



П. Є. Лівак*

ОСОБЛИВОСТІ БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Процес перебудови, що відбувається після набуття Україною незалежності, супроводжується як низкою позитивних змін (демократизацією суспільства, впровадженням ринкових відносин), так і негативними явищами (соціальною нестабільністю, зниженню рівня життя більшості населення). Спостерігається зростання смертності населення практично в усіх вікових групах, зменшення тривалості життя, збільшення захворюваності як на неінфекційні, так і на інфекційні захворювання.

Сьогодні спостерігаються і набувають сили тенденції, що певною мірою обумовлені реформуванням галузі відповідно до розвитку ринкових відносин в суспільстві. З одного боку на фоні вкрай обмеженого фінансування робляться спроби збереження кадрового потенціалу, інтенсифікації роботи стаціонарів, розширення діяльності поліклінічної ланки та доступності медичної допомоги населенню, а з другого — погіршення стану здоров'я, зменшення середньої тривалості життя, яка менша в середньому на десять років порівняно з країнами Євросоюзу і на п'ять — до середньоевропейського рівня¹.

Неефективність державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні, що супроводжується кризовими процесами в галузі має багато причин. Основні з них — соціально-економічні трансформації в державі, які поставили перед галуззю нові ринкові умови не забезпечені відповідною правовою базою, фінансуванням, підготовленими кадрами, і, головне, відсутністю політичної волі владних структур.

Загальні економічні проблеми суспільства негативно позначились на фінансуванні охорони здоров'я. Дефіцит державних коштів призвів до залучення пацієнтів у процес відшкодування витрат на надання медичної допомоги (передусім витрат на лікарські засоби, харчування у стаціонарах), в країні поширилася неофіційна оплата медичних послуг.

В умовах економічної нестабільності необхідно раціонально використовувати наявні ресурси. Спроба реформування галузі за десятирічний період, попри вражаючі цифри скорочення мережі лікарняних закладів на 660, кількості ліжок на 33,8 %, бюджетних витрат — у 5-6 разів, була зведена до пристосування системи до наявного фінансування².

Фінансова недоступність медичної допомоги поєднується з нераціональним використанням значної частки державних асигнувань у секторі охорони здоров'я. Застарілі підходи до розподілу фінансових ресурсів на підставі показників потужностей (числа ліжок-місць і кількості відвідувачів) спричиняють деформацію структури надання медичних послуг з перевагою обсягів спеціалізованих та стаціонарних послуг над первинною допомогою. Відповідно розподіляються і фінансові ресурси: основну частину коштів (до 80 %) поглинає стаціонарна допомога, на амбулаторну спеціалізовану допомогу витрачається близько 15 %, на частку первинної допомоги — лише близько 5 %³.

Щодо питання державного фінансування діючої системи медичного забезпечення, то відомим для нас є те, що сума щорічного бюджету на охорону здоров'я на рівні держави обривається за

© Лівак П. Є., 2006

* старший викладач кафедри цивільного та міжнародного права Національного університету державної податкової служби України

¹ Динаміка показників стану здоров'я населення України за 1995-2005 роки. (Аналітично-статистичний посібник). Академія медичних наук України. Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска. — К., 2006. — 72 с.

² Корнацький В. М., Шевченко О. М. Вартість та ціноутворення кардіологічної допомоги в Україні. — К., 2005. — С. 7.

³ Лехан В. М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. — К.: Сфера, 2001. — 176 с.



значимістю науково обґрунтованого нормативу в розрахунку на одного жителя країни (області, міста, району, сільської ради). Проте урядами за всі роки незалежності пропонувалося протилежне: кошти для державного бюджету на охорону здоров'я просто виділялися, і лише тоді розраховувалися витрати держави на одного мешканця та структурувався бюджет⁴.

Наведене свідчить про неадекватність існуючої системи охорони здоров'я соціально-економічним умовам переходу до ринкових відносин та необхідністю її реорганізації. Основні напрямки діяльності медичної галузі визначені в Указі Президента України від 06.12.2005 р. № 1684/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»⁵.

