

Яковенко І. В.¹, Царенко А. В.²

¹Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

Обґрунтування оптимальних моделей бюджетування надання соціальних послуг на рівні об'єднаних територіальних громад

Резюме. Актуальність. У зв'язку із глибокими медико-демографічними та соціальними змінами суттєво зростає актуальність створення доступної, якісної та ефективної системи надання паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) і соціальної послуги з паліативного догляду (СППД). Сьогодні в умовах реформування галузі охорони здоров'я та соціального захисту населення та після переходу повноважень від районного рівня до об'єднаних територіальних громад (ОТГ), також особливою актуальності набуває проблема обґрунтування оптимальних моделей фінансування (бюджетування) медико-соціальних і соціальних послуг, у т. ч. паліативного догляду. **Метою** роботи є аналіз та узагальнення сучасних моделей надання ПХД і СППД населенню, обґрунтування оптимальних моделей фінансування (бюджетування) соціальних послуг на рівні ОТГ. **Матеріали та методи.** У роботі були використані національні та міжнародні нормативно-правові документи і літературні джерела, дані медичної статистики, методи системного та структурно-функціонального аналізу. **Результати.** У роботі автори обґрунтовують сучасні оптимальні моделі фінансування (бюджетування) надання соціальних послуг на рівні ОТГ. Перехід повноважень фінансування надання соціальних послуг від району до ОТГ вимагає переходу від принципу утримання закладу до фінансування результатів, тобто оплати вартості наданих соціальних послуг. Застосування системи «капітаційних» або «подушних» нормативів є основою впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом/клієнтом або послугою», а впровадження програмно-цільового методу потребує подальшого удосконалення. Важливе значення має стандартизація та уніфікація витрат шляхом розробки паспортів соціальних послуг, а також збільшення обсягів фінансових ресурсів, що можуть бути залучені для забезпечення виконання соціальних послуг, це зокрема: збільшення надходжень із загального фонду місцевого бюджету ОТГ, розширення сфери та умов застосування платних послуг, залучення фінансових грантів від донорів як додаткового джерела доходів, застосування механізмів соціального замовлення тощо, застосування принципу державно-приватного партнерства, який позитивно себе зарекомендував у багатьох країнах Східної Європи. **Висновки.** У зв'язку з глибокими медико-демографічними та соціальними змінами, що зумовлюють актуальність створення системи надання ПХД і СППД, проблема розвитку та удосконалення нормативно-правової бази і міжвідомчих та міжсекторальних організаційних моделей системи ПХД і СППД є одними з пріоритетних напрямків діяльності Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України, про що свідчать чинні законодавчі та галузеві нормативно-правові акти. В умовах реформування галузі охорони здоров'я та соціального захисту населення та після переходу повноважень від районного рівня до ОТГ також особливою актуальності набуває проблема обґрунтування та впровадження оптимальних моделей фінансування (бюджетування) медико-соціальних і соціальних послуг, у т. ч. і паліативного догляду, що вимагає переходу від принципу утримання закладу до фінансування результатів наданих соціальних послуг. Існуюча практика застосування програмно-цільового методу потребує подальшого удосконалення, при цьому, важливе значення має стандартизація та уніфікація витрат шляхом розробки паспортів соціальних послуг по всім визначеним законодавством видам. Найбільш суттєвим резервом щодо зміцнення фінансування надання соціальних послуг у громадах є розширення сфери та умов застосування платних послуг. Великі перспективи розвитку закладів соціальної сфери пов'язані із застосуванням принципу державно-приватного партнерства.

Ключові слова: нормативно-правова база; об'єднані територіальні громади; модель фінансування (бюджетування) медико-соціальних і соціальних послуг; реформування системи охорони здоров'я; реформування системи соціального захисту населення; система паліативної і хоспісної допомоги (ПХД); соціальна послуга з паліативного догляду; міжвідомчі та міжсекторальні організаційні моделі ПХД

© «Здоров'я суспільства» / «Здоровье общества» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2019

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2019

Для кореспонденції: Царенко Анатолій Володимирович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: atsarenko@gmail.com

For correspondence: Anatoliy Tsarenko, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Dorogozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: atsarenko@gmail.com

Вступ

Проблема розвитку та удосконалення нормативно-правової бази і оптимальних організаційних моделей впровадження і фінансування системи паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) і соціальної послуги з паліативного догляду (СППД) та інших медико-соціальних і соціальних послуг є одними з пріоритетних напрямків діяльності Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України, зокрема Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства соціальної політики України, про що свідчать чинні законодавчі та галузеві нормативно-правові акти. Впродовж останніх десятиліть розвиток і впровадження надання ПХД і СППД населенню як у містах, так і в сільській місцевості, є однією з найактуальніших проблем держави і суспільства, оскільки, незважаючи на значні успіхи сучасної медичної науки і практичної медицини, поширеність і смертність населення від інкурабельних хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) зростає навіть у країнах з потужною економікою, високим рівнем розвитку системи охорони здоров'я та високими соціальними стандартами якості життя [1, 2].

Згідно даних медичної статистики, в Україні у структурі смертності дорослого населення перші місця стабільно займають «захворювання-повільні вбивці» («*slow killers*»), зокрема захворювання серцево- і церебросудинної системи та злоякісні новоутворення, що значною мірою зумовлено швидкими темпами постаріння населення [3, 4]. У зв'язку із глибокими демографічними та соціальними змінами, характерними для більшості постіндустріальних країн світу і України, вже у другій половині 20-го та на початку 21-го сторіччя суттєво зростає актуальність створення системи надання ПХД і СППД, особливо, людям похилого віку [1, 2, 4, 5].

