

Г. С. Рожков,
кандидат медичних наук

КОШТОРИСНО-БЮДЖЕТНЕ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

У статті автором досліджується сутність кошторису бюджетної установи, особливості планування видатків на утримання медичних закладів України, оперативні-сітьові показники при визначенні видатків на утримання установ охорони здоров'я.

The author examines an essence of budgetary establishment estimate, planning features of charges on maintenance of medical establishments in Ukraine, indexes of operatively-networks at determination of charges on maintenance of health protection establishments in the article.

Ключові слова: бюджет, видатки, кошторис, планування, розпис, фінансування, грошові кошти.

ВСТУП

Виділення коштів з державного та місцевих бюджетів на забезпечення діяльності галузі охорони здоров'я здійснюється шляхом кошторисно-бюджетного фінансування. У теорії фінансового права кошторисно-бюджетне фінансування визначається як метод безповоротного, безвідплатного відпуску грошових коштів на утримання установ, що перебувають на повному фінансуванні з відповідного бюджету, на основі фінансових планів — кошторисів доходів і видатків. На кошторисно-бюджетному фінансуванні утримуються всі органи виконавчої влади в Україні, державні та комунальні установи (бюджетні установи), органи законодавчої влади, суди, прокуратура та інші.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Дослідити особливості кошторисно-бюджетне фінансування охорони здоров'я в Україні.

РЕЗУЛЬТАТИ

Правові та організаційні основи фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні у межах юридичної науки є, на жаль, недостатньо дослідженими. Фундаментальною основою для вказаного дослідження стали праці таких вчених: А. Берлача, Л. Воронової, І. Заверухи, М. Кучерявенка, А. Нечай, Н. Пришви, Л. Савченко, І. Сенюти, С. Стеценка, С. Юрія, Х. Ярмакі та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Г. Беккер, Е. Ліннако, А. Малагардіс, Д. Норт, Р. Салтман, В. Семьонов, Дж. Е. Стігліц та ін. Управлінським аспектам системи охорони здоров'я присвятили свої праці такі українські вчені та практики, як Л. Батіг, М. Білинська, З. Гладун, С. Дяченко, О. Коваленко, Я. Радиш, В. Рудий, В. Пашков, В. Третяков, М. Шевченко та ін. Економічні питання фінансового забезпечення охорони здоров'я знайшли своє відображення у працях Н. Карпишин, Є. Малік, І. Радь, О. Тулай, М. Шутова.

Термін "бюджетна установа" в розумінні законодавства України означає

орган, установу чи організацію, визначену Конституцією України, а також установу чи організацію, створену в установленому порядку органами державної влади, органами влади Автономної Республіки Крим чи органами місцевого самоврядування, які повністю утримуються за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевих бюджетів. Бюджетні установи є неприбутковими (пункт 6 частини першої статті 2 Бюджетного кодексу України).

Основним фінансовим планом бюджетної установи, в межах яких визначаються бюджетні асигнування та зобов'язання, є кошторис доходів і видатків, який складається за підрозділами економічної класифікації.

Значення кошторисів у бюджетному процесі, включаючи кошторисне фінансування, дуже велике. Так, кошториси виступають основою для виділення розпоряднику бюджетних коштів відповідної суми асигнувань. На основі кошторисів визначаються обсяги і цільове спрямування бюджетних видатків. Кошторис виступає базовим документом у процесі бюджетного обліку, складання звітності, проведення фінансового аналізу та бюджетного контролю.

Окремо слід визначити правове значення кошторису бюджетної установи. Кошторис визначає права та обов'язки розпорядника бюджетних коштів з цільового використання коштів, що відпускаються з відповідного бюджету, а також обов'язки фінансових органів щодо виділення цих коштів та їхні права на здійснення контролю за цільовим використанням бюджетних ресурсів. На підставі затвердженого кошторису в учасників цих правовідносин (розпорядників бюджетних коштів) виникають права та обов'язки. Кошторис є одним із вагомих важелів керівництва соціально-культурною сферою держави, органів місцевого самоврядування. Кошторис є частиною державного і місцевого планування економічного та соціального розвитку [5, с. 154].

