства; прогнозного надходження зборів (обов'язкових платежів) до спеціального фонду бюджету. При визначенні доходів спеціального фонду кошторису на плановий період обов'язково враховують рівень їх фактичного виконання за останній звітний рік.

При плануванні коштів спецфонду, які заклад охорони здоров'я отримує від надання тих чи інших медичних послуг, виникають певні труднощі, через те, що нема єдиної методики розрахунку вартості цих послуг. Законодавством не визначено чіткого порядку в розрахунку вартості медичних послуг, які надають

державні і комунальні заклади охорони здоров'я. Питання ціноутворення на рівні окремої установи в галузі охорони здоров'я залишається неврегульованим.

Статистичні дані свідчать про щорічне зростання обсягів власних надходжень, які державні і комунальні заклади охорони здоров'я отримали за 1998–2003 рр. Так, у 1998 році заклади системи МОЗ України залучили 154,3 млн. грн. таких коштів, у 1999 – 179,8 млн. грн., у 2000 – 426,0 млн. грн., у 2002 – 1228,2 млн. грн., а у 2003 р. – 1343 млн. грн., що у 8,7 раза перевищує суму надходжень у 1998 р. Змінився також показник питомої ваги власних надходжень у загальній сумі фінансових ресурсів, який у 1998 і 1999 рр. мав значення відповідно 4,2 % і 4,1%, а вже у 2000 р. – 8,7%, у 2002 р. – 16,3% і у 2003 р. – 13,8%. Це свідчить про зростання фінансової самостійності медичних закладів і проведення активнішої некомерційної діяльності.

Аналіз структури власних надходжень показав, що з кожним роком зростають надходження від платних медичних послуг. Якщо у 2000 р. таких послуг було надано на 144,5 млн. грн., то у 2003 р. ця сума зросла більше ніж у 1,6 раза і становила 239,5 млн. грн. Однак негативною тенденцією є поступове зниження питомої ваги надходжень від надання платних медичних послуг – з 33,9% до 18% від загальної суми власних надходжень. Це свідчить про пріоритетне значення інших напрямків некомерційної діяльності медичних закладів. Так, протягом 2000–2003 рр. вагоме значення у структурі власних надходжень мали кошти, отримані від надання немедичних послуг. У 2000 р. їх надійшло 201,9 млн. грн., або 47,4% від загального обсягу власних надходжень, а вже у 2003 р. вдалось отримати таких коштів у розмірі 432,4 млн. грн. (32%), що більше ніж у 2 раза перевищує показник 2000 р. На другому місці за розміром надходжень – кошти, отримані від надання платних послуг освіти, – їх частка у 2003 р. становила майже 24%. Також достатньо вагоме значення мають надходження, які залучають у вигляді гуманітарної допомоги (12%) або благодійних внесків від юридичних і фізичних осіб (14,3%). Проте, в останні роки спостерігається тенденція до зменшення суми таких надходжень.

Аналізуючи динаміку власних надходжень комунальних закладів охорони здоров'я, які фінансують із місцевих бюджетів у Тернопільській області, можна

зауважити, що протягом 1998–2004 рр. обсяги зазначених доходів зростали так: у закладах, що утримують коштом міського бюджету, – в 3 рази, обласного бюджету – в 3,2 рази, районних бюджетів – у 4 рази (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Власні надходження комунальних закладів охорони здоров'я в Тернопільській області в 1998–2004 рр.

тис. грн.

Показники	Плата за послуги	Інші джерела власних надходжень		Всього,
		в грошових коштах	У товарах (роботах, послугах)	
<i>Власні надходження закладів охорони здоров'я, що фінансують з бюджету м. Тернополя</i>				
1998	931,1	35,1	259,9	1226,1
1999	947,7	109,7	237,5	1294,9
2000	998,6	126,1	1362,9	2487,6
2003	1468,1	832,8	1927,9	4228,8
2004	1786,2	550,7	1461,8	3798,7
<i>Власні надходження закладів охорони здоров'я, що фінансують з обласного бюджету</i>				
1998	1068,4	163,1	910,1	2141,3
1999	1232,2	162,8	1105,4	2500,4
2000	1654,6	280,9	2718,1	4653,6
2003	1693,3	2423,7	1431,9	5548,9
2004	1860,7	2464,0	2520,5	6845,2
<i>Власні надходження закладів охорони здоров'я, що фінансують із районних бюджетів</i>				
1998	457,9	45,5	985,5	1488,9
1999	484,5	88,9	1045,3	1618,7
2000	1413,6	221,0	3053,1	4687,7
2003	1541,6	1657,2	4024,7	7223,5
2004	1770,1	1614,6	2733,6	6118,3

Джерело: розроблено автором на основі [203].

Також змінилася структура доходів: якщо у 1998 р. плата за послуги, що надавали міські медичні заклади, становила близько 76,0% у загальній сумі власних надходжень, то у 2004 р. – 47,0%. Аналогічні зміни відбулись у структурі власних надходжень установ обласного рівня, де питома вага доходів, отриманих від платних послуг, зменшилася з 50,0% (у 1998 р.) до 27,0% (у 2004 р.). Зміни відбулися за рахунок зростання надходжень у групі "інші джерела власних надходжень", куди належать благодійні внески, гранти, дарунки і кошти, отримані

для виконання окремих доручень підприємств. Найбільшу частку тут займає гуманітарна допомога, яку отримують комунальні заклади охорони здоров'я; обсяги цієї щорічно зростають. Найвищий темп зростання спостерігався у міських закладах, де в 2004 р. було отримано гуманітарної допомоги майже у 5,7 раза більше, ніж у 1998, що у загальній структурі власних надходжень, що становило 38,5%, тоді як у 1998 р. – лише 21%.

Отже, незважаючи на те, що власні надходження комунальних закладів охорони здоров'я щорічно збільшуються, частка коштів, які бюджетна установа заробляє самостійно у результаті некомерційної діяльності, залишається низькою. У міських закладах охорони здоров'я питома вага таких коштів найвища і займає близько 47% у структурі власних надходжень, тоді як у районних – 29%, а обласних – лише 27%.

Детальніше проаналізуємо стан фінансового забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я м. Тернополя за даними табл. 2.7. Як видно з цієї таблиці, на утриманні міського бюджету перебувають 10 закладів охорони здоров'я. Найбільшу частку бюджетних коштів – близько 68% спрямовують на фінансування лікарень, також значні кошти виділяють на утримання центру швидкої медичної допомоги – приблизно 15,7% і пологового будинку – біля 10,5%.

Обсяги бюджетних асигнувань із міського бюджету на фінансування охорони здоров'я щорічно зростають. Так, за 2002–2004 рр. розміри бюджетного фінансування потреб закладів охорони здоров'я зросли на 9,4 млн. грн., або майже на 54%. Найбільшу частку коштів міського бюджету витрачають на оплату праці працівників закладів охорони здоров'я. В окремих закладах, а саме: у дитячій стоматологічній поліклініці, медико-санітарних частинах ВАТ "ТКЗ" і "Ватра" витрати на зазначені потреби у 2004 р. становили відповідно 91,9%, 94,6% і 96,6% від загальної суми виділених їм бюджетних асигнувань. У інших закладах охорони здоров'я питома вага витрат на заробітну плату була дещо нижчою: в лікарні швидкої медичної допомоги – 74,5%, лікарні № 2 – 71,2%, лікарні № 3 – 69,3%, дитячій лікарні – 82,4%, пологовому будинку – 73,7%, центрі швидкої медичної допомоги – 73,3%, стоматологічній поліклініці – 77,8%.

Таблиця 2.7

Фінансове забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я м. Тернополя у 2002 – 2004 рр.

(тис. грн.)

Видатки	Міська комунальна лікарня швидкої допомоги			Міська комунальна лікарня № 2			Міська комунальна лікарня № 3			Міська дитяча комунальна лікарня			Міський комунальний пологовий будинок		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
I. Бюджетні кошти (загальний фонд)	3011,6	3919,3	4558,4	4042,7	5068,3	6519,7	1799,6	2227,3	2631,7	2969,8	3987,9	4546,1	1883,5	2439,2	2872,5
Поточні видатки	2945,1	3658,3	4525,4	3662,5	4768,0	6003,1	1789,6	2214,9	2527,1	2865,8	3479,3	4466,5	1787,7	2214,2	2769,5
Оплата праці працівників бюджетних установ	1570,0	1971,3	2466,0	2137,0	2598,9	3390,4	895,9	1057,9	1334,3	1684,0	2065,9	2712,8	951,3	1185,6	1539,9
Нарахування на заробітну плату	557,4	691,2	929,9	756,2	922,6	1253,3	314,3	377,5	489,2	612,5	747,3	1034,8	354,0	433,9	575,8
Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші, в т. ч.	472,4	636,9	713,4	475,4	695,2	756,7	276,0	417,7	374,3	336,1	394,1	446,1	241,2	298,2	324,8
- предмети, матеріали, обладнання та інвентар	72,1	81,5	72,4	53,3	67,1	22,4	10,6	41,8	28,3	60,9	53,8	41,8	42,2	39,6	39,1
- медикаменти та перев'язувальні матеріали	147,4	227,8	321,4	142,2	262,4	352,9	157,7	173,7	175,2	80,9	93,6	154,9	11,1	16,8	63,3
- продукти харчування	127,7	157,2	180,0	137,9	199,7	247,2	42,4	66,2	86,0	68,5	107,1	117,2	79,3	97,5	97,2
- м'який інвентар та обмундирування	4,6	19,6	15,6	10,1	21,4	25,9	24,3	28,3	27,0	18,5	19,9	15,0	33,2	68,1	35,0
- оплата трансп. послуг та утрим. трансп. засоб.	17,7	22,7	21,2	24,4	24,9	31,2	10,9	19,7	15,8	32,2	39,9	36,6	16,9	17,2	23,1
- поточний ремонт облад., інвентар. та будівель	66,3	79,8	23,5	39,2	38,7	2,0	5,4	56,3	23,6	35,8	39,6	41,3	20,9	14,1	34,0
- послуги зв'язку	13,9	21,5	22,3	17,9	18,1	17,7	9,1	13,3	11,6	18,5	22,6	21,5	10,1	9,2	9,0
- оплата інших послуг та інші видатки	21,9	26,7	57,0	50,3	62,9	40,0	15,4	18,2	6,8	20,7	18,4	17,8	27,5	35,6	24,1
Видатки на відрядження	1,3	0,5	1,0	1,8	1,3	2,0	-	3,0	1,2	5,2	5,1	6,5	-	-	-
Оплата комун. послуг та енергоносіїв, у т. ч.:	297,5	344,1	391,5	487,9	544,5	590,5	303,4	332,3	328,0	216,0	257,7	254,2	241,2	296,5	328,9
- оплата теплопостачання	166,1	175,4	197,5	279,9	301,3	303,6	220,1	227,4	215,8	100,1	139,1	113,6	123,5	157,9	145,3
- оплата водопостачання та водовідведення	22,8	40,6	49,1	61,9	90,9	115,4	16,0	30,6	34,5	23,5	32,1	45,5	32,3	41,6	67,5
- оплата електроенергії	97,9	118,9	133,5	135,9	139,8	158,2	64,1	71,6	73,2	89,5	84,0	90,4	80,0	91,9	107,9
- оплата природного газу	0,7	0,3	0,6	3,8	4,3	5,0	-	-	4,5	-	-	4,7	1,1	1,0	1,2
- оплата інших комунальних послуг	10,0	8,8	10,8	6,5	8,1	8,4	3,2	2,6	-	2,9	2,5	-	4,3	4,0	-
Субсидії і поточні трансферти	46,5	14,2	24,0	4,4	5,5	10,2	-	-	4,6	12,0	9,2	12,1	-	-	-
Капітальні видатки:	66,5	261,1	33,0	178,5	300,3	519,4	10,0	38,9	100,0	103,9	508,6	79,6	95,8	225,0	103,0
Придбання основного капіталу	66,5	261,1	33,0	178,5	300,3	519,4	10,0	38,9	100,0	103,9	508,6	79,6	95,8	225,0	103,0
- придбання облад. і предметів довгостр. корист.	44,1	205,8	33,0	135,6	65,5	39,4	10,0	38,9	50,0	67,6	40,0	-	95,8	225,0	19,5
- капітальне будівництво (придбання)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- кап. ремонт, реконструкція та реставрація	12,4	55,3	-	42,9	234,8	480,0	-	-	50,0	30,3	468,6	79,6	-	-	83,5
II. Власні надходження:	601,7	275,3	892,9	1309,5	1447,5	1193,1	672,5	490,8	616,9	119,8	784,7	562,4	126,6	308,0	412,1
1. Плата за послуги:	232,5	196,8	256,1	33,1	51,0	89,40	181,2	230,5	350,0	21,5	34,2	71,5	7,3	7,7	13,1
1) плата за послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями	232,5	196,4	256,1	22,7	34,2	58,6	181,2	230,5	14,0	-	-	-	7,3	7,7	13,1
2) надходж. від господ. та/або виробничої діяльності	-	-	-	-	-	-	-	-	276,0	-	-	-	-	-	-
3) плата за оренду	-	-	-	10,4	16,8	31,0	-	-	60,0	21,5	34,2	71,5	-	-	-
4) інші надходження	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Інші джерела власних надходжень	369,2	-	636,8	1276,4	1396,5	1103,7	491,3	260,3	266,9	98,3	750,5	490,9	119,3	300,3	399,0
1) благодійні внески, гранти, дарунки	369,2	78,5	635,8	1082,7	1099,7	847,0	427,9	193,4	163,9	98,3	750,5	490,9	119,3	300,3	399,0
2) кошти, отримані для виконання доручень підприємств тощо	-	-	-	193,7	296,8	256,7	63,4	66,9	103,0	-	-	-	-	-	-

Продовження табл. 2.7

Видатки	Комунальний центр швидкої медичної допомоги			Міська комунальна дитяча стоматологічна поліклініка			Міська комунальна стоматологічна поліклініка			Медико-санітарна частина БАТ "ТКЗ"			Медико-санітарна частина БАТ "Ватра"		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
I. Бюджетні кошти (загальний фонд)	2766,6	3463,3	4236,9	209,0	268,2	306,4	470,8	586,0	692,5	279,6	359,5	434,4	104,8	140,4	173,3
Поточні видатки	2545,4	3253,3	4130,9	207,0	262,0	306,4	470,8	582,1	592,8	279,6	350,5	422,4	104,8	140,4	173,3
Оплата праці працівників бюджетних установ	1362,4	1747,7	2260,9	125,3	163,9	206,9	238,5	327,8	392,6	192,2	243,1	303,5	75,9	98,9	121,0
Нарахування на заробітну плату	486,3	620,3	843,7	43,5	55,6	74,9	87,8	116,0	146,6	66,9	84,1	107,5	27,3	35,3	46,4
Придбання предметів постачання і матеріалів, оплата послуг та інші, в т. ч.	610,9	692,1	951,7	28,1	30,6	12,8	57,1	47,5	22,8	19,4	21,9	10,4	1,6	6,2	5,1
- предмети, матеріали, обладнання та інвентар	39,0	37,8	33,3	4,9	2,9	0,8	6,4	5,5	0,3	3,3	2,6	0,9	-	2,1	-
- медикаменти та перев'язувальні матеріали	140,9	130,9	156,0	11,5	13,3	8,9	33,4	25,9	11,6	9,8	11,6	6,1	0,99	2,6	4,7
- продукти харчування	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- м'який інвентар та обмундирування	6,2	6,6	21,2	1,1	0,3	-	0,6	0,2	0,4	0,5	0,5	-	-	-	-
- оплата трансп. послуг та утрим. трансп. засоб.	364,0	433,2	613,6	3,4	3,9	0,7	9,2	10,1	8,2	-	-	-	-	-	-
- оренда та експлуатаційні послуги	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- поточний ремонт облад., інвентар. та будівель	4,5	15,2	65,0	3,2	5,4	1,4	2,0	1,4	0,8	0,6	1,5	0,6	-	-	-
- послуги зв'язку	9,2	12,9	11,1	1,5	1,6	-	1,4	1,2	0,6	2,0	2,3	2,1	-	-	-
- оплата інших послуг та інші видатки	47,1	55,3	51,5	2,5	3,1	0,7	3,9	3,1	0,9	3,0	3,4	0,7	0,6	1,4	0,4
Видатки на відрядження	1,5	3,2	-	0,6	0,7	-	-	-	-	1,2	1,3	1,0	-	-	-
Оплата комун. послуг та енергоносіїв, у т. ч.:	84,3	89,9	72,2	9,5	11,1	11,8	32,5	39,7	30,7	-	-	-	-	-	-
- оплата тепlopостачання	62,6	60,7	41,6	4,2	4,8	4,9	2,9	4,2	4,6	-	-	-	-	-	-
- оплата водопостачання та водовідведення	5,5	4,6	4,3	0,2	0,4	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- оплата електроенергії	14,1	22,1	23,2	5,0	5,8	5,8	9,8	23,9	19,6	-	-	-	-	-	-
- оплата природного газу	-	0,7	3,1	-	-	-	8,7	10,9	6,4	-	-	-	-	-	-
- оплата інших комунальних послуг	2,0	1,7	-	-	-	0,5	1,0	0,6	-	-	-	-	-	-	-
- оплата інших енергоносіїв	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Субсидії і поточні трансферти	-	-	-	-	-	-	54,9	51,1	84,7	-	-	-	-	-	0,8
Капітальні видатки:	221,2	210,0	106,0	2,0	6,2	-	-	3,9	15,0	-	9,0	12,0	-	-	-
Придбання основного капіталу	221,2	210,0	106,0	2,0	6,2	-	-	3,9	15,0	-	9,0	12,0	-	-	-
- придбання облад. і предметів довгостр. корист.	221,0	110,0	-	2,0	6,2	-	-	3,9	15,0	-	9,0	5,9	-	-	-
- капітальне будівництво (придбання)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- кап. ремонт, реконструкція та реставрація	-	100,0	106,0	-	-	-	-	-	-	-	-	6,1	-	-	-
II. Власні надходження	46,3	88,8	37,8	0,9	4,8	1,7	590,8	602,7	735,9	81,9	101,9	117,4	15,1	11,7	8,3
1. Плата за послуги:	5,2	5,4	7,5	-	-	-	431,1	425,7	579,7	47,3	64,3	70,0	0,7	4,3	-
1) плата за послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями:	-	-	-	-	-	-	431,1	425,7	579,7	47,3	64,3	70,0	0,7	4,3	-
2) надходження від господарської та/або виробничої діяльності:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3) плата за оренду	5,2	5,4	7,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4) інші надходження	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Інші джерела власних надходжень	41,1	83,4	30,3	0,9	4,8	1,7	159,7	177,0	156,2	34,6	37,6	47,4	14,4	-	8,3
1) благодійні внески, гранти, дарунки	41,1	83,4	30,3	0,9	4,8	1,7	-	-	-	1,4	6,5	11,4	14,4	7,4	8,3
2) кошти, отримані для виконання окремих доручень підприємств тощо	-	-	-	-	-	-	159,7	177,0	156,2	33,2	31,1	36,0	-	-	-

Аналіз динаміки даного показника за 2002-2004 рр. показав, що спостерігається тенденція до його поступового зростання, а це свідчить про низький рівень фінансування інших важливих статей. Так, надалі низькою залишається частка капітальних видатків у структурі витрат закладів охорони здоров'я, тобто темпи модернізації та відтворення основних засобів надзвичайно повільні, що негативно впливає на якість медичного обслуговування.

Крім того, незважаючи на кількісне збільшення обсягів фінансування витрат на медикаменти і продукти харчування, в якісному відношенні ситуація помітно не поліпшилась. Аналізуючи окремі показники, пов'язані з діяльністю міських комунальних лікарень, подані в табл. 2.8, можна зауважити, що у 2004 р. максимальна сума витрат на харчування і медикаменти становила відповідно 2,37 і 6,15 грн. на 1 ліжко-день.

Таблиця 2.8

Показники вартості 1 ліжко-дня по харчуванню і медикаментах у лікарнях м.
Тернополя

Лікувально-профілактичний заклад	Вартість 1 ліжко-дня, грн.					
	по харчуванню			по медикаментах		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Міська комунальна лікарня швидкої допомоги	1,45	1,83	2,16	4,96	1,66	4,38
Міська комунальна лікарня № 2	0,84	1,23	1,51	2,56	2,42	3,05
Міська комунальна лікарня № 3	2,49	1,92	2,37	11,19	2,91	6,15

Зважаючи на рівень вітчизняних цін на продукти харчування і медикаменти, зрозуміло, що виділених коштів недостатньо для забезпечення повноцінного медичного обслуговування у цих закладах. Відомо, що частину таких витрат покривають за рахунок власних надходжень закладів: для лікарні № 2 майже 62% витрат на медикаменти здійснюють за рахунок коштів добровільного медичного страхування, 2,6% – коштом благодійних внесків; для лікарні швидкої допомоги і лікарні №3 відповідно 30,0% і 45,5% зазначених витрат фінансують за рахунок гуманітарної і спонсорської допомоги.

Загалом, аналізуючи структуру фінансових ресурсів міських закладів охорони здоров'я подану в табл. 2.7, можна відзначити, що бюджетні кошти відіграють вагоме значення у їх фінансовому забезпеченні. Більше ніж на 90% від коштів міського бюджету залежать: медико-санітарна частина ВАТ "Ватра" (95,4%), дитяча стоматологічна поліклініка (99,4%) і комунальний центр швидкої медичної допомоги (99,0%). В свою чергу, для інших закладів питома вага бюджетних коштів теж була достатньо високою: для лікарні швидкої допомоги – 83,6%, лікарні № 2 – 84,5%, лікарні № 3 – 81,0%, дитячої лікарні – 88,9%, пологового будинку – 87,5%, медико-санітарної частини ВАТ "ТКЗ" – 78,7%. Лише в міській комунальній стоматологічній поліклініці коштом міського бюджету фінансують 48,5% усіх потреб, а решту витрат покривають за рахунок власних надходжень.

