ФІНАНСОВІ РЕСУРСИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ: РЕАЛІЇ ФОРМУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗРОСТАННЯ

Зоряна ЛОБОДІНА

Розглянуто моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, їх недоліки та переваги. Проаналізовано фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей та джерела їх формування. Запропоновано пропозиції щодо реформування фінансового забезпечення вищезгаданих закладів.

The article deals with the models of the financial maintenance of health protection establishments, their disadvantages and advantages are mentioned. Financial resources of establishments for children health protection and ways of their forming are analysed. Suggestions how to change financial maintenance of those establishments are proposed.

Невід'ємною складовою стратегії розвитку охорони здоров'я є розробка та реалізація заходів щодо покращення здоров'я дітей. Це один із пріоритетів державної політики, оскільки від рівня здоров'я цієї вікової категорії населення великою мірою залежить формування трудового та інтелектуального потенціалу України.

Особливої актуальності дане питання набуває на тлі постійного погіршення здоров'я дітей та зростання дитячої смертності. Моніторинг показників здоров'я зазначеної категорії населення свідчить, що за період 2000–2005 рр. захворюваність дітей зросла на 13%, поширеність хвороб – на 13,8%. Відновилась тенденція збільшення рівня смертності немовлят. Упродовж 1996–2004 рр. смертність дітей віком до одного року знижувалась, а в 2005 році зафіксовано її підвищення на 6,3% порівняно з 2004 роком. За європейськими мірками даний показник в Україні (10,1%) є дуже високим і у 2,2 раза перевищує аналогічний показник Європейського Союзу (4,5%). Після тривалого, хоча й повільного, зниження смертності дітей у віці 1–14 років у 2005 році спостерігається підвищення смертності і в цій віковій категорії населення [8, 35]. Таким чином, аналіз наведеної статистики свідчить про необхідність постійної підвищеної уваги до проблем здоров'я дитячого населення та перенесення пріоритетів у фінансуванні саме на заклади, які забезпечують збереження та відновлення їхнього здоров'я.

В Україні дослідженню теоретичних та практичних аспектів фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я присвячені праці Й. Бескида, О. Василика, О. Величко, Н. Карпишин, О. Ки-

риленко, С. Кондратюка, Я. Радиш, І. Радь, Г. Тріллєнберг, О. Тулай, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Ю. Лісіцин, Г. Поляк, В. Семьонов, Л. Трушкіна та ін.

Однак, слід зазначити, що в економічній літературі ще недостатньо вивчений фінансовий аспект функціонування галузі охорони здоров'я, а щодо закладів охорони здоров'я дітей, то в Україні майже відсутні комплексні дослідження, спеціально присвячені проблемам їх фінансування та управління фінансовими ресурсами. З огляду на вищесказане, основними завданнями статті є аналіз фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей та джерел їх формування, а також розробка пропозицій щодо реформування фінансового забезпечення даних закладів.

Фінансове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я дітей є визначальним чинником фінансової стабільності, платоспроможності даних закладів, а головне – конкурентоспроможності медичних послуг, що надаються дітям. Основою для цього є якраз фінансові ресурси, які ми пропонуємо трактувати як суму грошових коштів у фондовій та нефондовій формах, що мобілізуються закладами охорони здоров'я дітей із різних, не заборонених законодавством джерел за певний період часу, та використовуються для формування їх активів з метою надання медичних послуг дітям.

Необхідною умовою функціонування закладів охорони здоров'я дітей є порядок і умови формування їх фінансових ресурсів.

Основи законодавства України про охорону здоров'я (стаття 18) визначають основні джерела фінансування охорони здоров'я [4], в залежності від яких можна виділити такі види фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей: кошти Державного бюджету України; кошти місцевих бюджетів: бюджету Автономної республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування; кошти фондів медичного страхування; кошти благодійних фондів; інші джерела, не заборонені законодавством.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. № 1313, доповнює зазначені джерела фінансових ресурсів. Згідно із даним документом, джерелами фінансування охорони здоров'я повинні бути окрім коштів державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних та фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інші джерела, не заборонені законодавством.

Кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування будуть фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технологічного забезпечення (базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги) [7].

Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей та джерела їх формування, визначені Основами законодавства України про охорону здоров'я та Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, відображено на рис. 1.

На наш погляд, фінансові ресурси закладів охорони здоров'я дітей можна згрупувати за наступними ознаками:

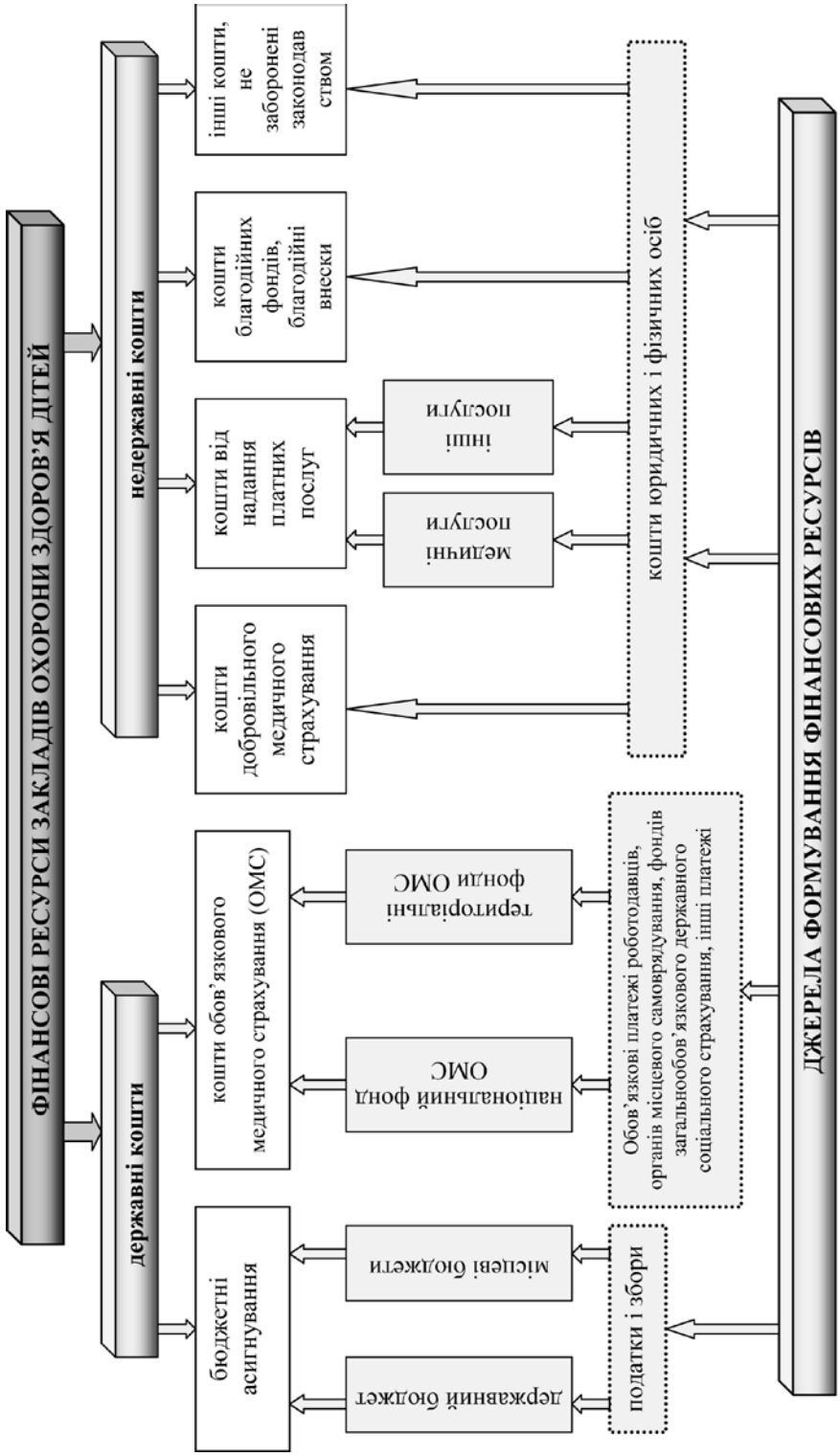

Рис.1. Формування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей України *

