



Світлана Лукаш, Олександр Маслак, Роман Побідинський

Сумський національний аграрний університет

Державне управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я

У статті розглянуто основні механізми державного управління процесу автономізації в галузі охорони здоров'я; досліджено законодавче забезпечення автономізації медичних закладів в Україні; розглянуто механізм перетворення закладу охорони здоров'я із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство; проведено аналіз фінансування системи охорони здоров'я України; розроблено напрямки удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я. Пропозиції щодо удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів сформовані за трьома напрямками: удосконалення державного управління за організаційно-правовим напрямком; удосконалення державного управління за напрямком кадрової політики автономізованих медичних закладів; удосконалення державного управління за напрямком ресурсного забезпечення через впровадження державно-приватного партнерства. В організаційно-правовому напрямку розроблено модель державного управління процесом автономізації медичних закладів, визначено основних стейкхолдерів процесу та їх роль на кожному етапі автономізації. В напрямку кадрової політики визначено зміни та оновлені вимоги щодо керівного складу та медичного складу закладів охорони здоров'я. Сформовано основні вектори професійного розвитку медичних кадрів, які є обов'язковою вимогою в умовах реформування медичної галузі. В умовах реформування системи охорони здоров'я та автономізацією медичних закладів важлива співпраця державних та комунальних медичних закладів з бізнесом. Здійснено огляд наявної практики взаємодії держави та бізнесу, запропоновано форми співпраці з різним ступенем залученості приватного сектора. Державний партнер несе субсидіарну відповідальність за зобов'язаннями такого підприємства або господарського товариства відповідно до договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства.

Ключові слова: державне управління, автономізація, медична реформа, управління, партнерство, стейкхолдери, професійний розвиток

Svitlana Lukash, Oleksandr Maslak, Roman Pobidynskyi

Sumy National Agrarian University

Public administration of the process of autonomy of medical institutions in the context of health care reform

The main mechanisms of state management of the process of autonomy in the field of health care are considered in the article; the legislative provision of autonomy of medical institutions in Ukraine is investigated; the mechanism of transformation of CHC from a budgetary institution into a municipal non-profit enterprise is considered; an analysis of the financing of the health care system of Ukraine was conducted; directions of improvement of the state management of process of autonomy of medical establishments in the conditions of reforming of system of public health services are developed. Proposals for improving public administration in the process of autonomy of medical institutions are formed in three areas: improving public administration in the organizational and legal direction; improvement of public administration in the direction of personnel policy of autonomous medical institutions; improvement of public administration in the direction of resource provision through the introduction of public-private partnership. In the organizational and legal direction, a model of state management of the process of autonomy of medical institutions has been developed, the main stakeholders of the process and their role at each stage of autonomy have been identified. In the direction of personnel policy, changes and updated requirements for the management and medical staff of health care facilities have been identified. The main vectors of professional development of medical staff have been formed, which are a mandatory requirement in the conditions of reforming the medical sector. In the context of health care reform and the autonomy of medical institutions, cooperation between state and municipal medical institutions and business is important. The current practice of interaction between the state and business is reviewed, forms of cooperation with different degrees of private sector involvement are proposed. The state



partner bears subsidiary liability for the obligations of such enterprise or business company in accordance with the agreement concluded within the framework of public-private partnership.

Keywords: public administration, autonomy, medical reform, management, partnership, stakeholders, professional development

Постановка проблеми

Впровадження медичної реформи в Україні, формування відповідних законодавчих змін, надає можливість перетворення публічних закладів охорони здоров'я, що мають статус бюджетних установ, у комунальні некомерційні підприємства, що мають статус автономності. Медичні заклади повинні самі заробляти гроші, та, відповідно, мають право розпоряджатися ними самостійно. На думку В. М. Лехана (2016), держава через органи виконавчої влади, місцевого самоврядування чи інші уповноважені нею органи повинні виконувати функції організації медичного обслуговування та фінансового відшкодування вартості медичних послуг, забезпечуючи реалізацію очікувань, прав та законних інтересів усіх груп учасників системи охорони здоров'я та баланс між ними. Водночас він також повинен подбати про забезпечення контролю за видатками та раціональне використання державних фінансових ресурсів, виділених на сектор охорони здоров'я. Таким чином, держава, забезпечуючи, з одного боку, доступність та якість медичного обслуговування населення та прийнятний рівень доходу для медичних працівників, з іншого боку, повинна створити умови, які б спонукали постачальників надавати якісніше послуги необхідних типів і в розумних кількостях за мінімально можливих витрат. Саме ці умови створює запровадження автономізації. Питання автономізації закладів охорони здоров'я досліджували такі науковці, як Крячкова Л. В., Борвінко Е. В., Волчек В. В. (2016), Устінов О. В. (2013), Кравченко В. В., Орлова Н. М. (2018), Смирнов О. С., Бикова В. Г. (2016), Чебан В. І. (2018) та ін. Автори зазначають, що зміна організаційно-правового статусу медичних закладів, що входять до комунальної системи охорони здоров'я, також передбачає необхідність зміни функцій територіальних органів охорони здоров'я. За нових умов ці керівні органи не стільки керують безпосередньою діяльністю

медичних підприємств, скільки займаються розробкою місцевих програм охорони здоров'я на основі медичного моніторингу, формування та розміщення на контрактній основі державного замовлення на медичне обслуговування. послуги населенню тощо. Сферою зовнішнього управління є також прийняття законів, що регулюють як державну, так і приватну підприємницьку медичну діяльність. Однак при вирішенні конкретних проблем у галузі планування, оперативного регулювання діяльності окремих учасників лікувально-виробничого комплексу пріоритет слід надати самоврядуванню. В умовах глобальних змін з'являються додаткові принципи

організації управлінської роботи, а саме: забезпечення рівнодоступності громадян до медичних послуг (Карамішев, & Удовиченко, 2008); принцип демократизованого державного управління соціально орієнтованими сферами (Білінська та ін., 2012); принцип законодавчо визначеного порядку управління процесами медичного обслуговування громадян із отриманням правового статусу пацієнтів (Щирба, 2016; Кошова, 2020).

