

ФІНАНСОВА ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна*

Мета – дослідити правові, організаційні та фінансові можливості здійснення об'єднаними територіальними громадами делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я, зокрема, у наданні первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Матеріали та методи. Вивчено проблемні питання, які виникли в процесі децентралізації в сфері охорони здоров'я; проаналізовано чинні законодавчі акти в цій сфері. Методи: аналітичний, контент-аналіз.

Результати. Наведено законодавчі засади фінансової децентралізації в охороні здоров'я. Виявлено проблеми стосовно здійснення господарської діяльності з медичної практики сільськими, селищними радами, а також використання медичної субвенції на рівні об'єднаних територіальних громад.

Висновки. Наявний досвід функціонування об'єднаних територіальних громад показав недосконалість організації надання первинної медико-санітарної допомоги і використання коштів медичної субвенції на її фінансування, оскільки об'єднані територіальні громади на сьогодні в абсолютній більшості не мають належної інституційної бази для надання медичної допомоги населенню у вигляді відповідних установ охорони здоров'я. Для підвищення ефективності політики їх реформування необхідно розробити і прийняти необхідну законодавчу базу для децентралізації владних повноважень у сфері надання медичних послуг, чітко визначити функції місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування всіх рівнів у сфері охорони здоров'я, привести концептуальні засади децентралізації в сфері охорони здоров'я у відповідність до стратегічних напрямків її реформування.

Ключові слова: децентралізація, об'єднані територіальні громади, охорона здоров'я.

ВСТУП

Реформування територіальної організації влади на засадах децентралізації є одним із ключових напрямів системних суспільних трансформацій в Україні [8]. Новий етап децентралізації, реформи місцевого самоврядування та адміністративно-територіальної реформи розпочався в Україні з прийняттям Закону України від 05.02.2015 р. № 157-VIII «Про добровільне об'єднання територіальних громад» [2]. Також були внесені зміни до бюджетного та податкового законодавства, які стосувалися забезпечення фінансової самостійності нових громад через закріплення відповідних повноважень, доходів і видатків [3, 4]. Таким чином, починаючи з 2016 р., об'єднані територіальні громади (ОТГ) отримали фінансові ресурси для здійснення делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я, зокрема, у наданні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Мета роботи – дослідити правові, організаційні та фінансові можливості здійснення ОТГ делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я, зокрема, у наданні ПМСД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано законодавство України щодо розподілу повноважень між органами місцевого самоврядування та органами виконавчої влади повноважень, реформи міжбюджетних відносин та фінансової децентралізації фінансування суспільних послуг, у т.ч. охорони здоров'я. Вивчено проблемні питання, які виникли в процесі децентралізації у сфері

охорони здоров'я. Використано аналітичний метод і контент-аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними Мінрегіонбуду, на сьогодні в Україні створено 169 ОТГ. 159 ОТГ – перші вибори пройшли у 2015 р. Наприкінці березня поточного року були призначені вибори депутатів сільських, селищних, міських рад об'єднаних територіальних громад та відповідних територіальних громад та відповідних територіальних громад та відповідних територіальних громад ще у 10 ОТГ Волинської, Дніпропетровської, Житомирської, Івано-Франківської, Кіровоградської, Львівської, Полтавської, Рівненської, Харківської областей.

Однак створення значної частини ОТГ відбулось без урахування вимог Методики щодо їх спроможності [8]. Наприклад, 18.11.2015 р. Кабінет Міністрів України вніс зміни до перспективних планів формування територій громад семи областей (Дніпропетровської, Полтавської, Рівненської, Хмельницької, Черкаської, Чернівецької, Чернігівської). Так, 24 ОТГ із числа 159, де відбулися перші вибори, не були зазначені в раніше затверджених перспективних планах областей, оскільки не відповідали критеріям спроможності. При цьому вони змогли перейти на прями міжбюджетні відносини з Державним бюджетом України. Експерти наголошують, що за умови об'єднання громад всупереч вимогам Методики для отримання додаткових повноважень і ресурсів – це поганий прецедент. Оскільки такі громади не в змозі забезпечити своїм мешканцям надання належної якості послуг, оскільки не мають відповідної інфраструктури.

Ще одне питання – надання ОТГ медичної субвенції з Державного бюджету з метою створення можливостей для них самостійно приймати рішення щодо фінансування медичних закладів (у тих частинах, які їм необхідні).

