

УДК 316.42.614.256

*В.М. НОВІКОВ,
доктор економічних наук, професор, завідувач відділу
Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України*

ІМПЕРАТИВИ РОЗВИТКУ МІСЬКОЇ МУНІЦИПАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Постановка проблеми. Сучасний етап муніципальної системи охорони здоров'я характеризується наявністю багатьох проблем, у тому числі й концептуальних. Зростає неузгодженість між лікувальним потенціалом закладів охорони здоров'я й обсягами та структурою захворюваності мешканців міст обласного значення, знижується рівень гарантій надання населенню медичної допомоги, консервативною залишається система нормативних показників діяльності закладів охорони здоров'я, гальмується перехід на прогресивні моделі розвитку медичного обслуговування, необґрунтованим є рівень диференціації медичних послуг у територіальному плані.

З огляду на сучасний стан функціонування системи муніципальних медичних закладів, вона вимагає відповідного регламентування. Розробка основних напрямів розвитку муніципальної медицини потребує аналізу ситуації, що склалася.

Дослідження ґрунтуються на матеріалах обстеження Мінохорони здоров'я України, що здійснене з метою формування державної політики медичного обслуговування населення в регіонах. При цьому проблема розглядалася переважно в контексті інвестиційних питань. У даній статті емпіричні показники цього обстеження використано для аналізу не стільки регіональних медичних проблем, скільки для диференційованого визначення стану охорони здоров'я в містах і шляхів її модернізації. До аналізу введено масив даних, які містяться в згаданому обстеженні та характеризують муніципальний рівень медичного обслуговування населення. Останній включає 30 міст, з них 16 обласних центрів і 13 міст обласного значення. Питома вага цих адміністративно-територіальних одиниць становить 61% від обласних центрів і 8,5% від міст обласного та спеціального статусу [1, с. 24].

Аналіз попередніх досліджень. Питання територіальної диференціації охорони здоров'я населення дослідники аналізують переважно на обласному й соціальному рівнях. В останньому випадку вони вивчаються в розрізі сільського й міського населення та окремих вікових і професійних груп. Серед вчених, які концентрували свою увагу на територіальній проблематиці охорони здоров'я, — А.В.Голубчиков, Н.М.Орлова, які науково обґрунтовували стратегію формування охорони здоров'я й шкалу її пріоритетів; О.Ф.Новікова, в працях якої подано оцінку умов і можливостей збереження здоров'я

людини; В.І.Іщенко, в роботах якої констатовано факт ігнорування регіональної специфіки та необґрунтованість прогнозів реальної потреби населення у медичних закладах і послугах [2, с. 85], та багато інших науковців.

Відмічаючи ґрунтовність, теоретичну й практичну значущість праць згаданих дослідників, слід зазначити, що поза їхньою увагою залишалися питання детальної диференціації охорони здоров'я населення України. Певною мірою це пояснювалося тим, що пріоритетними у 80–90-х роках минулого століття були питання зменшення соціальної різниці в споживанні послуг між міським і сільським населенням. У 2000 році проблеми диференційованого надання медичних послуг почали знаходити свій прояв і на рівні міського населення, зокрема між обласними центрами й містами обласного значення. У зв'язку з нерозробленістю питань медичного обслуговування в невеликих містах, які віднесено до муніципального управління, проблеми охорони здоров'я в них вимагають додаткової й належної уваги.

Мета статті полягає у використанні принципів системного аналізу для вивчення відповідності медичного ресурсного потенціалу структурі обсягу нозологічних форм захворюваності населення, обґрунтуванні напрямів надання медичної допомоги, які можуть сприяти сталому функціонуванню муніципальної медичної інфраструктури й відзначаються сучасними технологічним та інституційним рівнями.

Виклад основного матеріалу. Розгляд іманентних муніципальним містам тенденцій потребує розрахунків середніх значень – відносно сталих – показників медичного обслуговування населення, які фактично репрезентують ресурсний потенціал охорони здоров'я (кількість медичного персоналу, ліжок, відвідувань) і показників захворюваності громадян за основними нозологічними формами (злоякісні новоутворення, хвороби системи кровообігу, органів дихання тощо). Зіставлення цих двох груп показників дає можливість перевірити відповідність ресурсної бази потребам населення в лікуванні. Логічна проробка проблем передбачає двохетапний статистичний аналіз первинних інформаційних матеріалів. По-перше, необхідно визначити варіацію показників окремо в кожній сукупності даних, що характеризують ресурсний і медичний потенціали і дають змогу здійснити кількісну оцінку властивостей явищ, що вивчаються. По-друге, зробити порівняльну оцінку варіації ресурсного й медичного потенціалів та виявити їх характер за критерієм однорідності. Аналітичні розрахунки за методом зваженої середньої представлені у нижченаведених таблицях.