*Розроблено автором на основі [4, 8].

– за формою власності: державні і недержавні кошти;
– за джерелами формування: внутрішні і зовнішні;
– за способом формування: кошти загального фонду державного та місцевих бюджетів; кошти спеціального фонду (кошти від надання платних послуг, благодійні внески, гранти, кошти, що надходять для виконання певних доручень);
– за формою організації: які мають фондовий і нефондовий характер організації;
– в залежності від характеру діяльності: кошти від надання медичних послуг та кошти від надання послуг немедичного характеру.

Серед джерел фінансових ресурсів можна виділити податки і пов'язане з ними бюджетне фінансування; збори у формі внесків на обов'язкове медичне страхування; власні кошти юридичних та фізичних осіб.

Бюджетне джерело пов'язане із всією системою державних фінансів, що забезпечує його високу надійність. З іншого боку, бюджет будь-якого рівня має безліч напрямів витрачання коштів, в результаті чого фінансове благополуччя галузі охорони здоров'я залежить не тільки від рівня економічного розвитку країни, але і від пріоритетів фінансової політики держави.

Страхові платежі мають цільовий характер, що забезпечує гарантоване спрямування зібраних коштів на фінансування охорони здоров'я. Негативна властивість даного джерела обумовлена обсягом коштів, які забезпечуються страховими внесками. Вони мізерніші, ніж ті, які можуть забезпечуватися за рахунок бюджетів. До того ж, теоретично бюджет має перевагу, оскільки володіє компенсаторними можливостями: низький рівень надходжень одних податків може в тій чи іншій мірі компенсуватися вищими надходженнями інших податків, тоді як система страхування такої можливості позбавлена.

Приватні кошти як джерело фінансування безпосередньо пов'язані з економічними традиціями і рівнем розвитку держави.

Розглянута нами теоретична класифікація джерел фінансових ресурсів має безпосереднє відношення до процесу організації фінансування закладів охорони здоров'я дітей. Відповідно до трьох розглянутих джерел фінансових ресурсів традиційно виділяють три основні моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я (рис. 2):

– державна (бюджетна);
– страхова;
– платна (приватна).

При існуванні бюджетної моделі практично всі заклади охорони здоров'я знаходяться у віданні державного і комунального сектора. Для неї характерна жорстка централізація і фінансування з державних джерел (бюджетів). Основою фінансової бази бюджетної системи є податкові надходження юридичних і фізичних осіб. Дана система може виступати в двох варіантах – з елементами страхування і без них. Варіант бюджетного фінансування з використанням державного страхування означає, що в схемі з'являється нова складова – страхові фонди. Оплата медичних послуг здійснюється не безпосередньо з бюджету до медичної установи, а шляхом утворення медичних страхових фондів, які діють як страхові компанії. Вони зараховують суму базового страхового внеску, що оплачується бюджетом за кожного жителя, і ведуть подушний облік витрат своїх клієнтів на медичні послуги. Другий варіант існував в нашій країні до початку реформ 90-х років, коли лікувальні уста-

Рис. 2. Моделі фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я

нови отримували кошти безпосередньо з бюджету і надавали безкоштовну медичну допомогу населенню.