Метою дослідження є узагальнення теоретичних засад та обґрунтування напрямків удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я. Відповідно до мети, в роботі поставлено та вирішено наступні завдання:

- вивчити основні механізми державного управління процесу автономізації в галузі охорони здоров'я;
- дослідити законодавче забезпечення автономізації медичних закладів в Україні
- розглянути механізм перетворення закладів охорони здоров'я із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство;
- провести аналіз фінансування системи охорони здоров'я України;
- розробити алгоритм автономізації медичних закладів;
- проаналізувати аспекти фінансової



автономії закладів охорони здоров'я як механізм забезпечення ефективного використання ресурсів галузі охорони здоров'я;

– розробити напрямки удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Результати дослідження.

Статтею 49 Конституції України проголошено, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Однак, слід зауважити, що в цій же статті Конституції йдеться про те, що громадяни мають право в тому числі й на медичне страхування, а держава має сприяти розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Отже, ця стаття Основного закону, на наш погляд, також принципово не заперечує проти можливості використання для фінансування системи охорони здоров'я інших, крім бюджетних, джерел фінансування. І це є особливо важливим з огляду на реальну неможливість забезпечення повного всеохоплюючого фінансування зазначеної галузі лише за рахунок бюджету та з огляду на необхідність залучення до цього процесу додаткових джерел.

Необхідність застосування ряду заходів щодо реформування економічних засад системи охорони здоров'я, і, зокрема, поліпшення її фінансування, визначено Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України. З цією метою Концепція передбачає створення багатосекторальної системи громадського здоров'я з координуючою роллю МОЗ; визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я для забезпечення їх першочергового фінансування та запровадження механізмів фінансування системи громадського здоров'я, забезпечення прозорості та підзвітності використання доступних ресурсів. При цьому забезпечення розвитку системи громадського здоров'я здійснюватиметься за такими напрямками:

– залучення додаткових коштів за рахунок джерел, не заборонених законодавством;

– додаткове фінансування регіональних ініціатив у сфері громадського здоров'я шляхом проведення відкритих конкурсів на засадах конкуренції та відбору найкращих пропозицій;

– формування державної політики з урахуванням принципів державно-приватного партнерства для вирішення соціально значимих питань у сфері громадського здоров'я;

– оптимізацію ресурсів, у тому числі фінансових, які спрямовувалися на утримання інфраструктури, за рахунок запровадження сучасних технологій та методів роботи, а також вирішення питання щодо можливої передачі лабораторних центрів МОЗ на обласному та районному рівні до спільної власності територіальних громад;

– запровадження механізмів функціонування, зокрема фінансування, лабораторних підрозділів закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування як єдиної мережі з метою реагування на загрози у сфері громадського здоров'я, зокрема міжрегіональних (міжобласних) лабораторних центрів.

Серед очікуваних результатів Концепції слід виділити визначення ефективних механізмів фінансування системи громадського здоров'я, зокрема:

– фінансування системи громадського здоров'я за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, міжнародної технічної допомоги, благодійних фондів та інших джерел, не заборонених законодавством, шляхом оплати робіт у сфері громадського здоров'я, залученню висококваліфікованого персоналу для виконання завдань та функцій у сфері громадського здоров'я, створення конкурентоспроможного середовища для розвитку наукових розробок у сфері громадського здоров'я;

– використання фінансових ресурсів для розвитку інфраструктури або закупівлі необхідних робіт і послуг шляхом моделювання процесів, проведення аналізу і прогнозування їх економічної ефективності, а також їх впливу на функціонування системи громадського здоров'я;

– залучення інвестицій в систему громадського здоров'я за результатами



аналізу загального обсягу витрат на використання обладнання протягом строку його експлуатації (Full Cost of Ownership);

– розроблення Центром громадського здоров'я МОЗ моделей фінансування функцій у сфері громадського здоров'я та підготовці ним пропозицій щодо фінансового забезпечення таких функцій з урахуванням можливостей існуючої інфраструктури;

– фінансування надання послуг у сфері громадського здоров'я шляхом закупівель таких послуг;

– фінансування виконання програм у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні за рахунок коштів відповідних місцевих бюджетів у порядку, визначеному законодавством.

Фінансування заходів щодо реалізації цієї Концепції здійснюється за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством. 6 квітня 2017 року було прийнято Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я № 2002-VIII. Законом визначено, що за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства та додатково встановлено «пільговий» період для реорганізації до 31 грудня 2018 року.

Постановою КМУ від 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» було утворено новий центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Саме за НСЗУ закріплене одне з таких основних завдань, як виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

Відповідно до постанови КМУ від

28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» отримання статусу комунального некомерційного підприємства є однією з обов'язкових умов, які повинні виконати заклади охорони здоров'я для укладання договорів із НСЗУ, та переходу на нову систему фінансування медичного закладу.

Необхідно зазначити, що діюче законодавство України не дає єдиного визначення поняття «реорганізація». Так, ст. 104 Цивільного кодексу України передбачено такий спосіб припинення юридичної особи, як реорганізація. Згідно з цією нормою припинення юридичної особи відбувається в результаті передачі свого майна, обов'язків та прав іншій юридичній особі або декільком особам - правонаступникам одним із наступних способів: поділ, перетворення, злиття, приєднання.

У нашому випадку йдеться саме про реорганізацію шляхом перетворення ЗОЗ із комунальної організації (закладу, установи) в КНП. Юридичним підґрунтям такого процесу став Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». Ним, у свою чергу, були внесені зміни до Закону України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я», зокрема, визначено заклад охорони здоров'я як юридичну особу будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Для реорганізації ЗОЗ у КНП необхідно пройти формальну процедуру реорганізації в порядку визначеному законом. Процедура реорганізації регламентована переліком документів, представлених на рисунку 1.

