УДК 336.13:640.5

АНАЛІЗ ФОРМУВАННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ДЕРЖАВНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ УСТАНОВ

НАЗАРЕНКО І., начальник відділу соціального захисту населення Головного контрольно-ревізійного управління в Україні

У потоках грошових надходжень і витрат, пов'язаних із функціонуванням галузі охорони здоров'я, відображено фінансові відносини державних лікувальних установ із фінансово-кредитною системою. Головним завданням галузі охорони здоров'я в Україні є забезпечення здоров'я і збереження генофонду народу країни, поліпшення умов праці, навчання, побуту та відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Конституцією визначено, що найбільшою соціальною цінністю України є людина, її життя, здоров'я. Кожен громадянин має право на охорону здоров'я та медичну допомогу, яка в державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безплатно [1, с. 1].

Однак аналіз медико-демографічної ситуації дозволяє зробити висновки про те, що сьогодні спостерігається негативна динаміка показників здоров'я населення України і, гірше того, тенденція соціально-економічного розвитку в країні свідчить про зростання негативних характеристик захворюваності і смертності населення. У 2007 р. амбулаторно-поліклінічними закладами України зареєстровано 83 млн захворювань, отже кожен громадянин України хворів двома хворобами. Через збільшення захворюваності зростає і смертність, від різного роду патологій в Україні вона становить 91 % і лише 3.7 – за віком.

© Назаренко І., 2010

Через це щороку населення України скорочується майже на 300 тис. осіб. Україна, за демографічними прогнозами ООН, визнана лідером серед Європейських країн за темпами скорочення населення, до 2050 р. кількість населення країни може зменшитись до 40 % [2, с. 1].

Для встановлення причин кризового стану системи охорони здоров'я необхідно проаналізувати показники діяльності установ галузі. Оскільки система охорони здоров'я затратна, то при формуванні доходів і видатків державних лікувальних установ мають використовуватись прогресивні форми, методи та інструменти фінансового управління. Пошук джерел зростання доходів державних лікувальних установ та оптимізація на цій основі формування її об'єктів потребує нагального вирішення.

Проблеми формування доходів і видатків у галузі охорони здоров'я досліджувалися у працях як вітчизняних вчених (І. Чугунова, І. Ломикіна, Н. Карпишин), так і зарубіжних (Д. Антонова, Ж. Євсеєва, А. Баженова, Г. Кравченко та ін.).

Метою статті є аналіз формування та використання фінансових ресурсів у державних лікувальних установах.

Важливість проблем формування доходів і видатків державних лікувальних установ в сучасних умовах зумовлена багатьма чинниками, а також наявністю низки проблем.

По-перше, ці проблеми стримують розвиток галузі охорони здоров'я, оскільки частки окремих видів доходів державних установ занадто мізерні. Надходження у спецфонд лікувальних установ у багатьох областях становили лише 1 % сукупних доходів охорони здоров'я. Лише в Житомирській, Тернопільській областях обсяги надходжень до спецфонду сягнули 7 % [3].

По-друге, кошториси державних лікувальних установ характеризуються незбалансованістю зазначених доходів і витрат.

По-третє, керівники державних лікувальних установ зацікавлені у збереженні нерухомості, яка постійно дорожчає, отже зростають й орендні платежі, які поповнюють спеціальний фонд.

По-четверте, видатки, пов'язані із функціонуванням державних лікувальних установ, повинні відповідати принципам соціальної рівності, тобто забезпечувати рівний доступ населення до медичних послуг, що фінансуються з державного та місцевих бюджетів. Видатки на охорону здоров'я розглядаються як підвалини ендогенного економічного зростання держави [4, с. 17–28].

По-п'яте, планові розміри цих видатків певним чином пов'язані із доходами державних лікувальних установ. Тому формування видатків державних лікувальних установ в Україні дуже часто залежить не від реальних потреб населення регіону в наданні певної медичної послуги, а від наявних або передбачуваних доходів. Ця тенденція, безумовно, є негативною, оскільки закріплює значну соціальну нерівність на регіональному рівні.