Страхова система організації медичного обслуговування переважно використовується в країнах, де національні системи охорони здоров'я побудовані на недержавній основі. Цікавим є факт, що в сучасних західних країнах в охороні здоров'я спочатку розвивався приватний сектор, а потім на певному етапі розвитку держава переходила до гарантій надання громадянам безкоштовних, загальнодоступних послуг охорони здоров'я. Таким чином, медичне страхування історично виступало як засіб підвищення соціальних гарантій відносно приватної системи охорони здоров'я.

Основною характеристикою такої моделі є те, що держава з метою забезпечення гарантованою медичною допомогою більшості населення (за винятком найбагатших, які оплачують лікування самостійно) в законодавчому порядку зобов'язує всіх працедавців і самих громадян відраховувати частину доходів на медичне страхування, а виробників послуг забезпечувати населення медичною допомогою в рамках державних зобов'язань за посередництва страхових організацій (модель регульованого обов'язкового страхування). Фінансування медичного страхування здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців – відрахування від доходів, доходи працівників – відрахування із заробітної плати, бюджетні кошти, які акумулюються в спеціальних страхових фондах.

Привабливість страхової медицини полягає в тому, що вона дозволяє економити бюджетні кошти, оскільки велика частина фінансового тягаря перекладена на страхувальника, а також робить доступною медичну допомогу для широкого кола осіб. При цьому розмір соціальних виплат, як правило, пов'язаний з індивідуальним внеском застрахованого і його страхувальника (працедавця). Окрім цього, платник страхових внесків

має право вибирати страхову компанію, а та – лікувальні установи.

Приватна медицина в даний час представлена приватнопрактикуючими лікарями, клініками і лікарнями. Весь обсяг медичної допомоги оплачує сам пацієнт, або безпосередньо купуючи платні медичні послуги, або через систему добровільного медичного страхування. Держава бере на себе лише турботу про малозабезпечені верстви населення, пенсіонерів, безробітних і т. п. Позитивними рисами моделі є висока якість медичних послуг, безпосередня відповідальність страховика перед клієнтом і гарантія оплати при страховому випадку, високі доходи лікарів. Головний її мінус – висока вартість медичних послуг, недоступність медичної допомоги для більшості населення.

Доречно відзначити, що приватна модель охорони здоров'я історично пов'язана із задоволенням потреби у високоякісних і дорогих медичних послугах лише для забезпечених верств населення. Тому вона не може бути організаційно-фінансовою основою національної системи охорони здоров'я в цілому, а може лише використовуватися як доповнення до державної моделі охорони здоров'я або системи, заснованої на соціальному страхуванні.

В даний час ні в одній країні світу жодна з розглянутих моделей не функціонує в "чистому" вигляді, що свідчить про відсутність яскраво виражених переваг будь-якої з них. В реальності всі перераховані джерела фінансових ресурсів поєднуються і можна говорити тільки про переважаючий тип фінансового забезпечення. На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, реформи системи охорони здоров'я, які зараз проходять у країнах СНД, Болгарії, Угорщині, Польщі спрямовані на заміну бюджетної моделі на страхову. В Іспанії здійснюється перехід в зворотньому напрямку. У Великобританії бюджетна модель доповнюється ринковими елементами, а в Нідерландах та Франції – аналогічний процес проходить в рамках страхової моделі. Таким чином, спостерігаються загальні тенденції щодо спроб запровадження багатоканальних систем гнучкого фінансування галузі охорони здоров'я.

Спробуємо визначити тип фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей, що склався сьогодні в Україні.

Основним офіційним джерелом фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей виступають кошти державного та місцевих бюджетів. Реалії сьогодення свідчать, що в Україні збереглася позитивна тенденція щорічного зростання номінальних обсягів фінансування даних закладів. Обсяги видатків зведеного бюджету держави на надання медичної допомоги одній дитині у 2005 році зросли порівняно із 2000 роком і становили близько 260 грн.