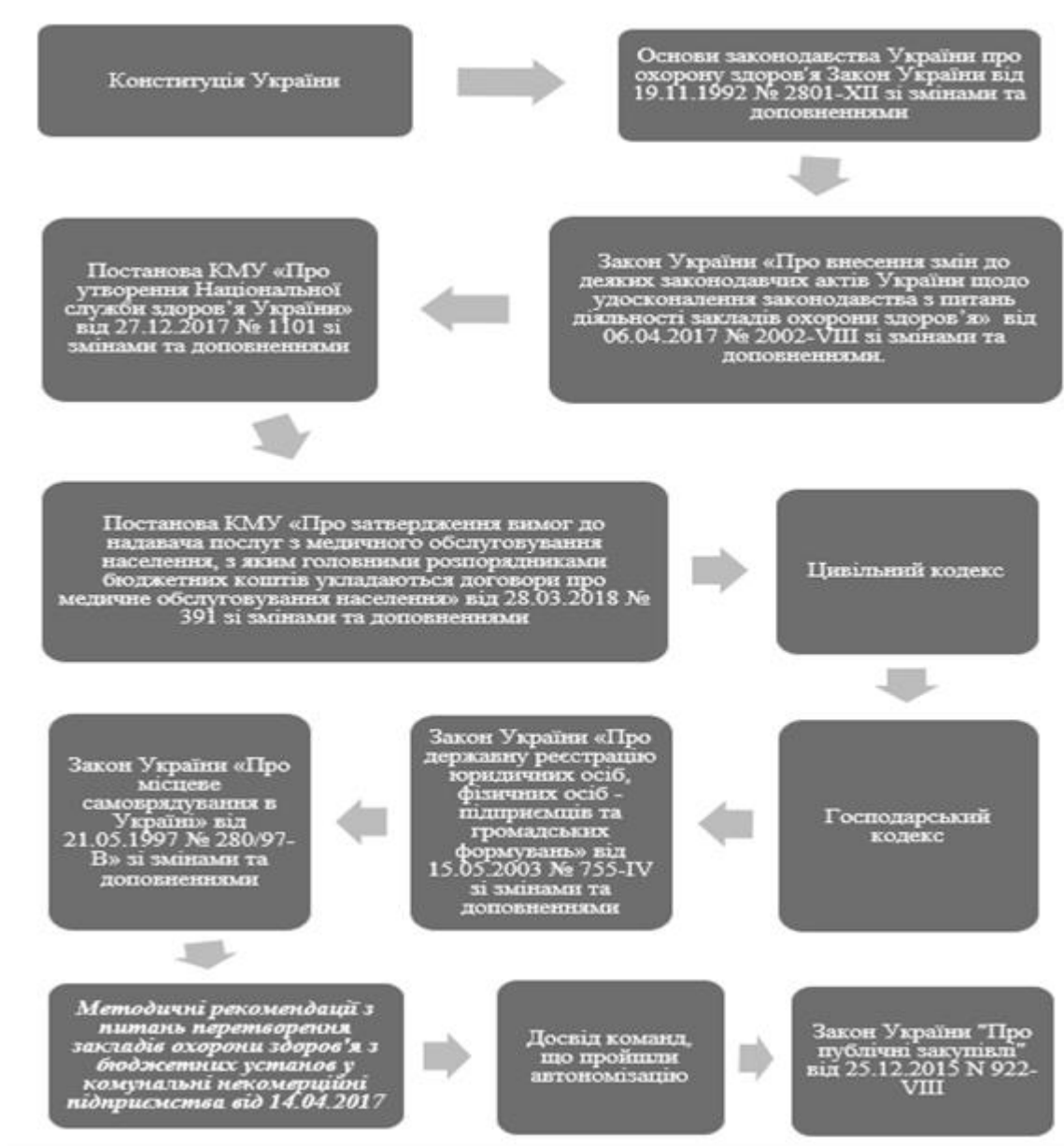


Рис. 1. Законодавче забезпечення автономізації медичних закладів
 Джерело: систематизовано автором

Залежно від форми власності ЗОЗ утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації. За організаційно-правовою формою (як передбачено оновленою ст. 16 Закону № 2801) ЗОЗ комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Також означено вище нормою передбачено, що ЗОЗ, утворені

в результаті реорганізації державних та комунальних ЗОЗ – державних та комунальних установ, можуть мати відокремлене майно (у тому числі кошти), закріплене за ними на праві оперативного управління, самостійний баланс, самостійно затверджувати штатний розпис, мати рахунки в установах банків, печатки.

Прямого визначення комунального некомерційного підприємства на законодавчому рівні не існує, але аналіз норм ГК дає можливість сформулювати для

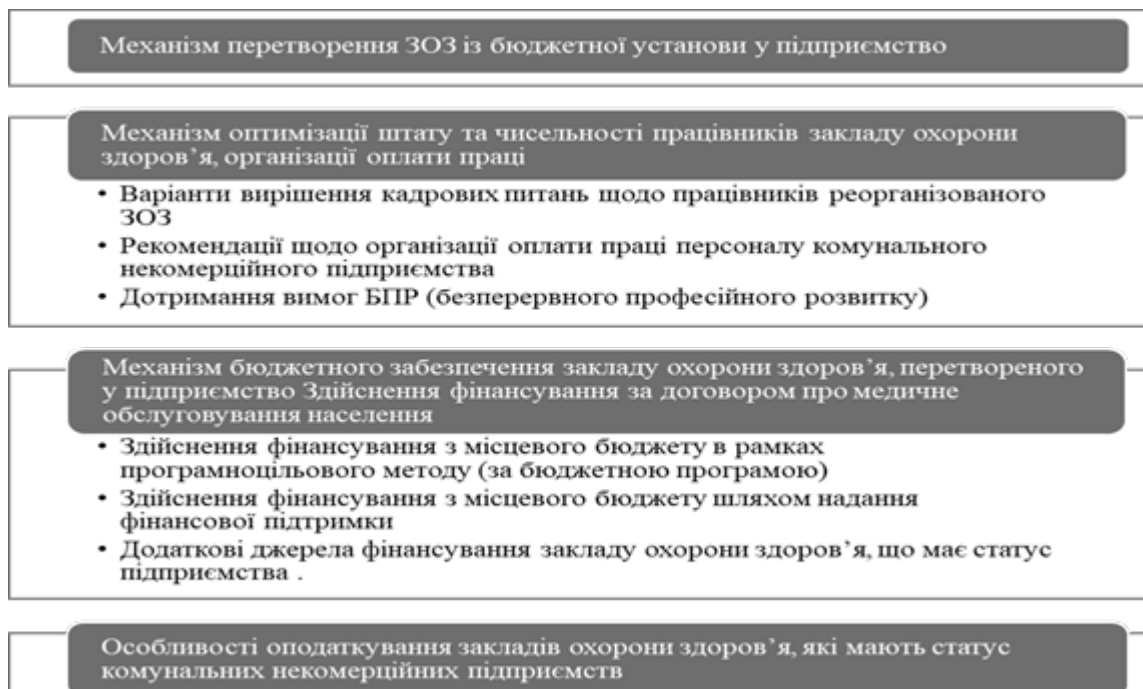
себе особливості такого роду організаційно-правової форми господарювання. Так, відповідно до ст. 52 ГК некомерційне господарювання — це самостійна систематична господарська діяльність, що провадиться суб'єктами господарювання, спрямована на досягнення економічних, соціальних й інших результатів без мети одержання прибутку.

