

# БЮДЖЕТУВАННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я У М. КИЄВІ

## PUBLIC HEALTH COST BUDGETING IN KYIV

*У статті досліджено результати реалізації реформи охорони здоров'я в одному з пілотних регіонів - м. Києві. Показано чинники, що вплинули на її запровадження. Досліджено сучасний стан охорони здоров'я у місті, вказано підходи до вирішення проблем із підвищенням фінансового забезпечення лікарів. Основними проблемами сучасної медицини за результатами дослідження визначено низьку мотивацію медичного персоналу, його міграцію за кордон, та, як наслідок, неефективне витрачання коштів на медичну галузь, тому що за сучасних умов ситуація не покращується. Зазначено основні шляхи для побудови системи цілей і завдань вітчизняної медицини для ефективного бюджетування видатків на неї.*

*The purpose of this article is to study the health care reform implementation in Kyiv, expected and actual results of its promotion. The research task is to consider the consequences of the reforms taken, medical care institution structure changes and the results of the budget fund expenditures, identify factors influenced on the current health care condition in the city and prove that the going money amount increase spent on health care from local and state budget is not a determining impact on its raising efficiency.*

*The article highlights the accomplishment of health service reform results in one of the pilot regions - Kyiv, dwells on the factors influenced on its realization. Current health protection state and the problems of raising financial provision for medical personal are under consideration. The main problems of modern public health according to the research results are defined: low motivation of medical staff, their migration abroad, and, as a consequence, inefficient fund expenditures for the health care service. The scientific novelty of the article is to provide a system of national public health objectives for effective budgeting and spending.*

**Ключові слова:** реформа охорони здоров'я, бюджет, видатки на охорону здоров'я, бюджетування, фінансовий ринок.

**Keywords:** health care service reform, health protection budget spending, budgeting, financial market.

**Постановка проблеми в загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими або практичними завданнями.** Реформування медичної галузі є невід'ємною складовою соціально-економічних перетворень в Україні. У Програмі економічних реформ на 2010?2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефек-

тивна держава» закладено основи розбудови якісно нової системи охорони здоров'я [1]. Головною метою реформи було названо побудову такої моделі охорони здоров'я, яка забезпечувала б рівний та справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, високу якість та економічність цих послуг при збереженні

**Анастасія Кручко**  
студентка  
фінансово-  
економічного  
факультету  
ДВНЗ «Київський  
національний  
економічний  
університет  
імені Вадима  
Гетьмана»

**Тетяна Жибер**  
к.е.н., доцент  
кафедри фінансів  
ДВНЗ «Київський  
національний  
економічний  
університет  
імені Вадима  
Гетьмана»

**Anastasiia Kruchko**  
student of the  
Finance and  
Economic faculty  
SHEI «Kyiv National  
Economic University  
named after Vadym  
Hetman»

**Tetiana Zhyber**  
PhD, Associate  
professor  
SHEI «Kyiv National  
Economic University  
named after Vadym  
Hetman»

соціально прийнятної обсягу державних гарантій. Також мала бути значна економічна ефективність такого підходу до охорони здоров'я через зміщення акценту на попереджувальну медицину та діагностику хвороби на ранніх стадіях, або взагалі її попередження.

*Аналіз основних досліджень і публікацій, у яких започатковано розв'язання цієї проблеми, котрим присвячується означена стаття.* До проблеми фінансування галузі охорони здоров'я та реалізації медичної реформи звертаються у своїх публікаціях О. Бетлій, С. Білан, С. Онішко, Т. Попченко, А. Романова. Автори наголошують на глибоких проблемах сьогоденного забезпечення медицини кваліфікованими кадрами через неможливість України конкурувати з умовами праці медичного працівника, наприклад, у країнах Європи. Тому наші лікарі мігрують у величезній кількості. Дослідженню питань фінансового забезпечення та використання ресурсів у галузі охорони здоров'я присвячені праці українських вчених О.Д. Василика, В.І. Журавля, Д. В. Карамішева, С.Я. Кондратюка, А.С. Немченко та багатьох інших. Більшість із них розглядає процеси фінансування галузі переважно на рівні окремих медичних закладів на території місцевого самоврядування, або по групах однорідних закладів.

