

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БЮДЖЕТНОГО ПЛАНУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Досліджено порядок бюджетного планування видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я в Україні, з'ясовано основні позитивні і негативні аспекти його практичного застосування та запропоновано шляхи удосконалення.

Ключові слова: *бюджетне планування, бюджетні видатки на охорону здоров'я, міжбюджетна реформа, фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я, коригуючі коефіцієнти.*

I. Вступ. Ефективність процесу бюджетного фінансування потреб охорони здоров'я значною мірою залежить від того, наскільки досконалим і науково обґрунтованим є механізм планування бюджетних ресурсів. Розпочата у 2001 році реформа бюджетної системи і міжбюджетних відносин, яка сприяла вирішенню багатьох проблем у бюджетній сфері, запровадила новий формульний порядок бюджетного планування видатків місцевих бюджетів, в тому числі на охорону здоров'я.

Законодавчою основою для впровадження формульного підходу у розрахунку видатків місцевих бюджетів став Закон України "Про Державний бюджет України на 2001 рік" і прийнята в грудні 2000 року постанова Кабінету Міністрів України №1932 "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". В подальшому, концептуальні засади, засновані згаданими законодавчими актами, були закріплені і розвинуті Бюджетним Кодексом України.

Важливим надбанням формульного розрахунку видатків місцевих бюджетів стало створення прозорого і зрозумілого механізму планування бюджетних видатків, який допоміг знизити вплив суб'єктивних чинників, а

саме політичних чи особистісних мотивів у рішеннях про фінансування тих чи інших бюджетних видатків. Однак, поряд з позитивними моментами формульної методики бюджетного планування, нині існують певні прорахунки і недоліки, які виникають на окремих ділянках планування і потребують негайного вирішення. Зокрема, актуальним питанням є удосконалення діючого порядку планування видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я, який є малообґрунтованим і неефективним.

II. Постановка завдання. Метою даної статті є проведення порівняльного аналізу минулої і сучасної методики розрахунку видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я та з'ясування її основних позитивних і негативних сторін. Також пошук шляхів усунення існуючих недоліків і заходів щодо покращення ефективності формульного порядку бюджетного планування потреб на охорону здоров'я.

III. Результати. Позитивним надбанням міжбюджетної реформи стало розмежування бюджетної відповідальності і повноважень за видатками між всіма рівнями влади та забезпечення збалансованості витратних повноважень місцевих бюджетів з рівнем власних доходів. Саме тому, законодавчий розподіл обов'язків і встановлення чітких повноважень на здійснення видатків на охорону здоров'я між бюджетами став важливим кроком на шляху до стабільності, цільового та ефективного витрачання бюджетних коштів і посилення відповідальності за виконання поставлених державою завдань. Даний розподіл було проведено з урахуванням критеріїв повноти надання послуг та наближення їх до безпосереднього споживача.

Іншим позитивом міжбюджетної реформи стала спроба вирішити проблему, яка вже давно привертала увагу науковців, а саме, забезпечення справедливого розподілу державних соціальних гарантій і отримання кожним громадянином країни певного рівня суспільних благ, незалежно від території його проживання. В Україні тривалий час цей принцип порушувався і в окремих адміністративно-територіальних одиницях, відбувалось помітне відхилення даного показника від середніх значень по Україні. Така

диференціація у фінансуванні послуг з охорони здоров'я порушувала встановлені Конституцією соціальні права і гарантії на рівноправні можливості громадян у задоволенні медичних потреб.

Попередня система планування видатків бюджетів на охорону здоров'я, за якою розрахунковий обсяг видатків визначався з допомогою трьох показників: норми витрат на одного жителя минулого року; тимчасового коефіцієнту розподілу асигнувань і додаткових витрат на гірські райони у 4-х областях, не вирішувала проблеми фінансового вирівнювання видатків місцевих бюджетів. Щоб виправити цей недолік, реформою було здійснено перехід на формульний порядок розрахунку обсягів асигнувань з місцевих бюджетів на охорону здоров'я на основі єдиного фінансового нормативу бюджетних видатків на одного жителя країни.

Вперше формульний порядок розрахунку, було встановлено вищезгаданою постановою КМУ № 1932 [2]. Проте, вже під час формування і затвердження Державного бюджету України і місцевих бюджетів на 2001 рік, щодо видатків на охорону здоров'я було виявлено низку недоліків і прорахунків у новій формулі розподілу бюджетних асигнувань, що стало причиною подальших змін. Тому, вдруге, у вересні 2001 року було прийнято нову постанову Кабінету Міністрів України від 05.09.01 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 було впроваджено діючий порядок розрахункового обсягу видатків на охорону здоров'я з використанням фінансового нормативу бюджетної забезпеченості [3].