Як показують дані табл. 2.7, найбільше власних надходжень у 2004 році отримала міська комунальна лікарня № 2 – 1193,1 тис. грн. Основну частину власних ресурсів займали благодійні внески, гранти, подарунки – 71,0%, а плата за послуги, становила лише 7,4%. Схожа ситуація спостерігалась і в інших закладах охорони здоров'я м. Тернополя, де надходження від гуманітарної і спонсорської допомоги займали високу питому вагу в структурі власних доходів: у лікарні швидкої допомоги – 71,2%, дитячій лікарні – 87,3%, у пологовому будинку – 96,8%. Найбільшу суму власних надходжень, отриманих як плата за послуги одержала міська комунальна стоматологічна поліклініка – 579,7 тис. грн. До лікарні швидкої допомоги і лікарні № 3 зазначених коштів надійшло відповідно 256,1 і 350,0 тис. грн.

Зважаючи на певні відмінності у формульному розрахунку витрат на охорону здоров'я з місцевих бюджетів різного рівня, проаналізуємо стан фінансування комунальних закладів охорони здоров'я, які утримують коштом обласного, міського і районного бюджетів. З цією метою детальніше проаналізуємо динаміку, склад і структуру обсягів фінансових ресурсів на прикладі окремих установ охорони здоров'я Тернопільської області (обласної лікарні, міської комунальної лікарні № 2 і районної лікарні) (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Джерела фінансових ресурсів окремих бюджетних установ охорони здоров'я Тернопільської області

(тис. грн.)

Групи надходжень	Тернопільська обласна комунальна лікарня			Міська комунальна лікарня № 2			Тернопільська районна комунальна лікарня		
	2000	2004	2005 (план)	2002	2004	2005 (план)	2002	2004	2005 (план)
I. Бюджетні кошти	3377,0	10075,7	13944,6	4042,7	6519,7	7733,9	2571,6	4216,2	5267,3
II. Власні надходження									
Всього (в грошових коштах і товарах)	2279,0	2069,5	1719,8	1309,5	1193,1	1150,6	620,0	573,0	659,7
Всього (в грошових коштах)	64,5	986,3	676,5	291,7	399,1	638,0	560,5	573,0	659,7
1. Плата за послуги	42,0	104,4	112,9	33,1	89,40	158,0	500,3	515,6	591,3
<i>1) плата за послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями:</i>	8,5	22,3	32,7	22,7	58,6	102,0	160,0	329,3	272,0
- медичні огляди	2,6	8,7	9,3	16,4	58,6	102,0	67,0	152,4	
- протезування	-	-	-	6,3	-	-	93,0	176,9	
- контактна корекція зору	5,9	12,5	23,4	-	-	-	-	-	-
<i>2) надходження від господарської та/або виробничої діяльності:</i>	20,7	56,5	60,2	-	-	-	340,0	183,9	318,3
- прання білизни	6,0	14,3	16,8	-	-	-	-	-	-
- автопослуги	2,4	8,5	9,4	-	-	-	-	-	-
- плата за проживання в гуртожитку	11,3	33,7	34,0	-	-	-	-	-	-
- виготовлення, вирощування та реалізація продукції підсобними господарствами тощо	-	-	-	-	-	-	340,0	183,9	318,3
<i>3) плата за оренду майна</i>	6,9	19,8	20,0	10,4	31,0	56,0	0,3	3,0	1,0
<i>4) інші надходження</i>	4,4	5,8	-	-	-	-	-	-	-
2. Інші джерела власних надходжень	2238,5	1965,1	1606,9	1276,4	1103,7	992,6	119,7	57,4	68,4
<i>1) благодійні внески, гранти, дарунки</i>	2237,0	1965,1	1606,9	1082,7	847,0	572,6	119,7	57,4	68,4
в грошових коштах	21,0	881,9	563,6	64,9	50,0	60,0	60,2	57,4	68,4
в товарах, у т.ч.:	2216,0	1083,2		1017,8			59,5		
- медикаменти	929,4	643,1	1043,3	621,3	797,0	512,6	30,2	-	-
- основні засоби та медичне обладнання й інші	1286,6	440,1		396,5			19,3		
<i>2) кошти, отримані для виконання окремих доручень підприємств тощо</i>	1,5	-	-	193,7	256,7	420,0	-	-	-
- медичне обслуговування за договорами із страховими організаціями	-	-	-	181,4	256,7	420,0	-	-	-

Джерело: розраховано автором на основі [202].

Із наведених у табл. 2.9 даних можна зробити наступні висновки:

1) обсяги коштів, що надходять з місцевих бюджетів, щорічно зростають і займають домінуючу позицію в структурі фінансових ресурсів комунальних закладів охорони здоров'я. У 2004 р. питома вага бюджетних коштів загального фонду в структурі доходів була найвищою у районній лікарні, приблизно – 88,0%, а в обласній і міській лікарнях становила відповідно – 83,0% і 84,5%;

2) спостерігається зростання обсягів грошових надходжень від платних медичних послуг, які дозволено надавати лікарням згідно з функціональними повноваженнями, однак ці кошти продовжують займати незначну частку в загальній структурі власних надходжень згаданих установ, за винятком районної лікарні. Із переліку видів платних медичних послуг, що запропонував КМУ, найбільшою популярністю користуються послуги зі зубного протезування і медичні огляди, інші медичні послуги не дають лікарням значного доходу або взагалі не надають. Щоб впровадити окремі види медичних послуг, наприклад, діагностичне обстеження, оздоровчий масаж чи лікувальні процедури, заклад повинен мати відповідне медичне обладнання та/або приміщення, а це потребує додаткових фінансових капіталовкладень від бюджетної установи, коштів якої вистачає лише на покриття поточних видатків;

3) грошові кошти, які отримали заклади охорони здоров'я від побічної господарської та виробничої діяльності, в структурі власних доходів міської і обласної лікарень займали мізерний відсоток, однак для районної лікарні – це вагоме джерело фінансових ресурсів. Так, від підсобного господарства і залучення земельних паїв вона в 2003 р. отримала близько 53% від загальної суми власних надходжень. Однак у 2004 р. підсобне господарство зазнало певних збитків – через стихійне лихо було втрачено частину врожаю, тому надходження за згаданою статтею зменшились майже на 50%;

4) плата від здачі в оренду приміщень – це досить стабільне джерело грошових надходжень, яке використовують усі згадані лікарні, і яке має зростаючу динаміку. Дуже часто в приміщеннях державних і комунальних закладів охорони

здоров'я створюють приватні медичні структури, що дає останнім певні переваги – наближення до пацієнтів, наймання кваліфікованих медичних кадрів тощо;

1) як свідчать дані табл. 2.9, у міській лікарні значно зросли надходження, отримані для виконання окремих доручень, зокрема на медичне обслуговування застрахованих осіб, що пояснюється поширенням способу "псевдодобровільного" медичного страхування, коли громадяни, які звертаються за медичною допомогою в лікувально-профілактичний заклад, змушені купувати "страховий поліс", тобто хворому фактично нав'язують страхові послуги, вартість котрих є значною.

Схема так званого "псевдодобровільного" медичного страхування полягає в тому, що згідно з договором добровільного страхування на випадок хвороби, який пропонує страхова компанія (ВАТ "Універсальна" в м. Тернополі), у разі настання страхового випадку (гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, отруєння, отримання консультативної, профілактичної та іншої медичної допомоги), хворий повинен сплатити на її рахунок суму страхового платежу (наприклад, при пологах – 96 грн.). 87% отриманого страхового внеску страхова компанія перераховує до лікарняного закладу, а 13% залишає у своєму розпорядженні. При цьому вона гарантує застрахованому в разі смерті під час надання медичної допомоги у лікарняному закладі виплатити 100% страхової суми спадкоємцю (це у 20 разів більше від страхового платежу, наприклад при летальному пологовому випадку – 1920 грн.). На суму, отриману від страховика, лікарня гарантує пацієнтові медикаментозне забезпечення при лікуванні, але лише на період оперативного втручання, для післяопераційного лікування хворі купують ліки самостійно. Розрахунок страхового платежу проводить лікарняний заклад, який визначає перелік і вартість медикаментів й аналізів, необхідних для лікування того чи іншого захворювання.

Описану практику добровільного медичного страхування ми розцінюємо негативно, оскільки вона суперечить природі добровільного медичного страхування і порушує соціальні права громадян;

б) вагому частку в структурі власних надходжень установ охорони здоров'я займають інші джерела, в останні роки особливо зросли обсяги надходжень

спонсорської і гуманітарної допомоги. Наприклад, в Тернопільській обласній лікарні протягом 1997–2000 рр. фактичні суми даної групи власних надходжень зросли у 24 рази і в структурі загальної суми фінансових ресурсів лікарні у 2000 р. займали близько 37,0%, тоді як у 1997 р. – лише 11% [202]. У 2004 р. обсяг таких надходжень дещо зменшився, і їх частка становила майже 16,0%. Найбільший сумарний обсяг благодійних внесків, грантів, дарунків отримала обласна лікарня. Це як значні грошові надходження, так і досить вагомі надходження в товарах (медикаментах) або у вигляді основних засобів та медичного обладнання. Що стосується районної лікарні, то тут дуже незначні обсяги благодійної допомоги. Благодійницька діяльність, меценатство, спонсорство у сфері охорони здоров'я – позитивне і благородне явище, однак держава має створювати захисні механізми контролю за витрачанням таких надходжень, інакше буде ризик зловживань.

Бюджетні заклади мають право витратити власні надходження відповідно до джерел їх утворення, як це визначено постановою Кабінету Міністрів України від 17.05.2002 р. № 659 (див. додаток X). Нерідко така жорстка регламентація напрямків витрачання власних коштів породжує проблему, суть якої в тому, що установі, котра відчуває значну потребу в коштах на окремих ділянках фінансово-господарської діяльності, доводиться витратити кошти лише на потреби, передбачені законодавчими вимогами.

Зокрема, аналізуючи використання коштів спеціального фонду в 2004 р. на прикладі окремої лікарні (Тернопільської міської комунальної лікарні № 2), можна зауважити, що бюджетної установи витрачає власні надходження відповідно до джерел їх утворення. Лікарня спрямувала значну частину грошових коштів спеціального фонду – 412,5 тис. грн., що становить майже 75% усіх його витрат, на придбання предметів постачання та матеріалів, із них: на закупівлю матеріалів, канцелярського обладнання, інвентарю – 29,75 тис. грн., або 6,0% від вказаної суми; на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів – 361,9 тис. грн., або 88,0%. На виплату заробітної плати працівникам закладу (в т. ч. з нарахуваннями) витрачено – 36,2 тис. грн., або 6,3%, на оплату комунальних послуг – 19 тис. грн. (3,3%) (табл. 2.10).

На капітальні видатки витрачено 50 тис. грн. за рахунок інших доходів спеціального фонду, а не власних надходжень бюджетної установи. У той же час лікарня відчуває значну потребу в придбанні обладнання та предметів довгострокового користування – аналізатора крові, хірургічного набору, пральної машини тощо. При плануванні грошових коштів загального фонду кошторису ці видатки було розраховано, однак у ньому їх не затвердили.

Варто зупинитися на проблемі оподаткування бюджетних закладів охорони здоров'я, яка ще не вирішена остаточно і викликає низку непорозумінь та критику з боку науковців. Досі проблема звільнення від оподаткування грошових коштів, які отримали у результаті некомерційної діяльності заклади охорони здоров'я, не розв'язана на належному рівні. Парадоксальним є те, що держава оподатковує фактично сама себе, оскільки вказані кошти, які отримує бюджетна установа, включають до спеціального фонду бюджету, тобто вони є бюджетними.

Так, бюджетні заклади охорони здоров'я зокрема сплачують ПДВ у випадку отримання доходів від здачі в оренду приміщень. Вони також сплачують ПДВ у випадку надання послуг із охорони здоров'я, що підпадають під перелік, встановлений Постановою КМУ № 1602 від 5 жовтня 1998 року. Тому, наприклад, за масаж з метою зміцнення здоров'я дорослого населення, корекції осанки їм належить платити ПДВ. Заклади державної системи охорони здоров'я, що отримують благодійну допомогу, ПДВ не сплачують, оскільки нема об'єкта і бази оподаткування, проте у випадку продажу безплатно отриманого майна згаданий податок справляють на загальних підставах.

Незважаючи на законодавче звільнення бюджетних установ від сплати земельного податку, у вітчизняному законодавстві виникають ситуації, коли їм це доводиться робити. Так, якщо бюджетна установа здає частину площ будівлі в оренду суб'єктам підприємницької діяльності, які перейшли на спрощену систему оподаткування, то вона є платником податку на землю.

Урядові необхідно звернути увагу на вирішення подібних проблемних аспектів і впорядкувати податкове законодавство у частині звільнення від

оподаткування установ бюджетної сфери, які витрачають власні доходи тільки на статутну діяльність.

Законодавчого врегулювання також потребує механізм встановлення ціни на платні послуги бюджетної системи охорони здоров'я. Ціни на платні послуги, що надають у лікувально-профілактичних і санітарно-профілактичних державних та комунальних закладах охорони здоров'я, визначає заклад охорони здоров'я і регулюють (встановлюють) Рада Міністрів АРК, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 25.12.1996 р. №1548 "Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)". Однак чіткого механізму ціноутворення в державній системі охорони здоров'я нема, медичні заклади самостійно визначають ціни платних послуг, а влада лише регулює їх рівень.

Іншою проблемою фінансово-господарської діяльності державних і комунальних медичних закладів є недосконалість запровадженої тендерної схеми закупівлі товарів, робіт та послуг. Згаданий порядок визначено Законом України "Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти", який прийнято у 2000р., з метою забезпечення прозорості процедур закупівель та досягнення оптимального та раціонального використання державних коштів. За умовами існуючої процедури, медичні заклади самостійно (без оголошення тендеру) можуть закуповувати медикаменти, продукти харчування тощо лише на суму до 5000 євро; якщо ж сума більша від зазначеної, вони брати участь у тендерній закупівлі товарів, робіт та послуг. Основні недоліки згаданого порядку такі:

- методика оцінки тендерних пропозицій і визначення переможця у конкурсі на постачання товарів та здійснення робіт і послуг є недосконалою, оскільки значною мірою залежить від суб'єктивних факторів у прийнятті рішень;
- небажання багатьох учасників брати участь у торгах через високі кваліфікаційні вимоги та значні обсяг і вартість документації, що значно звужує вибір пропозицій;

– значна тривалість процедури і неможливість негайного задоволення потреби закладу;

– високий вплив цінового фактора, значення якого в загальній структурі критеріїв становить – 70%, що не завжди виправдовує доцільність і економічну ефективність тієї чи іншої закупки.

Діючий тендерний порядок закупівлі товарів, робіт і послуг потребує вдосконалення.

Проаналізувавши фінансове забезпечення діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я, можна виділити такі основні проблеми:

1. Фінансове планування "знизу", тобто на рівні закладу державної системи охорони здоров'я, здійснюють неефективно і формально через те, що нема науково обґрунтованої методики, і функціонує формульний порядок розподілу бюджетних видатків, який централізовано, тобто "зверху", визначає необхідні обсяги фінансування.

2. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я відчувають значний дефіцит фінансових ресурсів, що проявляється у низькій оплаті праці медичних працівників, незадовільному рівні медикаментозного і продуктового забезпечення, у використанні застарілого медичного обладнання і погіршенні матеріально-технічного стану. Як наслідок – низька якість медичних послуг і порушення стандартів гарантованого державою рівня медичного обслуговування.

3. Неповною мірою використовують потенціал медичних закладів у некомерційної діяльності, що зумовлено законодавством (короткий перелік дозволених платних медичних послуг, необхідність сплати окремих податків) і необхідністю додаткових інвестицій для її проведення. Крім того, досі нема методики для визначення ціни платних медичних послуг, що надають заклади державної системи охорони здоров'я, недосконалим є механізм тендерних закупівель. Жорстка регламентація витрачання коштів, отриманих у результаті некомерційної діяльності, також не завжди є виправданою, оскільки інколи не дає закладам змоги забезпечити фінансування пріоритетних, за її оцінкою, потреб.

4. Низький рівень самостійності та ініціативи у витрачанні коштів не створює закладам охорони здоров'я стимулів до пошуку шляхів ефективного і раціонального використання фінансових ресурсів.

Висновки до розділу 2

Аналіз практики фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні дає змогу зробити певні висновки:

1. На сучасному етапі розвитку фінансових відносин державний сектор охорони здоров'я є основним постачальником медичних послуг для населення країни. Приватний сектор охорони здоров'я непопулярний через низьку купівельну спроможність населення та обмежений спектр пропонованих платних медичних послуг. Серед основних проблем, що гальмують розвиток даного сектору, можна виділити: високі ставки оподаткування, недосконалість правової бази, юридичні перепони, проблеми з придбанням та орендою приміщень тощо. Роль посередників у забезпеченні медичного обслуговування – добровільного медичного страхування і лікарняних кас є теж незначною. Основні причини такої ситуації – законодавчі перепони (досі не прийнято закон про діяльність лікарняних кас); немає матеріальної зацікавленості роботодавців у страхуванні здоров'я працівників; висока вартість медичної страховки тощо.

2. Протягом останніх років у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні зменшилася питома вага бюджетних коштів. Дана тенденція пов'язана насамперед із збільшенням витрат населення і суб'єктів господарювання на потреби охорони здоров'я. Негативним аспектом стало зростання витрат населення на придбання медикаментів і виробів медичного призначення, що було зумовлено неспроможністю державних та комунальних закладів забезпечити належний рівень медикаментозної допомоги. Крім того, у сфері охорони здоров'я значні масштаби тіньового сектору – за нашими оцінками, нелегальна оплата становить майже 3,5 млрд. грн. за рік.

3. Комплексний аналіз механізму планування та фінансування державного сектору охорони здоров'я в Україні дає змогу виділити такі не вирішені проблеми:

1) наявна формульна методика, що застосовується при плануванні видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів є недосконалою і потребує подальшого вдосконалення, оскільки не враховує ряд факторів, що впливають на обсяги витрат, а саме: рівень захворюваності, смертності, інвалідності населення адміністративно-територіальної одиниці та екології. Крім того, фінансові нормативи бюджетної забезпеченості, які складають основу діючої формули, не мають наукового підґрунтя і не враховують реальні потреби медичних закладів;

2) протягом останніх років різко підвищилася роль державного бюджету у структурі зведеного бюджету при фінансуванні потреб охорони здоров'я і уповільнилися темпи зростання асигнувань з місцевих бюджетів. Основні причини виявленої тенденції – законодавчі зміни, що вніс Бюджетний кодекс України у розмежування видатків між бюджетами; наявність відомчих закладів охорони здоров'я, мережа яких суттєво зросла; збільшення обсягів спеціального фонду державного бюджету і кращі можливості державних закладів охорони здоров'я у некомерційній діяльності;

3) фінансове планування, що здійснюють на мікрорівні з метою визначення потреби в грошових коштах на відповідний період, є недосконалим, оскільки кошти, які виділяють із бюджетів, майже не узгоджують з показниками, які обраховує заклад, а планують централізовано;

4) некомерційна діяльність закладів охорони здоров'я, не дає суттєвих доходів, оскільки процес надання платних послуг потребує відповідної матеріальної бази і додаткових інвестицій;

5) проблема звільнення бюджетних закладів від оподаткування остаточно не вирішена, оскільки вони продовжують сплачувати окремі податки в результаті здійснення некомерційної діяльності. Крім того, досі не розроблено ефективної методики ціноутворення у державному секторі охорони здоров'я;

б) вдосконалення потребує тендерний порядок закупівлі товарів, робіт і послуг за державні кошти.

4. Основні наукові результати розділу опубліковано в працях автора [75;76;78;79;80;82;83].

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Оптимізація джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я

На сучасному етапі розвитку економічних відносин головна проблема, яка гальмує процес подальшого ефективного функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я, є те, що нема єдиної науково обгрунтованої концепції її фінансового забезпечення. І хоч уряд зробив певні спроби на законодавчому рівні вирішити дану проблему та визначити перспективи розвитку системи охорони здоров'я й напрямки модернізації її фінансового забезпечення, однак досі намічені плани залишаються нереалізованими.

Так, у 2000 р. Указом Президента України затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, якою встановлено, що основним фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою мають бути кошти державного та місцевих бюджетів, а у випадку позитивного законодавчого вирішення – кошти загальнообов'язкового медичного страхування. Концепцією також передбачено встановлення базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги, визначення організаційного рівня надання медичної допомоги і гарантованого обсягу її медикаментозного й технологічного забезпечення. Крім того, запропоновано створення фонду охорони здоров'я населення України за рахунок частини коштів від надходження акцизного збору на алкогольні напої та тютюнові вироби, які будуть спрямовувати на забезпечення потреб населення в інсулінах, протитуберкульозних та імунобіологічних препаратах. Однак слід зазначити, що окремі положення згаданого правового акта досі належно не реалізовані.

Також повільні темпи виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки, яку Кабінет Міністрів України затвердив у 2002 р., у фінансовій частині якої передбачено: поетапне збільшення бюджетних

асигнувань на охорону здоров'я; дотримання принципу збалансованості їх обсягу та гарантованого державою рівня надання населенню медичної допомоги; створення системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування; залучення громадських організацій і населення до участі у здійсненні контролю за використанням і розподілом фінансових ресурсів на охорону здоров'я; нормативно-правове врегулювання механізмів солідарної акумуляції коштів територіальних громад на розвиток охорони здоров'я; вдосконалення механізму взаємодії у сфері охорони здоров'я між надавачами медичних послуг і органами законодавчої влади та місцевого самоврядування відповідних рівнів.

Отже, законодавство, що регулює економічні відносини у згаданій галузі, є декларативним і нерідко неузгодженим. У країні поки що не розроблено чіткої цілеспрямованої, обґрунтованої і поетапної системи комплексних заходів, спрямованої на вибір найоптимальнішого варіанту фінансування, що відповідав би державній політиці у сфері охорони здоров'я і забезпечував би повноцінне надання соціально гарантованого обсягу медичного обслуговування.

Вважаємо, що держава має чітко визначити, які соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я вона насправді може покривати коштом бюджету, а які необхідно фінансувати за рахунок обов'язкового медичного страхування чи інших фінансових джерел. Запровадження ефективної системи багатоканального фінансування має вирішити довготривалу проблему державної системи охорони здоров'я – незбалансованості гарантованих у законодавстві обсягів медичного обслуговування із фінансовими можливостями держави. Пропонуємо наступну модель фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, яка, на наш погляд, є найоптимальнішою (табл. 3.1).

