

Вдосконалення планування та здійснення видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я

У ринкових умовах господарювання кошти місцевих бюджетів є важливим джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я в суспільстві. 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.

В Україні місцеві бюджети посідають винятково важливе місце у фінансуванні охорони здоров'я населення. Зокрема, за рахунок коштів місцевих бюджетів впродовж 1996-1999 рр. було профінансовано більше 90% усіх бюджетних видатків на охорону здоров'я і хоч, починаючи з 2000 р. питома вага видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я почала дещо зменшуватись, однак надалі займала домінуюче значення і коливалась в межах 85-72% (рис. 1).

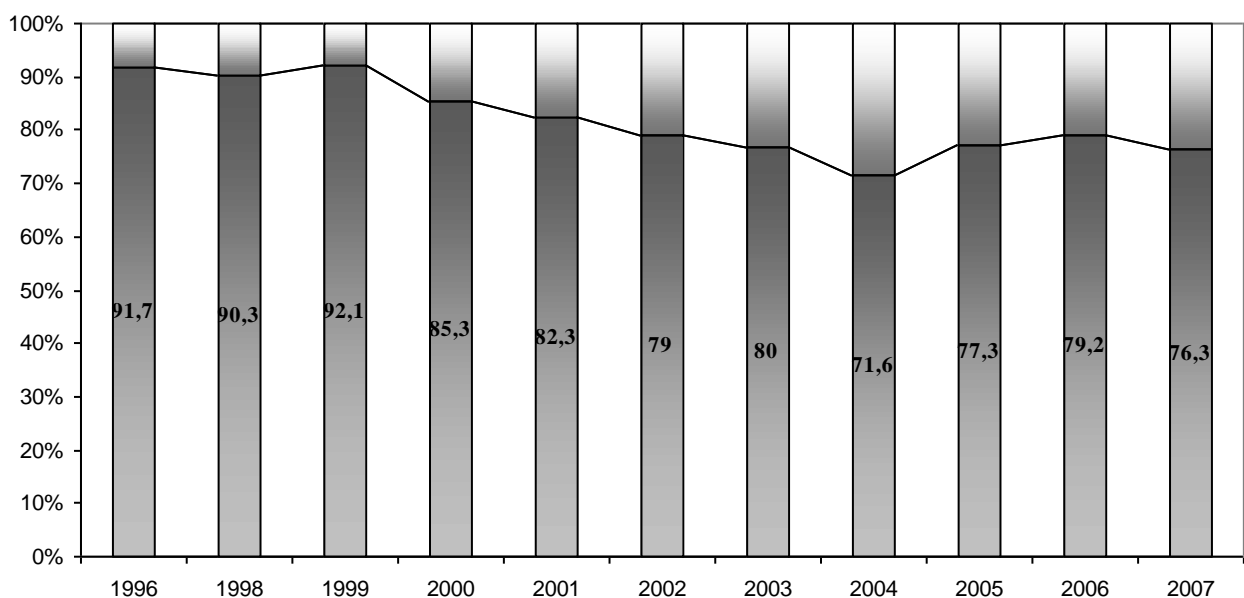


Рис. 2.3. Динаміка частки коштів місцевих бюджетів в структурі фактичних видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету України

Джерело: розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Як це видно з рис. 1, незважаючи на чітко окреслену соціальну спрямованість і пріоритетність витрачання коштів місцевих бюджетів на утримання системи охорони здоров'я, спостерігається тенденція до зменшення частки місцевих бюджетів і помітного зростання питомої ваги коштів державного бюджету у фінансуванні охорони здоров'я. Для порівняння: впродовж 1996-2007 рр. плановий обсяг коштів місцевих бюджетів, спрямованих на потреби охорони здоров'я, зріс лише у 6,4 рази, тоді як у державного бюджету – збільшився майже в 11 раз. В свою чергу, обсяги фактичного фінансування з місцевих бюджетів у зазначеному періоді зросли лише у 6,9 рази проти майже 24-кратного збільшення асигнувань із державного бюджету! Основними причинами виявленої тенденції є законодавчі зміни, внесені Бюджетним кодексом України у розмежування видатків між бюджетами; наявність відомчих закладів охорони здоров'я, мережа яких суттєво зросла; збільшення обсягів спеціального фонду державного бюджету, внаслідок більших можливостей державних закладів охорони здоров'я у проведенні некомерційної діяльності.

