

ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ: РЕАЛІЇ ТА ВЕКТОРИ РЕФОРМУВАННЯ

У статті проаналізовано фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей Подільського регіону, джерела їх формування та напрями використання. Обґрунтовано необхідність та розроблено пропозиції щодо напрямів модернізації фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей в Україні.

In the article financial resources of children's health care facilities in Podilskiy region, source of the financial resources forming and directions of their use of the noted facilities are analysed. Necessity of reformation of the financial providing of health care facilities is grounded. Suggestions in relation to directions of modernization of the financial providing of children's health care facilities in Ukraine are offered.

фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей, фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я дітей, джерела фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей, бюджетні кошти, власні надходження.

Актуальність теми дослідження. Життя і здоров'я громадян визнані в Україні найвищою соціальною цінністю, що проголошено Конституцією України та іншими законодавчими документами. Здорове молоде покоління є запорукою стабільного розвитку країни, тому закономірно, що охорона здоров'я дітей входить до пріоритетів соціальної політики і є однією з найважливіших сфер піклування держави.

Проте, незважаючи на усі декларації щодо необхідності покращення здоров'я дітей, зниження рівня їхньої захворюваності, інвалідності й смертності, та прийнятих для розв'язання зазначених проблем численних нормативно-правових актів, ситуація щодо надання медичної допомоги дитячому населенню суттєво не покращилась. Це пояснюється невідповідністю принципів організації і функціонування галузі охорони здоров'я сучасним ринковим умовам господарювання, неузгодженістю державних соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я з фінансовими можливостями країни, недосконалою законодавчою базою, відсутністю єдиної виваженої стратегії реформування організаційно-економічних засад галузі, що привело до заміни безоплатної медичної допомоги платною, збільшення частки особистих витрат населення у відшкодуванні вартості медичних послуг, зменшення доступу малозабезпечених верств населення до медичної допомоги, погіршення її якості, скорочення масштабів профілактики захворювань та реабілітації здоров'я дітей.

Зважаючи на те, що система надання дітям високоякісної і достатньої медико-профілактичної допомоги в сучасних умовах набуває життєво важливого значення для забезпечення відтворення здорового суспільства та національної безпеки країни, необхідним є розроблення і запровадження такої моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка дала б змогу зміцнити фінансову базу закладів охорони здоров'я та відповідає б сучасним запитам суспільства.

Наведені обставини обумовлюють незаперечну актуальність дослідження засад формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей, обґрунтування шляхів удосконалення фінансового забезпечення зазначених інституцій.

Аналіз останніх публікацій. В Україні дослідженню теоретичних і практичних аспектів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я присвячені праці В. Андрущенка, О. Василика, В. Войцехівського, В. Галайди, Д. Карамишева, Н. Карпшин, О. Кириленко, С. Кондратюка, Н. Лакізи-Савчук, В. Лехан, С. Михайленко, В. Опаріна, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудого, Г. Трілленберг, О. Тулай, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін. Однак у наукових працях згаданих учених недостатньо уваги приділено вирішенню проблем комплексного підходу до фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, а щодо закладів охорони здоров'я дітей, то в Україні практично не проводились дослідження з проблем формування та використання їхніх фінансових ресурсів.

З огляду на вищесказане, основними завданнями статті є аналіз фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Подільського регіону, джерел їх формування та напрямів

використання, а також розробка пропозицій щодо реформування фінансового забезпечення даних закладів.

Виклад основного матеріалу. За несприятливої демографічної ситуації, що зберігається в Україні та у Подільському регіоні (Вінницька, Тернопільська та Хмельницька області) зокрема, підвищення рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед дітей особливої значимості набуває створення умов для формування, збереження і зміцнення їхнього здоров'я. Важлива роль у забезпеченні реалізації пріоритетної державної політики у даному напрямі належить закладам охорони здоров'я дітей, мережа яких охоплює: у Вінницькій обл. – 13 закладів із ліжковим фондом 1140 ліжок, Тернопільській обл. – 8 закладів із ліжковим фондом 1105 ліжок та Хмельницькій обл. – 8 закладів із ліжковим фондом 1035 ліжок.