Для забезпечення реалізації соціальних гарантій із охорони здоров'я і повноцінного фінансування гарантованого обсягу медичного обслуговування, пропонуємо розробити дві програми – на державному і місцевому рівнях. Кожна програма – це законодавчо визначений і затверджений перелік послуг (медичних і немедичних), які надають громадянам у державних і комунальних закладах охорони

здоров'я безкоштовно, тобто за рахунок коштів державного (місцевих) бюджетів та обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги.

Таблиця 3.1

Модель фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні

	Назва джерел фінансування	Напрями витрачання коштів
Основні джерела фінансування	Кошти державного бюджету та обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги	Фінансування гарантованого обсягу медичного обслуговування, встановленого Загальнодержавною програмою медичного обслуговування
	Кошти місцевих бюджетів України та обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги	Фінансування гарантованого обсягу медичного обслуговування, визначеного Територіальною програмою медичного обслуговування
Додаткові джерела фінансування	Кошти фізичних і юридичних осіб	Плата за медичні послуги, що надають державні і комунальні заклади охорони здоров'я понад гарантований обсяг медичного обслуговування, визначений відповідними програмами. Плата за медичні послуги, що надають приватні медичні заклади
	Кошти добровільного медичного страхування	Оплата медичних послуг, що надають згідно з договорами добровільного медичного страхування

Детальніше механізм обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги розглянуто у третьому питанні даного розділу.

Загальнодержавна і територіальна програми медичного обслуговування відповідно до законодавства (Закону України "Про державні соціальні стандарти та

соціальні гарантії" і постанови Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 995 "Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги") мають визначати:

1) обсяг стаціонарної медичної допомоги – види медичних послуг (перелік захворювань), кількість днів перебування хворого на лікарняному ліжку в стаціонарі тощо;

2) обсяг амбулаторно-поліклінічної допомоги – види медичних послуг (перелік процедур), кількість відвідувань за рік;

3) обсяг стоматологічної допомоги;

4) обсяг санаторно-курортної допомоги;

5) обсяг долікарської медичної допомоги сільським жителям;

6) обсяг медикаментозного забезпечення;

7) перелік немедичних послуг (гарантований набір продуктів харчування, сервісне обслуговування тощо).

Загальнодержавна програма медичного обслуговування має визначати перелік і обсяг високо спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної допомоги та інших послуг, гарантованих пацієнтові у випадку звернення до державного закладу охорони здоров'я. Фінансувати основну частину даної програми належить із Державного бюджету України (згідно з Бюджетним кодексом України), а кошти ОМСФД використовувати суто на медикаментозне забезпечення, що гарантоване даною програмою.

Територіальна програма медичного обслуговування – це програма, яку мають розробляти органи місцевого самоврядування і фінансувати за рахунок коштів місцевих бюджетів та обов'язкового медичного страхування. Завдання цієї програми – забезпечити надання гарантованого рівня первинної (медико-санітарної) і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги для населення у комунальних закладах охорони здоров'я. На медикаментозне забезпечення даної програми пропонуємо використовувати кошти, мобілізовані системою обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги.

Органам місцевого самоврядування можна забезпечити певну свободу у виборі переліку гарантованих медичних послуг, які мають надавати пацієнтам у рамках територіальної програми, однак ці органи повинні дотримуватися загальних вимог, запроваджених на державному рівні. Для поповнення дохідної частини місцевих бюджетів можна поширити практику запровадження обов'язкових медичних зборів на локальному рівні. Як свідчить зарубіжний досвід, саме за рахунок таких платежів нерідко утримують муніципальні заклади охорони здоров'я і фінансують територіальні медичні програми, насамперед профілактичні. До переліку таких місцевих зборів можна запропонувати: збір на профілактику і вакцинацію дітей для запобігання хворобам, що не передбачені загальнодержавними умовами вакцинації (наприклад, грипу); на оздоровлення школярів (проведення профілактичних оглядів, зубопротезування, видачу вітамінів); на утримання оздоровчих чи консультаційних медичних центрів тощо.

Медичні послуги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я понад обсяг, встановлений програмами, потрібно залишити для населення платними. Для цього необхідно переглянути й оптимізувати перелік платних медичних послуг, які дозволено надавати державним і комунальним закладам охорони здоров'я.

Отже, з метою фінансового забезпечення надання гарантованого обсягу медичного обслуговування на належному рівні пропонуємо наступну концепцію модернізації фінансового забезпечення державного сектору охорони здоров'я (табл. 3.2).

Дана концепція, на відміну від визначеної законодавством Концепції розвитку охорони здоров'я в Україні, передбачає комплексне вирішення проблеми фінансового забезпечення. Основним стратегічним завданням запропонованої концепції є розробка загальнодержавної і територіальної програм гарантованого обсягу медичного обслуговування, тобто визначення переліку і вартості медичних послуг, що належать до гарантованого обсягу медичного обслуговування, і надаються у державних та комунальних медичних закладах безкоштовно. Наступним важливим кроком є запровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги.

Таблиця 3.2

Концепція модернізації фінансового забезпечення державного сектору охорони здоров'я в Україні

<p>I. Організація системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги. Прийняття закону про обов'язкове медичне страхування фармацевтичної допомоги</p>	<p>⇒ стане початковим етапом до запровадження повноцінної системи обов'язкового медичного страхування;</p> <p>⇒ поліпшення фінансового стану державних і комунальних закладів охорони здоров'я;</p> <p>⇒ підвищення якості і доступності гарантованого обсягу медичного обслуговування в частині медикаментозного забезпечення.</p>
<p>II. Розробка і впровадження Загальнодержавної і Територіальної програм гарантованого обсягу медичного обслуговування.</p>	<p>⇒ встановлення переліку і вартості медичних послуг, що належать до гарантованого обсягу медичного обслуговування, і які надають у державних та комунальних медичних закладах безкоштовно.</p>
<p>III. Розширення і оптимізація переліку платних послуг, що надають у державному секторі охорони здоров'я</p>	<p>⇒ активізація некомерційної діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я;</p> <p>⇒ підвищення обсягів власних надходжень медичних установ.</p>
<p>IV. Розробка методичних рекомендацій щодо визначення цін на медичні послуги в державній системі охорони здоров'я.</p>	<p>⇒ уніфікація процесу ціноутворення в державних і комунальних медичних закладах та усунення розбіжностей у формуванні ціни на платні медичні послуги.</p>

Продовження табл. 3.2

<p>V. Реформування системи оплати праці медичних працівників, шляхом запровадження на додаток до покладного гонорарного методу оплати праці.</p> <p>Для вирішення цього завдання доцільно:</p> <ul style="list-style-type: none"> – розробити шкалу гонорарів, де передбачити перелік медичних послуг, за які медичним працівникам нараховуватимуть гонорари (за виписку рецептів, виклик лікаря до хворого тощо); – визначити умови та механізм виплати гонорару. 	<p>⇒ часткове вирішення проблеми низької оплати праці в державній системі охорони здоров'я;</p> <p>⇒ стимулювання лікарів до надання високоякісного медичного обслуговування.</p>
<p>VI. Реформування системи фінансування стаціонарної, поліклінічної та швидкої допомоги шляхом впровадження методу глобального бюджету, суть якого – в отриманні лікарнею фіксованого річного обсягу бюджетного фінансування під узгоджений обсяг послуг і робіт.</p>	<p>⇒ позбавлення жорсткої постатейної регламентації і надання можливостей для вільного маневру фінансовими ресурсами;</p> <p>⇒ стимулювання закладів до оптимізації обсягів і структури медичної допомоги;</p> <p>⇒ пошук ефективніших способів витрачання грошових коштів.</p>
<p>VII. Запровадження подушового методу фінансування діяльності лікарів загальної практики (сімейних лікарів), при якому витрати на медичне обслуговування залежать від чисельності пацієнтів, зареєстрованих на постійній основі у сімейного лікаря. Можливий варіант використання змішаної моделі фінансування: 25–30% – фіксована заробітна плата, 55–60% – подушна оплата, 10–15% – гонорари.</p>	<p>⇒ сума витрат на медичне обслуговування є передбачуваною,</p> <p>⇒ зниження рівня захворюваності, оскільки лікарі не будуть зацікавлені у зростанні кількості відвідувань і приділятимуть більше уваги профілактиці;</p> <p>⇒ низькі адміністративні витрати.</p>

Продовження табл. 3.2

<p>VIII. Удосконалення формульного порядку розрахунку обсягів видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я:</p> <p>1) визначення фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я на основі науково обґрунтованих обсягів реальної потреби у фінансових ресурсах медичних закладів;</p> <p>2) використання коригувальних коефіцієнтів, що враховують диференціацію рівня витрат місцевих бюджетів залежно від рівня захворюваності, смертності, інвалідності, особливості розташування мережі закладів охорони здоров'я;</p> <p>3) запровадження коригувального екологічного коефіцієнта, що при розподілі видатків із місцевих бюджетів, враховує екологічну ситуацію в регіоні.</p>	<p>⇒ підвищення ролі планування фінансово-господарської діяльності на мікрорівні і сприятиме об'єктивнішому визначенню потреби у фінансових ресурсах;</p> <p>⇒ сприяння справедливішому розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я між місцевими бюджетами однотипних адміністративно-територіальних одиниць.</p>
<p>IX. Розширення масштабів місцевого оподаткування:</p> <p>1) запровадження місцевих податків і зборів на товари й послуги, які негативно впливають на здоров'я громадян (збір за торгівлю алкогольними напоями на розлив у ресторанах, барах, кафе та інших торговельних організаціях; плата за дозвіл на проведення комп'ютерних ігор для дітей до 16 років; збір за використання біодобавок і стабілізаторів у харчових продуктах; збір із реклами товарів, що шкідливо впливають на здоров'я людини тощо);</p> <p>2) запровадження обов'язкових цільових медичних зборів (збір на профілактику і вакцинацію дітей; збір на оздоровлення школярів; на утримання оздоровчих чи консультаційних медичних центрів тощо).</p>	<p>⇒ поповнення дохідної частини місцевих бюджетів;</p> <p>⇒ збільшення суми видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я;</p> <p>⇒ підвищення якості медичного обслуговування на місцевому рівні.</p>

Продовження табл. 3.2

<p>X. Впорядкування податкового законодавства і звільнення державних та комунальних закладів охорони здоров'я від оподаткування (доходів, отримані від здачі в оренду приміщень, від сплати податку на землю в окремих випадках, від сплати ПДВ за деякі види медичних послуг тощо).</p>	<p>⇒ збільшення суми власних надходжень бюджетних медичних установ.</p>
<p>XI. Удосконалення системи закупівлі товарів, робіт і послуг за рахунок державних коштів.</p>	<p>⇒ економніше і раціональніше витрачання бюджетних коштів у закладах державної системи охорони здоров'я.</p>
<p>XII. Запровадження принципів аутсорсингу, тобто делегування медичними закладами окремих обов'язків, не пов'язаних з лікувально-профілактичною діяльністю (прибирання приміщень, території, приготування їжі, доставка їжі, антисептичне прибирання тощо) іншим фірмам.</p>	<p>⇒ економія коштів на технічному забезпеченні функціонування медичних закладів, оскільки оплачуються тільки вартість послуг, а не витрачаються кошти на утримання працівників та підрозділів, які виконують даний обсяг роботи.</p>
<p>XIII. У законодавчому порядку визначення умов здійснення лізингу медичного устаткування для державних і комунальних закладів охорони здоров'я.</p>	<p>⇒ часткове вирішення проблеми модернізації і відтворення активної частини основних фондів; ⇒ використання сучасного медичного обладнання і підвищення якості медичного обслуговування; ⇒ зменшення фінансового навантаження на бюджет, оскільки сучасна медична техніка та обладнання є дорого вартісними продуктами і швидко морально зношуються.</p>

Детальніше розглянемо окремі положення запропонованої концепції.

Порівняльний аналіз методів фінансування первинної медичної допомоги в країнах з бюджетною системою охорони здоров'я у таблХ1 додатку Х, показав, що послуги лікарів загальної практики оплачують або гонорарним методом (оплата за кожну детальну послугу: відвідування лікаря, виписка рецептів, діагностичних досліджень, процедур тощо) і/або подушовим методом (у розрахунку на одного жителя), крім того, існують також бюджетні субсидії. В Україні, для фінансування первинної медико-санітарної допомоги можна використовувати комбінацію згаданих методів: гонорарного, подушового і покладного (фіксованої заробітної плати).

Досвід Великобританії засвідчує наступні пропорції: 25–30% – фіксована зарплата, 55–60% – подушова оплата, що залежить від обсягу лікарської практики, решта 10-15% – гонорари [94, с.109].

Суть подушового фінансування в тому, що витрати на первинну медико-санітарну допомогу залежать від чисельності пацієнтів, зареєстрованих на постійній основі у приватного сімейного лікаря чи групи лікарів загальної практики. Подушовий норматив можна диференціювати, наприклад, встановлювати вищим для дітей, літніх людей, малозабезпечених осіб та ін.. За даним способом фінансування обсяг витрат є передбачуваним і не зростає, оскільки лікарі не зацікавлені у збільшенні кількості відвідувань та приділяють більше уваги профілактиці; адміністративні витрати низькі, вартість лікування не залежить від вартості медичних послуг. Основний недолік у тому, що плату за пацієнта надають медичному працівникові й тоді коли пацієнт хворіє часто, і тоді коли рідко, тобто нема зацікавленості в поліпшенні стану здоров'я.

Для запровадження системи гонорарів необхідно у законодавчому порядку дозволити пацієнтам оплачувати окремі послуги лікарів, а також запровадити єдину методику розрахунку вартості медичних послуг і створити шкалу гонорарів за кожну послугу. Крім того, потрібно вдосконалити механізм грошових розрахунків між бюджетними закладами охорони здоров'я та їх пацієнтами. Розрахунок за лікування необхідно здійснюватися безготівковими платежами або через касу з

використанням касових апаратів тощо. Запровадження даного методу має створити конкуренцію між надавачами медичних послуг та підвищити ефективність медичного обслуговування.

Як свідчить зарубіжний досвід, фінансування стаціонарної допомоги може бути перспективним (попередньої оплати) і компенсаційним (ретроспективна оплата).

Стаціонари на основі ретроспективної оплати фінансують із допомогою наступних методів:

– за фактичним числом ліжко-днів. Цей метод характерний простотою розрахунків, однак має яскраво виражений затратний характер, оскільки стимулює продовження термінів госпіталізації, збільшення числа ліжко-днів і екстенсивного курсу діяльності. Найпопулярніший цей метод у постсоціалістичних країнах. Можливі сучасні модифікації цього методу (Фінляндія)

– за числом закінчених випадків стаціонарного лікування за тарифами. Тарифи розраховуються або за клініко-статистичними групами (КСГ) – досвід США, або за медико-економічними стандартами (МЕС) – модифікація методу КСГ, яку розробили російські вчені. Переваги в оплаті за закінчений випадок стаціонарного лікування полягають у тому, що стаціонари прагнуть до скорочення термінів госпіталізації; обмеження собівартості медичного обслуговування; постійного аналізу і контролю. Серед недоліків виділяють: складність розрахунків через велику кількість тарифів; те, що нема чіткого зв'язку між витратами і кінцевими результатами (станом здоров'я); непередбачуваність витрат [94, с. 96].

Як видно з табл. X2 додатку X1, у більшості зарубіжних країн використовують перспективну систему фінансування стаціонарної допомоги, що базована на відшкодуванні не фактичного, а заздалегідь узгодженого з лікарнею обсягу медичної допомоги. Серед основних методів попередньої оплати найбільшого поширення отримав метод глобального бюджету, суть якого в отриманні лікарнею фіксованого річного бюджету під узгоджений обсяг робіт. Обсяг фінансування, що надають лікарні, не залежить від кількості ліжок і гарантує стаціонару вільний маневр ресурсами і головна умова – обґрунтованість госпіталізацій. Цей метод

вважають найприйнятнішим при реформуванні системи фінансування стаціонарів в Україні, оскільки, він стимулює лікарні до оптимізації обсягів і структури стаціонарної допомоги та пошуку ефективніших способів витрачання коштів.

Також для економнішого і раціональнішого використання бюджетних коштів у системі охорони здоров'я пропонуємо такі заходи у сфері тендерних відносин, що сформувалися на сучасному етапі господарювання бюджетних закладів:

1) створити в державних і комунальних медичних закладах відділи маркетингу чи ввести посаду маркетолога для вивчення ринку й розробки обґрунтованих рекомендації щодо закупівлі медикаментів та виробів медичного призначення;

2) усунути суб'єктивні чинники при прийнятті рішення щодо закупівлі, застосовуючи оптимізаційні економіко-математичних моделі чи інших розрахунки.

Пропонуємо наступну економіко-математичну модель оптимізації витрат лікувально-профілактичного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення. Дана модель дає змогу розрахувати при заданому обсязі необхідних лікарських засобів їх оптимально можливу вартість з урахуванням вимог законодавства про тендерний порядок закупівлі товарів за державні кошти. При розрахунку оптимальної вартості враховують не лише показник ціни, а й критерії, які оцінюють якість продукції виробника та показники діяльності постачальників на ринку фармацевтичних послуг.

а) постановка задачі;

Лікувально-профілактичний заклад планує закупити певний обсяг медикаментів (виробів медичного призначення), перелік яких включає m видів. На ринку функціонує n фірм-виробників медикаментів (виробів медичного призначення) і k фірм-дистриб'юторів, які здійснюють продаж фармацевтичної продукції. Лікувально-профілактичний заклад ставить перед собою мету – мінімізувати суму грошових коштів, які заклад витрачає на придбання медикаментів (виробів медичного призначення), враховуючи показник рейтингової оцінки фірм-виробників.

Для побудови формалізованої моделі даної задачі введемо такі позначення: i – індекс виду медикаментів (виробів медичного призначення), ($i = \overline{1, m}$); j – індекс фірми-виробника фармацевтичної продукції, ($j = \overline{1, n}$); u – індекс фірми-дистриб'ютора, ($u = \overline{1, k}$); c_{iju} – ціна i -го виду медикаментів (виробів медичного призначення) j -ої фірми виробника, придбаного в u -го дистриб'ютора; x_{iju} – кількість одиниць i -го виду медикаментів (виробів медичного призначення) j -го виробника, яку лікувально-профілактичний заклад купить у u -го дистриб'ютора; f_j – рейтингова оцінка j -ої фірми-виробника; Q_i – планова потреба лікувально-профілактичного закладу в i -му виді медикаментів (виробів медичного призначення).

Враховуючи введені позначення, математична модель задачі оптимізації витрат лікувально-профілактичного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення буде мати наступний вигляд.

Мінімальна сума фінансових ресурсів, яка необхідна на закупівлю медикаментів (виробів медичного призначення) визначається за формулою:

$$Z = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k c_{iju} x_{iju} \rightarrow \min \quad (1)$$

при виконанні наступних умов:

1) із забезпечення лікарськими засобами в необхідному обсязі

$$\sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{iju} = Q_i, \quad i = \overline{1, m} \quad (2)$$

2) із забезпечення відповідної рейтингової оцінки лікарських засобів

$$\frac{\sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{iju} f_j}{\sum_{j=1}^n \sum_{u=1}^k x_{iju}} \geq b_i, \quad i = \overline{1, m} \quad (3)$$

де b_i – нижня межа рейтингової оцінки лікарських засобів (виробів медичного призначення), яку встановлює менеджер лікувально-профілактичного закладу;

3) за невід'ємністю і цілісністю змінних

$$x_{iju} \geq 0, x_{iju} - \text{цілі величини.} \quad (4)$$

Проведемо апробацію запропонованої моделі на такому прикладі. Припустимо, що у 2005 році лікувально-профілактичний заклад планує закупити 10 видів медикаментів у необхідній кількості. З цією метою виберемо 8 фірм-виробників лікарських засобів і 7 фірм-дистриб'юторів фармацевтичної продукції, які у 2004 році увійшли до 10 найкращих і отримали найвищу рейтингову оцінку.

б) підготовка вхідних даних;

Вхідні дані складають наступні блоки.

Блок 1. Показники рейтингової оцінки виробників і продавців лікарських засобів. Рейтингову оцінку компаній-виробників і фірм-дистриб'ютерів лікарських засобів та виробів медичного призначення можна визначити на основі результатів "ФармЕксперт" – єдиного в Україні фармацевтичного рейтингу, який проводиться шляхом опитування експертів (працівників аптек, центрів закупівлі, дистриб'ютерських компаній і виробників). "ФармЕксперт" об'єднує три рейтинги: "Погляд з аптеки", "Експертний профіль", "Програма партнерства". В нашому випадку найбільш оптимально використовувати результати рейтингу "Погляд з аптеки", оскільки перелік критеріїв, на основі яких визначаються найкращі компанії-виробники і компанії дистриб'ютери лікарських препаратів, є найбільш повним. При закупівлі виробів медичного призначення необхідно використовувати показник рейтингової оцінки фірм, які займаються виробництвом даної продукції.

Рейтингова оцінка виробників лікарських засобів встановлюється на основі таких критеріїв: якість продукції; цінова привабливість або гнучкість цінової політики; популярність продукції у споживачів; популярність продукції у медичних спеціалістів; широкий вибір асортименту та його поновлення; рекламна підтримка.

Рейтинг фірм-дистриб'ютерів визначається за такими критеріями: ціна, повнота асортименту; якість поставок і оформлення документів; швидкість доставки; відстрочення платежу і знижки при передоплаті; форма здійснення замовлення тощо. Потрібні нам дані проведеного рейтингового дослідження "ФармЕксперт" відображено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3.