Детальніший аналіз фінансування охорони здоров'я можна провести за даними табл. 1. Зокрема, показник питомої ваги видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я щодо валового внутрішнього продукту протягом 1996-2007 рр. постійно коливався. Починаючи з 1996 р. цей показник почав знижуватися і в 2001 р. та 2004 р. опустився до мінімального рівня – 2,5%. Тобто незважаючи на кількісне зростання масштабів бюджетного фінансування, в країні спостерігається негативна тенденція до зменшення частки видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я щодо ВВП. В наступні роки ситуація несуттєво поліпшилась – в 2005-2006 рр., було отримано результат в 2,7% та 2,9%, а в 2007 р. – 3,2%, однак досягнути рівня частки видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів у ВВП за 1996 р. так і не вдалось. Загалом, зростання даного показника на фоні поступового збільшення загального обсягу ВВП в країні є позитивним явищем.

Аналіз питомої ваги видатків на охорону здоров'я в загальній структурі запланованого обсягу видатків місцевих бюджетів показав, що з кожним роком цей показник становить дедалі менший відсоток – у 2007 р. його значення знизилось до

рівня 18,3%, що значно менше порівняно з 32,3% у 2000 р. Проте, незважаючи на зниження частки видатків на охорону здоров'я в загальній структурі видатків місцевих бюджетів, фінансування охорони здоров'я надалі займає друге місце після фінансування освіти в політиці витрачання коштів на місцевому рівні.

Таблиця 1

Динаміка видатків зведеного бюджету і місцевих бюджетів України на охорону здоров'я впродовж 1996-2007 років

(млн. грн.)

Роки	Видатки місцевих бюджетів						Видатки зведеного бюджету					
	План	Факт	Рівень виконання, %	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага у загальній сумі видатків місцевих бюджетів, % (план)	Питома вага фактичних видатків на охорону здоров'я у ВВП, %	План	Факт	Рівень виконання, %	Темп приросту, % (за фактом)	Питома вага у загальній сумі видатків зведеного бюджету, % (план)	Питома вага фактичних видатків на охорону здоров'я у ВВП, %
1996	3127,5	2945,0	94,2	-	29,6	3,6	3693,4	3212,4	87,0	-	10,8	3,9
1998	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	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	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	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	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	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	8606,6	8694,1	101,0	+18,1	21,1	2,5	12219,8	12141,0	99,4	+25	11,5	3,5
2005	11820,5	11968,3	101,3	+37,7	20,7	2,7	15122,2	15476,5	102,3	+27,5	10,9	3,5
2006	15443,7	15638,1	101,3	+30,7	19,7	2,9	19455,7	19738,3	101,5	+27,5	11,2	3,6
2007	20055,9	20396,5	101,7	+30,4	18,3	3,2	26522,6	26717,6	100,7	+35,4	11,1	4,2

Джерело: розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Як свідчить аналіз даних табл. 1, показник виконання запланованих видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів впродовж 1996-2003 рр. жодного разу не

було виконано. Поліпшення ситуації із виконанням запланованих обсягів фінансування почалось у 2003 р. й в 2007 р. було досягнуто найвищого рівня виконання, а саме, вдалось перевиконати план на 1,7%. 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 ще не передбачає якісного задоволення потреб охорони здоров'я у фінансуванні.

Аналіз даних щодо видатків на охорону здоров'я у розрізі загального і спеціального фондів місцевих бюджетів, наданих у табл. 2 показав, що домінуючу роль у бюджетному фінансуванні охорони здоров'я з місцевих бюджетів займають кошти загального фонду – більше 90%.

Таблиця 2

Динаміка видатків на охорону здоров'я у розрізі загального і спеціального фондів місцевих бюджетів України у 2000-2007 рр.

(млн. грн.)