Основним джерелом фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей Подільського регіону є кошти місцевих бюджетів, що свідчить про перенесення акцентів у фінансуванні охорони здоров'я дітей саме на регіональний рівень. За рахунок коштів державного бюджету в досліджуваних областях фінансуються централізовані заходи, до яких належать: заходи щодо забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я дітей медикаментами, медичним обладнанням, які мають вирішальне або першочергове значення у розв'язанні проблем профілактики та лікування окремих видів захворювань; зміцнення їхньої матеріально-технічної бази; заходи, що здійснюються в рамках цільових програм.

Таблиця 1

Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей зі зведених бюджетів Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей у 2001–2007 рр. *

Роки	Вінницька область			Тернопільська область			Хмельницька область		
	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %	Видатки на охорону здоров'я – всього, тис. грн.	Видатки на утримання закладів охорони здоров'я дітей, тис. грн.	Питома вага видатків на утримання закладів охорони здоров'я дітей, %
2001	81423,5	10569,3	13,00	94632,3	9413,9	9,95	153863,4	10862,8	7,06
2002	93773,5	13182,2	14,10	113957,3	11073,2	9,72	176730,6	12512,5	7,08
2003	225500,0	32104,1	14,20	149945,9	15262,5	10,18	198421,6	13968,9	7,04
2004	263200,0	20692,1	7,90	181971,2	18539,4	10,19	236776,0	16622,6	7,02
2005	399265,0	27001,8	6,80	254048,6	24224,8	9,54	320468,0	22880,1	7,14
2006	542887,7	38612,0	7,10	320401,0	31201,2	9,74	429733,0	31315,4	7,29
2007	686452,9	49482,6	7,21	430512,5	44520,2	10,34	549796,2	37376,1	6,80

Аналіз даних, наведених у табл. 1, засвідчує позитивну тенденцію зростання обсягів фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей протягом 2001–2007 рр. Проте, незважаючи на зростаючий рівень захворюваності дитячого населення Подільського регіону, а, отже, збільшення їхньої потреби у медичних послугах, фінансування закладів охорони здоров'я дітей не є пріоритетним напрямом витрачання бюджетних коштів, оскільки частка видатків на утримання згаданих медичних інституцій у загальному обсязі видатків зведених бюджетів областей є незначною і впродовж 2001–2007 рр. становила у середньому в Тернопільській та Вінницькій областях – 10%, у Хмельницькій обл. – 7%.

Найвищий темп приросту фінансових ресурсів у 2001–2007 рр. зафіксований у закладах охорони здоров'я дітей Тернопільської обл. – його середнє значення становило 29,56%, дещо нижчим

* Складено автором на основі даних [1–7].

він був у закладах Вінницької обл. – 29,34% і найнижчим – у закладах Хмельницької обл. – 22,9%. Зазначені медичні інституції утримуються здебільшого за рахунок надходжень із обласного бюджету.

Упродовж 2001–2007 рр. основним джерелом формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Подільського регіону були бюджетні кошти – їхня питома вага в середньому становила 91,1%. Найбільша частка бюджетних коштів спрямовувалась на фінансування дитячих лікарняних закладів – 60,1%, дещо менша – на утримання спеціалізованих дитячих санаторіїв – 20,6% та будинків дитини – 11,1%, найменша – на потреби дитячих поліклінік – 8,2% (рис. 1). Це свідчить про перенесення пріоритетів у фінансуванні саме на лікування хвороб дітей, а – не їх профілактику.

Власні надходження закладів охорони здоров'я дітей Подільського регіону суттєвої ролі у формуванні їхнього фінансового потенціалу не відіграли, оскільки у структурі джерел фінансування вони не перевищували 8,1% (питома вага плати за медичні послуги – 0,5%, надходжень від господарської діяльності – 0,1%, плати за оренду майна – 0,8%, надходжень від реалізації майна – 0,2%, благодійних внесків, грантів і дарунків – 3,4%, коштів, отриманих для виконання окремих конкретних доручень – 3,9%).