*Формулювання мети і завдання дослідження:* виявлення особливостей реалізації реформи системи охорони здоров'я в м. Києві у останні роки та їх впливу на бюджетування видатків на охорону здоров'я у майбутньому. Слід відмітити, що за останні роки акценти досліджень значно змістилися із нарікань просто на нестачу бюджетних коштів до критичного аналізу підходів до планування і використання цих коштів з урахуванням побудови оптимальної системи фінансування надання медичних послуг. В зв'язку з цим, метою статті стало формулювання висновків та надання рекомендацій щодо зменшення негативного впливу особливих чинників, які утворилися у галузі охорони здоров'я України.

*Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.* Програмою економічних реформ України 2010-2014 рр. «Заможне суспільство,

конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [1] було передбачено реформування медичного обслуговування за рахунок коштів бюджетів. Ця реформа мала вирішити такі основні проблеми, як: неспроможність подальшого фінансування за кошти бюджету наявного ліжкового фонду, недостатній розвиток медицини попереджувального обстеження. У програмі чітко виділено кроки для подолання виявлених проблем, її впровадження мало здійснюватися в 3 етапи протягом 2010-2014 років, тобто стратегічний план виглядав переконливо. Фактично ж реформа розпочалась у 2011 році з ухвалення 2-х законів: «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я» та «Про порядок проведення реформування в системі охорони здоров'я по пілотних регіонах». Пілотними було вибрано Дніпропетровську, Вінницьку, Донецьку області та м. Київ.

Наша стаття зосереджує увагу на реалізації стратегії розвитку охорони здоров'я державної форми власності у м. Києві. На першому етапі реформи потрібно було відокремити первинну ланку медичної допомоги, що за новою моделлю надаватиметься центрами первинної медико-санітарної допомоги із мережею амбулаторій і фельдшерсько-акушерських пунктів (далі - ФАП). Центри відповідають за надання базової допомоги, яка надається пацієнту при першому зверненні до лікаря і визначена пріоритетним напрямом розвитку в реформуванні системи охорони здоров'я України. Тому велику роль в новій системі повинна відігравати профілактика [2]. Також, профілактичні огляди значно дешевші, ніж утримання закладів стаціонару, вирішили організатори реформи.

У 2012 році в м. Києві реформу змогли запровадити лише в Дарницькому і Дніпровському районах, де було створено 9 центрів первинної санітарно-медичної допомоги (далі - ПМСД) та 5 консультативно-діагностичних центрів (далі - КДЦ). Протягом 2013 року реформа почалась і в інших районах Києва - як бачимо, пройшло 3 роки. При цьому реформування відбувалося на базі існуючих основних фондів, що значно зв'язало руки організаторам реформи. Загалом, за весь період дії державної

програми з 2010 року, у Києві на сьогодні створено шляхом об'єднання декількох поліклінік 10 КДЦ і 16 центрів первинної медичної допомоги. Як змінилася ситуація з поліклініками в м. Києві за 2013 рік показано в табл.1.

Таким чином, 46 медичних закладів було реорганізовано у нові 26. Такий підхід викликав деяку паніку серед пацієнтів та значно ускладнив отримання медичних послуг, оскільки у окремі заклади тепер треба добиратися не за місцем проживання. На фоні цієї реформи відбувається значне скорочення дільничних лікарів, оскільки нові вимоги та значне навантаження не посилює бажання працівників займати ці посади.