Сьогодні у зв'язку з реформуванням галузі охорони здоров'я та соціального захисту населення та після переходу повноважень від районного рівня до об'єднаних територіальних громад (ОТГ), також особливої актуальності набуває проблема обґрунтування та впровадження оптимальних моделей фінансування (бюджетування) медико-соціальних і соціальних послуг, у т. ч. паліативного догляду.

Метою роботи є аналіз та узагальнення сучасних підходів і форм надання ПХД і СППД населенню, обґрунтування та впровадження оптимальних моделей фінансування (бюджетування) соціальних послуг на рівні ОТГ.

Матеріали та методи

У роботі були використані національні та міжнародні нормативно-правові документи і літературні джерела, дані медичної статистики, методи системного та структурно-функціонального аналізу.

Результати та обговорення

В Україні надання паліативної допомоги населенню, як окремого виду медичної допомоги, регламентується Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Розділ V «Медична до-

помога», Стаття 33 «Види медичної допомоги» і Стаття 35-4 «Паліативна допомога»). Головними галузевими документами щодо надання ПХД і СППД в Україні є наказ МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» та наказ Мінсоцполітики України від 29.01.2016 № 58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду».

Надзвичайно важливим документом, який прийняла Верховна Рада України 17 січня 2019 р., є законопроект № 4607 «Про соціальні послуги», що забезпечує подальший розвиток чинного Закону України «Про соціальні послуги», затвердженого у 2003 р., і покликаний удосконалити в сучасних умовах реформування галузі соціального захисту населення основні напрямки державної політики у сфері надання соціальних послуг в Україні, механізми реалізації, завдання та координацію надання соціальних послуг, як приватними так і державними надавачами, визначити права і обов'язки одержувачів та постачальників соціальних послуг. Аналіз зазначеного вище проекту Закону України за-свідчив, що новим Законом України визначена єдина термінологія і підходи до організації соціальної роботи для цільових груп населення, зокрема: сімей, що опинилися в складних життєвих обставинах, людей з інвалідністю, безробітних, осіб, які зазнали насильства в сім'ї тощо. Згідно з зазначеним Законом, складними життєвими обставинами вважаються умови життя, що негативно впливають на його якість, стан здоров'я та розвиток особи, а також функціонування сім'ї, які особа чи її родина не можуть подолати самостійно. Паліативні стани, зокрема інкурабельні хронічні захворювання, входять до поняття «складні життєві обставини». Також у законопроекті визначені базові соціальні послуги. Вдосконалення законодавства в подальшому вимагатиме вирівнювання в правах та доступі до ринку соціальних послуг надавачів усіх форм власності.

У цьому плані слід також зазначити ще один надзвичайно важливий документ – «Стратегію державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року», що була затверджена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 11.01.2018 № 10-р, і в розробці якої автори брали участь.

Враховуючи роль і місце територіальних центрів соціального обслуговування населення щодо забезпечення СППД в системі ПХД, зокрема в рамках організаційно-функціональної моделі надання паліативної допомоги населенню в Україні в амбулаторних умовах на рівні первинної медичної допомоги (Рис. 1), виникає потреба обґрунтування оптимальних моделей фінансування (бюджетування) соціальних послуг на рівні ОТГ в умовах реформування систем охорони здоров'я та соціального захисту населення.

Надання ПХД та СППД вдома має цілий ряд переваг перед стаціонарними закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) або інтернатними установами соціального захисту населення. По-перше, ПХД і СППД надається пацієнтам у звичній для них домашній обстановці. По-друге, вдома легше вирішити відразу комплекс

проблем медичного, соціального, психологічного і духовного характеру. По-третє, має місце більш економічно ефективна система медико-соціальної допомоги. По-четверте, вдома можна забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців ЗОЗ та соціального захисту населення, що дозволить оптимізувати дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів паліативної допомоги.

Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам удома в Бельгії, Молдові, Нідерландах, Німеччині, Польщі, Республіці Білорусь, Словаччині, Угорщині та інших країнах засвідчили про значне поширення цієї форми надання ПХД як найбільш доступної та економічно обґрунтованої.

В умовах, коли повноваження з надання соціальних послуг концентрувалися на районному рівні, для обрахунку обсягів фінансового забезпечення застосовувався механізм встановлення бюджету закладів, що спирався на оцінку необхідного розміру коштів для підтримки існування закладів, які надають соціальні послуги, а саме – визначенні витрат по основним їх групам: заробітна плата з нарахуваннями, матеріальні ресурси, комунальні платежі, адміністративні витрати тощо. Перехід повноважень надання соціальних послуг від району до ОТГ вимагає переходу від прин-

ципу утримання закладу до фінансування результатів наданих соціальних послуг. Виходячи з цього можна виділити наступні пріоритетні завдання: 1) удосконалення методичної бази з метою забезпечення переходу від фінансування закладів до фінансування конкретно наданих послуг, що передбачені відповідними цільовими програмами соціального захисту населення ОТГ; 2) збільшення доходів, а також пошук та задіяння всіх можливих джерел фінансування; 3) постійне впровадження механізмів, що забезпечать економію фінансових ресурсів; 4) впровадження найбільш ефективних моделей фінансування. (Рис. 2).

Заходи з удосконалення методичної бази почалися впроваджуватись на практиці з 2016 р. із застосуванням програмно-цільового методу (ПЦМ), коли в громадах почали розроблятися програми соціального захисту, де під визначені контингенти отримувачів та заходи щодо задоволення їх потреб у соціальних послугах розраховується необхідне фінансове забезпечення, за рахунок усіх можливих джерел фінансування.