Крім того, кошторис можна розглядати: як акт управлінської діяльності; як фінансовий план; як правовий акт. Як акт

управлінської діяльності кошторис визначає виділення та використання бюджетних коштів. Як фінансовий план кошторис є актом планування, на підставі якого установа фінансується з бюджету протягом року і в якому встановлюються граничні суми асигнувань, які заборонено перевищувати, їх розподіл за статтями витрат з поквартальною розбивкою. Обсяг бюджетного фінансування визначається на основі показників, які характеризують масштаби діяльності підприємства (організації, установи), та встановлених (чи розрахованих) норм витрат. Норми витрат можуть бути постійними та узагальненими, обов'язковими і факультативними. Норми витрат — основний елемент кошторисного фінансування, бо саме вони визначають обсяги видатків бюджету. Кошторис як правовий акт відповідно до вимог законодавства визначає: а) конкретний розмір коштів на конкретні заходи і на визначений термін; б) права та обов'язки керівників бюджетних установ із використанням встановленого обсягу коштів; в) права та обов'язки фінансових органів із виділення цих коштів і контролю за їх використанням. Кошторис бюджетної установи є правовим актом, від моменту затвердження якого виникають фінансові правовідносини щодо отримання коштів у банківській установі та їх видавання на грошове утримання, заробітну плату, розрахунки з іншими установами тощо [2, с. 130].

Слід відрізняти кошторис від інших фінансових планів, позаяк кошторис передбачає витрати лише бюджетних установ та відображає односторонній, витратний характер його зв'язку з бюджетом.

В Україні використовуються чотири види кошторисів: індивідуальні, загальні, кошториси централізованих заходів та зведені галузеві кошториси.

Індивідуальний кошторис — це фінансовий акт, який відображає особливості та вимоги у коштах кожної окремої установи. Для однотипових бюджетних установ складаються типові форми кошторисів видатків.

Кошториси витрат на централізовані заходи складаються міністерствами, відомствами, управліннями та відділами органів місцевого самоврядування на видатки, пов'язані з проведенням централізованих заходів (наприклад, проведення конференцій), тоді як на ці заходи передбачаються асигнування.

Зведені кошториси об'єднують усі індивідуальні кошториси установ, які підпорядковані міністерствам та відомствам, загальні та кошториси витрат на централізовані заходи.

Кошторис витрат складається з двох частин: 1) загальний фонд, який містить обсяг надходжень із загального фонду бюджету та розподіл видатків за повною економічною класифікацією на виконання бюджетною установою основних функцій; 2) спеціальний фонд, який містить обсяг надходжень із спеціального фонду бюджету на конкретну мету та їх розподіл за повною економічною класифікацією на здійснення відповідних видатків згідно із законодавством, а також на реалізацію пріоритетних заходів, пов'язаних з виконанням установою основних функцій.

Власні надходження бюджетної установи переважно спрямовуються до спеціального фонду бюджету, із подаль-

шим їх предметно-цільовим використанням даною бюджетною установою. За таких умов зазначені кошти не завжди будуть мати риси публічного доходу, оскільки у них може бути відсутня така риса, як використання бюджетною установою зазначеного доходу з метою задоволення публічного інтересу [4, с. 80].

Частина коштів, які зараховуються до спеціального фонду бюджету, не відповідає поняттю публічного доходу, оскільки використання цих коштів іде на покриття витрат за приватними потребами конкретної установи.

План асигнувань є невід'ємною частиною кошторису і затверджується разом з ним. Надходження в обох складових кошторису за бюджетними запитами визначаються у державному або місцевих бюджетах. Обсяг витрат за кошторисами розраховують самі установи та організації. За основу беруться показники економічного та соціального розвитку, виходячи з мережі та контингентів цих установ: по лікарнях — кількість ліжок.

