

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

СТЕЛЬМАХ КАТЕРИНА ІГОРІВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 332.142.4
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИКО-САНІТАРНИМИ
КОМУНАЛЬНИМИ ПІДПРИЄМСТВАМИ УКРАЇНИ**
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

К. І. СТЕЛЬМАХ
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
ЛИТВИНЧУК Ірина Леонідівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **СТЕЛЬМАХ Катерина Ігорівна**
допущена до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» грудня 2022 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я, прізвище)

«_____» грудня 2022 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **СТЕЛЬМАХ Катерина Ігорівна** захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ - _____
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я, прізвище)

АНОТАЦІЯ

СТЕЛЬМАХ К. І. Механізми управління медико-санітарними комунальними підприємствами України. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» – Поліський національний університет Міністерства освіти і науки України, Житомир 2022.

Оскільки реформа охорони здоров'я утримує фокус на первинній ланці в ієрархії системи надання медичної допомоги і послуг як пріоритетного осередку фінансування усієї галузі загалом, то це і є центральним джерелом її живлення, тому, що гроші тепер прив'язані до власне споживача медичного контенту і саме через це первинній (сімейній) медицині приділяється така вагома увага у публічному адмініструванні. І все розпочинається із створення нової моделі медичних закладів – комунальних некомерційних підприємств: виробників медичної допомоги і послуг.

Ключові слова: первинна медична допомога і послуги, публічне управління, комунальні некомерційні підприємства, фінансування.

SUMMARY

Stelmakh K. Mechanisms of clinic service management of tertiary level in medical reform conditions. Qualification Work on manuscript rights. Work on obtaining an educational degree «Master» in specialty 281 «Public Administration» – Polissia National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Zhytomyr 2022.

Since health care reform keeps the focus on the primary link in the hierarchy of the system of providing medical care and services as a priority source of funding for the entire industry in general, this is the central source of its power, because money is now tied to the actual consumer of medical content and it is precisely because of this that primary (family) medicine is given such weighty attention in public administration. And it all starts with the creation of a new model of medical institutions – communal non-commercial enterprises: manufacturers of medical care and services.

Keywords: primary medical care and services, public administration, communal non-profit enterprises, financing.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ І ПОСЛУГ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	8
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	16
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ПРИКЛАДНИХ АСПЕКТІВ ФІНАНСОВОГО ТА ІНШИХ АСПЕКТІВ МЕНЕДЖМЕНТУ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ	17
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	25
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОСЛУГАМИ МЕДИЧНИХ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ	26
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	36
ВИСНОВКИ	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	38
ДОДАТКИ	40

ВСТУП

Актуальність теми. Україна є країною з доходом нижче середнього, вона займала 52 місце у світі за валовим національним продуктом, так у 2020 році ВВП був на рівні 81,7 мільярдів доларів США, але 131 місце за валовим національним продуктом на душу населення 1520 доларів. У період після здобуття Україною незалежності урядом неодноразово відзначалося про потребу трансформування національної галузі охорони здоров'я за принципами Семашка, яка залишилася в спадок від радянських часів, але реформи не було впроваджено, увага держави була спрямована більше на утримання дійсної моделі [1].

Охороною здоров'я в Україні керує Міністерство охорони здоров'я, а всі працюючі громадяни беруть участь у витратах на її утримання. Теоретично медичне обслуговування є безкоштовним для всіх громадян України, однак на практиці безкоштовні послуги охоплюють лише базові послуги, і пацієнтам часто доводиться платити за додаткові, такі як спеціальне обладнання, необхідне під час операції. Часто лікарі та консультанти, також стягують плату за час, що витрачено на надання медичних послуг.

Українська державна охорона здоров'я все ще перебуває на етапі переходу від радянської системи охорони здоров'я. Згідно з цією системою, пропускна здатність була всім, що призвело до великої кількості лікарів і ліжок, серед найкращих у Європі, але, на жаль, не до загальних стандартів. Це відображається у відносно низькій очікуваній тривалості життя – майже 71 рік, причому очікується, що жінки проживуть у середньому на 10 років довше ніж чоловіки.

На щастя, як це часто буває у Східній Європі, стандарти приватного медичного обслуговування значно відрізняються. Через відносно низьку заробітну плату лікарів, які працюють у державі, і зростаючий попит на високоякісний медичний туризм, багато лікарів, хірургів і стоматологів

спокусилися перейти до приватного сектора, де вони користуються чудовими умовами та навчанням [2].

