
БЮДЖЕТНІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

І.Ф. Щербина
директор групи бюджетної та фіскальної політики
проекту “Реформування місцевих бюджетів в Україні”
АМР США

В умовах трансформації економіки та суспільства реформування галузей соціально-культурної сфери є найбільш актуальною проблемою, адже підвищення рівня життя населення є головною метою демократичних реформ. Підґрунтям для функціонування галузей соціально-культурної сфери, зокрема охорони здоров'я, є забезпечення державою достатнього за обсягами та ефективного фінансування. Система охорони здоров'я у кожній країні більшою чи меншою мірою стикається з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. “Кожна з країн Європейського Союзу у свій час вдавалась до реформування національної системи охорони здоров'я. Кожна з країн йшла своїм власним шляхом, але проблеми, які їм доводилось вирішувати, були однаковими. Основною проблемою як для багатих, так і для бідніших країн є забезпечення достатнього фінансування медичної галузі. В країнах Східної Європи (Польщі, Естонії, Хорватії, Угорщині, Словенії), де рівень формальної зайнятості населення досить високий, новий підхід до фінансування ОЗ передбачав не збільшення обсягу витрат, а сприяв їх раціональному використанню. В той же час країни з менш формальною економікою (Росія, Румунія, Албанія) не змогли запровадити механізми ефективного фінансування через особливості виплат та оподаткування. Тому особливо важливим моментом реформування є ефективне використання ресурсів”.¹

Про тісний взаємозв'язок реформи галузей соціально-культурної сфери із бюджетною реформою свідчить і соціальна спрямованість бюджетів усіх рівнів, що виявляє себе у значній частці бюджетних видатків на соціально-культурну сферу. Отже, будь-які зміни у зазначених галузях потребуватимуть зміни бюджетних механізмів для їх реалізації тою чи іншою мірою.

Розмежування у Бюджетному кодексі України напрямів видатків на освіту та охорону здоров'я між бюджетами різних видів безумовно відіграло позитивну роль у становленні системи державних фінансів в Україні. Водночас таке розмежування впроваджено більше з фінансових міркувань, ніж виходячи з природи відповідних послуг. Видатки розподілено за видами бюджетних установ, а не за їх функціональним призначенням у наданні по-

¹ Др. Антоніс Малагардіс. Стратегічне планування для ефективного розміщення ресурсів та управління медичними послугами в Україні. <http://www.healthfin.kiev.ua>

слуг з охорони здоров'я. У результаті на практиці видатки на всі рівні освіти та охорони здоров'я тією чи іншою мірою здійснюються як із державного, так і з місцевих бюджетів, що значно зменшує прозорість бюджетного процесу та ефективність управління фінансовими ресурсами галузі із боку Міністерства охорони здоров'я.

Надання державою послуг із охорони здоров'я фінансується не лише через Міністерство охорони здоров'я України, а і через інші міністерства та відомства. Це пов'язано з утриманням на своєму балансі цими міністерствами та відомствами різноманітних закладів, що надають освітні послуги та послуги з охорони здоров'я. Так, видатки на охорону здоров'я у 2003 році здійснено через 21 головного розпорядника коштів Державного бюджету, у тому числі через 4 обласних державних адміністрації. У 2004 р., окрім МОЗ, видатки здійснено ще через 14 головних розпорядників, у тому числі 2 облдержадміністрації.

Видатки, здійснені через інших головних розпорядників коштів Державного бюджету, становили у 2004 році 1 792,6 млн.грн., або 71% від видатків, здійснених за програмами МОЗ.

Розпорощення видатків Державного бюджету по численних головних розпорядниках коштів (міністерств та відомств) є досить значною проблемою у дотриманні прозорості та ефективності управління бюджетними коштами. Доступ до надання послуг у даному випадку здійснюється за професійною ознакою населення. Причому, працівники зазначених міністерств та відомств паралельно користуються послугами установ освіти та охорони здоров'я, які входять до мережі Міністерства охорони здоров'я або утримуються за рахунок коштів місцевих бюджетів (окрім послуг з підвищення кваліфікації).