Однак, обсяги витрат на систему охорони здоров'я у відсотках до ВВП в Україні (близько 3%) залишаються нижчими за аналогічні показники у країнах-членах Європейського Союзу. Згідно з інформацією Європейської бази даних "Здоров'я для всіх", загальні витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП у країнах Європейського регіону в середньому становили 6,5%, країнах-членах Європейського Союзу – 8,7%.

На задоволення потреб в охороні здоров'я пересічного мешканця в Україні, в т. ч. і дітей, з урахуванням паритету купівельної вартості витрачається у 8,5 раза менше коштів, ніж у країнах Європейського регіону, та у 12,9 – у країнах-членах ЄС [8, 79].

Таким чином, в умовах дефіциту бюджетних ресурсів, кошти, за рахунок яких

фінансуються заклади охорони здоров'я дітей, не дозволяють повністю задовольнити зростаючі потреби дітей в медичних послугах і забезпечити стійку соціально-демографічну ситуацію.

Неузгодженість державних гарантій у сфері охорони здоров'я з економічними можливостями країни призвела до заміни безоплатної медичної допомоги платною. У сукупному обсязі витрат на утримання закладів охорони здоров'я дітей частка бюджетних коштів стрімко зменшується і, навпаки, – зростає частка особистих витрат населення (в тому числі і неофіційні (тіньові) платежі). Офіційна плата за медичні послуги та доброчинні благодійні внески у загальній структурі витрат мають невелику питому вагу – близько 3,5–4%. Межі між безоплатною і платною медициною дуже розмиті. Поле діяльності добровільного медичного страхування та лікарняних кас не окреслено, вони значною мірою дублюють державні зобов'язання. Їхня частка у фінансових ресурсах закладів охорони здоров'я дітей не перевищує 0,5% від загальних бюджетних витрат. Структуру фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей в Україні зображено на рис.3.

При бюджетній моделі фінансування охорони здоров'я величина фінансових ресурсів, що виділяються закладам охорони здоров'я дітей, не залежить від кінцевих результатів їх діяльності, що не сприяє поліпшенню якості наданих медичних послуг. Фактично здійснюється фінансування утримання мережі закладів охорони здоров'я дітей, а не наданих медичних послуг пацієнтам у цих закладах (за розрахунками фахівців Міністерства охорони здоров'я, 80% фінансових ресурсів, які виділяються на потреби закладів охорони здоров'я, витрачаються на їх утримання, і лише 20% – на лікування пацієнтів [9]).

Крім того, в умовах недостатнього бюджетного фінансування наявні фінансові ресурси використовуються з низькою ефективністю. Це можна пов'язати із тим, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я мають статус бюджетних установ із вкрай обмеженими правами щодо прийняття управлінських рішень стосовно використання фінансових ресурсів. Заклади охорони здоров'я дітей орієнтуються лише на систему нормативів, доведених органами управління охорони здоров'я, і позбавлені економічних стимулів щодо розширення обсягів діяльності і підвищення якості медичної допомоги.

У зв'язку з цим особливо актуальною є розробка і запровадження такої моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я, яка дозволила б зміцнити фінансову базу та гарантувати фінансову стійкість закладів охорони здоров'я дітей, підвищити якість та забезпечити доступність медичної допомоги дітям.

Для забезпечення реального фінансування вищезгаданих закладів в Україні доцільно запровадити бюджет-

Рис. 3. Структура фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей в Україні*

* Складено на основі даних Міністерства охорони здоров'я України за 2005 р. [9].

но-страхову модель фінансування галузі охорони здоров'я, яка передбачає поєднання бюджетних коштів (60%), коштів, які надходять від медичного страхування (35%) та платних медичних послуг і благодійних внесків (5%).

Медичне страхування є важливим елементом фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, механізмом перерозподілу коштів на потреби медицини, засобом реалізації принципів ринку в галузь та інструментом забезпечення соціальних гарантій населення з отримання якісної медичної допомоги, що має суттєвий вплив на здоров'я та рівень добробуту нації [3, 15]. Традиційно виділяють два основні види медичного страхування: обов'язкове та добровільне.

Запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні викликає широку дискусію в урядових колах, у представників медичної громадськості, науковців, економістів, страховиків та інших категорій населення. За роки незалежності робилася не одна спроба ухвалити закон про обов'язкове медичне страхування, було напрацьовано кілька законопроектів у даному напрямі, але жоден із них не прийняла Верховна Рада України. Аналіз зазначених законопроектів дозволяє стверджувати, що вони або базуються на концепції соціального страхування і передбачають створення одного національного страхового фонду (проект закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування № 4505 та проект закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування № 4505-1), або основані на концепції обов'язкового цивільного (комерційного) страхування та орієнтовані на створення конкурентного ринку обов'язкового медичного страхування за участю багатьох комерційних страхових компаній (проект закону про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування № 3370 і проект закону про загальнообов'язкове медичне страхування № 3370-1).

На наш погляд, основними причинами неприйняття парламентом закону про медичне страхування є наступні:

- підвищення податкового тиску на юридичні та фізичні особи у зв'язку із сплатою ними страхових внесків, в результаті чого може знизитися конкурентоспроможність продукції та посилитись тенденція "тінізації" економіки;
- недостатньо високий рівень економічної активності суб'єктів господарювання, поширення практики видачі заробітної плати "в конвертах", високий рівень безробіття, що перешкоджатиме акумуляції в достатньому розмірі коштів на медичне страхування;
- впровадження обов'язкового медичного страхування суперечить конституційному праву людини на вільний вибір системи медичного страхування;
- відсутність ефективної системи взаємозв'язку між кількістю та якістю наданої медичної допомоги, оплатою праці медичного персоналу, фінансуванням закладів охорони здоров'я, які б забезпечували прозорість та ефективність функціонування медичного страхування;
- в законопроектах не передбачено переваги для медичних працівників у зв'язку із запровадженням медичного страхування.

У вересні 2006 року на розгляд Верховній Раді було подано новий проект закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування" (№ 2192 від 19.09.06 р.), який дуже схожий до проекту закону № 3370, базується на концепції цивільно-правово-

го обов'язкового медичного страхування та передбачає наявність конкурентного страхового ринку. Говорити про те, чи буде ухвалено парламентом зазначений документ, важко, оскільки модель цивільно-правового медичного страхування потребує стабільної економічної ситуації, налагодженого державного механізму, цивілізованого ринку, незалежної судової системи (в Україні всі ці ознаки поки що відсутні) та, окрім Швейцарії та Нідерландів, більше ніде в розвинених країнах світу не застосовується.

У лютому 2007 року оприлюднено нові проекти закону "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" № 3155 від 09.02.2007 р. та № 3155-1 від 12.02.2007 р., в яких передбачено врегулювати питання щодо: порядку встановлення конкретного переліку медичних послуг, що надаватимуться застрахованим особам, та їх вартості; взаємовідносин Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування України та постачальників медичних послуг на договірних засадах; визначення порядку сплати страхових внесків та покриття витрат на медичні послуги, матеріальне забезпечення та соціальні послуги; управління Фондом медичного страхування та формування його робочих органів [5; 6]. Проте, за результатами оцінки Головного науково-експертного управління, проект закону № 3155-1 потребує суттєвого доопрацювання і лише окремі положення третього розділу можуть бути використані при доробці проекту закону № 3155 [2].

