

УДК 614.2(477.45):658

## РОЛЬ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО АУДИТУ В КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ)

Скрипник О.А.

здобувач Дніпропетровського регіонального інституту державного управління НАДУ при Президентіві України

### Annotation

In the article the results of complex audit of efficiency of the use by the organs of local self-government of plenary powers are represented in relation to the grant of social guarantees in the sphere of health care. Separate features are exposed in relation to financing from different budgets on the proper aims and presence of correlative communication between the volumes of financing. The plan of actions of organs of executive power and local self-government is offered at an operating normative base on a transitional stage to obligatory state social medical security.

### Анотація

У статті відображено результати комплексного аудиту ефективності використання органами місцевого самоврядування повноважень щодо надання соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я. Виявлено окремі особливості щодо фінансування з різних бюджетів на відповідні цілі та наявності корелятивного зв'язку між обсягами фінансування. Запропоновано план дій органів виконавчої влади та місцевого самоврядування при чинній нормативній базі на перехідному етапі до загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

### Ключові слова

Органи місцевого самоврядування, фінансові механізми державного управління у сфері охорони здоров'я.

### I. Вступ

Розглядаючи систему розподілу фінансових ресурсів на охорону здоров'я, можна дійти висновку, що фінансовий норматив бюджетної забезпеченості формується без будь-якого зв'язку з гарантіями держави щодо надання безоплатної медичної допомоги.

Загалом простежується пряма залежність між вкладенням коштів в охорону здоров'я та подовженням тривалості якісного життя. У країнах Європи державні витрати на одного мешканця становлять 2–3 тис. у. о., що разом з іншими складовими формування здоров'я забезпечує середню тривалість

життя 75–80 років. Зараз на одного українця ця сума становить 60–70 у. о.

Жорстке розмежування витрат на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів поряд з певним упорядкуванням використання ресурсів призводить до дезінтеграції територіальної системи медичної допомоги. Неможливо не погодитись з дослідниками цього напрямку фінансування вітчизняної охорони здоров'я В.М. Лехан та В.М. Рудим, що розподіл коштів між медичними закладами здійснюється відповідно до застарілих підходів – залежно від ресурсних показників та фінансування медичних закладів, що перебувають у державній або комунальній власності, передбачає, згідно з Бюджетним кодексом, виділення коштів на їх утримання, а не покриття витрат відповідно до обсягів виконаної роботи [1–4].

### II. Постановка завдання

Мета статті – комплексно дослідити механізм державного регулювання ефективності використання органами місцевого самоврядування бюджетних коштів та державного майна на надання соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я Кіровоградської області.

### III. Результати

Відповідно до поставлених завдань у дослідженні використано комплексну методику, яка включає статистичний, математичний методи, а також методи експертних оцінок, порівняльного аналізу, організаційного експерименту тощо.

До робочої групи входили спеціалісти контролю-ревізійної служби та представники управління охорони здоров'я облдержадміністрації. Матеріали аналізу включали дані за період з 2001 р.

При проведенні дослідження було опрацьовано п'ять гіпотез:

Гіпотеза 1. Невизначеність місцевими органами влади та органами місцевого самоврядування конкретних результативних показників, яких необхідно досягти при виконанні територіальних програм у сфері охорони здоров'я, не орієнтує досліджувані заклади на кінцевий результат роботи – покращення стану здоров'я населення.

## Держава та регіони

Гіпотеза 2. Відсутність на державному та регіональному рівнях нормативів щодо обсягів фінансового забезпечення гарантованого рівня медичних послуг на 1 жителя викривляє базу показників, які використовуються при плануванні видатків, сприяє розпорошенню та нерівномірному розподілу коштів між закладами.

Гіпотеза 3. Проведення децентралізації фінансування установ охорони здоров'я та переведення дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів і фельдшерських пунктів на утримання сільських та селищних бюджетів призводить до збільшення чисельності адміністративно-господарського персоналу зазначених закладів і, відповідно, витрат на їх утримання.

Гіпотеза 4. Слабка робота місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування з пошуку додаткових джерел фінансування охорони здоров'я й недостатність контролю за законним і цільовим використанням бюджетних коштів не сприяють фінансовому оздоровленню галузі.

Гіпотеза 5. Послуги лікувально-профілактичних закладів у сільській місцевості залишаються не затребуваними у зв'язку із їх неритмічною роботою, відсутністю відповідних фахівців.