Показники рейтингової оцінки виробників і продавців лікарських засобів в Україні у 2004 році [207; 208]

Рейтингова оцінка виробників лікарських засобів								Рейтингова оцінка продавців лікарських засобів						
Дарниця	Фармак	Біофарма	Біолек	Галич фарм	ОЗ ГНЦІС	Здоров'є	Белмед Препарати	Альба-Україна	ВВС-ЛТД	Артур-К	Фармація-2000	ОК "Дарниця"	Фармако	Протек-Фарма
100	43	25	25	25	25	67	25	72	79	35	19	23	19	20

Блок 2. Плановий обсяг закупівлі медикаментів (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Перелік і плановий обсяг закупівлі медикаментів (дані умовні)

Показники	Планова потреба, тис. шт.
Атропін р-н д/ін. 0,1% амп. 1мл №10	340
Гепарин р-н д/ін. 5000 МЕ/мл фл 5мл №5	410
Дімедрол р-н д/ін. 1% амп. 1мл №10	750
Дітілін р-н д/ін. 2% амп. 5 мл №10	350
Кетамін р-н д/ін. 5% амп. 2 мл №10	400
Окситоцин р-н д/ін. 5МЕ 1мл №10	500
Кальцію глюконат р-н д/ін. 10% амп. 10мл №10	700
Натрію хлорид р-н д/ін. 0,9% 5мл №10	800
Фуросемід р-н д/ін. 1% амп 2мл №10	600
Кальцію хлорид р-н д/ін. 10% амп. 5мл №10	500

Блок. 3. Масив цін на медикаменти, які пропонуються на вітчизняному фармацевтичному ринку (додаток Ц). Інформацію про ціни взято із прайсів журналу "Аптека". При виборі цін на ліки враховано вимоги Закону України "Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти", у якому зазначено, що питома вага цінового критерію при оцінці тендерних пропозицій не може бути нижчою 70%. Загалом, відомо такі критерії даної оцінки: найнижча ціна; строк поставки

(виконання); якість та функціональні характеристики, екологічна чистота; післяпродажне обслуговування; умови розрахунків тощо.

в) знаходження розв'язків;

Виконано розрахунки за допомогою EXCEL і його програмного додатку „Поиск решения”. Представимо знайдений оптимальний розв'язок даної задачі у табличній формі (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Результат задачі оптимізації витрат по закупівлі медикаментів

Показники	Фірма-виробник	Дистриб'ютер	Обсяг придбаних медикаментів	Ціна медикаменту (грн./шт.)	Вартість закупівлі (грн.)
Атропін р-н д/ін. 0,1% амп. 1мл №10	Дарниця	Альба-Україна	78	1,85	605,42
	ОЗ ГНЦЛС	Фармація-2000	262	1,76	
Гепарин р-н д/ін. 5000 МЕ/мл фл 5мл №5	Белмедпрепарати	Альба-Україна	410	12,03	4932,3
Дімедрол р-н д/ін. 1% амп. 1мл №10	Біофарма	Фармація-2000	446	1,06	810,2
	Здоровье	Протек-Фарма	304	1,11	
Дітілін р-н д/ін. 2% амп. 5 мл №10	Дарниця	Альба-Україна	80	7,4	2320
	Біолек	Фармако	270	6,4	
Кетамін р-н д/ін. 5% амп. 2 мл №10	Фармак	Фармація-2000	400	9,93	3972
Окситоцин р-н д/ін. 5МЕ 1мл №10	Біолек	ВВС-ЛТД	500	3,16	1580
Кальцію глюконат р-н д/ін. 10% амп. 10мл №10	Дарниця	Артур-К	700	8,02	5614
Натрію хлорид р-н д/ін. 0,9% 5мл №10	Дарниця	Артур-К	182	1,8	1279,32
	Белмедпрепарати	Альба-Україна	618	1,54	
Фуросемід р-н д/ін. 1% амп 2мл №10	Дарниця	ВВС-ЛТД	136	1,45	800,4
	ОЗ ГНЦЛС	ОК „Дарниця”	464	1,3	
Кальцію хлорид р-н д/ін. 10% амп. 5мл №10	Дарниця	ВВС-ЛТД	114	3,39	1413,22
	Біолек	ВВС-ЛТД	386	2,66	

г) аналіз отриманих результатів;

Мінімальні сумарні витрати лікувально-профілактичного закладу на закупівлю медикаментів становлять 23326,86 грн.

Схема закупівлі має наступний вигляд:

1) у дистриб'ютера „Альба-Україна” вигідно закупити такий перелік медикаментів:

- атропін (виробник „Дарниця”) – 78 шт. за ціною 1,85 грн./шт.;
- гепарин (виробник „Белмедпрепарати”) – 410 шт. за ціною 12,03 грн./шт.;
- дітілін (виробник „Дарниця”) – 80 шт. за ціною 7,4 грн./шт.;
- натрію хлорид (виробник „Белмедпрепарати”) – 618 шт. – ціна 1,54 грн./шт.;

2) у дистриб'ютера „Фармація-2000” провести закупівлю медикаментів:

- атропін (виробник „ОЗ ГНЦЛС”) – 262 шт. за ціною 1,76 грн./шт.;
- дімедрол (виробник „Біофарма”) – 446 шт. за ціною 1,06 грн./шт.;
- кетамін (виробник „Фармак”) – 400 шт. за ціною 9,93 грн./шт.;

3) у дистриб'ютера „ВВС-ЛТД”:

- окситоцин (виробник „Біолек”) – 500 шт. за ціною 3,16 грн./шт.;
- фуросемід (виробник „Дарниця”) – 136 шт. за ціною 1,45 грн./шт.;
- кальцію глюконат (виробник „Дарниця”) – 114 шт. за ціною 3,39 грн./шт.;
- кальцію глюконат (виробник „Біолек”) – 386 шт. за ціною 2,66 грн./шт.;

4) у дистриб'ютера „Артур-К”:

- кальцію глюконат (виробник „Дарниця”) – 700 шт. за ціною 8,02 грн./шт.;
- натрію хлорид (виробник „Дарниця”) – 182 шт. за ціною 1,8 грн./шт.;

5) у дистриб'ютера „Протек-фарма”:

- димедрол (виробник „Здоровье”) – 304 шт. за ціною 1,11 грн./шт.;

6) у дистриб'ютера „ОК Дарниця”:

- фуросемід (виробник „ОЗ ГНЦЛС”) – 464 шт. за ціною 1,3 грн./шт.;

7) у дистриб'ютера „Фармако”:

- дітілін (виробник „Біолек”) – 270 шт. за ціною 6,4 грн./шт.

Як видно з проведеного розрахунку, закупівля медикаментів здійснюється не лише на підставі фактору мінімальної ціни, а й з урахуванням фактору якості.

З метою зниження навантаження на державний сектор охорони здоров'я і забезпечення належного гарантованого обсягу медичного обслуговування населення необхідно здійснити низку заходів для розвитку приватного сектору охорони здоров'я і забезпечення доступності приватних медичних послуг для ширшого кола споживачів:

I. Розробити державну концепцію розвитку приватної системи охорони здоров'я. Прийняти закон "Про приватну медичну діяльність".

II. Внести наступні зміни до законодавства у сфері оподаткування:

1) дозволити роботодавцям включати витрати на добровільне медичне страхування найманих працівників до валових витрат при оподаткуванні податком на прибуток. Це, з одного боку, підвищить матеріальну зацікавленість роботодавців зберігати здоров'я своїх працівників, а з іншого – сприятиме розвитку системи добровільного медичного страхування (Закон України "Про оподаткування прибутку підприємств");

2) дозволити фізичним особам включати суму страхових внесків, сплачених за програмами добровільного медичного страхування, включати до податкового кредиту при оподаткуванні податком на доходи фізичних осіб (Закон України "Про податок з доходів фізичних осіб"). З цією метою необхідно встановити граничну річну суму витрат на добровільне медичне страхування і перелік найбільш важливих страхових послуг, вартість яких можна буде включати до податкового кредиту. Такий захід сприятиме популяризації послуг ДМС серед населення і частково допоможе знизити витрати громадян на страхування здоров'я;

3) запровадити податкові пільги для осіб, які беруть активну участь у меценатстві та добродійній діяльності у сфері охорони здоров'я, і займаються пропагандою здорового способу життя серед населення. Згідно ЗУ "Про оподаткування прибутку підприємств" до складу валових витрат дозволено включати витрачені на благодійність кошти в межах 2-5% оподаткованого прибутку за попередній рік. Виняток – передача коштів або майна установам науки, освіти, культури для цільового використання на охорону культурної спадщини (10%) На Заході ситуація інша – у низці європейських країн компанії можуть

витрачати на меценатство до 50% свого доходу. Крім того, є інші перешкоди, наприклад, при перерахунку благодійної допомоги фізичній особі або комерційній організації, благодійник не має права відносити її до складу валових витрат, оскільки законодавчо вимагається, щоб дана сума перераховувалась виключно неприбутковим організаціям або благодійним фондам. Таким чином, в Україні благодійна діяльність державою фактично не підтримується. Крім того, недовіра до благодійних фондів і відсутність чесної і прозорої статистики витрачання їхніх коштів гальмують ініціативу меценатів.

III. Створити сприятливі умови для розвитку лізингових центрів, які займаються наданням в оренду медичного устаткування та обладнання, шляхом запровадження пільгового режиму оподаткування, встановлення низьких процентних ставок за кредитами тощо.

IV. Прискорити процес роздержавлення у сфері охорони здоров'я, який уповільнюється через недосконалість законодавчої бази та відсутність досвіду державного регулювання в цій сфері. Так, протягом 1992–2003 рр. приватизовано 769 об'єктів охорони здоров'я та соціальної допомоги, що становить близько 0,8% від загального обсягу приватизованих об'єктів в Україні за даний період [161]. Законодавчою причиною інертності процесу роздержавлення і приватизації об'єктів охорони здоров'я є наступне положення статті 46 Конституції України: “У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безкоштовно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена”. Згадана законодавча норма, по-суті, не дозволяє продавати заклади охорони здоров'я, які не використовують або використовують не за призначенням. А це могло б певною мірою зняти фінансове навантаження з державної системи охорони здоров'я й одночасно поповнити її бюджет. Потрібно переглянути умови роздержавлення закладів охорони здоров'я чи їх окремих структурних підрозділів і сприяти їх приватизації на умовах, вигідних як для держави, так і, підприємця.

V. Прийняти закон "Про лікарняні каси", що дасть змогу отримати належну правову базу для діяльності лікарняних кас і запобігти зловживанням у цій сфері.

VI. Запровадити для громадян добровільний порядок відрахувань із заробітної плати (пенсії, інших доходів) на спеціальний банківський рахунок, які призначені лише для оплати медичного обслуговування. Цей спосіб (його можна назвати самострахуванням), дасть громадянам змогу зменшити ризик раптової втрати значної частини доходу у випадку захворювання і знизити навантаження на сімейний бюджет. Така практика фінансування охорони здоров'я є у Сінгапурі, де діє програма Medisave, відповідно до якої всі працівники щомісячно відраховують 6–8 % заробітної плати на банківський рахунок. Потім ці кошти використовують для оплати медичних послуг. У випадку, коли витрати на охорону здоров'я працівника перевищують суму, нагромаджену на рахунку, мінімальний обсяг медичних послуг, передбачений законом оплачує держава. Однак медичну допомогу за даною програмою можна отримати лише в спеціально акредитованих медичних закладах, які надають медичну допомогу в рамках цієї програми. Описаний досвід варто застосовувати в Україні.

Вважаємо, що комплексне використання запропонованих заходів, які необхідно здійснити як у державній системі охорони здоров'я, так і в приватному секторі медичного обслуговування, сприятиме розвитку ефективної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я на сучасному етапі.

3.2. Удосконалення планування видатків з місцевих бюджетів на охорону здоров'я

Вітчизняний досвід бюджетного планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів свідчить про те, що, незважаючи на позитивний ефект, отриманий у результаті використання формульного порядку розрахунку зазначених видатків, дана методика потребує подальшого удосконалення. Слабким місцем встановленого порядку планування є розрахунок фінансових нормативів бюджетної забезпеченості. Як підтверджує сучасна практика, ці нормативи не мають науково обґрунтування і фактично не пов'язані з реальними потребами в бюджетних ресурсах установ охорони здоров'я. Вони служать лише інструментом для

справедливого розподілу бюджетних коштів у розрахунку на душу населення, тоді як мають відображати вартість гарантованого обсягу медичного обслуговування на душу населення, і їх слід розраховувати на основі державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я.

Крім цього, у формулі розрахунку обсягів видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів не передбачено коригуючих коефіцієнтів, що враховували б відмінності у диференціації рівня бюджетних витрат залежно від показників захворюваності, смертності, інвалідності населення адміністративно-територіальної одиниці, та екологічної ситуації тощо.

Одним з найважливіших факторів, котрий має значний вплив на рівень захворюваності населення і від якого мають залежати розміри бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, є екологічна ситуація в регіоні. Відомо, що стан здоров'я населення залежить від багатьох чинників, найважливішими з яких є:

- спосіб життя (психологічні, індивідуальні особливості поведінки), уклад життя (національний, суспільний порядок, побут, культура). Серед факторів способу життя, що негативно впливають на здоров'я, виділяють: паління, неправильне харчування, зловживання алкоголем, шкідливі умови праці, стреси, погані матеріально-побутові умови, вживання наркотиків, надмірний рівень урбанізації тощо. Частка впливу цього фактора ризику на здоров'я – 51–52%;

- навколишнє середовище, тобто стан повітря, води, продуктів харчування, ґрунту, рівень радіації, електромагнітні поля. Ступінь впливу цих факторів на здоров'я становить 20–21%;

- біологічні фактори (стать, вік, спадковість, конституція) за рівнем впливу на здоров'я оцінюються в 20%.

- медичні – лікувально-профілактичні та санітарно-протиепідемічні заходи (щеплення проти інфекційних хвороб, якість лікування, обстеження хворих тощо). Частка впливу на стан здоров'я – в межах 10% [158, с.98].

Отже, на другому місці за силою впливу на здоров'я людини – екологічні умови. Зв'язок між природно-екологічними умовами і здоров'ям людини очевидний та цілком закономірний, адже від стану забруднення земель, повітря, води, їжі

значною мірою залежать її фізичний, психічний розвиток та працездатність. Тобто одним із вирішальних факторів підтримки задовільного стану здоров'я населення є чиста екологія. На жаль, нині порушено баланс у функціонуванні такої складної природної соціоекономічної системи, як "суспільство – природне середовище – виробництво". Проблема екологічної безпеки життєдіяльності людини належить до найактуальніших проблем сучасності.

В Україні спостерігається незадовільна екологічна ситуація. Щорічно у повітря, водні та земельні ресурси країни надходять від 60 до 100 млн. тон шкідливих речовин, у сховищах організованого складування зберігається майже 3 млрд. тон токсичних промислових відходів. Рівень техногенного навантаження на довкілля високий. У розрахунку на 1 кв. км території країни в повітря викинуто 10 тон шкідливих речовин, а наявність токсичних відходів становить 4,5 тис. тон. (2003 р.) Понад чверть води, що відводиться у поверхневі водні об'єкти країни, забруднена, більше половини утворених токсичних відходів розміщують у навколишньому середовищі, майже четверта частина шкідливих речовин, що відходять від стаціонарних джерел, потрапляє у повітряний басейн. За цими показниками Україна у кілька разів перевищує розвинуті країни [159, с. 7].

Як наслідок, у країні значно погіршився стан здоров'я населення, підвищилася смертність та скоротилася тривалість життя. Зменшилася народжуваність і зростає від'ємний показник природного приросту населення. Ці тенденції, особливо характерні для розвинутих індустріальних регіонів, великих промислових центрів і міст, що необхідно враховувати при розрахунку обсягів бюджетних асигнувань, спрямованих на потреби охорони здоров'я.

Існування екологічно проблемних територій пов'язано з високим рівнем урбанізації і індустріалізації: значною щільністю населення, концентрацією промислових, комунально-побутових, комунікаційних та інших об'єктів на одиницю земельної площі, розвинутою транспортною інфраструктурою тощо. Така потужна техносфера промислових підприємств гірничодобувної, металургійної, хімічної промисловості, енергетики, важкого машинобудування склалась у Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Луганській та інших областях країни, створивши

велике навантаження на екологію цих територій. Гострий дефіцит коштів на переважній більшості промислових підприємств істотно обмежує можливості реалізації природоохоронних заходів і запровадження екологічнобезпечних та очисних технологій, тому найгострішими проблемами згаданих регіонів є забруднення повітряного та водного басейнів, нагромадження шкідливих відходів.

Аналізуючи ступінь техногенного навантаження на повітря України, варто зауважити, що щорічні викиди в атмосферу становлять майже 17 млн. тон шкідливих речовин. На території держави є 1500 підприємств, в процесі діяльності яких утворюються шкідливі відходи, обсяги яких щороку збільшуються на 12млн.т. Найбільшу частку викидів здійснюють підприємства енергетики, чорної металургії, хімічної та вугільної промисловості. Понад третину всіх промислових викидів у повітря припадає на теплові електростанції, які використовують паливо. На жодній ТЕЦ України нема системи очистки від оксидів сірки.

Значно впливає на забрудненість атмосфери транспорт. На нього припадає що більше 40% оксиду вуглецю, 46% вуглеводнів і близько 30% окисів азоту від загальної кількості цих речовин, що потрапляють в атмосферу. В останні роки значно зросла кількість автомобілів, які працюють на бензині низької якості, що призвело до забруднення атмосфери вихлопними газами із високим рівнем концентрації свинцю. При свинцевому токсикозі уражуються нервова система, нирки, серцево-судинна система та органи відчуттів. Найчутливіша до токсичного ефекту система кровотворення, особливо у дітей. У дорослих інтоксикація свинцем проявляється у вигляді системної судинної патології, а саме гіпертонічної хвороби, артеріосклерозу дрібних і середніх судин, а також негативно впливає на репродуктивне здоров'я чоловіків.

В окремих регіонах надходження шкідливих речовин у атмосферу значно перевищують відповідні середні значення в країні. Найбільше забруднення атмосферного повітря характерне для Донецького і Придністровського регіонів країни, а також навколо обласних центрів. Зокрема, у Донецькій області обсяги викидів у розрахунку на 1 кв. км були більшими ніж в середньому по країні у 8,8 раза, а на душу населення – в 3,9 раза, Дніпропетровській – відповідно у 3,9 та 2,8,

Луганській – у 2,7 та 2,2, Івано-Франківській – у 1,9 та 1,5, Запорізькій – у 1,3 та 1,5 рази. У м. Києві щільність викидів на 1 кв. км території перевищила середній показник у країні в 5,6 рази [159, с. 27].

Забруднення атмосферного повітря сірчастим газом, окислами вуглецю, азоту та іншими речовинами шкідливо впливає на здоров'я населення. Значно зростає загальна захворюваність, яка зумовлена ураженням окремих органів і систем організму – легеневої та серцево-судинної. У регіонах із несприятливим екологічним станом спостерігається високий рівень захворюваності населення на туберкульоз, де дана хвороба набуває нових форм розвитку і відбуваються процеси морфологічного перетворення збудника туберкульозної інфекції. Також серйозною проблемою таких областей є високий рівень професійної захворюваності. Так, у Донецькій області більше 80% промислових об'єктів не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам, понад 40% робітників працюють в умовах, що не відповідають нормам, у т.ч. 30% – в умовах запиленості й загазованості повітря робочої зони, 21% – в умовах підвищених віброшумових навантажень, 17% – в умовах перевищення нормативів важкості й напруженості праці.

Найчутливішим критерієм негативної динаміки екологічного стану є стан здоров'я дітей. У промислових регіонах у структурі захворюваності дітей переважають хвороби органів дихання, шкіри, органів травлення. У 60–72% дітей таких районів проявляються симптоми полігіперелементозів, коли в їх волоссі концентрація свинцю, марганцю, та міді перевищує допустимий рівень у 2–5 і більше разів. Несприятлива екологічна ситуація відбивається на формуванні природжених аномалій, хромосомних і генних порушень. Аналіз статистичних показників свідчить, що кількість таких випадків зростає, і географічно вони пов'язані з промисловими регіонами. Так, високий рівень уроджених аномалій (10–12 народжених дітей із вадами на 1000 осіб населення) зареєстровано у Дніпропетровській, Донецькій, Луганській, Запорізькій, Харківській, Полтавській та Чернігівській областях [191, с. 32]

Екологічна ситуація цих областей ще більш ускладнюється через незадовільний стан водних ресурсів. Значні обсяги забруднених зворотних вод у

поверхневі водні об'єкти щорічно скидають у Запорізькій області – 212 куб. м на одну особу, що більше від середнього показника в країні у 3,4 раза, у Дніпропетровській і Донецькій областях відповідно 189 і 157 куб. м на одну особу [159, с. 81].

Найбільшими забрудниками поверхневих вод є великі целюлозно-паперові, хімічні, нафтопереробні, харчові і текстильні підприємства, гірничорудні та металургійні комбінати, а також сільськогосподарське виробництво. Інтенсивне забруднення річок у результаті скидання неочищених та незнезаражених стічних вод, незадовільний санітарно-технічний стан об'єктів водопостачання, каналізації і санітарного очищення сприяють постійному збереженню, нагромадженню й поширенню збудників холери та інших інфекційних хвороб у зовнішньому середовищі.

Також негативний вплив на навколишнє природне середовище території та здоров'я населення справляють великі обсяги нагромаджених відходів. Небезпека полягає в тому, що більшість нагромаджень токсинів перебуває у сховищах, які не відповідають вимогам екологічної безпеки, і нема гарантії що вони не потрапляють у довкілля. Основну групу відходів становлять важкі метали (хром, свінець, кадмій, ртуть), серед яких переважають відходи гальванічних виробництв, а також металургійної і хімічної промисловості. Проникнення токсикантів у атмосферу, гідросферу і геологічне середовище спричиняє ряд захворювань і ускладнень: алергічних, хромосомних, хвороб кровотворних органів, серцево-судинної, травної, імунної, нервової систем, злоякісних новоутворень, недоношування плоду вагітними тощо. На території України нагромаджень обсягів відходів становить особливу небезпеку через такі фактори: багаторічне перебування в необладнаних сховищах і звалищах; нема достатнього уявлення про склад, поведінку і дію токсикантів у межах їх локалізації; розосередженість нагромаджень відходів на широких площах і власне токсичних речовин у місцях локалізації промислових та побутових відходів; бездіяльність і безпомічність відповідальних організацій на місцях щодо поводження з токсичними відходами. Найбільші обсяги промислових токсичних відходів у сховищах організованого складування і на території підприємств

спостерігаються у Дніпропетровській та Донецькій областях, де вони сукупно становлять 84% загальної маси нагромаджених у країні відходів.