Україна успадкувала радянську систему безкоштовної державної медицини для всіх. Але реальність виявилася зовсім іншою: дефіцит бюджету, економічна криза та відсутність реформ призвели до появи «паралельного світу», де проблеми охорони здоров'я доводиться вирішувати неофіційними платежами з власної кишені та хабарями. Українські пацієнти часто оплачували все – від медичних послуг до витратних матеріалів, оскільки лікарі стверджували, що «бюджетних коштів немає». Наприклад, пацієнтів змушували купувати ліки чи вакцини, які вже були закуплені для них за кошти з державного бюджету. Більше того, незважаючи на високу ціну, яку платили українці за лікування, результати виявилися досить невтішними.

Оскільки докорінна зміна організаційно-функціонального статусу та адміністративних правил закладів охорони здоров'я України не збрала достатньо глибокого досвіду, тому і значних наукових здобутків з огляду на створення, нормативно-правового регулювання, функціонування та державного адміністрування комунальних некомерційних підприємств у секторі охорони здоров'я в Україні не набуто. З доступної нам літератури відомі не системні повідомлення таких вітчизняних учених як: Алексеев В., Бандурка О., Биркович Т., Бланк И., Вашев О., Войтович Р., Горин В., Данилишин Б., Карпенко Ю., Ковбасюк О., Коробов М., Лайко П., Лебединська О., Оболенський А., Орлов П., Павлюченко В., Павлюк К., Петров К., Рачинський І., Розпутенко С., Телешун В., Шапиро В., Шеремет В., та ряд зарубіжних вчених: Battin M, Healy J, Rosamond R, Silvers A, Szikra D, Boeri T, Jakab M, Tomka B, Maree J, McKee M, Mihaljek D, Oreskovic S, Preker A, Schneider M. Актуальність теми обумовлюють недостатня опрацьованість проблеми у науковій літературі, пов'язані з проблемами фінансування та ефективності функціонування механізмів державного управління медичною сферою.

Мета та завдання дослідження. Мета роботи – розкриття теоретико-методологічних засад формування механізмів управління медико-санітарними

зкладами в нових умовах здійснення ними завдань на шляху реформування медичної галузі та надання медичних послуг. Задля досягнення мети на розв'язання визначено низку наступних завдань:

- відобразити сучасний стан медичної допомоги під час медичної реформи в Україні;
- визначити актуальність застосування новітніх функціонально-структурних новоутворень у галузі охорони здоров'я України з метою більш ефективного використання бюджетних коштів;
- обстежити ефективність державного регулювання медичних послуг в умовах реформування медичної галузі у некомерційних медичних підприємствах;
- описати закордонний досвід побудови і розвитку некомерційних закладів реформування та фінансування систем охорони здоров'я;
- показати напрями та шляхи ефективного фінансування надання медичної допомоги у медичних некомерційних закладах;

Об'єкт дослідження – процес публічного управління медичними комунальними некомерційними підприємствами.

Предмет дослідження – теоретичні та прикладні площини шляхів адміністрування медичними комунальними некомерційними підприємствами в умовах реформи системи охорони здоров'я.

Методи дослідження. У кваліфікаційній роботі використано спеціальні методи наукового розпізнання явищ та механізмів у сфері здоров'яохорони, загальні наукові та методи аналізу і синтезу, порівняльного зіставлення, абстрагування, дедукції та індукції, однозначності логічного і історичного, бібліографічний, монографічний метод та ін.

Кваліфікаційна робота виконана на 40 сторінках і утримує 27 використаних джерел.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ І ПОСЛУГ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Проаналізувавши численні питання та вивчивши досвід світових організацій охорони здоров'я, МОЗ пішло демократичним та науково обґрунтованим шляхом реформування охорони здоров'я в Україні. Після 22 невдалих спроб, протягом 25 років попередників, вони заручилися підтримкою українського парламенту для реформування старої системи, а наприкінці 2017 року були прийняті офіційні закони для створення нової медичної служби, орієнтованої на пацієнта.

- Ключ до трансформації старої української системи охорони здоров'я полягає в зосередженні на потребах пацієнтів. Перший крок – впровадження нового механізму фінансування охорони здоров'я – «гроші ходять за пацієнтом». Тепер держава виділятиме гроші на конкретні потреби пацієнта замість того, щоб фінансувати лікарні, лікарів та стаціонарні ліжка.

- По-друге, реформа запроваджує «сімейних» лікарів. Пацієнти тепер мають законне право обирати собі сімейного лікаря на основі його кваліфікації (і незалежно від місця реєстрації) та підписувати з ним прозору угоду на основі якості та поваги. Сімейні лікарі повинні, і постійно дбають про здоров'я пацієнта та отримують заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, які з ним уклали контракт. Тому лікарі мають стимули до того, щоб пацієнти були здорові та задоволені їхніми послугами.

- Далі первинна медична допомога, паліативна допомога та екстрена медична допомога на 100% фінансуються державою. Крім того, держава забезпечує відшкодування ліків від серцево-судинних захворювань, астми та діабету 2 типу (найближчим часом пацієнти зможуть отримувати рецепти онлайн).

