

Київський національний торговельно-економічний університет

Кафедра фінансів

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Видатки на охорону здоров'я як складова частина
бюджетної політики України»

Студентки 2 курсу, 3-м групи,
спеціальності 072
«Фінанси, банківська справа
та страхування»
спеціалізації «Державні фінанси»

Науковий керівник
д.е.н., професор

Гарант освітньої програми
завідувач кафедри фінансів,
заслужений діяч науки і техніки України
д.е.н., професор

Палець
Вікторії Сергіївни

Запатріна
Ірина Вікторівна

Чугунов
Ігор Якович

Київ 2018

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1. Особливості фінансування охорони здоров'я	6
1.2. Зарубіжний досвід здійснення бюджетних видатків на охорону здоров'я	9
РОЗДІЛ 2. ВИДАТКИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ	
2.1. Нормативно-правове забезпечення фінансування охорони здоров'я в Україні	16
2.2. Аналіз видатків на охорону здоров'я та аудит використання коштів	25
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БЮДЖЕТНИХ КОШТІВ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ	
3.1. Напрями бюджетної політики щодо оптимізації видаткової частини бюджету на охорону здоров'я	33
3.2. Напрями підвищення ефективності використання бюджетних коштів в медичній сфері	39
	43
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	47
ДОДАТКИ	56

ВСТУП

Домінуючими проблемами сучасних держав стали соціальні проблеми, зокрема – охорона здоров'я громадян. Одні країни стикнулися з проблемами скорочення населення, інші – з неконтрольованим його зростанням та водночас – масовими захворюваннями, виникненням нових хвороб тощо. За прогнозом ООН найбільше скорочення населення у світі до 2050 р. очікується в Україні – до 33 млн. Причини різні, серед яких – зниження народжуваності та підвищення смертності від різних хвороб, у тому числі соціально небезпечних, що ставить під загрозу сталий людський розвиток і потребує невідкладного втручання держави у сферу охорони здоров'я.

В Україні впродовж останніх років відбувається масштабне реформування медичної галузі, вирішення проблем диверсифікації її фінансового забезпечення. З огляду на вагому соціальну значимість галузі актуальним є дослідження ролі бюджетної політики у сфері охорони здоров'я у аспекті забезпечення сталого людського розвитку. Вирішенню питань фінансування соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я та ролі держави у цьому процесі присвячені наукові праці вітчизняних дослідників: В.І. Глухової і М.О.Булаха, І.В. Гнидюка, С.В. Дубінського, О.П.Кириленко і О.І.Тулай, Л.В. Лисяк, І.Я.Чугунова та інших.

У наукових працях висвітлено проблеми та окреслені напрями щодо покращення бюджетної політики у сфері видатків на соціальну сферу, людський розвиток, покращення фінансового механізму функціонування системи охорони здоров'я, зміни принципів її фінансування, створення умов для розвитку конкуренції на ринку медичних послуг та інші. Водночас, питання реалізації ефективної бюджетної політики у сфері охорони здоров'я як підґрунтя сталого людського розвитку потребують подальшого вивчення. Потреба в поглибленому дослідженні дієвості бюджетної політики зумовлена

загостренням соціальних проблем в Україні та тенденцією до збільшення державного втручання в економічну діяльність.

Метою роботи є дослідження видатків на охорону здоров'я як складової бюджетної політики.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення таких завдань:

- розкрити теоретичні засади фінансування охорони здоров'я;
- дослідити особливості функціонування охорони здоров'я;
- проаналізувати зарубіжний досвід здійснення бюджетних видатків на охорону здоров'я;
- розкрити нормативно-правове забезпечення фінансування охорони здоров'я;
- проаналізувати видатки на охорону здоров'я;
- здійснити аналіз системи контролю за використанням бюджетних коштів, спрямованих на медичне забезпечення;
- визначити напрями бюджетної політики щодо оптимізації видаткової частини бюджету на охорону здоров'я;
- запропонувати напрями підвищення ефективності використання бюджетних коштів в медичній сфері.

Об'єктом дослідження є видатки бюджетів на охорону здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні питання здійснення бюджетної політики в медичній сфері.

Методи дослідження. З метою досягнення поставленої мети в дослідженні використано загальнонаукові і спеціальні методи пізнання явищ і процесів у сфері фінансування охорони здоров'я. Системний та структурний методи використано при розкритті сутності та ролі бюджету та бюджетної політики в фінансовому забезпеченні медицини. За допомогою порівняльного та факторного методів проаналізовано зміни в законодавстві та досвід зарубіжних країн щодо медичного забезпечення. На основі системного підходу, синтезу, наукового абстрагування розкриті основні завдання бюджетної політики щодо здійснення видатків на охорону здоров'я.

Інформаційну базу дослідження становили законодавчі та нормативно-правові акти з питань фінансування охорони здоров'я, статистичні матеріали Державної служби статистики України, Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики України, Державної казначейської служби України, відповідні монографії, наукові статті вітчизняних та зарубіжних вчених.

Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. У вступі обґрунтовано актуальність обраної теми, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання та методи дослідження, зазначено теоретичне та практичне значення кваліфікаційного проекту.

У першому розділі досліджено теоретичні засади спрямування бюджетних коштів на охорону здоров'я. Досліджено питання забезпечення суспільного розвитку як складової бюджетної політики. Розглянуто питання частки видатків на охорону здоров'я в загальній структурі бюджетних видатків. Узагальнено зарубіжний досвід здійснення видатків на охорону здоров'я.

У другому розділі розглянуто питання охорони здоров'я в межах основних напрямів бюджетної політики. Проаналізовано видатки бюджетів на охорону здоров'я, зокрема обсяги медичної субвенції. Розглянуто нормативно-правове забезпечення медичної реформи в Україні.

У третьому розділі визначені напрями підвищення ефективності використання бюджетних коштів спрямованих на медичне забезпечення. Визначено проблеми підвищення якості наданих медичних послуг за рахунок бюджетних коштів. Обґрунтовані пріоритетні напрями бюджетної політики щодо оптимізації видаткової частини бюджету на охорону здоров'я. У висновках випускної кваліфікаційної роботи наведено теоретичне узагальнення матеріалу, представленого в кваліфікаційному проекті.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Особливості фінансування охорони здоров'я

Джерела фінансування сфери охорони здоров'я в економічно розвинених країнах поділяються на дві категорії: пряму оплату і передоплату третьої сторони. Пряма оплата здійснюється у формі або офіційної плати за послугу, або неофіційної винагороди надавачеві медичних послуг у момент її надання. Передоплата третьої сторони здійснюється через податки, відрахування від фонду заробітної плати і цільові страхові внески в охорону здоров'я, які окремі громадяни, сім'ї і роботодавці платять посередникам (такими виступають державний бюджет, фонди соціального страхування або приватні компанії медичного страхування), перш ніж послуга буде надана її виробником (лікарнями, поліклініками, лікарями). В економічно розвинених країнах більшість схем попередньої оплати здійснюються безпосередньо через цільові виплати, що дає змогу охопити медичним обслуговуванням частину населення, неспроможну платити (бідних, осіб з низькими доходами і людей похилого віку), або непрямо, через податкові пільги.

Більшість країн світу фінансують охорону здоров'я, поєднуючи такі основні джерела, як загальні податкові надходження (податок із заробітної плати), внески соціального страхування, премії приватного страхування, пряма оплата медичного забезпечення користувачем, а також так зване общинне фінансування (кошти територіальної громади), спрямоване на забезпечення справедливого та рівного доступу всіх громадян до послуг з охорони здоров'я та їх захисту від надмірних фінансових втрат через хворобу.

Знайти правильне співвідношення між приватними і суспільними (державними) джерелами фінансування дуже складно. Суспільні джерела фінансування включають державні асигнування на загальнодержавному, регіональному рівні та нарівні місцевого самоврядування.

Приватними джерелами фінансування є кошти приватних підприємств, підприємств малого бізнесу, благодійних організацій, а також окремих сімей та громадян. Залежно від стадії економічного розвитку держави співвідношення використання суспільних і приватних джерел змінюється.

Аналізуючи фінансування охорони здоров'я, зазначимо, що в Україні головним і найпотужнішим джерелом є державне фінансування. Крім цього, певного розвитку набули такі канали оплати медичних послуг: фінансування за рахунок коштів добровільного медичного страхування, лікарняних кас, добровільних, благодійних внесків, платних послуг у державних закладах охорони здоров'я, оплати послуг у комерційних закладах охорони здоров'я, фінансування за принципом госпрозрахунку, методом подушного нормативу, глобального бюджету (форма запропонована проектом TACIS) та неформальна система оплати медичних послуг.

У дослідженні ми не розглядаємо деякі тимчасові форми фінансування - міжнародні програми, спонсорська допомога, подарунки, а також джерела надходжень від оренди приміщень - тому, що ці джерела не пов'язані з процесом надання медичних послуг і не впливають на вибір управлінських рішень при забезпеченні стабільного фінансування.

У пошуках найбільш вигідних варіантів фінансування з застосуванням аналітичного методу визначимо, як впливають на вибір того чи іншого варіанта фінансування медичних послуг певні механізми, які складають картину вигідності, а також побудуємо "ідеальну модель" фінансування системи охорони здоров'я і визначимо її параметри.

Найбільш вигідними для прийняття управлінських рішень при визначенні джерел фінансування надання медичних послуг є благодійні внески. На Україні майже всі заклади мають відкриті благодійні рахунки або співпрацюють з благодійними організаціями. Також привабливими є джерела подушного фінансування і методу глобального бюджету, проте відсутність прямого законодавчого врегулювання та залежність цих форм від державного та місцевих бюджетів суттєво знижують їх впровадження у практику. Щодо

неформальних платежів, які також поширені по всій Україні та за деякими даними складають приблизно 35-50% від державного фінансування, то законодавче врегулювання цього джерела можливе, але з іншого боку, привабливість такого каналу знизиться за рахунок введення податку

Кожна країна з урахуванням історичних, політичних, соціальних та економічних умов розвитку самостійно визначає політику в сфері охорони здоров'я та формує власну модель її організації та фінансового забезпечення. Проте, незважаючи на національні особливості функціонування системи охорони здоров'я, основою для формування фінансових відносин у даній сфері, завжди служить та чи інша класична модель фінансового забезпечення. Виникнення цих моделей є результатом досвіду, який суспільство накопичило в ході вирішення проблем, пов'язаних з організацією, фінансуванням медичного обслуговування та забезпеченням належного рівня здоров'я громадян. Вибір моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я є стратегічно важливим завданням держави, котра змушена будувати систему фінансових відносин з урахуванням об'єктивних потреб і можливостей та усвідомлювати постійно зростаючу економічну і соціальну цінність здорового суспільства.

У сучасному світовому співтоваристві функціонують три класичні моделі фінансово-го забезпечення охорони здоров'я.

Перша – це система охорони здоров'я, відома під назвами: державна, бюджетна, бюджетно-страхова. Характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити від 50 до 90% у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів.

Друга модель – це система охорони здоров'я, яку фінансують здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, котрі держава створила за принципами соціального страхування. Це так звана страхова система охорони здоров'я, в основі якої – модель Бісмарка.