Одним з механізмів її реалізації є застосування принципу адаптації існуючої системи до нових вимог з відданням пріоритетності, перш за все, у наданні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) дорослому населенню. В той же час, в численних публікаціях стосовно реформування галузі та вдосконалення управління нею питання наукового обґрунтування формування адаптаційних технологій стосовно ПМСД не знайшли достатнього висвітлення⁶.

Проблеми ефективного управління, фінансування і правового забезпечення діяльності медичної галузі, враховуючи ринкові умови функціонування інших галузей, що склалися за роки набуття незалежності Україною, висвітлювали в своїх роботах вчені: С. А. Батечко, В. С. Бірюков, О. Є. Бобров, З. І. Гладун, В. І. Журавель, А. І. Жаліло, В. М. Корнацький, Г. В. Лепський, В. М. Лехан, В. М. Рудий, В. В. Рудень, І. М. Солоненко, А. В. Тихомиров, О. М. Шевченко та ін.

Охорона здоров'я в Україні, на відміну від інших галузей народного господарства, майже повністю залежить від бюджетного фінансування. Розвиток і залучення інших джерел фінансування стримується як недостатнім зацікавленням приватного сектора, так і негативним ставленням із боку державних органів управління охороною здоров'я до підприємництва в медичній сфері. Однак бюджетного фінансування не вистачає для нормальної взаємодії медичної галузі з іншими галузями, що працюють за законами ринку⁷.

Зменшення доступності і якості медичної допомоги на фоні підвищення собівартості медичних послуг (і особливо ліків), дефіциту державного фінансового забезпечення, росту тіншового ринку й посилюючих дезінтеграційних процесів — суть сучасної системи охорони здоров'я⁸.

Слід відмітити збільшення питомої ваги видатків держбюджету на охорону здоров'я у загальному обсязі видатків. Відповідно до закону про державний бюджет видатки на медичну галузь становили: 2000 року — 4,3 млрд. грн., у 2001 році — 5,4 млрд. грн., у 2002 році — 6,5 млрд. грн., у 2003 році — 8,0 млрд. грн., у 2004 році — 9,4 млрд. грн., на 2005 рік заплановано 12,3 млрд. грн.⁹.

За даними ЛІГАБізнесІнформу, обсяг видатків на охорону здоров'я в розрахунку на одного мешканця України у 2000 році становив 89,3 грн., 2001 році — 112,2 грн., 2002 році — 134 грн., 2003 році — 169,5 грн., 2004 році — 186,8 грн., на 2005 рік планувалося 257,6 грн.¹⁰.

⁴ Рудень В. В. Порятунку здоров'я нації спроможна лише вища медична освіта України, або думки вголос вченого-організатора від охорони здоров'я про негаразди в медичному забезпеченні та окреслення шляхів його порятунку // *Новости медицины и фармации Украины*. 2006. — № 1-2 (183-184). — С. 16-18.

⁵ ОВУ. — 2005. — № 49. — Ст. 3054.

⁶ Корнацький В. М. Проблеми здоров'я суспільства та продовження життя. — К., 2006. — С. 7.

⁷ Лепський Г. В. Необхідність та сутність багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я в Україні: нові законодавчі ініціативи: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції. — К., 2004. — С. 179.

⁸ Батечко С. А., Бірюков В. С. Фінансовий менеджмент і технологія оплати медичної допомоги в умовах формування громадсько-солідарного сектора охорони здоров'я на муніципальному рівні // *Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції*. — Одеса, 2001. — С. 15-26.

⁹ Рудень В. В. Порятунку здоров'я нації спроможна лише вища медична освіта України, або думки вголос вченого-організатора від охорони здоров'я про негаразди в медичному забезпеченні та окреслення шляхів його порятунку // *Новости медицины и фармации Украины*. 2006. — № 1-2 (183-184). — С. 16-18.

