

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Віталій ЛІСОВЕНКО, Роксолана КОРНАЦЬКА

БЮДЖЕТУВАННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Розглянуто практику програмно-цільового методу бюджетування у сфері охорони здоров'я, виокремлено позитивні характеристики на невирішені проблеми.

Акцентовано увагу на проблемах широкого впровадження бюджетування в систему охорони здоров'я, проаналізовано зарубіжний досвід та обґрунтовано доцільність його застосування в Україні з метою підвищення дієвості цієї технології управління бюджетними коштами.

Досвід країн Заходу продемонстрував здатність ведення державного фінансового господарства на основі принципів підприємницької діяльності. Складений у такому форматі бюджет відображає не тільки обсяги та напрями спрямування фінансових ресурсів держави, а й дає можливість оцінити результат, від якого залежить якість прийнятих управлінських рішень. На сучасному етапі найбільш прогресивною, досконалою та ефективною технологією управління бюджетними коштами, яка використовується у багатьох країнах світу, є програмно-цільове бюджетування (далі – ПЦБ). У країнах-членах ОЕСР розвиток державного управління у сфері надання бюджетних послуг, спрямованого на результат, є визначальною тенденцією протягом багатьох років. Системні реформи, серед яких провідне місце належить удосконаленню бюджетного процесу, у тому числі впровадженню бюджетування, орієнтованому на результат, оцінювання результативності бюджетних програм проводяться у багатьох країнах. Основними складовими системи бюджетування за результатом є визначення кінцевого результату в межах бюджетної програми; запровадження дієвого контролю за використанням бюджетних коштів; встановлення взаємозв'язку між результативністю та витраченими ресурсами [1, с. 354].

Дослідженню теоретичних та практичних аспектів процесу бюджетування за програмами присвячені праці вітчизняних та зарубіжних науковців В. Л. Андрущенко, А. П. Афанасьєва, Ц. Г. Огня, І. Я. Чугунова, В. М. Федосова, Д. Б'юкенена, В. О. Кі-молодшого. Незважаючи на наукову та практичну цінність проведених досліджень щодо вирішення проблем, пов'язаних із впровадженням елементів бюджетування у бюджетний процес, багато питань залишаються дискусійними та потребують обґрунтувань для їх успішного вирішення. Зокрема, актуальним залишається питання підвищення дієвості бюджетування у галузі охорони здоров'я, яка має стратегічне значення для держави та виробляє суспільні блага, що суттєво впливають на стан здоров'я населення – найвищу цінність будь-якої нації.

Ключовою ідеєю технології бюджетування виступає розробка та реалізація програм, орієнтованих на результат, із можливістю оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів. Суспільство, яке частину своїх доходів спрямовує до бюджету, прагне чітко

знати, на що спрямовуються кошти, та оцінити кінцевий результат, який у державному секторі виражається через так званий соціальний ефект. Бюджетування, орієнтоване на результат, передбачає розподіл бюджетних ресурсів між адміністраторами бюджетних коштів і бюджетними програмами, що ними реалізуються, з урахуванням досягнутих ними конкретних результатів. Ці результати оцінюються відповідно до середньострокових пріоритетів соціально-економічної політики в межах обсягів бюджетних ресурсів, прогнозованих на довгострокову перспективу.

У Великобританії наприкінці 1980-х рр. проведено аналіз ефективності управління державними фінансами та заходів щодо його вдосконалення, який започаткував проведення реформ у системі державного управління, що передбачали реорганізацію органів державної влади, державних установ, запровадження елементів підприємництва у державне фінансове господарство. Бюджетні видатки зорієнтовано на чітко визначені у п'ятирічних стратегічних та річних планах пріоритети державної, регіональної політики, що мають безпосередній зв'язок із функціями, програмами, бюджетними послугами та їх результатами. Для ефективного використання бюджетних коштів керівникам органів державного управління надано ширші повноваження, а також підвищено рівень їх відповідальності.

У Франції бюджетну реформу розпочато із прийняттям Органічного закону про бюджет, яким визначено необхідність проведення змін у системі державного управління як на загальнодержавному, так і на територіальному рівнях, складанні бюджету у розрізі бюджетних програм для підвищення прозорості, відкритості щодо напрямків використання бюджетних коштів.

Згідно з французькою концепцією формування цілей бюджетних програм, основними показниками, якими вимірюється ефективне використання бюджетних видатків, є якість державних послуг, результативність та соціально-економічний вплив від реалізації бюджетної програми.