Аналіз екологічної ситуації в Україні показує, що через об'єктивні причини (історичні, природно-кліматичні, економічні) ступінь забруднення довкілля окремих територій є небезпечним для здоров'я населення. Пропонуємо врахувати даний аспект і обчислити для кожної області екологічний коефіцієнт, який коригуватиме обсяги видатків на охорону здоров'я бюджету АРК та обласних бюджетів залежно від екологічної ситуації в регіоні. У перспективі за аналогією запропонованої методики можна розрахувати екологічні коефіцієнти для визначення обсягів видатків на охорону здоров'я для бюджетів міст республіканського АРК та обласного значення, бюджетів районів. Це дасть змогу врахувати негативний вплив екологічних факторів на стан здоров'я населення кожної території і забезпечити належний рівень бюджетного фінансування потреб в оздоровленні.

Екологічні коефіцієнти повинні бути розраховані за єдиними критеріями та підходами для всіх адміністративно-територіальних одиниць (а не лише для окремого регіону чи міста), базуватися на даних загальнодержавної статистики та об'єктивно відображати весь комплекс досить широкого спектру факторів впливу на екологічну ситуацію на кожній території.

В основу розрахунку коригуючого екологічного коефіцієнта взято статистичні дані про стан забруднення атмосферного повітря, водних і земельних ресурсів в Україні, в т. ч. у Автономній Республіці Крим і областях за 1999–2003 рр. і розраховано середньорічне значення обсягу забруднення країни загалом і кожної області зокрема – $(M1)_i$, $(M2)_i$, $(M3)_i$ [159]. Також для кожної області обчислено середньорічну кількість населення за 2001–2003 рр. [160; 161].

На підставі розрахованих середньорічних показників визначено рівень екологічного навантаження на 1 тис. осіб – $(m1)_i$, $(m2)_i$, $(m3)_i$ для кожної області і обчислено ваговий коефіцієнт за кожним видом забруднення – $(K1)_i$, $(K2)_i$, $(K3)_i$. Загальний екологічний коефіцієнт $(K)_i$ знайдено як середнє значення за формулою: $((K1)_i + (K2)_i + (K3)_i) / 3$ (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Розрахунок екологічного коефіцієнта для Автономної Республіки Крим і областей

Адміністративно-територіальні одиниці	Кількість населення, тис. осіб	Викиди шкідливих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел та автотранспорту			Скидання забруднених зворотних воду поверхневі водні об'єкти			Наявність промислових токсичних відходів у сховищах організованого складування і на території підприємств			Екологічний коефіцієнт
		(M1)і, тис. тонн	(m1)і, тон н/ тис. осіб	(K1)і	(M2)і, млн. куб. м	(m2)і, тис. куб. м / тис. осіб	(K2)і	(M3)і, тис. тонн	(m3)і, тонн / тис. осіб	(K3)і	(K)і
Всього	44979,2*	5826,5*	129,5	-	3087,8*	68,6	-	3130462,6*	69598,0	-	
Республіка Крим	2016,2	124,4	61,7	0,476	63,6	31,5	0,459	10305,7	5111,4	0,073	0,336
Вінницька	1751,8	139,2	79,5	0,614	61,8	35,3	0,515	361,3	206,2	0,003	0,377
Волинська	1053,8	41,8	39,7	0,307	17,0	16,1	0,235	1,5	0,022	0,000	0,181
Дніпропетровська	3533,3	987,9	279,6	2,159	682,2	193,1	2,815	1747121,2	494472,9	7,105	4,026
Донецька	4774,5	1791,9	375,3	2,898	866,0	181,4	2,644	885856,6	185539,1	2,666	2,736
Житомирська	1374,6	64,4	46,8	0,361	33,8	24,6	0,359	1,3	0,946	0,000	0,240
Закарпатська	1253,5	43,1	34,4	0,266	14,0	11,2	0,163	5,5	4,4	0,000	0,143
Запорізька	1910,1	329,2	172,4	1,331	348,6	182,5	2,660	106039,7	55515,3	0,798	1,596
Івано-Франківська	1402,8	195,5	139,4	1,076	61,2	43,6	0,636	45448,8	32398,6	0,466	0,726
Київська	1808,1	169,0	93,5	0,722	20,0	11,1	0,162	21311,6	11786,7	0,169	0,351
Кіровоградська	1114,1	84,5	75,8	0,585	57,8	51,9	0,757	53089,6	47652,5	0,685	0,677
Луганська	2507,2	547,6	218,4	1,686	325,6	129,9	1,894	94547,4	37710,4	0,542	1,374
Львівська	2605,8	191,6	73,5	0,568	58,8	22,6	0,329	81480,6	31268,9	0,450	0,449
Миколаївська	1252,0	55,9	44,6	0,344	89,6	71,6	1,044	2026,7	1618,8	0,013	0,470
Одеська	2445,4	124,0	50,7	0,392	206,8	84,6	1,233	1577,9	645,3	0,009	0,545
Полтавська	1607,4	157,0	97,7	0,754	17,4	10,8	0,157	5264,8	3275,4	0,047	0,319
Рівненська	1168,2	49,2	42,1	0,325	25,6	21,9	0,319	16887,3	14455,8	0,208	0,284
Сумська	1279,7	83,9	65,6	0,507	15,2	11,9	0,173	28131,8	21983,1	0,316	0,332
Тернопільська	1133,3	40,7	35,9	0,277	11,8	10,4	0,152	29,2	25,8	0,000	0,143
Харківська	2884,4	291,1	100,9	0,779	25,4	8,8	0,128	26278,4	9110,5	0,131	0,346
Херсонська	1161,6	58,0	49,9	0,385	13,6	11,7	0,171	202,5	174,3	0,003	0,186
Хмельницька	1414,6	62,6	44,3	0,342	6,2	4,4	0,064	6,5	4,6	0,000	0,135
Черкаська	1386,1	89,8	64,8	0,500	24,6	17,7	0,258	2319,3	1673,3	0,024	0,261
Чернівецька	917,6	34,2	37,3	0,288	15,0	16,3	0,238	193,1	210,4	0,003	0,176
Чернігівська	1222,9	70,0	57,2	0,442	33,2	27,1	0,395	1974,3	1614,4	0,023	0,287

* без відповідних показників у м. Києві та Севастополі

Умовно, за розміром розрахованого для кожної області екологічного коефіцієнта, що характеризує стан забруднення навколишнього середовища, можна виділити такі три групи регіонів:

Першу групу утворюють області з низьким рівнем забруднення довкілля (значення (К)і від 0,1 до 0,3 включно) – Хмельницька (0,135), Тернопільська (0,143), Закарпатська (0,143), Чернівецька (0,176), Волинська (0,181), Херсонська (0,186), Житомирська (0,240), Черкаська (0,261), Рівненська (0,284), Чернігівська (0,287).

Другу групу формують області зі значенням екологічного коефіцієнта від 0,3 до 1,0 включно. Це: Полтавська (0,319), Сумська (0,332), Автономна Республіка Крим (0,336), Харківська (0,346), Київська (0,351), Вінницька (0,377), Львівська (0,449), Миколаївська (0,470), Одеська (0,545), Кіровоградська (0,677), Івано-Франківська (0,726).

До третьої групи належать регіони, в яких екологічна ситуація є напруженою і значення коефіцієнта вище 1,0. Це зокрема, Луганська (1,374), Запорізька (1,596), Донецька (2,736) та Дніпропетровська області (4,026). Найвищий коефіцієнт забруднення території спостерігається у Дніпропетровській і Донецькій областях.

Згідно із законодавством формула розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету АРК та обласного бюджету наступна:

$$V_{zob(ark)} = N_{zob(ark)} \times N_i \times (1 - \lambda + \lambda \times K_{zi}^2) + V_{zgi}, \quad (5)$$

де:

$N_{zob(ark)}$ – фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я для бюджету АРК та обласного бюджету;

N_i – чисельність населення Автономної Республіки Крим та відповідної області на 1 січня року, що передує плановому бюджетному періоду;

K_{zi}^2 – коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, обчислений за офіційними рекомендаціями ВООЗ на основі еквівалентних одиниць надання медичної допомоги одній особі залежно від віку і статі;

λ – коефіцієнт рівня застосування впливу вікової структури населення;

Vzgi – обсяг видатків і-ої адміністративно-територіальної одиниці на охорону здоров'я згідно з вимогами Закону України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”.

На підставі наведеної формули ми розрахували обсяг видатків за функцією "Охорона здоров'я" для бюджету АРК та обласних бюджетів (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Розрахунок обсягів видатків на охорону здоров'я для бюджету АРК та обласних бюджетів на 2006 р.

Назва адміністративно - територіальної одиниці	Населення на 01.01.2005 (Ni)	Hzob(ark), грн.	Kzi 2	λ	Vzgi, тис. грн.	Vzob(ark), тис. грн.
АРК	1994,3	78,0	0,991	0,5	0,0	154855,4
Вінницька	1720,1	78,0	1,029	0,5	0,0	136113,2
Волинська	1044,7	78,0	0,976	0,5	0,0	80508,8
Дніпропетровська	3476,2	78,0	1,004	0,5	0,0	271685,9
Донецька	4671,9	78,0	1,021	0,5	0,0	368234,5
Житомирська	1345,3	78,0	1,015	0,5	0,0	105720,4
Закарпатська	1248,4	78,0	0,938	0,5	435,0	94791,6
Запорізька	1877,2	78,0	1,007	0,5	0,0	146934,1
Івано-Франківська	1393,6	78,0	0,975	0,5	1144,7	108486,7
Київська	1779,0	78,0	1,004	0,5	0,0	139039,5
Кіровоградська	1084,0	78,0	1,022	0,5	0,0	85482,1
Луганська	2440,3	78,0	1,016	0,5	0,0	191866,4
Львівська	2588,0	78,0	0,979	0,5	62,3	199806,7
Миколаївська	1229,5	78,0	0,987	0,5	0,0	95277,6
Одеська	2415,7	78,0	0,984	0,5	0,0	186917,2
Полтавська	1572,5	78,0	1,028	0,5	0,0	124372,2
Рівненська	1160,7	78,0	0,960	0,5	0,0	88723,9
Сумська	1244,0	78,0	1,027	0,5	0,0	98341,9
Тернопільська	1119,6	78,0	1,004	0,5	0,0	87503,5
Харківська	2848,3	78,0	1,001	0,5	0,0	222278,5
Херсонська	1138,2	78,0	0,983	0,5	0,0	88024,9
Хмельницька	1388,0	78,0	1,023	0,5	0,0	109509,0
Черкаська	1357,2	78,0	1,032	0,5	0,0	107555,4
Чернівецька	911,5	78,0	0,978	0,5	0,0	70314,9
Чернігівська	1187,7	78,0	1,067	0,5	0,0	95744,1

Пропонуємо вдосконалити діючу формулу розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету АРК та обласного бюджету шляхом введення у неї коригуючого екологічного коефіцієнта:

$$Vzob(ark) = Hzob(ark) \times Ni \times (Кек)^i \times (1 - \lambda + \lambda \times Kzi^2) + Vzgi \quad (6)$$

$(Кек)^i$ – коригуючий екологічний коефіцієнт для бюджету АРК і обласних бюджетів.

На покриття потреб охорони здоров'я, зумовлених станом екологічного забруднення, пропонуємо виділяти обсяг бюджетних ресурсів, який дорівнює добутку загальної кількості населення країни на суму коштів, еквівалентну 20% запланованого фінансового нормативу бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я для бюджету АРК та обласного бюджету, тобто – $0,2Hzob(ark) \times N$.

Надалі з допомогою коригуючого екологічного коефіцієнта пропонуємо розподіляти ці кошти за областями. Це можна подати у вигляді рівняння:

$$0,2Hzob(ark) \times N = 0,2Hzob(ark) \times N1 \times (Кек)^1 + \dots + 0,2Hzob(ark) \times N25 \times (Кек)^{25}$$

Вихідною умовою даного обґрунтування є той факт, що згідно з дослідженнями ВООЗ, у загальній структурі факторів, які впливають на стан здоров'я людини, навколишнє середовище займає близько 20%.

З метою математичного спрощення, представимо формулу розрахунку видатків на охорону здоров'я бюджету АРК і обласних бюджетів (6) у вигляді рівняння :

$$(Vzob(ark) - Vzgi) / (1 - \lambda + \lambda \times Kzi^2) \times (Кек)^i = 0,8Hzob(ark) \times Ni + 0,2Hzob(ark) \times Ni \times (Кек)^i,$$

Оскільки з формули (5) випливає, що $(Vzob(ark) - Vzgi) / (1 - \lambda + \lambda \times Kzi^2) = Hzob(ark) \times Ni$, то:

$$Hzob(ark) \times Ni \times (Кек)^i = 0,8Hzob(ark) \times Ni + 0,2Hzob(ark) \times Ni \times (Кек)^i,$$

Звідси, формула розрахунку коригуючого екологічного коефіцієнта $(Кек)^i$ буде наступною:

$$(Кек)^i = (0,8Hzob(ark) \times Ni + 0,2Hzob(ark) \times Ni \times (Кек)^i) / Ni \times Hzob(ark) \Rightarrow$$

$$Hzob(ark) \times Ni \times (0,8 + 0,2(Кек)^i) / Hzob(ark) \times Ni \Rightarrow 0,8 + 0,2(Кек)^i$$

Отже, коригуючий екологічний коефіцієнт для бюджету АРК і обласних бюджетів $(Кек)_i$ розраховано за формулою:

$$(Кек)_i = 0,8 + 0,2(К)_i \quad (7)$$

де $(К)_i$ – екологічний коефіцієнт Автономної Республіки Крим або відповідної області.

У табл. 3.8 на основі наведеної формули для кожної області розраховано коригуючий екологічний коефіцієнт та обчислено прогнозовану суму видатків на охорону здоров'я на 2006 рік для бюджету АРК і обласних бюджетів з урахуванням зазначених коефіцієнтів. Розрахунок коригуючих екологічних коефіцієнтів виконано на підставі наявних статистичних даних.

Як випливає з табл. 3.8, за новою формулою розрахунку видатків на охорону здоров'я з бюджету АРК і обласних бюджетів, у якій враховано ступінь екологічного забруднення території, зростуть видатки з Дніпропетровського обласного бюджету – на 164370,0 тис. грн., або на 60,5% від суми, розрахованої за діючою формулою, з Донецького обласного бюджету – на 127777,4 тис. грн. або майже на 35%, з Запорізького обласного бюджету – на 17485,2 тис. грн., або майже на 12%, з Луганського обласного бюджету – на 14390,0 тис. грн., або на 7,5%.

Тобто, саме у тих адміністративних одиницях, де, за нашими підрахунками спостерігається неблагополучна екологічна ситуація, і значення екологічного коефіцієнта було вище 1. В усіх інших областях видатки на охорону здоров'я зменшилися за такою закономірністю – чим вищий екологічний коефіцієнт території, тим менше коштів виділяють із бюджету на охорону здоров'я.

Вирішення проблеми розподілу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я залежно від екологічного забруднення території частково сприятиме вдосконаленню порядку бюджетного планування. У подальшій перспективі необхідно розрахувати коригуючі коефіцієнти захворюваності, інвалідності, смертності тощо. Крім того, для окремих територій – курортних зон чи зон радіоактивного забруднення – потрібно передбачити додаткові витрати на охорону здоров'я. Так, наприклад, у літній період чисельність населення курортних регіонів

значно зростає, що підвищує ймовірність захворюваності та відповідного зростання витрат на медичне обслуговування.

Таблиця 3.8

Розрахунок обсягів видатків на охорону здоров'я для бюджету АРК та обласних бюджетів на 2006 р. з урахуванням коригуючого екологічного коефіцієнта

Назва адміністративно - територіальної одиниці	(Ni), тис. осіб	Hzob(ark), грн.	(Кек)і	Kzi 2	λ	Vzgi, тис. грн.	Vzob(ark), тис. грн. (нова формула)	Vzob(ark), тис. грн. (діюча формула)	Відхилення (+,-), тис. грн.
АРК	1994,3	78,0	0,867	0,991	0,5	0,0	134259,6	154855,4	- 20595,8
Вінницька	1720,1	78,0	0,875	1,029	0,5	0,0	119099,1	136113,2	- 17014,1
Волинська	1044,7	78,0	0,836	0,976	0,5	0,0	67305,4	80508,8	- 13203,4
Дніпропетровська	3476,2	78,0	1,605	1,004	0,5	0,0	436055,9	271685,9	+164370,0
Донецька	4671,9	78,0	1,347	1,021	0,5	0,0	496011,9	368234,5	+127777,4
Житомирська	1345,3	78,0	0,848	1,015	0,5	0,0	89650,9	105720,4	- 16069,5
Закарпатська	1248,4	78,0	0,829	0,938	0,5	435,0	78656,6	94791,6	- 16135,0
Запорізька	1877,2	78,0	1,119	1,007	0,5	0,0	164419,3	146934,1	+17485,2
Івано-Франківська	1393,6	78,0	0,945	0,975	0,5	1144,7	102582,9	108486,7	- 5903,8
Київська	1779,0	78,0	0,870	1,004	0,5	0,0	120964,3	139039,5	- 18075,2
Кіровоградська	1084,0	78,0	0,935	1,022	0,5	0,0	79925,8	85482,1	- 5556,3
Луганська	2440,3	78,0	1,075	1,016	0,5	0,0	206256,4	191866,4	+ 14390,0
Львівська	2588,0	78,0	0,890	0,979	0,5	62,3	177834,8	199806,7	- 21971,9
Миколаївська	1229,5	78,0	0,894	0,987	0,5	0,0	85178,1	95277,6	- 10099,5
Одеська	2415,7	78,0	0,909	0,984	0,5	0,0	169907,7	186917,2	- 17009,5
Полтавська	1572,5	78,0	0,864	1,028	0,5	0,0	107457,6	124372,2	- 16914,6
Рівненська	1160,7	78,0	0,857	0,960	0,5	0,0	85174,9	88723,9	- 3549,0
Сумська	1244,0	78,0	0,866	1,027	0,5	0,0	85164,1	98341,9	- 13177,8
Тернопільська	1119,6	78,0	0,829	1,004	0,5	0,0	72540,4	87503,5	- 14963,1
Харківська	2848,3	78,0	0,869	1,001	0,5	0,0	193160,0	222278,5	- 29118,5
Херсонська	1138,2	78,0	0,837	0,983	0,5	0,0	73676,8	88024,9	- 14348,1
Хмельницька	1388,0	78,0	0,827	1,023	0,5	0,0	90563,9	109509,0	- 18945,1
Черкаська	1357,2	78,0	0,852	1,032	0,5	0,0	91637,1	107555,4	- 15918,3
Чернівецька	911,5	78,0	0,835	0,978	0,5	0,0	58712,9	70314,9	- 11602,0
Чернігівська	1187,7	78,0	0,857	1,067	0,5	0,0	82052,7	95744,1	- 13691,4

Крім того, формули розрахунку обсягу бюджетних видатків на охорону здоров'я є складні й громіздкі, окремі з них містять 9, а то й 12 показників – це значно ускладнює процес обчислення і потребує відповідного рівня програмного

забезпечення. Пропонуємо спростити діючі формули за рахунок зменшення кількості показників і коригуючих коефіцієнтів, які використовують для диференціації населення за ознакою медичного обслуговування у відомчих закладах охорони здоров'я, оскільки, на наш погляд, існування відомчої медицини дискримінує соціальні права населення та встановлені державою соціальні гарантії на отримання однакових можливостей щодо охорони здоров'я.

3.3. Медичне страхування у контексті модернізації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні

Одним із стратегічних напрямків поліпшення фінансового стану охорони здоров'я в Україні та вирішення проблеми дефіциту фінансових ресурсів є впровадження такого організаційно-економічного механізму фінансування, як обов'язкове медичне страхування. Реалізація концепції обов'язкового медичного страхування у вітчизняних умовах потребує детального аналізу зарубіжної практики функціонування даного виду страхування і достовірних знань щодо національної специфіки фінансового забезпечення охорони здоров'я.

На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я в Україні обов'язкове медичне страхування ще не запроваджено на загальнодержавному рівні. Більше 10 років триває підготовча робота щодо введення системи обов'язкового медичного страхування: сформовано законодавчу базу, яка гарантує громадянам право на обов'язкове медичне страхування (Конституція України, Основи законодавства про охорону здоров'я тощо), розроблено кілька проектів законів про обов'язкове медичне страхування, досліджено зарубіжний досвід і прийнято рішення щодо регіональних експериментів (Указ Президента "Про проведення експерименту в м. Києві та Київській області по обов'язковому державному соціальному медичному страхуванню" від 14.11.2000 р. № 1223). Однак, на жаль, даний експеримент досі не здійснено, а черговий законопроект і далі перебуває на стадії очікування його розгляду.

Дискусія з приводу доцільності введення медичного страхування як додаткового джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я населення вже протягом тривалого часу відбувається в нашому суспільстві. З огляду на сучасний фінансовий стан охорони здоров'я подібне нововведення схвалює переважна більшість науковців – це провідні спеціалісти в галузі економіки охорони здоров'я В. Лехан, В. Войцехівський, Н. Лакіза-Сачук, В. Рудень, Н. Буркат, С. Загаєвський. Серед головних аргументів, що доводять переваги системи обов'язкового медичного страхування, згадані науковці виділяють відхід від залишкового принципу фінансування та цільовий характер формування відповідних фондів. Вважають, що використання грошових коштів, зосереджених у централізованому фонді медичного страхування, лише на потреби охорони здоров'я дасть змогу поліпшити забезпечення галузі фінансами на регулярній та повноцінній основі. В свою чергу, відокремлення фінансування від надання медичної допомоги і введення в систему незалежного фінансового посередника в особі страховика (страхового фонду) сприятиме формуванню конкурентних відносин і поліпшенню якості медичних послуг [94, с. 43].