У свою чергу, ст. 53 ГК передбачено, що некомерційна господарська діяльність може провадитися суб'єктами господарювання на основі права власності чи права оперативного управління в організаційних формах, які визначаються власником або відповідним органом управління чи ОМС з урахуванням вимог, передбачених ГК й іншими законами.

У разі якщо господарська діяльність юридичної особи, зареєстрованої як суб'єкт некомерційного господарювання, набуває

характеру підприємницької діяльності, до неї застосовуються положення ГК й інших законів, якими регулюється підприємництво. Орган, до сфери управління якого входить комунальне унітарне підприємство, є представником власника — відповідної територіальної громади і виконує його функції у межах, визначених цим Кодексом та іншими законодавчими актами. Майно комунального унітарного підприємства перебуває у комунальній власності і закріплюється за таким підприємством на праві господарського відання (комунальне комерційне підприємство) або на праві оперативного управління (комунальне некомерційне підприємство).

Формально процес автономізації медичного закладу можна розбити на декілька основних блоків, які представлені на рисунку 2.



*Рис. 2. Блоки державного управління автономізації медичних закладів
Джерело: розроблено авторами*

У процесі автономізації медичних закладів можна виділити чотири основних блоки державного регулювання:

- механізм безпосереднього перетворення медичного закладу з бюджетної установи в підприємство;
- механізм оптимізації штату ЗОЗ,

організації оплати праці та професійного розвитку;

- механізм бюджетного забезпечення ЗОЗ, фінансування НСЗУ;
- механізм оподаткування ЗОЗ в статусі КНП.

Реформування фінансування системи



охорони здоров'я, яке розпочалось в Україні з 2017 року, передбачає централізацію видатків на закупівлю пакету основних медичних послуг та виділення єдиного національного платника – НСЗУ (видатки на первинну медичну допомогу – з 2018 року; видатки на весь пакет, зокрема спеціалізовану та невідкладну допомогу – з квітня 2020 року). Впровадження медичної реформи звільнило від відповідальності за фінансування основних послуг органи місцевого

самоврядування (крім оплати комунальних послуг та капітальних витрат), що дозволило їм перенаправити кошти з напрямку охорони здоров'я на інші напрямки. Разом з цим, для компенсації уряд протягом 2018-2020 років відповідно збільшив фінансування системи охорони здоров'я в номінальному вираженні. Слід зазначити, що номінально видатки на охорону здоров'я збільшились і склали в 2019 році більше 9 % в структурі зведеного бюджету України (рис. 3).



Рис. 3. Структура видатків Зведеного бюджету України у 2019 році
Джерело: Бюджет України – 2020 (Міністерство фінансів України, 2020)

При цьому залишилися незмінними асигнування на охорону здоров'я на центральному рівні як частка від ВВП (2,5 %). У табл. 1 представлена детальна інформація щодо розподілу видатків на охорону здоров'я відносно інших секторів за аналізований період.

Паралельно уряд поступово розширив свою систему фіскального вирівнювання протягом 2015–2020 років, підтримуючи громади з обмеженими економічними можливостями шляхом безумовного поповнення їх доходу та опосередковано приносячи користь медичним установам. Однак, хоча основна «базова» дотація, що розподіляється за прозорою формулою, зростала у номінальному вираженні,

вона залишається недостатньою для сталого покриття делегованих видатків на рівні окремих громад. Два інші значні блокові трансферти, що визначаються без формульного підходу і розподіляються через регіональні адміністрації (а не безпосередньо до бюджетів місцевого самоврядування), були введені як тимчасовий захід для подолання неврівноваженості потенціалу громад щодо адаптації до реформ. Вони включають в себе «стабілізаційну дотацію», започатковану у 2015 році, та «додаткову дотацію на утримання закладів охорони здоров'я та освіти», започатковану у 2017 році. Разом вони швидко випередили базову дотацію за розміром майже на 5 млрд грн.

Таблиця 1

Пріоритетні видатки центрального уряду (включаючи трансферти), 2015-2020 роки

	Видатки як % ВВП						Видатки як % Державного бюджету (включаючи трансферти)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020 план	2015	2016	2017	2018	2019	2020 план
Загальнодержавні функції включаючи обслуговування боргу	5.2	5.0	4.8	4.6	4.3	4.3	18.1	17.4	17.2	16.7	15.9	16.4
Оборона	2.6	2.5	2.5	2.7	2.7	2.6	9.0	8.7	8.9	9.8	9.9	10.0
Безпека та судова влада	2.7	3.0	2.9	3.3	3.6	3.3	9.5	10.5	10.5	11.9	13.2	12.6
Економічна діяльність	1.9	1.5	1.8	2.3	2.3	2.7	6.6	5.1	6.3	8.2	8.4	10.3
Охорона навколишнього природного середовища	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.7	0.7	0.6	0.5	0.6	0.7
Житлово-комунальне господарство	0	0	0.1	0	0	0	0	0	0.2	0	0	0
Охорона здоров'я	3.2	2.4	2.6	2.5	2.5	2.5	11.0	8.4	9.4	8.9	9.1	9.6
Духовний та фізичний розвиток	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	1.2	0.7	0.9	1.0	1.0	1.2
Освіта	3.7	3.3	3.1	3.0	3.1	3.2	12.9	11.6	11.1	10.8	11.6	12.3
Соціальний захист	8.7	10.3	9.1	8.2	7.5	6.6	29.8	36.0	32.4	29.6	27.8	25.1
Блокові трансферти	0.4	0.3	0.7	0.7	0.7	0.5	1.3	1.0	2.6	2.6	2.4	1.8
Усього	29.0	28.7	28.1	27.7	27.1	26.2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Джерело: Державна казначейська служба України (2020), Державна служба статистики України (2020).

