

аналітичний характер, – вони не дають чіткого уявлення про ступінь ефективності використання бюджетних коштів. А це, відповідно, призводить до неможливості їх застосування для оцінювання результативності бюджетних видатків, в тому числі й соціального призначення. Вважаємо, що для покращення ситуації варто запровадити регулярну звітність розпорядників бюджетних коштів щодо ефективності та результативності використання коштів бюджету на кожному етапі виконуваних ними бюджетних програм. Це дасть змогу підвищити вагу результативних показників та призведе до оптимізації бюджетних програм.

Література:

1. Финансовый макроанализ в здравоохранении: рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровне / [Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинко А.А.]. – М.: Полиграфист; 2000.– С. 14.
 2. Наказ Міністерства фінансів від 29.12.2002 № 1098 «Про паспорти бюджетних програм» // Бюджетний процес в Україні: збірник нормативно-інструктивних матеріалів. – К., 2003.
 3. Бюджетний менеджмент: Підруч. / [В. Федосов, В. Опарін, Л. Сафонова та ін.]; За заг ред. В. Федосова. – К.: КНЕУ, 2004. – С.689.
 4. Запатріна І.В., Лебеда Т.Б. Програмно-цільовий метод бюджетування у контексті стратегічного та середньострокового планування // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С.18–31.
- Огонь Ц.Г. Програмно-цільовий метод та ефективність бюджетних програм // Фінанси України. – 2009. – № 7. – С. 20–29.

Горин В. П.

Викладач кафедри фінансів

ПРОБЛЕМИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Соціальні гарантії є однією з фундаментальних ознак сучасної цивілізованої держави. Без соціальних гарантій та механізмів їхньої реалізації не можливо досягти соціальної злагоди у суспільстві, економічної стабільності та прогресу. Їх розвиток засвідчує об'єктивний процес посилення соціальної орієнтації економічних систем, підпорядкування економічної політики завданням розвитку людини.

Важливою складовою системи соціальних гарантій, спрямованих на задоволення нематеріальних потреб індивіда займають гарантії у сфері охорони здоров'я, що їх сучасна економічна наука відносить до царини інвестування людського капіталу. Виступаючи одним із елементів соціальної політики, інвестиції у цю сферу мають велику економічну ефективність [12, с. 62]. Водночас, в сучасних умовах вкладення у сферу охорони здоров'я розглядаються дієвим методом підвищення продуктивності і скорочення втрат праці, сприяють зростанню національного багатства та добробуту нації.

Система фінансового забезпечення охорони здоров'я передбачає поєднання багатьох джерел фінансування (рис. 1). Однак, основним і найбільш потужним із них є ресурси державного та місцевих бюджетів. З огляду на певну закритість інформації про обсяги приватних і колективних ресурсів, які направляються у медичну галузь, роль бюджетів у фінансуванні охорони здоров'я оцінюється по-різному. За оцінками фахівців, рівень бюджетного фінансування охорони здоров'я складає 60–80%, а за рахунок офіційних платежів населення формується від 3,5–4% до 7–10% загального обсягу доходів [7, с. 36; 1, с. 28]. При цьому більшість науковців наголошує, що наведена структура доходів відображає лише офіційні джерела фінансування медицини. Водночас, до одного із найважливіших позабюджетних джерел фінансування галузі відносять неофіційні (тіньові) платежі громадян, які сумарно з офіційною платою формують понад половину усіх ресурсів системи охорони здоров'я. При цьому у державних медичних закладах, за даними офіційної статистики, рівень бюджетного фінансування оцінюється у понад 90% загального обсягу надходжень, а внесок населення у формі плати за послуги не перевищує 7% [1, с. 28].

Оцінюючи структуру фінансового забезпечення соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я у розрізі форм, можна констатувати домінуючу роль бюджетного фінансування, тоді як питома вага самофінансування складає 7–10%, а страхування – менше 1% загального обсягу фінансових ресурсів галузі. Водночас, згідно рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO), за рахунок медичного страхування необхідно формувати близько 30%

бюджету галузі, а частка бюджетного фінансування не має перевищувати 60% [3, с. 69].