Існуюча практика застосування ПЦМ потребує подальшого удосконалення, зокрема **стандартизації та уніфікації витрат** шляхом розробки **паспортів соціальних послуг**. Паспорт соціальної послуги – це встановлення, відповідно до стандартів, ряду параметрів,

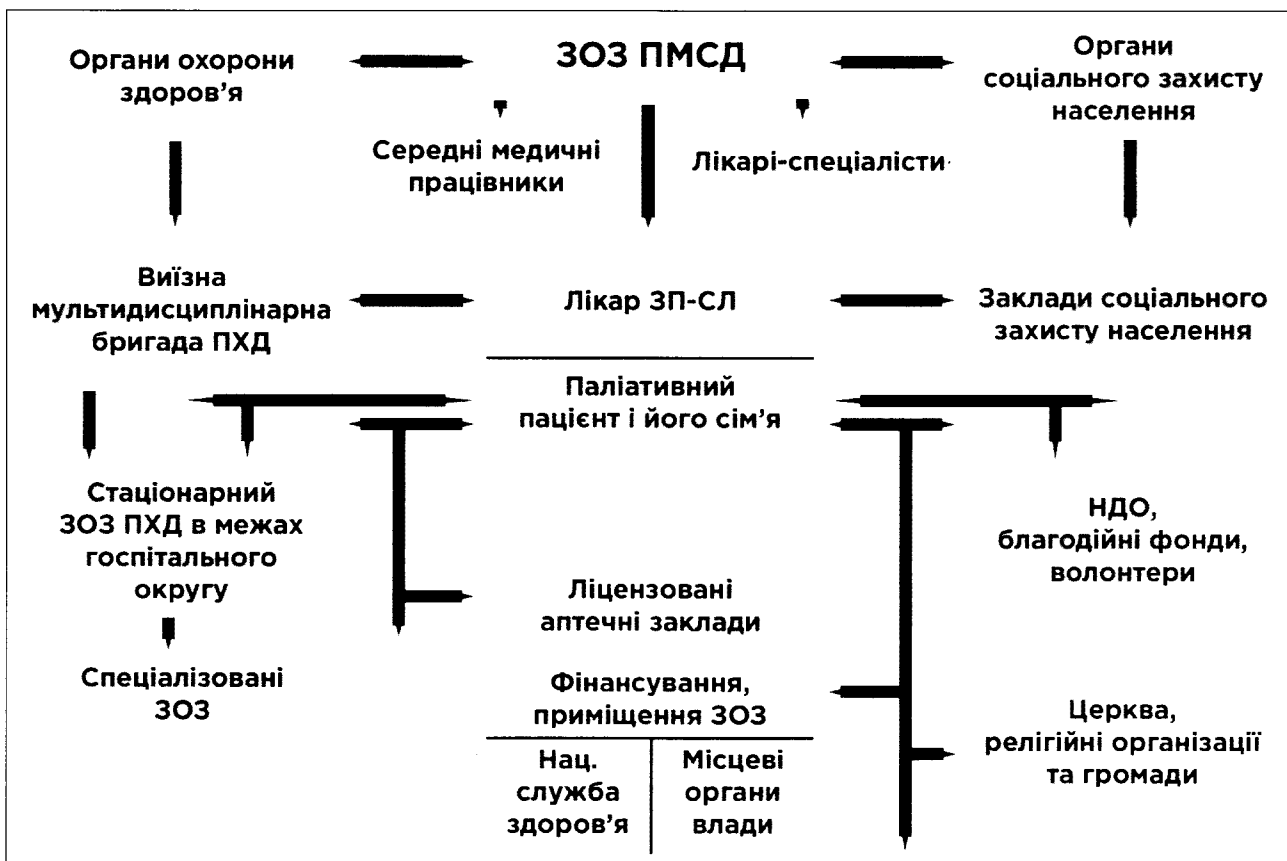


Рис. 1. Організаційно-функціональна модель надання загальної паліативної допомоги населенню в Україні в амбулаторних умовах на рівні ПМД (ЗОЗ – заклади охорони здоров'я; ЗОЗ ПМСД – заклади охорони здоров'я первинної медичної допомоги; ЗОЗ ПХД – заклади охорони здоров'я паліативної і хоспісної допомоги; лікар ЗП-СЛ – лікар загальної практики-сімейний лікар; НДО – недержавні/неурядові/ громадські організації)

зокрема: таблиць оснащення необхідним обладнанням; набір ресурсів (миючі засоби, продукти, засоби гігієни тощо); лікарські засоби; хронометраж часу на виконання послуг; інші компоненти. Паспорт повинен спиратися на встановлення середньозваженого набору заходів з виконання послуги для кожної цільової групи осіб.

Розробка паспортів дозволить запровадити принципово новий підхід до оцінки вартості послуг через розрахунок **єдиних преїскурантів**. Для цього потрібно провести калькуляцію вартості такого «паспортного» набору соціальних послуг шляхом встановлення обґрунтованих цінових параметрів по всім компонентам, що включені до паспорту. У результаті ми отримаємо сукупну (преїскурантну) вартість комплексного набору послуг, що має надаватись у розрізі цільових груп. Рекомендується застосувати метод референтного ціноутворення, коли обирається кілька пілотних об'єктів (громад), які є типовими для регіону, обраховується індивідуальна вартість по кожному з них, а далі робиться усереднення показників. Тим самим будуть встановлені єдині розцінки для споріднених цільових груп. Це замінить діючий принцип розрахунку вартості послуг шляхом здійснення калькуляції по кожному випадку у кожній окремій громаді.