Фінансування галузі базується на показниках ресурсного забезпечення, а не на кінцевих результатах роботи щодо надання населенню медичної допомоги. Галузь охорони здоров'я характеризується такими показниками: кількість лікарняних закладів, кількість лікарняних ліжок, кількість виконаних викликів, кількість відвідувань лікарів, кількість лікарів. Проте немає показників кількості вилікуваного населення, збільшення рівня одужуваності, зниження рівня смертності. При цьому видатки на охорону здоров'я щороку збільшуються (*табл. 1*). Велику роль серед джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я відіграють бюджетні кошти. Видатки на охорону здоров'я у 2009 р. становили 59.6 % від потреби [5].

Таблиця 1

Доходи та видатки державного та місцевих бюджетів за 2002–2009 рр., спрямовані на охорону здоров'я *

тис. грн

Роки	Доходи зведеного бюджету	У тому числі			
		державний бюджет		місцеві бюджети	
		всього	відсотків до зведеного бюджету	всього	відсотків до зведеного бюджету
2002	7537.9	1582.3	21.0	5955.6	79.0
2003	9708.2	2351.8	24.2	7356.4	75.8
2004	12159.4	3447.8	28.4	8711.6	71.6
2005	15476.5	3508.1	22.7	11968.4	77.3
2006	19737.7	4099.7	20.8	15638.1	79.2
2007	26737.9	5374.3	20.2	21363.6	79.8
2008	29275.5	6591.1	22.5	22684.4	77.5
2009	29918.7	5301.5	17.7	24617.2	82.2

Примітка. * Складено за даними Статистичного щорічника України за 2008 рік. — К., Консультант, 2009 та даними Інтернет-ресурсів [5; 6].

Упродовж 2002–2009 рр. збільшувалися видатки на охорону здоров'я, у 2009 р. порівняно з 2002 р. вони зросли у 3.9 раза, або на 22.4 млрд грн. Однак питома вага цих видатків у зведеному бюджеті України не змінюється, а за деякими регіонами зменшується. Видатки на охорону здоров'я не перевищують 3.7 відсотків до ВВП, коли у розвинених країнах на охорону здоров'я витрачається більше 10 % бюджетних коштів поряд зі значними надходженнями коштів від медичного страхування. Проаналізувавши статистичні дані, можна зробити висновок про збільшення у фінансуванні охорони здоров'я ролі місцевих бюджетів, частка яких становила 82.2 % зведеного бюджету.

У структурі доходів частка коштів спеціального фонду становила від 1 до 17 %. Збільшуються доходи від операцій з капіталом. У 2000 р. частка цих доходів у загальному обсязі надходжень від оренди

основних засобів державних лікувальних установ становила 1 %, тоді як у 2006–2009 рр. – 1.5%. Слід відзначити тенденцію до зменшення з 2000 р. частки доходів від гуманітарної та благодійної допомоги. У 2000 р. вона склала 1.9 %, а у 2009 р. лише 0.5 %. У регіонах є різні можливості наповнення спеціального фонду. Наприклад, обсяги надходжень позабюджетних коштів Житомирської та Донецької областей відрізняються на 12 %.

Незначна питома вага бюджетних коштів призводить до великих витрат населення на придбання медикаментів і харчування, на платні медичні послуги і страхові платежі з добровільного медичного страхування. Кожна сім'я на лікування у 2000 р. витрачала 2.1 % сукупних витрат (близько 418.3 млн грн на рік), а у 2009 р. – 2.4 (470.3 млн грн на рік), що свідчить про приховане фінансування галузі [4].

Крім того, частка стаціонарної допомоги в Україні складає 60–70 % загального обсягу видатків охорони здоров'я. У країнах із перехідними системами цей показник сягає 35–50 % [6]. У зв'язку зі значною часткою видатків на стаціонарну допомогу в Україні доцільно дослідити діяльність саме лікувальних установ. Для проведення аналізу доходів і видатків фінансових ресурсів обрано лікувальні установи Житомирської, Тернопільської, Івано-Франківської областей через те, що вони відрізняються рівнем економічного розвитку, обсягами бюджетів та можливостями їх наповнення, чисельністю населення, кількістю лікувальних установ і медико-демографічною ситуацією.