Роки	Загальний фонд бюджету					Спеціальний фонд бюджету				
	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, %
2000	4049,2	3835,2	94,7	–	92,1	377,2	330,7	87,7	–	7,9
2001	4826,2	4652,3	96,4	+21,3	90,6	537,7	480,8	89,4	+45,4	9,4
2002	5474,3	5333,8	97,4	+14,6	89,6	591,6	582,8	105,1	+29,3	10,4
2003	6717,9	6633,2	98,6	+24,4	90,2	614,5	723,2	117,6	+24,1	9,8
2004	7970,7	7853,3	98,5	+18,4	90,3	635,9	840,8	132,2	+16,3	9,7
2005	11075,9	10883,4	98,3	+ 38,6	90,9	744,6	1084,9	145,7	+ 29,0	9,1
2006	14440,5	14269,7	98,8	+ 31,1	91,2	1003,2	1368,3	136,4	+ 26,1	8,8
2007	18802,2	18643,1	99,2	+ 30,6	91,4	1253,8	1753,5	139,9	+ 28,2	8,5

Джерело: розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

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

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 2007 р. становили відповідно 1080,4 і 1753,6 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 локальному рівні. 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. Крім того, причиною неповного використання потенціалу комунальних медичних закладів у некомерційній діяльності є обмежений перелік дозволених законодавством платних медичних послуг та дефіцит бюджетних інвестицій, необхідних для її проведення. Наприклад, 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 сьогодні вистачає лише на покриття поточних видатків. Також досі немає методики визначення ціни платних медичних послуг, що надають заклади державної системи охорони здоров'я, а жорстка регламентація витрачання коштів, отриманих у результаті некомерційної діяльності, також не завжди є виправданою, оскільки інколи не дає закладам змоги забезпечити фінансування пріоритетних, за їх оцінкою, потреб.

Позитивною тенденцією є зростання щорічних темпів приросту бюджетних коштів на фінансування потреб охорони здоров'я за рахунок місцевих бюджетів. Так, у 2005 р. спостерігався найвищий темп приросту суми коштів загального фонду місцевих бюджетів на охорону здоров'я – 38,6% і достатньо високий темп зростання витрат спеціального фонду – 29%. Загалом, впродовж 2005-2007 рр. щорічне зростання обсягів загального фонду місцевих бюджетів на охорону здоров'я

становило більше 30%, що свідчить про високі темпи росту фінансування заходів з охорони здоров'я на місцевому рівні.

Розпочата у 2001 р. реформа міжбюджетних відносин сприяла вирішенню багатьох проблем, які нагромадились у бюджетній сфері і внесла суттєві зміни в порядок планування видатків місцевих бюджетів, в тому числі на охорону здоров'я. 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. 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.

У Бюджетному кодексі України розподіл видатків на охорону здоров'я між бюджетами було здійснено на основі принципу субсидіарності з урахуванням критеріїв повноти надання послуг і наближення їх до безпосереднього споживача [1]. Внаслідок цього, за рахунок коштів державного бюджету відбувається фінансування спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної допомоги і санітарно-епідеміологічного нагляду, а саме: лікарні і поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції, клініки науково-дослідних інститутів, загальнодержавні санаторії, санітарно-епідеміологічні станції тощо. Коштом місцевих бюджетів утримуються заклади первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, тобто лікарні обласного значення, лікарні широкого профілю, поліклініки, амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти тощо.

Наочним результатом розподілу видатків на охорону здоров'я між бюджетами є структура видатків державного і місцевих бюджетів на охорону здоров'я за функціональною ознакою, представлена в табл. 3.

Структура видатків на охорону здоров'я державного і місцевих бюджетів
України за функціональною ознакою у 2007 р.

