

УДК 347.73

**О.В. СОЛДАТЕНКО**, кандидат економічних наук, доцент, директор НДІ  
фінансового права Національного університету ДПС України

## ПРИВАТНІ ВИДАТКИ У СИСТЕМІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

***Анотація.** Про класифікацію приватних видатків громадян, підприємств, організацій, які спрямовуються у медичну галузь України, характеристики окремих із них та узагальнення досвіду країн Центральної Європи щодо фінансування медичної галузі приватними коштами.*

***Аннотация.** О классификации частных расходов граждан, предприятий, организаций, которые направляются в медицинскую отрасль Украины, характеристике отдельных из них, обобщён опыт стран Центральной Европы по финансированию медицинской отрасли частными средствами.*

***Summary.** On classification of Ukrainian medicine directed private expenses of individuals, enterprises, organizations, the features of some of them and summarizing of the countries of Central Europe experience in medical sphere financing by private resources.*

**Ключові слова.** Платежі, охорона здоров'я.

В умовах недостатнього державного фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я частина видатків на оплату медичних послуг перекладається на населення та роботодавців, що відповідно до ст. 49 Конституції України є недопустимим. На жаль, в Україні відсутня державна статистика щодо загальної суми видатків на охорону здоров'я, які направляються з різних джерел, адже оплата всіх медичних послуг, що надаються в медичних закладах державної і комунальної форм власності, стала нормою, аналогічно, як і придбання ліків для лікування в умовах стаціонару. Отже, те, що в Україні повноцінно існує оплата медичних послуг за рахунок особистих коштів громадян, підприємств, установ, організацій, які вважаються приватними видатками на охорону здоров'я, є незаперечним фактом. У науковій літературі найбільш повно різні види приватних видатків розглянуто у наукових працях російського вченого С. В. Шишкіна [1], тоді як серед українських досліджень відсутні наукові роботи, у яких би комплексно розглядалися такі приватні платежі.

У статті поставлено за мету класифікувати приватні видатки громадян, підприємств, організацій, які спрямовуються у медичну галузь України; розглянути окремі з них та узагальнити досвід країн Центральної Європи щодо фінансування медичної галузі приватними коштами.

Як в Україні, так і в країнах Центральної Європи приватними видатками на охорону здоров'я вважаються кошти домогосподарств, підприємств, організацій, які можна класифікувати як легальні та неформальні. До легальних належать: 1) оплата медичних послуг у касу лікарні державної (комунальної) власності чи у приватному секторі охорони здоров'я; 2) добровільні (благодійні) внески юридичних і фізичних осіб; 3) співоплата пацієнтів; 4) видатки пацієнтів на придбання ліків і медичних препаратів для проведення амбулаторного або стаціонарного лікування; 5) видатки на добровільне медичне страхування. До неформальних платежів можна віднести: 1) кошти, безпосередньо передані медичному працівникові пацієнтом чи іншими особами від його імені або на його користь; 2) вартість подарунків чи послуг, наданих пацієнтами медичним працівникам і медичним установам.

Відповідно до чинного законодавства медичні установи мають право надавати пацієнтам платні послуги. Зокрема, в Україні Порядок надання платних послуг у державних (комунальних) закладах, установах охорони здоров'я, незалежно від підпорядкування та одержання добровільної компенсації від хворих, урегульовано відповідною постановою Кабінету Міністрів України [2], якою визначено порядок надання платних послуг населенню, підприємствам, організаціям, крім надання медичної допомоги іноземним громадянам, що тимчасово перебувають на території України, порядок організації якої визначено окремим нормативним актом.

Згідно з цією постановою лікувально- та санітарно-профілактичним закладам дозволено, крім надання платних послуг, згідно із затвердженим переліком, приймати від хворих добровільну компенсацію за надані їм інші медико-санітарні послуги. Добровільна компенсація – це відшкодування хворими витрат за надання медико-санітарної допомоги, яка приймається виключно на підставі заяви хворого.

Платні послуги в закладах охорони здоров'я України надаються як у спеціально створених структурних підрозділах (відділеннях, кабінетах), так і працівниками структурних підрозділів, основне фінансування яких здійснюється за рахунок бюджетних асигнувань. Згоду на надання платних послуг (у т. ч. створення відповідних структурних підрозділів) надає відповідний орган охорони здоров'я, якому підпорядкований заклад (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласні, Київське, Севастопольське міські управління охорони здоров'я тощо).

Ціни (тарифи) на послуги, що надаються населенню закладами охорони здоров'я за плату, регулюються (встановлюються) у порядку, який визначається постановою Кабінету Міністрів України від 25 грудня 1996 року № 1548 “Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)”.