Головний розпорядник бюджетних коштів, розпорядники вищого рівня складають на підставі індивідуальних кошторисів кожної бюджетної установи і планів асигнувань зведені кошториси та плани асигнувань і подають їх у відповідні фінансові органи. Зведені кошториси не затверджуються.

У тижневий строк після опублікування відповідних актів по бюджету фінансові органи доводять до головних розпорядників лімітні довідки. Лімітна довідка — це індивідуальний правовий акт, який містить затверджені бюджетні асигнування (бюджетні призначення), їх місячний розподіл і інші показники, що визначаються на підставі нормативів. Лімітна довідка, видана фінансовими органами, слугує підставою для уточнення проектів кошторисів і складання проектів планів асигнувань.

У тритижневий термін після одержання лімітних довідок головні розпорядники бюджетних коштів подають фінансовим органам документи, необхідні для затвердження річного розпису призначень державного бюджету та помісячного розпису асигнувань загального фонду державного бюджету.

Затверджений Мінфіном України річний розпис призначень державного бюджету та помісячний розпис асигнувань загального фонду державного бюджету передається Державному казначейству, яке у триденний термін доводить до головних розпорядників витяги, що є підставою для затвердження кошторисів [1, с.355].

Усі види кошторисів складаються відповідно до Класифікації доходів і видатків Державного та місцевих бюджетів України (бюджетної класифікації). У пункті 3 частини першої статті 2 Бюджетного кодексу України надано чітке визначення бюджетної класифікації: це єдине систематизоване згрупування доходів, видатків (у тому числі кредитування за вирахуванням погашення) та фінансування бюджету за ознаками економічної сутності, функціональної діяльності, організаційного устрою та іншими ознаками відповідно до законодавства України та міжнародних стандартів.

Бюджетна класифікація України застосовується для здійснення контролю за фінансовою діяльністю органів державної влади, органів влади Автономної

Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, інших розпорядників бюджетних коштів, проведення необхідного аналізу в розрізі доходів, а також організаційних, функціональних та економічних категорій видатків, забезпечення загальнодержавної і міжнародної порівнянності бюджетних показників.

З'ясовуючи зміст кошторисного процесу, необхідно дати йому правову характеристику як діяльності державних організацій та установ із формування та виконання кошторисів, а також звернути увагу на його особливості: кошторис набуває юридичної сили лише після затвердження бюджету, з якого фінансуватимуться витрати за кошторисом; кошторис складається під час проектування бюджету і розглядається у встановлені міністерствами, відомствами, відділами місцевих органів самоврядування терміни; затверджує і підписує кошторис керівник бюджетної установи, а бюджетних установ, безпосередньо не підпорядкованих міністерствам, — організація вищого рівня, який вони підлегли; кошторисному процесові притаманні ті ж стадії, що й бюджетному (складання, розгляд, затвердження та виконання) [2, с. 131].

Згідно з чинною бюджетною класифікацією видатки на утримання закладів охорони здоров'я плануються за такими групами:

- лікувально-профілактичні установи — лікарні, диспансери, лікарські та фельдшерські здоров'янки при підприємствах, фельдшерсько-акушерські пункти, станції швидкої допомоги, станції переливання крові, санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей, дитячі ясла та дитячі будинки;

- санітарно-профілактичні установи і заходи — санітарно-епідеміологічні станції, дезінфекційні станції, заходи із запобігання, припинення епідемії, будинки та заходи з санітарної освіти;

- інші установи та заходи — госпітали та санаторії для інвалідів Великої Вітчизняної війни, бюро судово-медичної експертизи та інші заходи з охорони здоров'я.

Для визначення витрат на утримання установ охорони здоров'я застосовуються такі оперативні-сітьові показники:

- по стаціонару — кількість лікарняних ліжок і ліжко-днів;

- по поліклініках — кількість лікарських відвідувань та лікарських посад.

Кількість лікарняних ліжок — головний сітьовий показник для визначення витрат на утримання стаціонарних лікарень — характеризує лікарняні місця. Розрізняють нормативну потребу і фактичну її наявність. Нормативна потреба визначається, виходячи з чисельності жителів і показника госпіталізації в розрахунок на рік. Фактична наявність характеризує кількість встановлених в медичному закладі ліжок.

