

**ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ
В ПЕРІОД СУСПІЛЬНИХ ЗМІН 1990-Х – ПОЧАТКУ 2000-Х РОКІВ
Віра ВОЛОНИЦЬ**

Мариупольський державний університет (Україна)
v.volonits@mdu.in.ua,

**FINANCING OF THE MEDICAL SECTOR OF UKRAINE
IN THE PERIOD OF SOCIAL CHANGES OF THE 1990S - EARLY 2000S
Vira VOLONYTS**

Mariupol State University (Ukraine)
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2908-0019>

Волоніц Віра. Финансирование медицинской отрасли Украины в период общественных изменений 1990-х – начала 2000-х годов. Цель работы – рассмотреть процесс организации финансирования медицинской отрасли через призму макросоциальных исторических процессов в период общественных трансформаций 1990-х – начала 2000-х годов. **Методология исследования** основывается на принципах научности, историзма, междисциплинарности, применении общенаучных (анализа, синтеза и обобщения) и специально-научных (историко-генетического, сравнительно-исторического, типологизационного) методов. **Научная новизна работы.** Указанная проблематика в отечественной исторической науке рассматривается впервые. **Выводы.** Установлено, что в первое постсоветское десятилетие в Украине сохранялся советский подход к финансированию здравоохранения. Сокращение финансовых ресурсов в 1990-е годы отразилось на показателях бюджета в виде долгосрочного дефицита, в результате чего сократились государственные расходы на здравоохранение. Значительная часть средств направлялась на финансирование человеческого капитала и инфраструктурные платежи, и традиционно это не учитывало покрытия расходов на качество и объем предоставления медицинской помощи. Следствием этого у медиков была одна из самых низких заработных плат среди отраслей хозяйства, а отечественная медицина катастрофически отставала в материально-техническом оснащении.

Ключевые слова: постсоветская трансформация, медицинская отрасль, финансирование медицинской отрасли, медицинские работники, недофинансирование.

Постановка проблеми. Галузі охорони здоров'я належить особливе місце у системі цінностей сучасної розвинутої країни. Сталий розвиток будь-якої держави неможливий без ефективного функціонування цієї соціальнозначущої галузі.

Охорона здоров'я громадян уважається однією з найважливіших функцій держави, а здоров'я людини як результат ефективності цієї галузі є показником цивілізованості, успішності функціонування інституцій та складовою універсальної оцінки рівня розвитку суспільства – Індексу людського розвитку.

Особливої актуальності набуває ця тема з огляду на ті виклики, які постали перед людством і нашою країною у зв'язку з пандемією коронавірусу COVID-19.

Швидкість поширення захворювання продемонструвала, що система охорони здоров'я України зовсім не була готовою до масштабної пандемії та оголила усі системно-організаційні й фінансові проблеми вітчизняної медицини. Глобальний виклик змусив свідому громадськість замислитися про стан вітчизняної медичної галузі. На порядку денному знову постали питання щодо ефективності проведених реформаційних зусиль, соціального захисту медичних працівників, підняття престижності їхньої праці, кадрового забезпечення.

Усвідомлюючи, що проблеми, які з відчутною гостротою проявилися у цей час, укорінені не лише у пізньорадянській, але й пострадянській дійсності, та безпосередньо пов'язані з проблемами фінансування

медичної галузі.

Успадкована з радянських часів система охорони здоров'я на початку 1990-х років мала шанс оновитися та розвиватися у новій соціально-темпоральній парадигмі вже у молодій новозбудованій державі. Проте, в умовах гострої соціально-економічної кризи та хронічного дефіциту бюджету всі зусилля Уряду України і Міністерства охорони здоров'я були спрямовані на запобігання руйнації вже існуючої системи охорони здоров'я, відтоку кадрів і збереження хоча б мінімального рівня соціальних гарантій щодо забезпечення населення медичною допомогою.

У перше пострадянське десятиліття в Україні зберігався, переважно, радянський підхід до організації та принципів фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я. На державному рівні вона, на жаль, ніколи не розглядалася як складова, що забезпечує збереження найвищого ресурсу суспільства й основу його поступу. Залишкові принципи державного фінансування у поєднанні з нерациональним використанням ресурсів засвідчували другорядність цієї галузі в системі пріоритетів держави й обумовили погіршення громадського здоров'я та наблизили його до стану соціальної кризи.

Мета розвідки – розглянути процес організації фінансування медичної галузі через призму макросоціальних історичних процесів у період суспільних трансформацій 1990-х–початку 2000-х років.

Історіографія питання. Окремі аспекти

проблематики в своїх роботах досліджували Людмила Ковпак¹, Зоряна Лободіна², Валерія Лехан³, Володимир Рудий⁴, Елла Лібанова⁵, Наталя Левчук⁶, Антоніс Малагардіс⁷, Євгенія Іваненко.