¹⁰ Там само.



Але за обсягом витрат на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя Україна посідає 111 місце серед країн ООН і 8 серед країн СНД¹¹.

А за показником "державного фінансового внеску" в медицину на сучасному етапі соціально-економічного розвитку Україна посідає 141 місце, що тісно корелює із зростанням рівня смертності, інвалідності, захворюваності¹².

Аналіз наведених даних переконливо засвідчує, що фінансування охорони здоров'я з Державного бюджету зростає з кожним роком у геометричній прогресії. Питома вага обсягу видатків на охорону здоров'я в незалежній Україні відносно до ВВП у 1996 році становила 4,0 %, 1997 році — 3,6 %, 1998 році — 3,4 %, 1999 році — 2,7 %, 2002 році — 2,8 %, 2003 році — 3,26 %, 2004 році — 2,8 %, а на 2005 рік заплановано 3,0 %. Проте це не 6,41 % від ВВП України, про що Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) стверджує як мінімальний рівень бюджетного фінансування чи рівень виживання медичної галузі¹³.

Ст. 49 Конституції України встановлено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. Та на даному етапі існує гострий дефіцит державного бюджету на потреби медичної сфери, в той час, як ресурси медичної галузі практично вичерпані, і без рішучого здійснення реформ втримати контроль за станом здоров'я населення буде неможливо.

Перехід усіх галузей України на ринкові рейки потребує нових підходів до управління фінансами особливо в медицині, адже медична галузь потерпає від планового, командно-адміністративного керування на фоні розповсюдженого майже на всі галузі економіки України ринкового механізму.

Доцільність дослідження доводиться тим, що характерним для діяльності закладів охорони здоров'я є те, що обсяг їхньої роботи залежить від стану здоров'я нації та обсягу наявних бюджетних коштів. Стан здоров'я населення України у більшості регіонів поганий і має тенденцію до погіршення, що свідчить про низьку ефективність роботи закладів охорони здоров'я, на що, безспірно, впливає недостатнє фінансування галузі. Ось чому об'єктивно постає необхідність пошуку нових джерел фінансування і розширення надходжень від наявних, їх правове визначення та закріплення фінансування медичної галузі на рівні 6,41 % ВВП на законодавчому рівні.

Державна стратегія збереження і зміцнення здоров'я нації в концептуальному плані повинна враховувати зовнішні і внутрішні фактори ризику і впливу на здоров'я населення, і формує стратегічні і тактичні завдання макро- (національного) і мікро- (регіонального та місцевого) рівнів охорони здоров'я. Державна політика в питанні формування, зміцнення здоров'я населення є визначальною в створенні рушійних механізмів, як ідеологічних, так і структурних, включно із створенням ефективного законодавчого поля для всіх суб'єктів різної форми власності у вирішенні проблеми здоров'я нації. Структури уряду, безпосередньо причетні до виконання функцій охорони здоров'я, освіти, соціальної допомоги, гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, поліпшення спадковості й охорони навколишнього середовища до адміністративно-цивільних і кримінально-правових заходів захисту прав людини, що звернулися за медичною допомогою. Причому, правове регулювання є однаковим для всіх (учасників і) суб'єктів форм власності і забезпечує рівність усіх громадян, що проживають чи перебувають на території України¹⁴.

¹¹ Куценко В. Укрепление социальной базы реформ — путь к преодолению бедности // Экономика Украины. — 2002. — № 2. — С. 33-37.

¹² Корнацький В. М., Шевченко О. М. Вартість та ціноутворення кардіологічної допомоги в Україні. — К., 2005. — С. 7.

¹³ Рудень В. В. Порятувати здоров'я нації спроможна лише вища медична освіта України, або думки вголос вченого-організатора від охорони здоров'я про негаряди в медичному забезпеченні та окреслення шляхів його порятунку // Новости медицины и фармации Украины. 2006. — № 1-2 (183-184). — С. 16-18.

