

*Чала Ніна Дмитрівна,
доктор наук з державного управління, доцент,
завідуюча кафедрою Школа охорони здоров'я,
Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ*

НОВА МОДЕЛЬ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

Сучасні процеси розвитку державного управління, неупинна динаміка соціально-економічних процесів та ступеня задоволення суспільних потреб населення країни вимагає проведення реформ, з яких реформа охорони здоров'я та реформа місцевого самоврядування є першочерговими. Низька якість медичних послуг, які надаються населенню, не завжди зумовлена тільки незадовільною роботою лікарів. В окремих випадках позитивні зміни спроможна забезпечити модернізація інфраструктури, реалізація проєктів державно-приватного партнерства, покращення фінансової бази та підвищення ефективності роботи місцевих громад. За принципом субсидіарності надання первинних медичних послуг має бути передано на місцевий рівень, бо саме тут їх надання буде більш ефективним, раціональним та відповідатиме потребам населення у відповідності до стану епідеміологічної ситуації. Це означає, що у місцевих бюджетах мають бути передбачені фінансові ресурси для забезпечення надання медичної допомоги. Отже, реформа охорони здоров'я та реформа місцевого самоврядування мають бути узгодженими.

Зміни до Бюджетного кодексу від 28.12.2014р. [1] запровадили нову модель фінансового забезпечення місцевих бюджетів та міжбюджетних відносин. Зокрема було скасовано дотацію вирівнювання, натомість серед інших нововведень запроваджено медичну субвенцію та субвенції на забезпечення медичних заходів. У 1 півріччі 2015р. медична субвенція профінансована у розмірі 21,8 млрд. грн. і склала 47,8% від плану на рік [2, 3]. Крім цього профінансовано як “інші субвенції” витрати на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарські засоби для інгаляційної анестезії – 19 млн. грн, або 10% від річного плану. Нова модель фінансового забезпечення змінила структуру видатків державного та місцевих бюджетів, зокрема у 2015 р. спостерігається зменшення частки видатків на охорону здоров'я у структурі видатків державного бюджету і фактично склали у першому півріччі 2015 року 3010,9 млн. грн., що становить 1,2% від загального обсягу видаткової частини державного бюджету, у порівнянні з аналогічним періодом 2013р., їх частка становила 2,3%. Загалом медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам у першому кварталі 2015р. профінансована у повному обсязі і становить 21,8 млрд.грн. Цілком природньо, що такі зміни вплинули на збільшення частки видатків на охорону здоров'я у місцевих бюджетах на 2,7 в.п., що склало 22,7% (27 млрд.грн.) [3]. Водночас, варто зазначити, що частково таке збільшення відбулося за рахунок проведення операцій з обліку землі, на якій розташовано медичні заклади у м.

Києві. Для повноти аналізу варто звернути увагу на те, що 42,2% видатків місцевих бюджетів складають видатки на виплату заробітної плати, 23,9% – на поточні трансферти населенню на соціальне забезпечення, а 7,1% – на оплату комунальних послуг та електроносіїв. Отже, основним ризиком та обмеженням децентралізації для реформи охорони здоров'я є фінансова спроможність місцевих бюджетів. За підрахунками Асоціації міст України щороку недофінансування делегованих повноважень складає 18-20 млрд. грн. Тому пропонується передбачити зміну механізму формування місцевих бюджетів.

Реформа місцевого самоврядування серед іншого передбачає формування спроможних територіальних громад шляхом добровільного об'єднання територіальних громад сіл (селищ, міст), де основним критерієм є здатність самостійно забезпечити належний рівень надання послуг. У вітчизняному нормативно-правовому полі чітко не розмежовано визначення медичної послуги та медичної допомоги, так само, як і немає чіткого розуміння що саме означає «належний рівень». Отже, для уникнення непорозумінь у органів місцевого самоврядування щодо їх обов'язків та повноважень у сфері охорони здоров'я має бути чітко визначено категорії «медична послуга», «медична допомога», а також показники якості, за якими можна буде чітко оцінити чи на належному рівні надається медична послуга, чи ні. Саме це дасть можливість раціонально планувати бюджетні показники для фінансування надання медичної допомоги населенню.

Одночасне проведення медичної реформи і об'єднання територіальних громад може привести до соціального спротиву, який пов'язано із побоюванням мешканців чинних адміністративно-територіальних одиниць втратити статус та інфраструктурні переваги. Тому важливо провести всі заходи щодо скорочення медичних закладів, відкриття і оснащення амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів до зміни адміністративно-територіального устрою. Це значною мірою зменшить навантаження на бюджети новоутворених територіальних громад, і знизить соціальну напругу. Таку послідовність дій підтверджує сумнозвісний досвід реформування охорони здоров'я у Грузії, коли в результаті проведеної реформи суттєво скоротилися бюджетні витрати, натомість у три рази зросла смертність у першу добу у лікарні [4].

Тому важливо у першу чергу сформувати нову мережу системи надання медичної допомоги на території майбутньої укрупненої територіальної громади, ознайомити місцеве населення з новими маршрутами отримання медичної допомоги і тільки після цього адміністративно утворювати укрупнену територіальну громаду та планувати її бюджет.

Підводячи підсумки зазначимо такі основні рекомендації:

1. Впровадження конституційних змін щодо децентралізації влади, формування спроможних громад має бути узгоджено з проведенням секторальної децентралізації охорони здоров'я. При оцінці фінансової спроможності територіальної громади має бути зроблена оцінка контингенту та потреб у медичних послугах даної територіальної громади.

2. Вважаємо, що для забезпечення належного рівня медичних послуг має бути чітко розведено розуміння «медична послуга», «медична допомога»; визначено основні показники оцінки якості надання медичної послуги, а екстрена медична допомога надаватися на за принципом екстериторіальності.

3. Задля зняття соціального спротиву і напруги рекомендуємо у першу чергу оптимізувати мережу медичних закладів у відповідності до потреб населення; проінформувати населення про маршрути отримання медичної допомоги і тільки після цього проводити об'єднання громад.

4. Низька фінансова спроможність місцевих бюджетів залишається основним ризиком децентралізації. В існуючих умовах нівелювання цього обмеження можливо тільки через впровадження оновленої системи фінансування медичних послуг на державному рівні.

5. Екстрена медична допомога повинна надаватися за принципом екстериторіальності, тому має бути виведена на державний рівень. Тези, які зазначені у даній статті, організації роботи служби екстреної медичної допомоги не стосуються.

Перелік використаних джерел:

1. Бюджетний кодекс України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>.

2. Закон України «Про Державний бюджет на 2015 рік» № 80-III від 28.12.2014 р. – [Електронний ресурс] <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/80-19>

3. Бюджетний моніторинг: Аналіз виконання бюджету за січень-червень 2015 року Зубенко В.В., Самчинська І.В., Рудик А.Ю. та інш. – ІБСЕД, проект «Змінення місцевої фінансової ініціативи (ЗМФІ-II) впровадження», USAID. – К., 2015. – 80с.

4. К. Бендукідзе, Ф.С. Редер, М. Танер, А. Урушадзе Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі. – К. 2014. – 52 с.