Гіпотеза 1 підтвердилась. Недостатність коштів на повне фінансування медичних програм та заходів ускладнює обрахунок досягнутого ефекту від виконання пунктів програм і заходів та унеможлиблює встановлення планових показників, яких необхідно досягти.

Гіпотеза 2 підтвердилась. Надання гарантованого мінімуму безоплатної медичної допомоги можливе лише після розроблення Міністерством охорони здоров'я України Методичних рекомендацій щодо формування та економічного обґрунтування регіональних програм надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги та затвердження Міністерством фінансів і Міністерством юстиції постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги" від 11 липня 2002 р. № 995.

Гіпотеза 4 підтвердилась. Послаблена робота органів місцевого самоврядування з наповнення дохідної частини місцевих бюджетів не дала змоги провести видатки на охорону здоров'я в затверджених обсягах.

Гіпотези 3, 5 не підтвердились.

За результатами аналізу ситуації виявлено такі особливості:

1. При збільшенні видатків на фінансування медичних програм з державного та обласного бюджетів місцеві бюджети різко зменшили відповідні обсяги фінансування у 2003–2005 та 2007 рр., а 2006 р. став взагалі депресивним за всіма позиціями (табл. 1). Якщо у фінансуванні медичних програм за рахунок державного бюджету є відповідна закономірність щодо збільшення видатків пропорційно збільшенню затвердженого кошторису, то на рівні обласного та місцевих бюджетів вона не простежується.

Таблиця 1

**Динаміка фінансування медичних програм за рахунок різних бюджетів, тис. грн**

| Бюджет       | Роки    |          |          |          |           |          |
|--------------|---------|----------|----------|----------|-----------|----------|
|              | 2003    | 2004     | 2005     | 2006     | 2007      | 2008     |
| Державний    | 6 226,1 | 12 957,4 | 18 917,0 | 1 288,6  | 16 041,95 | 27 406,3 |
| Обласний     | 138,9   | 147,9    | 105,0    | 4132,7   | 673,2     | 8 078,9  |
| Місцевий     | 695,8   | 144,7    | 38,8     | -        | 4409,4    | 3331,9   |
| Інші джерела | 320,1   | 854,5    | 590,0    | -        | -         | -        |
| Всього       | 7 380,9 | 14 104,5 | 19 650,8 | 17 031,3 | 21 094,55 | 38 817,1 |

2. Фінансування з місцевих бюджетів на придбання необхідного медичного обладнання та апаратури протягом 2002–2008 рр. характеризується неритмічністю (табл. 2). З 2004 р. розпочалась державна програма щодо централізованих поставок МОЗ України високовартісного медичного обладнання та санітарного автотранспорту і як наслідок

– різке скорочення видатків місцевого бюджету на дані цілі. У 2006–2008 рр. відбулась передача субвенції державного бюджету місцевим бюджетам на придбання інсулінів, тому відбулось різке збільшення видатків з місцевих бюджетів, проте це не видатки з власних надходжень.

Таблиця 2

**Динаміка фінансування з місцевих бюджетів Кіровоградської області на придбання необхідного медичного обладнання, тис. грн**

| Роки | З місцевих бюджетів | З інших джерел |
|------|---------------------|----------------|
| 2002 | 568,2               | 458,9          |
| 2003 | 1 238,3             | 1040,8         |
| 2004 | 759,5               | 693,5          |
| 2005 | 899,3               | 848,0          |
| 2006 | 8 820,4             | 1840,2         |
| 2007 | 10 789,2            | 2954,7         |
| 2008 | 8 279,3             | 11 518,7       |

3. Динаміка витрат на охорону здоров'я в області позитивна й має щорічну тенденцію до збільшення (рис. 1), проте це не забезпечило вирішення проблеми безоплатності при наданні медичної допомоги, заклади обмежені ресурсами для закупівлі медикаментів, оновлення медичного обладнання, що суттєво ускладнює забезпечення потреби охорони здоров'я у відповідних обсягах.

Для прикладу: у 2008 р. видатки на охорону здоров'я Кіровоградської області за-

тверджено в обсязі 43% від розрахованої потреби, відповідно до стандартів та протоколів надання медичної допомоги.

У структурі доведених бюджетних призначень до 79% становлять видатки на заробітну плату з нарахуваннями, до 13% – теплоенергоносії та комунальні послуги, до 4% – видатки на придбання медикаментів для хворих та 4% – інші видатки (рис. 2).