Базою для визначення ціни послуги є розрахунок валових витрат відповідно до ст. 5 Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про оподаткування прибутку підприємств” від 22 травня 1997 року № 283/97-ВР. Витрати закладів охорони здоров'я, які надають платні послуги, поділяються на прямі та непрямі. До прямих відносять витрати на: оплату праці; відрахування на обов'язкове соціальне страхування та до державних цільових фондів; харчування хворих; придбання медикаментів, перев'язувальних і дезінфікуючих засобів та інших матеріалів; амортизацію медичного чи іншого обладнання, що використовується для надання послуги; придбання м'якого інвентарю; інші витрати, які можна обрахувати прямими розрахунками. Для закладів охорони здоров'я, що надають послуги виключно за плату, розрахунок прямих витрат проводиться відповідно до затвердженої керівником закладу схеми виконання кожної послуги, якою визначається персонал, безпосередньо зайнятий виконанням послуги, використовуване медичне чи інше обладнання, час його використання тощо. Для визначення чисельності категорій працівників та часу виконання робіт керуються чинними нормами навантаження та нормами часу.

Витрати на оплату праці обраховуються на підставі розмірів посадових окладів та всіх інших умов оплати праці, передбачених наказами Міністерства охорони здоров'я [3; 4].

Відрахування на обов'язкове соціальне страхування і до державних цільових фондів включають: збір на обов'язкове соціальне страхування; збір на обов'язкове державне пенсійне страхування тощо. Інші прямі витрати визначаються шляхом застосування відповідних норм та нормативів за статтями матеріальних витрат. За відсутності затвер-

джених у встановленому порядку норм чи нормативів для визначення витрат застосовуються розрахункові показники, які можуть об’єктивно обґрунтувати потребу в коштах (середній розмір витрат у порівняльних умовах за декілька попередніх років, повний перелік матеріалів, товарів чи видів послуг та ціни і розцінки на них і т. д.).

До непрямих витрат відносяться: канцелярські, господарські витрати; відрядження та службові роз’їзди; амортизація основних фондів, крім медичного та іншого обладнання, що враховано у прямих витратах; інші непрямі витрати. Для закладів охорони здоров’я, що надають послуги виключно за плату, розрахунки непрямих витрат здійснюються з урахуванням конкретних умов функціонування закладу в цілому та структурних підрозділів, що надають платні послуги. Їх сума визначається, як правило, у відсотках до загальної суми витрат закладу за тими чи іншими статтями витрат або елементами витрат пропорційно до площі чи кубатури займаних приміщень (витрати на опалення, освітлення, поточний та капітальний ремонт), кількості хворих, що проходять лікування, чи кількості працівників (витрати на холодне і гаряче водопостачання) тощо.

Максимальний розмір добровільної компенсації хворих за надані їм медичні послуги у разі недостатності фінансування закладу визначається: у стаціонарах лікувально-профілактичних закладів – на підставі даних про собівартість одного ліжко-дня відповідного відділення та розміру (у відсотках) недофінансування закладу за період, що минув з початку року, на момент госпіталізації хворого; за послуги, надані іншими структурними підрозділами, – за аналогічним принципом або виходячи із собівартості послуги, визначеної за прямим обрахунком, і рівня недофінансування закладу.

Внесення добровільної компенсації оформляється заявою від хворого, яка повинна зберігатися в бухгалтерії закладу разом з копією прибуткового ордера, що підтверджує прийом грошей готівкою у касу такого закладу. Кошти, одержані закладами охорони здоров’я від надання платних послуг, зараховуються на поточні рахунки по спеціальному фонду і використовуються на загальних підставах на покриття поточних витрат закладу для відновлення видатків, що компенсуються.

Із досвіду країн Центральної Європи відомо, що в системі охорони здоров’я на законодавчому рівні може передбачатися співучасть пацієнтів у видатках закладу охорони здоров’я у випадку первинного звернення чи у процесі стаціонарного й спеціалізованого амбулаторного лікування. Наприклад, у Німеччині пацієнти госпіталів зобов’язані платити 10 євро за день перебування, але не більше 14 днів у році. Незаможні й хронічно хворі несуть менші зобов’язання щодо співучасті у видатках або повністю звільнені від них.

У Латвії в 1995 р. урядом було прийнято рішення про встановлення часткової оплати хворими медичних послуг у розмірі до 25 відсотків від їх вартості; медична допомога дітям, інвалідам, а також швидка медична допомога залишалися безкоштовними. У Чехії з 1997 р. запроваджено оплату населенням за лікарняне обслуговування в розмірі 80 крон за день перебування в госпіталі й оплату швидкої допомоги в розмірі 50 крон за виклик. В Естонії з квітня 1995 року стягується плата в розмірі 5 естонських крон за кожне відвідування лікаря. Від співоплати звільнені лише пенсіонери, інваліди та діти. Розміри такої співоплати, як правило, незначні порівняно з вартістю отримуваних послуг.

Основною метою введення співоплати у країнах Центральної Європи було зменшення прагнення окремих громадян до надлишкового споживання медичних послуг понад їхні реальні потреби. Завдяки такій співоплаті неформальні платежі пацієнтів медичним працівникам замінюються легальною оплатою медичних послуг.

На жаль, в Україні відсутні дані про суму сплачених громадянами коштів на лікування, проте відомо, що лише на придбання снодійних і седативних препаратів українцями витрачено у 2009 році 43,1 млн дол. США [5, с. 26], що приблизно дорівнює сумі

коштів, виділених державою на надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги у загальнодержавних закладах охорони здоров'я (за кодом програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету 2301110).