Розробка таких єдиних преїскурантів має бути здійснена на центральному рівні Міністерством соціальної політики та Міністерством фінансів України. Проте, почати таку роботу з розробки єдиних преїску-

рантів слід уже на обласному рівні або на рівні асоціацій ОТГ у регіонах, щоб спиратися на преїскурантний підхід при підготовці бюджетних запитів у 2019 р. Перехід до розрахунку вартості послуг по цільовим групам отримувачів на основі єдиних преїскурантів дозволить перейти до фінансування не закладу, а самої послуги. Проведення «преїскурантизації» тарифів дозволяє застосувати систему **капітаційних або «подушних» нормативів**, що є основою впровадження принципу **«гроші ходять за пацієнтом/клієнтом»**. Розмір фінансування надання послуг визначається як добуток відповідного нормативу витрат коштів (диференційованих по групам отримувачів по категоріям осіб, що потребують тих чи інших послуг) на час, визначений відповідно до стандартів, який необхідний для надання цих послуг (кількість днів на рік). Тим самим за кожною людиною закріплюється відповідна сума коштів, яка має забезпечити її соціальне обслуговування. Гроші фактично «ходять» за пацієнтом/клієнтом, що як раз і передбачено новою редакцією Закону України «Про соціальні послуги». Наприклад, якщо людина перебуває вдома під наглядом родини/опікуна, то ці кошти перераховують їй або родині/опікуну, в залежності від лієздатності. Якщо особа перебуває у будинку соціальної опіки або ЗОЗ – пансіонаті, інтернаті, хоспісі, то ці кошти перераховують на рахунки таких закладів. Розпорядники бюджетних коштів (зокрема органи соціального захисту населення), за письмовою заявою

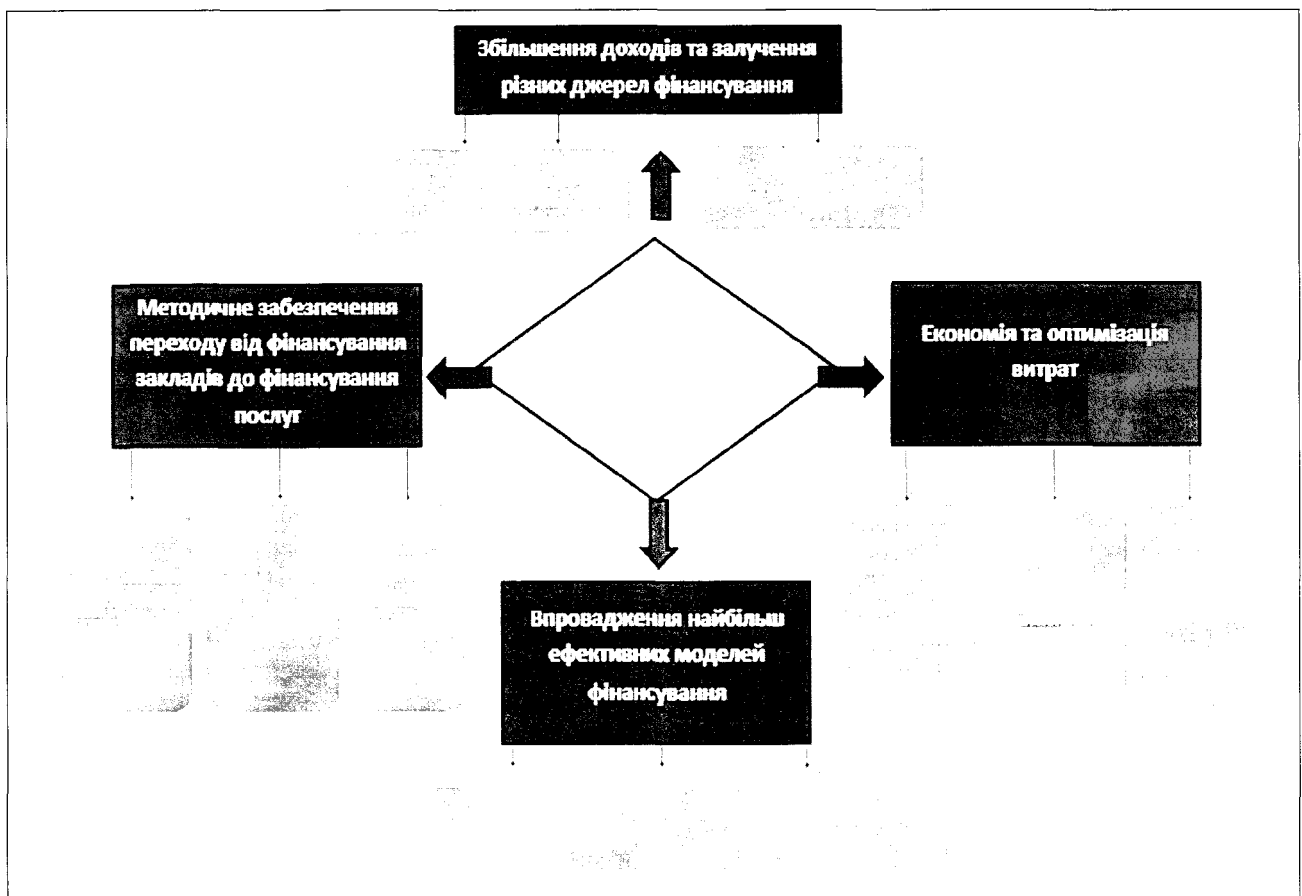


Рис. 2. Структурно-функціональна модель фінансування соціальних послуг

одержувачів соціальних послуг, можуть укласти договори на фінансування цих послуг із закладами-виконавцями, а також з фізичними особами. Направлення коштів у рахунок оплати послуг за бажанням громадянина, але за умови обов'язкового підписання договору із розпорядником коштів, забезпечує реалізацію права вибору фінансування конкретно наданої послуги, а не закладу чи установи, і дає можливість проконтролювати уповноваженими органами повноту і якість наданих послуг.