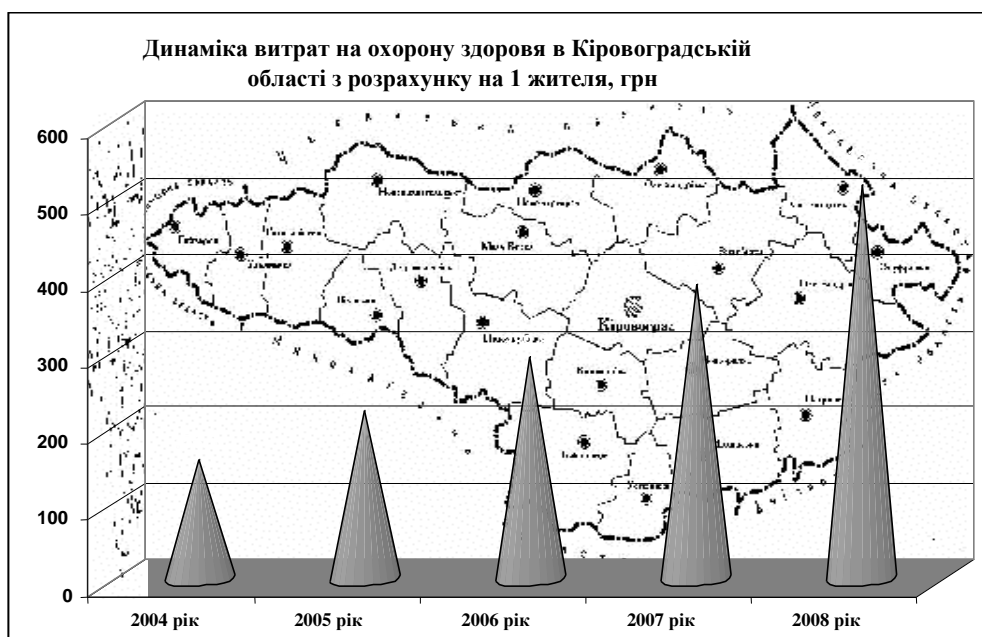


Рис. 1. Динаміка витрат на охорону здоров'я в Кіровоградській області з розрахунку на 1 жителя, грн

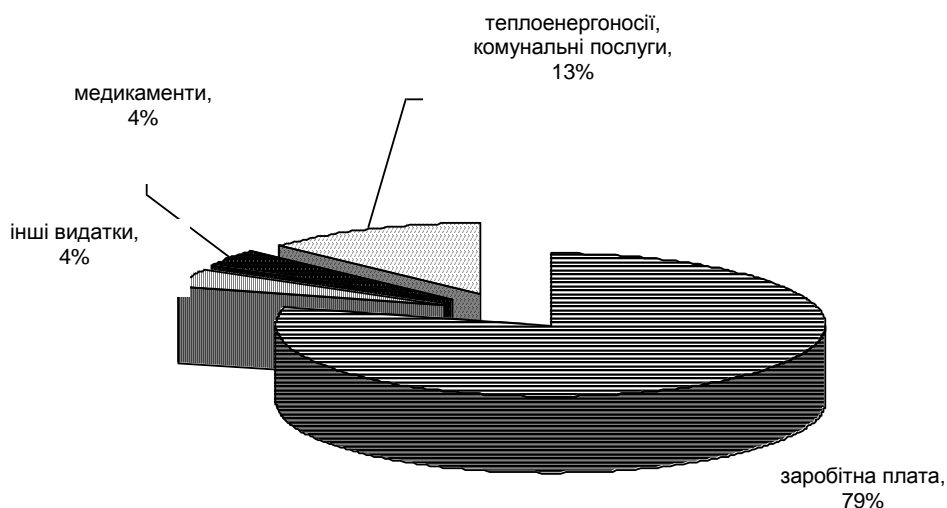


Рис. 2. Структура витратків на охорону здоров'я

Такими обсягами витратків неможливо в повному обсязі забезпечити лікувальні заклади медикаментами. Одним із напрямів виходу із ситуації, що склалась, було створення "лікарняних кас". За 2008 р. на їх рахунки надійшло коштів на загальну суму 4,64 млн грн, що стало вагомим підґрунтям

у медикаментозному забезпеченні лікувального процесу та дало можливість пролікувати 29 100 хворих на суму 4,0 млн грн та 744 хворим отримати вироби медичного призначення на суму 46,8 тис. грн [5].