Саме використання медичної субвенції викликає досить багато запитань. До бюджетного законодавства були внесені зміни до п. 3 ч. 1 ст. 89 Бюджетного кодексу України щодо видатків на охорону здоров'я, що здійснюються з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, а також бюджетів ОТГ. Зокрема, на ПМСД, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки й амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські (ФАПи) та фельдшерські пункти, центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)); на програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я й санітарно-освітні заходи) та інші державні програми медичної й санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, інші програми і заходи).

Законом «Про Державний бюджет України на 2016 рік» [5] бюджети ОТГ, в яких 25.10.2015 р. відбулися перші місцеві вибори, для визначення взаємовідношень із Державним бюджетом були враховані окремо: шляхом виділення їм прямих дотацій і субвенцій. Тобто з 01.01.2016 р. ОТГ нарівні з районними бюджетами безпосередньо від держави отримали медичну субвенцію (і стали її розпорядниками) на ПМСД та вторинну медичну допомогу (ВМД). Її розмір (як і для району) визначався відповідно до формули розподілу медичної субвенції з урахуванням чисельності населення, яке проживає на території ОТГ.

Слід зазначити, що розподіл видатків на охорону здоров'я між районним / міським бюджетом і бюджетом ОТГ обумовив потребу в організаційно-структурному розмежуванні – шляхом передачі до ОТГ закладів охорони здоров'я (підрозділів), які надавали медичну допомогу мешканцям відповідних населених пунктів. У зв'язку з цим на практиці виникло чимало проблем, насамперед організаційних, які потребують вирішення шляхом прийняття компромісних рішень між ОТГ, районною/міською радою, закладами охорони здоров'я, що надають ПМСД і ВМД. Наприклад, це стосується передачі амбулаторій та ФАПів на рівень ОТГ, працевлаштування співробітників, організації медичного обслуговування населення в цілому. Адже амбулаторії та ФАПі, що раніше обслуговували населення відповідних громад, як правило, були структурними підрозділами ЦПМСД або центральних районних лікарень. Тому із розмежуванням бюджетних коштів в ОТГ виникла необхідність створити на базі переданого їй майна «свій» заклад охорони здоров'я (амбулаторію чи ЦПМСД) як окрему юридичну особу, яка має отримати відповідні ліцензії (на здійснення медичної практики, використання наркотичних засобів).

Проблемним є питання здійснення господарської діяльності з медичної практики сільськими, селищними радами ОТГ, оскільки вони є органами місцевого

самоврядування, що здійснюють владні повноваження, а не належать до органів виконавчої влади.

Ще потребує термінового врегулювання міжбюджетних відносин із фінансування ВМД, яка надається мешканцям громади. Така ситуація пов'язана з тим, що видатки на надання ВМД включені в сукупну медичну субвенцію ОТГ без визначення конкретної частки для неї. МОЗ України відповідним листом на початку квітня поточного року рекомендувало кошти медичної субвенції розподілити між ПМСД і ВМД у пропорції 30:70%. Тобто на ПМСД залишається 30% коштів медичної субвенції, яка виділена ОТГ, а 70% – на ВМД, яка передається через міжбюджетні трансферти на рівень відповідного районного бюджету. При цьому слід зазначити, що це питання не має законодавчого регулювання.

Крім того, проблеми з надання ВМД посилюються і тим, що ОТГ, як правило, не в змозі надавати своїм мешканцям ВМД через відсутність відповідних закладів і спеціалістів. Хоча закон не забороняє новоутвореним громадам утримувати такі установи, однак з економічної точки зору це недоцільно, насамперед через недостатність матеріально-технічних, кадрових і фінансових ресурсів.

Слід зазначити, що світовий досвід реформ у сфері фінансування медичної сфери свідчить, що створення потужних фінансових пулів є однією з головних передумов розбудови системи охорони здоров'я, здатної якнайкраще задовольняти потреби населення. У Доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2010 рік «Фінансування систем охорони здоров'я. Шлях до загального охоплення населення медико-санітарною допомогою» вказано: «...Консолідація пулів із самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів не є ефективним, оскільки вони дублюють один одного, це збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити єдиний пул, у рамках якого можливо було б вирівнювати ризики» [9]. Тільки за цієї умови можна забезпечити найефективніше управління фінансами галузі, контролювати раціональне їх використання, координувати процеси надання медичної допомоги та налагодити відповідний контроль її якості. Тому більшість експертів наголошують, що значний ризик виникає у зв'язку з переходом ОТГ на прямі міжбюджетні відносини з Державним бюджетом, що загрожує ще більшою фрагментацією ресурсів.