Третя модель – приватна система охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її

фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена і мінімальна. Типовим представником приватної моделі охорони здоров'я є США. В країні функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, де медичне обслуговування надають або за пряму оплату або за рахунок коштів приватного страхування здоров'я.

1.2. Зарубіжний досвід здійснення бюджетних видатків на охорону здоров'я

Діяльність державних і муніципальних медичних закладів спрямована на благодійництво та підтримку незахищених верств населення. Тому значний обсяг медичної допомоги в даній країні надають на платній основі, й приватні кошти становлять більше 58% усіх витрат на охорону здоров'я. З них близько 27% – пряма особиста оплата населення за медичні послуги, і майже 32% – це кошти, які надходять через систему приватного страхування здоров'я [1]. У свою чергу, за рахунок державного фінансування у США покривають лише 41% усіх витрат у сфері медичного обслуговування, що є найменшим показником серед розвинутих країн світу. Особливість американської системи охорони здоров'я полягає в тому, що держава диференційовано підходить до забезпечення медичних потреб населення шляхом розробки цільових програм соціального страхування. Державне фінансування адресних програм медичного обслуговування базується на поєднанні двох основних джерел фінансування: коштів бюджету та обов'язкового медичного страхування. Найбільший обсяг державних витрат припадає на дві програми: “Медікейр” і “Медікейд”, якими охоплено майже 20% населення.

Відомо, що на фінансування цих програм витрачають понад 90% коштів федерального бюджету, виділених на охорону здоров'я. “Медікейр” є наймасштабнішою державною програмою, основне завдання якої –

забезпечувати без- коштовне медичне обслуговування осіб віком понад 65 років. Вона передбачає два види медичного страхування – основне (на випадок стаціонарного лікування) і додаткове, яке вважають добровільним; воно передбачає амбулаторне лікування та інші послуги у приватних лікарів. Основну страховку програми “Медікейр” фінансують за рахунок коштів, що акумулюють через систему соціального медичного страхування. Додаткову медичну страховку фінансують за рахунок доходів федерального бюджету та особистих внесків учасників програми. Друга державна програма “Медікейд”, гарантує медичну допомогу американцям із низьким рівнем доходу, на утриманні яких перебувають неповнолітні діти, сліпим та непрацездатним громадянам тощо; її фінансують федеральний уряд і органи управління штатів. Із федерального бюджету оплачують від 50 до 80% витрат штату на потреби “Медікейд”, решту покриває бюджет кожного штату. Також за рахунок бюджету фінансують програми медичної допомоги ветеранам війни і державної підтримки науково-дослідницької роботи у сфері охорони здоров’я. Характерною ознакою організації системи охорони здоров’я у США є розмежування функцій виробництва медичних послуг та їх фінансування.

Питання про те, хто має надавати медичні послуги (чи то державні некомерційні, чи комерційні установи охорони здоров’я), відокремлюють від проблеми фінансування. Такий підхід гарантує рівні можливості в отриманні медичної допомоги як для пацієнтів держав- них програм, так і для пацієнтів, застрахованих у порядку приватного медичного страхування, однак на практиці цей механізм не завжди спрацьовує. Нерідко лікарі відмовляються приймати пацієнтів “Медікейд”, оскільки оплата медичних послуг за даною програмою нижча за ціни “Медікейр” і приватних програм медично- го страхування. Тому пацієнтів програми “Медікейд” обслуговують тільки державні медичні установи, в яких якість медичних послуг значно поступається приватним закладам.

Досягненнями американського типу організації та фінансування охорони здоров’я є висока якість медичного обслуговування, швидкі темпи модернізації

медичної техніки й обладнання, висока кваліфікація медичних кадрів, широкий вибір послуг із страхування здоров'я, заохочення населення до здорового способу життя, що дає змогу знизити ризик захворювань і зменшити витрати на охорону здоров'я тощо. В умовах такої системи зростає розуміння значення особистого способу життя та його впливу на здоров'я і виникає матеріальне зацікавлення у його збереженні. Основні недоліки приватної системи охорони здоров'я – це високі адміністративні витрати; великі витрати, пов'язані з науково-технічним прогресом у галузі охорони здоров'я; наявність населення, яке не охоплено системою страхування, низька доступність мало-забезпечених верств населення до медичної допомоги тощо. Американська система охорони здоров'я дуже витратна і за обсягами фінансування у відношенні до ВВП (це майже 15%) випереджає всі розвинені країни світу. Зменшення витрат на охорону здоров'я – одна з основних проблем приватної системи медичного обслуговування. Зародження страхової моделі охорони здоров'я, пов'язане з іменем відомого німецького політичного діяча Отто фон Бісмарка. Німеччина стала країною, де вперше в світовій історії у 1883 році прийняли закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, який заклав підвалини сучасного медичного страхування і став прикладом для інших індустріальних країн. Нині страхову модель охорони здоров'я активно застосовують у всьому світі, що підкреслює її практичне значення та економічну стійкість. Страхова медицина функціонує в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії та інших країнах. За даними ВООЗ, страхуванням здоров'я охоплено понад 800 млн. осіб, і майже 74% витрат на лікування хворих компенсують із страхових фондів.

Як свідчить світовий досвід, історично склалися три основних варіанти організації страхових систем охорони здоров'я. Перший варіант передбачає централізовану систему медичного страхування, за якої центральна страхова організація відповідає за страхування всіх громадян країни. Перевагою такої системи є відносна простота управління, низькі адміністративні видатки, а

недоліком – обмежені можливості щодо залучення місцевих ресурсів, недостатньо оперативне реагування на потреби населення.

Другий варіант базований на територіальних страхових організаціях, які діють самостійно. Децентралізована система більше зорієнтована на місцеві потреби дає змогу краще врахувати соціально-демографічну та епідеміологічну ситуації, що сприяє залученню додаткових коштів для задоволення специфічних потреб застрахованих. Зростає відповідальність органів управління медичним страхуванням за стан здоров'я громадян та медичної допомоги на місцевому рівні. Разом з тим, як свідчить досвід західних країн, в умовах дефіциту коштів децентралізована система неспроможна забезпечити досягнення соціально гарантованого мінімуму медичного обслуговування. Потрібні спеціальні заходи для підтримки економічно слабких регіонів та соціально незахищених груп населення.

Третій варіант організації ґрунтований на поєднанні територіальних і професійних страхових організацій. У кожній галузі або групі підприємств утворюються свої страхові фонди та організації. При цьому базові умови їх створення та зміст страхових програм визначені законодавством.

Найбільшого поширення у країнах із розвинутими системами соціального медичного страхування набув тип організації, який поєднує наявність централізованого страхового фонду та мережі місцевих незалежних страхових організацій.

Кошти акумулюють у центральному фонді, котрий виконує адміністративні функції, а потім розподіляють між страховими організаціями на підставі законодавчо затвердженої формули платежів. Центральне місце у фінансовому забезпеченні страхової моделі охорони здоров'я належить механізму обов'язкового медичного страхування.

З економічної точки зору, медичне страхування – це система заходів щодо створення спеціального грошового фонду для відшкодування витрат на медичні послуги та інші матеріальні збитки, пов'язані з погіршенням здоров'я, працездатності, порушенням соціальної активності людини. Діяльність системи

охорони здоров'я, в основі якої страхова модель охорони здоров'я, базується на таких принципах: 1) соціальної солідарності. Він проявляється тоді, коли перерозподіляють кошти на користь малозабезпечених чи хворих осіб і нема зв'язку між розміром страхового внеску та станом здоров'я застрахованих. Тобто, принцип солідарності полягає в тому, що “багатий платить за бідного, здоровий за хворого, молодий за старого”; 2) обов'язковості, що означає охоплення медичним страхуванням усіх громадян; 3) рівноправності всіх застрахованих осіб стосовно зобов'язань на фінансування витрат, отримання прав і гарантій; 4) державних гарантій щодо виплат за рахунок медичного страхування; 5) контролю за формуванням і використанням фондів медичного страхування тощо.

Загальнообов'язкова форма організації медичного страхування покликана гарантувати надання громадянам медичної допомоги на однакових умовах і забезпечувати захист населення у випадку виникнення потреби у ви- тратах на лікування незалежно від величини фактично сплачених сум страхового внеску. Джерелами формування коштів фонду обов'язкового медичного страхування можуть бути: – страхові внески, що вносять на умовах і в порядку, передбаченому законодавством країни, та котрі можуть сплачувати безпосередньо застрахована особа і/або її страхувальник.

Страхувальниками можуть бути роботодавці, які страхують здоров'я найманих працівників, фонди пенсійного страхування чи органи місцевого самоврядування, що сплачують внески відповідно за пенсіонерів і дітей до 18 років тощо. Розміри страхового внеску в системі обов'язкового медичного страхування не ув'язують зі станом здоров'я застрахованого і відповідно з обсягом отриманої медичної допомоги. Тарифи на страхування встановлюють, як правило, у відсотках до фонду оплати праці (для роботодавців), доходу фізичних осіб або в абсолютних розмірах. Найбільша частка акумульованих у фонді обов'язкового медичного страхування коштів призначена для фінансування медичних по- слуг, передбачених програмою ОМС.

Страхові організації (компанії, фонди тощо) можуть реалізовувати страхову медичну програму по ОМС за угодою з лікувально-профілактичними закладами різних форм власності, приватно-практикуючими і лікарями загальної практики. Система охорони здоров'я, в основі якої – страховий механізм фінансування, має як позитивні, так і негативні риси. Її переваги виявляються в таких ключових моментах, як децентралізоване і демократичне управління, багатоканальний механізм фінансування з домінуванням страхових джерел, висока якість медичних послуг, ринковий механізм оплати праці тощо. Разом з тим, даній системі притаманні наступні недоліки: невиправдане збільшення вартості медичних послуг, низький рівень профілактики, практична неможливість повного охоплення населення медичним страхуванням

Досвід країн Європейського Союзу, а також країн Центральної і Східної Європи колишнього радянського табору, які порівняно недавно стали на шлях реформ, показує, що механізми фінансування охорони здоров'я можна успішно удосконалювати і в рамках бюджетного фінансування та соціально-медичного страхування. В багатьох країнах Європейського Союзу держава бере участь у системі обов'язкового медичного страхування через бюджетні внески у тому чи іншому вигляді (або від імені певних категорій громадян, або у вигляді капітальних інвестицій) .

Впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування передбачає виділення самостійних суб'єктів, між якими складаються договірні відносини. Введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування змінює порядок фінансування лікувальних закладів.

Основна частина видатків на охорону здоров'я припадає на місцеві фінанси. На місцеве самоврядування покладені видатки на санітарний нагляд і проведення профілактичних заходів. Медичні послуги населенню здебільшого надають приватні установи за досить високу плату. У низці країн із місцевих бюджетів частково фінансуються державні лікувальні установи. Частина видатків (від 10 до 30 %) на соціальне страхування покривається також коштами місцевих фінансів. Основна ж сума видатків на соціальне страхування

фінансується з позабюджетних фондів соціального страхування або з державного бюджету. За рахунок місцевих фінансів сплачується допомога інвалідам, літнім людям, утримуються будинки для них. У США з коштів місцевих бюджетів здійснюється страхування у зв'язку з безробіттям.

