

ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Семенда О.В. к.е.н., ст. викладач

Уманський національний університет садівництва

Анотація. *Окреслено сучасний стан фінансової забезпеченості системи охорони здоров'я. З цією метою використано економіко-статистичні інструменти, а саме метод абсолютних, відносних та середніх показників, метод порівняння.*

Детально розглянуто джерела надходження коштів та напрями їх використання в системі охорони здоров'я. Зроблено акцент на неефективному використанні бюджетних коштів - в основному на заробітну плату працівників галузі (71-74% від загальної суми видатків). За таких обставин населення змушене витратити на придбання медикаментів власні кошти (99,5% складають витрати населення, в розвинутих європейських країнах даний показник становить 30-60%). Така ситуація вимагає захисту найвразливіших верств населення з боку держави.

В 2015 році, з переходом на нові міжбюджетні відносини та запровадженням медичної субвенції, процес фінансування закладів та установ охорони здоров'я значно ускладнився через недостатній обсяг цієї субвенції (60-65% від найменшальної потреби в коштах на дану мету), що спричинило невчасні розрахунки по заробітній платі та енергоносіях, і як наслідок – соціальну напругу. Заробітна плата працівників галузі охорони здоров'я залишається однією з найнижчих серед працівників інших галузей економіки. Рівень середньої заробітної плати в доларовому еквіваленті знизився майже на 40% (2013р. – 341,1 дол. США, 2014р. – 205,4 дол. США). До зниження рівня купівельної спроможності працівників галузі додаються ще й затримки з виплатою.

Запропоновано в перспективі створити та запровадити систему медичного страхування, що слугуватиме додатковим джерелом фінансування галузі охорони здоров'я. Такі перетворення в галузі можливі лише за умови припинення антитерористичної операції на сході країни, подолання фінансово-економічної кризи та наближення соціальних стандартів до європейського рівня.

Ключові слова: *охорона здоров'я, фінансування, фінансовий ресурс, медична субвенція, медичне страхування.*

FINANCING OF SYSTEM OF HEALTHCARE: PROBLEMS AND WAYS OF ITS SOLUTION

Semenda Olena, Ph.D. Economic Sciences, lecturer

Summary: The current state of financial provision of the health care system is outlined. With this purpose economic and statistical tools are used, namely the method of absolute, relative and average indices, method of comparison.

The sources of funds and the direction of their use in the health care system are considered in details. The focus on an inefficient use of budgetary funds - mainly for the salaries of workers (71 to 74% of total costs) is done. In such circumstances, people have to spend their own funds on the purchase of medicines (99.5% are expenditures of population, in the developed European countries this indicator is 60%). This situation requires the protection of the most vulnerable segments of the population by the state.

In 2015, with the transition to new winter-budgetary relations and the implementation of medical subvention, the process of financing health care establishments has become more complex because of insufficient volume of subsidies (60-65% of the minimum requirement for this objective), which resulted in untimely payments of wages and energy products and as a consequence a social tension.

The wage of workers in the health care industry remains one of the lowest among the workers in other industries. The level of average wages in dollar terms reduces by almost 40% (2013. – 341,1 US dollar, 2014. – 205,4 US dollar). To lower the purchasing power of workers in the sector the delays in payment are added.

Creation and introduction of a health insurance system that will serve as an additional source of funding for the health care industry is proposed in the future.

Such transformation in the industry is only possible if we stop anti-terrorist operation in the East of the country, overcome an economic and financial crisis and approximate social standards to the European level.

Keywords: health care, financing, financial resources, medical subsidy, medical insurance.

Постановка проблеми. Головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є показники фінансування та стабільність джерел надходження коштів. Система фінансування має забезпечувати інтенсифікацію роботи галузі, підвищення ефективності використання ресурсів та якості надання медичних послуг [1]. Фінансування, яке застосовується на плануванні витрат за лікарняними ліжками і медпрацівниками не має раціональних основ та не відображає фактичні потреби населення в медичних послугах. Виклики, перед якими опинилася охорона здоров'я в сучасних умовах, перетворились на національну катастрофу - здоров'я українців перебуває під впливом таких

потужних факторів, як старіння населення, швидка урбанізація та поширення нездорового способу життя.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед вагомих наукових досліджень у сфері бюджетної політики, фінансування соціальної сфери, оптимізації ресурсної бази та повноважень місцевих громад слід виокремити праці Л. Тулуш, І. Астахової, Є. Касьян, Ю. Ганущак, І. Луніна, О. Василик, К. Павлюк та ін. науковців.