Важливе значення має **збільшення обсягів фінансових ресурсів**, що можуть бути залучені для забезпечення виконання соціальних послуг. У першу чергу, це **збільшення надходжень із загального фонду** місцевого бюджету ОТГ, з якого буде визначатися частка на фінансування напряму – надання соціальних послуг. У 2018 р. до складу доходів ОТГ включили частину розміру плати за видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з випуску та проведення лотерей, яка сплачується за місцем розташування відповідного пункту їх розповсюдження, надходження в рамках програм допомоги і грантів міжнародних фінансових організацій, донорських установ, а також 13,44 % акцизного податку з виробленого в Україні пального та 13,44 % акцизного податку з ввезеного на митну територію України пального пропорційно до обсягу реалізованого суб'єктами господарювання роздрібною торгівлі пального на відповідній території.

Доцільно було би розглянути включення до бюджетів ОТГ усіх надходжень від орендної плати та частини рентної плати за спеціальне використання лісових ресурсів, за спеціальне використання води водних об'єктів місцевого значення, за користування надрами та використання інших природних ресурсів. Якби була прийнята комплексна земельна реформа з визначенням сфери відповідальності ОТГ за лісові та водні ресурси, що мають відношення до господарської діяльності громади, то тоді б можна було би чітко визначитись і з рентною платою. Аналогічно можна вносити пропозицію щодо зарахування до місцевих бюджетів хоча б 10 % від податку на прибуток підприємств, що не є у власності ОТГ, а також розширення повноважень місцевої влади визначати ставку земельного податку, податку на нерухоме майно, плату за реєстрацію суб'єкта господарчої діяльності, а також права визначати пільги у сплаті цих податків. Резервами надходжень із земельного податку можуть бути стягування заборгованості через неправильне визначення площі земельної ділянки, неефективне використання земель тощо. Громадам варто розширити права у співпраці з фіскальними органами з питань: визначення кількості осіб, що сплачують податки, та обсягів їх нарахувань.

Бюджети ОТГ отримали право міжбюджетних відносин з державним бюджетом. Це – базова дотація, освітня субвенція, медична субвенція, інші субвенції та дотації, якщо є підстави для надання та отримання відповідних міжбюджетних трансфертів, зокрема додаткова дотація на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти і ЗОЗ та

субвенція на формування інфраструктури ОТГ. У державному бюджеті на 2019 р. також передбачено стабілізаційну дотацію (як додаткову дотацію з державного бюджету місцевим бюджетам) до завершення процесу об'єднання територіальних громад, відповідно до Закону України від 5.02.2015 р. № 157-VIII «Про добровільне об'єднання територіальних громад». Також має посилитись роль **спеціального фонду** місцевого бюджету, який акумулює цільові бюджетні трансферти, зокрема деякі субвенції, кошти, отримані від надання платних послуг, благодійні та спонсорські внески, бюджетні трансферти між громадами на виконання спільних програм з надання соціальних послуг.

Найбільш суттєвим резервом щодо зміцнення фінансування надання соціальних послуг у громадах є розширення сфери та умов застосування **платних послуг**. При підготовці програм надання соціальних послуг в ОТГ необхідно по кожному отримувачу соціальних послуг, який включений до програми, визначитись щодо наступних моментів – чи не має такий отримувач або його близькі дохід, що вагомо перевищує прожитковий мінімум, та чи не має бажання дана особа отримати послуги понад обсяги, визначені для його категорії згідно стандартів. Крім того, надавачі послуг у громадах можуть запропонувати послуги, які не входять до регламентованих переліків, а можуть бути запропоновані як додаткові у пакеті із тими, що передбачені стандартами, наприклад: а) медико-соціальної допомоги, зокрема проведення реабілітаційних заходів, лікувальної фізкультури, масажів тощо; б) організація відпочинку та дозвілля; в) приготування їжі та придбання харчів на замовлення; г) забезпечення консультацій з різних напрямів – медицина, юридична допомога, розрахунок пенсій, різних видів платежів та виплат, освоєння комп'ютерної техніки тощо; д) виховна робота та догляд за дітьми.

Для надання платних послуг ОТГ має розробити положення, в якому, зокрема, слід передбачити вимоги щодо організації надання таких послуг, перелік платних соціальних послуг, які планується надавати, порядок виконання робіт на платній основі, порядок розрахунків за платні послуги тощо. Розцінки щодо вартості надання платних послуг також слід вивести у єдиний прейскурант, з можливістю корегування до 10–15 %, у залежності від особливих умов, що наявні у тій чи іншій ОТГ. Ці тарифи повинні спиратися на економічно обґрунтовані бази даних, визначених на підставі державних і галузевих нормативів витрат, зокрема матеріальних ресурсів та витрат на одну людину-годину, що також мають бути прирівняні до тих чи інших еталонних індикаторів. Розпочати роботу з розробки таких прейскурантів також можна було б уже в цьому році на регіональних рівнях, щоб використати такі прейскуранти при підготовці бюджетних запитів на 2019 р.

У ряді випадків як джерела фінансового зміцнення можна розглядати такі напрями, як використання **коштів фондів регіонального розвитку та запозичення**, як місцеві, так отримані за рахунок кредитів (позик) від

міжнародних фінансових організацій. Проте, відповідно до чинного законодавства, кошти з обох цих джерел можуть спрямовуватися тільки на реалізацію інвестиційних програм (проектів), метою яких є розвиток комунальної інфраструктури, впровадження ресурсозберігаючих технологій, створення, приріст чи оновлення стратегічних об'єктів довготривалого користування. У разі наявності в ОТГ проектів, що передбачають закупівлю дороговартісного обладнання, будівництва та реконструкції об'єктів інфраструктури для соціальної сфери, у т. ч. ПХД і СППД, вони можуть подавати відповідні заявки для конкурсного відбору на рівні областей.