- Запроваджуються нові методи закупівлі та розповсюдження вакцин для усунення дефіциту, забезпечення найвищої якості та зменшення корупції на місцевому рівні. Замість поточного спеціального підходу цей процес передбачає трирічне планування та кращий моніторинг.

- Щоб відновити довіру в регіонах, пацієнти незабаром отримають доступ до нових модернізованих медичних центрів з новим діагностичним обладнанням для лікарів, побудованих або відреставрованих у повній відповідності до найсучасніших санітарних норм. Крім того, пацієнти зможуть записатися на прийом до лікаря онлайн або по телефону.

- Щоб відновити довіру по всій країні, кваліфікація лікарів буде забезпечена за допомогою нових ліцензійних та освітніх стандартів. Насправді медична освіта традиційно була однією з найбільш корумпованих сфер в українській охороні здоров'я, оскільки вона відкривала шлях до не менш корумпованої медичної практики, тому забезпечення надійної академічної підготовки є однією з ключових передумов трансформації охорони здоров'я. Тому реформа передбачає підвищення прохідних балів для ЗНО та суворіші випускні іспити для медичних спеціальностей.

- Нарешті, українські лікарі тепер зобов'язані у своїй повсякденній практиці дотримуватися міжнародних протоколів лікування. Колись в Україні існували тисячі вітчизняних протоколів лікування, більшість із яких були застарілими та не відповідали сучасному прогресу медицини. Крім того, використання доказової медицини та виключення руйнівних компонентів має здешевити лікування пацієнтів.

Зараз багато залежить не лише від лікарів, а й від пацієнтів. Пацієнти повинні мати мужність не давати хабара; з'ясувати, які послуги безкоштовні; писати прохання або скаргу, якщо від них просять або вимагають хабар; і не звертатися до некомпетентного лікаря або виконувати інструкції, яких вони не розуміють.

Водночас лікарі мають отримати те, про що давно мріяли: повагу, високі стандарти та відповідну матеріальну винагороду [3].

Первинна медична допомога (ПМД)

Обсяг і умови закупівлі пакету ПМД не змінилися суттєво з початку реформи ПМД у 2018 р., за винятком збільшення коригування душових ставок наприкінці 2020 р. для компенсації збору зразків для тестування та телеконсультацій щодо COVID-19. Послуги ПМД включені в ПМГ чітко визначені. 17 типів послуг включають загальну діагностику та лікування гострих і хронічних станів, профілактичний огляд, вакцинацію, огляди вагітності та здоров'я дитини, а також певні типи невідкладної допомоги та паліативна допомога. До березня 2021 року НСЗУ замовила послуги ПМГ від 1696 постачальників, 77 відсотків з яких були центрами ПМД, які консолідувалися кілька лікарів і місць надання послуг в рамках однієї юридичної особи.

35% постачальників ПМД, які мають контракти, є приватними. Усі жителі України, які активно записалися до лікаря ПМД, уклали договір з НСЗУ і мають право на отримання медичної допомоги, а пацієнти можуть змінити свого постачальника будь-коли. На кінець березня 2021 р. 31,2 млн. людей — 70,3% населення — зарахувалися до постачальників ПМД. Постачальники отримують оплату на основі національної подушної ставки, що скоригована з урахуванням віку та місцевості, що включає штраф для постачальників що перевищує рекомендовану кількість зареєстрованих людей. У листопаді 2020 р. базову душову ставку було збільшено на 8,5% як коригування на COVID-19, і заклади ПМД стали відповідальними за збір зразків для тестування на COVID-19 (але не за тестування самого зразка), який раніше був окремим пакетом на COVID-19, який доставлявся через мобільні бригади, що працювали з спеціалізованими амбулаторно-поліклінічними відділеннями або центрами ПМД. У 2021 р. надавачі ПМД отримали право подавати заявки для надання пакету вакцинації проти COVID-19, який може стати для них джерелом додаткового доходу. Для пацієнтів послуги ПМД безкоштовні в пункті надання медичної допомоги, але пацієнти все одно можуть робити неофіційні платежі провайдерів.

НСЗУ здійснює моніторинг постачальників ПМД на предмет дотримання умов договорів та можливого шахрайства, але моніторинг не здійснюється ефективності або якості, а клінічні аудити не проводяться. НСЗУ має намір запровадити контрактні умови, пов'язані з виконанням у 2021 році, зосередження уваги на профілактиці, скринінгу груп ризику та доступі до амбулаторних ліків для цільових груп пацієнтів із хронічними захворюваннями. Починаючи з вересня у 2021 р. запроваджено доплату за щеплення від кору дітей до 6 років. Хоча є вимога доглядати повинні відповідати клінічним настановам, в Україні ще немає стандартизованого набору клінічних настанов, і постачальники можуть дотримуватися клінічних настанови за власним вибором з інших країн.