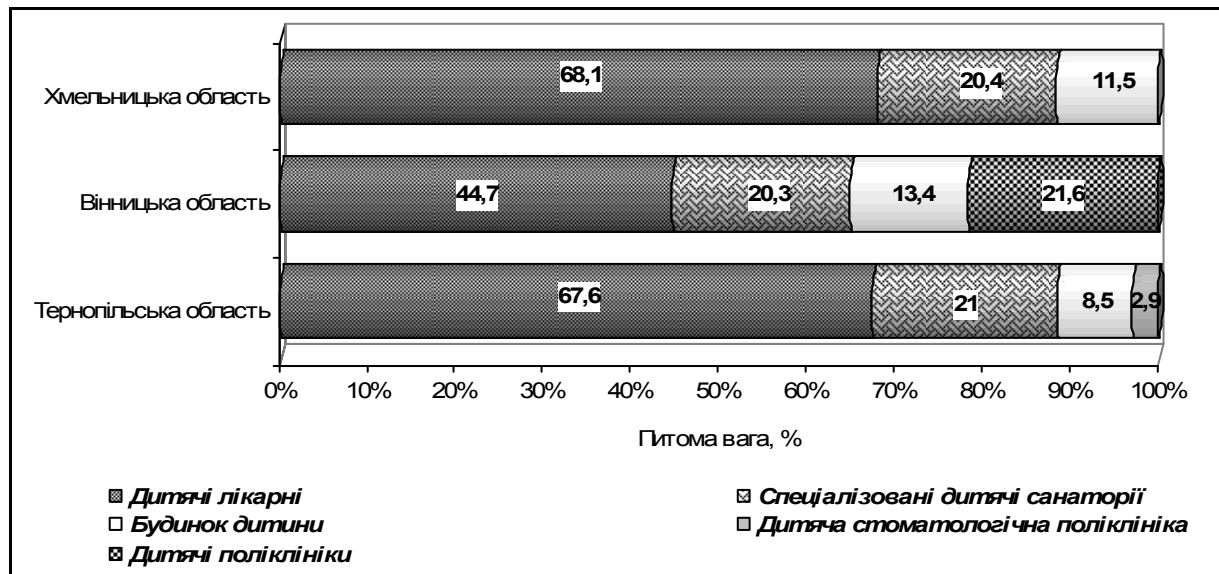


Рис. 1. Розподіл бюджетних коштів між закладами охорони здоров'я дітей Подільського регіону (середній показник за 2001–2007 рр.), %*.

Практику ширшого залучення додаткових фінансових ресурсів за рахунок надання різних видів платних послуг гальмує недосконалість законодавства. Зокрема, неврегульовано порядок надання платних послуг, відсутня єдина методика розрахунку вартості медичних послуг, невеликий перелік послуг, що можуть надавати саме заклади охорони здоров'я дітей, у зв'язку з чим зазначені медичні інституції практично позбавлені можливості збільшувати власні надходження.

Інститут медичного страхування в Україні тільки починає розвиватися й функціонує у вигляді добровільного медичного страхування та лікарняних кас. Страхові компанії пропонують такі види добровільного медичного страхування як страхування здоров'я на випадок хвороби і безперервне страхування здоров'я. Базові програми медичного страхування охоплюють: амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, стоматологічні послуги, стаціонарне лікування, медичне обслуговування вдома, швидку та невідкладну медичну допомогу. Страхова сума при страхуванні здоров'я на випадок хвороби коливається від 1,5 до 15 тис. дол. США (страхові внески становлять 0,5–5% від цієї суми); при безперервному страхуванні здоров'я – 7 до 20 тис. дол. США (страхові внески 0,5–0,8% зазначеної суми). За бажанням страхувальника, крім базових програм до страхового полісу можуть належати додаткові страхові програми (вакцинація дітей, медична допомога при поїздках територією України чи за її межами на

* Складено автором на основі даних [5–7].

відпочинок та інші) [8]. Особливість добровільного медичного страхування дітей у тому, що за них платять страхові внески страхувальники – або це батьки (якщо договір страхування укладено з фізичною особою), або страхувальники їх батьків (якщо юридична особа-працедавець застрахувала працівників).

Як підтверджує практика, добровільне медичне страхування в Україні повноцінно не розвивається, оскільки для більшості страхових компаній не забезпечує значного прибутку через високі страхові виплати. Крім того, через низький рівень купівельної спроможності населення воно доступне лише для багатих людей або суб'єктів господарювання, які включають медичне страхування у „соціальний” пакет для своїх працівників.