Можна також розглядати таке додаткове джерело доходів як **залучення фінансових грантів від донорів** – розробка та впровадження грантових програм з питань соціального захисту населення. У той же час, при наявності в Україні більше 1000 ОТГ, включаючи міські громади, це джерело не зможе мати значного поширення.

Важливим чинником досягнення **економії коштів** є набуття статусу комунальних підприємств для надавачів послуг на рівні ОТГ. Перебуваючи у статусі бюджетних установ, надавачі соціальних послуг (центри надання послуг) повинні заробити кошти від надання послуг, а також кошти, що отримані від спонсорів та благодійників, включити до спеціального фонду бюджету. Далі використання цих коштів здійснюється під управлінням вищестоящої установи, що значно звужує ініціативу надавача послуг, зокрема і в питаннях раціонального використання фінансових ресурсів. Статус комунального підприємства забезпечує право самостійного використання коштів, отриманих у результаті господарської діяльності. Можна стимулювати економію через матеріальне заохочення, обирати найбільш оптимальні умови та графіки фінансування.

У напрямі економії коштів можна запропонувати комбінований підхід, коли послуги, що надаються в рамках підготовлених у громаді програм, є частково бюджетно фінансованими, а частково платними, у залежності від матеріальних можливостей кожного отримувача. Такий **принцип часткової співоплати** передбачений зараз медичною реформою. Для застосування співоплати у наданні соціальних послуг треба, зокрема, встановити параметри платоспроможності пацієнта/клієнта, методи її оцінки та розробити системи ранжування населення за групами платоспроможності. Це дасть можливість побудувати спеціальні шкали, які визначать розподіл фінансування між бюджетними коштами та іншими джерелами, у першу чергу платними послугами, у залежності від рівня платоспроможності та індивідуальної спроможності особи забезпечувати свої життєві функції.

Автономізація закладів, що надають соціальні послуги, вимагає впровадження найбільш ефективних моделей здійснення самого процесу фінансування, зокрема для **раціоналізації використання коштів** необхідне розширення застосування механізмів **соціального замовлення**, коли кошти буде отримувати той, хто в умовах тендерів запропонує найбільш ефективне їх використання за принципом – «value for money – ко-

шти із урахуванням якості». Важливо, щоб кошти на соціальне замовлення, виділялися окремо в бюджетному запиті та в паспорті бюджетної програми як окремі **підпрограми**. Це дозволить чітко визначити розподіл фінансування на джерела – загальний фонд, спеціальний фонд та бюджет розвитку. Відповідно, у формі 2 бюджетного запиту можна буде визначити конкретні завдання, що будуть вирішуватись виконавцями соціального замовлення, результати, які мають бути отримані, а також показники ефективності.

Інша пропозиція, яка може бути опрацьована для практичної реалізації – це надання соціальним послугам, що мають здійснюватися за рахунок спеціального фонду бюджету, статусу **соціального замовлення**. Тим самим ми забезпечимо прямі стимули для економії коштів, оскільки соціальне замовлення передбачає конкурсний підхід, де виграють ті, хто має найбільш раціональні ресурсні пропозиції. ОТГ важливо підготуватися до застосування соціального замовлення, зокрема:

а) проведення конкурсів з попереднім відбором його учасників;

б) впровадити на місцевому рівні всі заходи щодо застосування принципу – гроші на пацієнта/клієнта, а не на заклад, зокрема такого, що пропонується нами;

в) розробити та впровадити на рівні керівництва ОТГ рішення, коли виконавці соціального замовлення, у свою чергу, могли б укласти підрядні договори на виконання певного обсягу послуг із іншими установами, що пройшли акредитації, зокрема недержавними благодійними/громадськими організаціями та приватними структурами, з відповідної компенсацією цим закладам бюджетних коштів за виконану роботу;

г) передбачити право отримувачів соціальних послуг до певного терміну (наприклад, до 15 листопада) подавати заявки на наступний рік щодо вибору виконавця замовлення;

д) розробити порядок моніторингу та контролю з боку соціальних служб ОТГ за виконанням замовлення;

е) запровадити обґрунтовану систему платних послуг, якщо отримувач хоче мати більший обсяг послуг, ніж входить до підписаного договору про соціальне замовлення.

Важливим також є питання **фінансування окремих ланок системи надання соціальних послуг** у громадах. Як уже зазначалось, ця система містить три основні ланки: а) адміністративно-управлінський підрозділ на рівні виконавчого органу ОТГ, що керує процесами соціального захисту населення; б) служби фахівців з соціальної роботи своєрідних кейс-менеджерів, що виконують функції виявлення та опису випадків, визначення переліків отримувачів та їх індивідуальних особливостей; в) структури, що безпосередньо надають послуги.

Управлінська ланка у виконкомі ОТГ має, як і зазвичай, фінансуватись згідно встановленого кошторису витрат. Фінансування виконавців послуг, які здійснюють свою діяльність у громаді, повинно здійснюватись за принципом **«глобального бюджету»**, коли кошти

надаються за скороченою економічною класифікацією видатків, по єдиному коду. Тобто, керівництво закладу має буде самостійно розподіляти кошти з метою досягнення більшої ефективності, концентрувати їх на найбільш важливих ділянках, робити заощадження для майбутніх капітальних витрат, мати повну інформацію про наявний фінансовий стан установи.

Стосовно підрозділу, що безпосередньо надає послуги, то оптимальним рішенням є в достатньо короткий термін провести автономізацію таких закладів, надавши їм статус комунальних підприємств. Тоді вони будуть працювати на принципах самофінансування, де частина коштів отримується із загального фонду для виконання обов'язково визначених владою громади програмних завдань, а частина заробляється самостійно шляхом надання послуг за запитами громадян.