Однією з можливих опцій для України може бути розширення видатків на охорону здоров'я за рахунок бюджетного простору, що вивільнятиметься по мірі зниження зобов'язань з виплати та обслуговування державного боргу. Однак внаслідок економічного зростання в цей період виплати за борговими відсотками продовжували падати як частка ВВП і як частка бюджету, тому обслуговування боргу досі не відволікало бюджетний простір від інших секторів. Більш того, оскільки після 2020 року зобов'язання з обслуговування боргу почнуть зменшуватись, ресурси, які вони наразі відволікають, потенційно представлятимуть новий простір для інших видатків. Проте, ця перспектива вимагає подальшого зниження боргу України, що навряд чи відбудеться через необхідність запозичень для реагування на COVID-19. У порівнянні із середнім показником країн-членів Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), Україна виділяє значно меншу частку бюджету на охорону здоров'я, але значно більшу частку – на безпеку та судову владу, а також на соціальний захист і освіту. Функціональний склад загальних бюджетних видатків України суттєво відрізняється від середнього показника в країнах ОЕСР (рис. 4). Найбільша розбіжність спостерігається у частці видатків на охорону здоров'я, що не входить до першої п'ятірки

функціональних пріоритетів. Частка загальних бюджетних видатків, виділених на охорону здоров'я в Україні, майже на 5% нижча, ніж у країнах ОЕСР.

За останні роки система охорони здоров'я не отримала додаткового бюджетного простору завдяки перерозподілу бюджету з інших секторів. Навпаки, фінансування охорони здоров'я зменшилося порівняно з інвестиціями в економічну інфраструктуру, освіту та безпеку. Центральний уряд не надав системі охорони здоров'я жодного додаткового пріоритету навіть у роки впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я, коли відбувалася передача відповідальності за видатки національному закупівельнику. Недостатня пріоритизація охорони здоров'я у порівнянні з іншими секторами залишається питанням політичного вибору. На наш погляд, більш перспективним напрямком вивільнення додаткового бюджетного простору може бути за рахунок платежів з обслуговування боргу після того, як рівень державного боргу достатньо знизиться. Додатково доцільно було б розглянути можливість наближення функціонального складу загальних бюджетних видатків до середнього рівня країн ОЕСР, розглянувши та змінивши надзвичайно високу частку бюджету, яка наразі витрачається на безпеку та судову владу.

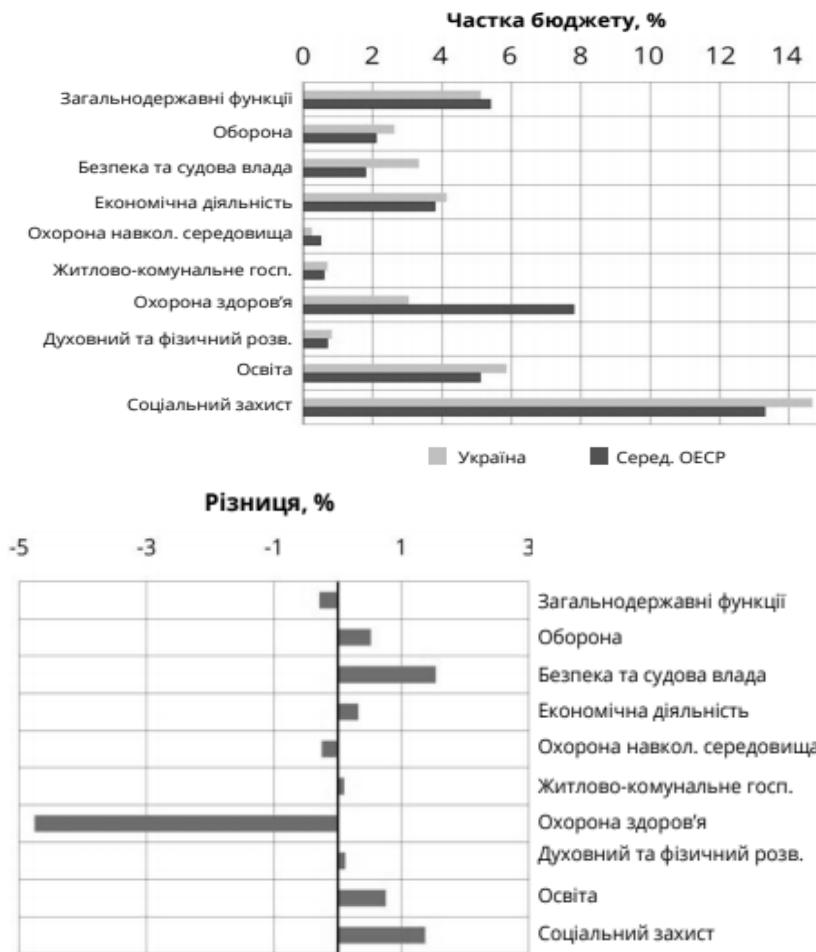


Рис. 4. Функціональний склад загальних державних видатків. Середні показники в Україні та країнах ОЕСР (2019 р.)

Джерело: Панорама державного управління (ОЕСР, 2019), Державна казначейська служба України (2020).

За останні роки система охорони здоров'я не отримала додаткового бюджетного простору завдяки перерозподілу бюджету з інших секторів. Навпаки, фінансування охорони здоров'я зменшилося порівняно з інвестиціями в економічну інфраструктуру, освіту та безпеку. Центральний уряд не надав системі охорони здоров'я жодного додаткового пріоритету навіть у роки впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я, коли відбувалася передача відповідальності за видатки національному закупівельнику. Недостатня пріоритизація охорони здоров'я у порівнянні з іншими секторами залишається питанням

політичного вибору. На наш погляд, більш перспективним напрямком вивільнення додаткового бюджетного простору може бути за рахунок платежів з обслуговування боргу після того, як рівень державного боргу достатньо знизиться. Додатково доцільно було б розглянути можливість наближення функціонального складу загальних бюджетних видатків до середнього рівня країн ОЕСР, розглянувши та змінивши надзвичайно високу частку бюджету, яка наразі витрачається на безпеку та судову владу.

Таким чином, схематично можна представити процес автономізації лікарні наступним чином:



*Рис. 5. Схема автономізації медичних закладів
Джерело: розроблено авторами*

Відповідно до ч. 4 ст. 15 Закону України від 02.03.2015 № 222-VIII «Про ліцензування видів господарської діяльності», якщо діяльність ліцензіата припиняється в результаті злиття, приєднання чи перетворення і його правонаступник має намір провадити вид господарської діяльності, на провадження якого ліцензіат мав ліцензію, такий правонаступник має право для забезпечення завершення організаційних заходів, пов'язаних з одержанням нової ліцензії на його здійснення, провадити у строк, що не перевищує трьох місяців, такий вид господарської діяльності на підставі раніше виданої ліцензії. Але у випадку закінчення даного строку правонаступник зобов'язаний подати документи для отримання нової ліцензії, при цьому раніше видана ліцензія підлягає обов'язковому анулюванню. Умовно зазначені етапи можна розділити на основні три – рисунок 6.