У Подільському регіоні також поширеною є негативна тенденція, коли страховики під виглядом медичного страхування намагаються легалізувати надання закладами охорони здоров'я дітей неофіційних „платних медичних послуг” дітям.

Як свідчить зарубіжний та вітчизняний досвід, одним із вагомих додаткових джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей могли б стати кошти лікарняних кас, які використовуються в основному для поліпшення медикаментозного забезпечення їхніх учасників. Це свого роду громадські добровільні нагромаджувальні фонди, які створюються з ініціативи громадян та лікарів-активістів. В Україні спостерігається позитивна динаміка розвитку лікарняних кас, загальна кількість членів яких становить близько 800,1 тис. осіб. За їх рахунок на потреби закладів охорони здоров'я у 2007 р. надійшло понад 53,7 млн. грн. Якщо аналізувати за регіонами, то найбільше коштів до лікарняних кас надійшло у Харківській (17,8 млн. грн.), Житомирській (15,6 млн. грн.), Миколаївській (5,7 млн. грн.) та Чернігівській (5,6 млн. грн.) областях [9, с.51]. Члени лікарняних кас щомісячно вносять або фіксовану суму коштів (по 15–20 грн), або відсоток від заробітної плати чи пенсії (близько 5%) до бюджету каси, які зараховують на їх персональні рахунки.

Існують різні точки зору щодо доцільності діяльності таких інституцій. Противники створення лікарняних кас вважають, що цей процес законодавчо не врегульований та неконтрольований з боку держави, що стає причиною зловживань, фінансових порушень і тому не може бути ефективним. На наш погляд, поки в Україні не буде впроваджено обов'язкове медичне страхування як доповнення до бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, доцільно залучати кошти лікарняних кас, що можна формувати за рахунок внесків населення та роботодавців. Як підтверджує вітчизняний і зарубіжний досвід, діяльність зазначених інституцій сприятиме ефективному використанню фінансових ресурсів, оскільки до контролю залучаються члени лікарняних кас, що підвищує його результативність та забезпечує цільове спрямування наявних коштів.

Упродовж 2001–2007 рр. зростав обсяг бюджетних коштів, залучених закладами охорони здоров'я дітей Подільського регіону у розрахунку на 1 ліжко-день. Найбільше коштів (середнє значення) отримали заклади охорони здоров'я дітей Тернопільської області – 62,59 грн., дещо менше – Хмельницької області – 57,49 грн., найменше – Вінницької області – 52,55 грн. Протилежною є ситуація щодо залучення власних надходжень у розрахунку на 1 ліжко-день закладами охорони здоров'я дітей. Найвище середнє значення даного показника – у Вінницькій області – 9,5 грн., дещо нижче – у Тернопільській області – 5,45 грн. і найнижче – у Хмельницькій області – 3,3 грн.

Пріоритетними напрямками витрачання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей Подільського регіону були поточні видатки. Найбільшу питому вагу в структурі видатків закладів охорони здоров'я дітей упродовж 2001–2007 рр. займали видатки на оплату праці й нарахування на неї – 61%. Частка видатків на придбання медикаментів та перев'язувальних засобів становила 7%, продуктів харчування – 8%, оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 8%, капітальних видатків – 9%, інших поточних видатків – 7%.

Отже, результати аналізу фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей дають підстави констатувати майже повну залежність фінансового потенціалу зазначених інституцій від бюджетних коштів, що не можуть повністю задовольнити їх потреби. Через неспроможність держави усунути негативні наслідки впливу ринкових механізмів на функціонування галузі охорони здоров'я стрімко розвивається „тіньовий” сектор у закладах цієї галузі, який породжує небажані явища:

– економічні: грошові потоки, що формуються за рахунок неофіційних платежів пацієнтів за надані медичні послуги, не інвестуються у розвиток закладів охорони здоров'я дітей (запровадження нових медичних технологій, підвищення якості медичних послуг тощо), не оподатковуються, чим обмежують можливості органів державної влади та місцевого самоврядування збільшувати бюджетні кошти на їх утримання;

– соціальні: не сповна забезпечено конституційне право дітей на безоплатну медичну допомогу, через зростання вартості медичних послуг знижується їх доступність для населення з низьким рівнем доходу, виникають соціальна напруженість і невдоволення ситуацією, що склалася, у пацієнтів та медичного персоналу.