¹⁴ Державна політика та економіка охорони здоров'я: Практикум / М. Білинська, В. Григорович, Л. Жаліло та ін.; За заг. ред. І. Розпутенка, І. Солоненка. — К.: К.І.С., 2002. — 216 с.



Видатки бюджету — це одна із сторін фінансової діяльності держави. Державні видатки — вид фінансових відносин, пов'язаних з неперервним цільовим використанням грошових коштів.

Видатки держави являють собою прямі затрати матеріальних і фінансових ресурсів на її функціонування. Оскільки в умовах товарно — грошових відносин і дії закону вартості всі затрати приймають грошовий характер, видатки держави прийнято розглядати як використання фінансових ресурсів. Саме фінансове право регулює складну групу відносин в області видатків, які пов'язані із забезпеченням публічного фінансового інтересу, тобто із діяльністю державних і муніципальних органів, що виконують функції держави і органів місцевого самоврядування. Кожний суб'єкт підприємницької діяльності, незалежно від організаційно-правової форми діяльності і форми власності, розміщений на території нашої держави, здійснює видатки, вступаючи в грошові відносини із великою кількістю суб'єктів. Але ці грошові затрати і виникаючі в зв'язку з цим відносини регулюються не фінансовим правом, а господарським, цивільним, і через це поняття видатків держави ширше поняття державного і місцевих бюджетів.

Правовий режим фінансування видатків залежить від фонду, із якого фінансується конкретний видаток, від форм власності підприємств, що отримують грошові кошти для свого фінансування, через це і регулюються відносини в області видатків нормами багатьох законодавчих актів.

У Державному бюджеті видаткова частина бюджету, починаючи з 2000 року, ділиться на дві частини — загальну і спеціальну, а в Бюджетному кодексі дається розподілення повноважень між рівнями бюджетної системи України і механізм делегування повноважень¹⁵.

Згідно з п. 8 ч. 1 ст. 87 Бюджетного кодексу України з Державного бюджету виділяються кошти на охорону здоров'я:

- первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (багатопрофільні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції, згідно з переліком затвердженим Кабінетом Міністрів України);

- спеціалізовану, високо спеціалізовану, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної Війни, спеціалізовані лікарні медико-санітарні частини, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України);

- санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для Ветеранів Великої Вітчизняної Війни);

- санітарно-епідеміологічний нагляд (санітарно-епідеміологічні станції, дезінфекційні станції, заходи боротьби з епідеміями);

- інші програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України).

На даний момент помітно зросла роль місцевих рад в економічному та соціальному розвитку регіону, бо значна частина коштів для державних і комунальних медичних закладів охорони здоров'я надходить по бюджетним каналам фінансування.

Виділяючи через місцеві бюджети кошти на фінансування медичних закладів галузі охорони здоров'я, надаючи переважно безплатні медичні послуги населенню, держава забезпечує певний рівень споживання цих послуг, надає рівні можливості всім верствам населення в охороні здоров'я, що сприяє створенню умов для підтримання необхідного рівня працездатності, підвищенню продуктивності праці, а також допомагає вирішенню демографічних завдань по розширенню відтворення населення.

Головна мета видатків, що виділяються через місцеві бюджети на охорону здоров'я населення є фінансова гарантія конституційних прав громадян України на одержання безоплатного

¹⁵ Воронова Л. К., Кучерявенко А. П. Финансовое право — Х.: Легас, 2003. — 306 с.



обслуговування в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Бюджетні асигнування на охорону здоров'я населення відіграють важливу роль у вирівнюванні рівнів розвитку адміністративно-територіальних одиниць, у забезпеченні їх необхідною мережею медичних закладів, а також у розподілі благ між різними соціально-економічними групами населення.

Крім цього, є відомчий шлях розподілу коштів для медичних закладів із різними формами власності, хоча вага відомств невелика в загальному обсязі даних фондів. У період ринкової економіки роль цього каналу розподілу особливо зростає, що дає можливість в умовах обмежених фінансових ресурсів із сторони держави, за рахунок коштів підприємств, установ і організацій різних форм власності, максимально забезпечити працівників провідних галузей народного господарства послугами медичних закладів.