Таким чином, пройшовши описаний шлях, який може зайняти як мінімум два з половиною місяці, за умови дуже злагодженої роботи місцевого самоврядування (місцевої ради, депутатського корпусу) та медичного закладу, процес автономізації вважається завершеним, тобто відбулась зміна організаційно-правової форми управління з комунальної організації (установи, установи) – бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство.

Однією з основних переваг перетворення (реорганізація) медичних закладів на комунальні некомерційні підприємства є збільшення їхньої самостійності в господарських та управлінських справах, що відповідно стимулюватиме до поліпшення якості надання медичних послуг та підвищення економічної ефективності використання наявних активів. Основні переваги представлені на рисунку 7.

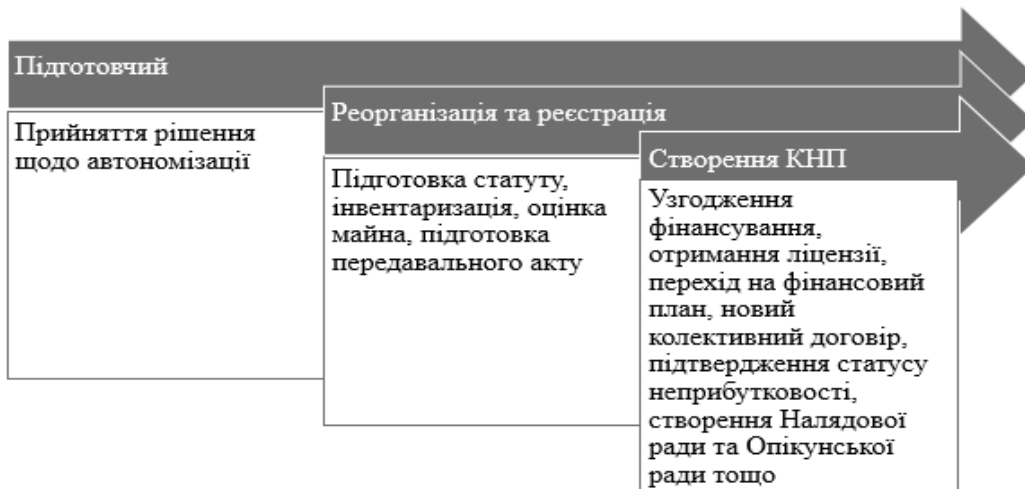


Рис. 6. Етапи автономізації медичних закладів
 Джерело: розроблено авторами



Рис. 7. Основні переваги автономізації медичних закладів
 Джерело: розроблено авторами



У випадку, якщо на момент перетворення медичного закладу на комунальне некомерційне підприємство, він не має можливості укласти договір із Національною службою здоров'я України, то відповідно до чинного бюджетного законодавства передбачено застосування наступних варіантів організації фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство медичного закладу:

1. Через укладення договорів про медичне обслуговування населення, укладені відповідним розпорядником

бюджетних коштів.

2. Через фінансування із відповідного бюджету із використанням програмно-цільового методу (відповідно до бюджетної програми), який передбачений Бюджетним кодексом України.

3. Через надання фінансової підтримки з місцевого бюджету.

За результатами, отриманими в ході вивчення та аналізу законодавчої бази України, розроблена модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономії. Ця модель представлена на рисунку 8.