США, починаючи з 1949 р., здійснили перші спроби щодо впровадження у бюджетний процес нових управлінських технологій з метою проведення якісних перетворень у сфері державних фінансів. Спроби введення у бюджетний процес елементів "орієнтації на результат" мали фрагментарний характер, не користувались підтримкою парламенту та не були закріплені законодавчо. Такі спроби, як правило, закінчувались при зміні адміністрації. Новий етап розвитку ПЦБ пов'язаний із прийняттям Федерального закону США "Про оцінку результатів діяльності державних установ", прийнятим у 1993 р., який діє і на сьогодні, проте щороку зазнає змін та вдосконалюється відповідно до вимог часу. Згідно з Федеральним законом США, кожне федеральне міністерство і відомство повинно розробити стратегічний план (як мінімум на 5 років), план роботи на рік та звіт про виконання плану. Разом ці документи створюють замкнутий цикл: планування – прийняття рішень – виконання – оцінка результатів. ПЦБ широко застосовується і в інших країнах, зокрема в Новій Зеландії, Швеції, Великобританії. Основні елементи бюджетування застосовуються у Росії, країнах Балтики, Словенії та Словаччині. Як свідчить практика, уряди цих країн продемонстрували здатність ефективно та раціонально розподіляти обмежені фінансові ресурси, досягаючи при цьому максимально бажаних результатів. Основою програмного бюджетування є програми, які включають опис системи цілей та чітко визначені завдання для їх досягнення. Принципом ПЦБ є свобода управлінських дій, що дозволяє керівнику програми самостійно розподіляти фінансові ресурси. Це сприяє досягненню кінцевого результату у найбільш ефективний, раціональний спосіб.

Особливо актуальна ця проблема для України, яка поступово впроваджує нововведення у бюджетний процес, намагається змінити традиційну ідеологію фінансування суспільних благ з метою покращення їх якості, доступності, прозорості у використанні фінансових ресурсів державного сектору. Як зазначив І. О. Мітюков, "...ідеологія програмно-цільового підходу полягає у переході від принципу утримання бюджетних установ до принципу отримання конкретних результатів від використання бюджетних коштів конкретною установою" [2, с. 413]. Російські вчені М. Афанасьєв та І. Кривоногов вважають, що ключовим елементом бюджетування, орієнтованого на результат, є перехід від кошторисного фінансування бюджетних установ до фінансування конкретних бюджетних послуг, у тому числі і тих, що надаються бюджетними установами [3, с. 41].

Перші кроки щодо впровадження окремих елементів прогресивних бюджетних технологій управління бюджетними ресурсами в Україні було здійснено після прийняття Бюджетного кодексу України, у ст. 10 якого передбачено програмну класифікацію видатків при формуванні бюджету за програмно-цільовим методом. Із 2002 р. усі видатки Державного бюджету України почали розроблятися у форматі бюджетних програм. До цього періоду їх формування здійснювалось у розрізі функцій. Для подальшого впровадження ПЦБ урядом України у 2002 р. схвалено концепцію застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі (далі – Концепція) [4]. Слід зазначити, що в Україні відбулося впровадження окремих технічних елементів бюджетування (розподіл видатків за бюджетними програмами, зміна формату бюджетних запитів з розрахунком потреби на середньострокову перспективу, введення паспортів бюджетних програм), а ідеологія залишилася незмінною. Яскравим цьому підтвердженням є галузь охорони здоров'я, яка і нині фінансується, виходячи із принципу утримання медичної установи та збереження її потужностей, незалежно від результатів діяльності та обсягів наданих медичних послуг. Перехід до бюджетування вимагає визначення конкретного результату діяльності установи, у конкретному випадку – це якісна медична послуга, що є інструментом досягнення чітко визначених стратегічних цілей та завдань, зокрема покращення стану здоров'я населення, зниження інвалідності, смертності, підвищення працездатності.

Першим кроком для впровадження нової системи "фінансування, спрямованого на результат", є формування раціональної інфраструктури постачальників медичних послуг та визначення механізмів взаємодії між ними, що передбачає реорганізацію мережі лікувальних установ з чітким розподілом за рівнями медичної допомоги. Світова практика організації охорони здоров'я вказує, що чітке розмежування лікувально-профілактичних закладів за рівнями надання медичної допомоги дає змогу наблизити первинну медико-санітарну допомогу до населення, більш раціонально використовувати фінансові ресурси [5, с. 58]. Структурна реорганізація системи охорони здоров'я полягає в її переорієнтації із стаціонарного лікування на розвиток первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини з чітко визначеним профілактичним напрямком. За оцінкою ВООЗ, зазначений пріоритет є універсальним та оптимальним, незалежно від рівня видатків на охорону здоров'я у конкретній державі.