Науковці переважно акцентували увагу на проблемах фінансування та необхідності реформування системи охорони здоров'я в Україні в період економічних перетворень із 2000-х років у той час, коли особливості фінансового забезпечення вітчизняної медичної галузі в постсоціалістичній реальності 1990-х років так і не знайшли свого належного висвітлення.

Методологія дослідження ґрунтується на принципах науковості, історизму, міждисциплінарності, застосуванні загальнонаукових (аналізу, синтезу й узагальнення) і спеціально-наукових (історико-генетичного, порівняльно-історичного, типологізаційного) методів.

Виклад основного матеріалу. Трансформаційні процеси, що розпочалися з часу розпаду СРСР та відновлення Україною незалежності, супроводжувалися традиційними складнощами становлення молоді держави. Стихийні, болісні перетворення на шляху до ринкової економіки, що відбувалися майже в усіх сферах соціально-економічного життя, не мали шансу оминати й процес розбудови національної галузі охорони здоров'я та її адаптації до нових умов. Зазначимо, що на початку 1990-х років більшість медичних закладів залишалася бюджетними організаціями, що забезпечувалися за рахунок бюджетних видатків, тому значною мірою залежали від фінансового стану країни та фінансової політики.

Глибока соціально-економічна криза, яка охопила державу на початку 1990-х років, уплинула на повсякденне життя українців та змусила шукати механізми акомодатії до нових постсоціалістичних реалій. Окрім того, зміна соціального ландшафту, спричинена різким майновим розшаруванням населення, дезінтеграцією економічної та фінансової систем, високим рівнем корумпованості владних

структур в умовах політичної нестабільності ще більше ускладнювала перехідний процес.

Початок лібералізації економіки у січні 1992 р. в умовах колосального дефіциту споживчих товарів спровокував різке збільшення цін, зростання інфляції та гіперінфляцію, падіння обсягів промислового та сільськогосподарського виробництва. Фінансові труднощі стали однією з найгостріших проблем молоді держави. Майже все перше десятиліття незалежності реальний валовий внутрішній продукт (далі–ВВП) скорочувався, а разом із ним зменшувалися й доходи населення України. Через це перші бюджети країни зводилися з великим дефіцитом, який перевищував 5% від ВВП. Тобто, починаючи з 1992 р., балансуючою статтею державного бюджету неодмінно ставав дефіцит. Втім, пригадаємо, що фінансовій політиці СРСР хоча формально й не були властиві фіскальні дисбаланси, однак існувала прихована дефіцитність союзних бюджетів і бюджету СРСР, яка компенсувалася за рахунок різних форм державного кредиту, як то – приріст стабільного залишку вкладів в ощадкасах; надходження за внутрішніми державними запозиченнями тощо.

Дефіцит бюджету частково пояснювався гіперінфляцією, спричиненою непослідовними політичними рішеннями та чергуванням лібералізації цін з їхнім “заморожуванням”. Так, у 1992 р. дефіцит бюджету України становив 13,7% від ВВП, а в умовах відсутності доступу до ринків капіталу був профінансований переважно за рахунок емісії грошей. Як наслідок, інфляція сягнула 2000%⁸ (Ковпак, 2003). Надмірне збільшення грошової маси та прискорення зростання цін разом зі швидким знеціненням грошової одиниці унеможлилювали збереження соціальних стандартів.

У 1993 році ситуація з дефіцитом бюджету дещо покращилась, і він був зафіксований у межах 5,1 % від ВВП⁹. Але надмірні темпи інфляції призвели до того, що ціни в середньому зросли більше, ніж на 10 000% за

¹ Kовпак L. Sotsialno-pobutovi umovy zhyttia naselennia Ukrainy v druhiy polovyni XX st. (1945–2000 rr.) [Social living conditions of the population of Ukraine in the second half of the twentieth century. (1945–2000)], Kyiv, 2003, 250 p. [in Ukrainian]; Kовпак L. “Zhyttieviy prostir: sotsialni parametry povsiakdennosti (1991–2010 rr.)” [Life Space: the Everyday Life Social Parameters (1991–2010)], *Zhyttieviy prostir Ukrainy: politychni ta humanitarni vymiry (1991–2010 roky)* [Living space of Ukraine: political and humanitarian dimensions (1991–2010)], Kyiv, 2012, P. 159–183 [in Ukrainian].

² Lobodina Z. “Biudzhete zabezpechennia okhorony zdorovia: determinanty vplyvu na liudskiy rozvytok” [Budget support of health protection: determinants of impact on human development], *Svit finansiv* [World of Finance], N 1, 2013, P. 75–86 [in Ukrainian].