У сучасних умовах перевагу одержує розподіл коштів для медичних закладів по бюджетним каналам, що, в свою чергу, пред'являє підвищені вимоги до бюджетної системи, до методів бюджетного планування і фінансування, а отже, і до методів розподілу коштів між ланками бюджетної системи.

Бюджетні заклади охорони здоров'я отримують кошти із бюджету на основі планового документу — кошторису, який є основним фінансово-плановим актом, у якому встановлюється об'єм бюджетних асигнувань, їх постатейне й поквартальне розподілення.

При кошторисно-бюджетному фінансуванні фінансово-правові відносини виникають тільки з моменту затвердження кошторису. В цьому і полягає правове значення кошторису як індивідуального фінансово-планового акту, який хоч і не встановлює правових норм, але направлений на їх виконання і конкретизує ту чи іншу правову норму у розрізі конкретного правовідношення.

За юридичними властивостями норми видатків поділяються на:

- обов'язкові, що не підлягають зміні при застосуванні. Вони, як правило, встановлюються Верховною Радою України, Кабінетом Міністрів України (штати, ставки заробітної плати, видатки на відрядження);

- розрахункові (факультативні) — середні затрати на розрахункову одиницю. Ці норми встановлюються бюджетними установами за погодженням із фінансовими органами¹⁶.

При плануванні видатків на медичну галузь враховують переважно кількість ліжок та число лікарів амбулаторно-поліклінічного прийому¹⁷.

Розрахунковими нормами є середні витрати на розрахункову одиницю, які визначаються за погодженням з фінансовими органами і з обов'язковим врахуванням умов, у яких знаходиться дана бюджетна установа¹⁸.

Щодо кошторису фінансування закладів охорони здоров'я то він будується на показниках: по стаціонару — кількість ліжок і ліжко-днів, по поліклініках — кількість лікарських відвідувань. Система заробітної плати формується від категорій лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу, адміністративно-управлінського і обслуговуючого персоналу¹⁹.

Фінансування медичних закладів залежить від правильного планування витрат і видатків на медичну галузь, які виділяються згідно з Законом України "Про державний бюджет України"²⁰.

Отже, фінансування послуг з охорони здоров'я на загальнодержавному та місцевому рівнях є важливою складовою бюджетного процесу.

Міністерство фінансів розпочинає перший етап розробки проекту державного бюджету, виходячи з попередніх проектів зведеного та Державного бюджетів України. У ході цієї роботи розраховується потреба в асигнуваннях на охорону здоров'я як на національному, так і на місцевому рівнях.

¹⁶ Там само.

¹⁷ Кичко І. І. Макроекономічний механізм фінансування охорони здоров'я // Фінанси України. — 2003. — № 4. — С. 71-76.

¹⁸ Воронова Л. К. Фінансове право — Х.: Консум, 1998. — 496 с.

¹⁹ Воронова Л. К., Кучерявенко А. П. Финансовое право — Х.: Легас, 2003. — 306 с.

²⁰ Бюджетний кодекс України від 21.06.2001 р. // ВВР. — 2003. — № 24. — Ст. 161.



Згідно зі ст. 49 Конституції України²¹, охорона здоров'я повинна забезпечуватись державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних, оздоровчо-профілактичних програм. Бюджетним фінансуванням мають забезпечуватись послуги лікувально-профілактичних закладів.

Суть цього етапу розробки бюджету полягає у визначенні обсягу необхідного фінансування, в основі якого лежать відповідні показники діяльності мережі лікувально-профілактичних установ.

На другому етапі Головне бюджетне управління Міністерства фінансів встановлює граничні обсяги витрат для кожної з галузей. Ці обсяги базуються на аналізі загальних потреб фінансування охорони здоров'я, проведеному управлінням галузевого фінансування Міністерства фінансів, а також на прогнозі основних макропоказників економічного і соціального розвитку країни.