Показники	Видатки на охорону здоров'я місцевих бюджетів		Видатки на охорону здоров'я державного бюджету	
	<i>млн. грн.</i>	%	<i>млн. грн.</i>	%
Охорона здоров'я	20396,5	100	6321,0	100
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	3139,7	15,4	498,2	7,9
<i>Поліклініки загального профілю та амбулаторії</i>	1631,4	8,0	387,3	6,1
<i>Спеціалізовані поліклініки</i>	173,2	0,8	0,0	0,0
<i>Стоматологічні поліклініки</i>	418,9	2,1	20,9	0,3
<i>Станції швидкої та невідкладної допомоги</i>	569,6	2,9	–	–
<i>Фельдшерсько-акушерські пункти</i>	346,6	1,7	–	–
Лікарні та санаторно-курортні заклади	15792,0	77,4	2669,2	42,2
<i>Лікарні загального профілю</i>	11385,3	55,8	652,2	10,3
<i>Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади</i>	3536,4	17,3	1373,6	21,7
<i>Пологові будинки</i>	521,1	2,6	–	–
<i>Санаторно-курортні заклади</i>	349,1	1,7	643,4	10,2
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	16,8	0,1	1230,9	19,5
Дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я	–	-	180,4	2,9
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	1448,1	7,1	1742,4	27,6
<i>Будинки дитини</i>	234,6	1,2	–	–
<i>Станції переливання крові</i>	162,4	0,8	4,8	0,08
<i>Інші заклади та заходи у сфері охорони здоров'я</i>	1051,1	5,2	1737,6	27,5

Джерело: розраховано автором за даними Міністерства фінансів України.

Аналіз даних таблиці показав, що переважна частина коштів місцевих бюджетів використовується на утримання лікарень та санаторно-курортних закладів – 77,4%, друге місце займає фінансування поліклінік, амбулаторій та швидкої допомоги – 15,4%. В свою чергу, структура витрачання коштів на охорону здоров'я з державного бюджету відрізняється більшою різноспрямованістю – витрати на утримання поліклінік і лікарень займають лише 50%, а решта – це видатки на санітарно-профілактичні заходи, дослідження та розробки в сфері охорони здоров'я тощо.

На сучасному етапі ефективність процесу бюджетного фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів значною мірою залежить від того, наскільки досконалим і науково обґрунтованим є механізм бюджетного планування. Міжбюджетною реформою було запроваджено формульну методику розрахунку обсягу видатків місцевих бюджетів з метою забезпечення умов для справедливого розподілу гарантованого обсягу суспільно корисних благ і отримання кожним громадянином країни певного їх рівня, незалежно від території його проживання.

В ході реформи змінився також порядок планування обсягу видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів. Попередня система планування видатків бюджетів на охорону здоров'я, за якою розрахунковий обсяг видатків визначали з допомогою трьох показників: норми витрат на одного жителя протягом минулого року, тимчасового коефіцієнта розподілу асигнувань за постановою Кабінету Міністрів України № 1070 від 05.09.1996 р. додаткових витрат на гірські райони у чотирьох областях, не вирішувала проблем фінансового вирівнювання згаданих видатків місцевих бюджетів. В окремих адміністративно-територіальних одиницях відбувалося помітне відхилення розміру бюджетних видатків на охорону здоров'я на душу населення від середніх значень по Україні. 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. Саме тому, 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 видатків на одного жителя країни.

Законодавчою основою для впровадження формульного підходу до розрахунку видатків 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.

Важливим аргументом на користь формульного підходу до розрахунку видатків 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, негативним моментом практики бюджетного планування є те, що формули майже щорічно змінюються та корегуються, що 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 постійно змінювалась. Уперше формульний порядок розрахунку було встановлено згаданою постановою № 1932, однак 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 прийняття нової Постанови 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 [2].

Наступні суттєві 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 Кабінету Міністрів України 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 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. Зміни у формулі розрахунку обсягу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я відбуваються досить часто, внаслідок чого формула постійно ускладнюється, а нестабільність розрахунків не дає можливості здійснювати навіть середньострокове планування бюджетних коштів на дані потреби.

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. Такі нормативи запроваджені для вирішення проблеми фінансового вирівнювання, усунення відмінності між обсягами видатків у розрізі місцевих бюджетів і встановлення фіксованих розмірів фінансування у розрахунку на одного мешканця, з тією метою, щоб медичні потреби населення задовольнялися однаково в різних територіальних утвореннях. Згідно з діючим порядком, фінансові нормативи бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я розраховують окремо для бюджету Автономної Республіки Крим та обласного бюджету, бюджету міста республіканського та обласного значення, бюджету району, бюджету місцевого самоврядування.