³ Lekhan V., Rudiy V., Nolte E. Health care systems in transition Ukraine. Copenhagen: WHO Regional office for Europe on behalf of the European observatory on health systems and policies, 2004, 128 p. [in English]; Lekhan V., Rudiy V., Richardson E. “Ukraine: Health system review”, *Health Systems in Transition*, N 12(8), 2010, P. 1–183, URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108585/HiT-12-8-2010-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y> [in English].

⁴ Ruden V., Sydoruk O., Hutor T. “Dysproportsiia mizh biudzhetnym finansuvanniam medychnoi haluzi ta stanom zdorovia naselennia Ukrainy yak neobkhidnist zaprovadzhennia ekonomichnykh metodiv upravlinnia u praktychnii okhoroni zdorovia” [About disproportion between budgetary financing of medical providing and state of Ukrainian population health as urgent necessity of introduction of economic methods of management into practical health care], *Ukrainskyi medychnyi chasopys* [Ukrainian Medical Journal], N 5 (55), 2006, P. 11–16 [in Ukrainian].

⁵ Liudskiy rozvytok v Ukraini: minimizatsiia sotsialnykh ryzykiv [Human development in Ukraine: minimization of social risks], ed. by E. M. Libanovoi, Kyiv, 2010, 496 p. [in Ukrainian]; Liudskiy rozvytok v Ukraini: istorychni vymir transformatsii derzhavnoi sotsialnoi polityky [Human development in Ukraine: the historical dimension of the transformation of state social policy], ed. by E. M. Libanovoi, Kyiv, 2014, 380 p. [in Ukrainian].

⁶ Levchuk N. “Problemy finansuvannia okhorony zdorovia v Ukraini” [Gaps of Public Health Sector Financing in Ukraine], *Demohrafiia ta sotsialna ekonomika* [Demography and social economy], N 1, 2008, P. 85–97 [in Ukrainian].

⁷ Malahardis A., Rudiy V. Stratehiia reformy finansuvannia ta upravlinnia u systemi okhorony zdorov'ia v Ukraini [The reform strategy of financing and management of the health care system in Ukraine], Kyiv, 2006, 48 p. [in Ukrainian].

⁸ Kовпак L. Sotsialno-pobutovi umovy zhyttia naselennia Ukrainy..., op. cit., P. 160.

⁹ Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [State Statistics Service of Ukraine (SSSU)], Zvedeni biudzheta Ukrainy u 1992–2006 rokakh [Consolidated budget of Ukraine in 1992–2006], URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2006/fin/fin_ric/fin_u/2003.html [in Ukrainian].

рік. Отже, Україна стала “світовим рекордсменом” за рівнем інфляції серед країн, що не перебувають у стані війни. Український уряд удався до методів жорсткої економії, що позначилося на рівні особистих доходів громадян, але це дозволило знизити рівень інфляції до двозначної цифри у 1996 році. Саме у вересні цього року, коли інфляція істотно зменшилася, була запроваджена національна грошова одиниця – гривня – замість “перехідних” купоно-карбованців, які замінили радянський карбованець СРСР у 1992 році. Одна гривня обмінювалася у співвідношенні 1:100 000 купоно-карбованців. Оскільки в 1996 році середня заробітна плата становила 126 грн., у той час як у 1985 році, тобто напередодні перебудови, становила 168 радянських карбованців СРСР, то за десятиліття масштаб цін зріс в 100 000 разів¹⁰. Медицина як особлива складова соціального простору, що має за будь-яких фінансових умов забезпечити підтримку та збереження здоров’я і життєдіяльності людей, також потрапила під хвилю цієї системної кризи, так само опинившись у жорстких умовах дефіциту бюджету та гіперінфляції.

Традиційні проблеми, що існували ще за радянських часів, з більшою гостротою позначилися вже в умовах потужного соціально-економічного виклику першого пострадянського десятиліття. Виявилося, що успадковані механізми регулювання медичної галузі малоефективні, інфраструктура та матеріально-технічне забезпечення установ охорони здоров’я суттєво відстають від європейських стандартів. До того ж, ця громізка система мусила функціонувати в умовах слабкого, що постійно скорочується, забезпечення внаслідок тривалого дефіциту бюджету. У перші роки після проголошення незалежності України стосунки у бюджетній сфері регламентувалися Законом Української РСР “Про бюджетну систему Української РСР” від 5 грудня 1990 р. Цей акт загалом унормував централізацію бюджетних фінансових ресурсів, однак зафіксував розподіл видатків для здійснення заходів у галузі охорони здоров’я між республіканським та місцевим бюджетами¹¹. Зміни відбулися лише у 1995 році з прийняттям Закону України “Про бюджетну систему України”, в якому зазначалося, що бюджетна система України складається з трьох ланок: Державного бюджету України, республіканського бюджету Автономної Республіки Крим (далі – АРК) та місцевих бюджетів¹².