Реформування вторинної та третинної медико-санітарної допомоги необхідно здійснювати шляхом упорядкування інфраструктури та ліжкового фонду спеціалізованих медичних закладів відповідно до потреб населення. Як доводить світовий досвід, найбільш раціональним способом організації вторинної медичної допомоги є

диференціація лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається. Внаслідок запровадження таких підходів досягається:

- уникнення дублювання медичних послуг;
- покращення якості медичної допомоги;
- економія коштів у разі переоснащення медичних закладів відповідно до видів та складності стаціонарної допомоги, що ними надається.

Крім зазначеного, існує ще одна проблема, яка є перешкодою для впровадження ПЦБ в системі охорони здоров'я, – це відсутність розробленої Єдиної державної стратегії розвитку охорони здоров'я України. Зазначений стратегічний документ має бути обов'язковим елементом ПЦБ, що дасть можливість оцінити результати діяльності окремих виконавців програми в майбутньому. При розробленні цього документа необхідно врахувати наступне:

– основою для складання галузевої стратегії є стратегічні цілі держави, які знаходять своє відображення у загальнодержавних стратегічних документах, зокрема: Стратегії економічного та соціального розвитку України “Шляхом європейської інтеграції” на 2004–2015 роки, Програми діяльності Уряду, Програмі Президента “Стратегії 2020”;

– стратегічні цілі, загальні для багатьох країн, що приєдналися та ратифікували міжнародні документи, повинні знайти своє відображення у державній політиці цих країн. Україна з 1992 р. поновила своє членство як суверенна держава і ратифікувала такі програмні документи ВООЗ: “Політика досягнення здоров'я для всіх у ХХІ столітті”, Оттавська хартія зміцнення здоров'я, Рамкова програма вдосконалення системи охорони здоров'я, Талліннська хартія “Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту”, Люблінська хартія з реформування системи охорони здоров'я, Основи європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя “Здоров'я-2020”.

Протягом останніх років на рівні галузі розроблена велика кількість програмних та прогнозних документів, зокрема: Концепція розвитку охорони здоров'я населення України; Невідкладні заходи щодо реформування охорони здоров'я; Національний план дій в інтересах здоров'я народу України (Дорожня карта розвитку галузі); Концепція реформування медичної освіти в Україні; Дорожня карта розвитку фармацевтичної галузі України; національні та державні цільові програми; Концепція розвитку приватного сектору у сфері медичного обслуговування; Дорожня карта розвитку санітарно-епідеміологічної служби України; Здоров'я – 2020: український вимір.

Значна частина зазначених документів має декларативний характер, завдання, передбачені програмою, практично не виконуються. “Здоров'я – 2020: український вимір”, яка хоча і містить певні ознаки стратегічного плану, проте у програмі не визначено ні кількісних, ні якісних показників досягнення стратегічних цілей, чітко не окреслені пріоритетні напрями дій.

За характером заходів прогнозними та програмними документами довгострокового характеру можна вважати державні цільові програми, кількість яких з кожним роком зростає, а проблема залишається невирішеною. Якщо здійснити аналіз заходів, передбачених у Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації на 2002–2011 роки” та Дорожній карті, то можна відзначити, що основна їх частина повторюється. Доцільно у Єдиній державній концепції розвитку охорони здоров'я України об'єднати державні цільові програми з чітким визначенням пріоритетів як серед найбільш небезпечних хвороб, так і різних груп населення, зокрема: охорона дитинства та материнства; удосконалення спеціалізованої кардіологічної допомоги; розвиток геронтологічного та геріатричного обслуговування; епідемія туберкульозу, епідемія ВІЛ/СНІДУ.

Переваги стратегічного планування в галузі охорони здоров'я та розроблення Єдиної державної стратегії розвитку охорони здоров'я України сприятиме:

- усуненню фрагментарності та непослідовності у проведенні реформ в галузі охорони здоров'я;
- можливості оцінити досягнуті результати діяльності головного розпорядника бюджетних коштів та визначити ступінь досягнення мети;
- координації дій виконавців та посиленні їх відповідальності за результати, отримані у процесі досягнення чітко окреслених цілей та завдань;
- запровадженню середньострокових бюджетних обмежень з метою забезпечення відповідності між потребою у фінансових ресурсах головного розпорядника бюджетних коштів та можливостями бюджету.