ПМД в Україні все більше використовує цифрові технології. За межами електронні направлення та електронні рецепти, використання електронних медичних записів дозволяє постачальники послуг для доступу до історії пацієнтів і відстеження наданої допомоги. Це також дозволяє НСЗУ для моніторингу постачальників послуг і пацієнтів на предмет можливого шахрайства та отримання інформації про це моделі поведінки, які могли б інформувати про формування політики. Закон передбачає положення для телемедицини, і було кілька пілотних проектів телемедицини, пов'язаних із ПМД положенням. Пандемія COVID-19 прискорила використання цифрових технологій для отримання консультацій, у тому числі через соціальні мережі.

Програма «Доступні ліки» - (ПДЛ).

Програма знаходиться під керуванням НСЗУ з 2019 року, а раніше через цільовий грант від центрального уряду і має на меті забезпечити доступ до амбулаторних рецептурних ліків. Він охоплює амбулаторні ліки для пріоритетних станів – переважно це серцево-судинні захворювання, бронхіальна астма та ін.

НСЗУ за укладеними договорами з аптеками відшкодовує їм вартість ліків безпосередньо за рецептами, використовуючи частину електронного рецепта системи електронної охорони здоров'я.

Перелік прийнятних ліків у ПДЛ визначено з використанням міжнародних непатентованих назв – (МНН), а потім уточнюються брендами через виклик компаніям, ліки яких включено до переліку лікарських засобів. Наразі ПДЛ включає 297 лікарських засобів за ПДЛ, не інформувався за чіткою методологією або не оновлювався регулярно. Однак Кабмін своєю постановою від 23 грудня 2020 р. № 1300 схвалив запровадження з 1 січня 2022 року [4]. Відтепер оцінку медичних технологій покладено на “Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України” – (ДЕЦ) з метою оновлення державної оцінки медичних технологій, де докладні правила були завершені в 2021 р.

МОЗ встановлює політику відшкодування, використовуючи комбінацію міжнародних і внутрішніх цін. Дані з п’яти країн Східної Європи – Чехія, Угорщина, Латвія, Польща та Словаччина – використовуються для визначення середньої довідкової ціни для кожного МНН. Фірмові генерики на місцевому ринку, вартість яких перевищує референтну/міжнародну ціну, не відшкодовується.

Для кожного відшкодованого МНН найдешевша ціна генеричного препарату на місцевому ринку стає базовим тарифом відшкодування. Фірмові генерики, ціна яких нижча від компенсаційної (міжнародної) ціни але вище довідкового тарифу (внутрішнього) відшкодовуються, але пацієнт повинен доплатити різницю. Таким чином пацієнти можуть отримати ліки найдешевше. Такий підхід до ціноутворення вважається хорошою практикою.

Кількість аптек, з якими укладено договір, і кількість охоплених пацієнтів за ПДЛ продовжує зростати. Станом на березень 2021 року 9295 аптек приймали участь у пунктах видачі ліків, які функціонують при 1136 юридичних особах аптечної мережі. Національне охоплення зросло з 16,1 до 22,9 аптек на 100 тис. чисельність населення між 2019 і 2021 роками та кількість пацієнтів, які їх використовували. Станом на березень 2021 року вигоди аптечної мережі становили 2,8 млн. Рівність у доступі залишається проблемою: хоча в усіх областях спостерігалось збільшення кількості аптек з ПДЛ, аптеки між 2019 та

2021 рр., охоплення по областях коливалося від 17 до 30 аптек на 100 тис. населення.

Ще одна потенційна проблема доступу полягає в тому, що встановлено фіксований місячний бюджет окрім ПДЛ на національному рівні з визначенням місячного ліміту витрат на основі тенденцій призначення рецептів за групами захворювань. Коли ця межа досягнута, рецепти, які підлягають відшкодуванню, припиняються до наступного місяця.

На практиці ця межа ще не перевищена. У 2021 р. ПДЛ було розширено, щоб включити інсулін (з липня) та 10 додаткових МНН на психічні та неврологічні розлади.

Перше призначення повинен надати фахівець, наприклад, ендокринолог, психіатр або невролог; Потім лікарі ПМД можуть виписувати рецепти для повторного заповнення.

Спеціалізована амбулаторна допомога надається амбулаторно-поліклінічними відділеннями лікарень, клініко-діагностичними центрами (реформовані колишні поліклініки), спеціалізованими монопрофільними амбулаторіями та приватними індивідуальними практиками. Ще не вистачає координації між ПМД та спеціалізованою амбулаторною допомогою щоб адекватно здійснити комплексні спроби вивести чутливу до амбулаторних умов допомогу за межі лікарняного середовища, хоча певний прогрес був досягнутий у сфері психічного здоров'я. Нова реферальна е-система дає можливість аналізувати потоки різних видів направлень і покращити правильний розмір медичної допомоги.