Скорочення кількості медичних закладів не говорить про те, що необхідно скоротити персонал, навпаки необхідно залучити більшу кількість спеціалістів. Центри первинної допомоги не укомплектовані лікарями загальної

практики - сімейної медицини. Сімейних лікарів катастрофічно не вистачає. Причиною стала помилкова ідея перекваліфікації за шість місяців лікарів-спеціалістів, які раніше працювали в поліклініках. Така перекваліфікація може, по-перше, призвести до втрати у розмірі зарплати, оскільки зміна спеціалізації анулює досягнуту кваліфікаційну категорію. Саме це передбачено пілотним проектом. Зі світового досвіду, на підготовку кваліфікованого лікаря загальної практики потрібно витратити 8-10 років. Тож хоча формально, наприклад, уролог за шість місяців отримує кваліфікацію педіатра, але результати такого навчання пацієнтів не втішають. Практично це не можливо і наслідки для галузі - загроза повного розвалу педіатричної служби та втрата лікарів-спеціалістів, які або не будуть працювати за фахом (наприклад, тільки в Києві в жовтні-грудні 2012 року звільнилося дві ти-

Таблиця 1

Створені центри ПМСД та КДЦ у районах м. Києва за 2013 рік  
(за даними КМДА)

Район м. Києва	Поліклініки, які об'єднали і перетворили	Створені центри ПМСД та КДЦ
Голосіївський район	Поліклініка №2 і поліклініка сімейних лікарів «Корчувате»	Центр ПМСД №1
	Центральна районна дитяча поліклініка	Центр ПМСД №2
	Центральна районна поліклініка	КДЦ
Деснянський район	Поліклініка №1	Центр ПМСД №1
	Поліклініка №2	Центр ПМСД №2
	Поліклініка №3 і амбулаторія лікарів загальної практики Биківні	Центр ПМСД №3
	Центральна районна дитяча поліклініка, дитяча поліклініка №1 і дитяча поліклініка №2	Центр первинної медико-санітарної допомоги №4
Оболонський район	Центральна районна поліклініка	КДЦ
	Поліклініка №1, центральна районна дитяча поліклініка	Центр ПМСД №1
	Поліклініка №3	Центр ПМСД №2
Печерський район	Центральна районна поліклініка	КДЦ
	Поліклініка №1	Центр ПМСД
Подільський район	Поліклініка №3 і №4	Центр ПМСД №1
	Поліклініка №2, дитяча поліклініка №4	Центр ПМСД №2
	Центральна районна поліклініка	КДЦ
Святошинський район	Поліклініки №3 і №4, дитяча поліклініка №1	Центр ПМСД №1
	Дитячі поліклініки №2 і №4, поліклініка №2	Центр ПМСД №2
	Центральна районна поліклініка	КДЦ
Солом'янський район	Поліклініка №1	Центр ПМСД №1 та КДЦ
	Центральна районна поліклініка, поліклініки №2 і №3	Центр ПМСД №2
Шевченківський район	Поліклініки №1 і №4, дитяча поліклініка №2	Центр ПМСД №1
	Поліклініка №2, дитяча поліклініка №4	Центр ПМСД №2
	Поліклініки №3, №5 і дитячі поліклініки №3 і №5	Центр ПМСД №3
	Центральна районна поліклініка, центральна дитяча поліклініка і Центр здоров'я	КДЦ

сячі медичних працівників), або подожать приватну практику, але не в амбулаторіях. Тобто медицині створено всі умови, щоб працівники переходили працювати «в тінь».

Ще однією нагальною проблемою реформування стало перенавчання лікарів передпенсійного та пенсійного віку, частка яких у Києві становить близько 40%. Це в основному участкові терапевти, з яких стали робити сімейних лікарів. Пацієнти, які звикли звертатися до вузьких спеціалістів, сумніваються в тому, що сімейний лікар, який пройшов шестимісячний курс перекваліфікації, зможе надавати якісну медичну допомогу. З іншого боку, зарплата сімейного лікаря залежить від кількості пацієнтів, тому вони стикаються з проблемою, коли лікар до останнього не направляє пацієнта на 2 рівень медичної допомоги - до вузького спеціаліста, намагаючись лікувати, наприклад, пацієнта після перенесеного інфаркту самотужки.