Аналіз надходження фінансових ресурсів за 2003–2009 рр. свідчить, що з року в рік збільшуються видатки на охорону здоров'я в Тернопільській, Житомирській, Івано-Франківській областях. У Тернопільській області у 2003 р. надходження складали 149945.9 тис. грн, а у 2009 – 462347.9 тис. грн; у Житомирській області в 2003 р. становили 201511.64 тис. грн, а у 2009 р. – 616834,52 тис. грн. Аналогічно у 3.1 раза збільшилися надходження фінансових ресурсів у Івано-Франківській області. У всіх трьох областях найбільшу частину надходжень склали бюджетні кошти.

Наприклад, у Тернопільській області бюджетні кошти у 2003 р. становили 144896.28 тис. грн, а у 2009 р. – 436110.8 тис. грн, відповідно 96.6 % та 94.3 % від усіх надходжень. Спостерігається незначне зменшення частки надходжень бюджетних коштів у складі джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я.

Бюджетні кошти, спрямовані на охорону здоров'я Житомирської області у 2003 р., склали 184835.13 тис. грн і до 2009 р. збільшилися до 518921.39 тис. грн. Частка бюджетних коштів у складі джерел фінансових ресурсів області зменшилася з 91.7 до 84.1 %. У Івано-Франківській області бюджетні кошти у 2003 р. складали 157826.8 тис. грн, а у 2009 р. – 459179.4 тис. грн, що відповідно становило 97.4 та 96.9 % від усіх надходжень. Спостерігається незначне зменшення частки бюджетних коштів у складі джерел фінансових ресурсів охорони здоров'я.

Аналіз позабюджетних джерел фінансових ресурсів Тернопільської області, які складають спеціальний фонд бюджету, дозволив виявити постійне збільшення благодійної допомоги, надходження від якої зросли у 9 разів з 982.21 тис. грн у 2003 р. до 8927.3 тис. грн у 2009 р. Вражають своєю нестабільністю стрибкоподібні зростання надходжень від гуманітарної допомоги – з 1658.62 тис. грн у 2003 р. до 2347.23 тис. грн у 2006 р. та різкі зменшення до 2009 р. – 8229.08 тис. грн (*рис. 1*).

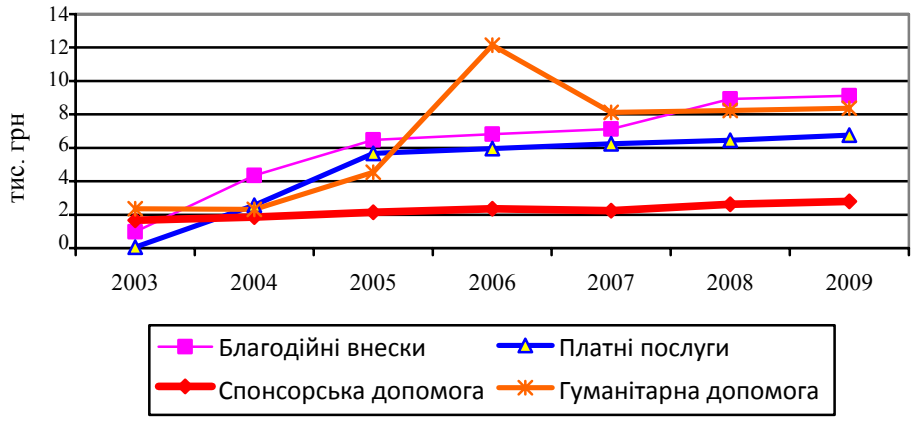

Рис. 1. Динаміка небюджетних надходжень в установи охорони здоров'я Тернопільської області у 2003–2009 рр. [7]

Аналіз позабюджетних надходжень охорони здоров'я Житомирської області свідчить, що стабільним і постійно зростаючим джерелом фінансування є лікарняні каси та платні послуги (*рис. 2*),