На початку 2020 р. уряд затвердив перелік із 212 «центрових лікарень», які сформують мережу постачальників — «Спроможну мережу», — яку необхідно розробити в майбутньому. Цей крок є важливим кроком до більш раціонального та ефективного підходу для інвестування в лікарняний сектор, але потрібно бути обережним щоб перелік лікарень був оптимальним. Все ще бракує затвердженого офіційного документа стратегія, яка викладає бачення інтегрованої моделі надання послуг усіх видів догляду.

Модель доставки по Україні.

Послуги спеціалізованої допомоги в рамках ПМГ поділяються на пакети послуг, кожен окремо укладає договір з постачальниками. Станом на 2020 р. було 29 спеціалізованих пакетів догляду. Вони включають чотири пакети на COVID-19 для тестування мобільними бригадами, невідкладну догоспітальну допомогу, госпіталізацію та зарплату, пов'язану з COVID, які були додані у відповідь на пандемію. Шістнадцять пакетів стосуються захворювань, такі як гострий інсульт, пологи, психічне здоров'я, туберкульоз, ВІЛ, та COVID-19; вони охоплюють комплексний набір послуг для їх лікування. Дев'ять пакетів визначаються як послуги (колоноскопія, гемодіаліз, променева терапія), які можна використовувати для лікування різноманітних захворювань. Чотири пакети визначаються параметрами постачальника — стаціонарна хірургічна, стаціонарна нехірургічна, амбулаторна та невідкладна допомога — щоб охопити всю допомогу, яка не підпадає під іншу групи. Усі пакети спеціалізованої допомоги в ПМГ, крім амбулаторної допомоги, охоплюють ліки. На практиці багато ліків купуються з власної кишені стаціонарними хворими. У 2020 р. було прийнято нову вимогу щодо направлення, щоб покращити інтеграцію спеціалізованої та первинної медичної допомоги в рамках ПМГ. Щоб отримати спеціалізоване лікування безкоштовно, пацієнт потребує направлення від закладу первинної медичної допомоги або іншого постачальника спеціалізованої медичної допомоги. Контрактування є факультативним; постачальники можуть вибирати, які пакети застосовувати. Ця система посилює існуючу неефективність, оскільки постачальники звертаються лише за пакетами, які є найбільш економічно привабливими. Це також сприяє географічній нерівності в доступі до догляду.

Щоб укласти контракт з НСЗУ, постачальники повинні відповідати спектру послуг. Вони містять універсальні вимоги, в т.ч пов'язані з правовим статусом, ліцензуванням і функціями електронної охорони здоров'я; залежно від пакету вимоги до характеристик закладу, медичного персоналу та обладнання; та додаткові відповідні ліцензії (для ядерної медицини або

наркотиків). Послуги, що надаються поза контрактними пакетами, не обов'язково повідомляються. Контрактні об'єкти мають бути юридично автономними від держави, щоб створити поділ покупця/постачальника та усунути потенціал конфлікту інтересів. У рамках реформи лікарні також можуть відкрити банкові рахунки в комерційних банках, а не в казначействі. Ця нова автономія потребує нових механізмів управління та підзвітності, а для їх зміцнення необхідні нові правила. У період з квітня по грудень 2020 р. НСЗУ уклала договори та здійснила виплати 1681 спеціалізованому постачальнику послуг, у тому числі 59 приватним закладам та 25 центрам екстреної медичної допомоги обласного рівня.

Спеціалізовані пакети догляду.

У 2020 р. більшість спеціалізованої допомоги в ПМГ, це 81% спеціалізованої лікування та 67% загального бюджету ПМГ було придбано за рахунок загальних бюджетів. Ці закупівлі включали всю невідкладну допомогу, всю хірургічну допомогу, всю нехірургічну лікарняну допомогу. Для кожного пакету ПМГ, укладеного на глобального бюджету НСЗУ визначила «базову ставку» за одиницю послуги, тобто скориговано з урахуванням зміни вартості послуг. Наприклад, амбулаторна базова ставка множиться на 9,713 для хірургічних процедур і 0,186 для стоматологічної допомоги втручання, а потім помножити на кількість послуг, які підрядник надав у попередньому році, щоб отримати загальний бюджет, сплачений кожному контрактному об'єкту. Загальний бюджет також використовується для нових пакетів COVID-19 через відсутність передбачуваності кількості справ.