Держава, формуючи і реалізуючи бюджетну політику, має задіяти значні ресурси для реального втілення в життя політики сталого людського розвитку, що передбачає, крім ін-ших, забезпечення населення доступними та якісними послугами у сфері охорони здоров'я. Згідно дослідження ВОЗ 2015 р., сьогодні Україна входить у групу країн з показником доходів нижче середнього в світі, разом з такими країнами, Вірменія, Єгипет, Грузія, Індія, Киргизстан, Монголія, Узбекистан, В'єтнам, Замбія та інші. А за таким показником, як рівень витрат на охорону здоров'я на одну особу, Україна займає 89 місце у світі (серед 184 країн), а за показником тривалості життя – 108 місце. За захворюваністю на туберкульоз Україна посідає 5 місце у світі.

Очікувана тривалість життя населення України складає 71 рік в 2013 р., порівняно з 70 роками в 1990 р., що є найбільш повільно зростаючим показником порівняно з іншими країнами світу, а значення його в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Порівняно з показниками країн ЄС в Україні відповідні показники є набагато вищими: коефіцієнт дитячої смертності - 2,5 рази, рівень передчасної смертності – в 3 рази, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів. У загальному рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Україна знаходиться на 79 місці із 191 країни світу, а за показником витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя займає тільки 111-те місце серед 191 країни, попереду - країни Балтії, Білорусь, Молдова.

РОЗДІЛ 2 ВИДАТКИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ

2.1. Нормативно-правове забезпечення фінансування охорони здоров'я в Україні

Основоположні засади правового регулювання сфери охорони здоров'я містяться в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ухваленому у 1992 році. Цей закон не без недоліків, але він, по-перше, конституційний, а по-друге, соціальний. У вказаному законі питанням фінансування присвячено три статті. У ст. 8 та 18 записано, що кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що надаються за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, а також паліативної допомоги.

Держава гарантує безоплатне надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я також за епідемічними показаннями та безоплатне проведення медико-соціальної експертизи. У ст. 12 сказано: «Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу». Ці положення повністю відповідають нормі ст. 49 Конституції України і, беззаперечно, є соціальними, такими, які повинні бути у цивілізованій європейській державі. При цьому якщо йдеться про безоплатну медичну допомогу в Україні, то однозначно мається на увазі, що оплачуватися вона повинна за рахунок коштів суспільних фон- дів споживання: це можуть бути як Державний та місцеві бюджети, так і фонди загальнообов'язкового медичного страхування, тобто з одного якогось спільного джерела, куди від усіх громадян надходять фінансові ресурси, а

потім, відповідно, витрачаються – розподіляються за напрямками, визначеними бюджетним законодавством України. На- приклад, згідно із Законом України «Про Державний бюджет України на 2018 рік», надходження до бюджету за рахунок податку на доходи фізичних осіб передбачені у сумі 91,1 млрд грн, тоді як від податку на прибуток підприємств – тільки 82,3 млрд грн, тобто великі корпорації майже не платять податків, а бюджетні доходи формуються за рахунок власних доходів громадян України. Це дає підстави на отримання ними безоплатної належної медичної допомоги, освіти та інших послуг, гарантованих державою.

Найбільше коштів на охорону здоров'я було спрямовано у 2013 р. як у загальній сумі видатків Державного бюджету України (12,2%), так і у валовому внутрішньому продукті (ВВП) – 4,2%, тоді як у 2016–2017 рр. і тепер вже за даними на 2018 р. такий показник визначено на рівні близько 2,5% ВВП.

При цьому у Франції на охорону здоров'я спрямовується 11,8% ВВП (при обсязі ВВП – 2,5 трл дол. США), у США – 17,4% (ВВП – 18,6 трл дол. США), у Нідер- ландах – 12% (ВВП – 771 млрд дол. США), на Кубі – 11,0% (обсяг ВВП становить 87 млрд дол. США, а медицина вважається одною з найкращих у світі) (табл. 2). Щодо видатків на охорону здоров'я із розрахунку на 1 особу, то у 2016 р. Великобританією витрачалося 3,9 тис дол. США, Кубою – близько 800 дол. США, у Радянському Союзі (за існування усіма критикованої системи Семашка) – 220 дол. США, в Україні (без урахування особистих коштів громадян) – 73 дол. США (а з урахуванням неформальних платежів – 187,4 дол. США), тобто зараз Україна суттєво відстає навіть від показника Радянського Союзу.

Обсяги видатків на охорону здоров'я в Україні не можуть забезпечити ні належного рівня надання громадянам медичної допомоги (медичних послуг), ні захисту населення від поширення соціально небезпечних хвороб, ні гідної заробітної плати медичним працівникам, яка майже не відрізняється від мінімального прожиткового рівня. Такий висновок переконує у необхідності реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я. Однак чи можлива медична

реформа в Україні? Загальновідомо, що реформа – це докорінна зміна. Отже, говорити про реформу сфери охорони здоров'я можна за умови забезпечення її фінансування тільки з Державного (місцевого) бюджету (або за рахунок коштів страхового фонду) – повністю безоплатної медицини для громадян, або за умови запровадження повністю платної (за рахунок коштів пацієнтів) системи охорони здоров'я (у т. ч. і через медичне страхування, якщо передбачити сплату внесків фізичними особами, що натеper буде порушенням ст. 49 Конституції України). Все інше – це удосконалення, реорганізація, модернізація, але не реформа.

У Законі України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [6], а саме у п. 1 ст. 4, зазначено: «У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів». Якщо звернутися до даних, постає питання: чи можлива на практиці реалізація цієї норми Закону?

Реформою передбачається: фінансування медичних послуг, а не ліжко-місць; вільний вибір лікаря та лікарень незалежно від місця реєстрації, проте останнє вже урегульовано ст. 34 Розділу V Основ законодавства України про охорону здоров'я, якою передбачено: «Кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування». Крім того, реформою задекларовано якісні медичні послуги; високу офіційну заробітну плату для лікарів, досягнути якої, враховуючи обсяг коштів, передбачених на 2018 р., неможливо, проте у

прийнятому законі чітко простежується руйнування так званої системи Семашка, яка не позбавлена окремих недоліків, проте визнана Всесвітньою організацією охорони здоров'я найвищим рівнем еволюції системи охорони здоров'я. Водночас чи можливо в Україні провести медичну реформу, забезпечивши повністю безоплатну медичну допомогу (надання медичних послуг), як у Великобританії чи на Кубі? Для цього є три умови: збільшення обсягів фінансування з 2,5% від ВВП (як в Україні) до 9% (як у Великобританії) чи 11% (як на Кубі); зменшення у 4 рази чисельності населення України, як на Кубі (оскільки обсяг ВВП у двох країнах орієнтовно однаковий); і третє – це збільшення обсягу ВВП у 28 разів, щоб досягнути показника Великобританії. На Кубі ВВП на душу населення становить 7,6 тис. дол. США при 2,2 тис. дол. США – в Україні, 40 тис. дол. США – у Великобританії, тобто більше від показника України у 18 разів. Звернемо увагу ще на такий показник, як державний борг. У Розділі 6 «Прикінцеві та перехідні положення» Бюджетного кодексу України, в пп. 23 п. 9, зазначено: 23-1. Установити, що положення частини другої статті 18 цього Кодексу не застосовуються у випадках: введення воєнного стану в Україні або в окремих її місцевостях; введення надзвичайного стану в Україні або в окремих її місцевостях; проведення на території України анти-терористичної операції. Ч. 2 ст. 18 передбачає, що «2. Загальний обсяг державного боргу та гарантованого державою боргу на кінець бюджетного періоду не може перевищувати 60 відсотків річного номінального обсягу валового внутрішнього продукту України», тобто протягом проведення антитерористичної операції обсяг державного боргу можна збільшувати до будь-якого розміру. Так, за даними прес-центру Міністерства фінансів України, станом на 30 червня 2017 року сукупний державний борг України перевищив \$75 млрд, що становить майже 80% від ВВП України.

Відповідно, обслуговування державного боргу України становить 129,5 млрд грн (згідно з даними Додатку 2 до Закону України «Про Державний бюджет України на 2017 р.», на 2018 рік передбачено 176 млрд. грн – це майже 15% ВВП (а на сферу охорони здоров'я – у межах 2,5– 3,5% ВВП), тоді

як, наприклад, на Кубі державний борг становить тільки 34,3% від ВВП. Останніми роками часто постає питання: чи можливо обійтися у сфері охорони здоров'я без співоплати пацієнтів (яка, до речі, передбачена Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я [8]) і наскільки її залучення є конституційним?

У Чехії громадяни (незалежно від функціонування страхової медицини) сплачують кошти за виклик швидкої допомоги, перший візит до лікаря і за перебування у госпіталі; у Латвії є співплата щодо всіх медичних послуг на рівні 15–25%. В Угорщині Конституцією гарантовано громадянам право на безоплатну медичну допомогу (через медичне страхування), проте ними покривається вартість ліків та може сплачуватися візит до вузького спеціаліста без направлення [9]. Вивчення та імплементація європейського досвіду у вітчизняне законодавство дозволить вирішити проблему суперечності ст. 49 Конституції України та залучення у сферу охорони здоров'я коштів громадян. Крім того, у сфері охорони здоров'я України існують інші проблеми, пов'язані зі скороченням фінансування капітальних видатків; застосуванням програмно-цільового методу у бюджетному процесі; розподілом видатків між державним і місцевим бюджетами в умовах децентралізації, як це передбачено Законом України від 07.12.2017 № 2233 «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України», адже не всі місцеві бюджети будуть спроможні утримувати матеріально-технічну базу сфери охорони здоров'я, що може призвести до її нищення і т. ін. Проте наявність окреслених проблем значною мірою пов'язана не з недосконалістю вітчизняного законодавства, а з його недотриманням і відсутністю покарання за це. Щодо розширення джерел фінансування сфери охорони здоров'я, то одним із таких джерел, як особливого виду бюджетних (консолідованих) коштів, може бути обов'язкове соціальне медичне страхування, до якого українське суспільство повністю готове. Для того, щоб дотриматися вимог Конституції України і розширити джерела фінансування сфери охорони здоров'я, обов'язкові внески на медичне страхування повинні сплачувати роботодавці, які зацікавлені у здоров'ї своїх

працівників, що потребує ухвалення Верховною Радою України у найближчий час відповідного закону. Висновки Як свідчать усі наведені у статті дані, фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я вкрай бракує. Вирішити наявну проблему тільки через реалізацію на практиці ухваленого у 2017 р. Закону України № 2168-VIII неможливо, як і неможливо реалізувати усі інші задекларовані у ньому положення. Без відродження знищених вітчизняних виробничих підприємств та забезпечення високих темпів розвитку української економіки на інноваційній основі будь-які спроби реформувати сферу охорони здоров'я будуть марними. Проте дослідження результатів розпочатої у 2018 р. медичної реформи – у перспективі.

Державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів

1. Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій.

2. За рахунок Державного бюджету України окремо здійснюється фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертиз, та інших програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

3. Права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, передбачені іншими законами України для певних категорій осіб, фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів можуть встановлюватися законами України.

5. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів

охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Стаття 4. Програма медичних гарантій

1. У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

2. Іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми медичних гарантій держава забезпечує оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги. Такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість наданих медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України.

Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів,

коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством.

3. Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики.

5. Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік.

Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

6. Звуження програми медичних гарантій не допускається, крім випадків, встановлених законом.

Серед головних подій року в сфері ДССН слід згадати насамперед підвищення з початку звітнього року базового державного соціального

стандарту (далі – БДСС) – майже двократно стосовно розміру прожиткового мінімуму та мінімального розміру заробітної плати (див. мал. 1. розділу «Соціальний захист: пільги – державні, кошти – місцеві»). Воно потягло за собою підвищення посадових окладів педагогічних працівників за Єдиною тарифною сіткою на 2 тарифних розряди та призвело до зростання середнього розміру зарплати освітян на 49,6%. Водночас, середня зарплата працівників сфери охорони здоров'я зросла на 36,3%. У цій сфері за активної підтримки з боку АМУ Урядом було розроблено та 24 травня ухвалено постанову* , якою забезпечено підвищення розмірів посадових окладів працівників ОМС. Таким чином, зростання розміру мінімальної заробітної плати суттєвим чином збільшило видатки місцевих бюджетів на оплату праці в бюджетній сфері.

З іншого боку, в 2017 році обсяги ресурсної підтримки з державного бюджету місцевих бюджетів у частині забезпечення ОМС дотримання державних соціальних гарантій (зокрема, в секторах освіти, охорони здоров'я та соціального захисту) зростали значно повільніше. Зокрема, загальний обсяг трансфертів з державного бюджету місцевим бюджетам у номінальному вираженні зріс на 26,9%, але в реальному, з врахуванням інфляції , вираженні цей показник склав лише 9,5%** . При цьому в 2017, порівняно з 2016 роком, обсяги субвенцій: – освітньої зросли на 15,7%, склавши 51,5 млрд проти 44,5 млрд грн; – медичної зросли на 26,6%, і склали 56,2 млрд проти 44,4 млрд грн; – на соцзахист населення зросли на 32,4%, або 124,7 млрд проти 94,2 млрд грн; – базової дотації збільшилися на 23,4%, до 5,8 млрд проти 4,7 млрд грн.

В Україні розроблена Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на період 2015–2020 років. Водночас, реальне її втілення потребує значних фінансових ресурсів, отже виваженого підходу до формування джерел фінансового забезпечення галузі та ефективного витрачання бюджетних коштів на систему охорони здоров'я, призначення якої - зміцнення, відновлення та підтримання здоров'я. Збалансований людський розвиток значною мірою залежить від бюджетної політики у сфері державних видатків. Тому бюджетна політика України у цій сфері останніми ро- ками

сконцентрована саме навколо соціальних заходів. У сучасних умовах обмеженості державних фінансових ресурсів це питання набуває особливої ваги. Світовий досвід фінансування охорони здоров'я країнами світу свідчить, що виокремлюється три моделі фінансового забезпечення цієї галузі – страхова, державна (бюджетна) та платна (приватна), які розрізняються домінуванням певного джерела фінансування.

На практиці існують три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, через обов'язкове і добровільне медичне страхування та змішана форма. Як правило, у чистому вигляді ці види практично не використовуються в жодній державі, але одна з них може домінувати. Зокрема, у Великобританії, Італії та Данії домінує державна система фінансування; у Німеччині, Франції, Австрії, Нідерландах, Швеції та Японії домінує система обов'язкового медичного страхування; у США - змішана форма фінансування і близько 90% населення користується послугами приватних страхових компаній. Багато держав (Бразилія, Китай, Чилі, Мексика, Таїланд і деякі інші) за останнє десятиліття показали, що загальне охоплення населення медико-санітарною допомогою не є прерогативою високорозвинених країн.

2.2. Аналіз видатків на охорону здоров'я та аудит використання коштів

В Україні переважає державна (бюджетна) модель, тому більшість видатків на цю галузь спрямовується саме з бюджету [3]. Фінансування медичної галузі здійснюється з конкретною метою: поліпшення стану здоров'я населення, якості життя, продовження тривалості життя. Враховуючи, що основним джерелом фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я як і системи в цілому є бюджетне фінансування, розглянемо видатки на охорону здоров'я в структурі видатків Зведеного бюджету України за 2013–2017 рр. (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Частка видатків Зведеного бюджету України, спрямована на фінансове забезпечення системи охорони здоров'я в 2012–2015 рр.

Код бюджетної класифікації	Показник	Частка видатків Зведеного бюджету, %				
		2013	2014	2015	2016	2017
0700	Охорона здоров'я	12,2	10,9	10,4	8,9	9,7
Усього		100%				

Питання охорони здоров'я розглядалися у звітах про результати аудитів ефективності використання коштів державного бюджету, виділених: на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки; Міністерству охорони здоров'я України для здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій за бюджетною програмою «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру»;

Питання законності та ефективності використання бюджетних коштів, виділених на охорону здоров'я, щороку перевіряються аудиторами Рахункової палати. За звітний період за цим напрямом аудиторами встановлено, що з порушенням чинного законодавства використано 455,3 млн грн коштів державного бюджету, неефективно – 118,4 млн гривень.

Аудит ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки (далі – Програма) засвідчив, що Міністерство охорони здоров'я України не забезпечило належного виконання заходів Програми та досягнення запланованих результатів. Майже 82 відс. заходів Програми, дія якої закінчилася, станом на 01.01.2017 реалізовані частково або не виконані взагалі. При цьому слід зазначити, що

всього на виконання Програми було спрямовано понад 3,2 млрд грн, з них 2,1 млрд грн – бюджетні кошти і 1,1 млрд грн – міжнародна допомога.

Мета Програми у частині зниження рівня захворюваності на поєднану інфекцію (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД) і темпів поширення мультирезистентного туберкульозу не досягнута. Наявна в Україні епідемія туберкульозу як 22 роки тому, так і донині становить загрозу національній безпеці. Заходи, які вживалися МОЗ для запобігання поширенню цього захворювання, були недостатніми. Національна стратегія інформаційної кампанії з питань протидії захворюванню на туберкульоз МОЗ не затверджена. Робота з інформування населення щодо профілактики цього захворювання проведена МОЗ і обл(міськ)держадміністраціями на неналежному рівні. Обізнаність щодо симптомів туберкульозу серед внутрішньо переміщених осіб і учасників АТО, за даними дослідження міжнародної громадської організації, проведеного в 2016 році у м. Києві, була недостатня.

Незважаючи на те, що термін дії Програми закінчився 01.01.2017, МОЗ не вжило відповідних заходів для затвердження концепції і розроблення проекту нової загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз. Міністерство не організувало раціонального використання лікарських засобів, закуплених за кошти державного бюджету 2011–2014 років, для надання медичної допомоги хворим на туберкульоз. Як наслідок, термін придатності наявних у лікувальних закладах протитуберкульозних препаратів на суму 1,3 млн грн закінчився. Крім того, утилізація цих препаратів потребувала додаткових коштів.

Таким чином державі фактично нанесено збитки на вказану суму, а хворі не отримали необхідного лікування. Договір МОЗ із спеціалізованою організацією Програма розвитку ООН в Україні (ПРООН) на закупівлю лікарських засобів для лікування хворих на туберкульоз, тестів і витратних матеріалів для його діагностики укладено лише у грудні 2015 року. Як наслідок, ці матеріальні цінності у 2015 році за кошти державного бюджету не закуплені. Аналогічно у 2016 році МОЗ відповідний договір з ПРООН уклало лише наприкінці року. У

результаті на час проведення аудиту лікарські засоби для лікування туберкульозу і виробу медичного призначення для його діагностики за кошти державного бюджету 2016 року на суму 229,1 млн грн не були закуплені. Міністерством охорони здоров'я не налагоджено дієвої співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», яка є відповідальною за використання міжнародної допомоги, і закладами охорони здоров'я та не здійснено моніторингу рівня забезпечення закладів охорони здоров'я лікарськими засобами для лікування хворих на туберкульоз відповідно до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17.03.2011 № 298. У результаті через закінчення терміну придатності втрачено також лікарських засобів на суму 3,4 млн грн, придбаних за рахунок коштів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та отриманих як гуманітарна допомога від Глобального лікарського фонду.

Результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених у 2015–2016 роках та I півріччі 2017 року Міністерству охорони здоров'я України для здійснення державних закупівель із залученням 1 Реалізація Рахунковою палатою основних завдань та повноважень 197 спеціалізованих організацій за бюджетною програмою «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру», засвідчили, що використання коштів Державного бюджету України у 2015–2016 роках на закупівлю лікарських засобів та медичних виробів із залученням міжнародних спеціалізованих організацій здійснювалося в цілому більш економно порівняно з попереднім періодом, коли закупівлі проводило Міністерство охорони здоров'я України самостійно. Порівняння однакових обсягів і номенклатури таких закупівель свідчить, що загальна економія коштів державного бюджету в цей період становила, за розрахунками, 373,6 млн грн, або близько 39 відс. від вартості перевірених закупівель. Водночас мета Закону України від 19.03.2015 № 269 «Про внесення змін до деяких законів України

щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів та медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі» у частині забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів і медичних виробів не досягнута.

На відміну від діючого до 2015 року порядку оплати, відповідно до чинного Закону № 269, термін від моменту оплати до поставки становив понад 20 місяців. Залучення міжнародних спеціалізованих організацій до закупівель не позбавило Міністерство невластивих йому функцій: МОЗ залишилося в системі публічних закупівель, які не стали прозорими, ризики корупційних дій не усунені. Це зумовлено тим, що МОЗ не було забезпечено відповідної організації процедурних питань таких закупівель. Допускалися випадки неналежного оформлення укладених договорів та порушення їх умов, несвоєчасного інформування міжнародних спеціалізованих організацій про прийняті Міністерством рішення, порушень власних розпорядчих актів. У ряді випадків незадовільна робота посадових осіб МОЗ призводила до затягування термінів закупівель, прийняття ними необґрунтованих рішень, несвоєчасного розподілу отриманих за результатами закупівель матеріальних цінностей. Вибір міжнародних спеціалізованих організацій здійснювався МОЗ за відсутності механізму застосування визначених Кабінетом Міністрів України критеріїв відбору, порядку його проведення і був сконцентрований на організаціях, визначених законами України від 10.04.2014 № 1197 «Про здійснення державних закупівель» і від 25.12.2015 № 922 «Про публічні закупівлі», та виключав можливість участі в закупівлях вітчизняних організацій.