Наявність Єдиної державної стратегії розвитку охорони здоров'я України передбачає не тільки визначення напрямків розвитку галузі, але дає змогу оцінити ефективність діяльності органу (профільного міністерства чи відомства) і встановити відповідальність за виконання завдань. Необхідною умовою цього є створення єдиного медичного простору шляхом об'єднання та управління фінансовими ресурсами на рівні МОЗ України. В Україні видатки бюджету на фінансування охорони здоров'я розпорешені між значною кількістю головних розпорядників бюджетних коштів, які утримують заклади охорони здоров'я, що надають медичну допомогу працівникам певної професії або сфери діяльності. При цьому їх не обмежують в отриманні аналогічних послуг у лікувальних закладах, підпорядкованих МОЗ України або органам місцевого самоврядування. Це не сприяє проведенню єдиної політики у сфері охорони здоров'я та призводить до зростання неефективних витрат. Такий підхід не відповідає досвіду провідних країн світу, які запровадили ПЦБ, та суперечить його принципам. У даному випадку суть бюджетної програми не відповідає меті діяльності головного розпорядника бюджетних коштів, а у довгостроковій перспективі неможливо оцінити досягнення результату.

Проте до цієї категорії закладів не слід відносити наукові установи та центри, що перебувають у підпорядкуванні НАМН України. Це організація, яка має окреме, чітко визначене поле діяльності, що окреслюється проведенням та впровадженням у практичну діяльність наукових досліджень у галузі медицини. Тому в даному випадку необхідно чітко розподілити функції між МОЗ України і НАМН України та визначити наступне:

- основною стратегічною метою МОЗ України, досягнення якої забезпечується через діяльність підпорядкованих установ та організацій, є забезпечення потреби населення в якісній медичній послугі, яка сприяє зміцненню, підтримці та відновленню здоров'я;
- основною стратегічною метою НАМН України є проведення фундаментальних та прикладних досліджень, впровадження інновацій у процес профілактики, діагностики та лікування з метою покращення стану здоров'я населення, продовження тривалості якісного життя.

Наступним аргументом, який підтверджує необхідність функціонування НАМН України як окремої самостійної структури, є розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.06.2009 р. "Про створення реально діючої Національної інноваційної системи в Україні", яка забезпечить вирішення низки економічних проблем, в тому числі й у галузі медицини. Тому необхідно сконцентрувати науковий медичний потенціал країни під егідою НАМН України, яка разом з Національною академією наук України спроможна

об'єднати зусилля та розробляти конкурентоспроможний високотехнологічний науковий продукт, що дозволить, не розпорошуючи, спрямовувати кошти за цільовим призначенням на наукові дослідження в медицині та отримувати очікувані результати. Для досягнення цього необхідно об'єднати та підпорядкувати науково-дослідні інститути та центри НАМН України. Беручи до уваги, що на базі вищих навчальних закладів проводиться значна кількість наукових досліджень, існує тісний зв'язок між наукою та освітою, необхідно також забезпечити тісну взаємодію між ними. Для продуктивної співпраці МОЗ України та НАМН України необхідно розробити ефективні механізми впровадження результатів наукових досліджень у практичну діяльність закладів охорони здоров'я. Це, як доводять розрахунки, дозволить підвищити ефективність використання фінансових ресурсів та спрямувати їх на інші невідкладні потреби.

Одним із недоліків фінансування системи охорони здоров'я вважаємо розпорошеність фінансових ресурсів не тільки між великою кількістю міністерств та відомств, але між бюджетами різних рівнів. Засади розподілу видатків на охорону здоров'я між Державним та місцевими бюджетами в Україні регламентуються Бюджетним кодексом України, який визначає п'ятирівневу систему розподілу фінансових ресурсів між головними розпорядниками бюджетних коштів.

Для ефективного управління та контролю за рухом фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я пропонується розмежувати фінансування за рівнями медичної допомоги. Фінансування первинної медико-санітарної допомоги на рівні сіл, селищ, міст районного значення об'єднати на районному та міському рівні, фінансові ресурси для надання вторинної та третинної допомоги – на обласному рівнях. Вважаємо за необхідне виділити окремим рівнем медичну допомогу, яка забезпечується науково-дослідними інститутами та центрами, спеціалізованими лікарняними закладами для окремих категорій населення загальнодержавного значення.