Правовий акт визначив, що Державний бюджет України передбачає видатки на фінансування установ охорони здоров’я загальнодержавного значення. Із республіканського бюджету АРК та місцевих бюджетів здійснюється фінансове забезпечення установ охорони

здоров’я, що знаходяться у підпорядкуванні виконавчих органів влади АРК, областей та міст.

За три роки до того унормував систему фінансування медичної галузі введений в дію 19 листопада 1992 року Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”¹³. Акт зафіксував багатоканальний принцип фінансування галузі та розширив схему джерел забезпечення охорони здоров’я. Відповідно до статті 18 цього закону до переліку вже визначених основних джерел фінансування, як то – Держбюджет України, бюджет АРК та бюджети місцевого й регіонального самоврядування, – додавалися кошти фондів медичного страхування та благодійних фондів. Фінансування відомчих закладів охорони здоров’я передбачалося за рахунок підприємств, установ і організацій, які вони обслуговували. Закон також декларував зобов’язання держави забезпечити створення і функціонування системи медичного страхування, яке мало здійснюватися за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян. Це вдало корелювалося зі статтею 49 Конституції України, яка закріпила право громадян на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування, проте передбачала лише державне фінансування відповідних програм¹⁴.

Саме зафіксована умова виключно державного фінансування медичного страхування суттєво звужувала та обмежувала залучення додаткових ресурсів у галузь охорони здоров’я. Прийнятий через два роки у 1998 році Закон “Основи законодавства України про загальнообов’язкове державне соціальне страхування” регламентував утворення лише неконкурентної моделі напівдержавного фонду страхування без участі приватних компаній¹⁵.

Наступним механізмом, що обмежив залучення та використання небюджетних коштів у фінансуванні медичних закладів, була Постанова Кабінету Міністрів України, затверджена у вересні 1996 року за №1138 “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров’я та вищих медичних навчальних закладах”.

Отже, була сформована багаторівнева система фінансування закладів охорони здоров’я. Видатки з Держбюджету забезпечували діяльність закладів охорони здоров’я, що виконували загальнодержавну функцію. Кримський республіканський бюджет та обласні бюджети фінансували медичні заклади республіканського та обласного значення. Із цих же бюджетів надходили видатки для спеціалізованих, спеціалізованих тощо¹⁶.

¹⁰ SSSU, Serednomisiachna zarobitna plata shtatnykh pratsivnykiv po rehionakh u 1995–2019 [The average monthly wage full-time employees by region, 1995–2019 years], URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2006/gdn/prc_rik/prc_rik_u/dszpR_u.html [in Ukrainian].

¹¹ Zakon Ukrainkoi Radianskoi Sotsialistychnoi Respubliki vid 05.12. 1990, N 512-XII “Pro biudzhethnu systemu Ukrainkoi RSR” [On budget system of Ukrainian SSR], URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/512-12/ed19901205#Text> [in Ukrainian].

¹² Zakon Ukrainy vid 18.07.1995, № 513-XII. “Pro biudzhethnu systemu Ukrainy” [About the budget system of Ukraine], URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/512-12/ed19950718#Text> [in Ukrainian].

¹³ Zakon Ukrainy vid 19.11.1992, № 2801-XII “Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia” [Bases of the legislation of Ukraine on health care], URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed19921119#Text> [in Ukrainian].

¹⁴ Konstytutsiia Ukrainy. 28.06.1996, № 254k/96-VR. st. 49 [Constitution of Ukraine. 28.06.1996, № 254k / 96-BP. Article 49], URL: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution/konstituciya-ukrayini-rozdil-ii> [in Ukrainian].

¹⁵ Zakon Ukrainy vid 14.01.1998, № 16/98-VR “Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro zahalnooboviazkove derzhavne sotsialne strakhuvannia” [Fundamentals of the legislation of Ukraine on compulsory state social insurance], URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/16/98-%D0%B2%D1%80#Text> [in Ukrainian].

¹⁶ Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 1138 vid 17.09. 1996 “Pro zatverdzhennia pereliku platnykh posluh, yaki nadaiutsia v derzhavnykh i komunalnykh zakladakh okhorony zdorovia ta vyshchykh medychnykh navchalnykh zakladakh” [About the statement of the list of paid services which are provided in the state and municipal establishments of public health services and higher medical educational establishments], URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF/ed19960917#Text> [in Ukrainian].