Мережа установ та закладів з охорони здоров'я, яка утримується за рахунок кошторису різноманітних міністерств та відомств, розташована по території країни. Звітність про видатки Державного бюджету у регіональному розрізі Державним казначейством України не розробляється та МОЗ не надається. Отже, МОЗ фактично усунуто від впровадження єдиної державної політики у сфері охорони здоров'я, у тому числі від контролю за ефективним витрачанням бюджетних коштів по значній частині медичних послуг, що надаються населенню України.

За рахунок коштів Державного бюджету також здійснюються видатки капітально-го характеру, пов'язані із будівництвом та реконструкцією закладів охорони здоров'я. Зокрема, у 2003 р. через 4 обласних державних адміністрації профінансувалось 6,9 млн. грн. таких видатків. Крім того, у Законі України "Про Державний бюджет на 2003 рік" вперше було передбачено інвестиційну субвенцію із державного до місцевих бюджетів для здійснення подібних видатків.

У 2004 році за рахунок коштів інвестиційної субвенції до галузі охорони здоров'я через місцеві бюджети спрямовано 76,7 млн. грн.

Головним розпорядником коштів Державного бюджету по зазначених субвенціях було визначено Міністерство фінансів України. Такий підхід унеможлиблює контроль за перерозподілом фінансового ресурсу з боку МОЗ, здійснення ним єдиного методологічного забезпечення впровадження державної політики у галузі.

Аналіз звітних даних показує, що найбільша частина видатків як у державному, так і у місцевих бюджетах здійснюється за рахунок коштів загального фонду. За даними Світового банку, кошти, залучені до спеціального фонду, не відображають реальної участі приватного сектору у фінансуванні галузі. Переважна частина коштів населення сплачується за "тіньовими" схемами. Вирішення зазначеної проблеми полягає у концептуальній зміні підходу до формування системи. Необхідно перейти від ідеології "утримання бюджетної установи" до "державного замовлення послуг". Такий підхід передбачає значні інституціональні перетворення і потребуватиме достатньо часу на його впровадження. Однак, врахо-

вучачи кращий міжнародний досвід, можна стверджувати, що лише такий підхід приведе до ефективного використання бюджетних ресурсів. Його запровадженню має передувати повномасштабне впровадження програмно-цільового методу по усіх ланках системи охорони здоров'я, тобто у діяльності закладів і державної, і комунальної власності.

Незважаючи на те, що охорона здоров'я громадян – це державна функція, вона делегована у більшості випадків місцевому самоврядуванню. Тому у структурі видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я переважну частину становлять видатки місцевих бюджетів. Їх частка складала у 2002 році 79% від видатків зведеного бюджету, у 2003 р. – 75,8%, у 2004 р. – 71,7%, за планом 2005 року – 76,2%.

Традиційно найбільша частка видатків на охорону здоров'я здійснюється з місцевих бюджетів промислово розвинутих областей і столиці. Так, за даними звіту у 2004 році частка видатків на охорону здоров'я склала:

- Донецька область – 10,2%;
- Місто Київ – 8,9%;
- Дніпропетровська область – 7,4%.

Обсяг видатків, затверджених місцевими радами, на охорону здоров'я у кожній області (Автономної Республіки Крим) залежить від кількості населення, його статевого та вікового складу та рівня захворювань, а не від обґрунтованої якості надання медичної послуги.

Кількість населення у фінансовому забезпеченні галузі відіграє найголовнішу роль, оскільки саме за цим параметром розраховується обсяг міжбюджетного трансферту (дотації вирівнювання) із державного до місцевих бюджетів – за формулою, затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України від 5 вересня 2001 р. № 1195 із змінами та доповненнями, згідно з якою обсяг видатків на охорону здоров'я, на який буде спрямовано дотацію вирівнювання із Державного бюджету, розраховується для конкретного місцевого бюджету окремо. Він залежатиме, по-перше, від кількості населення, по-друге, – від фінансового нормативу бюджетної забезпеченості для охорони здоров'я, встановленого Міністерством фінансів на плановий бюджетний рік. Причому, згідно з статтею 94 Бюджетного кодексу України, фінансовий норматив бюджетної забезпеченості – це обсяг фінансового ресурсу, який держава може дозволити спрямувати на видатки місцевих бюджетів, поділений на кількість населення. Власне, за економічним змістом це є норматив бюджетної спроможності держави. Він не відображає реальну забезпеченість ресурсами на надання якісних послуг населенню у необхідному обсязі.