Вирішення проблеми забезпечення доступності та підвищення якості медичних послуг вбачається у впровадженні інституту державного замовлення на чітко визначений на законодавчому рівні базовий пакет послуг, фінансування яких здійснюється за рахунок коштів бюджету. Такий підхід використовується у Великобританії, де ПЦБ у системі охорони здоров'я запроваджено на основі контрактної форми надання послуг. Договірні відносини в системі охорони здоров'я пройшли певну еволюцію: від щорічних договорів до угод (service level agreements), термін дії яких становить 2–3 роки. Ці угоди регулюють систему стратегічних закупівель послуг, встановлюючи середньострокові пріоритети і конкретні плани реструктуризації мережі медичних закладів з урахуванням потреб населення у медичній допомозі [6, с. 15].

У Новій Зеландії застосовується система контрактів між міністерствами і департаментами, де чітко визначені результати, яких повинен досягти кожен департамент. Уряд встановлює загальні цілі економічного розвитку як орієнтири, які не вимірюються кількісно. Конкретні цілі та завдання, а також значення показників якості й обсяг бюджетних послуг встановлюються на рівні міністерств та департаментів. Результати повинні бути пов'язані із загальними цілями і сприяти їх досягненню. Про ключове значення контрактних відносин як однієї із стратегій реформування світових систем охорони здоров'я проголошено у спеціальній резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я "Про роль контрактних відносин у поліпшенні діяльності системи охорони здоров'я", в якій чітко визначені такі рекомендації:

– забезпечити використання контрактних відносин у медичній сфері відповідно до правил та принципів, визначених у національних стратегіях розвитку охорони здоров'я;

– формувати таку контрактну політику, що максимально підвищує результативність системи охорони здоров'я;

– сприяти обміну досвідом щодо залучення до контрактних відносин у сфері охорони здоров'я державного, приватного сектору і неурядових організацій [7, с. 56].

Для України також прийнятна нова система надання медичних послуг за рахунок коштів бюджету на основі укладання державного контракту про бюджетні медичні послуги. З одного боку, у ролі замовника виступає держава, з іншого – безпосередній акредитований виробник – заклад охорони здоров'я, що має право надавати медичні послуги, незалежно від форм власності. Перелік послуг та вимоги до якості повинні затверджуватись законодавчо галузевими стандартами. У переліку послуг повинен бути чіткий розподіл за джерелами фінансування: бюджетні медичні послуги та медичні послуги, фінансування яких доцільно здійснювати за рахунок інших, незаборонених чинним законодавством джерел – загальнообов'язкове медичне страхування, пряма оплата послуг за рахунок коштів фізичних та юридичних осіб, спонсорські та благодійні внески.

Необхідною умовою у разі впровадження контрактної моделі фінансування галузі є розширення повноважень закладів охорони здоров'я шляхом надання їм самостійності у прийнятті окремих управлінських та фінансових рішень у комплексі із запровадженням договірних відносин між замовником та постачальником послуг. Актуальним залишається питання зміни статусу медичного закладу з бюджетної установи на комунальне неприбуткове підприємство [8, с. 16; 9, с. 60]. Проте на початковому етапі проведення реформ, що передбачає впровадження державного замовлення у сфері охорони здоров'я та договірну форму відносин між уповноваженими представниками органів державної влади та закладами охорони здоров'я, надання самостійності у вирішенні фінансових та адміністративних питань можливе і без зміни господарського статусу закладу охорони здоров'я, оскільки державне замовлення здійснюється за рахунок бюджетних коштів. Надання закладам охорони здоров'я статусу медичного державного (комунального) підприємства не відповідає меті діяльності медичного закладу та знімає відповідальність держави у разі невиконання зобов'язань. Отже, такий підхід до вирішення цього питання дуже ризиковий. По-перше, це негативно сприйметься суспільством, по-друге, доволі складно встановити межу між підприємницькою поведінкою, мотивацією якої є отримання прибутку, та соціальною функцією держави, реалізація якої забезпечується через виробництво бюджетних медичних послуг закладами охорони здоров'я.