До видатків із районних та міських бюджетів міст республіканського та обласного значення належали видатки на: первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу. За рахунок цих видатків фінансувалися лікарні широкого профілю, пологові будинки, станції швидкої невідкладної медичної допомоги, поліклініки та амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки та програми медико-санітарної освіти.

Видатки з бюджетів міст районного значення, сіл та селищ спрямовувалися на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу. Тобто, фінансово забезпечувалася діяльність дільничних лікарень, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів.

Механізм фінансування закладів охорони здоров'я в Україні здійснювався безпосередньо двома методами: програмно-цільовим та кошторисним. Кошторисний метод передбачав виділення на підставі спеціального фінансового документа – кошторису – коштів на утримання закладів охорони здоров'я. Такий механізм застосовувався для фінансування більшості бюджетних закладів охорони здоров'я. Він, із одного боку, надавав змогу чітко прогнозувати видатки та здійснювати контроль за витрачанням коштів, а з іншого боку – унеможлилював зміни розмірів основних статей кошторису. Звичайно, такий підхід не сприяв стимулюванню праці медичних працівників, оскільки розміри фінансування за кошторисом не корелювалися з досягнутими результатами роботи та не враховували обсяг фактично наданої медичної допомоги пацієнтам. Другий, програмно-цільовий метод, передбачав виділення коштів на фінансування цільових програм із персональною відповідальністю керівника медичного закладу за результати їхнього виконання.

Власне, кошторисна система державного фінансування медичної сфери, успадкована ще з радянського часу, й сформувала назву – “медицину ліжка-місць”, оскільки основними показниками медичних закладів, які визначали видатки за кошторисом, були для стаціонару – кількість ліжок та кількість ліжка-днів, для поліклініки (амбулаторії) – кількість лікарських посад та кількість лікарських відвідувань. Потреба населення в ліжку-місцях визначалася відповідно до кількості хворих, які госпіталізовані, обігу та часу використання ліжка-місця протягом року. Саме від кількості ліжка-днів залежали розміри бюджетних видатків за захищеними статтями “Продукти харчування” і “Медикаменти та перев'язувальні матеріали”.

Отже, у перші десятиліття після відновлення незалежності більшість медичних закладів залишалася бюджетними організаціями, що фінансувалися за рахунок видатків або з державного бюджету – державні і відомчі заклади, що підпорядковувалися міністерствам і відомствам, або з місцевого – комунальні, що підпорядковувалися органам місцевої влади і місцевого самоврядування.

Показчик за яким, згідно з дослідженнями Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі–ВООЗ), здійснюється порівняння видатків на охорону здоров'я, є рівень загальних видатків на охорону здоров'я у відносних показниках до

Внутрішнього валового продукту. Впродовж 1990-х – першої половини 2000 рр. внаслідок тривалої економічної кризи в Україні різко скорочувалися показники цього головного макроекономічного індикатора розвитку, та більше, ніж на 60% скоротилися державні видатки на охорону здоров'я. Так у 1993 році частина загальних державних витрат на охорону здоров'я складала 3,3% ВВП, тоді як у 1999 році – 3,1% ВВП. Проте, вже у 2003 році, порівняно з 2002 р., фінансування охорони здоров'я зросло до 3,2% ВВП. Однак, за рекомендаціями ВООЗ, за такого низького показника забезпечення – у 3,2% від ВВП – має знижуватися рівень і зменшуватися обсяг медичної допомоги на третину. Лише з 2005 р., коли почали нарощуватися бюджетні видатки усіх рівнів, тоді й на охорону здоров'я почали збільшувати асигнування¹⁷.

Отже, у перші десятиліття існування незалежної України частки видатків бюджету України на охорону здоров'я у ВВП коливалися від 3,3% до 4,4 % та ніколи не перевищували 5%. Такі показники були у декілька разів нижчими порівняно з країнами-членами Європейського Союзу та США. Так, наприклад, частка ВВП, що витрачається на потреби галузі охорони здоров'я, у Франції та Німеччині становить понад 10%, а у США досягає 15%.

Хоча ВООЗ визнає 6,5 % щонайменшим показником фінансування, який забезпечує “виживання” медичної галузі. Навіть у СРСР з 1960-х років цей показник наближався до мінімальних значень та фіксувався в межах 6 – 6,5% ВВП¹⁸. Враховуючи оцінки ВООЗ, можна стверджувати, що Україна, на тлі розвинутих західноєвропейських країн, виділяла на охорону здоров'я відносно невелику частку від ВВП, демонструючи таким чином, що ця сфера не належить до соціальних пріоритетів держави, як мало бути.

До того ж, за оцінкою ВООЗ, у структурі загальних видатків на охорону здоров'я в Україні державні витрати становлять лише 57%, тоді як у Чехії – 89%, Швеції – 85%, Німеччині – 77%, Угорщині – 72%. Враховуючи, що навіть за умов постійного недофінансування державні видатки мають виключне значення для забезпечення виживання системи та дії фінансового механізму охорони здоров'я¹⁹.