Опоненти страхової медицини вважають, що внаслідок економічної кризи 1990–1999 рр., яка призвела до важких соціально-економічних наслідків у країні, у фонді медичного страхування не вдасться акумулювати значні кошти для вирішення фінансових проблем галузі. Крім того, перехід до системи ОМС потребуватиме від державного бюджету додаткових адміністративних витрат, а для підприємств і організацій стане додатковим податковим тягарем, у результаті чого може зменшитися конкурентоспроможність продукції на міжнародних ринках і посиляться тенденція “тінізації” економіки. Місія Світового банку в сфері охорони здоров'я, яку в Україні очолює провідний спеціаліст Томас Пал, зробила висновок, що в сучасних умовах недоцільно приймати в нашій країні закон про обов'язкове медичне страхування, оскільки це може призвести до того, що через надто високий рівень оподаткування більшість підприємств “підє в тінь”.

Іншим важливим аргументом, який гальмує суспільну ініціативу в розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні, є не зовсім успішний досвід Росії.

Введена там система обов'язкового медичного страхування не виправдала сподівань, бо не змогла вирішити завдань краще від попередньої – бюджетної системи фінансування. Російський досвід має послужити уроком для України у прийнятті рішень щодо впровадження даного виду страхування. Незважаючи на згадані застереження, механізм обов'язкового медичного страхування, на нашу думку, потрібно впроваджувати, однак робити це треба виважено і поступово.

Протягом останніх років в Україні спостерігається процес поживлення законотворчого процесу у даному напрямку:

- у квітні 1996 р. прийнято Закон України "Про страхування";
- в 1998 р. прийнято Основи законодавства України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування";
- 7 червня 2001 р. парламент прийняв у першому читанні проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування";
- 17 січня 2002 р. Верховна Рада України прийняла в другому читанні законопроект "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування".

Більше двох років готували згаданий законопроект, в основі якого лежить ідея створення нового соціального фонду – Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування України. Однак його у вересні 2003 р. у третьому читанні відхилено на доопрацювання на невизначений термін. Основною причиною неприйняття згаданого проекту є той факт, що у квітні 2003 р. депутатами нового скликання зареєстровано альтернативний проект Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування", який отримав підтримку і який розцінюють як довершений і готовий до впровадження. Головною метою цього законопроекту є реалізація принципу багатоканального фінансування охорони здоров'я і впровадження обов'язкового медичного страхування за участю недержавних спеціалізованих медичних страхових організацій. У 2004 р. розроблено ще два законопроекти про обов'язкове медичне страхування.

На підставі критичного огляду альтернативних проектів, у яких запропоновано організаційно-економічні шляхи впровадження системи обов'язкового медичного страхування в Україні, аналізу зарубіжного досвіду і

практики фінансування охорони здоров'я, ми можемо зайняти власну позицію і запропонувати своє бачення розвитку в країні обов'язкового медичного страхування.

У сучасних умовах господарювання найбільш вдалою ідеєю, яка, на наш погляд, має частково вирішити проблему фінансового забезпечення соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я, є впровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги. Адже відомо, що питома вага вартості медикаментів у структурі загальної вартості лікування часто становить 30–40%, а іноді й більше відсотків [94, с. 165]. Крім того, в умовах дефіциту фінансових ресурсів, державні та комунальні заклади охорони здоров'я значно зменшили обсяги придбання лікарських засобів і переклали цю частину витрат на плечі пацієнтів, що дуже обтяжливо для сімейного бюджету і порушує їхні права щодо гарантованого обсягу медикаментозного забезпечення.

Суть ОМСФД полягає у створенні за рахунок обов'язкових страхових внесків фонду, завдання якого – забезпечувати застраховане населення фармацевтичними засобами у разі настання страхового випадку. Страховим відшкодуванням у даному випадку є певний обсяг медикаментозних засобів, необхідних для лікування того чи іншого захворювання. Запровадження системи фармацевтичного страхування, на думку спеціалістів, дасть змогу здійснювати контроль за станом надання фармацевтичної допомоги, обґрунтованістю використання бюджетних чи інших коштів, доцільністю призначення лікарських препаратів [109, С. 163].

В Україні проводять дослідження у напрямку розробки моделі функціонування обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги. Концептуальну модель фармацевтичної допомоги подано у вигляді основної складової обов'язкового медичного страхування (додаток III).

Як видно з цього додатку, моделі медичної і фармацевтичної допомоги в системі обов'язкового медичного страхування тісно взаємопов'язані, оскільки працюють на вирішення однієї проблеми – охорону здоров'я населення, однак мають відповідний рівень свободи і можуть розвиватися незалежно [109, с.164].

На наш погляд, запровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги (ОМСФД) до введення повноцінної системи ОМС в Україні є доцільним, тому що:

- по-перше, на сучасному етапі розвитку фінансових відносин у сфері охорони здоров'я запускати повноцінний механізм ОМС передчасно, оскільки за рахунок коштів, які зможе мобілізувати фонд, вдасться профінансувати тільки незначний обсяг медичних послуг. Галузь охорони здоров'я може поглинути додаткові фінансові ресурси, і кошти ОМС не відіграють відчутної ролі у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я, що лише поглибить фінансові проблеми та підірве довіру до медичного страхування у громадян. У свою чергу, фармацевтичне страхування чітко вказує на пріоритети діяльності системи ОМС і передбачає виконання такого основного завдання, як фінансування соціально гарантованого рівня медикаментозного забезпечення;

- по-друге, при цільовому фінансуванні раціональніше використовують фінансові ресурси і застосовують спрощену процедуру фінансового контролю. Крім того, в організаційному плані впровадження системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги є дешевше в адмініструванні, ніж системи ОМС загалом.

Основними завданнями, які доведеться вирішувати у випадку реалізації даної моделі, є:

- розробка страхового каталогу (переліку) медикаментів, вартість яких буде покриватимуть за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування;
- вибір типу організації та управління фондом обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги;
- розробка механізму покриття вартості соціально гарантованого переліку лікарських препаратів.

Із 1990 р. спеціалісти Національної фармацевтичної академії проводять науково-практичні дослідження по найпоширеніших у країні нозологій: кардіології, онкології, гінекології, цукрового діабету тощо; на основі цих досліджень розроблено спеціальні методики визначення страхових переліків (основного і

додаткового) за всіма фармакотерапевтичними групами та розрахунку показників споживання лікарських засобів за стандартами фармацевтичної допомоги [109, с. 164]. Однак розроблені методичні вказівки досі не використовують на практиці.

Як свідчить зарубіжний досвід, страхові переліки поділяють на позитивні та негативні. Позитивний каталог має містити перелік назв медикаментів "від А до Я", вартість яких покривають за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, а негативний – перераховувати лише ті ліки, яких не оплачуватимуть коштом ОМС. В умовах дефіциту фінансових ресурсів найкращий перший варіант переліку лікарських засобів, оплату яких гарантує держава за рахунок коштів ОМС. Громадяни країни повинні чітко знати, який обсяг медикаментозного забезпечення вони мають право отримувати від держави у випадку загрози їхньому здоров'ю.

Розрахунок обсягів медикаментозного забезпечення потребує використання системи багатьох чинників: даних медичної статистики; участі кваліфікованих спеціалістів-медиків у розробці типових рецептів – переліків медикаментів, необхідних для лікування тих чи інших хвороб; досліджень на ринку фармацевтичних послуг тощо.

На першому етапі пропонуємо розробити нормативи медикаментозного забезпечення для лікування таких хвороб, які потребують термінової (екстреної) хірургічної допомоги (наприклад, гострий апендицит, холецистит, панкреатит, проривна виразка шлунка і дванадцятиперсної кишки тощо). На нашу думку, необхідно насамперед захистити населення від хвороб, які потребують негайної медичної допомоги і загрожують життю пацієнта. Показники, необхідні для розрахунку вартості медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги, подано у табл. 3.9.

Загалом, розрахунок обсягу витрат, необхідних для медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги (Z), можна визначити формулою:

$$Z = V_1 \times C_1 + V_2 \times C_2 + V_3 \times C_3 + \dots + V_n \times C_n \quad \text{або} \quad Z = \sum_{i=1}^n V_i \times C_i$$

Таблиця 3.9

Показники для розрахунку вартості медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги

Вид хвороби	Вартість типового рецепту, грн.	Кількість операцій, од.
X1	V1	C1
X2	V2	C2
X3	V3	C3
...
Xn	Vn	Cn

За представленим порядком у додатку Щ ми підраховали вартість в Україні медикаментозних засобів для екстреної хірургічної допомоги при окремих хворобах. Основою для розрахунку було взято:

1) розраховані в Тернопільській обласній комунальній лікарні потреба і вартість медикаментів та виробів медичного призначення, необхідних для лікування тієї чи іншої хвороби.

2) дані медичної статистики – кількість термінових хірургічних операцій у 2003 р.

У підсумку ми розраховали прогнозу суму грошових коштів, необхідних для медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги, – 133,4 млн. грн. Запропонований підрахунок вартості медикаментозного забезпечення гарантованого рівня екстреної хірургічної допомоги можна вважати лише відправною точкою для фінансово-економічного обґрунтування розміру фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги і встановлення прогнозу суми витрат, необхідної для забезпечення соціально гарантованого рівня медикаментозної допомоги. У подальшому можна підраховувати за аналогією вартість фармацевтичного лікування за різними класами хвороб окремо для дітей чи дорослих тощо.

Організаційна структура системи ОМСФД має об'єднувати наступне коло учасників: страхувальники, застраховані особи, Фонд обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги, лікувально-профілактичні установи, аптеки.

Схематично механізм фінансових взаємовідносин між учасниками системи можна відобразити за допомогою рис. 3.1.

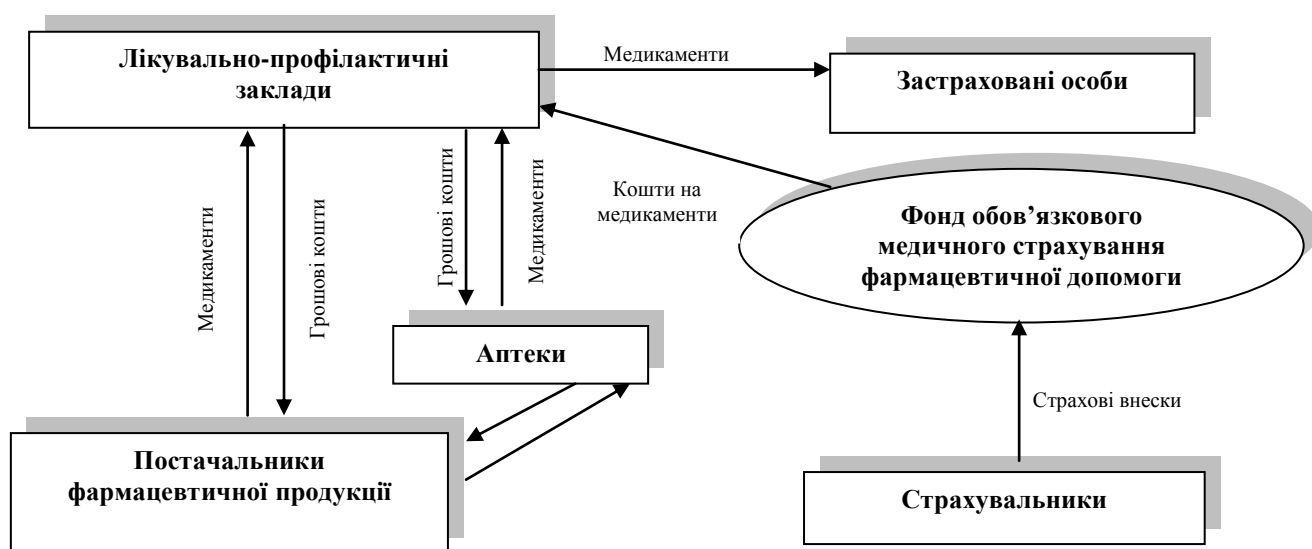


Рис. 3.1. Механізм фінансових взаємовідносин між учасниками в системі ОМСФД.

Як показує рис. 3.1, фінансові ресурси в системі ОМСФД можуть рухатися наступним чином:

- 1) страхувальники перераховують страхові внески до фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги;
- 2) фонд ОМСФД спрямовує кошти медичним закладам на медикаментозне лікування пацієнтів;
- 3) лікувально-профілактичні заклади можуть налагоджувати фінансові відносини безпосередньо з постачальниками фармацевтичної продукції або використовувати посередницькі послуги аптек.

Фондом ОМСФД доцільно управляти на паритетній основі – це можуть робити держава, представники застрахованих осіб та роботодавці. Основою для

розробок у вказаному напрямку може послужити стаття 16 законопроекту України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" [135]. Проектна пропозиція не нова – сформувати некомерційну самоврядну організацію, яка не має на меті отримання прибутку, управляє системою обов'язкового медичного страхування, збирає, акумулює і обліковує страхові внески, забезпечує своєчасне фінансування медичних послуг за ОМС та виконує інші функції. Витрати, пов'язані з виконанням функцій фонду і розвитком його матеріальної та інформаційної бази, на етапі створення, необхідно фінансувати за рахунок державного бюджету. За аналогічним принципом у країні вже функціонують соціальні фонди, тому певний досвід у цьому напрямку набуто.

На наш погляд, на початковому етапі запровадження ОМСФД в Україні найефективнішим є створення такої системи, при якій страхові внески акумулюватимуть в єдиному цільовому фонді, що є некомерційною організацією і діє під наглядом держави. Участь у проведенні ОМС недержавних страхових медичних компаній, які, на думку окремих спеціалістів та урядовців, мають забезпечити умови для конкуренції і тим самим поліпшити якість медичного обслуговування, у цей період може мати негативні наслідки для застрахованих осіб. Адже, намагаючись максимізувати власний прибуток, страхові медичні організації уникатимуть страхування осіб, які належать до групи ризику (літніх, хронічно хворих тощо). Відомо, що в Росії вже зроблено спробу створити самостійну систему ОМС, в якій першопочатково основні функції з управління фінансовими коштами було покладено на страхові медичні організації. Це призвело до зниження фінансової стійкості охорони здоров'я, плутанини з розрахунками, платежами, звітністю, збільшення документообороту і ряду зловживань у даній сфері. Після цього було прийнято рішення про створення фондів медичного страхування, основне завдання яких – акумулювати фінансові ресурси, фінансувати обов'язкове медичне страхування, що здійснюють страхові медичні організації, і контролювати раціональне витрачання коштів. У результаті в країні виникла громіздка, нерациональна і достатньо затратна структура ОМС, де страховим медичним організаціям відведена роль своєрідного касира, якому належить доводити кошти

ОМС до медичних установ. Польський досвід теж свідчить про доцільність переходу до централізованої системи організації та управління коштами ОМС. Так, лікарняні каси, діяльність яких була базована на принципах самоврядування, об'єднано в єдиний централізований механізм – Національний фонд здоров'я. Цей досвід необхідно враховувати, щоб уникнути повторення вже допущених помилок в Україні.

Важливим аспектом у визначенні шляхів ефективної діяльності фонду ОМСФД є оптимізація джерел фінансування, визначення переліку страхувальників та розміру страхових внесків. Аналізуючи проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" і запропонований у ньому механізм формування коштів Фонду медичного страхування (додаток Ю), можна зауважити значний контингент страхувальників: роботодавці, фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування (три фонди), органи місцевого самоврядування, особи, які забезпечують себе роботою самостійно, навчальні заклади. На перших стадіях розробки даного проекту до переліку страхувальників було включено ще й найманих робітників, тобто запропоновано поділити суму внесків на медичне страхування між роботодавцями і найманими працівниками, як це нерідко здійснюють у зарубіжних країнах⁴. Проте, реалізувати такий підхід не дозволяє вітчизняне законодавство (ст. 49 Конституції України). Трактуючи окремі положення даної статті, Конституційний Суд України наголосив на неможливості стягнення з громадян плати за медичну допомогу в будь-якій формі, в т.ч. у формі обов'язкових страхових платежів (внесків).

Тому в новій редакції законопроекту враховано той аспект, що страхувальниками з ОМС не можуть бути фізичні особи – громадяни України, спірним залишається питання щодо участі у страхуванні осіб, які забезпечують себе роботою самостійно. З урахуванням даного положення розроблено інший законопроект України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування", в якому перелік платників страхових внесків містить чотири групи: роботодавці, органи місцевого самоврядування, фонди загальнообов'язкового

державного соціального страхування (чотири фонди) й інші платники, котрі сплачують страхові внески за утриманців, а не за себе (додаток Я). Участь такої кількості страхувальників може, на нашу думку, значно ускладнювати процедуру збору страхових внесків, тому необхідно максимально спростити перелік платників у системі ОМС і оцінити економічну доцільність використання для цих цілей коштів стількох фондів соціального страхування.

До числа платників внесків на обов'язкове медичне страхування фармацевтичної допомоги ми пропонуємо відносити: роботодавців, органи державної влади та місцевого самоврядування, навчальні заклади (державні і недержавні). Детальніше проаналізуємо склад страхувальників:

1. Перша група платників страхових внесків – це роботодавці, а саме: підприємства, установи, організації різних форм власності, громадяни-підприємці та інші фізичні особи, які використовують працю найманих осіб на умовах договорів (контрактних, цивільно-правових). Згадані страхувальники мають сплачувати за найманих працівників страхові внески, розмір яких пропонуємо визначати у % до фактичних витрат на оплату праці. Для медикаментозного забезпечення екстреної хірургічної допомоги найманих працівників, роботодавцю доведеться сплачувати незначний відсоток від фонду заробітної плати, що суттєво не відобразиться на його фінансово-господарській діяльності. Однак із введенням повноцінної системи ОМСФД податкове навантаження на роботодавців дещо зросте, і їм доведеться вишукувати додаткові фінансові ресурси. Це може призвести до підвищення цін на виготовлену продукцію, зменшення прибутку, скорочення робочих місць або до ухилення від оподаткування. Проте сучасні позитивні тенденції у вітчизняній економіці, які свідчать про зростання ВВП, дають змогу для прийняття рішення про введення системи ОМСФД. На наш погляд, згаданий закон доцільно приймати після ухвалення Податкового кодексу, який дозволить нівелювати збільшення рівня податкового навантаження після введення ОМСФД зменшенням інших податків (ПДВ, податку на прибуток тощо).

⁴ У Німеччині при середньому страховому тарифі 12% половина страхових внесків сплачується роботодавцями, а інша – найманими працівниками.

2. Друга група – органи державної влади та місцевого самоврядування. За рахунок страхових внесків, сплачених із державного і місцевих бюджетів до фонду ОМСФД, належить забезпечувати медикаментозне лікування окремих верств населення країни: непрацюючих пенсіонерів; студентів, яких навчають за рахунок коштів державного бюджету, безробітних осіб працездатного віку; інвалідів; дітей безробітних батьків; та ін.

Звичайно, що з числа населення, яке заплановано охопити обов'язковим медичним страхуванням, доцільно вивести громадян, котрі належать до вищих соціальних прошарків, тобто мають високий рівень доходів. Наприклад, у Німеччині біля 10% таких громадян страхують здоров'я лише у приватних страхових компаніях.

Введення обов'язкового медичного страхування в будь-якому випадку потребуватиме від страхувальників наявності грошових коштів, необхідних для сплати страхових внесків. У кожному із запропонованих законопроектів цьому аспекту приділено недостатньо уваги і досить поверхнево визначено, за рахунок яких джерел сплачуватимуть внесків із ОМС. Теоретично проблему поповнення дохідної частини бюджетів і визначення фінансових джерел, необхідних для сплати страхових внесків до фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги, можна вирішити двома шляхами:

- 1) через перерозподіл бюджетних коштів за рахунок інших видаткових статей державного чи місцевого бюджетів;
- 2) запровадження нових або підвищення розмірів чинних податків і зборів до бюджету.

Однак перерозподіл і без того вкрай обмежених бюджетних коштів на користь потреб охорони здоров'я за рахунок зменшення фінансування інших секторів, що утримують із бюджету, з політичних та економічних міркувань навряд чи можливий [147, с. 3]. На наш погляд, доцільно переглянути діючий порядок використання бюджетних коштів, які виділяють бюджетним установам за статтею "медикаменти і перев'язувальні матеріали". Адже в більшості випадків пацієнти самостійно купують ліки чи медичні засоби, хоча відомо, що на ці потреби використовують

певну частину бюджетних коштів, а саме: у 2004 р. – 316,5 млн. грн. І хоча сума бюджетних асигнувань, виділена на медикаменти недостатня для покриття медикаментозних потреб населення, це не означає, що її можна використовувати безсистемно і неефективно. При впровадженні обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги необхідно узгодити, який перелік медикаментів і виробів медичного призначення оплачуватимуть коштом бюджетів, а який – за кошти фонду ОМСФД.

Також необхідно переглянути порядок бюджетного фінансування відомчих закладів охорони здоров'я, які фактично перебувають у вигідніших фінансових умовах, ніж медичні заклади державної і комунальної власності, на що вже було вказано у попередньому розділі.

Використання другого способу компенсації витрат Державного та місцевих бюджетів України, які необхідні для сплати страхових внесків до фонду ОМСФД передбачає, на наш погляд, здійснення наступних заходів:

- з метою поповнення дохідної частини місцевих бюджетів потрібно розширити перелік місцевих податків і зборів. До нього можна включити податки та збори на такі види підприємницької діяльності, які негативно впливають на здоров'я громадян, наприклад: збір за торгівлю алкогольними напоями на розлив у ресторанах, барах, кафе та інших торговельних організаціях [86, с. 249]; плата за дозвіл на комп'ютерні ігри для дітей до 16 років; збір за використання біодобавок і стабілізаторів у харчових продуктах; збір із реклами товарів, що шкідливо впливають на здоров'я людини тощо;

- доцільно збільшити ставки акцизного збору від реалізації товарів, які належать до групи небезпечних для життя людини (тютюнових і алкогольних виробів). Ідея введення цільового податку на тютюнові вироби й алкоголь або виділення для потреб охорони здоров'я цільової частки у ставках акцизного збору на ці товари, відома протягом тривалого часу та визнана у законодавчому порядку – Концепцією розвитку охорони здоров'я в Україні, яка затверджена Указом Президента України у 2000 р. Досі такий порядок не реалізовано на практиці, хоч окремі зміни у справлянні акцизного збору відбуваються.