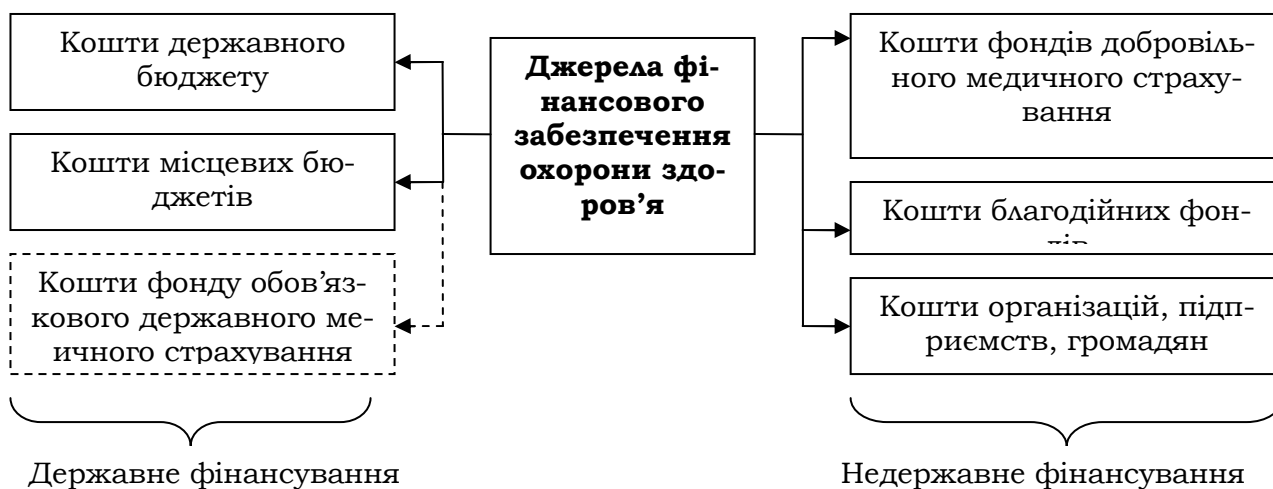


Рис. 1. Джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні

Концепція розвитку охорони здоров'я України визначає кошти державного і місцевих бюджетів, а також загальнообов'язкового медичного страхування як головне джерело фінансування загальнодоступної медичної допомоги населенню в межах гарантованого обсягу, визначеного згідно із базовим стандартом її якості. Кошти добровільного медичного страхування, накопичувальних фондів територіальних громад передбачені для задоволення потреб у медичних послугах в обсягах, що перевищують стандарт [11]. Зважаючи на те, що за рахунок фінансових ресурсів держави надається майже 89,6% загального обсягу послуг охорони здоров'я, проаналізуємо динаміку видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я.

Загальний обсяг видатків бюджетів усіх рівнів на охорону здоров'я впродовж 2002–2008 років зріс на 26,0 млрд. грн., або у 4,5 рази і досяг рівня 33,6 млрд. грн., що становить 3,53% ВВП і 10,85% сукупних видатків (табл. 1). Реальне зростання бюджетних видатків, визначене з урахуванням впливу інфляційного чинника, склало 204,0%. В розрахунку на одного жителя України обсяг бюджетного фінансування охорони здоров'я за період 2002–2008 років зріс у 4,7 рази і склав у 2008 році 723,5 грн.

**Видатки Зведеного бюджету України на охорону здоров'я у
2002–2008 рр.***

Показник	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ВВП, млрд. грн.	225,8	267,3	345,1	441,5	544,2	712,9	950,5
Видатки Зведеного бюджету України, млрд. грн.	60,3	75,8	102,5	141,7	175,3	226,1	309,2
в тому числі:							
Видатки на охорону здоров'я	7,5	9,7	12,2	15,5	19,7	26,7	33,6
у% до ВВП	3,34	3,63	3,52	3,51	3,63	3,75	3,53
у% до видатків Зведеного бюджету	12,50	12,81	11,86	10,92	11,26	11,82	10,85
Видатки на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя							
грн. на рік	155,56	202,24	255,33	327,34	420,58	572,77	723,50
грн. на місяць	12,96	16,85	21,28	27,28	35,05	47,73	60,29

Наведені вище показники засвідчують, що впродовж останніх років спостерігалось суттєве прирощення видатків на охорону здоров'я за рахунок фінансових ресурсів зведеного бюджету. Втім, не зважаючи на позитивну динаміку, видатки держави на її функціонування залишаються значно нижчими за економічно обґрунтовані. Так, згідно рекомендацій WHO, для забезпечення існування галузі на мінімальному функціональному рівні необхідно щорічно спрямовувати на ці цілі не менше як 5% ВВП. У науковій літературі критично необхідний рівень фінансування охорони здоров'я, при якому вона перебуває на межі виживання, оцінюється показниками від 2,5% [10, с. 27] до 6% ВВП [4, 149], а окремі науковці стверджують, що при витратах на галузь нижче 5% ВВП вона стає не лише неефективною, але й непрацездатною [5, с. 245]. Проте, на наш погляд, рівень у 4–5% ВВП недостатній для забезпечення подальшого розвитку і вдосконалення охорони здоров'я.