Частка недофінансованих державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я в Україні з другої половини 1990-х рр. коливалася в межах 55–60 % усіх витрат на охорону здоров'я. Наслідком недостатності виділених державою коштів на медичну галузь стало зменшення обсягу безоплатного медичного обслуговування, уповільнення або відсутність капітальних ремонтів приміщень медичних закладів, неможливість оновлення медичного обладнання й низька заробітна плата медичних працівників²⁰.

Отже, за структурою бюджетної класифікації, кошти зведеного бюджету України на фінансування охорони здоров'я розподілялися таким чином: на капітальні видатки – 7,7%, на поточні видатки – 92,3% (на оплату праці працівників медичних установ та нарахування на неї – 74,0%; на медикаменти та перев'язувальні матеріали – 10,5%; на продукти харчування – 5,3%; на оплату

¹⁷ Total health expenditure as % of GDP. European Health Information Gateway, URL: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_566-6711-total-health-expenditure-as-of-gdp/ [in English].

¹⁸ Ruden V., Sydoruk O., Hutor T. Dysproportsiia mizh biudzhethnym..., op. cit., P. 11–16.

¹⁹ World Health Organization, *World health statistics*. Geneva, 2007, P. 71–72, URL: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/whostat2007.pdf> [in English].

²⁰ Dynamika serednomisiachnoi zarobitnoi platy za vydamy ekonomichnoi diialnosti u 1995–2012 rokakh [Dynamics of average monthly wages by type of economic activity in 1995–2012], URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2006/gdn/prc_rik/prc_rik_u/dszp_u2005.html [in Ukrainian].

комунальних послуг та енергоносіїв – 10,2%)²¹.

Переважаюча частина громадських коштів використовувалася на фінансування людського капіталу та інфраструктурні платежі. Зрозуміло, що бюджет мав забезпечити виконання захищених законом статей, які б убезпечили медичну галузь від руйнації. Втім, незважаючи на високу частку поточного фінансування для покриття витрат на оплату праці, середня місячна заробітна плата медичного персоналу залишалася однією з найнижчих.

До того ж, щороку фінансове забезпечення лікувального процесу та видатків на придбання медикаментів та перев'язувальних засобів зменшувалися. Це призводило до збільшення у структурі фінансування галузі частки приватних коштів домашніх господарств за надання медичної допомоги та придбання медичних товарів.

В українському законодавстві була відсутня кореляція між обсягами надання безоплатної медичної допомоги, що гарантує держава, та бюджетними коштами, які виділяються для цього. Не були унормованими дії закладів охорони здоров'я у випадку їхнього недофінансування згідно з потребами. Це призводило до того, що медичні установи не мали змоги безкоштовно надавати доступні та якісні медичні послуги населенню. Складалася ситуація, коли заклад охорони здоров'я не мав права відмовити пацієнтові у медичній допомозі, а бюджет установи не міг відшкодувати необхідні для цього витрати. Через це пацієнтам доводилося сплачувати за лікування з власної кишені.

Із другої половини 1990-х років частка платежів пацієнтів за отримання медичної послуги в загальних витратах на охорону здоров'я постійно зростала – з 19% у 1996 р. до 38% у 2000–2002 рр. Із 2003 р. до 2006 р. цей показник несуттєво, але зменшився й становив 32–36 %. У розвинутих європейських країнах особисті платежі зазвичай не перевищували 20–30% загальних витрат на охорону здоров'я²². У рамках дослідження “Національні рахунки охорони здоров'я України 2003–2004 рр.” (далі–НРОЗ) була здійснена оцінка рівнів державних і приватних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я. Результати моніторингу засвідчили, що внесок держави становить приблизно 58%, близько 1% належить донорам, а решта витрат припадає на приватні джерела, з яких витрати домашніх господарств становлять 35–40% від загальних витрат на охорону здоров'я в Україні. Під час дослідження було констатовано, що більшість витрат домогосподарств здійснювалася неофіційно²³.

Порівняно невеликий відсоток капітальних видатків у фінансуванні галузі також унеможлилював модернізацію технічного оснащення лікарняних закладів, внаслідок чого

спостерігалася зростання ступеня зносу основних галузевих ресурсів. Так, якщо у 2001р. ступінь зносу основних засобів охорони здоров'я та надання соціальної допомоги становив 42% то у 2002 році – вже 49,1%, у 2003 році – 50,3%. Найбільший знос засобів у галузі зафіксований у Вінницькій, Донецькій, Херсонській, Дніпропетровській областях. Показники зносу у цих областях були вищими, ніж середні показники по країні²⁴.