Слабкою ланкою попередньої методики було визнано тимчасовий коефіцієнт розподілу коштів між бюджетами у розрахунку на 1 жителя, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 05.09.1996р № 1070. Цей коефіцієнт використовувався до 2002 року і виступав основним диференціюючим чинником, однак критикувався багатьма науковцями через абстрактність та відсутність конкретних факторів, на основі яких він

розраховувався. Крім того, він був затверджений ще в 1996 році, а ситуація в багатьох регіонах істотно змінилась. Тому тимчасовий коефіцієнт розподілу коштів між бюджетами у розрахунку на 1 жителя було замінено на два нових: λ - коефіцієнт рівня застосування впливу вікової структури населення, і K_{zi2} – коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статеві та 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 покращило 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 покликані 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 задовольнялися однаково в різних територіальних утвореннях. Згідно з діючим порядком, розрахунок фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я проводиться окремо для:

- бюджету АРК та обласного бюджету
- бюджету міста республіканського АРК та обласного значення, бюджету району;
- бюджету місцевого самоврядування.

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

перерозподільних процесів [4, С.29]. Їхнє призначення – це лише справедливий розподіл бюджетних асигнувань у розрахунку на одного споживача суспільних послуг. Ці нормативи не визначаються на основі науково обґрунтованих обсягів реальної потреби у бюджетних коштах установ охорони здоров'я, тому не можуть повноцінно забезпечити процес нормальної роботи. Справедливість розподілу коштів між бюджетами у розрахунку на одного жителя країни не завжди передбачає якість і економічну ефективність у фінансуванні.

Фінансові нормативи бюджетної забезпеченості коригуються коефіцієнтами, які покликані враховувати існуючі відмінності у вартості надання соціальних послуг, залежно від кількості населення, соціально-економічних, демографічних, екологічних та інших особливостей адміністративно-територіальної одиниці. Для розрахунку фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я місцевих бюджетів використовуються наступні групи коригуючих коефіцієнтів:

I група – коефіцієнти, які 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 усіх місцевих бюджетів ($K_{zob(ark)} 1$, $K_{zm(r)} 1$);

II група коефіцієнтів, які 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 враховує відмінності у питомій вазі видатків на заробітну плату в загальній сумі видатків бюджетів ($K_{zob(ark)} 4$, $K_{zm(r)} 4$);

III група – сюди можна віднести один коефіцієнт, який використовується для обчислення нормативу для бюджету міста республіканського і обласного значення та бюджету району і встановлює частку населення, яке обслуговується відомчими закладами охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок державного бюджету ($K_{zm(r)} 5$);

IV – коефіцієнт, який встановлює частку видатків на первинну медико-санітарну амбулаторну допомогу, що надається самостійними дільничними амбулаторіями, амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету міста (району) (K_{zp}) – визначається райдержадміністрацією чи виконавчим комітетом міської ради на підставі даних року, що передуює плановому.

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

–коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статевої та 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 ($K_{zi\ 2}$)

–коефіцієнт рівня застосування впливу вікової структури населення (λ);

–коефіцієнт диференціації рівня витрат на одного жителя (місто республіканського АРК та обласного значення – 1,065; район – 0,934, для бюджетів м. Києва і Севастополя – 1), 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 ($K_{zm(r)3}$);

–коефіцієнт коригування чисельності наявного населення адміністративної одиниці, якому медична допомога надається відомчими закладами охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок державного бюджету ($K_{zm(r)5} = 0,5$);

–коефіцієнт застосування фактора впливу кількості населення міста районного значення, села, селища, що встановлюється райдержадміністрацією (виконавчим комітетом міської ради) у межах від 0,3 до 1 – (K_{zn});

–коефіцієнт застосування фактора впливу показника чисельності штатних працівників охорони здоров'я при розрахунку обсягу видатків на охорону

здоров'я бюджету місцевого самоврядування (Kz_1 , який розраховується як $1 - Kz_n$);

Негативним моментом є відсутність прозорої процедури визначення вищезгаданих коригуючих коефіцієнтів. Відомо, що деякі з них розраховані на підставі даних минулих років ($Kz_{ob(ark)1}$, $Kz_{m(r)1}$, $Kz_{ob(ark)4}$, $Kz_{m(r)4}$). Такий підхід не завжди можна вважати змістовним аргументом для розрахунку, адже практика останніх років показує нерідко необґрунтовані і спонтанні дії уряду у сфері охорони здоров'я. За останні роки фактичні обсяги фінансування далеко не відповідали наявним потребам в 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, так, наприклад, майже щорічного перерахунку потребують коефіцієнти – $Kz_{ob(ark)4}$ і $Kz_{m(r)4}$ у зв'язку із підвищенням заробітної плати медичним працівникам. Однак, повторні перерахунки урядом не проводяться і коефіцієнти залишаються на рівні минулих років.