У 2020 р. уряд надав вибраним лікарням дві форми значної додаткової фінансової підтримки для компенсації потенційних втрат, пов'язаних із реформою фінансування охорони здоров'я та COVID-19. У червні 2020 р. уряд запровадив перехідні одноразові поповнення, щоб гарантувати, що провайдери не несуть надмірних збитків у результаті реформи платежів, збільшивши їхні бюджети щонайменше до 90% від суми, яку вони історично отримували через гранти центрального уряду. Ці виплати здійснено 519 об'єктам комунальної

власності та склав 1,6 відсотка від вартості контракту ПМГ 2020 року 2,1 млрд грн. У вересні 2020 року уряд надав додаткові субсидії місцевим органам влади підвищити заробітну плату медперсоналу, який лікував хворих на COVID-19, щоб компенсувати їм додаткове навантаження та ризик. Крім того, починаючи з вересня. У 2020 році було забезпечено підвищення посадових окладів на 30–70 відсотків над базовими окладами. Медичний персонал, крім тих, хто працює на первинній ланці за договорами з НСЗУ.¹² Ці заходи продовжено до кінця першого кварталу 2021 року потім було припинено у квітні 2021 року. Разом ці два поповнення склали 9,1 відсоток витрат РМГ на 2020 рік.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Постачальники ПМД починають відігравати важливу контрольну роль в українській системі охорони здоров'я. Пацієнти, які бажають отримати спеціалізовану допомогу безкоштовно, але закладу спеціалізованому для оплати потрібне направлення, яке надається в електронному вигляді як електронне направлення, від ПМД провайдеру. Щоб отримати доступ до ліків, що надаються в аптеках через АМР, вони потрібен електронний рецепт від постачальника ПМД.

З квітня 2020 р. виплати за випадком лікування застосовуються при чотирьох стаціонарних станах: гострий інсульт (один випадок на всі види), гострий інфаркт міокарда, народження дитини (один випадок на всі види) та комплексний неонатальний догляд. Калькуляція знизу вверх використовується для того, щоб ці ставки покривали повну вартість догляду. Разом ці четверо умови становлять 8,1% всіх договорів про спеціалізоване обслуговування. Плата за послуги використовується для семи амбулаторних послуг, включаючи ендоскопію, мамографія та гемодіаліз – для стимулювання забезпечення та інвестицій в обладнання для цих послуг. Враховуються лише гонорарні платежі 0,1% спеціалізованої допомоги в ПМГ у 2020 р.

РОЗДІЛ 2.

ОЦІНКА ПРИКЛАДНИХ АСПЕКТІВ ФІНАНСОВОГО ТА ІНШИХ АСПЕКТІВ МЕНЕДЖМЕНТУ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Відповідно до ст. 49 Конституції України виключно всі громадяни нашої країни забезпечені правом на комплексний державний гарантований пакет медичних послуг, що надається безкоштовно. Однак ця широка прихильність до універсального охоплення безкоштовно у місці використання для всіх громадян не була забезпеченою достатнім фінансуванням.

Офіційно система фінансується за рахунок загального оподаткування (ПДВ, податки на прибуток від бізнесу, міжнародні торговий та акцизний податки). Водночас через хронічне недофінансування медичних послуг власна оплата складає велику частку асигнувань в Україні, досягаючи приблизно 3% ВВП. Близько 55% усіх видатків на охорону здоров'я в Україні складається з приватних платежів із власної кишені.

Пацієнти звикли платити за все – обстеження, діагностику, перебування в лікарні, фармацевтичні препарати, навіть білизна, бинти та мило.

Нещодавнє дослідження «Безкоштовні ліки», проведене БФ «Пацієнти України» у партнерстві з USAID показало, що кожен другий хворий в Україні відмовляється від лікування або відтерміновує його через нестачу грошей. Високою вважають 94% пацієнтів вартість ліків, як головна проблема.

У 2018 році на охорону здоров'я з бюджету виділили 86 млрд. грн. Це означає – 9,1% від усього бюджету – 2,6 % від ВВП. За офіційними підрахунками у 2018 році у розрахунку на душу населення становить 75 дол.

У жовтні 2017 р. Верховною Радою України надано законодавчого змісту акту щодо державних фінансових гарантій медичного обслуговування громадян, створеного на базисі Конституції України та «Основ законодавства України про охорону здоров'я», інших юридичних документів, які впорядковують стосунки у здравоохоронній галузі суспільства. Ми вважаємо за доцільне навести основні його дефініції без купюр.

У цьому «Законі терміни вживаються в такому значенні:

1) програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій - ПМГ) - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України;

4) надавачі медичних послуг – заклади охорони здоров'я всіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з Уповноваженим органом;

5) реімбурсація – повне або часткове відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, вартості лікарських засобів або медичних виробів, відпущених пацієнтам;

6) тариф - ставка, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні послуги та лікарські засоби;

7) уповноважений орган – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері ПМГ.