У результаті міжнародні спеціалізовані організації вибиралися в ручному режимі, що призводило до помилок при здійсненні вибору і не сприяло запобіганню ризикам корупції при прийнятті таких рішень. Міністерство не розробило і не затвердило розпорядчого документа з регламентації порядку визначення і затвердження необхідної номенклатури лікарських засобів і медичних виробів для їх закупівель міжнародними спеціалізованими

організаціями. Не були визначені строки її розгляду і затвердження відповідними робочими та експертно-технічними групами. Також не передбачена відповідальність членів цих груп за прийняті рішення. Нечітко і Реалізація Рахунковою палатою основних завдань та повноважень 198 розмежовані повноваження груп, через що мало місце дублювання функцій, прийняття у ряді випадків необґрунтованих рішень і затягування процесу погодження закупівель необхідних лікарських засобів і медичних виробів від півроку до року і більше. У результаті кошти державного бюджету, перераховані для закупівлі лікарських засобів і медичних виробів міжнародним спеціалізованим організаціям, протягом тривалого часу не використовувалися і залишалися на їх рахунках. Внаслідок безгосподарності МОЗ на рахунках міжнародних спеціалізованих організацій ПРООН і ЮНІСЕФ залишилися кошти державного бюджету 2015 року в сумі 93,6 млн грн, або 6,5 відс. від загального обсягу перерахованих ним коштів. Кошти в сумі 4,6 млн грн упродовж 12 місяців не були витрачені на закупівлю лікарських засобів і медичних виробів та повернені МОЗ наприкінці 2016 року і, як наслідок, перераховані до держбюджету. Загалом 98,2 млн грн бюджетних коштів від 12 до 20 місяців перебувало на рахунках міжнародних спеціалізованих організацій і не використовувалося за призначенням. Міністерство при укладанні договорів з міжнародними спеціалізованими організаціями не забезпечило захисту інтересів української сторони. Зокрема, не було передбачено відповідальності за несвоєчасну поставку товару, за поставку товару неналежної якості та кількості. Також у договорах не передбачено механізмів для вирішення спорів між сторонами у закупівельному процесі під українською юрисдикцією. Умови договорів фактично унеможлилювали контроль за використанням коштів Державного бюджету України.

За результатами аудиту ефективності використання бюджетних коштів, виділених закладам охорони здоров'я Державної прикордонної служби України, зроблено висновок, що використання у 2015–2016 роках і I півріччі 2017 року клінічним госпіталем і клінічним санаторієм «Аркадія» Державної

прикордонної служби України 91,5 млн грн виділених бюджетних коштів дало можливість надати медичну допомогу 6244 та оздоровити 8884 військовослужбовців, працівників, пенсіонерів Держприкордонслужби та членів їхніх сімей. Із зазначеної суми на поточне утримання цих установ спрямовано 89,4 млн грн (97,7 відс.) і лише 2,1 млн грн (2,3 відс.) витрачені на оновлення наявного медичного обладнання. Як наслідок, більшість проблем матеріально-технічного забезпечення відомчих закладів охорони здоров'я не були вирішені.

Через відсутність сучасного медичного обладнання, застарілість і майже стовідсоткову його зношеність не здійснювалось автономне комплексне медичне дослідження військовослужбовців, профілактика тяжких захворювань, рівень санаторно-курортного лікування не підвищився. У результаті клінічний госпіталь Державної прикордонної служби України вимушений був спрямовувати 0,6 млн грн бюджетних коштів на оплату діагностичного обстеження та лікування військовослужбовців Державної прикордонної служби України в інших закладах охорони здоров'я. Потребували удосконалення та узгодження окремі нормативно-правові акти. Зокрема, не приведено у відповідність із Законом України від 05.10.2000 № 2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» положення Державного класифікатора соціальних стандартів та нормативів, затвердженого наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 17.06.2002 № 293. Не визначений Кабінетом Міністрів України порядок формування, встановлення та затвердження державних соціальних стандартів і нормативів. Потребувало узгодження поняття «члени сім'ї», яким надано право користуватися пільгами під час медичного обслуговування у закладах охорони здоров'я, визначене Бюджетним кодексом України від 08.07.2010 № 2456-VI, Законом України від 20.12.1991 № 2011-XII «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», Інструкцією про порядок надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я Державної прикордонної служби України, затвердженою наказом Адміністрації Державної прикордонної служби України

від 11.12.2012 № 1065, і Інструкцією про організацію санаторно-курортного забезпечення у Державній прикордонній службі України, затвердженою наказом Адміністрації Державної прикордонної служби від 21.06.2011 № 444.

Не приведено у відповідність із Законом України від 02.03.2015 № 222-VII «Про ліцензування видів господарської діяльності» Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2011 № 49. Стратегія розвитку Державної прикордонної служби України не містила конкретних найменувань індикаторів з медичного забезпечення, реабілітації та санаторно-курортного лікування особового складу Державної прикордонної служби України.

РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСАТННЯ БЮДЖЕТНИХ КОШТІВ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ

3.1. Напрями бюджетної політики щодо оптимізації видаткової частини бюджету на охорону здоров'я

Наприкінці 2016 року розпорядженням Уряду №1013-р було ухвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я. Вона передбачає перехід від фінансування інфраструктури до фінансування медичної послуги, запровадження єдиного національного замовника медичних послуг, розмежування повноважень і відповідальності між державою, органом місцевого самоврядування, лікарем і пацієнтом.

Зокрема, держава через замовника має закуповувати для кожного громадянина медичні послуги в рамках гарантованого пакету, який затверджуватиметься щороку та залежатиме від економічного стану держави.

Орган місцевого самоврядування, зі свого боку, має створювати належні умови для надання якісної медичної допомоги, а саме: утримувати інфраструктуру, закуповувати необхідне обладнання, реалізувати місцеві програми у сфері охорони здоров'я згідно з потребами конкретної громади.

Планується, що реформа відбуватиметься поетапно та розпочнеться зі зміни підходів до фінансування первинної ланки медичної допомоги – закупівлі послуг сімейного лікаря для кожного жителя за його власним вибором. Такий підхід відповідає європейському досвіду надання первинної допомоги. Однак важливо, аби стандарти надання медичних послуг в Україні також відповідали європейським, оскільки лише від зміни механізму фінансування якість медичної допомоги навряд чи одразу зміниться на краще.

Міністерством охорони здоров'я на реалізацію Концепції було розроблено пакет законопроектів: «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (№ 6327), «Про внесення змін до Бюджетного

кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу» (№ 6329), «Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують її проведення» (№ 6328). Вони 10 квітня 2017 року були внесені Урядом на розгляд Верховної Ради України.

Основною новацією пакету законопроектів було те, що ними вперше у вітчизняній практиці пропонувалися підходи до формування державного гарантованого пакету медичної допомоги. Зокрема, передбачалося, що послуги первинної та екстреної медичної допомоги повністю, без співоплати пацієнтів, покриватимуться державним медичним страхуванням; послуги спеціалістів та обстеження за направленнями покриватимуться державним страхуванням зі співплатою пацієнтом, а без направлення – повністю з коштів пацієнта; послуги стаціонарного лікування та високоспеціалізовані послуги покриватимуться державним страхуванням із співплатою пацієнтом; встановлений обсяг ліків за рецептом покриватиметься державним страхуванням із співплатою пацієнтом через механізм реімбурсації.

Очевидно в зв'язку з тим, що МОЗ та Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я так і не досягли домовленостей щодо принципових засад реформи, проект Закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (реєстр № 6327) був спрямований на розгляд не до профільного парламентського Комітету, а до Комітету з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення. Вже на етапі розгляду в комітетах та під час розгляду парламентом у першому читанні (8 червня) пакет законопроектів викликав значний резонанс та дискусії – зокрема, через пропоновану кардинальну зміну підходів до фінансування надання медичної допомоги населенню та утримання закладів охорони здоров'я, і в середовищі місцевого самоврядування.

В цілому органи місцевого самоврядування, їхні асоціації підтримали принципи запропонованої медичної реформи. В той же час, найбільшу

дискусію викликав пропонований механізм фінансування галузі, тобто відмова від медичної субвенції та перехід до централізованого фінансування галузі за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Так, за результатами аналізу пакету законопроектів виділено такі ризиків:

Законопроектами не передбачено закріплення «фінансових гарантій» держави щодо надання медичних послуг у фінансовому еквіваленті, наприклад, у відсотках до ВВП. У фінансово-економічному обґрунтуванні до законопроектів лише висловлюється припущення, що частка фінансування охорони здоров'я з Державного бюджету складатиме від 2,1% ВВП у 2017 р. до 3,8 % ВВП у 2021 р. У той же час за висновками Всесвітньої організації охорони здоров'я національна система охорони здоров'я може нормально функціонувати за умови спрямування в галузь не менш, ніж 6% ВВП.

Не визначається розмір офіційної співоплати пацієнта за надані медичні послуги, пов'язані з наданням вторинної та третинної медичної допомоги, і теоретично він може складати й 99%.

Незрозумілим є пропонований підхід до обрахунку та встановлення тарифів для оплати медичних послуг за умов залежності гарантованого пакету від економічного стану держави: чи тарифи будуть економічно обґрунтовані, а змінюватиметься перелік послуг у гарантованому пакеті, чи гарантований перелік буде постійним, а тариф на послугу змінюватиметься.

Передбачається, що «Національна служба здоров'я» (центральний орган виконавчої влади) самостійно встановлює тарифи, укладає угоди з постачальниками послуг та контролює їх надання. Суміщення цих повноважень в одному органі виконавчої влади містить корупційні ризики. Позиція ОМС полягає в тому, що тарифи на медичні послуги має встановлювати Кабінет Міністрів України, а контролювати якість та повноту надання послуг має окремий орган.

З 2017 року органи місцевого самоврядування відповідно до змін в бюджетному законодавстві вже фінансують з власних доходів комунальні послуги та енергоносії, що споживаються закладами охорони здоров'я (ЗОЗ).

Змінами до Бюджетного кодексу (проект №6329, що йшов пакетом з проектами № 6327 та № 6328) пропонується з власних доходів місцевих бюджетів фінансувати додатково: місцеві програми розвитку ЗОЗ (оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реконструкція); місцеві програми надання населенню медичних послуг понад державний гарантований пакет; місцеві програми громадського здоров'я; комп'ютеризацію та інформатизацію ЗОЗ. Це загрожує значним додатковим навантаженням на місцеві бюджети.

Державні ресурси є обмеженими, тому коштів на фінансування гарантованого державою пакету медичних послуг може не вистачити навіть на поточну діяльність ЗОЗ із забезпечення надання медичної допомоги. Враховуючи, що переважна більшість ЗОЗ перебуває в комунальній власності, а органи місцевого самоврядування несуть відповідальність за забезпечення їх утримання, це може призвести до ситуації, що місцеві ради будуть змушені фінансувати з власних ресурсів і поточні видатки ЗОЗ. Таким чином може скластися ситуація, коли здійснення основної частини видатків на охорону здоров'я буде покладено саме на місцеві бюджети.

У зв'язку з обмеженістю (чи відсутністю) державного замовлення в конкретних ЗОЗ соціальна та політична відповідальність за їх закриття, оптимізацію, перепрофілювання ляже на органи місцевого самоврядування як на власників. 55

За сьогоdnішнього рівня життя та низького рівня відповідальності за власне здоров'я для багатьох людей, а особливо тих, хто хворіє на хронічні захворювання та потребує постійної спеціалізованої допомоги, вторинна допомога може стати недоступною через нестачу у пацієнтів коштів для співоплати.