Не забезпечено пріоритетність фінансування закладів охорони здоров'я дітей і при розподілі бюджетних коштів на локальному рівні. Незважаючи на те, що формульний порядок розрахунку обсягу видатків на охорону здоров'я із місцевих бюджетів передбачає фіксований обсяг бюджетних асигнувань на одного жителя (фінансовий норматив бюджетної забезпеченості) та через коригувальні коефіцієнти враховує диференціацію потреб населення певної адміністративної території у медичній допомозі залежно від віку й статі, заклади охорони здоров'я фінансують на основі оперативно-сітьових показників їх потужності. При цьому не беруться до уваги кількість і якість наданих медичних послуг, вид медичного закладу залежно від вікової структури пацієнтів, які обслуговуються. Така ситуація призводить до недофінансування закладів охорони здоров'я дітей через невідповідність між чисельністю дитячого населення та обсягом фінансових ресурсів, призначених для задоволення потреб дітей у медичній допомозі.

Результати порівняння частки дітей у загальній чисельності населення з часткою видатків на заклади охорони здоров'я дітей у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я із зведених бюджетів Вінницької, Тернопільської та Хмельницької областей (враховуючи питому вагу видатків на заклади охорони здоров'я для дорослого населення, в яких функціонують дитячі відділення та консультації, у Вінницькій – 4,7%, Тернопільській – 1,8% та Хмельницькій – 4,8% областях) дають підстави стверджувати про недосконалість практики фінансування закладів охорони здоров'я дітей на основі показників їх потужності, оскільки названі медичні інституції недоотримали у Вінницькій області від 13,49% до 41,53%, Тернопільській області – 33,3–53,9%, Хмельницькій області – 40,6–44,8% грошових коштів, призначених для надання медичних послуг дітям.

Одним із шляхів вирішення зазначеної проблеми, на наш погляд, є удосконалення методики формульного розрахунку видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів. Зважаючи на пріоритетність охорони здоров'я дітей у державній політиці охорони здоров'я України та відчутну різницю між показниками захворюваності дитячого й дорослого населення, на наш погляд, доцільно окремо визначати видатки на охорону здоров'я з бюджету для даних категорій пацієнтів та фінансувати заклади, які надають їм медичну допомогу, враховуючи отримані суми. Частка видатків на охорону здоров'я дітей (OZ_d) у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я (OZ) з бюджету локального рівня, на наш погляд, має бути не меншою, ніж питома вага чисельності дітей ($ЧД$) у загальній чисельності населення ($ЧН$) і частка загальної захворюваності дітей ($З_d$) у загальній захворюваності населення ($З_n$) відповідної території:

$$\frac{OZ_d}{OZ} \geq \frac{ЧД}{ЧН} \quad \frac{OZ_d}{OZ} \geq \frac{З_d}{З_n}$$

Це дасть змогу спрямувати фінансові ресурси, призначені для охорони здоров'я дітей, на фінансування закладів, які її забезпечують.

Отже, фінансові ресурси, що інвестуються у галузь охорони здоров'я України, не залежить від кінцевих результатів діяльності закладів охорони здоров'я, не сповна відповідають їх потребам, використовуються із низькою економічною ефективністю в основному на утримання зазначених закладів, а не на лікування пацієнтів, тому не сприяють поліпшенню якості та забезпеченню доступності медичної допомоги населенню. Крім того, медичні заклади мають статус бюджетних установ із обмеженими правами щодо управління фінансами, зорієнтовані лише на систему нормативів, які доводять органи

управління охорони здоров'я, і позбавлені економічних стимулів щодо покращення результативності діяльності та підвищення якості медичної допомоги.

У зв'язку з цим, актуальним є здійснення реформ, спрямованих на покращення фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я України шляхом створення ефективної та прозорої моделі фінансування, що орієнтована на реальні потреби пацієнтів, раціоналізацію використання фінансових ресурсів та удосконалення системи управління охороною здоров'я.