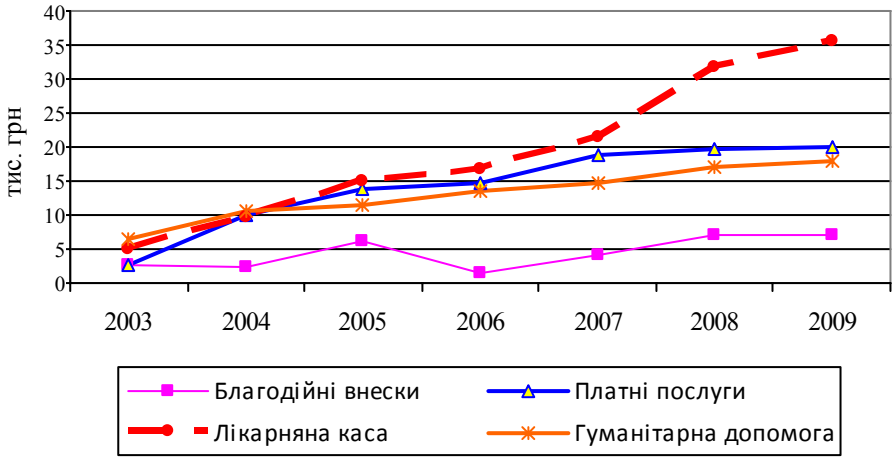

Рис. 2. Динаміка небюджетних надходжень в установи охорони здоров'я Житомирської області у 2003–2009 рр. [7]

а в Івано-Франківській області – платні послуги, благодійні внески та гуманітарна допомога (*рис. 3*).

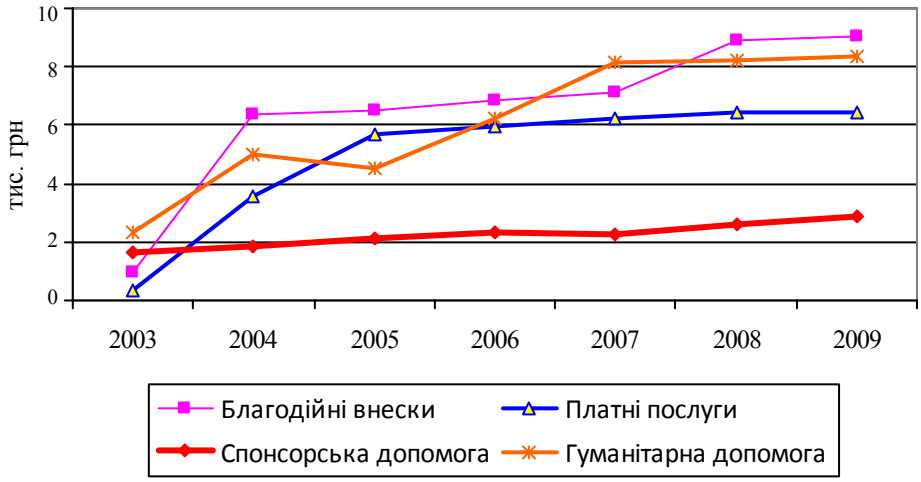

Рис. 3. Динаміка небюджетних надходжень в установи охорони здоров'я Івано-Франківської області 2003–2009 рр. [7]

Отже, порівняння позабюджетних надходжень охорони здоров'я Тернопільської, Житомирської та Івано-Франківської областей свідчить, що найбільше фінансування з позабюджетних джерел одержали установи охорони здоров'я Житомирської області – 16 % у 2009 р. (8.3 % у 2003 р.) через наявність лікарняних кас. У Тернопільській області позабюджетні надходження збільшилися з 3.4 % у 2003 р. до 5.7 % у 2009 р. Найповільніше збільшується фінансування з небюджетних джерел у Івано-Франківській області – з 2.6 % у 2003 р. до 3.1 % у 2009 р.

У всіх досліджуваних областях значна частка припадає на надходження від платних послуг і гуманітарної допомоги. Спонсорська допомога є у Тернопільській та Івано-Франківській областях, але відсутня у Житомирській. Отже, можна зробити висновок, що надходження спонсорської допомоги є завуальованою платою за медичні послуги, які по суті подібні до внесків у лікарняні каси, але ще з недосконалим механізмом виплат.

Аналіз видатків на охорону здоров'я свідчить, що найбільша питома вага припадає на виплату заробітної плати та нарахування на неї. Видатки на заробітну плату з 2003 по 2009 рік зросли у Тернопільській області з 47.0 % до 47.2 %, у Житомирській області – з 47.6 % до 50.1 %, а в Івано-Франківській області – з 50.9 % до 63.0 %. Крім цього, видатки на заробітну плату плануються лише на основі посадових окладів і обов'язкових надбавок і доплат, а премії та матеріальні допомоги виплачуються тільки за рахунок коштів, які залишаються від економії фонду оплати праці.