Слід зауважити, що інструментом реалізації стратегічних цілей та завдань при бюджетуванні є бюджетна програма, призначення якої – вирішення проблеми, яка належить до компетенції головного розпорядника бюджетних коштів. Обсяги видатків із загального фонду Державного бюджету України МОЗ України, що є учасником бюджетного процесу та відповідальним органом влади за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, затверджуються за бюджетними програмами.

Слід зазначити, що в Україні відбувся абсолютно технічний процес переходу від функціональної до програмної класифікації видатків, про що свідчать назви бюджетних програм, які відповідали функціям МОЗ України, що відображені у назвах функціональної класифікації видатків, яка є дуже деталізованою. Більшість бюджетних програм за суттю мають характер різних за термінами виконання заходів.

Окремі бюджетні програми, зокрема ті, що стосуються, наприклад, утримання апарату управління МОЗ України, придбання обладнання, відшкодування коштів за

своїм характером, є непрограмними. Це підтверджується неможливістю визначення показників виконання бюджетної програми. Наприклад, доцільно перелічити такі бюджетні програми: “Виконання боргових зобов’язань за кредитами, залученими ДП Укрмедпостач під державні гарантії, для реалізації інвестиційного проекту, оплата податкових зобов’язань (з урахуванням штрафних санкцій), що виникли в рамках реалізації інвестиційного проекту”, “Фінансування заходів по забезпеченню реалізації інвестиційного проекту з оснащення закладів охорони здоров’я сучасним високотехнологічним медичним обладнанням”, “Методичне забезпечення діяльності медичних (фармацевтичних) навчальних закладів”, “Придбання медикаментів для забезпечення дітей, хворих на рідкісні захворювання”, “Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру”.

Виходячи із призначення бюджетної програми, що визначається інструментом реалізації довгострокових та середньострокових цілей головного розпорядника бюджетних коштів, як суть, так і назва бюджетної програми, повинні відповідати меті діяльності головного розпорядника бюджетних коштів. Слід зауважити, що основна частина бюджетних програм не відповідає цій вимозі, що суперечить нормам Концепції.

Бюджетні програми за змістом заходів повинні відповідати меті діяльності головного розпорядника бюджетних коштів. Вважаємо за доречне запропонувати чотири бюджетні програми, відповідальним виконавцем яких виступає МОЗ України, та підтримуємо позицію В. М. Федосова [10, с. 23] щодо запровадження двохрівневої структури бюджетної програми шляхом введення такої одиниці, як “підпрограма” (рис. 1). Цей захід є ефективним та дасть можливість оптимізувати кількість бюджетних програм, привести їх у відповідність до стратегічних цілей головного розпорядника бюджетних коштів, провести комплексну оцінку міри досягнення очікуваних результатів. Слід зазначити, що значна кількість бюджетних програм розпорюються між різними головними розпорядниками бюджетних коштів, що є суттєвою перешкодою для отримання об’єктивної оцінки діяльності бюджетних установ, визначення їх відповідальності. Наприклад, відповідно до Закону України “Про Державний бюджет України на 2014 рік”, НАМН України та МОЗ України виступають відповідальними виконавцями таких ідентичних бюджетних програм: “Фундаментальні дослідження у сфері профілактичної та клінічної медицини”, “Прикладні наукові та науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням, фінансова підтримка наукових кадрів”, “Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у клініках науково-дослідних установ”, “Спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна допомога, що надається науково-дослідними установами”.

Таким чином, виникають певні незрозумілості, а бюджетні програми не відповідають функціям та пріоритетам головного розпорядника бюджетних коштів. Враховуючи, що основною метою діяльності НАМН України є комплексний розвиток медичної науки, а МОЗ України – забезпечення населення якісними медичними послугами, необхідно науково-дослідні інститути та центри передати у відання НАМН України, що дасть можливість скоротити кількість бюджетних програм, здійснювати керівництво та контроль науковими дослідженнями та впровадженням результатів у медичну практику з єдиного центру, проводити єдину політику у галузі медичної науки.