Таким чином, формула розподілу обсягу міжбюджетного трансферту (дотації вирівнювання) не враховує саме потребу в отриманні обсягу й видів медичних послуг та фактори, які впливають на ці послуги (наявність мережі бюджетних установ, вікового або статевого складу населення, рівня захворювань тощо). Ці параметри органи місцевого самоврядування намагаються врахувати при затвердженні обсягу видатків на охорону здоров'я в рішенні відповідної місцевої ради про бюджет. Однак, вони обмежені обсягом фінансового ресурсу. Тому спостерігається тенденція, коли органи місцевого самоврядування середніх та малих за кількістю населення адміністративно-територіальних одиниць (АТО) затверджують обсяг видатків на кожну із галузей соціально-культурної сфери, у тому числі на охорону здоров'я, виключно у межах розрахункового показника Міністерства фінансів стосовно дотації вирівнювання. Водночас великі АТО, особливо промислові міста, збільшують обсяг таких видатків порівняно із розрахунковим показником Міністерства фінансів за рахунок власних доходів. Тобто якість надання послуг з охорони здоров'я залежатиме від виду адміністративно-територіальної одиниці, що суперечить конституційному праву кожного громадянина України у забезпеченні однаковим рівнем та якістю медичних послуг незалежно від його місця проживання.

Таблиця 1

Обсяг видатків на охорону здоров'я за 2001 та 2004 роки у розрахунку на 1-го мешканця

Регіони	2001 рік (до прийняття Бюджетного кодексу України)			2004 рік (після вступу в дію Бюджетного кодексу України)		
	Обсяг ви- датків	Кількість навного населення	Обсяг ви- датків у роз- рахунку на 1 мешканця	Обсяг ви- датків	Кількість навного населення	Обсяг ви- датків у роз- рахунку на 1 мешканця
	<i>тис.грн.</i>	<i>тис.чол.</i>	<i>грн.</i>	<i>тис.грн.</i>	<i>тис.чол.</i>	<i>грн.</i>
Україна	5133019,7	48 457,3	105,9	8 630159,0	47 280,8	182,5
Автономна Республі- ка Крим	270 601,2	2 033,7	133,1	442 299,8	1 994,3	221,8
Області:						
Вінницька	161 261,7	1 772,4	91,0	297 292,9	1 720,1	172,8
Волинська	98 233,4	1 060,7	92,6	173 115,5	1 044,8	165,7
Дніпропетровська	406 487,2	3 567,6	113,9	639 279,2	3 476,2	183,9
Донецька	546 864,2	4 841,1	113,0	883 805,1	4 671,9	189,2
Житомирська	136 454,5	1 389,5	98,2	242 281,1	1 345,3	180,1
Закарпатська	105 891,5	1 258,3	84,2	191 954,9	1 248,5	153,7
Запорізька	226 602,8	1 929,2	117,5	364 643,5	1 877,2	194,2
Івано-Франківська	120 363,4	1 409,8	85,4	219 832,3	1 393,6	157,7
Київська	191 186,2	1 827,9	104,6	322 034,1	1 778,9	181,0
Кіровоградська	111 492,8	1 133,1	98,4	182 237,2	1 083,9	168,1
Луганська	258 141,6	2 546,2	101,4	436 694,0	2 440,3	179,0
Львівська	244 637,2	2 626,5	93,1	429 172,5	2 588,0	165,8
Миколаївська	122 162,8	1 264,7	96,6	196 296,2	1 229,5	159,7
Одеська	210 154,1	2 469,1	85,1	368 821,9	2 415,7	152,7
Полтавська	160 037,4	1 630,1	98,2	278 016,5	1 572,5	176,8
Рівненська	111 095,0	1 173,3	94,7	207 761,9	1 160,7	179,0
Сумська	133 993,2	1 299,7	103,1	210 181,7	1 243,9	169,0
Тернопільська	94 632,3	1 142,4	82,8	180 013,0	1 119,6	160,8
Харківська	291 448,2	2 914,2	100,0	478 406,0	2 848,4	168,0
Херсонська	118 111,1	1 175,1	100,5	194 124,3	1 138,2	170,6
Хмельницька	128 919,3	1 430,8	90,1	234 443,8	1 388,0	168,9
Черкаська	150 960,9	1 403,0	107,6	246 784,4	1 357,1	181,8
Чернівецька	74 944,7	922,8	81,2	142 984,7	911,5	156,9
Чернігівська	128 233,1	1 245,3	103,0	218 884,6	1 187,7	184,3
м.Київ	482 200,7	2 611,3	184,7	767 611,6	2 666,4	287,9
м. Севастополь (місь- крада)	47 909,2	379,5	126,2	81 186,2	378,6	214,4