На третьому етапі граничні обсяги видатків на охорону здоров'я за державним бюджетом доводяться до головних розпорядників коштів, які аналізують їх, порівнюють із заробленими самостійно відповідними розрахунками асигнувань для потреб відомчих установ і на підставі цього аналізу розпочинають проведення узгоджувальних консультацій за проектом державного бюджету. В ході цих консультацій обговорюється розподіл граничного обсягу видатків для сфери охорони здоров'я на видатки окремих установ (лікарень широкого профілю, спеціалізованих лікарень, пологових будинків), на окремі статті видатків (заробітна плата, харчування хворих, медикаменти), а також асигнування на цільові програми і окремі централізовані заходи. При обмеженості фінансових ресурсів, розпорядники коштів повинні визначити пріоритетні напрями їх використання і забезпечити ефективне використання цих коштів. Міністерство охорони здоров'я разом із розпорядниками коштів розробляє відповідні підходи до організації роботи медичної галузі і визначає пропорції розподілу коштів за окремими статтями.

На четвертому етапі Міністерство фінансів вивчає і аналізує запити розпорядників коштів, усуває розбіжності та погоджує суперечності. Далі проект бюджету подається на затвердження Верховною Радою.

На п'ятому етапі після затвердження державного бюджету парламентом, розпорядники коштів затверджують і доводять до рівня окремих закладів остаточні цифри бюджетних асигнувань. Індивідуальні заклади охорони здоров'я визначають окремі статті видатків (заробітна плата, харчування хворих, ліки, медичне обладнання). Керівники органів управління закладами охорони здоров'я на місцях затверджують поданий даними установами кошторис, а також кошторис видатків на проведення централізованих заходів²².

Після затвердження бюджету на плановий рік фінансові органи складають розпис доходів і видатків бюджету з поквартальною розбивкою, для забезпечення планового виконання бюджету, встановивши об'єм необхідних видатків на кожний квартал відповідно до розвороту мережі і контингентів.

Будь-яка зміна розміру асигнувань і розподілу коштів між кварталами, але в межах місцевих асигнувань проводиться з дозволу органу, що затверджував поквартальну розбивку. Керівникам закладів охорони здоров'я надано право змінювати розмір асигнувань всередині кварталу в межах кошторису, причому збільшення квартальних видатків по одних статтях допускається за рахунок відповідного зменшення видатків по інших, крім видатків на заробітну плату, капітальні вкладення і харчування, без перевищення загальної суми квартальних асигнувань по всіх статтях кошторису в цілому²³.

У випадку, коли Верховною Радою України не буде затверджено Державний бюджет України до 2 грудня року, який передуює тому, на який складено бюджет, приймається закон про порядок

²¹ ВВР. — 1996. — № 30. — Ст. 141.

²² Тулай О. І. Особливості фінансування охорони репродуктивного здоров'я // Фінанси України. — 2003. — № 4. — С. 71-76.

²³ Соловьев В. П. Планирование и финансирование расходов на здравоохранение. — М.: Финансы, 1965. — С. 159.



фінансування поточних витрат до затвердження Державного бюджету України, при цьому у кожній установі повинні бути розроблені і затверджені керівником вищестоящої організації тимчасові кошториси витрат бюджетних асигнувань на I квартал, а у випадку потреби — на II і наступні квартали (залежно від терміну затвердження відповідних бюджетів). Кошторис складається на підставі доведеного вищестоящою організацією ліміту витрат на відповідний період, визначеного з урахуванням вимог Бюджетного кодексу України. Ліміти витрат як в установах загальнодержавного, так і в установах місцевого підпорядкування доводяться вищестоящими організаціями за формою лімітної довідки у тижневий термін після прийняття згаданого закону. Тимчасові кошториси затверджуються не пізніше, ніж у двотижневий термін після прийняття цього закону.