Невирішені складові загальної проблеми. Незважаючи на наукову і практичну цінність цих досліджень, з року в рік проблема забезпеченості фінансовим ресурсом системи охорони здоров'я набуває все більшої гостроти. Відсутність в країні науково обгрунтованої програми розвитку системи охорони здоров'я викликає необхідність розробки стратегічних орієнтирів подальших дій в кожному її секторі, в т.ч. і в секторі фінансового забезпечення галузі. Проблема реформування та впровадження нових механізмів фінансування галузі останнім часом набула в Україні особливої актуальності.

Ціль статті - оцінити стан фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, проаналізувати джерела фінансування галузі та надати пропозиції щодо їх розширення.

Виклад основного матеріалу дослідження. В складних економічних, політичних, макроекономічних умовах сучасності та ще й в умовах військової агресії можливості Уряду обмежені щодо збільшення державних коштів, що асигнуються в охорону здоров'я. У державній системі охорони здоров'я в останні роки відчутний гострий дефіцит коштів. Бюджетне фінансування лікувально-профілактичних установ та заходів здійснюється в обмежених розмірах, що значно ускладнює їхнє функціонування. Основу витрат закладів охорони здоров'я складають витрати на заробітну плату. Видатки на заробітну плату з нарахуваннями, що фінансуються із загального фонду місцевих бюджетів, складають 71-74% протягом 2009 – 2014 рр. від загальної суми видатків на дану галузь [2, с.338]. Таким чином, залишається дуже мало простору для фактичного надання послуг: лікування хворих, закупівлю

медикаментів та витратних матеріалів, оновлення матеріально-технічної бази тощо. За багатьма напрямками лікувальної-профілактичної діяльності медична допомога є платною – громадяни оплачують левову частину її вартості з власної кишені. За даними Національних рахунків охорони здоров'я(НРОЗ) впродовж останніх 10 років основні витрати на фармацевтичні товари та інші медичні товари нетривалого використання здійснювалися в основному домогосподарствами –99,5%, а не лікувально-профілактичними закладами(для порівняння: у розвинутих європейських країнах від 30 до 60%), що свідчить про необхідність направлення зусиль держави у галузі охорони здоров'я на розробку програм та стратегій щодо захисту найвразливіших верств населення[2]. Занепокоєння викликає й той факт, що відбувається нерегульоване та неконтрольоване зростання цін на медикаменти (за оцінками експертів, зламавши корупційні схеми при держзакупівлі ліків, медичного обладнання, медпрепаратів, ціни на них на 20-30% зменшаться) та поширюється неофіційний ринок надання медичної допомоги, і як наслідок, загострюються проблеми медичного обслуговування населення. Такий стан справ у галузі вимагає розробку та формування нової державної політики у сфері охорони здоров'я.

Досвід зміни системи охорони здоров'я в Україні вже є - пілотні проекти реалізували в чотирьох регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та в Києві. Ключові цілі проектів були зрозумілі: підвищення доступності і якості медичної допомоги одночасно з ефективнішим витрачанням грошей. У всіх регіонах медзаклади реорганізували з комунальних установ у комунальні некомерційні підприємства. Зарплати лікарів збільшили приблизно вдвічі, але очікуваної якості надання медичної допомоги не отримали. Закупивши медичну техніку, виявилось, що ні програмного забезпечення, ні фахівців, які здатні з нею працювати не було[3].

Проблема в тому, що повинна фінансуватися саме медична послуга, заробітна плата лікаря має залежати від кількості та якості наданих послуг, а лікарі мають працювати в ринкових умовах - в умовах конкуренції.