Що стосується законопроекту № 3155, який спрямований на удосконалення механізмів фінансування та організації системи охорони здоров'я в Україні, то за результатами розгляду у першому читанні Головним науково-експертним управлінням він визнаний як такий, що може бути взятий за основу з урахуванням висловлених зауважень і пропозицій [1]. Зазначений документ спирається на досвід країн ЄС з соціально орієнтованою ринковою економікою, де в основу фінансування системи охорони здоров'я покладено модель обов'язкового соціального страхування. Зазначений підхід у цих країнах забезпечує, порівняно з іншими моделями фінансування (бюджетною та на основі приватного страхування на цивільно-правових засадах), як високу якість надання медичних послуг, так і належний рівень дотримання соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

На наш погляд, суттєвими перевагами запропонованого законопроекту є приведення норм соціального страхування за ризиком хвороби до міжнародних стандартів, оскільки передбачено об'єднати два види загальнообов'язкового державного соціального страхування: у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням і похованням та медичного страхування. Тобто, замість п'яти видів соціального страхування, передбачених Основами законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, пропонується функціонування чотирьох видів страхування. У зв'язку з цим планується перетворити Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності у Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування України.

Така пропозиція ґрунтується на тому, що створення окремої структури об'єктивно призведе до значного збільшення витрат на організаційні моменти та дублювання ряду функцій по страхуванню здоров'я, які покладено зараз на Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, зокрема,

по відновленню здоров'я застрахованих осіб і членів їх сімей, дітей, у тому числі здійснення заходів профілактичного характеру. Крім того, потреба в медичному обслуговуванні та наданні допомоги з тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів для працюючих осіб в більшості випадків виникає при настанні одного й того ж страхового випадку. Ці випадки регулюються однією Конвенцією Міжнародної Організації Праці про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби № 130 від 4 червня 1969 року, в якій передбачено управління такими видами допомоги однією установою, що забезпечить зменшення видатків на адміністрування.

Окрім того, передбачається створити підпорядковану головним управлінням виконавчої дирекції Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування України мережу страхових кас на великих підприємствах з чисельністю понад 5 тисяч працюючих та за адміністративно-територіальними поділами (районні в містах, міські, районні), що певною мірою вирішує питання щодо формування мережі посередників на ринку медичних послуг та може забезпечити належну організацію і захист прав застрахованої особи.

До основних недоліків законопроекту "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" № 3155 можна віднести:

– документом передбачено, що за рахунок бюджетів усіх рівнів має здійснюватись лише фінансування цільових програм охорони здоров'я, що суперечить ст. 49 Конституції України, ст. 4 Основ законодавства України про охорону здоров'я та Рішенню Конституційного Суду України від 29.05.2002 р., тоді як в країнах із соціально орієнтованою ринковою економікою навіть і при страховій моделі фінансування держава та органи місцевого самоврядування фінансують з бюджетів не менш ніж половину видатків на охорону здоров'я;
– страхові виплати, передбачені Законом України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням", для застрахованих осіб за програмами обов'язкового медичного страхування у проекті пропонується скасувати, що суперечить конституційним вимогам щодо недопустимості звуження змісту і обсягу наданих права та принципу соціальної справедливості в цілому;
– однозначно не вирішене питання розмежування осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню, та які добровільно можуть бути застраховані.

Звичайно, питання доцільності введення медичного страхування в Україні залишається дискусійним, однак як свідчить досвід країн з розвиненою ринковою економікою, воно володіє такими перевагами: рівний доступ застрахованих до якісної медичної допомоги незалежно від розміру їх фінансової участі та платоспроможності; децентралізований та цільовий характер формування фондів фінансових ресурсів; відмова від залишкового принципу фінансування; створення конкурентного середовища для закладів охорони здоров'я; можливість регулярного залучення вищезгаданими закладами додаткових фінансових ресурсів тощо. Тому, на наш погляд, медичне страхування потрібно вважати об'єктивно необхідним, доцільно впроваджувати як альтернативне джерело

фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей, але робити це варто поступово і виважено. Розбудова страхової медицини повинна здійснюватись з добровільної згоди усіх суб'єктів медичного страхування; сплата страхових зборів юридичними і фізичними особами повинна частково компенсуватися шляхом зниження розмірів податків та інших обов'язкових платежів до бюджету; оплата наданих медичних послуг має тісно залежати від їх кількості та якості. Окрім того, доцільно створити умови для розвитку добровільного медичного страхування як ефективного доповнення до обов'язкової його форми.