Відповідальність за ефективне та цільове використання коштів покладається на головних розпорядників бюджетних коштів, які мають право розподіляти перераховані їм кошти між підвідомчими організаціями із використанням їх на здійсненні ними безпосередньо централізовані заходи²⁴.

Найважливішою ланкою національної системи охорони здоров'я, яка забезпечує результати її діяльності, є заклади охорони здоров'я. Тому для розвитку медичної галузі в нових умовах необхідно вдосконалити існуючі механізми фінансування медичних закладів, конкретизувати їх правовий статус відповідно до вимог часу та ситуації в державі.

Збільшення видатків на певну галузь невиробничої сфери можливе тільки при зміні пріоритетів у розподільчій політиці уряду, прискоренні темпів економічного зростання.

При правовому врегулюванні питань, що стосуються фінансування охорони здоров'я необхідно враховувати не тільки джерела та обсяги фінансових надходжень, а й обов'язково передбачити механізми підвищення ефективності використання ресурсів та забезпечити доступність медичної допомоги.

Практичні рекомендації:

- Розробити та впровадити нові державно-суспільні механізми управління охороною здоров'я на фундаменті закону²⁵.

- Оптимізувати доплату населення на медичну допомогу з ліквідацією фінансового бар'єру на первинному рівні.

- Визначити мінімальне, але гарантоване бюджетне фінансування медичної галузі на рівні 6,41 % від ВВП України, про що ВООЗ стверджує як мінімальний рівень бюджетного фінансування галузі.

- Надати права медичним працівникам працювати за контрактами.

- Дозволити керівникам медичних закладів займатися підприємницькою діяльністю.

- Розробити та впровадити на державному та регіональному рівні програми "Здоровий спосіб життя", яка включатиме в себе міжнародний досвід боротьби з факторами ризику, мати відповідне фінансування, конкретну відповідальність і безпосередній контроль на всіх рівнях. Набутий досвід свідчить, що кошти, які вкладені у первинну профілактику окупуються в розмірі 1:10²⁶.

- Створити Стандарти надання медичної допомоги та Національного формуляру життєво необхідних лікарських засобів гарантованого мінімуму.

- Визначити потребу фінансового ресурсу на одиницю послуги та її вартість згідно фактичних витрат.

- Визначити оптимальну модель фінансового забезпечення, яка гарантувала б економічну стабільність системи і кожної лікувальної установи окремо.

²⁴ Лехан В. М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. — К.: Сфера, 2001. — 176 с.

²⁵ Ливак П. Е. Здравоохранение Украины нуждается во внедрении государственно-общественных механизмов управления на фундаменте закона // Новости медицины и фармации Украины. — 2005. — № 18 (178). — С. 24.

²⁶ Динаміка показників стану здоров'я населення України за 1995-2005 роки. (Аналітично-статистичний посібник). Академія медичних наук України. Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска. — Київ, 2006. — 72 с.



- Здійснити аналіз стану виконання чинних державних цільових програм, за результатами якого розробити та прийняти відповідні оновлені Національні цільові програми, що базуватимуться на сучасних міжнародних підходах розв'язання проблем здоров'я населення та фінансування медичної галузі.

- На державному рівні розробити індикатори якості та ефективності раціонального використання бюджетних коштів на медицину та механізми відповідальності за їх порушення для всіх рівнів виконавчої влади.

- Розширити мережу закладів та кабінетів первинної медико-санітарної допомоги, що мають взяти на себе значну частку заходів щодо профілактики різних хвороб на ранніх стадіях розвитку.

- Розробити і впровадити на державному рівні загальноосвітні програми по боротьбі з факторами ризику, що призведе до поступового зменшення захворюваності, смертності і збільшення тривалості життя.

- Регулювати та контролювати ціни на медикаменти, які закуповуються за державні кошти.

*Стаття рекомендована до друку кафедрою цивільного та міжнародного права
Національного університету державної податкової служби України
(протокол № 14 від 7 червня 2006 року)*