Аналіз процесу встановлення фінансових нормативів свідчить, що їх ще 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 [3, с. 29]. Діючі нині 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 розподілу бюджетних коштів у розрахунку на душу населення, тоді як мають відображати вартість гарантованого обсягу медичного обслуговування на одну особу наявного населення, і їх слід розраховувати на основі державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я.

Ще один аспект формульного розрахунку полягає в тому, що 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. Зокрема, 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 Автономної Республіки Крим 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 Автономної Республіки Крим 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 – 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) (K_{zp}). Його визначають райдержадміністрація чи виконавчий комітет міської ради на підставі даних року, що передує плановому.

У свою чергу, 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 ($K_{zi}2$);

– коефіцієнт рівня застосування впливу вікової структури населення – λ ;

– коефіцієнт диференціації рівня витрат на одного жителя (для міст республіканського 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 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 медичну допомогу надають відомчі заклади охорони здоров'я, котрі фінансують за рахунок державного бюджету $K_{zm}(r)5$; 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 – (K_{zn});

– коефіцієнт застосування фактора впливу показника чисельності штатних працівників охорони здоров'я при розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету місцевого самоврядування (K_{zl}).

Негативним аспектом формульної методики планування видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я є відсутність прозорої процедури визначення вищезгаданих коригуючих коефіцієнтів. Відомо, що окремі з них розраховані на підставі даних минулих років ($K_{zob} (ark) 1$, $K_{zm} (r) 1$, $K_{zob} (ark) 4$, $K_{zm} (r) 4$). 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. Адже фактичні обсяги фінансування далеко не відповідали наявним потребам у галузі охорони здоров'я, тому недоліки і прорахунки минулого не можна автоматично переносити на майбутні планові роки. Крім того, необхідно враховувати мінливість окремих показників, використаних для розрахунку коефіцієнтів. Наприклад, майже щорічного перерахунку потребують коефіцієнти – $K_{zob} (ark) 4$ і $K_{zm} (r) 4$ у зв'язку з підвищенням заробітної плати медичним працівникам. Однак повторні перерахунки уряд не проводить, і коефіцієнти залишаються на рівні минулих років.

Крім того, коригувати фінансові нормативи доцільно з урахуванням усіх можливих факторів, що об'єктивно впливають на обсяг видатків бюджетів; лише у цьому випадку відбуватиметься раціональне і справедливе використання бюджетних коштів та високоякісне задоволення потреб у сфері охорони здоров'я. Наприклад, у діючій формулі не передбачено коригувальних коефіцієнтів щодо диференціації рівня витрат місцевих бюджетів залежно від екологічної ситуації. 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, а отже, збільшуються і витрати на медичну допомогу, цей аспект не враховано. Також діюча методика не враховує ряд таких важливих факторів, як особливість розташування мережі лікувально-профілактичних закладів. Даний аспект потрібно обов'язково брати до уваги, щоб не ставити установи однієї 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 приватизувати окремі підрозділи установ охорони здоров'я.

На наш погляд, екологічний стан є одним з найважливіших факторів, котрий має значний вплив на рівень захворюваності населення і від якого мають залежати розміри бюджетних асигнувань на охорону 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. В Україні така потужна техносфера промислових підприємств гірничодобувної, металургійної, хімічної промисловості, енергетики, важкого машинобудування склалась у Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Луганській та інших областях країни, що створює велике навантаження на екологічний стан цих територій і відповідно на рівень захворюваності їх населення.

Тому, з метою вдосконалення діючої формули планування обсягу видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів пропонуємо наступну методику обчислення для кожної області коригуючого екологічного коефіцієнту, який коригуватиме обсяги видатків на охорону здоров'я бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів залежно від екологічної ситуації в регіоні.

Початковим етапом розрахунку вищезазначених коригуючих коефіцієнтів є обчислення екологічних коефіцієнтів для кожної адміністративно-територіальної одиниці. Дані екологічні коефіцієнти мають 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.