Крім утримання установ та закладів охорони здоров'я, що належать до власності відповідної територіальної громади, у місцевих бюджетах можуть передбачатися міжбюджетні цільові трансферти для фінансування установ, що належать іншим адміністративно-територіальним громадам. Таке право надано ст.101 Бюджетного кодексу України². Аналіз з боку МОЗ процесу обміну міжбюджетними трансфертами між місцевими бюджетами, оцінка його якісних наслідків за діючої схеми функціонування галузі неможлива. Фінансова звітність про виконання місцевих бюджетів формується Державним казначейством України та спрямовується виключно до Міністерства фінансів України.

Існуюча фінансова звітність має певні системні вади щодо її використання з метою системного аналізу галузі. Зазначене є наслідком різних методологічних підходів у складанні та виконанні державного та місцевих бюджетів України. Так, відповідно до вимог Бюджетного кодексу України, Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.09.2002р. № 538-р, Міністерство охорони здоров'я працює за програмно-цільовим методом бюджетування. Водночас у місцевих бюджетах цей метод не застосовується, за винятком окремих бюджетів, що самостійно працюють у порядку експерименту із залученням міжнародної технічної допомоги.

Створення типових бюджетних програм у частині делегованих повноважень, зокрема у охороні здоров'я, та базового переліку показників результативності цих програм (індикаторів якості наданих послуг) відповідає вимогам Програми діяльності Кабінету Міністрів України "Назустріч людям", схваленої Постановою Верховної Ради України від 04.02.2005 р. № 2426. Це дасть можливість ввести автоматизований моніторинг ефективності використання коштів у системі охорони здоров'я. Окрім того, запровадження під методологічним керівництвом МОЗ зазначених бюджетних програм, наприклад, програми "Сімейний лікар" створить підвалини для повномасштабного реформування галузі, забезпечить сприйняття реформи населенням.

Вирішити проблеми запровадження програмно-цільового методу у системі охорони здоров'я можливо завдяки спільним зусиллям Міністерства фінансів України, Державного казначейства України, Міністерства економіки України та Міністерства охорони здоров'я України, інших зацікавлених міністерств та відомств.

Отже, при здійсненні реформи системи охорони здоров'я необхідно враховувати такі бюджетні аспекти:

1. Включити відомчі заклади охорони здоров'я до мережі МОЗ.
2. Визначити МОЗ головним розпорядником коштів Державного бюджету за усіма видами міжбюджетних трансфертів (окрім трансфертів вирівнювання), що спрямовуються на видатки у галузі охорони здоров'я, у тому числі за коштами інвестиційних субвенцій.
3. Провести інвентаризацію наявних бюджетних програм, зокрема Державних цільових програм, з метою їх оптимізації та підвищення ефективності. Привести рівень фінансового забезпечення галузі по усіх ланках бюджетної системи у відповідність до визначених пріоритетів після оптимізації зазначених програм.
4. Забезпечити впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я та надання гарантованого обсягу й якості послуг кожному громадянину України. Впрова-

² В основному таким правом користуються на районному рівні, коли за рахунок коштів бюджетів сіл, селищ та міст районного значення передбачаються субвенції районному бюджету для підвищення рівня фінансування районної лікарні.