Аналіз таблиці 1 зводиться до мажоритарних властивостей середніх величин, згідно з якими в нерівному розподілі стандартне відхилення (σ) завжди більше середнього лінійного відхилення (d). Для симетричних розподілів пропонується певне кількісне співвідношення між σ і d [3, с. 126]. Наприклад, якщо розподіл ознак близький до нормального або симетричного, то стандартне відхилення співвідноситься з середнім лінійним відхиленням так: $\sigma = 1,25d$, або $d = 0,8 \sigma$.

Враховуючи це співвідношення, на основі результатів розрахунків, наведених у таблиці 1, зробимо певні узагальнення, які відбиватимуть характер розподілу індивідуальних показників у рядах, що аналізуються. Це дозволяє виявити тенденції, які склалися в ресурсному потенціалі муніципальної охорони здоров'я (табл. 1).

Таблиця 1

Регіональні відмінності в медичному обслуговуванні населення
(на 1000 населення, ресурсний потенціал)

Показники статистичного розподілу	Кількість лікарів	Кількість спеціального медичного персоналу	Кількість ліжок	Ємність амбулаторно-поліклінічних закладів
По обласних центрах: Середня (\bar{x}_1)	6,21	10,87	9,77	22,90
Середнє лінійне відхилення (\bar{d}_1)	2,23	3,24	3,22	5,80
Стандартне відхилення (σ_1)	2,50	3,83	3,87	6,75
По містах обласного значення. Середнє (\bar{x}_2)	3,54	8,71	7,54	20,86
Середнє лінійне відхилення (\bar{d}_2)	0,40	0,80	0,88	5,78
Стандартне відхилення (σ_2)	0,53	0,92	1,33	7,00
По обласних центрах і містах обласного значення, разом. Середнє (\bar{x}_3)	5,92	10,49	9,38	22,54
Середнє лінійне відхилення (\bar{d}_3)	2,28	2,93	3,04	5,92
Середнє стандартне відхилення (σ_3)	2,53	3,60	3,66	6,83

Таблиця 2

Емпіричний розподіл показників потенціалу охорони здоров'я
(коефіцієнт перевищення σ понад d)

Міста	Кількість лікарів	Кількість середнього мед. персоналу	Кількість ліжок	Ємність амбулаторно-поліклінічних закладів
Обласні центри	1,121	1,182	1,20	1,163
Міста обласного значення	1,325	1,15	1,511	1,211
У цілому по містах	1,109	1,229	1,201	1,153

Аналіз наведеної таблиці показує, що між містами обласного значення розподіл ресурсного потенціалу медичного обслуговування більш нерівномірний, ніж між обласними центрами. Емпіричні показники розподілу кількості лікарів, ліжок у містах обласного значення перевищують аналогічні показники між обласними центрами. До того ж у містах обласного значення середні показники забезпечення населення лікарями, ліжками, поліклініками й амбулаторіями (в розрахунку на 1000 осіб) в 1,1–1,8 разів нижчий, ніж в обласних центрах. В останніх кількість лікарів на 1000 населення становить 6,42, тоді як у містах обласного значення – 3,54.

Вищенаведені дані підкреслюють типову відмінну рису медичного обслуговування населення, а саме, порівняно слабший ресурсний потенціал міст обласного значення порівняно з обласними центрами, доступність до якого в периферійних містах гірша.

Наступний етап дослідження передбачає виявлення характеру розподілу емпіричних показників захворюваності населення. Вони представлені в табл. 3.

Таблиця 3

Регіональні відмінності у захворюваності населення за видами хвороб
(потреби в медичному обслуговуванні, на 1000 населення)

Показники статистичного розподілу	Злоякісні новоутворення	Хвороби крові	Хвороби кровообігу	Хвороби органів дихання	Туберкульоз	Алкоголізм	Наркоманія	Сифіліс	Гонорея	СНІД
По обласних центрах: Середнє (\bar{x}_1)	3,025	6,42	77,98	209,94	1,95	0,78	0,36	0,79	0,69	0,17
Середнє лінійне відхилення (\bar{d}_1)	0,56	5,73	40,57	134,0	2,1	0,44	0,21	0,28	0,39	0,16
Стандартне відхилення (σ_1)	0,65	11,2	59,1	144,1	3,5	0,50	0,27	0,35	0,51	0,18
По містах обласного значення: Середнє (\bar{x}_2)	3,0	3,2	44,2	284,1	1,8	9,3	1,85	1,88	0,51	0,53
Середнє лінійне відхилення (\bar{d}_2)	0,91	2,28	12,6	71,1	1,19	8,64	1,38	1,4	0,2	0,47
Стандартне відхилення (σ_2)	1,04	3,28	17,5	99,7	1,38	8,7	1,73	1,64	0,26	0,67
По містах, обласних центрах і містах обласного значення: Середнє (\bar{x}_3)	3,02	4,95	62,3	244,3	1,89	4,89	1,09	1,28	0,61	0,32
Середнє лінійне відхилення (\bar{d}_3)	0,72	4,2	29,0	103,5	1,7	6,13	1,04	0,82	0,3	0,28
Стандартне відхилення (σ_3)	0,85	8,66	47,9	130,8	2,77	7,4	1,45	1,25	0,42	0,48

Порівняльний аналіз середніх рівнів захворюваності населення між двома групами міст свідчить, що тільки в трьох випадках із десяти ці рівні наближені один до одного (злоякісні новоутворення, туберкульоз, гонорея), в інших вони різняться.