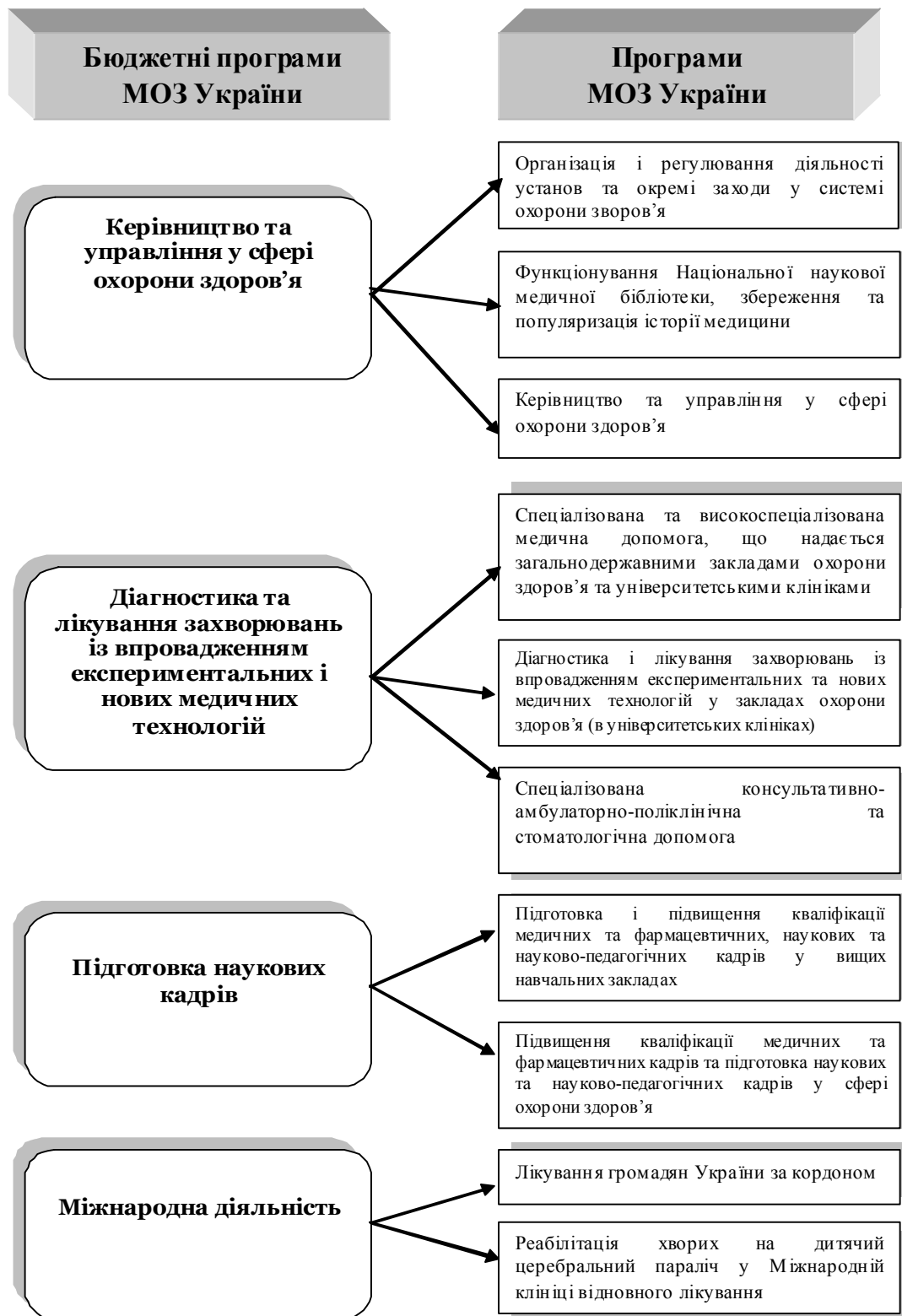


Рис. 1. Оптимізація бюджетних програм МОЗ України

Отже, для підвищення дієвості функціонування бюджетування як прогресивної технології управління у сфері охорони здоров'я необхідно провести такі заходи:

- сформувати раціональну структуру постачальників медичних послуг;
- розробити стратегічний документ, що дасть можливість оцінити рівень виконання запланованих цілей та завдань;
- об'єднати розпорошені фінансові ресурси між головними розпорядниками бюджетних коштів та підпорядкувати медичні установи МОЗ України як профільному органу управління, що відповідає за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я;
- впровадити інститут державного замовлення на визначений на законодавчому рівні пакет медичних послуг;
- розширити повноваження закладів охорони здоров'я у прийнятті як управлінських, так і фінансових рішень.

Проведення вищезазначених заходів дасть можливість не тільки впроваджувати технічні елементи бюджетування в галузі охорони здоров'я, а у середньостроковому періоді отримати позитивні результати, які виявляються у створенні доступної для усіх верств населення якісної медичної послуги.