З метою закріплення за місцевими бюджетами стабільних джерел доходів з 1 січня 2015 року Бюджетним кодексом України (БКУ) запроваджено нові види трансфертів з державного бюджету, в т. ч. і медичну субвенцію та субвенцію на забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру. Медична субвенція розподіляється між відповідними бюджетами на основі формули, що затверджується Кабінетом Міністрів України та враховує такі параметри: чисельність населення станом на 1 січня року, що передує плановому; коригуючі коефіцієнти, які враховують відмінності від вартості надання медичної допомоги; обсяги видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я згідно із Законом України «Про статус населених пунктів в Україні». [4, 5]

Із запровадженням медичної субвенції процес фінансування закладів охорони здоров'я ще більше ускладнився. Забезпеченість фінансовим ресурсом в частині медичної субвенції складала 60-65% від потреби в коштах на дану мету, річну суму коштів на початку року було заплановано з помісячною розбивкою (наближати кошти державних субвенцій заборонено БКУ[4]), що спричинило невчасні розрахунки по заробітній платі та енергоносіях, і як наслідок, – соціальну напругу. Місцевим громадам спільно з головними розпорядниками бюджетних коштів потрібно було вживати заходів щодо оптимізації мережі закладів охорони здоров'я з метою ефективного використання наявного фінансового ресурсу, що означає скоротити штатну чисельність медичних працівників при їх дефіциті. За останні п'ять років мережа лікарняних закладів України значно скоротилася – із 2442 у 2010р. до 1504 у 2014р. (35,95%). В 2010р. налічувалось 197065 лікарів, а в 2014р. – 159969 [6]. Щорічно вибуває понад 6 тис. лікарів за рахунок природної плінності, що зумовлено:

1. Низьким рівнем заробітної плати. Заробітна плата працівників охорони здоров'я залишається однією з найнижчих серед працівників інших галузей економіки, а враховуючи «обвал» гривні наприкінці 2014р., зростання рівня

інфляції, рівень середньої заробітної плати в доларовому еквіваленті знизився майже на 40% (2013р. – 341,1 дол. США, 2014р. – 205,4 дол. США)[6].

2. Відсутністю належних соціально-побутових умов.

3. Недосконалою інфраструктурою населених пунктів.

Всупереч Конституції, де зафіксовано, що «витрати органів місцевого самоврядування, що виникли внаслідок рішень органів державної влади, компенсуються державою»[7], видатки, які повинні фінансуватися за рахунок медичної субвенції, місцеві громади змушені забезпечувати із власних коштів (протягом 9 місяців поточного року видатки на охорону здоров'я за зведеним бюджетом зросли на 15%, за державним – знизилась на 11,4% проти аналогічного періоду минулого року[8]). Хоча завдяки податковій реформі доходи місцевих бюджетів значно зросли (приріст надходжень до загального фонду протягом 9 місяців 2015 року склав 40,7% проти аналогічного періоду минулого року[9]), вирішувати питання пошуку додаткового фінансового ресурсу органам місцевого самоврядування надто складно. Зростання розміру заробітної плати працівників бюджетних установ (індексація, зростання мінімальної заробітної плати та ін.), подорожчання товарів і послуг та енергоносіїв, інфляційних процесів тощо, що потребує додаткових витрат бюджетних коштів.

Аналіз законодавчих ініціатив дозволяє стверджувати, що бюджет 2016 року для місцевих громад виявиться ще скрутнішим. Місцеві бюджети недоотримають приблизно 40% коштів порівняно з фактичним виконанням дохідної частини 2015 р. Фактично вони втратять весь профіцит (перевиконання дохідної частини), що утворився в поточному році. Обсяги медичної субвенції в Державному бюджеті плануються на рівні 2015 року, незважаючи на задеклароване підвищення соціальних стандартів. Заробітні плати лікарів зростатимуть, але коштів на ці цілі держава не виділятиме, підстрахувавши себе приміткою: «в межах фінансового ресурсу бюджетів всіх рівнів». По підрахунках Асоціації міст України, дефіцит фінансового ресурсу по медичній субвенції складе 7,5 млрд. грн. Влада на місцях повинна буде

вирішувати: індексувати заробітні плати за рахунок скорочення інших витрат або не індексувати ціною бунтів під стінами адміністрацій[10].

Як вважає широке коло науковців, в т.ч. І. Астахова, Є. Касьян [11], важливим напрямом поліпшення фінансового забезпечення охорони здоров'я може стати створення і функціонування системи медичного страхування, при якій страхування громадян здійснюватиметься за рахунок державного бюджету, коштів установ, підприємств і організацій та особистих внесків громадян.