3. Третя група платників страхових внесків – навчальні заклади (державні й недержавні), які надають платні освітні послуги. Даній категорії страхувальників належить сплачувати страхові внески до фонду ОМСФД не лише за найманих працівників, а й за студентів, які навчаються на комерційній основі. Для цього в законодавчому порядку необхідно зобов'язати державні освітні установи вводити у вартість платного навчання витрати на ОМСФД.

Для останніх двох категорій платників розмір страхового внеску можна встановлювати у фіксованій сумі, що дорівнює прогнозованому показникові витрат із ОМСФД на 1 застрахованого. У законодавчому порядку потрібно чітко визначити не лише розмір страхового внеску, а й термін його внесення, штрафні санкції за невиконання зобов'язань тощо. Наприклад, у Росії через неузгодженість згаданих моментів територіальні фонди постійно не виконували план збору страхових внесків на обов'язкове страхування, які надходили нерегулярно і в незначних обсягах – розмір невиконання коливався від 53% в 1998 р. до 11% у 2000 р., внаслідок чого не була здійснена програма ОМС [57].

На початковому етапі запровадження системи ОМСФД має бути розроблено й прийнято велику кількість різних нормативних актів, що мають регулювати ряд надзвичайно важливих і складних питань, зокрема:

- створення системи ідентифікації застрахованих, контролю за сплатою страхових внесків та відповідного інформаційного забезпечення системи ОМСФД;
- розробку і запровадження уніфікованих методів оцінки потреб у медикаментозному забезпеченні застрахованих у різних адміністративно-територіальних утвореннях;
- створення і запровадження ефективного механізму фінансового вирівнювання між різними адміністративно-територіальними одиницями держави залежно від вікової структури населення, стану його здоров'я тощо, шляхом обґрунтування та коригування розмірів страхового внеску тощо.

Запровадження обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги сприяло б поліпшенню якості й загальної доступності безплатної медикаментозної допомоги населенню, обсяг якої гарантовано законодавством

країни. Крім того, введення в Україні системи ОМСФД можна розцінювати як початковий етап запровадження повноцінного обов'язкового медичного страхування, яке має стати додатковим джерелом фінансування соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

На основі здійсненого у третьому розділі роботи дослідження можемо зробити наступні висновки:

1. З метою оптимізації механізму фінансового забезпечення охорони здоров'я пропонуємо власну модель, у якій чітко визначається перелік і напрямки використання в країні джерел фінансування охорони здоров'я. В основі моделі – ідея розробки двох програм медичного обслуговування: загальнодержавної і територіальної. Кожна з наведених програм повинна має перелік медичних і немедичних послуг, які безкоштовно надаватимуть у державних чи комунальних закладах охорони здоров'я. Фінансове забезпечення основної частини згаданих програм відповідно буде здійснюватися за рахунок державного чи місцевого бюджетів, лише гарантований обсяг медикаментозного лікування пропонуємо фінансувати за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування.

2. На початковому етапі одним із перспективних шляхів запровадження в Україні ОМС є створення фонду обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги. Головне завдання цього фонду – покривати витрати на забезпечення гарантованого рівня медикаментозної допомоги населенню країни.

3. Розроблено концепцію модернізації фінансового забезпечення державного сектору охорони здоров'я, у якій запропоновано: розширити масштаби місцевого оподаткування з допомогою запровадження місцевих податків і зборів на товари й послуги, які негативно впливають на здоров'я громадян та обов'язкових цільових медичних зборів; доповнити діючий перелік платних послуг, які надають бюджетні медичні заклади; розробити методичні рекомендації для визначення тарифів на платні медичні послуги в державних і комунальних медичних закладах; запровадити гонорарний метод оплати медичних послуг і удосконалити механізм грошових

розрахунків між бюджетними закладами охорони здоров'я та їх пацієнтами; запровадити метод глобального бюджету у фінансуванні стаціонарної, поліклінічної та швидкої допомоги і подушовий метод фінансування лікарів загальної практики тощо. Науково-практична цінність запропонованої концепції полягає у комплексному обґрунтуванні перспектив розвитку фінансового забезпечення охорони здоров'я з метою підвищення доступності і якості медичного обслуговування громадян.

4. Використовуючи економіко-математичні методи моделювання, розроблено модель оптимізації витрат бюджетного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення, мета якої – раціональне використання бюджетних коштів і мінімізація впливу суб'єктивних чинників при прийнятті рішень по закупівлі фармацевтичної продукції.

5. З метою вдосконалення бюджетного планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів пропонуємо запровадити коригуючий екологічний коефіцієнт, який сприятиме справедливому розподілу бюджетних коштів між адміністративно-територіальними одиницями з урахуванням фактору екологічної ситуації.

6. На сучасному етапі господарювання, коли державна система охорони здоров'я перебуває в умовах дефіциту фінансових ресурсів і намагається забезпечити надання соціальних гарантій на належному рівні, одним із способів зменшення навантаження на її бюджет є підвищення доступності послуг приватного сектору охорони здоров'я. З цією метою в країні необхідно запровадити систему податкових пільг, передбачити порядок надання пільгових кредитів та здійснення інших заходів, які сприятимуть розвитку приватної медицини, добровільного страхування здоров'я та підвищенню попиту на їх послуги.

7. Основні наукові результати розділу опубліковано в працях автора [72; 77].

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні теоретично узагальнено і проаналізовано зарубіжний і вітчизняний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я на сучасному етапі господарювання. Це дало змогу виявити найактуальніші проблеми діючого механізму фінансування охорони здоров'я та обґрунтувати нові концептуальні підходи і практичні заходи щодо їх вирішення з метою формування ефективної моделі розподілу й використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Головні науково-теоретичні результати дисертаційної роботи такі:

1. Дослідження причин державного регулювання ринку медичних послуг із позиції різних наукових теорій і концепцій дало підставу зробити висновок, що даний процес є об'єктивно необхідною умовою розвитку цивілізованого суспільства і невід'ємною складовою функціонування будь-якої системи охорони здоров'я. Теоретичне обґрунтування ролі держави на ринку медичних послуг – це основа для розуміння процесів, що відбуваються в сучасному світовому товаристві й свідчать про загальну тенденцію до збільшення масштабів державної діяльності у даному секторі економіки. В даному контексті головним завданням сучасної економічної науки є пошук універсальної моделі охорони здоров'я, яка б оптимально поєднувала принципи державного і ринкового господарювання, одночасно забезпечуючи доступність, справедливість, рівність, економічну раціональність та ефективність.

2. Встановлено, що основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є: бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування і кредитування. Зазначено, що в державному секторі охорони здоров'я застосовують таку форму фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування, виникнення котрої зумовлене некомерційною діяльністю і необхідністю залучення додаткових фінансових ресурсів. Такі форми фінансового забезпечення, як бюджетне фінансування і некомерційне самофінансування, поєднуються у процесі кошторисного фінансування діяльності закладів державної системи охорони здоров'я. Тому щодо запропонованого у дисертації підходу

кошторисне фінансування розглянуте як ширше за змістом поняття, ніж бюджетне фінансування, оскільки останнє здійснюють тільки за рахунок коштів бюджетного походження.

3. З'ясовано, що на сучасному етапі господарювання діяльність вітчизняної системи охорони здоров'я недосконала, оскільки є проблема незбалансованості конституційних зобов'язань і фінансових можливостей держави у забезпеченні медичного обслуговування. Причина такої ситуації – недосконала діяльність уряду в цій сфері і проведення політики "самопливу", тобто абсолютного або часткового ігнорування наявних проблем. Діючий механізм фінансового забезпечення галузі є неефективним і потребує вдосконалення, оскільки процес формування й використання джерел фінансування відбувається без належного наукового обґрунтування та єдиного концептуального підходу. Відсутність виваженої урядової стратегії у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я призвела до порушення соціальних прав громадян і виникнення таких негативних явищ, як погіршення якості медичного обслуговування, зростання оплати населення за медичні послуги, медикаменти, масштабів тінізації та поширення практики нелегальних платежів у державному секторі охорони здоров'я.

4. З метою підвищення рівня фінансового забезпечення послуг державного сектора охорони здоров'я в Україні визначено стратегію поступового впровадження обов'язкового медичного страхування. На початковому етапі розвитку фінансових відносин у цій сфері запропоновано ввести систему обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги (ОМСФД), призначення якої – покривати витрати гарантованого обсягу медикаментозного забезпечення населення країни. Переваги ОМСФД – у чітко визначених пріоритетах фінансування і спрощеній процедурі формування та використання грошових коштів, що має сприяти економнішому і раціональнішому використанню фінансових ресурсів і забезпеченню державних соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Основні висновки та результати практичного характеру.

1. Встановлено, що сучасний порядок планування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів потребує вдосконалення, оскільки не враховує таких

важливих особливостей, як рівень захворюваності, смертності, інвалідності та екологічної ситуації в регіоні. Тому запропоновано доповнити діючу формулу розрахунку обсягів видатків на охорону здоров'я з бюджету АРК і обласних бюджетів коригуючим екологічним коефіцієнтом, який при визначенні масштабів бюджетного фінансування на зазначені потреби враховує фактор екологічного благополуччя адміністративно-територіальної одиниці.

2. Визначено комплекс заходів для модернізації механізму фінансового забезпечення державного сектора охорони здоров'я:

а) запровадити місцеві податки і збори на товари й послуги, які негативно впливають на здоров'я громадян, та обов'язкові цільові медичні збори;

б) доповнити діючий перелік платних послуг, дозволених бюджетним медичним закладам, розробити методикау їх ціноутворення;

в) ввести гонорарний метод оплати за окремі медичні послуги й удосконалити механізм грошових розрахунків між бюджетними закладами охорони здоров'я та їх пацієнтами;

г) запровадити метод глобального бюджету у фінансуванні стаціонарної, поліклінічної та швидкої допомог;

д) застосовувати в діяльності бюджетних медичних закладів принципи аутсорсингу.

3. Використовуючи економіко-математичні методи, розроблено модель оптимізації витрат бюджетного закладу на закупівлю медикаментів і виробів медичного призначення, яка сприяє раціональнішому витрачання коштів державними й комунальними закладами охорони здоров'я, оскільки дає змогу прийняти оптимальне рішення при закупівлі необхідних товарів.

4. З'ясовано, що стимулювання розвитку приватного сектора медичного обслуговування і популяризація його послуг серед населення сприятиме зменшенню навантаження на державний сектор охорони здоров'я. Тому доцільно розробити державну концепцію розвитку приватної системи охорони здоров'я та ухвалити закони "Про приватну медичну діяльність", "Про лікарняні каси". Цьому також

сприятиме перегляд чинної системи податкових пільг і забезпечення дієвого механізму їх реалізації за такими напрямками:

а) для роботодавців, які страхують здоров'я працівників у системі добровільного медичного страхування, дозволити зараховувати витрати на ДМС до валових витрат при оподаткуванні податком на прибуток;

б) для фізичних осіб установити пільгу, яка дасть змогу суми сплачених страхових внесків за програмами добровільного медичного страхування відносити до податкового кредиту при сплаті податку з доходів фізичних осіб;

в) для осіб, які займаються доброчинною діяльністю у сфері охорони здоров'я, передбачити додаткові податкові пільги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абель-Смит Б. Расходы на службы здравоохранения. Изучение стоимости и источников финансирования по материалам шести стран. – Всемирная Организация Здравоохранения: Женева, 1964. – 102 с.
2. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я (аналітичний огляд) / Під заг. ред. В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 56 с.
3. Айзен Р. Реформування систем охорони здоров'я та освіти за умов перехідної економіки // Проблеми економічної інтеграції України в Європейський Союз: регіональні і соціально-економічні аспекти: Матеріали третьої міжнародної наукової конференції. – Ялта-Форос, 1998. – С. 32–42.
4. Андрущенко В.Л. Фінансова думка Заходу у ХХ столітті: (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів). – Львів: Каменяр, 2000. – 303 с.
5. Аникин А.В. Путь исканий: Социально-экономические идеи в России до марксизма. – М.: Политиздат, 1990. – 415 с.
6. Антология экономической классики: В 2-х т. – М.: МП Эконом-Ключ, 1993. – Т.1: Трактат о налогах и сборах / В Петти. Исследование о природе и причинах богатства народов / А. Смит. Начала политической экономии и налогового обложения / Д.Рикардо. – 475 с.
7. Антология экономической классики: В 2-х т. – М.: МП Эконом-Ключ, 1993. – Т.2: Опыт закона о народонаселении / Т. Р. Мальтус. Общая теория занятости, процента и денег / Дж. М. Кейнс. Частный капитал в СССР / Ю. Ларин. – 475с.
8. Бабенко В.А. Медицинское страхование в системе финансирования охраны здоровья во Франции: анализ возможности адаптации в Украине // Медичне страхування. – 1994. – №6. – С.9–16.
9. Базилевич В.Д., Баластрик Л.О. Державні фінанси: Навчальний посібник / За ред. В.Д. Базилевича – К.: Атіка, 2002. – 368 с.
10. Балабанов А.И., Балабанов И.Т. Финансы. – СПб.: Питер, 2002.– 192 с.

11. Баранова Т.Ф. Фінансовий та економічний стан охорони здоров'я України в умовах реформування галузі // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 3. – С.80–81.
12. Бежаев О.Г. Межбюджетные отношения: теория и практика реформирования / Под ред. М.А. Яхьяева. – М.: Экзамен, 2001. – 128 с.
13. Белоусов В.М., Ершова Т.В. История экономических учений: Учебное пособие. – Ростов н / Д: Феникс, 1999. – 544 с.
14. Березнев В.Я. Здравоохранение и медицинское страхование в ФРН // Здравоохранение Российской Федерации. – 1995. – №5. – С.20–25.
15. Бескид Й.М. Перспективи нормативного планування витрат на соціальну сферу // Фінанси України. – 2000. – №4. – С.42–48.
16. Бетин О.И. Системные механизмы управления межбюджетными отношениями в Российской Федерации. – М.: Финансы и статистика, 2002.– 256 с.
17. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. – К.: Задруга, 2001. – 160 с.
18. Бланкарт Ш. Державні фінанси в умовах демократії. Вступ до фінансової науки: Пер. з нім. – К.: Либідь, 2000. – 654 с.
19. Блауг М. Экономическая мысль в ретроспективе: Пер. с англ.-4-е изд. – М.: Дело Лтд, 1994. – 684 с.
20. Бочкаров М. Функціонування галузі охорони здоров'я в умовах ринкової економіки // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2003. – №4. – С. 391–396.
21. Брагинский С.В., Певзнер Я.А. Политическая экономия: дискуссионные проблемы, пути обновления. – М.: Мысль, 1991. – 299 с.
22. Буздуган Я. Організаційно-правові засади функціонування фінансів галузі охорони здоров'я в Україні за останні роки // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: економіка. – 2004. – №16. – С114–122.

23. Бюджетна система: Навч.-метод. посібник для самот. вивч. дисц. – 2-е вид., перероб і доп. / В. М. Опарін, В. І. Малько, С. Я. Кондратюк, Г. Б. Коломієць. – К.: КНЕУ, 2002. – 336 с.
24. Бюджетний і Податковий Огляд. Січень–грудень 2001 р. Березень 2002 р. аналітичні статті, коментарії, таблиці – Київ, 2002.
25. Бюджетний кодекс України. Затверджений ВРУ 21.06.2001 р. № 2542-III // Офіційний вісник України. – К., 2001.– № 29.
26. Бюджетний менеджмент: Підручник / В.Федосов, В.Опарін, Л.Сафонова та ін.; За заг. ред. В.Федосова. – К.: КНЕУ, 2004. – 864 с.
27. Василик О.Д. Теорія фінансів: Підручник. – К.: НІОС. – 2000. – 416 с.
28. Василик О.Д., Павлик К.В. Державні фінанси України: Підручник. – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 608 с.
29. Величко А.В. Бюджетный механизм инвестирования социальной инфраструктуры / НАН Украины, Институт экономики. – К., 1998. – 258 с.
30. Величко О. Бюджетне фінансування соціальної інфраструктури: проблеми та перспективи // Економіка України. – 1999. – № 3. – С. 39–44.
31. Верхратський С. А. Історія медицини. – 3-е вид., перероб.і доповнене.– К.: Вища школа, 1983. – 384 с.
32. Вигдорчик Н. А. Соціальное страхование. – С-Петербург: Практическая медицина, 1912. – 137 с.
33. Всемирная история экономической мысли: В 6 т. / МГУ им. М. В. Ломоносова; Гл. редкол.: В.Н. Черковец (гл. ред. и др.). – М.: Мысль, 1989. – Т.2. От Смита и Рикардо до Маркса и Энгельса. – 575 с.
34. Ганслі Геренс М. Соціальна політика та соціальне забезпечення: Пер. з англ. – К.: Основи, 1996. – 237 с.
35. Герасименко Н.Ф, Григорьев И.Ю., Александрова О.Ю., Андреева О.В. Обязательное медицинское страхование: что нужно знать медицинскому работнику. – М.: МЦФЭР, 2003. – 272 с.

36. Годин А.М., Подпорина И.В. Бюджет и бюджетная система Российской Федерации: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация “Дашков и К^о”, 2002. – 340 с.
37. Гойло В.С. Современные буржуазные теории воспроизводства рабочей силы (критический очерк). – М.: Наука, 1975. – 231 с.
38. Головтеев В.В., Калью П.И., Пустовой И.В. Основы экономики советского здравоохранения. – М.: Медицина, 1974. – 199 с.
39. Голяченко А.О. До питання про гарантований обсяг медичної допомоги людині України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С.35–38.
40. Горбачёва А. Шагренева кожа бесплатной медицины / Независимая газета. – 1999. – 11 ноября.
41. Гордей О.Д. Фінансування соціальних гарантій як чинник зростання суспільного добробуту // Фінанси України. – 2002. – № 5. – С.44–45.
42. Государственный бюджет СССР / Под. ред. Г.Л. Рабиновича, М.В. Романовского. - М.: Финансы и статистика, 1988.– 383 с.
43. Государственные финансы: Учеб. пособие для студентов экон. вузов и фак. / В.М. Федосов, Л.Д. Буряк, Д.Д. Бутаков и др. / Под ред. В.М. Федосова, С.Я. Огороднина, В.Н. Суторминой.– К.: Лыбидь, 1991.– 276 с.
44. Государственный бюджет СССР: Учебник / Под ред. Л.П. Павловой.– 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Финансы и статистика, 1987. – 408 с.
45. Грачова Р. Доходи, витрати та фінансові результати // Спеціальний додаток до тижневика Д-т К-т. – 2002. – червень–липень (2 част.)–130 с.
46. Грузева Т.С. Наукове обґрунтування розробки державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №2 – С.61–63.
47. Губар О.Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу // Фінанси України. – 2003. – № 7. – С.130–133.

48. Губар О.Е. Медичне страхування в фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населенню: Автореф. дис. канд. екон. наук: 08.04.01. – К., 2004. – 20с.
49. Державне медичне страхування змусить лікарів піти в тінь // RIA плюс. – 2002. – № 47. – С. 2.
50. Державні фінанси: Теорія і практика перехідного періоду в Центральній Європі: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 542 с.
51. Децентрализация: Эксперименты и реформы / Под ред. Т. М. Хорвата. – Local Government and Public Service Reform Initiative, 2000. – Т.1: Органы местного самоуправления в Центральной и Восточной Европе. – 484 с.
52. Діяльність галузі охорони здоров'я у 2000 році, завдання щодо подальшого її розвитку та поліпшення рівня здоров'я населення України / Доповідь міністра охорони здоров'я Віталія Москаленка на підсумковій колегії МОЗ // Ваше здоров'я. – 2001. – 23 лютого.
53. Дмитриев М. Социальная сфера в условиях финансового кризиса: проблемы адаптации // Вопросы экономики. – 1999. – № 2. – С. 53–54.
54. До СОТ приєднаємось точно, а до СЕП та ЄС рухаємось паралельними курсами // Економіст. – 2003 . – № 11. – С.10.
55. Добрынин А.И., Дятлов С.А., Цыренова Е.Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. – СПб : Наука, 1999. – 309 с.
56. Дольник В. Время уже взвесит все "за" и "против" // Финансовые услуги. – 2003. – № 4. – С. 46–47.
57. Дрошнев В.В. Итоги развития системы обязательного медицинского страхования в России // Страхование дело. – 2003. – № 5. – С. 15–24.
58. Дынин М.Е. Анализ расходов на здравоохранение по всем финансирующим источникам за 1926-1927 гг. и перспективы на будущее. – Харьков: Научная мысль, 1927. – 20 с.
59. Економічна енциклопедія: в 3 т. – К.: "Академія", 2000. – Т.1. / редкол.: С.В. Мочерний та ін. – 864 с.

60. Економічна енциклопедія: в 3 т. – К.: "Академія", 2001. – Т.3. / редкол.: С.В. Мочерний та ін. – 848 с.
61. Єпіфанов А.О., Сало І.В., Д'яконова І.І. Бюджет і фінансова політика України. – 2-ге вид. – К.: Наукова думка, 1999. – 301 с.
62. Загальна економічна теорія (політична економія): Підручник: У 2 ч. / За ред. Буяна І.В., Ковальчука В.М. – Тернопіль, 1998. – Ч. 2. – 296 с.
63. Задоя А.А., Петруня Ю.Е. Основы экономической теории: Учебное пособие. – М.: Рыбари. – 2000. – 350 с.
64. Закон України "Про Державний бюджет України на 2002 рік" // Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 12–13. – С.258–360.
65. Закон України "Про Державний бюджет України на 2003 рік" // Відомості Верховної Ради України.– 2003. – № 2.
66. Закон України "Про Державний бюджет України на 2004 рік" // Відомості Верховної Ради України.– 2004. – № 3.
67. Закон України "Про Державний бюджет України на 2005 рік". – Доступний з: <<http://www.rada.gov.ua>>.
68. Закон України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 48 – С.983–990.
69. Івченко А.О. Тлумачний словник української мови. - Харків: Фоліо, 2001. – 540 с.
70. Карпишин Н.І Державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я // Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації. Збірник тез доповідей Другої міжнар. наук.-прак. конф. молодих вчених. Ч.2. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – С. 74.
71. Карпишин Н.І Дискусійні питання теорії кошторисного фінансування // Реформування фінансово-кредитної системи і стимулювання економічного зростання: Матеріали міжнар. наук.-прак. конф. Тези доп. (4-5 черв. 2004 р.) /

Відп. ред. Р. А. Слав'юк. – Луцьк: РВВ "Вежа" Волин. держ. Ун-ту ім. Лесі Українки, 2004. – 247 с.

