

УДК 338.244.47

ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: АНАЛІТИЧНИЙ ПІДХІД

Котова С.С.

Розглянуто наявний стан фінансування галузі в умовах існуючої з Радянських часів моделі Семашко, зазначено її основні недоліки. Зроблено аналіз реальних фінансових потреб галузі. Визначено перспективні напрями оптимізації існуючих методів фінансування та методик економічно обґрунтованого розрахунку регіонального фінансування охорони здоров'я. Запропоновано нові, більш ефективні, способи фінансування бюджетних установ.

Ключові слова: кошторис, фінансування, модель Семашко, витрати, видатки, подушний норматив, бюджет, економічна структура видатків

ВСТУП

Сьогодні існують незаперечні докази, що здоров'я населення є одним з найважливіших чинників розвитку економіки будь-якої країни та добробуту населення. За останні півстоліття здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилася в декілька разів. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сучасна система охорони здоров'я повинна, забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільш потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю медичних послуг і забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні [1]. Стан здоров'я населення України на сучасному етапі розвитку оцінюється як незадовільний: високий рівень загальною смертності, який практично неухильно зростає; низькі рівні очікуваної тривалості життя і тривалості життя без інвалідності; найвищий в Європейському регіоні природний спад населення; відсутність ознак подолання епідемії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу.

Провідною проблемою української охорони здоров'я, як свідчать дані аналізу вітчизняних та міжнародних експертів, є невідповідність діючої в Україні старої радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашко), призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям [2].

Недоліки існуючої в Україні моделі охорони здоров'я перш за все проявляються в [3, с.21]:

- зосередженості на вирішенні потреб галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення;
- неефективності структури системи, що призводить до деформованості структури медичних послуг та неефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я;
- недостатності обсягів фінансування з громадських джерел, що призводить до порушення принципів справедливості та солідарності.

Недоліки моделі фінансування призводять до неповної реалізації можливостей казначейства щодо управління бюджетними потоками та оптимізації методів фінансування витрат бюджетів. Тому актуальними сьогодні є дослідження, спрямовані на пошук та аналіз нових, нетрадиційних методів фінансування витрат, використання яких дозволить удосконалити процедури виконання бюджетів.

Характеристика методів фінансування наводиться у працях низки вітчизняних науковців - Й.М. Бескида, В.Г. Дем'янишина, О.Д. Василика, В.М. Опаріна, Л.Д. Сафоновой, Н. Карпишин, О. Кириленко, С.І. Юрія. Однак при визначенні методів фінансування зазвичай не враховуються особливості казначейського обслуговування з бюджету. Відсутній аналітичний підхід до пошуку альтернативних джерел фінансування та більш раціонального розподілу коштів при нині існуючій системі фінансування. В окремих наукових роботах зазначається необхідність застосування методу єдиного казначейського рахунку у бюджетному фінансуванні. Однак, мало уваги в економічній літературі приділяється пошуку найбільш ефективних способів фінансування бюджетних видатків в умовах функціонування казначейської системи. Окремі аспекти даної проблематики у своїх працях розглядають російські науковці та фахівці-практики Т.Г.Нестеренко, В.В.Сидоренко, Є.В. Бушмен. Проте, питання вдосконалення методів здійснення видатків бюджетів досі залишається мало вивченим і потребує глибокого дослідження. Тому метою нашої роботи є більш детальний розгляд наявного стану фінансування галузі, аналіз її реальних фінансових потреб, визначення перспективних напрямів оптимізації існуючих методів фінансування та розподілу видатків бюджету та пошук найбільш ефективних способів фінансування бюджетних установ.

1 АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

За останнє десятиліття обсяг фінансування охорони здоров'я в Україні істотно збільшився: майже у 8 разів у фактичному вимірі або у 2 рази в реальному вимірі з поправкою на інфляцію. Однак недостатнє

фінансування галузі вважається однією з провідних проблем національної охорони здоров'я. Як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5-6,5% ВВП. Такі показники характерні для ряду країн Східної та Центральної Європи. Проте співвідношення надходжень з державних та недержавних джерел фінансування в Україні є одним з найгірших на Європейському континенті [3, с.21].

З метою подолання відставання України від інших країн у величині частки видатків на охорону здоров'я у ВВП та для надання якісної, доступної для широких верств населення медичної допомоги необхідно мати у Державному бюджеті України на 2009 р. видатки на охорону здоров'я не менш 5% до ВВП (в 2009 р. при ВВП в обсязі 1267,5 млрд. грн. сума видатків на охорону здоров'я склала б 63,4 млрд. грн.) [4, с.20].