Частка видатків на придбання медикаментів у Тернопільській області становить 7.4 %, у Житомирській – 7.6 %, а в Івано-Франківській – 6.0 %; на харчування у лікарнях віповідно 4.2 %, 3.8 % та 4.5 %. Значну частку займають видатки на комунальні послуги – від 7.3 % в Івано-Франківській області, 7.9 % у Тернопільській області та до 8.1 % у Житомирській області. Придбання необоротних активів не дозволяє поновлювати обладнання відповідно до сучасних досягнень, найнижчі показники у Івано-Франківській області – 4.7 %, дещо вищі у Житомирській – 5.1 %, та найвищі у Тернопільській – 6.1 %.

Оскільки вчасно не проводяться ремонти, це призводить до поступової руйнації приміщень, у яких знаходяться лікарні. Видатки на ремонт у Івано-Франківській області склали 5.3 %, дещо вищі у Тернопільській області – 6.5 % та найвищі у Житомирській області – 7.6 %.

Надання якісної медичної допомоги та проведення профілактичних заходів на 70 % залежить від діагностики та від якісного медичного обслуговування, яке у свою чергу неможливе без повноцінного забезпечення лікувальних установ необхідним медичних обладнанням. Інвестиції в основний капітал установ охорони здоров'я у 2005 р. склали по Україні 93096 млн грн, а у 2009 – 139637 млн грн [7]. Не зважаючи на те, що з року в рік зростають інвестиції, зношення основних засобів в середньому становить 65 %, а майже 80 % медичного обладнання у цих закладах є морально та фізично застарілим. Водночас з усіх видатків сфери охорони здоров'я 90 % становлять поточні видатки та лише 10 % – капітальні.

Негативно впливає на рівень надання повноцінної медичної допомоги населенню неукомплектованість медичних кадрів. У 2006 р. в Україні налічувалось 17241 вакансій лікарів, у 2009 р. – 18053 вакансії. При цьому лише 2878 лікарів у 2006 р. та 2639 лікарів у 2009 р. звернулися до центру зайнятості в пошуках роботи. Аналогічна ситуація і з укомплектованістю середнім медичним персоналом – кількість вакансій медичних сестер у 2006–2009 рр. становила близько 15 тисяч. Основними причинами кадрової незабезпеченості та низького рівня оновлення медичного персоналу є низька оплата праці.

Однак загострення проблем формування та функціонування державних лікувальних установ в Україні за останні роки не зводиться лише до невідповідності доходів установ видаткам у цій сфері, а зумовлене відсутністю відповідної законодавчої підтримки. Для забезпечення доступності медичної допомоги населенню на законодавчому рівні були розроблені соціальні нормативи її надання. Водночас на сьогодні не розроблено нормативів фінансування охорони здоров'я на одного мешканця ані на державному, ані на регіональних рівнях. Зазначені нормативи, відповідно до Закону України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії", мають встановлюватися під час прийняття закону про Державний бюджет на відповідний рік за поданням Міністерства фінансів та Міністерства охорони здо-

ров'я України. Саме через це видатки на охорону здоров'я встановлюються із різних можливостей місцевих бюджетів, які ставлять у нерівні умови громадян, що проживають у різних населених пунктах країни, у праві на повноцінне державне забезпечення медичними послугами. Таким чином, формування фінансових ресурсів державних лікувальних установ не забезпечує норм і принципів, які регламентують зобов'язання держави у сфері охорони здоров'я.

Оскільки характеристика і визначення взаємозв'язку між доходами і видатками на охорону здоров'я повинні відповідати вимогам доцільності, корисності та справедливості, вирішення проблем формування доходів і видатків установ цієї галузі потребує формування достатньої фінансової бази галузі охорони здоров'я.

У свою чергу, збільшення доходів державних лікувальних установ і їх стабільне надходження дозволило б покращити фінансовий стан установ і поліпшити якість надання медичних послуг. Обмеженість фінансових ресурсів – головна проблема всіх державних лікувальних установ, розв'язання якої вбачається в їхній взаємодії з органами місцевого самоврядування через бюджетну сферу, а також розширення власних повноважень шляхом збільшення надходжень до спеціального фонду.

Наслідком зазначених проблем є безпосереднє лікування коштом населення, що порушує положення Конституції України про безоплатне надання медичної допомоги.