Проте значні відмінності спостерігаються в показниках варіації захворюваності. У цілому рівень захворюваності в містах обласного значення вищий, ніж в обласних центрах, а варіація навколо середніх значень менша. Ці спостереження дають підставу зробити

принциповий висновок, що у містах обласного значення потреба населення в медичному обслуговуванні вища, ніж в обласних центрах. У них середній рівень захворюваності населення по більшості хвороб перевищує аналогічний рівень захворюваності в обласних центрах, але його варіація більш наближена до симетричного розподілу. Це вказує на рівномірність захворюваності жителів між містами обласного значення.

Помітне перевищення коефіцієнта стандартного відхилення над середнім лінійним відхиленням ($\sigma_1 > \bar{d}_1$) у містах обласного значення спостерігається по шести нозологічних видах захворювань, в обласних центрах – по п'яти. При цьому по найбільш масовому виду – хворобах органів дихання (209–284 випадки на 1000 жителів) зазначений коефіцієнт у містах обласного значення в 1,3 разу вищий, ніж в обласних центрах. В обласних центрах він становить 1,07, а в містах обласного значення – 1,4 (табл. 4).

Таблиця 4

**Емпіричні показники розподілу показників захворюваності населення
(коефіцієнт перевищення σ_1 понад d_1)**

Міста	Злоякісні новоутворення	Хвороби крові	Хвороби кровообігу	Хвороби органів дихання	Туберкульоз	Алкоголізм	Наркоманія	Сифіліс	Гонорея	СНД
Обласні центри	1,15	1,95	1,46	1,07	1,65	1,13	1,23	1,21	1,32	1,13
Міста обласного значення	1,14	1,44	1,39	1,40	1,15	1,01	1,25	1,16	1,26	1,41

Для порівняльної оцінки показників стану охорони здоров'я двох зазначених статистичних груп ресурсної бази медичного обслуговування й потреб населення в лікуванні застосовуємо коефіцієнт варіації. Аналіз ситуації в муніципальному секторі охорони здоров'я показує, що по обласних центрах потреба населення в медичних послугах у 2,3 разу перевищує потенціал закладів охорони здоров'я; в містах обласного значення – в 3,8 разу; в цілому по містах – у 3 рази.

Таким чином, можна констатувати, що для сучасного етапу розвитку охорони здоров'я характерна диспропорційність між містами як за рівнем суспільного здоров'я, так і по ресурсному потенціалу розташованих на їх території закладів охорони здоров'я. Аналогічна ситуація зафіксована й російськими дослідниками, наприклад, В.О. Щепінін та І.А. Купаєвою, які стверджують що за останні роки спостерігаються територіальні відмінності в ресурсозабезпеченні й показниках діяльності системи лікувально-профілактичної допомоги [4, с. 41].

Проблема подолання цього розриву дискусійна й лежить у контексті питання про міру обумовленості суспільного здоров'я силами й засобами охорони здоров'я. Очевидно, що параметри відповідності лікувальної бази потребам населення можуть слугувати чинником формування реальної політики в муніципальній системі охорони здоров'я. Наскільки правильно визначено вплив охорони здоров'я на зменшення захворюваності населення, є предметом розбіжності позицій фахівців щодо практичних кроків у напрямі зміни ситуації в організаційно-економічному механізмі розвитку та функціонування медичної галузі.

Здоров'я населення визначається спектром чинників найширшого походження. Поширеною стала думка експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, відповідно

до якої вплив охорони здоров'я не перевищує 10%. До інших складових, які формують здоров'я населення, віднесено умови та спосіб життя (50–52%), географічний детермінізм або природно-кліматичні умови (20–24%), стан генофонду населення (18–20%) [5, с. 3; 6, с. 31]. Некритичне сприйняття цієї точки зору фактично веде до усунення від необхідності проведення радикальних змін в характері та методах медичного обслуговування населення.

Останнім часом позиція експертів ВООЗ піддається сумніву з боку науковців, особливо в країнах, де показники очікуваної тривалості мабутнього життя не тільки менше аналогічних показників порівняно з розвинутими країнами, а й демонструють відсутність позитивної динаміки [6, с. 31]. На відміну від розвинутих країн, які досягли рівня тривалості майбутнього життя, фактично наближеного до біологічних меж, і де спостерігається постійне уповільнення зростання цього показника, в Україні цей показник перебуває в стагнації.