Більш складним питанням є як фінансувати службу кейс-менеджерів фахівців з соціальної роботи (ФСР). На нашу думку, слід запровадити спеціальні субвенції з державного бюджету для фінансування цієї категорії фахівців. При цьому, дану субвенцію можна застосувати у формі «подушного» нормативу, коли кожен кейс-менеджер – ФСР бере на обслуговування певну кількість жителів ОТГ, але не більше, наприклад, 2 тисяч осіб, з якими він укладає договори на обслуговування щодо надання соціальних послуг. За ці гроші ФСР самостійно оплачує використання устаткування, якщо воно необхідне для діагностики та підтримки пацієнтів/клієнтів. Також по мірі розвитку ринкових відносин у медицині та освіті можливо буде проведення розрахунків з фахівцями цих галузей, послуги яких, у багатьох випадках, є необхідними для діяльності ФСР.

Великі перспективи розвитку закладів соціальної сфери пов'язані із застосуванням **принципу державно-приватного партнерства**, який позитивно себе зарекомендував у багатьох країнах Східної Європи. Приватними партнерами можуть виступати громадські, благодійні, релігійні організації, інвестори, інші юридичні та навіть фізичні особи. Мета – забезпечення вищих техніко-економічних показників ефективності діяльності закладів соціальної сфери та внесення приватним партнером інвестицій. Приватний партнер бере в експлуатацію заклад із надання послуг, працює на умовах повного самофінансування та надає послуги згідно укладеного з ОТГ договору. При цьому, він отримує право самостійно використовувати матеріально-технічну базу, здійснювати різні види господарської діяльності, отримувати доходи.

Висновки

Таким чином, проаналізувавши чинну нормативно-правову базу та сучасні підходи щодо оптимізації моделей фінансування (бюджетування) медико-соціальних і соціальних послуг на рівні ОТГ, можна зробити наступні висновки:

1. У зв'язку з глибокими медико-демографічними та соціальними змінами, що зумовлюють актуальність створення системи надання ПХД і СППД, проблема розвитку та удосконалення нормативно-правової бази

і міжвідомчих та міжсекторальних організаційних моделей системи ПХД і СППД є одними з пріоритетних напрямків діяльності Верховної Ради України та Кабінету Міністрів України, про що свідчать чинні законодавчі та галузеві нормативно-правові акти.

2. В умовах реформування галузі охорони здоров'я та соціального захисту населення та після переходу повноважень від районного рівня до ОТГ також особливою актуальності набуває проблема обґрунтування та впровадження оптимальних моделей управління системою фінансування (бюджетування) медико-соціальних і соціальних послуг, у т. ч. і паліативного догляду, що вимагає переходу від принципу утримання закладу до фінансування результатів наданих соціальних послуг.

3. Існуюча практика застосування ПЦМ потребує подальшого удосконалення, при цьому, важливе значення має стандартизація та уніфікація витрат шляхом розробки паспортів соціальних послуг по всім визначеним законодавством видам.

4. Найбільш суттєвим резервом щодо зміцнення фінансування надання соціальних послуг у громадах є розширення сфери та умов застосування платних послуг.

5. Великі перспективи розвитку закладів соціальної сфери пов'язані із застосуванням принципу державно-приватного партнерства.

Перспективи подальших досліджень

У багатьох розвинених країнах світу існує державна підтримка та системне програмне забезпечення надання ПХД і СППД. Подальша розробка та вирішення проблеми обґрунтування та впровадження оптимальних моделей фінансування (бюджетування) медико-соціальних і соціальних послуг, у т. ч. паліативного догляду, в Україні, стане важливим кроком на шляху до забезпечення належної якості життя сімей, що опинилися в складних життєвих обставинах, у т. ч. паліативних пацієнтів.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. ВОЗ. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Резолюция 67-й сессии ВА3, № А67/31 от 4 апреля 2014 г. – Женева, 2014. – 11 с. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://apps.who.int/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf.
2. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life / Ed. S. R. Connor, M. C. Bermedo. – Geneva, Switzerland-London, UK: WHO, WHPCA. – 2014. – 112 p. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
3. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/about.html>.

4. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // *Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал*. – 2014. – №1 (2). – С. 63–75.

5. Гойда Н.Г. Медико-соціальна характеристика організації системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Н.Г. Гойда, Ю.І. Губський, В.М. Князевич та інші // *Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика*. – 2014, № 23 (3). – С. 101-115.

Отримано 12.03.2019

Яковенко И. В.¹, Царенко А. В.²

¹ Київський університет імені Бориса Грінченка, г. Київ, Україна

² Національна медична академія послєдипломного образования імені П. Л. Шупика, Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я общества», г. Київ, Україна

Обоснование оптимальных моделей бюджетирования оказания социальных услуг на уровне объединенных территориальных общин

Резюме. Актуальность. В связи с глубокими медико-демографическими и социальными изменениями существенно возрастает актуальность создания доступной, качественной и эффективной системы оказания паллиативной и хосписной помощи (ПХП) и социальной услуги по паллиативному уходу (СУПУ). Сегодня в условиях реформирования сферы здравоохранения и социальной защиты населения и после перехода полномочий от районного уровня к объединенным территориальным общинам (ОТО), также особую актуальность приобретает проблема обоснования оптимальных моделей финансирования (бюджетирования) медико-социальных и социальных услуг, в т. ч. паллиативного ухода. **Целью работы** является анализ и обобщение современных моделей оказания ПХП и СУПУ населению, обоснование оптимальных моделей финансирования (бюджетирования) социальных услуг на уровне ОТО. **Материалы и методы.** В работе были использованы национальные и международные нормативно-правовые документы и литературные источники, данные медицинской статистики, методы системного и структурно-функционального анализа. **Результаты.** В работе авторы обосновывают современные оптимальные модели финансирования (бюджетирования) оказания социальных услуг на уровне ОТО. Переход полномочий финансирования оказания социальных услуг от района к ОТО требует перехода от принципа содержания учреждений к финансированию результатов, то есть оплаты стоимости оказанных социальных услуг. Применение системы «капитационных» или «подушных» нормативов является основой внедрения принципа «деньги ходят за пациентом/клиентом или услугой», а внедрение программно-целевого метода требует дальнейшего совершенствования. Важное значение имеет стандартизация и унификация расходов путем разработки паспортов социальных услуг, а также увеличение объемов финансовых ресурсов, которые могут быть привлечены для обеспечения выполнения социальных услуг, это в частности: увеличение поступлений из общего фонда местного бюджета ОТО, расширение сферы и условий применения платных услуг, привлечение финансовых грантов от доноров в качестве дополнительного источника доходов, применение механиз-