Фінансування комунальних послуг та енергоносії в, спожитих комунальними ЗОЗ, відбувається за рахунок власних коштів місцевих бюджетів. Для приватних ЗОЗ це не передбачається, що порушує принцип конкуренції постачальників, оскільки ставить у нерівні умови фізичних осіб –

постачальників медичних послуг і комунальні заклади охорони здоров'я, яким держава сплачуватиме однакову вартість медичної послуги. Видатки на оплату комунальних послуг та енергоносії в, що споживаються як комунальними, так і приватними закладами охорони здоров'я, мають бути складовою собівартості медичної послуги.

Враховуючи, що зміна до підходів фінансування галузі може призвести до розбалансування місцевих бюджетів і до необхідності вишукування додаткових джерел, органами місцевого самоврядування пропонувалося відтермінувати впровадження нової системи фінансування первинної медичної допомоги до нового бюджетного періоду з метою забезпечення підготовки та прийняття необхідної підзаконної нормативно-правової бази, проведення навчання працівників, що обслуговують галузь, до роботи в нових умовах тощо. Зрештою, за результатами дискусій проект Закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (реєстр № 6327) у першому читанні був парламентом підтриманий, але з обов'язковим врахуванням до другого читання таких принципових положень, як вилучення співоплати за медичну послугу з боку пацієнтів, надання медичних субсидій соціально незахищеним верствам населення, повної оплати державою медичної допомоги для вагітних та дітей. Проект Закону «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу» (№ 6329) взагалі був відхилений. Комітет ВРУ з питань бюджету запропонував повернутися до змін в бюджетне законодавство після узгодження принципових положень проекту № 6327. Щодо проекту Закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (реєстр. № 6327), то робочій групі на базі Комітету ВРУ з питань охорони здоров'я під співголюванням Голови Комітету О.Богомолець та члена Комітету С.Березенка було доручено його доопрацювати. При цьому робоча група була сформована виключно з народних депутатів – членів Комітету без залучення громадськості. Загалом до проекту народними депутатами України було запропоновано більше дев'ятисот поправок. Робочій групі та Комітету не

вдалося дійти консенсусу щодо багатьох із них, і поправки були винесені на розгляд Верховної Ради в пленарний зал. Нарешті 19 жовтня 2017 року після гарячих дискусій Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» був ухвалений. У ньому відображені такі позиції АМУ, як: – набуття чинності проектом з нового бюджетного періоду – з 1 січня 2018 року; – встановлення відсотка ВВП - 5%, який щорічно виділятиметься на галузь. Крім того, на заміну відхиленому парламентом проекту змін до Бюджетного кодексу України (№6329), було підготовлено та 19 жовтня 2017 року ухвалено також комплексний Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» (№7116), яким, зокрема, передбачені норми, спрямовані на реалізацію реформи фінансування медичної галузі. Президент України підписав зазначені Закони наприкінці 2017 року 29 та 30 грудня відповідно, тим самим давши старт реформі фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Отже, відповідно до прийнятих законів, до 1 січня 2020 року триватиме перехідний період, протягом якого видатки на охорону здоров'я частково фінансуватимуться через механізм медичної субвенції місцевим бюджетам.

Прийняті державні рішення дозволяють назвати 2017 рік переломним у питанні визначення підходів до медичної реформи в Україні. Перші заходи з впровадження реформи стартують з 1 квітня 2018 року, коли розпочнеться кампанія з обрання громадянами своїх сімейних лікарів. Тим часом заклади охорони здоров'я готуються до реалізації необхідних передумов запровадження нового механізму фінансування в галузі «гроші ходять за пацієнтом» – перетворення на автономні некомерційні підприємства, підключення до всеукраїнської медичної інформаційної системи тощо. Наразі, природно, у всіх зацікавлених сторін виникає більше запитань, ніж відповідей. Але тільки час покаже, наскільки реформа виявиться вдалою.

Тим часом, із 2017 року стартував II етап реформи міжбюджетних відносин, основним завданням якого є розмежування сфер відповідальності державних та місцевих органів влади щодо утримання загальноосвітніх навчальних закладів

та закладів охорони здоров'я. На фінансування з місцевих бюджетів у рамках поглиблення процесу децентралізації та з метою забезпечення оптимального розподілу ресурсу між усіма бюджетами та збалансування їхніх фінансових можливостей, було передано видатки на: – утримання загальноосвітніх навчальних закладів, окрім видатків на оплату праці педагогічних працівників, які здійснюватимуться за рахунок освітньої субвенції ; – оплату комунальних послуг та енергоносії в, спожитих закладами охорони здоров'я, при тому що інші видатки на утримання цих закладів здійснюватимуться за рахунок медичної субвенції . Для забезпечення фінансування таких видатків для обласних, районних бюджетів та бюджетів ОТГ з державного бюджету було надано додаткову дотацію у сумі 14,9 млрд гривень.

В умовах гострих дискусій у політикумі й суспільстві прийнято пакет законів із законодавчого забезпечення реформи фінансування медичної галузі за принципом «гроші ходять за пацієнтом», якими визначено перехідний період до 1 січня 2020 року, протягом якого видатки на охорону здоров'я частково фінансуватимуться через механізм медичної субвенції місцевим бюджетам.

3.2. Напрями підвищення ефективності використання бюджетних коштів в медичній сфері

З метою покращення ситуації використання бюджетних коштів спрямованих на охорону здоров'я Рахунковою палатою за підсумками проведеного аудиту було рекомендовано: - Кабінету Міністрів України розробити і подати на розгляд Верховної Ради України нову загальнодержавну цільову програму протидії захворюванню на туберкульоз; - Міністерству охорони здоров'я України затвердити порядок проведення хіміопрофілактики туберкульозу для дітей, інфікованих мікобактеріями туберкульозу; прискорити розроблення та затвердження уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної

допомоги дітям, хворим на туберкульоз, і національних стандартів з лабораторної діагностики туберкульозу; вжити заходів щодо перегляду умов договорів, укладених з ПРООН, передбачивши відповідальність за порушення термінів постачання лікарських засобів і виробів медичного призначення для виконання національних програм у галузі охорони здоров'я; забезпечити своєчасне визначення спеціалізованих організацій, які будуть здійснювати закупівлі лікарських засобів та виробів медичного призначення, і прозорість цього процесу; забезпечити дієвий контроль за ефективним використанням лікарських засобів для лікування туберкульозу.

За результатами проведеного аудиту Рахункова палата рекомендувала: - Кабінету Міністрів України визначити механізм вибору міжнародних спеціалізованих організацій відповідно до критеріїв, встановлених постановою Кабінету Міністрів України від 22.07.2015 № 622 «Деякі питання здійснення державних закупівель лікарських засобів та медичних виробів із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі»; розробити механізм визначення державних підприємств МОЗ для здійснення супроводу державних закупівель із залученням міжнародних спеціалізованих організацій; - Міністерству охорони здоров'я України опрацювати питання внесення змін до чинних розпорядчих актів, які регулюють діяльність робочих груп з питань профільного супроводу державних закупівель; припинити практику закупівлі лікарських засобів з обмеженим терміном придатності; розробити і затвердити порядок використання залишків лікарських засобів і медичних виробів, закуплених за рахунок бюджетних коштів у попередніх роках, для надання медичної допомоги у розрізі інших захворювань у поточному році; забезпечити своєчасне погодження кошторисів витрат на закупівлю лікарських засобів і медичних виробів, наданих міжнародними спеціалізованими організаціями; розробити і затвердити розпорядчий документ з визначенням терміну, впродовж якого здійснюється розподіл поставлених міжнародними спеціалізованими організаціями лікарських засобів і медичних виробів, та забезпечити його виконання; забезпечити дієвий контроль за ефективним

використанням лікарських засобів і медичних виробів; вжити заходів щодо 1 Реалізація Рахунковою палатою основних завдань та повноважень 199 запобігання фактам псування лікарських засобів і медичних виробів через недотримання температурних умов при їх транспортуванні та недопущення їх надалі.

Для покращення ситуації Рахункова палата вважала за доцільне рекомендувати: - Кабінету Міністрів України доручити Міністерству соціальної політики України розробити, відповідно до статті 5 Закону України від 05.10.2000 № 2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», Порядок формування, встановлення та затвердження державних соціальних стандартів і нормативів; привести у відповідність із зазначеним Законом положення Державного класифікатора соціальних стандартів і нормативів; - Міністерству охорони здоров'я України привести у відповідність із Законом України від 02.03.2015 № 222-VII «Про ліцензування видів господарської діяльності» Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики; - Міністерству внутрішніх справ України ініціювати узгодження у законодавчих та нормативних документах поняття «члени сім'ї», яким надано право користуватися пільгами під час медичного обслуговування у відомчих закладах охорони здоров'я; - Адміністрації Державної прикордонної служби України ініціювати перед Міністерством внутрішніх справ України внесення змін до Стратегії розвитку Державної прикордонної служби України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23.11.2015 № 1189-р, у частині визначення конкретних найменувань індикаторів з медичного забезпечення, реабілітації та санаторно-курортного лікування особового складу Державної прикордонної служби України. Крім того, необхідно привести у відповідність із вимогами наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14.09.1998 № 273 (у редакції від 16.06.2011 № 355) норми Статуту клінічного санаторію «Аркадія» Державної прикордонної служби України в частині його статусу.

Міністерству охорони здоров'я України вжити додаткових заходів щодо виконання вимог статті 8 Закону України «Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання» стосовно затвердження Регламенту проведення йодної профілактики населення у разі загрози радіаційно-ядерних аварій на атомних електростанціях або їх виникнення;

Бюджетна політика нерозривно пов'язана з характером і цілями держави, її функціями, завданнями сталого розвитку суспільства та є важливим інструментом впливу держави на соціальні процеси в країні. Людський розвиток можливий за справедливого розподілу ресурсів та надання допомоги незахищеним категоріям населення, реалізації принципу соціальної відповідальності держави перед громадянами.

В Україні розроблено Стратегію сталого розвитку «Україна-2020», метою якої є впровадження в Україні європейських стандартів життя та вихід України на провідні позиції у світі [8]. Відповідно до двох із чотирьох векторів руху уперед – вектору безпеки та вектору відповідальності – наголошено, що особливу увагу потрібно приділити безпеці життя та здоров'я людини, що неможливо без ефективної медицини, захищеності соціально вразливих верств населення, безпечного стану довкілля і доступу до якісної питної води, безпечних харчових продуктів та промислових товарів; забезпечення гарантій, що кожен громадянин, незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, матиме доступ до високоякісної освіти, системи охорони здоров'я та інших послуг в державному та приватному секторах.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Кожна країна з урахуванням історичних, політичних, соціальних та економічних умов розвитку самостійно визначає політику в сфері охорони здоров'я та формує власну модель її організації та фінансового забезпечення. Проте, незважаючи на національні особливості функціонування системи охорони здоров'я, основою для формування фінансових відносин у даній сфері, завжди служить та чи інша класична модель фінансового забезпечення. Виникнення цих моделей є результатом досвіду, який суспільство накопичило в ході вирішення проблем, пов'язаних з організацією, фінансуванням медичного обслуговування та забезпеченням належного рівня здоров'я громадян. Вибір моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я є стратегічно важливим завданням держави, котра змушена будувати систему фінансових відносин з урахуванням об'єктивних потреб і можливостей та усвідомлювати постійно зростаючу економічну і соціальну цінність здорового суспільства.