На пострадянському просторі постійне зростання питомої ваги охорони здоров'я переконливо свідчить про зростаючий вплив медичного обслуговування на показники захворюваності населення. На експертному рівні його вплив, залежно від територіальних особливостей, оцінюється в межах 35–80% від усього обсягу факторів [5, с. 4; 7, с. 3; 8, с. 36]. Конкретні параметри залежать від своєчасності, рівня та якості медичного обслуговування.

У сучасних умовах соціального розвитку суспільства, коли інтенсивно розкриваються елементи генетичної обумовленості патології захворюваності, діють багато чинників, які в різних сполученнях і комбінаціях неухильно підвищують роль охорони здоров'я у формуванні суспільного здоров'я та лікуванні хронічних захворювань населення. До таких чинників можна віднести інтенсивне розширення можливостей новітніх медичних технологій, які дають змогу проводити ефективне лікування та профілактику захворювань, що значно підвищує гарантії видуження хворих.

У цьому ж напрямі діють й організаційні технології, які в умовах відкритості економіки й розширення інформаційного поля стають доступними для практичного використання. До них належать, наприклад, реструктуризація амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги, оптимальне використання ліжкового фонду, підвищення якості медичних послуг, розвиток соціального партнерства в системі охорони здоров'я тощо.

Зростаюче значення охорони здоров'я в забезпеченні суспільного здоров'я обумовлюється демографічними факторами, які змінюють вікову структуру населення, наслідком чого є підвищення питомої ваги громадян старшого та пенсійного віку. Як результат, відбувається реструктуризація патології, що виявляється в послідовному нарощуванні ресурсоемних нозологічних форм, до яких, підкреслюють вчені-медики, відносять, насамперед, хронічні захворювання системи кровообігу, новоутворення, хронічні неспецифічні хвороби органів дихання й травлення.

Питома вага цих класів хвороб у загальній кількості вперше в житті зареєстрованих випадків захворювань у розрахунку на 100 тис. населення України становила в 2007 р. 54%. Динаміка кожної із зазначених класів хвороб має зростаючий тренд. Так, кількість хвороб системи кровообігу з 1990 р. збільшилася майже в 2,4 рази, органів травлення – в 1,3 рази. Динаміка кількості хвороб органів дихання після свого зниження протягом 1990–2000 рр. знову почала демонструвати зростання. З 2000 по 2007 рр. захворюваність населення на хвороби цього класу підвищилася на 1,7% [1, с. 475].

Одночасно знижується рівень і питома вага патології разової зовнішньої дії у вигляді інфекційних і паразитарних хвороб, гострих хвороб органів дихання, травм, отруєнь тощо, які потребують значно менше ресурсів для протистояння їм, ніж хвороби першої групи, про які згадувалося вище. Питома вага травм і отруєнь серед уперше зареєстрованих захворювань зменшилася з 8,9% у 1990 р. до 6,9% у 2007 р., або на 11,2% у розрахунку на 100 тис. населення. Випадки гострих кишкових інфекцій знизилися з 1990 по 2007 р. на

12,8% у розрахунку на 100 тис. населення, на коклюш – на 42,0%, вірусний гепатит – на 90,8% [1, с. 475–476].

Наведені приклади захворюваності населення на хвороби певних класів виявляють чітку тенденцію, яка переконливо свідчить про зростаючий вплив системи охорони здоров'я на стан суспільного здоров'я, подолання надмірної захворюваності населення та забезпечення його найважливіших життєвих потреб. Вона вочевидь підкреслює той незаперечний факт, що за сучасного рівня розвитку охорони здоров'я одужання практично цілком залежить від ефективної діяльності медичних закладів, якості та доступності медичних послуг.

Варто зазначити, що в країнах, де досягнуті реальні позитивні зрушення в зниженні захворюваності й смертності населення, відбулася радикальна зміна медичних пріоритетів у діяльності системи охорони здоров'я, активізувалася практика застосування ефективних технологій лікування хворих. За даними ряду дослідників, у Фінляндії, наприклад, на поліпшенні показників здоров'я населення позначилося широке розповсюдження різних варіантів аортокоронарного шунтування, ангіопластики, використання комп'ютерної томографії для діагностики хвороб. У США операції на серці та судинах здійснюються частіше, ніж найбільш поширені в Україні апендектонії. У Великій Британії 40–50% хворих на коронарні хвороби призначаються лікі, які доступні зараз в Україні лише незначній кількості людей.

За результатами медико-соціальних досліджень, захворюваність й смертність населення працездатного віку більш ніж на 80% залежить від своєчасності, рівня й якості медичної допомоги [7, с. 36].