З іншого боку, є лікарі, які не бажають мати додаткову відповідальність. Очевидно, що перед перекваліфікацією слід розробити стандарти медичних послуг та рамки відповідальності лікарів. Також саме в Україні, попри відсутність чітких стандартів, на лікарів все більше посилюється тягар роботи з оформлення документів лікування пацієнтів. Який теж проводять лікарі, у паперовому вигляді та тепер ще і переносять ці дані в комп'ютер, зазвичай після прийому пацієнтів, забираючи в себе до 2 годин відпочинку щодня. Так, наприклад, середня заробітна плата по Києву на даний час становить 4783 грн, в той час як середня заробітна плата працівників охорони здоров'я в м. Києві становить 2929 грн., за даними Служби статистики України. Відхилення від середньої заробітної плати є значним і становить 40%. Заробітна плата кваліфікованого лікаря в Німеччині - 6-10 тисяч євро, в Чехії - 2-4 тис. доларів, в Москві - еквівалент 19 тис. грн. А Міністерство охорони здоров'я звітує про підвищення заробітної плати сімейних лікарів до 5-6 тисяч гривень, але найчастіше зростання заробітної плати не перевищувало 30%. Зокрема більшість лікарів, опитаних Інститутом економічних досліджень та політичних консультацій,

вказали, що їхня заробітна плата становила 2400-2900 гривень. Для того, щоб отримати заробітну плату на рівні 5-6 тисяч гривень лікарям потрібно обслуговувати принаймні 3000 пацієнтів (найчастіше це має місце у випадках, коли сімейний лікар надає допомогу ще пацієнтам, які прикріплені до лікаря, який проходить перенавчання) [2].

Щодо структури видатків за економічною класифікацією на охорону здоров'я з бюджету м. Києва у 2013 році [3], то найбільшу частку, 56%, складають видатки на оплату праці працівників бюджетних установ та 20% становлять нарахування на заробітну плату, тобто на фонд заробітної плати припадає 76% видатків. При цьому ми тільки-но зазначили, настільки ця заробітна плата не відповідає потребам працівника і людини. 11% видатків припадає на придбання товарів та послуг, 7% - оплата комунальних послуг та енергоносіїв, 4% - субсидії та поточні трансферти і 2% видатків - на дослідження та розробки.

Фактично видатки на охорону здоров'я з бюджету міста недовиконуються. Найменший відсоток виконання плану по видатках спостерігався у 2011 році - 88,75%, саме в той час, коли стартувала реформа і потребувала коштів як ніколи. Це пов'язано з тим, що в 2011 році план перевищував показник 2010 року аж на 40%, а таке різке збільшення видатків повинне бути обґрунтоване таким же збільшенням доходів, яких, як виявилось в ході здійснення реформи, не вистачило для здійснення такої суми видатків. У 2012 році план було навіть перевиконано, але досягти обіцяного розміру заробітних плат, які становлять основну частину видатків на охорону здоров'я, не вдалося. Крім оплати праці, персоналу кошти необхідні ще й для оснащення амбулаторій та центрів, закупівлі автомобілів. Будь-яка реформа без достатнього фінансування заявлених в ній кроків приречена на провал.

Міністерство охорони здоров'я на захист своєї реформи стверджувало про запровадження екстреної медичної допомоги [5]. При цьому передбачено, що по місту швидка повинна приїхати за 10 хвилин, а у районних центрах - за 20 хвилин. Якщо розглядати ситуацію у великих містах з постійними затора-

ми, та районні центри з неналежним станом доріг, то можна зробити висновок, що часові рамки, встановлені законодавством, дотримуватися не будуть. Машини швидкої допомоги не мають необхідного обладнання, не вистачає медикаментів, палива, бригади укомплектовані лише на 60%.

В Україні бюджетна система охорони здоров'я, яка збереглася ще з радянських часів, зруйнована майже повністю. Тому як альтернативу пропонується ввести обов'язкове соціальне медичне страхування (до революції датою його введення називали початок 2015 року). Такий крок мав бути логічним завершенням розпочатої медичної реформи. Міністерством охорони здоров'я анонсовано черговий законопроект «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» [5]. Законопроектом передбачається солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні медичних послуг; медичне страхування охоплюватиме практично все населення. Страхові відрахування надходять у Фонд медичного страхування, який, як планується, буде некомерційною самоврядною державною організацією. Також Фонд медичного страхування може вкладати кошти резервів, сформованих за рахунок відрахувань, у державні цінні папери, що сприятиме розвитку ринку цінних паперів в Україні.

### ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження можна зробити такий висновок: на сьогодні основна проблема не у сумі коштів, яка витрачається на охорону здоров'я, а у цілях та способах їх витрачання. Поки що проведені кроки реформи не принесли бажаних результатів. Лікарів та молодшого медичного персоналу все менше, талановита молодь відразу їде за кордон.

При цьому, кількість медичних закладів поступово скорочують, шляхом приєднання до інших, з метою економії коштів, яких хронічно не вистачає. Таке скорочення впливає на можливість доступу населення до медичних закладів. Авторитет вітчизняної медицини такий низький, що не можна згадати ні одну публічну людину - медіану зірку чи

політика, які б отримували медичні послуги в Україні. Така ситуація говорить про безвідповідальну політику держави в цілому по відношенню до вітчизняної охорони здоров'я.

Попри прописану стратегію, медична реформа та її реалізація не може тривати і далі таким шляхом. Ми пропонуємо розширювати автономію медичних закладів та підвищувати оплату праці лікарів шляхом виведення з «тіні» плати пацієнтів. Медичним закладам 2 і 3 рівня медичної допомоги у перспективі пропонуємо надавати форму акціонерних товариств закритого типу зі змішаною формою власності. Повинна надалі розвиватися легалізація медичних послуг шляхом запровадження системи преміювання лікарів в залежності від попиту від пацієнтів на конкретного спеціаліста. Від єдиної тарифної сітки посадових окладів треба відмовитися, а необхідно створити єдину систему тарифів на медичні послуги.

У профілактичну медицину повинно входити також забезпечення населення місцями, засобами і заходами масового спорту, популяризація здорового способу життя серед молоді, підвищення авторитету вітчизняної медицини серед відомих осіб країни.

До питання подальшого здійснення реформи потрібно підійти комплексно, побудувати логічні етапи її впровадження. І, звісно, потрібно визнати як таку, що більше не може здійснюватися, фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів. Тому що визначення бюджетних коштів як основного джерела фінансування охорони здоров'я - це шлях в нікуди.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава: Програма економічних реформ на 2010 - 2014 роки / Комітет з економічних реформ при Президентові України. [Електронний ресурс] // Режим доступу - [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_2.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf)

2. Бетлій О. Медична реформа: навіщо потрібно і що це таке? / Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. [Електронний ресурс]. Режим доступу - <http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments/?pid=4201>

3. Форма № 2-мб «Звіт про виконання бюджету м. Києва» - Головне управління Державної казначейської служби України у м. Києві.

4. Роз'яснення інформації щодо концептуальної критики медичної реформи / Прес-служба МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу - [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20130919\\_0\\_rk.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130919_0_rk.html)

5. Законопроект «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» [Електронний ресурс]. Режим доступу - [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20131024\\_0.html#2](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20131024_0.html#2) (30.03.14). - Назва з екрану.

#### REFERENCES

1. Zamozhne suspil'stvo, konkurentospromozhna ekonomika, efektyvna derzhava: Prohrama ekonomichnykh reform na 2010 - 2014 roky / Komitet z ekonomichnykh reform pry Prezydentovi Ukrainy. [Elektronnyy resurs] // Rezhym dostupu - [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_2.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf)

2. Betliy O. Medychna reforma: navishcho potribno i shcho tse take? / Instytut ekonomichnykh doslidzhen' ta

politychnykh konsul'tatsiy. [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu - <http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments/?pid=4201>

3. Forma # 2-mb «Zvit pro vykonannya byudzhetu m. Kyieva» - Holovne upravlinnya Derzhavnoyi kaznacheys'koyi sluzhby Ukrainy u m. Kyievi.

4. Roz'yasnennya informatsiyi shchodo kontseptual'noyi krytyky medychnoyi reformy / Pres-sluzhba MOZ Ukrainy [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu - [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20130919\\_0\\_rk.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130919_0_rk.html)

5. Zakonoproekt «Pro zahal'no-obov'yazkove sotsial'ne medychne strakhuvannya» [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu - [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20131024\\_0.html#2](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20131024_0.html#2) (30.03.14). - Nazva z ekranu.