Для розрахунку екологічних коефіцієнтів (К)і запропоновано використовувати статистичні дані про стан забруднення атмосферного повітря, водних і земельних ресурсів в Україні, в т. ч. у Автономній Республіці Крим і областях за останніх п'ять років. Ці дані служать основою для обчислення середньорічних значень обсягів

забруднення країни загалом (M_1, M_2, M_3) і кожної області зокрема – $(M_1)_i, (M_2)_i, (M_3)_i$. Також для кожної області обчислюється середньорічна кількість населення за останніх п'ять років – $(N)_i$ (табл. 4).

Наступним етапом розрахунку є обчислення рівня екологічного навантаження на 1 тис. осіб по Україні загалом (m_1, m_2, m_3) і для кожної області зокрема – $(m_1)_i, (m_2)_i, (m_3)_i$. Розрахунок здійснюється на підставі обчислених середньорічних показників наступним чином: $(M_1)_i/(N)_i; (M_2)_i/(N)_i; (M_3)_i/(N)_i$. Вагові коефіцієнти за кожним видом забруднення ($(K_1)_i, (K_2)_i, (K_3)_i$) визначаються як $(m_1)_i/m_1; (m_2)_i/m_2, (m_3)_i/m_3$.

На завершальному етапі екологічний коефіцієнт для кожної області $(K)_i$ розраховується як середнє значення за формулою: $((K_1)_i+(K_2)_i+(K_3)_i)/3$.

Розрахункові значення $(K)_i$ необхідні для визначення коригуючих екологічних коефіцієнтів $(K_{ek})_i$, які пропонуємо ввести в діючу формулу розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету Автономної Республіки Крим та обласного бюджету і яка матиме наступний вигляд:

$$Vzob(ark) = Nzob(ark) \times Ni \times (K_{ek})_i \times (1 - \lambda + \lambda \times Kzi^2) + Vzgi + Szi, (1)$$

Де:

$(K_{ek})_i$ – 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 Автономної Республіки Крим та обласного бюджету, тобто – $0,2Nzob(ark) \times N$. 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%.