Наведені аргументи вже на експертному рівні дозволяють судити про можливість максимізації ролі муніципальної системи охорони здоров'я у задоволенні потреб мешканців, які оціночно вимірюються в межах співвідношення показників варіації. Отже, охорона здоров'я як найважливіший компонент медичного обслуговування населення стає соціальним проектом, в який задіяні різні рівні виконавчих інституцій, відповідальні за надання лікувально-профілактичної і стаціонарної допомоги.

Модернізація системи муніципальної охорони здоров'я передбачає кілька напрямів. Пріоритетними є структурно-функціональні перетворення в системі охорони здоров'я. Вони включають послідовний процес скорочення кількості лікувально-профілактичних закладів, зокрема в периферійних районах, потужності лікарень з одночасним наголосом на підвищенні ефективності використання їх ресурсного потенціалу, вирівнювання територіальних відмінностей у матеріальній забезпеченості та показниках діяльності медичних закладів.

Щоб визначити цілі, реалізація яких сприятиме підвищенню структурної ефективності муніципальної системи охорони здоров'я, необхідно мати уявлення про медико-демографічні, соціально-економічні, географічні та інші фактори, що прямо або опосередковано впливають на регіональні потреби населення в медичній допомозі. Їх умовно можна згрупувати таким чином: 1) демографічні – чисельність, статеві-вікова, професійна, суспільна структура населення, рівень міграції, народжуваність, смертність дитяча й загальна тощо; 2) соціально-економічні – економічні особливості території, ступінь її індустріалізації, промислова спеціалізація, система розселення, щільність населення, стан комунального розвитку та інші; 3) соціально-гігієнічні та соціокультурні – медична патологія, рівень розвитку мережі закладів охорони здоров'я, матеріальний стан населення, стан розвитку служб соціальної допомоги, національні традиції, медична освіченість тощо; 4) кліматичні та географічні – кліматогеографічні характеристики середовища, що визначають особливості й структуру захворюваності населення; 5) медико-організаційні – організація медичного обслуговування населення, зокрема співвідношення між амбулаторно-поліклінічною допомогою та стаціонарним лікуванням, рівень кваліфікації й організації праці медичних працівників, спеціалізація й інтеграція медичної допомоги.

Результати поглибленого й цілеспрямованого вивчення взаємодії цих факторів в

умовах конкретного муніципального міста можуть бути використані для комплексного аналізу медичної діяльності й ресурсного забезпечення. Відчутний ефект за дефіциту коштів може дати певна регіоналізація мережі медичних закладів, яка передбачає перехід їх на більш високий ступінь централізації. Одним із можливих варіантів реалізації цього напрямку є створення медичних округів. Ця організаційна модель прийнята й реалізована в ряді європейських країн, наприклад, у Великій Британії. Вона дає можливість вирішувати багато завдань, зокрема, подолати непропорційність територіального розвитку охорони здоров'я, реструктуризувати систему медичної допомоги на обласному та муніципальному рівнях, оптимізувати структуру медичної допомоги за видами та обсягами відповідно до потреб населення, здійснити механізм управління ресурсами для надання медичної допомоги в межах округу [9, с. 37].

Нагальним уявляється формування науково обґрунтованого обсягу надання медичної допомоги населенню з використанням сучасних методів, зокрема клінічної (прикладної) епідеміології. Клінічна епідеміологія як нова дисципліна сформувалася на початку 70-х років минулого століття у країнах Західної Європи та США. В її межах були визначені вимоги до якості клінічних випробувань, а також процедур надання органам охорони здоров'я систематизованих даних, які доводять ефективність нових медичних технологій (препаратів, методики) та обумовлюють умови їх застосування. Мета клінічної епідеміології – знайти та впровадити в масову практику такі надійні стандартні медичні технології, які можуть забезпечити найкращі результати при лікуванні пацієнтів. Фактично клінічна епідеміологія становить основу доказової медицини, терміна, що визначає наукову й технологічну якість охорони здоров'я. Доказова медицина – це нові методи діагностики та лікування, що пройшли масштабні клінічні випробування і рекомендовані для практичного використання. Включення її у муніципальну систему охорони здоров'я забезпечить вирішення болісних проблем медичного обслуговування населення й дасть змогу підвищити ефективність ресурсного потенціалу медичних закладів на різних рівнях, зокрема муніципальному.

Розвиток інтернету в 1990-х роках визначив становлення доказової медицини як технології масового використання лікарями даних клінічної епідеміології. В економічно розвинених країнах програмами розвитку доказової медицини займаються різні некомерційні організації. Найбільш відома з них «Кохрейнівське товариство», яке має філіали в різних країнах світу, займається збиранням, аналізом, систематизацією й широким розповсюдженням результатів клінічних досліджень. Вже в 90-х роках усі західні країни мали власні потужні медичні інтернет-ресурси. На сьогоднішній день 99% корисної медичної інформації розміщено на американських та європейських сайтах. Одним із найбільших у світі є сайт Національної медичної бібліотеки США. Нині майже 100% лікарів США та близько 80% європейських лікарів користуються інформацією з інтернету.