2. Інші терміни вживаються в цьому Законі у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших законодавчих актах України» [5].

Важливу економічну сутність первинного рівня надавачів меддопомоги (сімейних лікарів-лікарів загальної практики та лікарів педіатричної спеціальності) у медичній реформі передусім складає намагання держави зробити більш ефективними асигнування на сферу охорони здоров'я шляхом перенесення фокусу витрат коштів з ліжко/місць та штатних одиниць на спрямоване фінансування фактично поданої медичної допомоги і послуг. Розподіл грошей має засновуватись на укладених угодах з громадянами і фактичного виду та обсягу меддопомоги пацієнтам. Від такої постановки питання має зрости рівень заробітної платні медичного персоналу, і перш за все

лікарів. Також має зрости заробіток і безпосередньо самого лікарняного закладу, що дасть змогу спрямувати отримані кошти на розвиток медичного закладу.

Подальший прогрес залежатиме від політичної волі місцевих владних органів, медичної спільноти та громадськості як застосувати розгорнуті можливості, що відкрила перед ними медична реформа. Надання автономії медзакладам, здійснення їх функціонально-структурних реорганізацій, підключення до комп'ютерних технологічних програм eHealth, персональне приписне контрахтування мешканців нададуть можливість перейти до отримання грошових коштів за новим порядком і правилами, і вже не з державних субвенцій. Розраховане збільшення асигнувань на охорону здоров'я стане у півтора рази, а виплати лікарям в окремих випадках зростуть у декілька разів.

Але не всіх влаштували положення вказаного юридичного акту. Тому, 23 липня 2020 р. Великою палатою КСУ України розглянуто справу у порядку конституційного контролю звернення 59 нардепів щодо конституційності вищевказаного законодавчого акту від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що доленосно і по державницькому підійшов до необхідності створення нових правил фінансування галузі, створивши законодавче підґрунтя для реформи медичної допомоги в Україні.

Функція конституційного нагляду в Україні - це нормативне створення умов для розвитку прав громадянина, передбачених Основним законом. Тільки за умов його допомоги окреслені положення Закону №2168-VIII можна буде попередити зростання обмежень конституційного права, гарантованого у ст. 49 Основного Закону держави, та знешкодити вплив на його єство, а відтак, утвердити правило верховенства права і людину та її блага як вінець Конституції України [6].

23 липня Конституційний суд України заслухав аргументи, що оскаржили знакове законодавство 2017 року, яке перемінило галузь здравооохорони

країни. Це останній залп у війні, що триває, що протистоїть укоріненим інтересам, уповноваженим міністром охорони здоров'я, фундаментальним потребам пацієнтів та їхніх сімей. Повернення до медичної реформи в Україні не викликало таких самих заголовків, як інші розвороти реформ банківського сектору, фіскальній службі та системі правосуддя.

Але охорона здоров'я коштує Україні близько 7 % її бюджету, величезний шматок державних витрат, який ризикує бути відбитим кумівством і корупцією. Ключові виклики існують вже понад тридцять років. Нереформована спадщина радянської епохи залишила українську галузь охорони здоров'я недофінансованою та стала заручницею бюрократичної інерції та особливих інтересів. Низка фальшивих фірм, щільно зв'язаних з депутатами та урядовцями, які наживалися на штучних цінових націнках, займалась купівлею лікарських засобів і діагностичного і лікувального устаткування. Поділ державних грошей на клініки та лікарні, що фінансуються державою, регулювався більше примхами та гаманцями заангажованих у політикумі керівників медичних закладів, ніж за потребами хворих. Прості українці платили величезні суми з власної кишені за часто звірячу медичну допомогу; більш ніж 600 тис. сімей щорічно стикалися з фінансовою катастрофою через вимоги медичних хабарів або необов'язкових «благодійних пожертвувань» клінікам та лікарням.

Революція в країні 2014 року відкрила ті ж вікна для змін в охороні здоров'я, що і в інших секторах. Протягом декількох років розміри і швидкість трансформації системи охорони здоров'я були шаленими. Перший крок у 2015 році, викликаний багаторічною боротьбою з корумпованими купівлями в МОЗ України передав закупівлі медикаментів ЮНІСЕФ, ПРООН та "Crown Agents" (Велика Британія). Закупівля фармацевтичних препаратів за такого посередництва принесла транспарантність і відсунула нечистих на руку посередників, значно зменшивши вартість вакцин та інших препаратів і скасувавши попередню нестачу вакцин, що призвело до випадків кору, поліомієліту та других хвороб, яких можливо попередити вакцинацією.