Кількість ліжко-днів — добуток від множення середньорічної кількості ліжок на кількість днів функціонування одного ліжка в рік. При цьому слід враховувати, що кількість днів функціонування одного ліжка на рік по кожному профілю різна і визначається з урахуванням фактичних даних за минулі роки. Крім того, треба мати на увазі можливість збільшення кількості днів їхнього використання за рахунок кращого розподілу ліжок по відділеннях, скорочення простоїв ліжок, що виникають через капітальні ремонти

приміщень, карантини, дезінфекцію та з інших причин. Показник "кількість ліжко-днів" використовується для визначення витрат на харчування хворих і придбання медикаментів.

Кількість лікарських відвідувань визначається шляхом множення чисельності жителів у районі на середню кількість відвідувань лікарні на рік (приблизно 30 разів). Загальна кількість відвідувань розподіляється за окремими спеціалістами — хірурги, терапевти і т.п. Або кількість відвідувань у поліклініці визначають, виходячи з кількості середньорічних лікарських посад, затверджених за кошторисом, кількості годин роботи лікаря цієї спеціальності на день, норми прийому хворих на годину та кількості робочих днів на рік.

Даний показник використовується для визначення витрат на придбання медикаментів і перев'язувальних засобів при амбулаторному обслуговуванні населення.

Число лікарських посад по амбулаторно-поліклінічних закладах визначається на основі штатних нормативів, які затверджуються Міністерством охорони здоров'я України (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.00 № 33 "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я") [3].

Кількість посад лікарів визначається в розрізі стаціонару і поліклініки:

- по стаціонару — виходячи з нормативу кількості ліжок на одного лікаря (15—30 ліжок), який диференційовано в розрізі відділень (хірургічне, терапевтичне і т.д.); враховуються також посади завідувачів відділеннями, лікарів-інтернів та лікарів-спеціалістів.

Кількість посад середнього медперсоналу визначається по стаціонару, виходячи з кількості цілодобових постів. Кількість постів, у свою чергу, встановлюється відповідно до нормативів кількості ліжок на один пост, які диференціюються в розрізі відділень і встановлюються окремо для денних і нічних годин. Кількість посад на один пост визначається шляхом ділення річного балансу часу в годинах (365 24) на кількість годин роботи однієї медсестри на рік. Крім того, враховуються посади старшої медсестри, медсестри для організації індивідуального догляду за важкохворими та медсестер у лікувально-діагностичних кабінетах.

- у поліклініці — на основі кількості лікарських відвідувань у розрізі спеціалістів і встановлених нормативів прийому на одного лікаря; в поліклініці також передбачаються посади завідувачів відділеннями (за наявності певної кількості лікарів даного профілю).

Посади лікарів для забезпечення прийому населення у поліклініці, надання медичної допомоги вдома та іншої роботи з амбулаторно-поліклінічного обслуговування населення встановлюються з розрахунку кількості населення.

Згідно з чинними нормативами на 10 тис. осіб міського населення передбачено 9,97 посади лікаря. У поліклініці кількість посад середнього і молодшого медичного персоналу встановлюється за нормативом відповідно до кількості посад лікарів (як правило, 1:1 і більше).

Лікарська посада є також розрахунковою одиницею для визначення витрат на утримання станцій швидкої медичної

допомоги, лікарських здоров пунктів.

Незважаючи на зростання обсягів витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП, дані показники залишаються нижчими в Україні майже у 2—3 рази порівняно з країнами-членами ЄС та не належать до числа соціальних пріоритетів держави, оскільки за рекомендаціями ВООЗ для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні витрати на охорону здоров'я повинні становити 7—10% від ВВП (у країнах Європейського регіону зазначений показник становить близько 6,5%, країнах-членах Європейського Союзу — 8,7%).