У результаті дослідження надходження та використання фінансових ресурсів лікувальних установ України та окремих її областей встановлено, що за наявності мережі лікувальних закладів, достатньої для надання населенню медичної допомоги, щорічного збільшення бюджетних видатків не забезпечується поліпшення медико-демографічної ситуації в країні. Підсумовуючи викладене можна зробити певні висновки та узагальненя.

По-перше, за результатами аналізу структури надходжень фінансових ресурсів до державних лікувальних установ встановлено, що їхнє фінансування з бюджетів усіх рівнів є дуже малим і не відповідає потребам суспільства. Фінансовими джерелами установ охорони здоров'я в сучасних умовах господарювання є кошти державного і місцевого бюджетів, фондів, власні кошти підприємств, установ, організацій, доброчинні внески, кредитні ресурси. При цьому найбільше фінансування здійснюється коштом бюджетів усіх рівнів. Має місце чітко виражена тенденція до зростання частки фінансових ресурсів місцевих бюджетів. Аналіз руху фінансових потоків у державних лікувальних установах Івано-Франківської, Житомирської, Тернопільської областей свідчить, що упродовж 2003–2009 рр. відбулося вагоме зростання фінансових ресурсів у Житомирській області за рахунок діяльності лікарняних кас.

По-друге, видатки державних лікувальних установ характеризуються:
- нестабільністю і недостатністю фінансування установ;
- зростанням частки витрат на заробітну плату в загальній сумі витрат на медичну допомогу, що свідчить про відсутність відновлення матеріальної бази;
- звуженням рамок економічного стимулювання діяльності медичних працівників лише до використання коштів, які залишаються від економії фонду оплати праці;
- низьким рівнем оплати праці медичних працівників, браком коштів для забезпечення доступної, якісної та ефективної медичної допомоги;
- несприятливою ситуацією у сфері капітальних вкладень, що робить неможливим розширене відтворення її матеріально-технічної бази;
- незадовільним медикаментозним і матеріально-технічним забезпеченням закладів охорони здоров'я.

По-третє, у ситуації, що склалася, належне фінансування державних лікувальних установ і галузі охорони здоров'я повинно бути не тільки основною метою уряду, а й загальнонаціональним завданням. Отже, необхідно розробити ефективну модель формування структури фінансових ресурсів державних лікувальних установ та охорони здоров'я, що сприятиме подоланню кризових явищ у галузі. Також доцільно розвивати мережу платних послуг, але потрібно запровадити єдині методи встановлення витрат на здійснення лікування і різних процедур, що буде основою для встановлення цін на медичні послуги; ширше застосовувати денні стаціонари, тобто пацієнти отримуватимуть у клініці лише лікувальні процедури. Слід розробити і затвердити перелік платних послуг, які надаються установами охорони здоров'я згідно з їхніми функціональними повноваженнями та закріпити це законодавчо. Для покращання діяльності системи охорони здоров'я, задоволення потреб суспільства необхідно вдосконалювати чинну правову базу, поступово переходити від бюджетної до бюджетно-страхової системи, вишукувати нові джерела надходження фінансових ресурсів.

Таким чином, збалансована структура надходжень фінансових ресурсів державних лікувальних установ сприятиме покращанню якості надання медичної допомоги населенню, що створюватиме підґрунтя для поліпшення здоров'я громадян України і забезпечення високих темпів економічного зростання у довгостроковому періоді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Конституція* України (із змінами і доповненнями). — К. : Атіка. — 2006. — 64 с.
2. *Стенограма* парламентських слухань на тему "Про хід виконання в Україні Європейської соціальної хартії (переглянутої)" від 6 черв. 2008 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http//www.rada. gov.ua/zakon/new/par.

3. http//www.moz.gov.ua.
4. *Бураковський І. В.* Реформа місцевих фінансів та міжбюджетних відносин в Україні: вісім проблемних питань // Економічні реформи сьогодні. — 2001. — № 38. — С. 17–28.
5. *Левицький О.* Фінанси галузі. Аналіз видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я / Олег Левицький [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http//www.vz.kiev.ua/med/08-09/7.shtml.
6. Статистичний щорічник України за 2007 рік. — К. : Консультант, 2008; *Статистичний* збірник Регіони України, 2008.
7. *Статистичні* дані обласних Управлінь охорони здоров'я за 2008 р. (Житомирська, Івано-франківська, Тернопільська області).