Крім того, слід згадати, що система охорони здоров'я вже функціонувала в умовах децентралізації – за 2001–2010 рр. – що показало повну неефективність. По-перше, така децентралізація призвела до несправедливості та нерівності в отриманні медичної допомоги на різних адміністративних територіях. По-друге, децентралізована система зменшувала доступність елементарної медичної допомоги. Наприклад, «швидка медична допомога», яка фінансувалася з бюджету одного району, не мала права надавати екстрену медичну допомогу мешканцю сусіднього району, навіть якщо він знаходився зовсім близько від місця перебування

бригади, інакше це розцінювалося, як порушення бюджетного законодавства. У 2010 р. Бюджетний кодекс України було змінено і, наприклад, централізацію коштів для екстреної допомоги було поширено на всю країну, що довело свою ефективність навіть в умовах проведення антитерористичної операції на сході країни. У цілому консолідацію ресурсів на рівні не нижчому обласного у 2010–2014 рр. було підтримано і експертами Євросоюзу [6, 7]. Ефективність такого кроку підтверджена і даними інших дослідників, які відзначають, що саме об'єднання коштів і формування більш потужних фінансових потоків наближує до максимального охоплення послугами

системи охорони здоров'я [1, 9], а також забезпечує більш високу ефективність і можливість перехресного субсидіювання населення [9].

За даними Національного інституту стратегічних досліджень [8], у системі територіальної організації влади щодо охорони здоров'я в країнах Євросоюзу територіальні громади беруть участь переважно в окремих Скандинавських країнах, Польщі, Латвії. У таких країнах, як Франція, Німеччина, Італія, Данія, Чехія, Литва, Естонія, Румунія, Болгарія, система охорони здоров'я не входить до повноважень органів місцевого самоврядування територіальної громади (табл.).

Таблиця
Приклади участі територіальних громад у системі територіальної організації влади щодо охорони здоров'я в країнах Євросоюзу

Країна	Повноваження органів місцевого самоврядування територіальної громади
Нідерланди	Регулювання послуг ЖКГ, планування територіального розвитку, початкова освіта, соціальний захист, охорона здоров'я, транспорт, громадський порядок, розвиток культури і спорту
Швеція	Забезпечення населення послугами ЖКГ, початкова освіта, охорона здоров'я, громадський транспорт, місцеві дороги
Норвегія	Місцевий торговельний і промисловий розвиток, початкова освіта, охорона здоров'я, соціальний захист, розвиток культури і дозвілля
Польща	Регулювання послуг ЖКГ, соціальний захист та охорона здоров'я населення, дошкільна і початкова освіта, громадський транспорт, охорона довкілля
Латвія	Регулювання послуг ЖКГ, охорона здоров'я, початкова і середня освіта, видача ліцензій на комерційну діяльність, громадський порядок і муніципальний транспорт

Примітка: адаптовано з матеріалів Національного інституту стратегічних досліджень, 2016 р. [8].

Тому реформи в охороні здоров'я потребують виваженого і послідовного підходу, який би враховував найкращий світовий і вітчизняний досвід, а також можливі ризики та перешкоди.

ВИСНОВКИ

Наявний досвід функціонування ОТГ показав недосконалість організації надання ПМСД і використання коштів медичної субвенції на її фінансування, оскільки ОТГ на сьогодні в абсолютній своїй більшості не мають належної інституційної бази для надання медичної допомоги населенню у вигляді відповідних установ охорони здоров'я.

Для підвищення ефективності політики

реформування ОТГ необхідно розробити і прийняти необхідну законодавчу базу для децентралізації владних повноважень у сфері надання медичних послуг, чітко визначити функції місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування всіх рівнів у сфері охорони здоров'я, привести концептуальні засади децентралізації у сфері охорони здоров'я у відповідність до стратегічних напрямків її реформування.