Зважаючи на зарубіжний досвід формування і використання фінансових ресурсів медичної галузі та особливості української системи надання медичної допомоги, концепція модернізації фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей повинна включати комплекс заходів:

- визначення базового пакета гарантованого державою обсягу безоплатних медичних послуг і забезпечення адекватного розміру фінансових ресурсів для організації їх надання;
- виокремлення в переліку закладів охорони здоров'я групи „заклади охорони здоров'я дітей”, до якої входили би дитячі лікарняні заклади, дитячі амбулаторно-поліклінічні заклади, дитячі санаторно-курортні заклади та заклади медико-соціального захисту дітей, і відображення під окремим кодом у бюджетній класифікації видатки на їхнє утримання;
- введення співучасті населення в оплаті медичних послуг (послуги підвищеної комфортності, витрати на госпіталізацію понад встановлений нормативами термін лікування);
- надання управлінської та фінансової автономії закладам охорони здоров'я дітей шляхом перетворення їх на некомерційні підприємства;
- розширення переліку платних послуг, які можуть надавати безпосередньо заклади охорони здоров'я дітей, розроблення методики визначення їх вартості;
- відмова від принципу фінансування витрат (утримання) закладів охорони здоров'я дітей та перехід до контрактних закупівель медичних послуг за моделлю блок-контракту;
- відмова від кошторисного методу фінансування закладів охорони здоров'я та запровадження: подушного фінансування за моделлю часткового фондотримання – для оплати медичних послуг дитячих амбулаторно-поліклінічних закладів та фінансування за методом глобального бюджету – для дитячих лікарняних закладів;
- формування багатоканальної моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей із залученням бюджетних коштів як основного джерела фінансових ресурсів, коштів від медичного страхування, надання платних медичних і немедичних послуг, благодійних внесків, кредиту, лізингу та інших джерел, не заборонених законодавством;
- перенесення пріоритетів у фінансуванні на заклади охорони здоров'я дітей, які забезпечують надання первинної медико-санітарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям;
- впровадження стаціонарозамінних та ресурсозберігаючих технологій, оптимізація потужності медичних закладів, підвищення ефективності капіталовкладень;
- залучення до управління закладами охорони здоров'я дітей менеджерів охорони здоров'я, здатних забезпечувати ефективно управління фінансовими ресурсами.

Висновки. Необхідна передумова реалізації розглянутих вище шляхів удосконалення моделі фінансування закладів охорони здоров'я дітей в Україні – формування належної нормативно-правової бази, яка б створила підґрунтя для ефективного реформування фінансового забезпечення медичних інституцій. У зв'язку з цим автором запропоновано удосконалити нормативно-правове забезпечення управління фінансовими ресурсами згаданих інституцій шляхом: приведення у відповідність гарантованого державою обсягу надання

безоплатної медичної допомоги населенню і виділеними бюджетними коштами на організацію його надання; з'ясування належності права на управління діяльністю комунальних закладів охорони здоров'я до власних чи делегованих державою повноважень органів місцевого самоврядування; здійснення фінансування з районного бюджету сільських, селищних та міських районного значення закладів охорони здоров'я; розроблення механізму здійснення взаєморозрахунків між місцевими бюджетами за надання медичної допомоги громадянам.

Використана література

1. Звіт-виставка на базі МОЗ України „Стан та перспективи розвитку галузі охорони здоров'я”, Вінницька область – 2006 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/hcare/mrep>.
2. Фінансові звіти Головного фінансового управління Вінницької обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
3. Фінансові звіти Головного фінансового управління Тернопільської обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
4. Фінансові звіти Головного фінансового управління Хмельницької обласної державної адміністрації за 2001–2007 роки.
5. Фінансові звіти закладів охорони здоров'я дітей Вінницької області за 2001–2007 роки.
6. Фінансові звіти закладів охорони здоров'я дітей Тернопільської області за 2001–2007 роки.
7. Фінансові звіти закладів охорони здоров'я дітей Хмельницької області за 2001–2007 роки.
8. Щеглова К. Добровільне медичне страхування [Електронний ресурс] / К. Щеглова. – Режим доступу до докум. : http://www.healthfin.kiev.ua/pages/smi/kor_01.htm.
9. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік / [за ред. В. Князевича]. – К., 2008. – 277 с.