В Україні доступ до зарубіжних інтернет-баз – практично не вирішена проблема. Пояснення цьому два: недостатнє володіння лікарями англійською мовою в межах, необхідних для ознайомлення зі спеціальною літературою, і відсутність в країні державних проєктів по забезпеченню безоплатного або недорогого доступу до високоякісних зарубіжних інтернет-ресурсів. До того ж деякі західні медичні сайти надають послуги виключно в обмін на інформацію користувача і висувають до публікацій користувача вимоги, яким більшість вітчизняних авторів не відповідає.

Одним із значних питань доказової медицини, які утруднюють застосування методу клінічної епідеміології, є відсутність ліків і медичного обладнання або недоступність останніх, які необхідні для «стандартних методів» доказової медицини. Тому реалізація доказових досягнень в Україні є винятком. Водночас медичні й фармакологічні інновації українських учених не набувають належного розповсюдження.

Поки в країні не розроблені програми й процедури реалізації доказової медицини,

ресурсний потенціал муніципальних закладів охорони здоров'я матиме екстенсивний характер розвитку і не встигатиме за обсягами потреб населення в лікуванні.

Важливим для муніципальної системи охорони здоров'я вважається впровадження механізмів відповідальності місцевих органів влади за бюджетну політику й виконання фінансових зобов'язань перед медичними закладами. Засобами фінансового регулювання мають стати програми дій регіонального й місцевого рівнів, в яких передбачені вичерпні заходи щодо фінансового забезпечення муніципальних потреб з медичного обслуговування населення. Досвід розробки й реалізації таких програм необхідно реанімувати, роблячи акцент на розширенні реальних джерел багатоканального фінансування медичних закладів. Регіональні й місцеві програми можуть зробити істотний внесок у системні доповнення, що пов'язані з пріоритетними напрямками розвитку охорони здоров'я, зокрема у формування нової технологічної моделі медичного обслуговування населення.

У контексті стратегій розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні перспективним вважається комплексний міжсекторальний підхід до формування міжвідомчої медико-соціальної структури. Крім інвестування ресурсів не тільки в охорону індивідуального здоров'я, а й здоров'я населення регіону в цілому через підприємства промисловості, сільського господарства, він включає також інтеграцію відомчих медичних закладів у загальну систему охорони здоров'я на єдиній нормативній базі, залучення їх до реалізації регіональних і муніципальних програм для надання висококваліфікованої медичної допомоги й зниження захворюваності населення. В цьому разі новим для галузі охорони здоров'я має стати складання бюджету з урахуванням конкретних угод і заохочувальних надбавок за надання високоякісної медичної допомоги населенню відомчим сектором охорони здоров'я.

У пошуках шляхів розвитку муніципальної медицини можна, в кінцевому підсумку, вести мову про підвищення політичного пріоритету охорони здоров'я, що має реалізовуватися в посиленні регулюючих і контролюючих функцій держави в цій сфері. У муніципальній моделі охорони здоров'я можливим для застосування є комплекс організаційних технологій, до яких належать планування регіональної політики та стратегії; інтеграція регіональних елементів управління, розподіл фінансових ресурсів; формування муніципальних медико-профілактичних, лікувальних і санітарних функцій.

З урахуванням цих позицій необхідні нові методологічні підходи до удосконалення міжбюджетних відносин. Нині є політичні й адміністративні фактори, які перешкоджають їх розвитку. Вирішення проблеми міжбюджетних відносин пов'язано з реалізацією повноважень, делегованих центральним урядом на рівень місцевого самоврядування. За всієї важливості завдання забезпечення муніципальних закладів охорони здоров'я фінансовими коштами через міжбюджетний механізм, українська система місцевого самоврядування не дає змоги синхронізувати ресурсний потенціал із потребами населення в медичному лікуванні. Міжбюджетний механізм муніципальної системи охорони здоров'я характеризується високою залежністю від центральних органів, нечітким визначенням компетентних повноважень, перманентною конфліктністю між бюджетами різних рівнів, місцевими державними адміністраціями й органами місцевого самоврядування, а також юридичними обмеженнями цих органів територіального управління.

В Україні лише 88,7% малих міст мають органи місцевого самоврядування. Їхні ради представляють місцеве самоврядування територіальних громад, до складу яких входять один чи кілька населених пунктів. А реально функції самоврядування здійснюються тільки в 176 містах обласного значення. Їх бюджети включені в державний бюджет як самостійна бюджетна позиція. Решта бюджетів територіальних громад залежить від бюджетів відповідного районного рівня, яких в Україні налічується 490. На рівні району самоврядування представлено районними радами, які за конституційними нормами не мають виконавчих органів. До того ж районні бюджети знаходяться в складі державного бюджету України й функціонують як його складова. У зв'язку з цим фактично функції

з розпорядження бюджетними коштами перебирають на себе районні державні адміністрації [10, с. 31–32].