Подальші дослідження полягають у вивченні та науковому супроводі реформування місцевого самоврядування і територіальної організації влади, роз'ясненні сутності реформи децентралізації у сфері охорони здоров'я, її переваг, недоліків, ризиків та особливостей її проведення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Охріменко І. О. Фінансовий механізм системи охорони здоров'я України / О. І. Охріменко // Українська академія банківської справи НБУ : збірник наук. праць ДВНЗ. – 2014. – Вип. 38. – С. 367–379.
2. Про добровільне об'єднання територіальних громад : Закон України від 05.02.2015 р. № 157-VIII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/157-19>. – Назва з екрана.
3. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин : Закон України від 28.12.2014 р. № 79-VIII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/79-19>. – Назва з екрана.
4. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо податкової реформи : Закон України від 28.12.2014 р. №71-VIII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/71-19>. – Назва з екрана.
5. Про Державний бюджет України на 2016 рік : Закон України від 25.12.2015 р. № 928-VIII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/928-19>. – Назва з екрана.
6. Рекомендації щодо розподілу міжбюджетних трансфертів у відповідності до постанови Кабінету Міністрів України № 1149 від 08.12.2012 р. (із змінами внесеними постановою № 7 від 12.01.2011 р.) / Директорат з питань демократичних інститутів, Генеральний директорат з питань демократії та політичних справ, Університет Париж І Сорбона Пантеон. – Страсбург, 2011. – 14 с.
7. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте / В. В. Безруков, В. П. Войтенко, Н. Г. Ахаладзе [и др.]. – Москва : ООО «Феникс», 2015. – 141 с.
8. Територіальна громада як базова ланка адміністративно-територіального устрою України: проблеми та перспективи реформування. – Київ : НІСД, 2016. – С. 50–54.
9. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. – Geneva : WHO, 2010. – P. 47, 60.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.07.2016 р.

**Финансовая децентрализация
в системе здравоохранения**

Ю.Б. Яценко, М.В. Шевченко

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Цель – исследовать правовые, организационные и финансовые возможности осуществления объединенными территориальными общинами делегированных полномочий в сфере здравоохранения, в частности, в оказании первичной медико-санитарной помощи населению.

Материалы и методы. Изучены проблемные вопросы, которые возникли в процессе децентрализации в сфере здравоохранения; проанализированы действующие законодательные акты в этой сфере. Методы: аналитический, контент-анализ.

Результаты. Представлены законодательные основы финансовой децентрализации в здравоохранении. Выявлены проблемы относительно осуществления хозяйственной деятельности по медицинской практике сельскими, поселковыми

советами, а также использование медицинской субвенции на уровне объединенной территориальной общины.

Выводы. Существующий опыт функционирования объединенных территориальных общин показал несовершенство организации оказания первичной медицинской помощи и использования средств медицинской субвенции на ее финансирование, поскольку объединенные территориальные общины сегодня в абсолютном большинстве не имеют надлежащей институциональной базы для оказания медицинской помощи населению в виде соответствующих учреждений здравоохранения. Для повышения эффективности политики реформирования нужно разработать и принять необходимую законодательную базу для децентрализации властных полномочий в сфере оказания медицинских услуг, четко определить функции местных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления всех уровней в сфере здравоохранения, привести концептуальные основы децентрализации в сфере охраны здоровья в соответствие со стратегическими направлениями ее реформирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: децентрализация, объединенные территориальные общины, здравоохранение.

Financial decentralization in the health system

Yu.B. Yaschchenko, M.V. Shevchenko
SIS «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Purpose – to explore the legal, organizational and financial feasibility of the territorial boundaries of the local self-governance bodies delegated powers in the health sector, particularly in the provision of primary health care.

Materials and methods. Studied the issues that arise in the process of decentralization in the health sector; analysis of existing legislation in this area. Methods: analytical content analysis.

Results presented the framework for financial decentralization in health care. The problems concerning the economic activities of the health care at the basic level and used of medical subvention for the local self-governance bodies.

Conclusions. Experience on the level of the local self-governance bodies showed the inadequacy of primary care provision and use of medical subsidies for its financing. The local self-governance bodies don't have adequate institutional framework for the provision of medical care in the form of appropriate health facilities. To increase the efficiency of policy reform the local self-governance bodies need to develop and adopt the necessary legal framework for decentralization of power in the provision of health services to clearly define the functions of local authorities and local governments at all levels in the health sector, to bring conceptual principles of decentralization in health sector with line of the strategic directions of reform.

KEY WORDS: decentralization, the local self-governance bodies, health sector.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Яценко Юрій Борисович – д.мед.н., проф., зав. наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с., старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.