мов социального заказа и т. д., применение принципа государственно-частного партнерства, который положительно себя зарекомендовал во многих странах Восточной Европы. **Выводы.** В связи с глубокими медико-демографическими и социальными изменениями, которые обуславливают актуальность создания системы оказания ПХП и СУПУ, проблема развития и совершенствования нормативно-правовой базы и межведомственных и межсекторальных организационных моделей системы ПХП и СУПУ являются одними из приоритетных направлений деятельности Верховной Рады Украины и Кабинета Министров Украины, о чем свидетельствуют действующие законодательные и отраслевые нормативно-правовые акты. В условиях реформирования сферы здравоохранения и социальной защиты населения и после перехода полномочий от районного уровня к ОТО также особую актуальность приобретает проблема обоснования и внедрения оптимальных моделей финансирования (бюджетирования) медико-социальных и социальных услуг, в т. ч. и паллиативного ухода, требует перехода от принципа содержания учреждения к финансированию результатов оказанных социальных услуг. Существующая практика применения программно-целевого метода требует дальнейшего совершенствования, при этом, важное значение имеет стандартизация и унификация расходов путем разработки паспортов социальных услуг по всем определенным законодательством видам. Наиболее существенным резервом укрепления финансирования оказания социальных услуг в общинах является расширение сферы и условий оказания платных услуг. Большие перспективы развития учреждений социальной сферы связанные с применением принципа государственно-частного партнерства.

Ключевые слова: нормативно-правовая база; объединенные территориальные общины; модель финансирования (бюджетирования) медико-социальных и социальных услуг; реформирование системы здравоохранения; реформирование системы социальной защиты населения; система паллиативной и хосписной помощи (ПХП); социальная услуга по паллиативному уходу; межведомственные и межсекторальные организационные модели ПХП

I. V. Yakovenko¹, A. V. Tsarenko²

¹ Boris Grinchenko Kyiv University, Kyiv, Ukraine

² Shupyk National Medical Academy of Post-Graduate Education, International Public Organization "International Association "Health of Society", Kyiv, Ukraine

Substantiates of optimum budget models for the social services providing at the united territorial communities level

Abstract. Background. The importance of creating an affordable, high-quality and efficient Palliative and Hospice Care (PHC) System and Social Care Services for Palliative Care (SCSPC) is growing significantly due to the deep medical-demographic and social

changes. In the context of reforms in the Healthcare and Social Care Services System and after the transfer of authority from the Rayon (district) level to the United Territorial Communities (UTC) level the problem of the optimal models of financing (budgeting) of

social care services providing, including palliative care, substantiates. The purpose of the study is to analyze and generalize the modern models of PHC and SCSPC providing, to substantiate the social care services providing financing (budgeting) optimal models at the UTC level. **Materials and methods.** National and international normative-legal documents and literary sources, medical statistics data, methods of system and structural-functional analysis were used in the work. **Results.** The authors substantiate modern optimal models of social care services financing (budgeting) at the UTC level providing. The transition of the authority to finance the social care services providing from the Rayon (district) level to the UTC level requires the transition from the institution maintenance principle to the financing of the social care services results. The application of the "per capita" standards system is the basis for the introduction of the principle of "money follows a patient/client or service" and the Program-Target Method implementation needs further improvement. It is important to standardize and unify the costs by developing Passports for Social Care Services, as well as increase the amount of financial resources that can be involved in ensuring the social care services implementation, in particular: increasing revenues from the general fund of the UTC local budget, expanding the scope and conditions for the paid services use, the financial grants from donors attraction as an additional source of income, the use of social order mechanisms, etc., the application of the principle of public-private partnership, which has positively established itself in many countries of Eastern Europe. **Conclusions.** The urgency of the

PHC and SCSPC System creating, and the problem of the normative-legal base developing and improving, and the PHC and SCSPC System interagency and inter-sectoral organizational models creating are among the Verkhovna Rada (Parliament) of Ukraine and the Cabinet of Ministers of Ukraine the priority activities directions, as evidenced by the existing legislative and sectoral legal acts. In the context of reforming the Healthcare and Social Care Services System and after the transfer of authority from the Rayon (district) level to the United Territorial Communities level the problem of the optimal models of social care services providing financing (budgeting), including palliative care, requiring a transition from the institution maintenance principle to financing the provided social care services results. Existing practice of the Program-Target Method application needs further improvement, while standardization and unification of expenses by passports of social care services in all types of legislation developing are of great importance. The most significant provision for strengthening the social care services financing in the communities is the expansion of the scope and conditions for the paid services use. Great prospects for the development of social care institutions are related to the principle of public-private partnership application.

Keywords: normative-legal base; united territorial communities; social care services financing (budgeting) model; Healthcare System reforming; Social Care System reforming; Palliative and Hospice Care System (PHC); social care service for palliative care; inter-agency and inter-sectoral PHC organizational models