Крім того, фінансові ресурси, які інвестуються у галузь, не повністю відповідають її потребі, використовуються з низькою економічною ефективністю, тому не дозволяють підвищити якість та доступність медичної допомоги. Таку ситуацію можна пояснити тим, що величина фінансових ресурсів, які виділяються закладам охорони здоров'я, не залежить від кінцевих результатів їх діяльності, що не сприяє поліпшенню якості наданих медичних послуг (за розрахунками фахівців МОЗ України, 80% фінансових ресурсів, які виділяються на потреби закладів охорони здоров'я, витрачаються на їх утримання і лише 20% — на лікування пацієнтів). Крім того, державні та комунальні заклади охорони здоров'я мають статус бюджетних установ із обмеженими правами щодо управління фінансами, орієнтовані лише на систему нормативів, доведених органами управління охорони здоров'я, і позбавлені економічних стимулів щодо покращення результативності діяльності й підвищення якості медичної допомоги.

Розгляд діючої практики фінансового планування у галузі охорони здоров'я дозволяє стверджувати, що здебільшого воно є необ'єктивним та не має належного наукового підґрунтя, оскільки не розроблено нової системи норм і нормативів, яка б реально враховувала та відображала потребу в ліжковому фонді, а отже, і фінансових ресурсах закладів охорони здоров'я. Чинні нормативи, які визначають ключові показники ресурсозабезпеченості закладів охорони здоров'я, не враховують наукових і технологічних інновацій у медицині, що повинно було бути відображено у відповідних змінах напрямів потоків ресурсів.

Суттєвою проблемою галузі охорони здоров'я залишається низький рівень заробітної плати працівників медичних закладів, який у 2007 р. не перевищував 64,3% від середнього по економіці. Так, у звітному році середньомісячна номінальна заробітна плата у галузі охорони здоров'я становила 871 грн. (що у 5,6 рази більше, ніж у 2000 р.), ще нижчою вона була лише у галузі сільського господарства — 733 грн. Крім того, спостерігається негативна тенденція зниження рівня середньої заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я щодо відповідного показника в промисловості. Наприклад, якщо у 1995 р. різниця між середньою заробітною платою у охороні здоров'я і промисловості становила 14 грн., то у 2007 р. — вже 683 грн (додаток). Темп зростання номінальної заробітної плати в охороні здоров'я теж дуже низький і за 1995—2007 рр. становив лише 11,6 рази, тоді як у промисловості заробітна плата за цей період зросла у 17,5 рази, державному

управлінні — 22,9 рази, авіаційному транспорту — 23,3 рази.

Залишаються досить низькими відсотки видатків на охорону здоров'я відносно до ВВП (у 2007 р. — 3,3%). Це підтверджує неможливість держави виконувати взяті на себе фінансові зобов'язання щодо забезпечення бюджетними коштами політики охорони здоров'я "у розмірі, що відповідає її науково-обґрунтованим потребам, але не менше 10% національного доходу", визначені статтею 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Крім того, як зазначають фахівці ВООЗ, при витратах на галузь охорони здоров'я менше 5% від ВВП вона не здатна виконувати свої функції. Не зважаючи на це, Україна продовжує декларувати безкоштовну медицину, хоча, практично жодна держава з розвинутою економікою, витрачаючи на охорону здоров'я в середньому 7% ВВП, не гарантує безоплатність усіх видів медичної допомоги.

Для зняття навантаження з бюджетів різних рівнів і поліпшення фінансування закладів охорони здоров'я залучалися їхні власні надходження, обсяги яких у 2007 р. становили 1373,1 тис. грн., що на 20,3% більше, ніж у 2006 р., та у 1,7 рази, ніж у 2003 р. Як негативну тенденцію можна відзначити зниження частки благодійних внесків та гуманітарної допомоги у структурі джерел фінансового забезпечення медичних інституцій із 3,8% у 2004 р. до 2,4% у 2006 р.

Так, аналізуючи динаміку фінансування охорони здоров'я у розрізі кодів економічної класифікації за 2001—2008 рр., можна зауважити той негативний аспект, що за вказаний період майже на 50% зменшились обсяги витрат на закупівлю медикаментів і перев'язувальних матеріалів, скоротились видатки на харчування.