* Примітка. Складено і розраховано автором за даними Міністерства фінансів України і Комітету з питань бюджету Верховної Ради України.

Для порівняння, у країнах Європи в середньому на її фінансування спрямовується щорічно до 6,5% ВВП, у державах ЄС – 8,7%, Канаді – 10%, Японії – 8,3%, США – 14% [6, с. 101].

Таким чином, можна констатувати, що в сучасних умовах дефіцит фінансових ресурсів охорони здоров'я залишається практично не змінним, а обсяг бюджетних видатків покриває лише 70% від потреби [1, с. 29], що не дає підстав говорити про вирішення проблем життєзабезпечення галузі та ефективного задоволення суспільних потреб громадян у медичному обслуговуванні. Це підтверджується і показниками діяльності сфери охорони здоров'я, які засвідчують відсутність суттєвих позитивних зрушень. В Україні зберігається один із найвищих у Європі рівень смертності населення, рівень захворюваності у 2002–2007 роках зріс на 5,7% до 70,3 випадків на 100 осіб. За період 2002–2007 років спостерігалось зростання кількості хвороб кровообігу, онкологічних захворювань, туберкульозу [9, с. 41], а захворюваність на СНІД набуває ознак епідемії [8, с. 52]. Між тим, виконання Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз у 2002–2005 роках було зведено лише до закупівлі протитуберкульозних препаратів, діагностичних засобів і вакцини, а не лікування і профілактики [4, с. 145]. При цьому серед причин неефективності роботи галузі часто вказують недостатні обсяги фінансування і нецільове використання коштів [8, с. 56].

Головна причина невідповідності динаміки фінансування та показників здоров'я населення, на наш погляд, криється у збереженні в Україні порядку утримання мережі лікувально-профілактичних закладів, відсутності зв'язку між обсягами бюджетних асигнувань і результатами діяльності, ігнорування сучасних методів фінансового планування і управління. З однієї сторони, формульний підхід до розподілу міжбюджетних трансфертів не враховує диференціації потреби в отриманні медичних послуг у відповідності до щільності мережі лікувальних закладів, статевовікової структури населення, рівня захворюваності. Таким чином, якість надання послуг охорони здоров'я диференціюється залежно від фінансової спроможності адміністративно-територіальної одиниці, що суперечить конституційному праву кожного громадянина

на забезпечення уніфікованого рівня та якості медичної допомоги [13, с. 196].

З іншого боку, розподіл бюджетних коштів по управліннях охорони здоров'я у відповідності до кількості ліжко-місць стримує їх оптимізацію, оскільки передбачає скорочення фінансування. Внаслідок цього, в Україні в розрахунку на 1 тис. осіб припадає 9,52 лікарняних ліжок, тоді як у країнах із середніми доходами цей показник складає 4,3, а для країн з високими доходами – 7,4. Кількість лікарів у розрахунку на 1 тис. населення в Україні у 2007 році складала 4,83 лікаря, у країнах з середніми доходами – 1,8, з високими доходами – 1,9 [2, с. 374].

Збереження надмірної мережі та персоналу лікувальних закладів спричиняє формування нераціональної структури їх видатків, більше 2/3 яких складають витрати на оплату праці і соціальні відрахування. При цьому на безпосереднє лікування хворих направляється не більше 10% загального обсягу видатків. Питома вага оплати праці у загальних витратах галузі зросла з 36% у 2002 році до 67,2% у 2005 році [6, с. 101].

Недостатня увага приділяється втіленню профілактичних заходів збереження здоров'я, пропагування здорового способу життя. У поліклінічних закладах України працює, як правило, 60–70% лікарів-фахівців, які надають спеціалізовану медичну допомогу, а лікарів первинного рівня, які надають базову профілактичну допомогу, – лише 30–40% [10, с. 29]. Водночас, через непрозорість схем закупівлі вакцин, що призвели до використання препаратів сумнівного походження і якості, практично скомпрометовано ідею профілактичних щеплень для попередження захворювань.

Очевидно, що механічне зростання обсягів фінансування галузі не спроможне розв'язати проблему гарантування населенню належного рівня медичної допомоги. Необхідно кардинально реформувати систему охорони здоров'я, передбачивши як диверсифікацію джерел фінансування галузі, так і впровадження механізмів взаємозв'язку між обсягами фінансування та результатами діяльності.