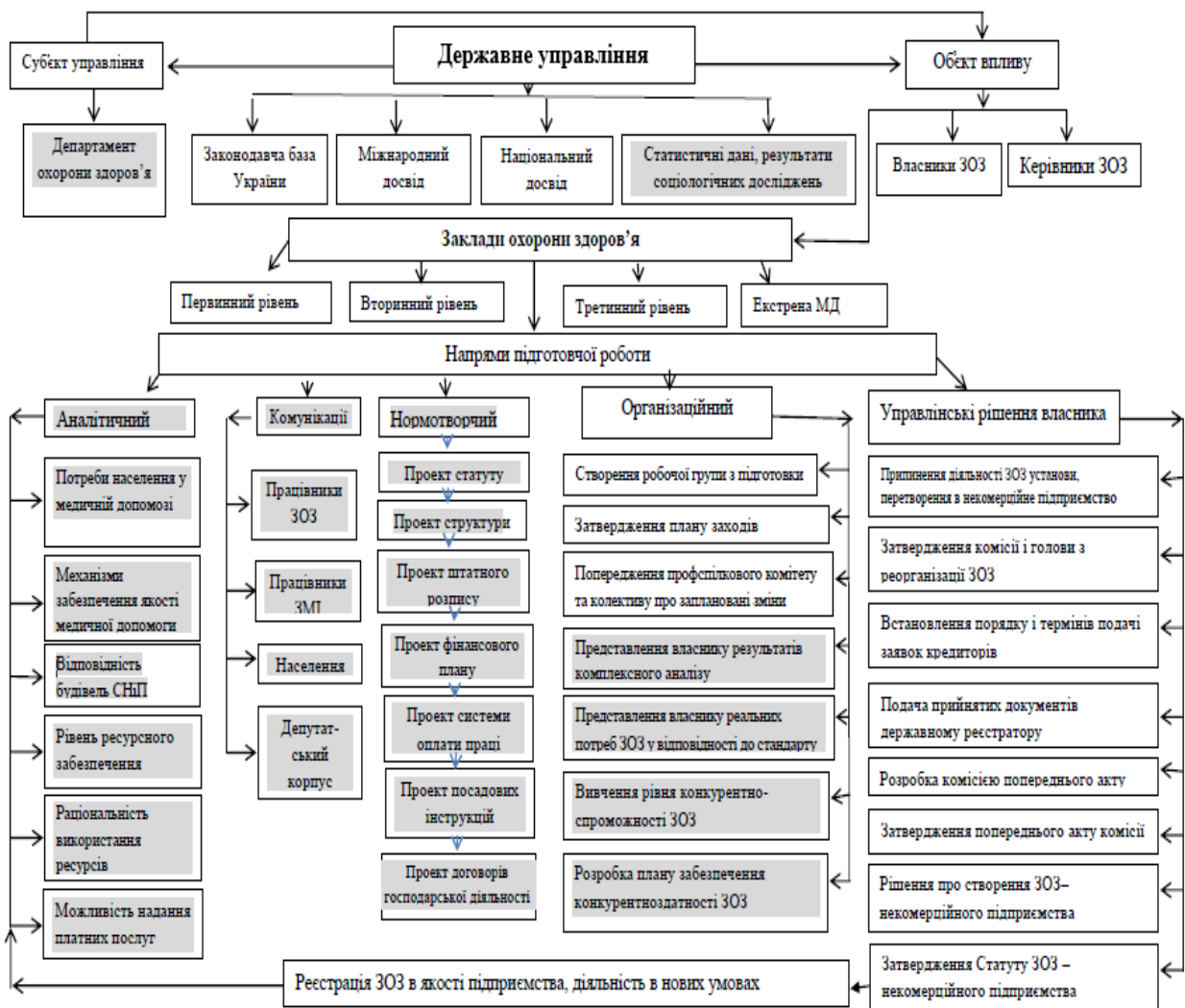


Рис. 8. Модель державного управління автономізації медичних закладів



Центральним елементом моделі є медичні заклади, які підлягають автономізації. Стратегічним напрямком моделі є забезпечення ефективної роботи автономізованих медичних закладів в умовах впровадження реформування системи охорони здоров'я та в контексті запровадження принципово нової системи фінансування медичних закладів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» при реалізації Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII.

Тактичним напрямком моделі є ефективна підготовка та комплексне впровадження автономізації медичних закладів із затвердженням програми місцевої фінансової підтримки закладу охорони здоров'я для забезпечення його конкурентоспроможності в контексті формування ринку медичних послуг. Суб'єктом управління за цією моделлю є Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, який забезпечує імплементацію чинного законодавства України в регіоні та виступає на регіональному рівні головним комунікатором з цього питання та, у разі потреби, проводить адвокацію з цього приводу на рівні місцевого самоврядування.

Об'єктом управлінського впливу в даній моделі виступають керівники медичних закладів, до основних завдань яких входить створення інтегрованої робочої групи для підготовки медичного закладу до автономізації та забезпечення її ефективної реалізації. Блок державного управління моделі включає формування законодавчої бази України з цього питання, урахування міжнародного та національного досвіду зміни організаційно-правової форми бюджетних установ на некомерційні комунальні підприємства, результати соціологічних досліджень серед осіб, які приймають рішення, організаторів охорони здоров'я, працівників економічних служб системи охорони здоров'я, медичних працівників, населення.

Важливою складовою моделі є державне управління професійною підготовкою організаторів охорони здоров'я, розвитком медичних кадрів та співробітників фінансово-економічних служб для роботи в нових

організаційних, правових та економічних умовах в результаті перетворення медичних закладів на некомерційне підприємство.

Висновки

З 2012 року в Україні після тривалих дискусій почалася реформа охорони здоров'я, в якій законодавчо було закріплено перехід до моделі охорони здоров'я, орієнтованої на задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі. Розробка даної моделі базувалася на даних поглибленого аналізу стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я України, досвіду різних країн Європи, наукових дослідженнях та рекомендаціях національних і міжнародних експертів за напрямками розвитку системи охорони здоров'я України.

Ця модель на законодавчому рівні включає наступні основні аспекти:

– Структурна перебудова медичної допомоги, зокрема:

- Розмежування медичної допомоги за її видами;

- Формування мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів;

- Пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини з введенням механізмів керованості медичного маршруту пацієнта та вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки;

- Упорядкування надання вторинної медичної допомоги з диференціацією закладів охорони здоров'я вторинного рівня в залежності від інтенсивності медичної допомоги, яка ними надається (лікарні інтенсивного, планового, відновного лікування, хоспіси)

- Створення на регіональному рівні єдиної системи екстреної медичної допомоги,

- Усунення дискримінації між державними та недержавними установами охорони здоров'я, поставивши їх в рівні умови.

– Введення договірних відносин між провайдерами медичних послуг (медичними



зкладами) і головними розпорядниками бюджетних коштів (НСЗУ);

– Введення системи єдиної стандартизації у сфері охорони здоров'я (державних соціальних нормативів і галузевих стандартів).

Крім того, умовою надання медичних послуг для бюджетних медичних закладів стала їх автономізація, перетворення їх на комунальні неприбуткові підприємства.

Автономізація медичних закладів передбачає формування потужних пулів фінансових ресурсів для надання вторинної, третинної та невідкладної допомоги на регіональному рівні, для надання первинної медико-санітарної допомоги – на районному / міському рівнях; зміну підходів до формування штатного розкладу закладів охорони здоров'я – виходячи з обсягу та складності роботи замість показників потенціалу; формування підходів до оплати праці з урахуванням обсягу та якості роботи.

Пропозиції щодо удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів сформовані за трьома напрямками:

– Удосконалення державного управління за організаційно-правовим напрямком;

– Удосконалення державного управління за напрямком кадрової політики автономізованих медичних закладів;

– Удосконалення державного управління за напрямком ресурсного забезпечення через впровадження державно-приватного партнерства.

В організаційно-правовому напрямку розроблено модель державного управління процесом автономізації медичних закладів. При розробці моделі були виокремлені та деталізовані наступні напрямки діяльності: аналітичний, комунікаційний, нормотворчий, організаційний, управлінський; визначено основних стейкхолдерів процесу та їх роль на кожному етапі автономізації.

У зв'язку з реформою та автономізацією закладів охорони здоров'я важлива співпраця наших державних та комунальних медичних закладів з бізнесом. Бо як це було 25 років тому, так і нині – державних грошей не вистачає для надання пацієнту повного спектру сучасних медичних послуг. Огляд наявної практики взаємодії держави та бізнесу свідчить про те, що існує чимала кількість форм співпраці з різним ступенем залученості приватного сектора.

БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

- Бюджет – 2020. Міністерство фінансів України : сайт. URL: <https://mof.gov.ua/uk/current-year-budget-information>
- Державна казначейська служба України. 2020. URL: <https://www.treasury.gov.ua/ua>.
- Державна служба статистики України. 2020. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
- Карамішев Д., Удовиченко Н. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.практ. конф.,17-18 квіт. 2008 р. Львів, 2018. С. 129–136.
- Кошова С. Підготовка фахівців управління сферою охорони здоров'я в умовах реформи державного управління. Аспекти публічного управління. 2020. Т. 8, № 3. С. 119–128. doi:1015421/152075
- Кравченко В. В., Орлова Н.М. Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 2. С. 38–42.
- Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В., Волчек В. В. Аналіз перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання. Медичні перспективи. 2016. Том XXI. № 2 (ч. 1). С. 9–16.
- Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3. С. 67–86.
- Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Перетворення в системах первинної медичної допомоги (порівняльний аналіз підходів в країнах Європи та в Україні : навч. посіб. Дніпропетровськ, 2016.
- Поживілова О. В., Радиш Я. Ф., Васюк Н. О., Ляховченко Л. А. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. Інвестиції: практика та досвід. 2011. № 19. С. 76–83.
- Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101.
- Смирнов О. С. Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. 2016. Управління розвитком. № 3 (185). С. 78–83.
- Устїнов О. В. Реформа первинної медичної допомоги: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення. Український медичний часопис. 2013. № 5 (97). С. 24–27.
- Чебан В. І. Процес розвитку комп'ютеризації та сучасні інформаційні технології за тематикою дослідження громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2018. №3 (50). С. 98–102.
- Щирба М. Фінансова доступність охорони здоров'я: проблеми правового статусу пацієнтів.. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2016. № 39 (1). С. 23–26.



REFERENCES

- Lekhan, V. M., Kriachkova, L. V., Borvinko, E. V., & Volchek, V. V. (2016). Analiz pereshkod na shliakhu rozvytku systemy pervynnoi medychnoi dopomohy v Ukraini ta mozhlyvi pidkhody do yikh podolannia [Analysis of obstacles to the development of the primary health care system in Ukraine and possible approaches to overcoming them]. *Medychni perspektyvy, Tom XXI – Medical Perspectives, Volume XXI, 2 (part 1)*, 9–16 [in Ukrainian].
- Cheban, V. I. (2018). Protsey rozvytku kompiuteryzatsii ta suchasni informatsiini tekhnolohii za tematykoiu doslidzhennia hromadskoho zdorovia [The process of computerization development and modern information technologies on public health research]. *Ukraina. Zdorovia natsii – Ukraine. Nation's Healths*, 3 (50), 98–102 [in Ukrainian].
- Karamyshev, D., & Udovychenko, N. (2008). Osnovni pryntsyipy funktsionuvannia systemy okhorony zdorovia v konteksti zahalnoliudskykh tsinnosti sotsialnoi derzhavy [Basic principles of functioning of the health care system in the context of universal values of the welfare state]. Proceedings of II All-Ukrainian Scientific and Practice Conference: *Medychno pravo Ukrainy: pravovyi status patsientiv v Ukraini ta yoho zakonodavche zabezpechennia (henezys, rozvytok, problemy i perspektyvy vdoskonalennia) – Medical law of Ukraine: legal status of patients in Ukraine and its legislative support (genesis, development, problems and prospects for improvement)*. (pp. 129–136). Lviv [in Ukrainian].
- Koshova, S. (2020). Pidhotovka fakhivtsiv upravlinnia sferoiu okhorony zdorovia v umovakh reformy derzhavnogo upravlinnia [Training of health management specialists in the context of public administration reform]. *Public administration aspects*, 8(3), 119–128. doi:1015421/152075 [in Ukrainian].
- Kravchenko, V. V., Orlova, N. M. (2018). Shliakhy pidvyshchennia zadovolenosti naseleennia yakistiu ambulatornoi medychnoi dopomohy [Ways to increase public satisfaction with the quality of outpatient care]. *Ukraina. Zdorovia natsii – Ukraine. Nation's Healths*, 2, 38–42 [in Ukrainian].
- Lekhan, V. M., Slabkyi, H. O., & Shevchenko, M. V. (2015). Analiz rezultativ reformuvannia systemy okhorony zdorovia v pilotnykh rehionakh: pozytyvni naslidky, problemy ta mozhlyvi shliakhy yikh vyrishennia [Analysis of the results of health care reform in the pilot regions: positive consequences, problems and possible solutions]. *Ukraina. Zdorovia natsii – Ukraine. Nation's Healths*, 3, 67–86 [in Ukrainian].
- Lekhan, V. M., Kriachkova, L. V., Volchek, V. V. (2016). *Peretvorennia v systemakh pervynnoi medychnoi dopomohy (porivnialnyi analiz pidkhodiv v krainakh Yevropy ta v Ukraini [Transformation in primary health care systems (comparative analysis of approaches in European countries and in Ukraine)]*. Dnipropetrovsk [in Ukrainian].
- Ministry of Finance of Ukraine. (2020). Budget – 2020. Retrieved from <https://mof.gov.ua/uk/current-year-budget-information> [in Ukrainian].
- On the establishment of the National Health Service of Ukraine. (2017, December 27). No. 1101 [in Ukrainian].
- Pozhyvilova, O. V., Radysh, Ya. F., Vasiuk, N. O., Liakhovchenko, L. A. (2011). Fakhivets u haluzi upravlinnia okhoronoiu zdorovia Ukrainy: poshuk modeli [Healthcare Management Specialist of Ukraine: Model Search]. *Investytsii: praktyka ta dosvid*, 19, 76–83 [in Ukrainian].
- Shchyryba, M. (2016). Finansova dostupnist okhorony zdorovia: problemy pravovoho statusu patsientiv [Financial affordability of health care: problems of legal status of patients]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Seriya: Pravo – Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Law*, 39 (1), 23–26 [in Ukrainian].
- Smyrnov, O. S. & Bykova, V. H. (2016). Mekhanizm ekonomichnoho upravlinnia zakladamy okhorony zdorovia [The mechanism of economic management of health care facilities]. *Upravlinnia rozvytkom – Development Management*, 3 (185), 78–83 [in Ukrainian].
- State Treasury Service of Ukraine. (2020). Retrieved from <https://www.treasury.gov.ua/ua> [in Ukrainian].
- State Statistics Service of Ukraine. (2020). Retrieved from <http://www.ukrstat.gov.ua/> [in Ukrainian].
- Ustinov, O. V. (2013). Reforma pervynnoi medychnoi dopomohy: suchasnyi stan, problemy, shliakhy vyrishennia [Reform of primary health care: current status, problems, solutions]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal*, 5 (97), 24–27 [in Ukrainian].

Lukash Svitlana

Ph.D. <https://orcid.org/0000-0003-1948-7683>, svitlana.lukash@gmail.com

Maslak Oleksandr

Ph.D. <https://orcid.org/0000-0003-3432-7311>

Pobidytskyi Roman

Master <https://orcid.org/0000-0002-7255-0007>

Стаття надійшла / Article arrived: 13.01.2021

Схвалено до друку / Accepted: 21.02.2021