Таблиця 4

Розрахунок екологічного коефіцієнта для Автономної Республіки Крим і областей

Адміністративно-територіальні одиниці	Середньорічна кількість населення, тис. осіб (N)i	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 (K)i
		(M1)i, тис. тонн	(m1)i, тон н/ тис. осіб	(K1)i	(M2)i, млн. куб. м	(m2)i, тис. куб. м / тис. осіб	(K2)i	(M3)i, тис. тонн	(m3)i, тонн / тис. осіб	(K3)i	
Всього	N*	M1*	m1	-	M2*	m2	-	M3*	m3	-	-
Республіка Крим	N1	(M1)1	(m1)1	(K1)1	(M2)1	(m2)1	(K2)1	(M3)1	(m3)1	(K3)1	K1
Вінницька	N2	(M1)2	(m1)2	(K1)2	(M2)2	(m2)2	(K2)2	(M3)2	(m3)2	(K3)2	K2
Волинська	N3	(M1)3	(m1)3	(K1)3	(M2)3	(m2)3	(K2)3	(M3)3	(m3)3	(K3)3	K3
Дніпропетровська	N4	(M1)4	(m1)4	(K1)4	(M2)4	(m2)4	(K2)4	(M3)4	(m3)4	(K3)4	K4
Донецька	N5	(M1)5	(m1)5	(K1)5	(M2)5	(m2)5	(K2)5	(M3)5	(m3)5	(K3)5	K5
Житомирська	N6	(M1)6	(m1)6	(K1)6	(M2)6	(m2)6	(K2)6	(M3)6	(m3)6	(K3)6	K6
Закарпатська	N7	(M1)7	(m1)7	(K1)7	(M2)7	(m2)7	(K2)7	(M3)7	(m3)7	(K3)7	K7
Запорізька	N8	(M1)8	(m1)8	(K1)8	(M2)8	(m2)8	(K2)8	(M3)8	(m3)8	(K3)8	K8
Івано-Франківська	N9	(M1)9	(m1)9	(K1)9	(M2)9	(m2)9	(K2)9	(M3)9	(m3)9	(K3)9	K9
Київська	N10	(M1)10	(m1)10	(K1)10	(M2)10	(m2)10	(K2)10	(M3)10	(m3)10	(K3)10	K10
Кіровоградська	N11	(M1)11	(m1)11	(K1)11	(M2)11	(m2)11	(K2)11	(M3)11	(m3)11	(K3)11	K11
Луганська	N12	(M1)12	(m1)12	(K1)12	(M2)12	(m2)12	(K2)12	(M3)12	(m3)12	(K3)12	K12
Львівська	N13	(M1)13	(m1)13	(K1)13	(M2)13	(m2)13	(K2)13	(M3)13	(m3)13	(K3)13	K13
Миколаївська	N14	(M1)14	(m1)14	(K1)14	(M2)14	(m2)14	(K2)14	(M3)14	(m3)14	(K3)14	K14
Одеська	N15	(M1)15	(m1)15	(K1)15	(M2)15	(m2)15	(K2)15	(M3)15	(m3)15	(K3)15	K15
Полтавська	N16	(M1)16	(m1)16	(K1)16	(M2)16	(m2)16	(K2)16	(M3)16	(m3)16	(K3)16	K16
Рівненська	N17	(M1)17	(m1)17	(K1)17	(M2)17	(m2)17	(K2)17	(M3)17	(m3)17	(K3)17	K17
Сумська	N18	(M1)18	(m1)18	(K1)18	(M2)18	(m2)18	(K2)18	(M3)18	(m3)18	(K3)18	K18
Тернопільська	N19	(M1)19	(m1)19	(K1)19	(M2)19	(m2)19	(K2)19	(M3)19	(m3)19	(K3)19	K19
Харківська	N20	(M1)20	(m1)20	(K1)20	(M2)20	(m2)20	(K2)20	(M3)20	(m3)20	(K3)20	K20
Херсонська	N21	(M1)21	(m1)21	(K1)21	(M2)21	(m2)21	(K2)21	(M3)21	(m3)21	(K3)21	K21
Хмельницька	N22	(M1)22	(m1)22	(K1)22	(M2)22	(m2)22	(K2)22	(M3)22	(m3)22	(K3)22	K22
Черкаська	N23	(M1)23	(m1)23	(K1)23	(M2)23	(m2)23	(K2)23	(M3)23	(m3)23	(K3)23	K23
Чернівецька	N24	(M1)24	(m1)24	(K1)24	(M2)24	(m2)24	(K2)24	(M3)24	(m3)24	(K3)24	K24
Чернігівська	N25	(M1)25	(m1)25	(K1)25	(M2)25	(m2)25	(K2)25	(M3)25	(m3)25	(K3)25	K25

* без відповідних показників у м. Києві та Севастополі

Надалі з допомогою математичних перетворень і спрощень отримаємо наступну формулу розрахунку коригуючого екологічного коефіцієнту для бюджету АРК і обласних бюджетів (Кек)_i:

$$(Кек)_i = 0,8 + 0,2(К)_i \quad (1)$$

де (К)_i – екологічний коефіцієнт Автономної Республіки Крим або відповідної області (табл. 4)

У перспективі за аналогією запропонованої методики можна розрахувати екологічні коефіцієнти для визначення обсягів видатків на охорону здоров'я для бюджетів міст республіканського 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.

Вирішення проблеми розподілу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я залежно від екологічного забруднення території частково сприятиме вдосконаленню порядку бюджетного планування. У подальшій перспективі доцільно також розрахувати коригуючі коефіцієнти ступеня інвалідності, смертності населення 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.

Формули розрахунку обсягу бюджетних видатків на охорону здоров'я є складні й громіздкі, що 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.

Отже, діюча 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 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. І хоч позитивом 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. Крім того, 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 краще враховує її потреби.

Література:

1. Бюджетний кодекс України. Затверджений ВРУ 21.06.2001 р. № 2542-III
2. 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 (із змінами, внесеними згідно з постановами КМУ)
3. Кириленко О.П. Державні фінанси в умовах формування демократичного суспільства // Світ фінансів. – 2004. – Випуск 1. – С. 22–33.
4. Фінансові звіти Міністерства фінансів України. – Доступний з: <<http://www.budget.rada.gov.ua>.