Як свідчить світовий досвід, історично склалися три основних варіанти організації страхових систем охорони здоров'я. Перший варіант передбачає централізовану систему медичного страхування, за якої центральна страхова організація відповідає за страхування всіх громадян країни. Перевагою такої системи є відносна простота управління, низькі адміністративні видатки, а недоліком – обмежені можливості щодо залучення місцевих ресурсів, недостатньо оперативне реагування на потреби населення.

Другий варіант базований на територіальних страхових організаціях, які діють самостійно. Децентралізована система більше зорієнтована на місцеві потреби дає змогу краще врахувати соціально-демографічну та епідеміологічну ситуації, що сприяє залученню додаткових коштів для задоволення специфічних потреб застрахованих. Зростає відповідальність органів управління медичним страхуванням за стан здоров'я громадян та медичної допомоги на місцевому рівні. Разом з тим, як свідчить досвід західних країн, в умовах дефіциту коштів децентралізована система неспроможна забезпечити

досягнення соціально гарантованого мінімуму медичного обслуговування. Потрібні спеціальні заходи для підтримки економічно слабких регіонів та соціально незахищених груп населення.

Третій варіант організації ґрунтований на поєднанні територіальних і професійних страхових організацій. У кожній галузі або групі підприємств утворюються свої страхові фонди та організації. При цьому базові умови їх створення та зміст страхових програм визначені законодавством.

Найбільшого поширення у країнах із розвинутими системами соціального медичного страхування набув тип організації, який поєднує наявність централізованого страхового фонду та мережі місцевих незалежних страхових організацій.

Наприкінці 2016 року розпорядженням Уряду №1013-р було ухвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я. Вона передбачає перехід від фінансування інфраструктури до фінансування медичної послуги, запровадження єдиного національного замовника медичних послуг, розмежування повноважень і відповідальності між державою, органом місцевого самоврядування, лікарем і пацієнтом.

Зокрема, держава через замовника має закуповувати для кожного громадянина медичні послуги в рамках гарантованого пакету, який затверджуватиметься щороку та залежатиме від економічного стану держави.

Орган місцевого самоврядування, зі свого боку, має створювати належні умови для надання якісної медичної допомоги, а саме: утримувати інфраструктуру, закуповувати необхідне обладнання, реалізувати місцеві програми у сфері охорони здоров'я згідно з потребами конкретної громади.

Планується, що реформа відбуватиметься поетапно та розпочнеться зі зміни підходів до фінансування первинної ланки медичної допомоги – закупівлі послуг сімейного лікаря для кожного жителя за його власним вибором. Такий підхід відповідає європейському досвіду надання первинної допомоги. Однак важливо, аби стандарти надання медичних послуг в Україні також відповідали європейським.

В цілому органи місцевого самоврядування, їхні асоціації підтримали принципи запропонованої медичної реформи. В той же час, найбільшу дискусію викликав пропонований механізм фінансування галузі, тобто відмова від медичної субвенції та перехід до централізованого фінансування галузі за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Так, за результатами аналізу пакету законопроектів виділено такі ризиків:

Законопроектами не передбачено закріплення «фінансових гарантій» держави щодо надання медичних послуг у фінансовому еквіваленті, наприклад, у відсотках до ВВП. У фінансово-економічному обґрунтуванні до законопроектів лише висловлюється припущення, що частка фінансування охорони здоров'я з Державного бюджету складатиме від 2,1% ВВП у 2017 р. до 3,8 % ВВП у 2021 р. У той же час за висновками Всесвітньої організації охорони здоров'я національна система охорони здоров'я може нормально функціонувати за умови спрямування в галузь не менш, ніж 6% ВВП.

Не визначається розмір офіційної співоплати пацієнта за надані медичні послуги, пов'язані з наданням вторинної та третинної медичної допомоги, і теоретично він може складати й 99%.

Незрозумілим є пропонований підхід до обрахунку та встановлення тарифів для оплати медичних послуг за умов залежності гарантованого пакету від економічного стану держави.

З 2017 року органи місцевого самоврядування відповідно до змін в бюджетному законодавстві вже фінансують з власних доходів комунальні послуги та енергоносії, що споживаються закладами охорони здоров'я (ЗОЗ). Змінами до Бюджетного кодексу пропонується з власних доходів місцевих бюджетів фінансувати додатково: місцеві програми розвитку ЗОЗ (оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реконструкція); місцеві програми надання населенню медичних послуг понад державний гарантований пакет; місцеві програми громадського здоров'я; комп'ютеризацію та інформатизацію ЗОЗ. Це загрожує значним додатковим навантаженням на місцеві бюджети.

Державні ресурси є обмеженими, тому коштів на фінансування гарантованого державою пакету медичних послуг може не вистачити навіть на поточну діяльність ЗОЗ із забезпечення надання медичної допомоги. Враховуючи, що переважна більшість ЗОЗ перебуває в комунальній власності, а органи місцевого самоврядування несуть відповідальність за забезпечення їх утримання, це може призвести до ситуації, що місцеві ради будуть змушені фінансувати з власних ресурсів і поточні видатки ЗОЗ.

За сьогоdnішнього рівня життя та низького рівня відповідальності за власне здоров'я для багатьох людей, а особливо тих, хто хворіє на хронічні захворювання та потребує постійної спеціалізованої допомоги, вторинна допомога може стати недоступною через нестачу у пацієнтів коштів для співоплати.

Фінансування комунальних послуг та енергоносії в, спожитих комунальними ЗОЗ, відбувається за рахунок власних коштів місцевих бюджетів. Для приватних ЗОЗ це не передбачається, що порушує принцип конкуренції постачальників, оскільки ставить у нерівні умови фізичних осіб – постачальників медичних послуг і комунальні заклади охорони здоров'я, яким держава сплачуватиме однакову вартість медичної послуги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз реформи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. -- Режим доступу : http://www.ier.com.ua/ua/healthcare_project/
2. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2015 році». –К.: НІСД, 2015. – 684 с.
3. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2016 році». –К.: НІСД, 2016. – 671 с.
4. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». –К.: НІСД, 2017. – 694 с.
5. Бальцій Ю. Громадянське суспільство в Україні в умовах розбудови правової демократичної державності / Ю. Бальцій [Електронний ресурс].
— Режим доступу: http://www.cvk.gov.ua/visnyk/pdf/2008_1/visnik_st_11.pdf.
6. Бюджетний кодекс України від 21.06.2001 №2542-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
7. Взаємодія державної влади з громадянським суспільством / неурядовими організаціями. Інформація, консультація та активна участь / Нац. агентство України з питань державної служби [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.volyn-cppk.com.ua/admin/spaw/uploads/files/vzaemodia_DV_Z_GS.pdf.
8. Державний бюджет України на 2016 рік»
9. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України / С.В. Дубінський // Європейський вектор економічного розвитку. – 2016. – № 1 (20). – С. 51–59.
10. Геєць В. М. Економіка України: проблеми і перспективи / В. М. Геєць // Економіка і прогнозування. – 2015. – № 4. – С. 7–22

11. Гідна праця: імперативи, українські реалії, механізми забезпечення : монографія / [А. М. Колот, В. М. Данюк, О. О. Герасименко та ін.] ; за наук. ред. д.е.н., проф. А. М. Колота. — К. : КНЕУ, 2017. — 500
12. Глухова В.І. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні / В.І. Глухова, М.О.Булах // Глобальні та національні проблеми економіки. — 2016. — № 10. — С.760–764. [Електронне наукове фахове видання]. — Режим доступу : <http://global-national.in.ua/pro-zhurnal>.
13. Гнидюк І.В. Сучасний стан фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я / І. В.Гнидюк // Економічний часопис—XXI. — 2015. — №155(11–12). — С. 73–77.
14. Гойда Н. Г. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь, В. В. Вороненко // Запорозький медичний журнал. — 2013. — № 5. — С. 104—108.
15. Гончарук С.М.. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні/Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.А.//Бізнес інформ. - №1. — 2016. — с.190-194
16. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки / В.П. Горин // Наукові записки. Серія «Економіка». — 2015. — № 23. — С. 216–221.
17. Глухова В.І Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні/ В.І. Глухова, М. О. Булах// Гроші, фінанси і кредит - № 10 – 2016. — ст. 760-764
18. Гомон Д. О. Проблеми фінансування сфери охорони здоров'я в Україні/ О.Д. Гомон// Південноукраїнський правовий часопис - №3(40) — 2014. — ст. 124-126

19. Дания: обзор системы здравоохранения / М. Страндберг-Ларсен, М. Бернт Нильсен, С. Валлгарда и др. // Системы здравоохранения: время перемен. — 2007. — Т. 9. — № 6. — 250 с.
20. Державна казначейська служба України / Розподіл видатків бюджету за кодами програмної класифікації видатків [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.treasury.gov.ua>.
21. Долбнева Д.В. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні/Долбнева Д.В., Гончарук С.М.//Проблеми економіки. - №3.- 2016. — с. 46-52.
22. Звіт Рахункової палати за 2017 рік затверджено рішенням Рахункової палати від 22.03.2018 № 7-2.
23. Іваненко Є. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій / Є. Іваненко // Світ фінансів. — 2015. — № 3. — С. 71–81.
24. Іванов Ю. Б. Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні / Ю. Б.Іванов, Ю. В. Бережна // Ефективна економіка. — 2014. — № 11. — С. 14–22.
25. Інформаційні матеріали МОЗ України до засідання Національної ради реформ [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://reforms.in.ua/Content/download/Sessions/s5/6.1.%20Reforma%20oz,%20tezy2015%2004%2016.pdf>
26. Кириленко О.П. Державні фінанси та людський розвиток: діалектика взаємозв'язку / О.П.Кириленко, О.І.Тулай // Фінанси України. — 2014. — №10. — С. 42–54.
27. Карпишин Н.І. Вдосконалення планування та здійснення видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я / Н.І. Карпишин // Модернізація місцевих фінансів України в умовах економічних і соціальних трансформацій: моногр. / За ред. О.П. Кириленко. — Тернопіль: ТНЕУ, «Економічна думка», 2008. — С. 258–273.