За умов, коли на муніципальному рівні наявне розбалансування між ресурсним потенціалом охорони здоров'я з потребами міст у медичному забезпеченні своїх жителів, необхідно вдосконалювати міжбюджетний механізм перерозподілу фінансових ресурсів. Діюча модель вирівнювання через трансфертний механізм певною мірою забезпечує зменшення регіональних відмінностей у матеріальній базі охорони здоров'я. Проблема полягає в тому, що для утримання медичних закладів, забезпечення їх ефективного функціонування як спеціалізованих установ і технологічного оновлення слід розширити юридичні права місцевих рад розпоряджатися фінансовими коштами.

Здійснення такого курсу потребує змін бюджетної політики, яка демонструє зворотні тенденції. Всупереч прийнятої на державному рівні концепції децентралізації фінансових ресурсів, неухильно посилюється їх централізація. Аналіз структури зведеного бюджету України показує стійку деструктивну тенденцію перерозподілу коштів між державним і місцевими бюджетами на користь першого. Протягом чотирнадцяти останніх років питома вага державного бюджету зросла з 52,1% у 1993 році до 73,5% у 2007 році, в той же час питома вага місцевих бюджетів зменшилася з 31,4% до 26,5% [1, с. 54].

Незначною залишається питома вага власних доходів, які в основному спрямовуються на виконання власних повноважень органами місцевого самоврядування. Співвідношення власних і закріплених доходів у місцевих бюджетах становить 15 і 85%. Послаблюється значення місцевих податків і зборів, які переважно більшою своєю частиною зараховуються до бюджетів міст обласного значення. Розподіл цих видів податків між обласними центрами і містами обласного значення становив у 2005, 2006 і 2007 роках відповідно 1,3 і 79,3%; 0,5 і 79,9% та 0,3 і 80,9%. Разом з цим питома вага місцевих податків і зборів у доходах міст обласного значення зменшується. Якщо в 2005 році за рахунок них формулося 3,1% доходів бюджетів цих міст, то в 2007 році – 2,1%.

Нераціональною залишається структура надходжень від місцевих податків і зборів – понад 8% коштів забезпечується комунальним податком і ринковим збором. Практично не задієні місцеві збори, пов'язані з діяльністю іподромів, проведенням кіно- і телезімокс [11, с. 304–305]. В окремих містах комунальний податок і ринковий збір через відсутність об'єкта оподаткування залишаються основними джерелами надходження коштів до бюджетів міст обласного значення.

Розподіл дохідних джерел між бюджетами різних рівнів не відповідає розмежуванню повноважень, внаслідок чого їх реалізація дедалі більше залежить від надходження офіційних трансфертів, питома вага яких у доходах місцевих бюджетів зросла з 29,2% у 2001 році до 47,5% за останній рік. Нераціональність формування доходів місцевих бюджетів свідчить про те, що їх механізм має бути удосконалений.

У цьому плані необхідно не тільки забезпечити стабільність надходження власних доходів бюджетів органів місцевого самоврядування, а й розширити джерела надходження закріплених доходів. За думкою фахівців, зміцнення дохідної бази бюджетів можливе через відрахування частини податку на прибуток і податку на додану вартість, встановивши науково обгрунтовані норми їх розподілу, закріплення за міськими бюджетами плати за землю в повному обсязі та запровадження податку на нерухомість [11, с. 329].

Важливим напрямом розвитку медичної інфраструктури на муніципальному рівні є можливість кооперації ресурсного потенціалу міст. Проте практичні цілі об'єднання економічних і фінансових ресурсів суперечать конституційним нормам і цілям одержання міжбюджетних трансфертів. За Конституцією України територіальні громади можуть об'єднувати свої ресурси, якщо мають власні бюджети місцевого самоврядування.

Практично районні й обласні бюджети не підпадають під цю норму, оскільки є частиною державного бюджету.

За деяких обставин об'єднання ресурсів потребує закриття або перепрофілювання об'єктів соціальної інфраструктури. Однак такий захід важко здійснити через законодавчі й адміністративні обмеження. Крім того, якщо медичні заклади фінансуються через механізм дотацій вирівнювання, зміна їхнього функціонального призначення обмежує обсяги трансферту.

У зв'язку з цим децентралізація механізму фінансування зі зміною акцентів на джерелах доходу може виступати поряд з іншими імперативом розвитку муніципальних закладів охорони здоров'я.