Збільшити обсяг фінансування закладів охорони здоров'я дітей та покращити якість медичних послуг можна і за допомогою правильної організації платних медичних послуг та вирішення питання розрахунку цін на них.

Таким чином, запропонована бюджетно-страхова модель фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей дасть змогу створити умови для найповнішого задоволення потреб дітей в отриманні доступної та високоякісної медичної допомоги; суттєво зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети; знизити частку "тіньової медицини" в системі медичного забезпечення; уникнути необгрунтованих витрат, спричинених наданням зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку; поліпшити фінансовий стан працівників вищезгаданих закладів.

У результаті проведеного дослідження приходимо до таких висновків і пропозицій:

1. Подальшого удосконалення та наближення до європейських вимог потребує і нормативно-правова база, що регулює фінансування та управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я дітей. На наш погляд, особливо актуальним є усунення суперечностей між такими основними законодавчими документами України:

– статтею 49 Конституції України, яка визначає, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена;
– статтею 6 Закону України "Про охорону дитинства", в якій гарантоване державою право дитини на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
– статтею 95 Конституції України, в якій відмічено, що виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні видатки, розмір і цільове спрямування цих видатків;
– статтею 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, де зазначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу.

2. Стратегічним пріоритетом реформування економічних засад охорони здоров'я повинна стати зміна організаційно-правового статусу закладів охорони здоров'я дітей з бюджетних установ на державні (комунальні) некомерційні підприємства із можливістю самостійного управління своїми фінансовими ресурсами. Керівники даних закладів повинні отримати свободу оперування коштами в межах запланованого обсягу медичної допомоги, без жорстких постатейних обмежень. Водночас, кошти, зекономлені у процесі лікування, мають залишатися у розпорядженні лікуваль-

ного закладу. У результаті в медичних працівників з'явиться зацікавленість у виборі найбільш результативних і заощадливих методів лікування дітей.

3. Доцільно реорганізувати систему медичного обслуговування дітей із першочерговим розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я потреба дітей у первинній медичній допомозі найбільша і становить 94%, у спеціалізованій – менша – 5,5%, у високоспеціалізованій – ще менша – 0,5%, що повинно проявлятися у структурі споживання медичних послуг та відповідному розподілі фінансових ресурсів. В Україні ж 80% фінансових ресурсів спрямовується на спеціалізовану стаціонарну допомогу, 15% – на спеціалізовану амбулаторну допомогу і лише 5% на первинну медико-профілактичну допомогу.

Таким чином, вирішення зазначених проблем визначатиме перспективи розвитку охорони здоров'я дітей і буде основою її реформування у найближчі роки.

Література

1. Висновок Головного науково-експертного управління на проект закону "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" від 09.02.2007 р. № 3155. – Доступний з: <http://www.rada.gov.ua>

2. Висновок Головного науково-експертного управління на проект закону "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" від 12.02.2007 р. № 3155-1. – Доступний з: <http://www.rada.gov.ua>

3. Губар О. Е. Медичне страхування в фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населенню: Автореф. дис. канд. екон. наук: 08.04.01. – К., 2004. – 20 с.

4. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.1992 р. № 2801-XII (із змінами та доповненнями). – Доступний з: <http://www.rada.gov.ua>

5. Проект закону "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" від 09.02.2007 р. № 3155. – Доступний з: <http://www.rada.gov.ua>

6. Проект закону "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" від 12.02.2007 р. № 3155-1. – Доступний з: <http://www.rada.gov.ua>

7. Указ Президента України "Концепція розвитку охорони здоров'я населення України" від 7.12.2000 р. № 1313. – Доступний з: <http://www.rada.gov.ua>

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію у 2005 році. – К., 2006. – 226 с.

9. http://www.moz.gov.ua