Крім того, діюча методика не враховує також ряд таких важливих факторів як особливість розташування мережі лікувально-профілактичних закладів. Це підтверджує проведений аналіз діючого порядку планування обсягів бюджетних видатків на охорону здоров'я на прикладі бюджетів трьох районів Тернопільської області. Вибір районів здійснювався за показником кількості установ охорони здоров'я, що фінансуються з кожного бюджету. Так, з бюджету Зборівського району утримується максимальна кількість установ охорони здоров'я (81 од.), Підгаєцького – мінімальна (29) і з бюджету Чортківського району фінансується середня кількість установ – 57 од.

Плануючи кошти за встановленою формулою розподілу бюджетних асигнувань, в основі якої лежить фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на душу населення, видатки на охорону здоров'я по даних бюджетах складалі: бюджету Зборівського району – 2819,2 тис. грн., Чортківського району – 4893,0 тис. грн., Підгаєцького району – 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 чол. 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 більше у 1,4 рази, ніж у Зборівському районі, що зумовлено існуючою мережею закладів. Даний аспект обов'язково потрібно враховувати, щоб не ставити одні установи адміністративно-територіальної одиниці у більш вигідну позицію у фінансуванні в порівнянні з іншими. З цією метою доцільно встановлювати коригуючі коефіцієнти, які б враховували дану відмінність у показниках зовнішньої кубатури будівель медичних закладів або віддавати у приватизацію окремі підрозділи установ охорони здоров'я.

Суттєвим недоліком є те, що формули, які використовують для розрахунку обсягу бюджетних видатків на охорону здоров'я є досить складними і громіздкими, а окремі з них містять 9, а то й 12 показників. Це значно ускладнює процес обчислення і вимагає відповідного рівня програмного забезпечення.

Крім того, формули майже щорічно змінюються та коректуються, що порушує стабільність у фінансових відносинах між бюджетами і не дає здійснювати довгострокове планування видатків. За період реформи, формула визначення розрахункового обсягу бюджетних асигнувань на охорону здоров'я змінювалась тричі.

Надалі залишається відкритою проблема фінансового вирівнювання бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення. Диференціація середньодушових видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я є досить значною. Найбільш широким діапазоном коливання вирізняються видатки міст обласного значення, які призначені на дані цілі – мінімальне значення 0,2 грн. ос., максимальне – 269,7 грн.ос. [1, С.27]. Це

свідчить про неефективність запровадженої формульної методики розрахунку обсягу видатків бюджетів на охорону здоров'я і необхідність її удосконалення.

IV. Висновки. Запропонована методика розподілу видатків на охорону здоров'я між бюджетами є недосконалою і потребує змін і доповнень. Одним з недоліків запровадженого порядку є велика залежність від даних органів статистики (кількість населення адміністративно-територіальної одиниці, кількість населення, що обслуговується відомчими закладами охорони здоров'я тощо), інформація якої може містити похибки, тому таку імовірність потрібно обов'язково враховувати. Крім того, деякі показники є досить динамічними, так, наприклад показники кількості населення чи рівня заробітної плати медичних працівників швидко змінюються і не можуть виступати сталими величинами для розрахунків, що значно ускладнює процедуру планування і вимагає постійних уточнень і повторних перерахунків. До того ж, мінливість законодавства і нестабільність формульної методики розподілу трансфертів, не дозволяють територіальним фінансовим органам застосовувати принципи довготермінового бюджетного планування і приймати рішення на перспективу щодо використання коштів місцевих бюджетів.

Також, вважаємо, що коригування фінансових нормативів доцільно здійснювати з урахуванням всіх можливих факторів, які об'єктивно впливають на обсяг видатків бюджетів, лише у цьому випадку відбудеться раціональне і справедливе використання бюджетних коштів та якісне задоволення потреб у сфері охорони здоров'я. Наприклад, в 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.

Вважаємо, що бюджетне планування, яке в останні роки зайняло досить міцні позиції в сфері розподілу бюджетних коштів, повинно враховувати не лише критерій справедливості й обмежуватись нормативом видатків бюджетних коштів на одного жителя країни, як це має місце в охороні здоров'я. Даний процес повинен також сприяти якісному й ефективному витрачанням

бюджетних коштів та бути пов'язаним з фінансовим плануванням, яке здійснюється на рівні окремої бюджетної установи і більш чітко враховувати її потреби.

Література

1. Бюджетний кодекс України. Затверджений ВРУ 21.06.2001 р. № 2542-III // Офіційний вісник України. – К., 2001.– № 29.
2. Постанова Кабінету Міністрів України №1932 "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". – Доступний з: <<http://www.kmu.gov.ua>.
3. 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 – Доступний з: <<http://www.kmu.gov.ua>.
4. Кириленко О.П. Державні фінанси в умовах формування демократичного суспільства // Світ фінансів. – 2004. – Випуск 1. – С. 22–33.