Із початку 2000-х років у структурі джерел бюджетного забезпечення охорони здоров'я почали переважати кошти місцевих бюджетів на протигагу зменшенню частки коштів державного бюджету. Так, у розподілі видатків на охорону здоров'я у зведених бюджетах частина асигнувань із Державного бюджету була вже значно меншою (20–25%) порівняно зі внеском місцевих бюджетів (75–80%)²⁵. Отже, роль місцевих адміністрацій у структурі фінансування галузі та розподілі видатків була визначальною. Втім, збережена ще з радянських часів ієрархічна структура охорони здоров'я із жорстким централізованим контролем обмежувала повноваження місцевих органів влади щодо визначення структури видатків та їхнього розподілу.

Діяли традиційні підходи до формування структури витрат усередині системи, коли найбільша частка виділялася на стаціонарну медичну допомогу та головним чином – на оплату праці медиків та комунальні послуги закладів. Невиправдано малими були витрати на амбулаторну допомогу, та зовсім мізерними – на профілактичну складову. Так, за функціональною бюджетною класифікацією, найбільша частина видатків державного та місцевих бюджетів спрямовувалася на фінансування саме лікарень та санаторно-курортних закладів (64,5–68,12%), а порівняно менша – (16,83–21,54%) – на утримання поліклінік, амбулаторій, швидкої і невідкладної медичної допомоги²⁶.

Власне бюджети (кошториси) на початковому етапі формувалися з урахуванням кількості посад та кількості лікарняних ліжок на рівні медичного закладу. На другому етапі вони об'єднувалися на рівні місцевих бюджетів. Місцеві бюджети відносно економічно розвинутих регіонів мали більше можливостей для фінансової підтримки медицини, та в той же час, за відсутності дотацій вирівнювання, створювали диспропорцію у розподілі державних інвестицій на душу населення між різними населеними пунктами. Спроба врегулювати дисбаланс була здійснена у січні 2005 р., коли були внесені зміни до Бюджетного кодексу України, що передбачали фінансування з районних бюджетів та бюджетів міст АР Крим і міст обласного значення закладів первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної

¹⁷ Total health expenditure as % of GDP. European Health Information Gateway, URL: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_566-6711-total-health-expenditure-as-of-gdp/ [in English].

¹⁸ Ruden V., Sydoruk O., Hutor T. Dysproportsiia mizh biudzhethnym..., op. cit., P. 11–16.

¹⁹ World Health Organization, *World health statistics*. Geneva, 2007, P. 71–72, URL: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/whostat2007.pdf> [in English].

²⁰ Dynamika serednomisiachnoi zarobitnoi platy za vydamy ekonomichnoi diialnosti u 1995–2012 rokakh [Dynamics of average monthly wages by type of economic activity in 1995–2012], URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2006/gdn/prc_rik/prc_rik_u/dszp_u2005.html [in Ukrainian].

²¹ Postanova Verkhovnoi Rady Ukrainy № 327/96-VR vid 12.07.1996 “Pro strukturu biudzhethnoi klasyfikatsii Ukrainy” [“On the structure of the budget classification of Ukraine”], URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/327/96-%D0%B2%D1%80/ed19960712#Text> [in Ukrainian].

²² Levchuk N. “Problemy finansuvannia okhorony zdorovia v Ukraini” [Gaps of Public Health Sector Financing in Ukraine], *Demografiia ta sotsialna ekonomika* [Demography and social economy], N 1, 2008, P. 85–97 [in Ukrainian].

²³ Natsionalni rakhunky okhorony zdorovia (NROZ) Ukrainy u 2009 rotsi [Ukraine. National Health Accounts (NHA) in 2009], Kyiv, 2011, P. 15 [in Ukrainian].

²⁴ Osnovni zasoby Ukrainy u 2010 rotsi [Ukraine. Fixed assets in 2010], Kyiv, 2011, P. 216, 264, 267 [in Ukrainian].

²⁵ Natsionalni rakhunky okhorony zdorovia (NROZ) Ukrainy u 2009 rotsi [Ukraine. National Health Accounts (NHA) in 2009], Kyiv, 2011, P. 8 [in Ukrainian].

²⁶ Zahorskyi V. Upravlinnia finansovymy resursamy zakladiv okhorony zdorovia [Financial management of public health institutions], Lviv, 2010, P. 56 [in Ukrainian].

допомоги малопотужним сільським та міським територіальним громадам, що були неспроможними забезпечити необхідний обсяг фінансових ресурсів для надання медичної допомоги²⁷. Втім, вже наступного 2006 р. дія цих правових норм була призупинена, а в 2008 р. вони втратили чинність.