У результаті дослідження було виявлено, що організаційна складова (з рівня управ-

ління охорони здоров'я облдержадміністрації) забезпечена на відповідному рівні, проте для поліпшення функціонування галузі охорони здоров'я області необхідно змінити декілька кардинальних позицій на різних рівнях:

1) затвердити на рівні держави Програму надання громадянам України гарантованої державою безоплатної медичної допомоги;

2) закріпити управління медичними закладами первинної медико-санітарної мережі за головними лікарями районних лікарень (на сьогодні це юрисдикція голів територіальних громад);

3) збільшити видатки з місцевих бюджетів на охорону здоров'я регіонів області.

З метою збереження сільської мережі охорони здоров'я для вирішення питання щодо передачі фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських лікарських амбулаторій та сільських дільничних лікарень у спільну комунальну власність територіальних громад районів необхідно поновлення Закону України "Про внесення змін до Бюджетного кодексу України" від 13 січня 2005 р. № 2350-ІУ.

Органи виконавчої влади та місцевого самоврядування при чинній нормативній базі на перехідному етапі до загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування мають зробити такі кроки:

1. Прийняти рішення щодо реструктуризації існуючої мережі місцевих медичних закладів та їх автономізації шляхом:

- передачі фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських лікарських амбулаторій та дільничних лікарень у спільну комунальну власність територіальних громад району (ст. 26 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні");
- створення на базі майнових комплексів усіх закладів охорони здоров'я, що перебувають у спільній комунальній власності громад району, незалежних одне від одного комунальних некомерційних підприємств – постачальників медичних послуг (центру первинної медичної допомоги та лікарні) та затвердження їх статутів (ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я; статті 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 169 Цивільного кодексу України; статті 52, 53, 54, 57, 62, 63, 64, 65, 78 Господарського кодексу України).

2. Об'єднати всі фінансові ресурси територіальних громад району, що виділяються на охорону здоров'я, у районному бюджеті з метою створення умов для більш ефективного та прозорого управління ними (ст. 93 Бюджетного кодексу України).

3. Розділити ресурси для фінансування первинної та вторинної допомоги при формуванні та затвердженні районних бюджетів.

4. Запровадити державні контрактні закупівлі медичних послуг для забезпечення потреб населення в безоплатній медичній допомозі з використанням на першому етапі найпростіших договорів, що мають форму блок-контракту, встановивши в них відповідні показники якості медичних послуг та ефективності використання ресурсів (Закон України "Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти").

5. Перейти до застосування нових, орієнтованих на врахування обсягів та якості роботи постачальників медичних послуг – глобальний бюджет для лікарні та подушна оплата згідно зі списками пацієнтів кожного лікаря загальної практики для центру первинної допомоги (така можливість може бути передбачена в статутах відповідних медичних підприємств та у відповідних договорах між ними й відділами охорони здоров'я райдержадміністрацій).

6. Забезпечити організацію оцінювання на основі даних за останні роки реальних потреб населення конкретного району в конкретних медичних послугах, що надаються на цьому рівні (з метою подальшого вдосконалення договорів про державну закупівлю послуг і введення до них чітких даних щодо кількості послуг).

7. Передбачити у відповідних бюджетах серед видатків на охорону здоров'я кошти на закупівлю комп'ютерного обладнання та програмного забезпечення, необхідного для ефективної роботи в нових умовах (забезпечення надійної та прозорої реєстрації пацієнтів, діагнозів і випадків лікування, автоматизація бухгалтерського обліку тощо).

#### IV. Висновки

У результаті комплексного дослідження механізмів державного регулювання ефективності використання органами місцевого самоврядування бюджетних коштів та державного майна на надання соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я Кіровоградської області виявлено таке:

1. Правовий, організаційний, методологічний, фінансовий та інші механізми державного регулювання на рівні органів місцевого самоврядування, відповідно до реалій функціонування охорони здоров'я, потребують значного вдосконалення, насамперед на рівні законодавчої влади.

2. Динаміка витрат на охорону здоров'я в області позитивна й має щорічну тенденцію до збільшення, проте це не забезпечує вирішення проблеми безоплатності надання медичної допомоги та не дає змоги забезпечити потреби системи охорони здоров'я у відповідних обсягах.