Загальний висновок, який можна зробити з даного матеріалу, полягає в наступному. Ситуацію, що склалася сьогодні в муніципальному секторі охорони здоров'я, можна охарактеризувати двома тезами. По-перше, стан здоров'я міського населення, особливо в невеликих містах, погіршується, що посилюється низьким рівнем організації й надання медичної допомоги. По-друге, відсутній системний погляд на організацію, фінансування та мотивацію діяльності медичних закладів.

Подальше вирішення проблем муніципальної системи охорони здоров'я може реалізовуватися через різні програми національного, обласного й муніципального значення. Вони мають бути безпосередньо пов'язані з діяльністю держави – державною політикою в галузі охорони здоров'я. Необхідність її розробки зумовлена тим, що багато параметрів, які входять у цілі, основні напрями, правові, економічні й фінансові механізми, – в компетенції державних органів влади.

Джерела

1. *Статистичний щорічник України за 2007 рік*. – К.: Вид-во «Консультант», 2008.
2. *Куценко В.И.* Сфера воспроизводства здоровья населения. – К.: Наукова думка, 1994.
3. *Общая теория статистики*. – М.: Инфра –М, 1997.
4. *Щепин В.О., Купаева И.А.* Основные показатели деятельности медицинских учреждений, оказывающих стационарную помощь в субъектах Российской Федерации в 1990–2004 гг./ Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. – С. 41–45.
5. *Щепин В.О., Тишук Е.А.* Актуальные вопросы информации в здравоохранении и медицинской науке / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 4. – С. 3–5.
6. *Журавель В., Мегедь В., Черномаз В.* Роль органів державної виконавчої влади у визначенні політики та розвитку системи медичної допомоги (Регіональна політика в галузі охорони здоров'я: шляхи формування та реалізації; Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції 5–6 червня 2003 року. – Одеса, 2003.
7. *Максимова Т.М.* Социальное расслоение в среде медицинских работников как проблема охраны здоровья населения / Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 3. – С. 35–38.
8. *Никифоров С.А., Ползик Е.В.* К вопросу развития муниципального здравоохранения / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 3. – С. 33–37.
9. *Шифф Р.* Лекции по организации здравоохранения. – Екатеринбург; Манчестер. – 2000. – С. 20–44 (цит. по С.А. Никифоров, Е.В. Ползик. К вопросу развития муниципального здравоохранения / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 3. – С. 33–37.

10. Лібанова Е., Большов Є., Дір Ю. та інші. Звіт із людського розвитку в Україні за 2008 рік. Людський розвиток і європейський вибір України. – ПРООН Україна – травень. – 2008. – С. 31–32.

11. *Фінансово-монетарні* важелі економічного розвитку (за ред. А.І. Даниленка) у 3-х томах. – К.: Фенікс, 2008. – *Фінансова політика та податково-бюджетні важелі її реалізації* (т. 3).

Анотація. На основі диференційованої статистичної оцінки потенціалу муніципальної медицини обґрунтовується висновок щодо її кількісної й якісної невідповідності рівню захворюваності міських жителів. Пропонуються сучасні інституційні, фінансово-економічні механізми й новітні медико-організаційні технології модернізації медичного обслуговування.

Аннотация. На основе дифференцированной статистической оценки потенциала муниципального здравоохранения обосновывается вывод о его количественном и качественном несоответствии уровню заболеваемости городских жителей. Предлагаются современные институциональные, финансово-экономические механизмы и новые медико-организационные технологии модернизации медицинского обслуживания.

Summary. In the article the influence of municipal health protection on the indexes of population morbidity is estimated on basis of territorial features within the limits of 35-80% from all complexes of factors which form a public health. There was analytically proved that to ensure full accessibility of urban residents to health services, municipal health resources should be increased three-fold.

Improvement of municipal health-care system involves several directions, mechanisms of implementation which are summarized in the article. Institutional and organizational - allows for the creation of health districts to overcome the disparity territorial health care. Medical technology - at the expense of innovative treatments to improve the effectiveness of the resource potential of community medicine. Program-regional area will expand the use of multi-funding mechanism. Cross-sectoral - to form an interagency health and social services structure. Budget-governing - on the basis of improving inter-budgetary relations at the municipal level to the planning of regional policy and strategy development of health facilities. The development of integrative spatial directions should help communities to accumulate funds earmarked for health care.

In general, article focuses on the formation of the systematic approach at the organization, financing and motivation of medical practice in the municipal sector.

Ключові слова: міська муніципальна медицина; імперативи; ресурсний потенціал; охорона здоров'я; захворюваність населення; медична допомога.

Ключевые слова: городская муниципальная медицина; императивы; ресурсный потенциал; охрана здоровья; заболеваемость населения; медицинская помощь.

Key words: municipal medicine; imperatives; resource potential; health care; morbidity; medical aid.

Стаття надійшла до редакції журналу 01.03.2009 р.