Література

1. *Фінанси України: інституційні перетворення та напрямки розвитку* : моногр. / [І. Я. Чугунов, Я. Я. Дьяченко, В. І. Міщенко та ін.]; за ред. І. Я. Чугунова. – К. : ДННУ АФУ, 2009. – 848 с.
2. *Мітюков І. О. Бюджетна реформа і основні напрями вдосконалення бюджетної політики та політики держави у сфері публічних фінансів* / І. О. Мітюков // *Бюджетна реформа в Україні: проблеми та шляхи її розв'язання: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 2001 р.)*. – К. : НДФІ, 2001. – 143 с.
3. *Афанасьев М. Модернизация государственных финансов* : уч. пособ. / М. Афанасьев, И. Кривоногов ; Гос. ун-т "Высшая школа экономики". – [2-е изд.]. – М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2007. – 439 с.
4. *Концепція застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі, ухвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України №538-р. від 14.09.2002 р.* – 145 с.
5. *Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги* : метод. рек. М-ва охорони здоров'я України та Укр. ін-ту стратегічних дослідж. // *Главный врач*. – 2010. – № 10. – С. 58–71.
6. *Department of Health, Reforming NHS Financial Flows – London*. – 2002. – October. – P. 153.
7. *Resolution of the World Health Assembly, WHA. The role of contractual arrangements in improving health systems performance*. – P. 56.
8. *Малагардіс А. Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні* : посіб. / А. Малагардіс, В. Рудий. – К. : GVG/CII/EROS, 2006. – 64 с.
9. *Вороненко Ю. В. Реформування статусу бюджетних медичних закладів в умовах ринкових відносин* / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Б. П. Криштопа, В. М. Патенко // *Охорона здоров'я України*. – 2009. – № 2. – С. 60–64.
10. *Федосов В. М. Сутність і проблематика бюджетування: українські реалії* / В. М. Федосов, Т. С. Бабич // *Фінанси України*. – 2008. – № 1. – С. 3–23.

11. *Здоров'я–2020: Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя.* – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2012.

References

1. *Finance of Ukraine: institutional transformations and directions for development [monograph] / [I. Ya. Chuhunov, Ya. Ya. Diachenko, V. I. Mishchenko, V. D. Lahutin i in.]; Ed. I. Ya. Chuhunova.* – K.: DNU AFU, 2009. – 848 p. 142
2. Mitiukov I. O. *Budget reform and main ways to improve budget policy and state policy in public finances / I. O. Mitiukov // Biudzhetna reforma v Ukraini: problemy ta shliakhy yii rozviazannia: materialy mizhnar. nauk.-praktychnoi konferentsii.* – K.: NDFI, 2001. 143
3. Afanasev M. *State finance modernization: manual / M. Afanasev, Y. Kryvonohov; Hos.un-t – Vysshaia shkola ekonomyky.* – 2nd ed. – M.: Yzd. dom HU VShE, 2007. – 439,[1] p. 144
4. *The concept of program budgeting in the budget process, approved by Cabinet of Ministers of Ukraine of 14.09.2002, #538-r.* 145
5. *Criteria for classification of health care by level of medical care / Metodychni rekomendatsii Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy ta Ukrainskoho instytutu stratehichnykh doslidzhen // Hlavnyi vrach.* – 2010. – #10. – p. 58–71. 146
6. *Department of Health, Reforming NHS Financial Flows – London, October, 2002.* 153
7. *Resolution of the World Health Assembly, WHA. The role of contractual arrangements in improving health systems performance.* – R. 56. 154
8. Malahardis A. *The legal problems of autonomy suppliers and contracting services procurement of Ukraine: [manual. #3] / A. Malahardis, V. Rudyi.* – K.; GVG/SII/EROS, 2006. – 64 p. 155
9. Voronenko Yu. V. *Reforming the budget status of medical institutions in market conditions / Yu. V. Voronenko, N. H. Hoida, B. P. Kryshchopa, V. M. Patenko // Okhorona zdorovia Ukrainy.* – 2009. – #2. – p.60–64. 156
10. Fedosov V. M. *Nature and budgeting issues: Ukrainian realities / V. M. Fedosov, T. S. Babych // Finansy Ukrainy.* – 2008. – #1. – p.3–23. 165
11. *Zdorovia–2020: Principles of European policies supporting the actions of the entire state and society in the interests of health and wellness.* – Kopenhagen : YeRB ВООЗ, 2012.

Редакція отримала матеріал 20 травня 2014 р.