У проекті Державного бюджету України загальні видатки на охорону здоров'я враховано на 2009 р. у сумі 41,3 млрд. грн. (2008 р. - 32,1 млрд. грн.), в т.ч. [4, с.20].:

- загальний фонд - 37,9 млрд. грн. (2008 р. - 29,0 млрд. грн.);

- спеціальний фонд - 3,4 млрд. грн. (2008 р. - 3,1 млрд. грн.).

Питома вага видатків на охорону здоров'я з врахуванням обсягу спеціального фонду в загальному обсязі ВВП становитиме 3,3% (2007 р. - 3,5%, 2008р. - 3,6%) [4, с.20].

Повертаючись до питання бюджету охорони здоров'я, слід зауважити, що витрачання коштів відбувається чітко у відповідності до повноважень, що надані головним розпорядникам бюджетних коштів, яких налічується понад тридцять [5], через Державне казначейство України. Бюджетні кошти розподіляються жорстко за статтями, а саме на: заробітну платню та виплати персоналу, на утримання будівель, медикаменти та медичне обладнання і харчування пацієнтів. Кількість персоналу медичних закладів жорстко залежить від кількості і структури лікарняних ліжок для стаціонарів та від кількості відвідувань для амбулаторної ланки [6], тобто базується на прогностичних показниках потужності закладів і взагалі не враховує об'єм і якість виконаної ними роботи. Розподіл коштів на харчування і медикаментозне забезпечення вираховується як добуток відповідних нормативних видатків і очікуваної кількості ліжок-днів. В зв'язку з хронічною нестачею коштів у секторі охорони здоров'я, вони переважно спрямовуються на т.зв. „захищені статті" (фонд зарплати, основні видатки та харчування), при цьому власне на лікувальний процес залишається не більше 10-15% загальних витрат (див, табл.1).

Таблиця 1 Економічна структура видатків у закладах системи Міністерства охорони здоров'я міста

Полтава у 2007-2009 роках, за даними управління охорони здоров'я міста Полтава

Призначення видатків	2007 рік	2008 рік	2009 рік
	тис.грн.	тис.грн.	тис.грн.
Зарплата з нарахуваннями	61914,1	85234,6	93561,0
Медикаменти	6698,6	6510,8	7258,6
Продукти харчування	1124,2	1226,5	1314,1
Комунальні послуги та енергоносії	5497,3	7739,4	10371,1
Зубне протезування	452,8	546,3	537,6
Інші видатки	8832,98	6837,9	5751,6
Бюджетні призначення усього	84519,98	108095,5	118794,0
Мінімальна розрахункова потреба	101064,3	151417,8	191788,9
Відсоток від мінімальної розрахункової потреби, %	84	72	62

Як видно з таблиці 1., реальне становище медичної галузі не в змозі задовольнити мінімальну розрахункову потребу медичних установ. За даних обставин система, охороні здоров'я України необхідні послідовні та глибокі інституціональні та структурні перетворення, спрямовані на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб в медичній допомозі [3, с.33].

За найбільш скромними оцінками, питома вага особистих витрат населення на охорону здоров'я складає більше 40% від загального об'єму фінансування галузі (за даними Світового банку - 2,3-3% ВВП [7]). Такі фінансові інструменти як добровільне медичне страхування та лікарняні каси істотного впливу на обсяги фінансування не мають. Переважає пряма оплата послуг населенням. Громадяни з особистих коштів оплачують значну частину медичних послуг. Більшість населення самостійно забезпечує себе медикаментами при лікуванні не тільки в амбулаторних, але і в стаціонарних умовах. Значну частку (до 10% від загальних витрат) складають неформальні/ тіньові платежі [3, с.21-22].

Наростання платності відбувається в хаотичній і неконтрольованій формі, без яких-небудь виразних спроб держави пом'якшити негативні наслідки цього процесу для населення. Все це приводить до істотної нерівності в доступності медичної допомоги: майже 18,5% домогосподарств не можуть одержати необхідну

медичну допомогу. Факти свідчать, що поширення неформальних, неофіційних платежів відлякує від використання медичних послуг перш за все низько-дохідні групи населення і сільських жителів [3, с.22].

Поглиблює негативні тенденції в фінансуванні охорони здоров'я децентралізована чотирьохрівнева система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я, встановлена Бюджетним кодексом 2001р. Використання коштів, що виділяються на охорону здоров'я на кожному рівні бюджетної системи, частково перетинається. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих же видів медичної допомоги для одних і тих же категорій населення, що надаються різними по підлеглості медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів: потужності і робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Водночас оптимізація потоків пацієнтів і структури медичного обслуговування стикається з важко вирішуваною проблемою відповідного перерозподілу об'ємів фінансування медичних установ між бюджетами. Фінансові ресурси в охороні здоров'я дезінтегровані, перш за все через надмірну фрагментацію коштів, що виділяються на охорону здоров'я (аж до рівня селищної ради), а механізми інтеграції практично не діють.