Основу реформованої системи фінансового забезпечення охорони здоров'я має становити загальнообов'язкове державне меди-

чне страхування, яке має стати не альтернативою, а доповненням бюджетного фінансування. За рахунок коштів бюджету слід покривати, в першу чергу, витрати на матеріально-технічне забезпечення лікувальних закладів і реалізацію загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я. Сплачувані пацієнтами лікарень внески у вигляді благодійної допомоги слід трансформувати відповідно до європейської практики у супутні платежі, визначені у фіксованому розмірі за кожен випадок звернення за медичною допомогою.

Запровадження медичного страхування має супроводжуватися також відповідною зміною структури витрат на медичне обслуговування із скороченням безпосередніх платежів населення. Страхові виплати повинні покривати не лише видатки на надання медичної допомоги, а й вартість лікарських засобів в межах встановлених стандартів не залежно від форми власності медичного закладу, до якого звернувся пацієнт. Таким чином буде фінансуватися не заклад охорони здоров'я, а конкретна медична послуга.

Запровадження медичного страхування матиме наступні позитивні наслідки: а) зростання обсягів фінансових ресурсів, які спрямовуються на охорону здоров'я за рахунок диверсифікації джерел фінансування; б) скорочення масштабів неофіційних платежів населення і витрат на придбання лікарських засобів, що сприятиме доступності медичного обслуговування; в) впровадження елементів конкуренції у роботу медичних закладів дасть змогу досягти підвищення ефективності витрачання коштів за одночасного забезпечення кількісних та якісних характеристик медичного обслуговування.

Література:

1. Виноградов О.В. Стан та проблеми фінансових ресурсів охорони здоров'я України / О.В. Виноградов // Економіка та держава. – 2007. – № 12. – С. 25–29.
2. Головніна О.Г. Основи соціальної економіки: Підручник / О. Г. Головніна. – К.: Арістей, 2006. – 612с.
3. Карамішев Д.В. Державні механізми формування бюджетних відносин у галузі охорони здоров'я в Україні / Д.В. Карамішев // Статистика України. – 2006. – № 2. – С. 68–72.

4. Кожем'якіна С.М. Стан бюджетного фінансування охорони здоров'я в Україні / С.М. Кожем'якіна // Формування ринкових відносин в Україні. – 2007. – № 4 (71). – С. 144–149.
5. Мунтіян В.І. Економічна безпека України: Монографія / В.І. Мунтіян. – Київ: КВІЦ, 1999. – 462с.
6. Надюк З.О. Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України / З.О. Надюк // Економіка та держава. – 2008. – № 4. – С. 100–102.
7. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я України / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
8. Потеряйло І. Аналіз виконання бюджетних програм в Україні / І. Потеряйло // Вісник КНТЕУ. – 2008. – № 3. – С. 48–56.
9. Ривак О. Соціальні видатки бюджету як джерело розвитку людського капіталу / О. Ривак // Україна: аспекти праці. – 2007. – № 7. – С. 35–42.
10. Рудень В.В. Фінансування медичного забезпечення в Україні: проблеми та шляхи розв'язання / В.В. Рудень, О.М. Сидорчук // Фінанси України. – 2007. – № 8. – С. 25–34.
11. Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000р. № 1313/2000 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 49. – Т.1. – С. 216.
12. Фінанси: Навч. посіб. / [О.П. Базилюк, Л.П. Лачкова, В.І. Оспіщев]; за ред. В.І. Оспіщева. – К.: Знання, 2006. – 415с.
13. Щербина І.Ф. Бюджетні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні / І.Ф. Щербина // Демографія та соціальна економіка. – 2007. – № 1. – С. 194–199.

Гупаловська М. Б.

Викладач кафедри фінансів

БЮДЖЕТНИЙ КОНТРОЛЬ: ПРОБЛЕМНО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ

Бюджетний контроль – один із найважливіших і найнеобхідніших атрибутів держави і громадянського життя, найважливіша умова нормального функціонування суспільства. Роль контролю особливо значуща в період перебудови форм управління економікою, оскільки особлива специфіка цього виду управлінської діяльності дозволяє активно запобігати порушенням бюджетної дисципліни, нераціонального та нецільового спрямування бюджетних коштів та виявляти повноту задіяння усіх резервів наповнення доходної частини бюджетів. Це означає, що контроль варто розглядати як самостійну функцію управління, тобто особливий вид