72. Карпишин Н.І. Обов'язкове медичне страхування в Україні: проблеми реалізації і перспективи // Ефективність державного управління в контексті європейської інтеграції: Матеріали щорічної науково-практичної конференції 23 січня 2004 р. / За заг. ред. А.О. Чемериса. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2004. – Ч.1. – С.243–246.
73. Карпишин Н.І. Витрати на охорону здоров'я як своєрідна форма капіталовкладень у людину // Вісник Тернопільської академії народного господарства. – 2003. – № 1. – С. 89–93.
74. Карпишин Н.І. Державна експансія на ринку медичних послуг // Вісник Тернопільської академії народного господарства. – 2001. – Випуск 12. – С. 92–95.
75. Карпишин Н.І. Еволюція фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні // Фінанси України. – 2001. – № 10. – С. 145–151.
76. Карпишин Н.І. Механізм розподілу видатків між бюджетами за функцією "Охорона здоров'я" // Науковий вісник Волинського державного університету імені Лесі Українки. – № 12. – 2002. – С. 149–152.
77. Карпишин Н.І. Обов'язкове медичне страхування: проблеми та перспективи // Економіка: проблеми теорії та практики: Збірник наукових праць. – Випуск 190. – Т.І. – ДНУ: Дніпропетровськ, 2004. – С.57–65.
78. Карпишин Н.І. Пільгове податкове законодавство як стимул для розвитку охорони здоров'я в Україні // Финансы, учет, банки. Сборник научных трудов. Випуск 8. Ч. 1. / Под общ. ред. П.В Егорова. – Донецк: ДонНУ, 2002. – С. 138–141.
79. Карпишин Н.І. Пошук шляхів фінансового забезпечення державних закладів охорони здоров'я // Бюджетно-податкова політика в Україні (проблеми та перспективи розвитку) Збірник наукових праць за матеріалами науково-практичної конференції (20–22 грудня 2001 р.) Ірпінь: Академія ДПС України, 2002. – С. 105–107.

80. Карпишин Н.І. Ринок медичних послуг в Україні: ретро і перспектива // Торгівля, комерція, підприємництво (Ринкова інфраструктура: суть, функції та побудова) / Збірник наукових праць. Львівська комерційна академія. – Львів. – 2001. – С. 341–344.
81. Карпишин Н.І. Сутнісно-теоретичні аспекти кошторисного фінансування // Вісник Тернопільської академії народного господарства. – 2005. – Випуск 1. – С. 62–69.
82. Карпишин Н.І. Фінансовий стан охорони здоров'я в умовах ринкових перетворень // Наукові записки: Збірник наукових праць кафедри економічного аналізу. – Випуск 10. – Ч.2. – Тернопіль: Економічна думка, 2001. – С. 156–158.
83. Карпишин Н.І. Фінансові реалії державної системи охорони здоров'я // Збірник наукових статей. Актуальні проблеми та перспективи розвитку фінансово-кредитної системи. – Харків: Основа, 2001. – С.160–162.
84. Кендрик Дж. Совокупный капитал США и его формирование. – М.: Прогресс, 1978. – 275 с.
85. Кириленко О.П. Державні фінанси в умовах формування демократичного суспільства // Світ фінансів. – 2004. – Випуск 1. – С. 22–33.
86. Кириленко О.П. Фінанси (Теорія і вітчизняна практика): Навчальний посібник. – Тернопіль: Астон, 2002. – 212 с.
87. Кондратюк С.Я. Позабюджетні надходження медичних закладів держави // Фінанси України. – 2001. – № 8. – С. 71–83.
88. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. – К.: Феміна, 1996. – 62 с.
89. Корчагин В.П., Найговзина Н.Б. Приоритеты реформы здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 2–3. – С.15–17.
90. Крентовська О. Розвиток системи державних соціальних гарантій в умовах формування ринкового мотиваційного механізму // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2003. – № 2. – С.405–412.

91. Критский М.М. Человеческий капитал / Ленингр. инж – экон. ин-т. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1991. – 117 с.
92. Крыштопа Б.П. Здоровье населения и здравоохранение в развивающихся странах. – К.: Выща школа, 1990. – 199 с.
93. Кузнецов П., Качаловская Э. ДМС и охрана здоровья населения // Страховое ревю. – 2002. – № 100. – С. 39–42.
94. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – 174 с.
95. Лист Міністерству охорони здоров'я АРК, управлінням охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, керівникам закладів та установ охорони здоров'я, що підпорядковані МОЗ України від 26.02.2001 р. № 10.03.67/179 "Про залучення власних надходжень" // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2001. – липень.
96. Лисицин Ю.П., Акопян А.С. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. – М., 1998. – 287 с.
97. Лукашова С.В., Ситник Н.С. Еволюція сфери платних послуг населенню у роки ринкових перетворень // Збірник наукових праць. Торгівля, комерція, підприємництво (ринкова інфраструктура: суть, функції та побудова). – Львів, 2001. – С. 327–332.
98. Львовчкін С.В. Завдання і напрямки реформування фінансів соціальної сфери // Фінанси України. – 1999. – № 12. – С.25–32.
99. Майборода С., Осташко С. Охорона здоров'я України: стан та шляхи реформування // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2003. – № 2. – С. 213–217.
100. Макконелл К.Р., Брю С.Л. Экономикс: Принципы, проблемы и политика: В 2 т.: Пер. с англ. 11-го изд. Т. 2.– М.: Республика, 1992.– 400 с.
101. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. – М.: Государственное изд-во политической литературы, 1962. – Т. 26, Ч.1. – 2-е изд. – 476 с.

102. Маршалл А. Принципы экономической науки: В 2 т.: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1993. – Т. 1. – С. 124–127.
103. Матеріали по історії розвитку охорони здоров'я на Україні / Під ред. К. Ф. Дупленко. – К.: Держмедвидав УРСР, 1957. – 385 с.
104. Мачуга Н. Проблеми становлення медичного страхування в Україні. // Банківська справа. – 2000. – №5. – С.23–25.
105. Межстрановые оценки социального страхования / А.Н. Алымов, Д.Р. Аронов, Н.П. Гончарова. – К.: 1994. – 237 с.
106. Москаленко В.Ф. Стан формування нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я України та відповідність наказів МОЗ чинному законодавству // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 1.– С.26–27.
107. Народне господарство України у 1991 році: Стат. щорчник / Мін-во статистики України. Відп. за вип. В.В. Самченко. – К.: Техніка, 1992. – 468 с.
108. Народное хозяйст-во Украинской ССР: Юбилейный стат. ежегодник / Госкомстат УССР – Отв. за вип. М.Т. Ковальчук. – К.: Техніка, 1987. – 455с.
109. Немченко А.С., Титенко Л.В. Концепция страховой рецептуры в Украине // Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України на засадах медичного страхування: Збірник наукових праць за матеріалами науково-практичної конференції. (25–26 грудня 2001 р.). – Ірпінь, 2001. – С.162–165.
110. Новіков Н., Надточій Б. Організаційно-економічний механізм медичного страхування у ФРН // Економіка України. – 1993. – № 10. – С. 80–84.
111. Нонко В. Громіздкий чиновницький апарат не вирішить проблем медицини // Україна бізнес. – 2001. – 20–27 березня. – С. 3.
112. Нонко В., Стецюк Т. Пациент требует хирургического вмешательства // Финансовые услуги . – 2003. – № 4. – С. 45–49.
113. Опарін В. М.Фінанси (загальна теорія): Навч. Посібник. – К.: КНЕУ, 1999. – 164 с.

114. Оподаткування неприбуткових організацій. Спеціальний випуск // Вісник податкової служби України – 2002. – № 22 – С.15–23.
115. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.92. № 2892 – XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №34. – С. 59–83.
116. Охорона здоров'я в Україні: статистичний збірник / Державний комітет статистики. Відповід. За випуск Калачова І., 2001. – С. 147.
117. Панов Б.В., Свірський О.О., Дзигал О.Ф. Ковалевська Л.А., Конкін С.І., Кирилюк М.Л., Балабан С.В., Беляков О.В. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 85–89.
118. Пасічник Ю.В. Бюджетна система України та зарубіжних країн. – К.: Знання-Прес, 2003. – 523 с.
119. Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 2. – С. 393–397.
120. Поліщук М. Бідність не виправдовує марнотратство // Ваше здоров'я. – 2002. – № 44. – С. 3.
121. Полозенко Д.В., Іваницький Д.О. Добробут і його фінансове забезпечення // Фінанси України. – 2004. – № 10. – С.28–35.
122. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003-2004 роки. / Міністерство охорони здоров'я України. Центр медичної статистики. – Київ.– 2005. – 315 с.
123. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи (Дані дворічного моніторингу впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 5–10.
124. Постанова Кабінету Міністрів України “Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо

- врегулювання цін (тарифів)” № 1548 від 25.12.1996.р. (зі змінами і доповненнями) // Баланс .– 2002. – №14 (399), 2 квітня. – С.11–13.
125. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки” № 14 від 10.01.2002. // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С.30–85.
126. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між бюджетом та місцевими бюджетами” від 5 вересня 2001 р. № 1195 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 38. – С.9–26.
127. Постанова Кабінету Міністрів України “Про порядок звільнення від обкладення податком не додану вартість операцій з надання послуг з харчування у закладах (установах) охорони здоров’я” № 1186 від 30.07.1998 р. // Бухгалтерія. – 2002. – 17 червня №24/1-2 (491). – С. 56–57.
128. Постанова Кабінету Міністрів України “Про послуги з охорони здоров’я, операції з надання яких закладами охорони здоров’я, які мають спеціальний дозвіл на надання таких послуг, звільняються від обкладання податком на додану вартість (зі змінами і доповненнями, внесеними постановою КМУ № 1919 від 18.10.1999.). // Бухгалтерія. – 2002. –№ 24/1-2 (491). 17 червня – С. 52–53.
129. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.05.2002 р. № 659 "Про затвердження переліку груп власних надходжень бюджетних установ, вимог щодо їх утворення та напрямків використання. – Доступний з: <<http://www.kmu.gov.ua>.
130. Постанова Кабінету Міністрів України від 14.09.2002 р. № 1195 "Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 5 вересня 2001 року № 1195" // Офіційний вісник України. – 2002. – № 38. – С. 51–71.
131. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 березня 2002 р. № 342 “Про затвердження переліку закладів охорони здоров’я та програм у галузі охорони здоров’я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на

- які здійснюються з державного бюджету” // Офіційний вісник України. – 2002. – № 12. – С. 122–129.
132. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996. № 1138 "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти (із змінами, внесеними Постановами КМУ № 449 від 12.05.1997; № 989 від 11.07.2002.).
133. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2002 р. № 228 "Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ // Офіційний вісник України. – 2002. – № 9. – С.102–112.
134. Пріоритети реформування охорони здоров'я. Доповідь Міністра охорони здоров'я Віталія Москаленка на розширеній підсумковій колегії МОЗ // Ваше здоров'я. – 2000. – 5 квіт.
135. Проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" № 6152 від 10.09.2003 р. – Доступний з: <<http://www.rada.gov.ua>>
136. Проект Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування" № 3370 від 11.04.2003 р. – Доступний з: <<http://www.rada.gov.ua>>
137. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Українська академія державного управління при Президентіві України. – К., 2001. – 360 с.
138. Радь І.О. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах створення основ ринкової економіки. Дис. канд. екон. наук: 08.04.01. / Терноп. акад. нар. г-ва. – К., 1996. – 160 с.
139. Разработка новых правил игры в старых условиях / Под ред. У. Монтяну, В. Попа. – Local Government and Public Service Reform Initiative, Т. 3.: Органы местного самоуправления в Восточной Европе, на Кавказе и в Средней Азии. – 821 с.

140. Райс Д.А. Преобразование системы здравоохранения США в контексте мирового процесса реформ // Здравоохранение Российской Федерации. – 1996. – № 4. – С. 47-52.
141. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти” (справа про платні медичні послуги) від 25 листопада 1998 р. № 15-рп / 98 // Офіційний вісник України. – 1998. – № 52. – С. 112.
142. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 56 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу) від 2 травня 2002 р. № 10-рп / 2002 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 23. – С. 107–112.
143. Розенберг Д.Н. Етапи становлення та перспективи медичного страхування в Україні. – К., 1998. – 15 с.
144. Романенко О. Р. Фінанси: Підручник. – К.: Центр Навчальної Літератури, 2003. – 312 с.
145. Рудень В.В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування // Фінанси України. – 2000. – № 1. – С. 76–87.
146. Рудень В.В. Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посібник. – Львів, 1999. – 304 с.
147. Рудий В. Сучасні стратегії поліпшення фінансування системи охорони здоров’я та можливі шляхи їх застосування в законодавстві України // Ваше здоров’я. – 2002. – № 37. – С. 3–4.
148. Рудюк В.В. Проблемы введения медицинского страхования в Украине // Фондовый рынок. – 1999. – № 41. – С. 27–29.

149. Рябишенко О.Г. Охорона здоров'я західних областей України. – К.: Держмедвидав УРСР, 1963. – 88 с.
150. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: Геотар Медицина, 2000. – 423 с.
151. Самуэльсон П.А., Нордхауз В.Д. Экономика: Пер. с англ. – 15-е изд. – М. : Бином-КноРус, 1997. – 799 с.
152. Сироштан А. Отечественная система здравоохранения: путь в Европу // Еженедельник "Аптека" – 2005. – № 21 (492). – С. 90.
153. Сіроштан О. Досвід медичного страхування в залізничній галузі // Еженедельник "Аптека" – 2004. – № 27 (448). – С. 81.
154. Сіренко В.І. Соціологічні дослідження розвитку приватних медичних послуг і становлення до них різних верств населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 1. – С. 72–79.
155. Слюсаренко О.О. Медичне страхування: стан та тенденції розвитку. – [Цит. 2003, 25 січня]. – Доступний з: <<http://www.uainsur.com.ua>>.
156. Сміт А. Добробут націй. Дослідження про природу та причини добробуту націй. – К.: Post-Royal, 2001. – 563 с.
157. Соболевский Г.Н., Ермаков В.В., Головтеев В.В Основы финансирования учреждений здравоохранения. – М.: Медицина, 1974. – 144 с.
158. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
159. Статистичний збірник "Довкілля України" за 2003 рік / Державний комітет статистики України: під загальним керівництвом Ю.М. Остапчука. – К., 2004. – 264 с.
160. Статистичний щорічник України за 2000 р. / За ред. О.Г. Осауленка, 2001. – 598 с.
161. Статистичний щорічник України за 2004 р. / За ред. О.Г. Осауленка. – К.: Консультант, 2005 – 588 с.
162. Статистичні таблиці з Послання Президента України до Верховної Ради України // Економіст. – 2002. – №7. – С. 4-79.

163. Стігліц Джозеф Е. Економіка державного сектора: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 854 с.
164. Стребков А.И. Социальная политика государства: понятийный фрагмент. – [Цит. 2004, 20 березня]. – Доступний з:<<http://www.anthropology.ru>>.
165. Струмилин С.Г. О народнохозяйственной эффективности здравоохранения // Экономические науки. – 1966. – № 5. – С. 28–30.
166. Сучасна економічна теорія і державні фінанси: Зб. наук. пр. / Кілієвич О.І., Розпутенко І.В., Романюк О.П, Юрчишин В.В. / Українська академія державного управління при Президентові України. – К.: УАДУ, 1999. – 423 с.
167. Тернова С. Чи є майбутнє у лікарняних кас? // Ваше здоров'я. – 2003. – № 16. – С. 4.
168. Томин О. Джерела формування спеціального фонду бюджету // Вісник податкової служби України. – 2003. – № 3. – С. 16–21.
169. Указ Президента України "Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" від 7 грудня 2000 р. № 1313 / 2000 // Офіційний вісник України. – № 49. – С. 5–13.
170. Указ Президента України "Про проведення експерименту щодо впровадження обов'язкового соціального медичного страхування в місті Києві та Київській області" від 14 листопада 2000 р. // Офіційний вісник України. – 2000. – № 46. – С. 65.
171. Указ Президента України "Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України" від 08.08.2000 р. № 963 / 2000 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 32. – С. 22–23.
172. Украинская ССР в цифрах в 1987 году: Крат. стат. справ. / Госкомстат УССР, Ответственный за выпуск В.В. Самченко. – К.: Тэхника, 1988. – С.153.
173. Україна. Соціальна сфера у перехідний період: аналіз світового банку. – К.: Основи, 1994. – 248 с.
174. Українська РСР у цифрах у 1990 році: Корот. стат. довід. / Держкомстат УРСР, Відповідальний за випуск В.В. Самченко. – К.: Техніка, 1991. – 224 с.

175. Уманців Ю. Страхування як чинник соціального захисту населення // Економіст. – 1999. – № 10. – С. 50-55.
176. Управление главного врачебного инспектора М.В.Д. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1907 годъ.– С.-Петербургъ: Типография Министерства Внутренних Дель, 1909. – 221 с.
177. Фильев В.И. Социальное страхование в России и зарубежных стран: Практическое пособие. М.: Бизнес-школа-Интел-Синтез, 1997. – 176 с.
178. Финансово-кредитный словарь: В 3 т. / Гл. ред. Н.В. Гаретовский. – М.: Финансы и статистика, 1988. – Т.3.: Р–Я. – 511 с.
179. Финансы, деньги, кредит: Учебник / Под ред. О.В. Соколовой. – М.: Юристъ, 2000. – 784 с.
180. Финансы: Учебник для вузов / Под ред. О.В Романовского, О.В. Врублевской, Б.М. Сабанти. – М.: Перспектива, Юрайт, 2000. – 520 с.
181. Финансы: Учебник для вузов / Под ред. проф. Л. А. Дробозиной. – М.: Финансы, ЮНИТИ, 2000. – 527 с.
182. Фишер С., Дорнбуш Р., Шмалензи Р. Экономика : Пер. с англ., 2-е изд. – М.: Дело ЛТД, 1993. – 864 с.
183. Ходский П.В. Элементарное руководство политической экономии в связи с финансами. – С.-Петербургъ, 1897. – 325 с.
184. Хорош И. Д. Первые годы развития советского здравоохранения на Украине (1918–1920). – К.: Госмедиздат УССР, 1963. – 208 с.
185. Хрестоматия по экономической теории / Сост. Е.Ф. Борисов. – М.: Юристъ, 2000. – 536 с.
186. Черняхівський В. Не думай о страховке свысока. – [Цит. 2003, 25 січня]. – Доступний з:<[http:// www.uainsur.com](http://www.uainsur.com)>.
187. Чугунов І.Я. Основні підсумки виконання бюджету у 2002 році // Финанси України. – 2003. – № 5. – С. 39.
188. Чугунов І.Я., Лісніченко І.В. Основні підсумки виконання бюджету у 2001 році // Фінанси України. – 2002. – № 5. – С.85–112.

189. Чугунов І.Я., Самошкіна О.А. Основні підсумки виконання бюджету у 2000 році // Фінанси України. – 2001. – № 6. – С. 39–46.
190. Шишкин С.В., Заборовская А.С. Форми участия населения в оплате социальных услуг в странах с переходной экономикой. – [Цит. 2004, 15 лютого]. – Доступний з: <<http://www.iet.ru>>.
191. Шевченко Р.Ю. Малий екологічний атлас України // Екологічний вісник. – 2005. – № 1. – С. 26–31.
192. Шейман И.М. Бюджетно-страховая система здравоохранения. – Кемерово: ИНСЭПЭ, 1992. – 123 с.
193. Шутов М.М. Экономические основы рыночного здравоохранения / НАН Украины. Институт экономико-правовых исследований. – Донецк: ВИК, 2002. – 294 с.
194. Щепин О.П., Таранов Л.П. Социально-экономические аспекты здравоохранения и обязательное медицинское страхование // Вестник обязательного медицинского страхования . – 2000. – № 2. – С. 3–7.
195. Щербенко О.В. Организация и финансирование здравоохранения в США // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 2. – С. 19–25.
196. Экономика социальной сферы: Учебное пособие / Игнатов В.Г., Батурин Л.А., Бутов В.И., Уварова Г.Г., Хадарев С.В., Эланский Ю.Г. – Ростов н/Д: Издательский Центр "МарТ", 2001. – 416 с.
197. Экономическая история зарубежных стран: Курс лекций / Полетаева Н.И., Голубович В.И., Пашкевич Л.Ф. и др. / Под ред. В.И. Голубовича. – Мн.: ИП Экоперспектива, 1997. – 432 с.
198. Юрій С.І., Бескид Й.М. Бюджетна система України: Навч. посібник. – Київ: НІОС, 2000. – 396 с.
199. Юрій С.І., Дем'янишин В.Г, Буздуган Я.М. Антологія бюджетного механізму. Монографія. – Тернопіль: Економічна думка. – 2001. – 250 с.
200. Фінанси: Навчально-методичний посібник. – Тернопіль: ТАНГ, 2002. – 207с.
201. Фінансові звіти Міністерства фінансів України. – Доступний з: <<http://www.budget.rada.gov.ua>>.

202. Фінансові звіти лікувально-профілактичних закладів Тернопільської області.
203. Фінансові звіти Тернопільського обласного управління охорони здоров'я.
204. Якобсон Л.И. Экономика общественного сектора: Основы теории государственных финансов: Учебник для вузов – М.: Аспект Пресс, 1996. – 319с.
205. Out of sorts // The Economist. – 1998. – October 24–30 th. – P. 15.
206. Financing medical care. – The World Book Encyclopedia.– 1994.– С. 370.
207. VIII Всеукраинский фармацевтический рейтинг "Еженедельника Аптека". Топ-10 – Ведущие компании-производители ЛС // Еженедельник Аптека. – 2005. – № 8 (479). – С.10–11.
208. VIII Всеукраинский фармацевтический рейтинг "Еженедельника Аптека". Ведущие компании-дистрибьюторы // Еженедельник Аптека. – 2005. – № 9 (480). – С.6–7.