3. Кошторисне фінансування медичних закладів (постатейне або за кодами бюджетної класифікації) не створює стимулів до пошуку шляхів підвищення ефективності

використання наявних ресурсів, особливо в умовах абсолютної невідповідності структури споживання та реальної потреби населення в медичній допомозі.

4. Затвердження на рівні держави Програми надання громадянам України гарантованої державою безоплатної медичної допомоги та закріплення управління медичними закладами первинної медико-санітарної мережі за головними лікарями регіональних ЦРЛ могло б дати змогу вирішити багато проблемних питань щодо підвищення якості надання медичної допомоги.

5. Існує нагальна необхідність збільшення видатків з місцевих бюджетів на охорону здоров'я в регіонах області.

6. Органам місцевого самоврядування в разі виникнення проблем щодо забезпечення організації надання медичної допомоги на достатньому рівні необхідно, скориставшись ст. 93 Бюджетного кодексу України та ст. 26 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", делегувати свої повноваження районним органам влади на засадах законності, доцільності, обґрунтованості, добровільності та підконтрольності суб'єктів реалізації делегованих повноважень.

УДК 351.823.1

## ЗЕМЕЛЬНІ РЕСУРСИ ЯК ОБ'ЄКТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

*Триполиць Р.В.*

аспірант Класичного приватного університету

### Annotation

The author examines the concept of earth and landed resources, features of the land resources rational use and natural, naturally-resources and ecological-social-economic levels of public administration in the article.

### Анотація

У статті досліджено поняття землі та земельних ресурсів, особливості раціонального використання земель, природний, природно-ресурсний та еколого-соціально-економічний рівні державного управління земельними ресурсами.

### Ключові слова

Земельні ресурси, державне управління, ґрунт, родючість, земельні відносини, землеустрій, раціональне використання.

### I. Вступ

Проблемам управління земельним фондом країни, її регіонів і населених пунктів останніми роками приділяється дедалі більше уваги, адже розвиток земельного устрою будь-якої країни пов'язаний із встановленням і практичною реалізацією порядку, принципів та правил, що забезпечують правовий, економічний, екологічний і соціаль-

### Література

1. Лакиза-Сачук Н. Фінансування системи охорони здоров'я на Україні: Ситуація, що склалася, і плани проведення реформи / Н. Лакиза-Сачук // Лехан В. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я на Україні / В. Лехан. – К.: Міжнародний Фонд Відродження, 2002. – 308 с.
2. Литвак А. Тіньова економіка і майбутнє медицини на Україні / А. Литвак, В. Погорелий, М. Тішук. – Одеса: Українська Асоціація докторів за підтримки Інституту Відкритого Суспільства в Будапешті, 2001. – 328 с.
3. Лехан В.М. Системи охорони здоров'я у перехідному періоді / В.М. Лехан, В.М. Рудой, Є. Нолт. – К., 2004. – 268 с.
4. Лехан В. Стратегічні напрями розвитку сектора охорони здоров'я на Україні / В. Лехан. – К.: Дослідницький центр UNICEF, 2003. – 251 с.
5. Скрипник О.А. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів в галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору / О.А. Скрипник, Г.М. Урсол, В.І. Бугро. – Кіровоград: Імекс, 2009. – 404 с.

ний режим організації використання земельних ресурсів як просторового базису всіх галузей економіки країни, засобу виробництва в сільському та лісовому господарстві, скарбниці природних багатств, територіальної основи життєзабезпечення держави й підтримання здоров'я населення.

### II. Постановка завдання

Мета статті – дослідити земельні ресурси як об'єкт державного управління.

### III. Результати

Теоретичні та прикладні аспекти організації використання й охорони земель в умовах реформування земельних відносин досліджено у наукових працях відомих учених. Вагомий внесок у розвиток цієї проблеми зробили В. Артеменко, О. Асташкін, В. Беленький, І. Бистряков, В. Богданов, Д. Богорад, В. Боклаг, П. Борщевський, Д. Гнаткович, В. Гуцуляк, Г. Давидович, Б. Данилишин, Д. Добряк, М. Долішній, С. Дорогунцов, О. Євграфов, В. Кабакова, В. Кірсанов, С. Ковальов, М. Лесечко, А. Лисецький, І. Михасюк, О. Мордвінов, В. Мурель, Л. Новаковський, В. Нудельман, О. Панчук, В. Покшишевський, М. Спектор, М. Ступень, М. Тимчук, А. Третяк,