Окрім цього, на видатки з обласних бюджетів утримуються окремі спеціалізовані заклади, послугами яких користується населення не лише цієї області, а й усіх регіонів України. Обмін міжбюджетними трансфертами у даному випадку регулюється не тільки Бюджетним кодексом України, а й спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства фінансів України № 246/514 від 04.07.2003 року, що зареєстрований у Міністерстві юстиції України 14 серпня 2002 р. за № 663/6951 „Про затвердження Механізму міжбюджетних розрахунків за медичну допомогу, надану хворим міжобласними медичними спеціалізованими закладами, центрами”.

дити у порядку експерименту типові місцеві бюджетні програми в частині делегованих повноважень та базовий перелік показників результативності цих програм. Наприклад, запровадити в порядку експерименту місцеву бюджетну програму “Сімейний лікар”. Врахувати у формулі розподілу міжбюджетних трансфертів додаткові кошти на підтримку експерименту з впровадження згаданої бюджетної програми.

5. Запровадити моніторинг та оцінку ефективності впровадження бюджетних програм за показниками результативності по усіх ланках системи на основі автоматизованої системи казначейської звітності.

6. Розробити мінімальні державні стандарти надання послуг з охорони здоров'я.

7. Удосконалити формулу розподілу міжбюджетних трансфертів, взявши за основу науково обгрунтовані мінімальні стандарти з послуг охорони здоров'я, розроблені МОЗ. Привести фінансові ресурси місцевих бюджетів у відповідність з обсягом делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я. Удосконалити програмно-цільовий підхід в частині бюджетних програм, що фінансуються за рахунок коштів Державного бюджету на основі застосування науково обгрунтованих стандартів.

8. Здійснити інституціональні зміни системи охорони здоров'я, спрямовані на перехід від ідеології “утримання бюджетної установи” до “державного замовлення послуг”.

Джерела

1. *Василик О.Д., Павлюк К.В.* Бюджетна система України – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – С. 170–176.
2. *Луніна І.О.* Державні фінанси України в перехідний період – Харків: Форт, 2000. – С. 186–215.
3. *Миргородська Л.О.* Фінансові системи зарубіжних країн – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 57 с.
4. *Романенко О.Р.* Фінанси – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 310 с.
5. *Конституція України* від 28.06.1996 р. – К.: Преса України, 1997. – 80 с.
6. *Принципи Європейської Хартії місцевого самоврядування.* Навч. посібник / М. Пітцик, В. Кравченко та ін. – К., 2000. – 136 с.
7. *Local Government Economics in Theory and Practice*, David King, Ed., Routledge, Chapman & Hall, New York, 1992. – 184 p.
8. *Хоффманн Л., Мьоллерс Ф.* Україна на шляху до Європи. – К.: Фенікс, 2001. – 344 с.
9. *Антоніс Малагардіс.* Стратегічне планування для ефективного розміщення ресурсів та управління медичними послугами в Україні. <http://www.healthfin.kiev.ua>

Анотація. На основе данных Государственного казначейства Украины и условий законодательства в статье анализируется существующий механизм бюджетного финансирования здравоохранения, включая все части бюджетной системы и системы межбюджетных отношений. Согласно данным анализа, автор делает заключение относительно недостатков бюджетной системы, затрагивающих качество и пригодность медицинских услуг для населения, и предлагает пути усовершенствования системы.

Summary. On the basis of State Treasury of Ukraine data and of provisions of legislation, the article analyzes current budget mechanism of budget funding of health care including all parts of budget system and system of inter-budgetary relations. According to the analysis data, the author makes conclusions as to the shortcomings of the budget system that affect the quality and availability of the medical services to the population and proposes ways of the system improvement.

Стаття надійшла до редакції журналу 07.06.2006 р.