Висновки. Отже, у перші два десятиліття після відновлення Україною незалежності системні соціально-економічні проблеми пострадянських трансформацій не мали шансу оминати й таку соціальнозначущу складову суспільного життя, як галузь охорони здоров'я, де тривалий час зберігалися ще радянські адміністративні підходи до фінансового забезпечення.

Діяла успадкована з радянських часів, проте дещо оновлена, бюджетна модель кошторисного фінансового забезпечення із основними ресурсними джерелами – коштами державного та місцевого бюджетів. Втім, така модель, за умови тривалого недофінансування, не давала можливості галузі не лише розвиватися і вдосконалюватися, але й повноцінно виконувати головну свою функцію. Найбільше від цього потерпали менш потужні місцеві органи влади, що призводило до нерівномірності у розподілі державних інвестицій на душу населення між різними населеними пунктами. Окрім того, існував дисбаланс у фінансуванні різних видів медичних закладів зі значним переважанням видатків на стаціонарне лікування.

Система нормативів місцевих бюджетів не брала до уваги фактичний попит на надання медичної допомоги та залишала мінімум фінансових ресурсів на капітальні видатки й підвищення якості медичного обслуговування, внаслідок чого відбувався швидкий знос ресурсів. Спроба розширити джерела фінансування за рахунок фондів медичного страхування та благодійних фондів не мала належних наслідків, оскільки не був остаточно унормований такий механізм. Бюджетне забезпечення медичних установ в умовах кошторисного командно-адміністративного фінансування передбачало оплату праці лікарів як державної соціальної гарантії та утримання інфраструктури медичних закладів. Втім, у медиків була, офіційно, одна з найнижчих заробітних плат серед видів економічної діяльності, а сама медична галузь значно відставала у матеріально-технічному оснащенні. Звичайно, означена проблематика не може бути вичерпана лише однією публікацією. Уточнення та подальшого дослідження потребують не тільки загальні питання фінансування української медицини у пострадянський період але й, зокрема, розподіл видатків на цю сферу на регіональному рівні. Особливості фінансування галузі впливають на такі невід'ємні складові повсякдення її працівників як рівень

доходів та якість життя. Тому перспективним вектором дослідження може стати загальом розгляд повсякдення професійної спільноти медичних працівників у життєвому просторі пострадянської доби.

Volonyts Vira. Financing of the medical sector of Ukraine in the period of social changes of the 1990s - early 2000s. The aim of the work is to consider the process of organizing the financing of the medical sector through the prism of macro-social historical processes in the period of social transformations of the 1990s – early 2000s. The research methodology is based on the principles of science, historicism, interdisciplinarity, application of general scientific (analysis, synthesis and generalization) and special scientific (historical-genetic, comparative-historical, typological) methods. Scientific novelty of the work. This issue is considered for the first time in the domestic historical science. Conclusions. It is identified that in the first post-Soviet decade in Ukraine the predominantly Soviet approach to the financing of health care sector was maintained. Residual principles of public funding, combined with the irrational use of resources, testified to the secondary nature of this sector in the system of state priorities. In the 1990s, most medical institutions, according to the Soviet tradition, remained budget-funded entities. The reduction in financial resources in the 1990s affected the budget in the form of long-term deficits, which resulted in reduced government spending on health care sector, which affected the material and technical equipment, infrastructure and staffing. That led to an increase in the share of private household funds in the financing structure of the sector. Attempts to expand funding sources through health insurance funds and charitable foundations did not have the desired effect; as such a mechanism was not fully standardized. Most of the public funds were used to finance human capital and infrastructure payments, and traditionally the cost of quality and volume of medical care was not taken into the account. As a result, medical staff had one of the lowest wages in the sector of the economy, and the medical sector lagged behind in terms of material and technical equipment.

Key words: socio-economic crisis of the 1990s, post-Soviet transformation, medical sector, financing of the medical sector, medical staff.

Волониць Віра – кандидат історичних наук, доцент кафедри історії та археології Маріупольського державного університету. Автор 32 наукових статей, монографії, 3-х навчальних посібників. Коло наукових інтересів: історія України, методологія історії, історична антропологія, історія повсякдення, антропологія професії.

Volonyts Vira – PhD in Historical science, Associate Professor of the Department of History and Archeology in Mariupol State University, is the author of 32 scientific articles, monographs, 3 teaching aids on the history. Scientific interests: history of Ukraine, historical method, historical anthropology, history of everyday life, anthropology of professions.

Received: 16.10.2021

Advance Access Published: December, 2021

© V. Volonyts, 2021

²⁷ Закон України № 2542-III від 01.01.2005 “Biudzhetni kodeks Ukrainy” [“The Budget Code of Ukraine”], URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2542-14/ed20050101#Text> [in Ukrainian].