Порівняно новим механізмом формування коштів в охороні здоров'я є медичні накопичувальні (депозитні) рахунки. Зміст цього механізму полягає в тому, що певні категорії громадян (роботодавці й працівники) зобов'язуються державою вносити щомісяця частину своїх доходів на спеціальні індивідуальні медичні рахунки, з яких оплачується медична допомога у випадку захворювання, зокрема можуть бути оплачені видатки на дорогі обстеження і лікування у стаціонарі. Через такі недержавні накопичувальні фонди здійснюються інвестування, розподіл та використання коштів громадян чи роботодавців, спрямованих на потреби охорони здоров'я.

Якщо порівняти державні видатки і видатки на охорону здоров'я з доходів домогосподарств, наприклад у Польщі, то протягом 1995–2005 років у цій країні спостерігалось зростання рівня видатків домогосподарств у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я: з 30 відсотків у 1995 році до 40 відсотків у 2001 році і до 44 відсотків у 2004 році [6], що свідчить про досить суттєву участь польського суспільства у фінансуванні охорони здоров'я; такий високий рівень співплати не спостерігається більше у жодній центральноєвропейській країні.

У Німеччині бюджет охорони здоров'я формується в такий спосіб: 73 відсотки фінансових ресурсів надходять із державних джерел, 11 відсотків – з особистих коштів громадян, 16 відсотків – за рахунок коштів добровільного страхування [7]. Дані про частку державних і приватних видатків на охорону здоров'я в окремих країнах Центральної Європи наведено у Таблиці.

Таблиця

**Державні й приватні видатки на охорону здоров'я у 2006 році  
в окремих країнах Центральної Європи**

Країна	Державні видатки на охорону здоров'я, % ВВП	Приватні видатки на охорону здоров'я, % ВВП	Загальні видатки на охорону здоров'я, % ВВП	Державні видатки на охорону здоров'я, % від загальної суми видатків на охорону здоров'я	Приватні видатки на охорону здоров'я, % від загальної суми видатків на охорону здоров'я
Німеччина	8,1	2,4	10,5	76,9	23,1
Австрія	7,7	2,4	10,1	76,2	23,8
Чехія	5,9	0,8	6,8	87,9	12,1
Угорщина	5,9	2,4	8,3	70,9	29,1
Польща	4,3	1,9	6,2	69,9	30,0

Джерело: <http://liberty-belarus.info/>

Як видно з таблиці, найбільша частка приватних видатків у загальній сумі видатків на охорону здоров'я спостерігається у Польщі та Угорщині, а найменша – у Чехії.

В Україні значною є частка не лише легальних платежів, а й неформальних, основними причинами існування яких є: недостатність державного фінансування охорони здоров'я, відсутність чітко визначених стандартів надання безкоштовної медичної допомоги, недосконалість застосовуваних у галузі методів оплати праці тощо. На думку автора, збільшення обсягів державного фінансування охорони здоров'я, розширення переліку медичних послуг, які можуть надаватися легально за встановлену плату, удоско-

налення медико-економічних стандартів, організації оплати праці медичних працівників, ціноутворення на платні медичні послуги, розвиток інститутів медичного страхування (як обов’язкового, так і добровільного), упровадження медичних накопичувальних рахунків можуть скоротити масштаби поширення неформальних платежів. Проте необхідно створити відповідні соціально-економічні передумови та ефективні механізми функціонування як обов’язкового, так і добровільного медичного страхування, що і є основним завданням на найближчу перспективу щодо реформування фінансового забезпечення вітчизняної медичної галузі.

### Використана література

1. С.В. Шишкин. Реформа финансирования российского здравоохранения : монография / С.В. Шишкин. – М. : Институт экономики переходного периода, 2000. – 444 с.
2. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. № 1138 (із змінами та доповненнями, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 1997 року № 449 “Про внесення змін та доповнень до постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року № 1138). – Режим доступу : [//www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
3. Про затвердження Інструкції про порядок обчислення заробітної плати працівників закладів охорони здоров’я та соціального захисту населення : Наказ Міністерства охорони здоров’я від 23.11.1993 р. № 229. – Режим доступу : [//www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
4. Про нову редакцію додатків до наказу МОЗ України від 04.09.96 № 274 “Про затвердження схем посадових окладів (ставок заробітної плати) працівників закладів охорони здоров’я та соціального захисту населення : Наказ Міністерства охорони здоров’я від 11.01.1997 р. № 5. – Режим доступу : [//www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
5. Ирина Сандул. Шалят нервишки / Ирина Сандул // Корреспондент. – 2009. – № 44 (383). – С. 26.
6. – Режим доступу : [http://science-bsea.narod.ru/2007/ekonom\\_2007\\_2/skrzypczak.htm](http://science-bsea.narod.ru/2007/ekonom_2007_2/skrzypczak.htm)
7. – Режим доступу : <http://koet.syktsu.ru/vestnik/2007/2007-2/6/6.htm>

~~~~~ \* \* \* ~~~~~