Діючі механізми кошторисного фінансування медичних установ не створюють у них стимулів до підвищення якості медичних послуг і ефективності використання ресурсів. Крім того, формування кошторису закладу на старих радянських підходах, що базуються на їх потужності, тобто залежно від чисельності ліжок і персоналу в установах охорони здоров'я, а не від потреб населення в медичній допомозі створює неадекватні стимули до екстенсивного розвитку галузі, збереження надмірної і неефективної інфраструктури (зокрема шляхом невинновданого збільшення числа амбулаторних консультацій, не обгрунтованих госпіталізації, подовження термінів госпіталізації і ін.). Об'єм і якість виконуваної роботи при цьому не враховуються [3, с.22].

Як відомо, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні значно зменшилися. Так, за деякими розрахунками, з 1989 по 1999 рр. вони скоротились майже у 8 разів. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів все більша частка амбулаторної і стаціонарної допомоги стає платною, що негативно впливає на її доступність населенню. У найбільш складному становищі опинилися найуразливіші категорії населення: діти, люди похилого віку та хронічно хворі. Проте, недостатність фінансових ресурсів не запобігає їх нецільовому використанню. Жорсткий розподіл коштів, що надходять до системи охорони здоров'я за бюджетними статтями кошторису, паралізує пошук внутрішньогалузевих резервів. Таким чином, національна система охорони здоров'я зіштовхується з двома дуже складними проблемами - катастрофічною недостатністю ресурсів та їх нерациональним використанням. Фінансується система за залишковим принципом, а функціонує як витратна [8].

В Україні система охорони здоров'я офіційно фінансується в основному із двох джерел: державного та місцевих бюджетів, згідно з правилами, встановленими Бюджетним Кодексом України.

З моменту набуття чинності Бюджетним Кодексом визначається подушний норматив бюджетного забезпечення на одного мешканця [9]. При розробці бюджету на охорону здоров'я також враховують обсяг видатків за минулий рік, потужність медичних закладів та фінансові можливості, що встановлюються фінансуючими органами на наступний бюджетний період [10].

2. Визначення перспективних напрямів оптимізації розподілу видатків бюджету та пошук найбільш ефективних способів фінансування бюджетних установ.

Розподіл бюджетних (державних і місцевих) коштів відбувається згідно з переліком дозволених статей, які ґрунтуються на нормах, встановлених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України за такими критеріями, як: кількість ліжок в стаціонарах, кількість відвідувань у амбулаторно-поліклінічних закладах та кількість медичного персоналу на відповідну кількість населення, що обслуговується

Потрібно зазначити, що за даного методу фінансування, не враховується що громадяни можуть бути зареєстровані в одному місці, а жити і працювати в іншому регіоні, також, не враховано сезонну міграцію, статеві-вікові відмінності, шкідливість забруднення навколишнього середовища, небезпека окремих регіонів щодо виникнення карантинних хвороб і ряд інших. Внаслідок цього, пропонується методика економічно обгрунтованого розрахунку регіонального фінансування охорони здоров'я, на прикладі Полтавської області з урахуванням кількості населення, статеві-вікових змін, стану здоров'я населення, ризиків навколишнього середовища й еквівалента обсягу медичної допомоги на одиницю населення України відповідно до офіційних рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Методика розподілу державного бюджету охорони здоров'я [11, с.33].:

1. Провести підрахунки еквівалента обсягу медичної допомоги населення України(укр.) і області (обл.) з обліком статеві-вікових змін.

2. Визначити індекс (I) частки одержуваної медичної допомоги області у державі по формулі 1.:

$$I = \frac{\sum_{i=1}^n \dot{A}_i}{\sum_{i=1}^n \dot{A}_{i,ukr}} \quad (1)$$

3. Знаючи частку населення в області (N), за формулою 2., де:

$$N = \frac{\text{населення області (Обл.)}}{\text{населення України (Укр.)}} \quad (2)$$

Визначасмо частку фінансових потреб області (F) у бюджеті України за формулою 3.:

$$F = N \times I \quad (3)$$

4. Визначасмо базову суму асигнувань області ($B'_{обл.}$) з державного бюджету ($B_{укр.}$), за формулою 4:

$$B'_{\text{ц}} = B_{\text{ц}} \times F \quad (4)$$

5. Вирівнювання бюджетного фінансування з урахуванням усунення негативних явищ у регіоні. Таким можна визначити забруднення повітряного простору. На основі (I_3) проводиться розрахунок додатку до бюджету на цільову програму для усунення негативних явищ в області ($B''_{\text{надбав.}}$), по формулі 5.:

$$B''_{\text{надбав.}} = N \times I \times B_{\text{ц}} \quad (5)$$

6. Визначення асигнувань з урахуванням збільшення на медичні цільові програми, за допомогою формули 6.:

$$B_{\text{охз}} = B'_{\text{охз}} + B''_{\text{надбав.}} \quad (6)$$

Проведемо конкретні розрахунки за результатами 2009 року, отриманих зі статистичних даних:

Сумарний статеві-віковий індекс Полтавської області – 10,1893591;

Сумарний статеві-віковий індекс України – 10,05227;

Відношення сумарних статеві вікових показників – $10,1893591:10,05227=1,013638$;

Питома частка населення області у загальній чисельності України – $4873021:49036519=0,099375$;

Коефіцієнт розрахунку бюджету області – 508863,13 тис.грн.;

Базовий бюджет області – 508863,13 тис.грн.;

Додаток до бюджету області на цільові програми по усуненню вказаних ризиків складає 42902,60669 тис.грн.

Бюджет області з урахуванням додатку = $508863,13+42902,60 = 551765,73$ тис.грн.

Оскільки загальна економічна тенденція розвитку України спрямована на ринкові відносини, то потреба у таких механізмах фінансування й управління медслужбою стає необхідним фактом [11, с.33].

Для поліпшення ситуації з фінансуванням охорони здоров'я, що склалася в Україні, головним завданням є збільшення в загальному обсязі фінансування охорони здоров'я частку надходжень з суспільних джерел. Оскільки можливості істотного збільшення фінансування за рахунок бюджетних коштів обмежені найбільш реалістичним підходом до реалізації цього завдання є перехід від чинної бюджетної моделі фінансового забезпечення до інших моделей, що базується на поєднанні різних видів медичного страхування (лікарняні каси, добровільне медичне страхування, обов'язкове соціальне медичне страхування), приділяючи найбільшу частку обов'язковому страхуванню з бюджетним фінансуванням.

ВИСНОВКИ

Підбиваючи підсумки проведеного дослідження, необхідно наголосити, що в даній статті було в загальних рисах описано напрями поліпшення фінансового стану установ охорони здоров'я. Дані, узагальнені ВООЗ свідчать, що єдиного правильного, найкращого підходу до фінансування системи охорони здоров'я не існує. Кожна країна розробляє і впроваджує свої поєднання механізмів збору і консолідації коштів відповідно до своїх потреб, історичних, фінансових і демографічних умов, соціальних пріоритетів і переваг, що призводить до поступового стирання відмінностей між "моделями" [12].

Динаміка економічних процесів і реформаторських дій в бюджетній сфері вимагають активізації наукової діяльності і розробки нових теоретичних підходів і пропозицій. В подальшому доцільно досліджувати окремі елементи системи фінансування галузі. Реформування методу фінансування видатків повинно бути одним із складових системи заходів, спрямованих на загальне підвищення ефективності бюджетної системи та закладів охорони здоров'я, зокрема. Тому з'ясування перспективних напрямів оптимізації існуючих методів фінансування та пошук найбільш ефективних способів фінансування бюджетних установ є актуальною проблемою вітчизняної фінансової науки.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения// Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008 г. - 86с.
2. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні . Спільний звіт /Під заг.ред.В.М.Лехан, В.М.Рудого. - К., Вид-во Раєвського, 2005.-168с.
3. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір // Главный врач.- 2010.-№1.-С.20-36.
- 4.Шевченко В.М. Аналіз зведеного бюджету на охорону здоров'я (за проектом державного бюджету України на 2009 рік)// Главный врач.-2008.-№10.-С.20-25.
5. <http://zakon.rada.gov.ua>
6. <http://search.ligazakon.ua>
7. Improving Intergovernmental Fiscal Relations in Ukraine, 2008. Режим доступу: <http://go.worldbank.org/6C56QH4A70>
8. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг.ред. В.М. Лехан. - К.:Сфера,2001.-С. 7-8.
9. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження формули розподілу обсягу між бюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами» від 5 вересня 2001 р. Режим доступу: <http://search.ligazakon.ua>
10. Робинсон Р., Диксон А., Моссиалос З. Системы здравоохранения в переходном периоде. Соединенное Королевство. - Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999. - С. 7- 8.
11. Шутів М.М. Удосконалення економічно обґрунтованих методів використання державного бюджету у системі охорони здоров'я України // Главный врач.-2004.-№4.- С.31-33.
12. Kutzin Joseph Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения / Стратегический документ по вопросам финансирования здравоохранения. Отдел поддержки систем здравоохранения в странах. Всемирная организация здравоохранения, 2008г. Режим доступу:- <http://www.euro.who.int/document/e91422r.pdf>

Котова Світлана Сергіївна, аспірант кафедри обліку в кредитних і бюджетних установах та економічного аналізу ДВНЗ «Київського національного економічного університету ім. Вадима Гетьмана», тел. (050)5338733, (068)8898969, e-mail: kotova_c_c@mail.ru