28. Когут І.А. Проблеми та перспективи фінансування системи охорони здоров'я / І. А. Когут // Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки). - 2013. - № 1(1). - С. 248-257.
29. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я : схвалена розпорядженням Ка- бінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [https:// www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689](https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689).
30. Костючков С. К. Громадянське суспільство і держава: політико-правові та соціальні аспекти взаємодії / С. К. Костючков // Наукові праці Чорноморського державного універ- ситету ім. Петра Могили комплексу “Києво-Могилянська академія”. Серія : політологія. — 2012. — Т. 182. — Вип. 170. — С. 38—40.
31. Лехан В. М. Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. — 2010. — № 2. — С. 53—65.
32. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. — 2010. — № 1. — С. 5—23.
33. Лисяк Л.В. Бюджетний потенціал забезпечення сталого людського розвитку в Україні / Л.В. Лисяк, С.В. Качула // Науковий погляд: економіка та управління. – 2016. – №1 (55). – С. 16–22.
34. Мальований М. І. Стан та проблеми державного фінансування охорони здоров'я в Україні / М. Мальований // Проблеми економіки. – 2013. – № 4. – С 116–124.
35. Методика розрахунків вартості надання медичних послуг у державних та комунальних закладах охорони здоров'я (Проект) / Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

36. Москаленко В.Ф. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / В.Ф. Москаленко [Електронний ресурс] // Український медичний часопис. – V/VI. – 2013. – № 3 (95). – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/article/59340/aktualni-problemi-zdorov-ya-ta-oxoroni-zdorov-ya-u-iii-tisyacholitti>
37. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015– 2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/327094>.
38. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page>
39. Офіційний сайт Державної служби статистики України - <http://www.ukrstat.gov.ua/>
40. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ru/
41. 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 05.09.2001 №1195 (із змінами, внесеними згідно з постановами КМУ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>
42. Порядок сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 05.11.2008 № 976 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/976-2008-p>.
43. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України : Закон України від 07.12.2017 № 2233-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

44. Про Державний бюджет України на 2018 рік : Закон України від 07.12.2017 № 2246-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2246-19/page>
45. Про державні фінансові гарантії медично- го обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
46. Про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених у 2015–2016 роках та I півріччі 2017 року Міністерству охорони здоров'я України для здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій за бюджетною програмою «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру»
47. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» [Електронний ресурс] : Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 № 1338-VIII. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>
48. Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України : проект розпорядження Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140618_0.html.
49. Романюк В. Формы и методы децентрализации / В. Романюк [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.romanyuk.com/2007/03/post_12.html.
50. Садовничий В. А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В. А. Садовничий, Н. С. Григорьева, Т. В. Чубарова. — М. : Экономика, 2012. — 286 с.
51. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас ; пер. с англ. — М. : Геошар Медицина, 2000. — 432 с

52. Семигіна Т. В. Нова парадигма охорони здоров'я – виклик для України чи можливість для політичної модернізації? / Т. В. Семигіна // Магістеріум. Політичні студії. — 2014. — Вип. 58. — С. 34—38.
53. Смірнова Т. М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні / Т.М. Смірнова, О.Р. Ситенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. — 2014. — № 2 (60). — С. 5–9.
54. Солдатенко О. В. Правове регулювання видатків на охорону здоров'я в Україні та державах Центральної Європи : монографія / О. В. Солдатенко. — К. : Алерта, 2010. — 278 с.
55. Солоненко І.М. Удосконалення діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / І.М. Солоненко, О.І. Ушакова // Сучасні медичні технології. — 2013. — № 2. — С. 117–120. — Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2013_2_34
56. Список країн по ВВП. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [https://ru.wikipedia.org/wiki/Список_стран_по_ВВП_\(ППС\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Список_стран_по_ВВП_(ППС)).
57. Стратегія сталого розвитку «Україна-2020» : схвал. Указом Президента України від 12.01.2015 № 5/2015 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>
58. Усаченко Л. М. Зарубіжний досвід неурядових організацій: функціональні моделі / Л. М. Усаченко. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://academy.gov.ua/ej/ej11/txts/10ulmofm.pdf>.
59. Чугунов І.Я. Довгострокова бюджетна стратегія у системі економічної циклічності/ І. Я. Чугунов // Вісник КНТЕУ. — 2014. — № 5. — С. 64–77
60. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». — Київ, 2017. — 516 с.

61. Alves J. Efficiency and equity consequences of decentralization in health: an economic perspective / J. Alves, S. Peraltab, J. Perelman [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2013/pdfs/v31n1a08%20-%20Efficiency.pdf>
62. Global health expenditure database that WHO [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
63. Musgrave R. A. Public Finance in Theory and Practice / R. A. Musgrave, P. B. Musgrave. — 3rd ed. — Auckland : McGraw-Hill, 1980. — 855 p.
64. Oates W. Fiscal Federalism / W. Oates. — N. Y. : Harcourt Brase Jovanovich, 1972. — 256 p
65. Prianto B. Decentralization in the Provision of Health Care Services: Study on the Provision of Regional Health Insurance (Jamkesda) In Malang Regency East Java Province / B. Prianto, B. Supriyono, S. Soeaidy // Public Policy and Administration Research. — 2014. — Vol. 4. — No 10. — P. 57—71 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/PPAR/article/view/16421/16912>.
66. Present Status and Future Strategy for Medical Research in Europe [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/EMRC_White_Paper.pdf
67. Rondinelli D. A. Decentralization in developing countries / D. A. Rondinelli, J. R. Nellis, G. Sh. Cheema // World Bank staff working papers. — 1983. — No 581. — 110 p.
68. Ostreweil N. Medical research spending doubled over past decade / N. Ostreweil [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.medpagetoday.com/>

PublicHealthPolicy/HealthPolicy/1767&usg=ALkJrhiG8_6hgda1UcgtUyy7orEsCf.

69. Saltman R. B. Decentralization in health care: strategies and outcomes / R. B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbek ; World Health Organization, 2007. — 298 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf.

70. Saltman R. Decentralization, re-centralization and future European health policy / R. Saltman // European Journal of Public Health. — 2008. — Vol. 18. — No 2. — P. 104— 106 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/18/2/104.full.pdf>.

71. Tiebout C. An Economic Theory of Fiscal Decentralization / C. Tiebout // Public Finances: Sources, and Utilization. — N. J., 1961. — P. 79— 96 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.nber.org/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Видатки на охорону здоров'я в Україні у 2010-2017рр., млрд.грн.

Показники	Всього видатки ДБУ	Видатки на ОЗ з ДБУ	Загаль- нодерж. видатки	Всього	Частка видатків на ОЗ у видатках Зведеного бюд- жету України	Обсяг ВВП, млрд дол. США	Частка видатків на ОЗ у ВВП,%
2010	245	9	36	45	11,8	136	4,13
2011	279	10	39	49	11,8	163	3,76
2012	361	11	47	58	11,9	176	4,14
2013	364	13	49	62	12,2	183	4,23
2014	395	11	47	58	10,9	132	3,65
2015	538	8	45	53	10,0	91	3,8
2016	647	9	45	54	8,3	93	2,5
2017	768	13	57	70	9,1	112	2,4

Видатки на охорону здоров'я зарубіжних країн

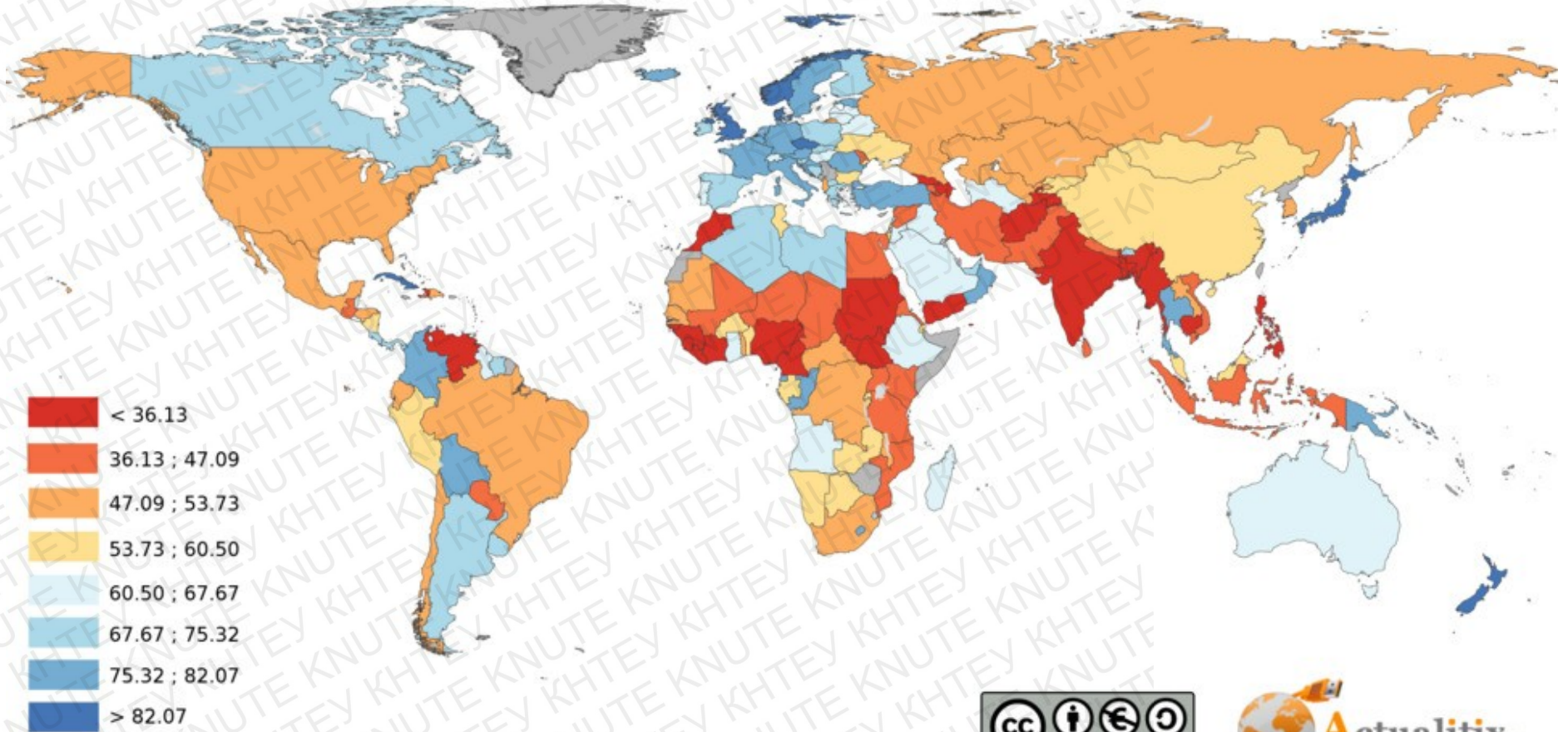
Показники	США	Великобританія	Куба	Україна	Польща	Чехія	Угорщина	Росія
Населення, млн чол.	323	65,5	11,5	45	38	10,6	9,8	144,3
ВВП, млрд дол. США	18570	2619	87	93	469,5	193	124,3	1283
ВВП на 1 ос., тис. дол. США	57,5	39,9	7,6	2,2	12,4	18,3	12,7	8,7
Видатки на ОЗ у ВВП, %	17,4	9,12	11	2,5	6,35	7,41	7,4	7,1
Видатки на ОЗ на 1 ос., тис. дол. США	9,4	3,9	0,8	0,07	0,9	1,4	1,0	0,9
Середня тривалість життя, років	78,74	80,54	79,55	71,19	78,2	78,48	75,96	70,91

Запланований розподіл видатків між Державним та місцевими бюджетами після 2020 року

Державний бюджет
Програма державних гарантій медичного обслуговування
Державні програми розвитку та підтримки державних ЗОЗ
Державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями
Місцеві бюджети
Комунальні послуги та енергоносії ЗОЗ
Комп'ютеризація та інформатизація ЗОЗ
Місцеві програми розвитку та підтримки ЗОЗ (оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реконструкція)
Місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення
Місцеві програми громадського здоров'я

Державні видатки на охорону здоров'я у % до загальних видатків

Health expenditure, public (% of government expenditure)



Source : The World Bank - 2013
 Copyright © Actualitix.com All rights reserved