Аналіз структури видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я за функціональною ознакою у 2001—2008 рр. показав, що за цей період відбулися суттєві зміни у пріоритетах витрат на охорону здоров'я. Особливо помітним є зростання видатків державного бюджету на фінансування санітарно-профілактичних та протиепідемічних заходів.

Аналізуючи видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я за відомчою класифікацією, можна зауважити, що, крім Міністерства охорони здоров'я України, на яке покладено основні зобов'язання щодо забезпечення доступної і ефективної медичної допомоги в країні, є інші розпорядники бюджетних коштів за функцією "Охорона здоров'я". Перелік головних розпорядників коштів державного бюджету затверджують Законом про Державний бюджет України на відповідний рік шляхом встановлення їм бюджетних призначень.

Фінансування відомчих закладів охорони здоров'я з державного бюджету займає відчутну частку його відповідних витрат. Значні обсяги державних коштів для формування основних засобів відомчих медичних закладів часто використовуються для придбання високотехнологічного обладнання, що призначене для надання вузькоспеціалізованої медичної допомоги. Зважаючи на обмежену кількість громадян, яким надано право користуватися послугами цих установ, інтенсивність використання такого обладнання є низькою. Це, у

свою чергу, призводить до зниження ефективності бюджетних інвестицій.

Діяльність закладів охорони здоров'я, підпорядкованих різним відомствам, призводить до розпорошення бюджетних коштів і складного та неефективного контролю за їх витратами. З метою координації дій міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади щодо раціонального використання потенціалу закладів охорони здоров'я, які їм підпорядковані, в 2000 р. створено Міжвідомчу координаційну раду при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузєвої взаємодії закладів охорони здоров'я. Проте цього недостатньо, щоб врегулювати проблему відомчої медицини, особливо в частині, яка стосується бюджетного фінансування. Крім того, із запровадженням у 2002 р. програмно-цільового методу складання бюджету простежити масштаби видатків для кожного з розпорядників та отримувачів бюджетних коштів стало досить складно.

ВИСНОВОК

Оцінка якісного стану бюджетного фінансування свідчить про те, що виділені асигнування покривають лише поточні потреби державних і комунальних закладів охорони здоров'я, а поліпшення ситуації в цілому не відбувається. Бюджетні асигнування, які інвестуються у галузь, неповністю відповідають її потребі, використовуються з низькою економічною ефективністю, тому не дозволяють підвищити якість та доступність медичних послуг. Таку ситуацію можна пояснити тим, що величина фінансових ресурсів, які виділяються закладам охорони здоров'я, не залежить від кінцевих результатів їх діяльності, що не сприяє поліпшенню якості наданих медичних послуг. Крім того, державні та комунальні заклади охорони здоров'я мають статус бюджетних установ із обмеженими правами щодо управління фінансами, орієнтовані лише на систему нормативів, доведених органами управління охорони здоров'я, і позбавлені економічних стимулів щодо покращення результативності діяльності й підвищення якості медичної допомоги. Проблема розробки науково-обґрунтованих норм і нормативів, які використовуються в процесі планування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я, залишається досить актуальною на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я і потребує вирішення.

Література:

1. Воронова Л. Фінансове право України: підручник / Л. Воронова. — К.: Прецедент, Моя книга, 2006. — 448 с.
 2. Дмитренко Е. Фінансове право України: практикум. / Е. Дмитренко. — К.: Атіка, 2004. — 216 с.
 3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я" від 23.02.2000 р. № 33 [Електронний ресурс]. — Режим доступу до документа: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=6518>.
 4. Пришва Н.Ю. Публічні доходи: поняття та особливості правового регулювання: монографія / Н.Ю. Пришва. К.: КНТ, 2008. — 200 с.
 5. Юрій С. Антологія бюджетного механізму: монографія / С. Юрій, В. Дем'янишин Я. Буздуган. — Тернопіль: Економічна думка. — 2001. — 250 с.
- Стаття надійшла до редакції 31.12.2009 р.