Але з огляду на політичні, економічні, соціальні проблеми в Україні, наша країна ще не готова до страхової медицини. За страхової медицини внески на медичне страхування формуватимуться з відрахувань від доходу працівників та нарахувань на фонд заробітної плати для роботодавців, розмір яких і так досить високий (в частині фонду оплати праці в сукупності на кожен зароблений гривню припадає майже 57 коп. податків). За підрахунками експертів реально система страхової медицини зможе зібрати лише 20% коштів, потрібних для того, щоб усі, кому буде гарантовано послуги в рамках програми, їх отримували. З огляду на зазначене можна дійти висновку, що система медичного страхування в Україні виявиться нежиттєздатною та не знайде підтримки в населення[12, с.94].

На думку авторасистему медичного страхування лише на даному етапі соціально-економічних процесів в Україні неможливо запровадити, проте в перспективі впровадження системи медичного страхування необхідне, але можливе лише при умові закінчення антитерористичної операції на сході країни (в даний час потребує значних витрат бюджетних коштів), виходу країни з фінансово-економічної кризи, зростанні заробітної плати в 5-6 разів (розмір заробітної плати має бути наближено до європейського рівня) та зниження навантаження на фонд оплати праці за рахунок нарахувань до Пенсійного фонду (з 1 січня 2016 р. єдиний соціальний внесок зменшиться із 40% до 20% відповідно до податкової реформи).

Висновок. Отже, наша країна повинна прагнути сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я, яка сприятиме

виникненню конкуренції серед медперсоналу, у хворих з'явиться можливість вибору лікаря й закладу, держава контролюватиме підготовку кадрів і ціноутворення медичної допомоги, а громадяни України отримають гарантований обсяг медичної допомоги. Звісно, процес одужання сучасної системи охорони здоров'я та її фінансового забезпечення досить складний та тривалий.

Перелік посилань:

1. **Миськевич Т.** Реформування системи охорони здоров'я в Україні. [Електронний ресурс]: Центр досліджень соціальних комунікацій / Т. Миськевич, спецкор НЮБ НБУВ - Режим доступу: http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=752:reform-ivannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=350
2. Національні рахунки охорони здоров'я (МОЗ) України в 2013 році: статистичний бюлетень. / Державна служба статистики України. - [Електронний ресурс] - Режим доступу :<http://www.ukrstat.gov.ua>
3. **Моїсеєва Т.** Здоров'я в гаманці / Тетяна Моїсеєва // Урядовий кур'єр від 12 грудня 2015 року. – 2015. - №233(5607). – С.1,3.
4. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин.' Закон України від 28 груд. 2014 року N 79-VIII // Офіц. вісник України. - 2015. - N 3 (16.01.2015). - С. 54.
5. Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р [Електронний ресурс] // База даних «Законодавство України» офіційного сайту Верховної ради України. - Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік [Електронний ресурс] / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460с. - Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna%20dopovid/Щорічна%20доповідь.2015.pdf>
7. Про внесення змін до Конституції України (щодо повноважень органів державної влади та місцевого самоврядування), проект Закону України від 26.06.2014 № 4178а [Електронний ресурс] // База даних «Законопроекти» офіц. сайту Верховної Ради України. - Режим доступу: http://wl.cl.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=51513.
8. Інформація про стан виконання Зведеного та Державного бюджетів України за I – III квартал 2015 року. [Електронний ресурс] // База даних «Бюджет поточного року» офіц. сайту Міністерства фінансів України. – Режим доступу: <http://www.minfin.gov.ua/uploads/redactor/files/56685b21689c0.xlsx>

9. Довідка щодо стану виконання місцевих бюджетів. [Електронний ресурс] // База даних «Місцеві бюджети» офіц. сайту Міністерства фінансів України. – Режим доступу: <http://www.minfin.gov.ua/uploads/redactor/files/56250f41d3e24.docx>
10. **Самаєва Ю.** Бюджетная децентрализация: полный назад! / Юлия Самаева // [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://osp-ua.info/lastnews/54647.html>
11. **Астахова І.Е.** Перспективи загальнообов'язкового медичного страхування в Україні / І.Е. Астахова, Є.О. Касьян // Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики: зб. наук. пр. – Харків, 2009. - №1(6). – С.45-49.
12. **Лободіна З.М.** Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я. / З.М. Лободіна // Фінанси України – 2010. - №4. - С.88-97