Вперше приватним закладам дозволили скласти конкуренцію державним клінікам за казенний рахунок. Новітня схема електронної охорони здоров'я та веб-інформаційна панель НСЗУ постійно оновлюються, дані щодо надання медичної допомоги та її фінансування, орієнтація на стандарти значно звужує поле для корупції. Понад 70% українців, які взяли участь в соціологічних дослідженнях, кажуть, що задоволені якістю допомоги, яку вони зараз отримують, а більшість лікарів задоволені зарплатами, які зросли в два-три рази.

Наступною стала лікарняна реформа. Недолуга система фінансування закладів охорони здоров'я на одне ліжко була здана на брукхт. Станом на квітень 2020 р. лікарні відшкодовуються залежно від хвороб та станів, які вони лікують за фактом, і знову ж таки, вільний вибір є ключовим: гроші йдуть за пацієнтом, і пацієнти вибирають заклади, що пропонують найкращий догляд та дають найкращі наслідки. Більшість лікарень почали готуватися до цієї модерної структури мотивування іще в 2017 році. За допомоги органів місцевого самоврядування вони реконструювали, купували нове обладнання, робили все необхідне для залучення бізнесу.

З самого початку передбачалося, що більшість лікарень процвітатимуть, але не всі пройдуть цей етап реформування недоторканим. Очікувалося, що органи місцевого самоврядування надаватимуть пріоритет. Там, де є надлишок потужностей лікарень, влада може вирішити інвестувати в кращі, перепрофілювати одних, поєднати інші та закрити незначну кількість, що не підлягає ремонту.

Поки що розбіжностей щодо цифр небагато: згідно з реформою лікарень, 954 лікарні, а це майже дві третини з них, цього року уклали договори з НСЗУ на більші гроші, ніж отримали з бюджету-2019. Решта бачили, що їхні бюджети скоротилися в тій чи іншій мірі, з кількох процентних пунктів до цілої половини. Саме так і планувалося інше: перестати викидати гроші на заклади з невеликою кількістю пацієнтів і неякісною допомогою [7].

Як запланований обсяг змін в українській системі охорони здоров'я, так і спосіб його планування, а також послідовність у проведенні наступних етапів реформи дають обнадійливі прогнози щодо кінцевого ефекту від реформи. Важливою рисою урядового проекту є зосередженість на задоволенні найнагальніших та найактуальніших потреб, визначених у системі, які пов'язані з доступом до послуг та забезпеченням ліками. Він узгоджується з поглядами на розподіл медичної допомоги та використання солідарного типу інструментів соціальної політики [8] і водночас відображає зміни соціальної політики в посткомуністичних державах, де державна планова економіка поступово трансформується в капіталістичну систему [9, 10].

Сучасна реформа охорони здоров'я передбачає впровадження рішень, які повторюють ті, що були емпірично перевірені на основі досвіду інших країн, особливо тих, які раніше йшли подібним шляхом трансформації [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

Проект реформи виглядає раціонально розгорнутим у часі з передбачуваним завершенням у перспективі кількох років. Однак фактичний успіх розпочатих заходів залежить від ряду додаткових факторів, як зовнішніх, так і пов'язаних із передумовами реформи. Зокрема, особливу увагу слід приділити макроекономічним умовам та забезпеченню відповідних ресурсів для медичних послуг. У цьому контексті важливе значення має рівень фінансування охорони здоров'я відносно до валового внутрішнього продукту, але в першу чергу мають значення витрати в абсолютних величинах, оскільки вплив цього фактору на результати системи охорони здоров'я однозначно помітніший [23]. Іншими словами, успіх реформи охорони здоров'я безпосередньо залежить від успішності трансформації та зростання української економіки.

Другим ключовим аспектом недоліків системи, пов'язаних з грошима, є масштаб участі держави в охороні здоров'я, де, як зазначалося, великий обсяг фінансового тягаря витрат на охорону здоров'я лежить на боці самих пацієнтів, що є серйозною перепорою обмеження можливості отримання відповідного

лікування. Як така, ця проблема може бути сильним обмеженням для досягнення передбачуваних цілей реформи в епідеміологічному вимірі. Загалом низький рівень достатку українського населення також може бути фактором, що обмежує популярність пропонованих додаткових інструментів захисту, що зрештою призведе до того, що справжня реформа стане лише очевидною.

Окрім фінансових аспектів, є й інші чинники, які можуть становити загрозу остаточному успіху реформи. Однією з них є пізній момент вжиття коригувальних дій, що призвело до консолідації різного роду патологічних процесів, що замінюють неефективну формальну суспільну систему. Ці альтернативні інструменти регулювання доступу до послуг і фінансування охорони здоров'я породили низку звичок, які спостерігаються як у постачальників, так і у пацієнтів. Від цих звичок може виявитися важко позбутися, особливо коли вони зачіпають життєво важливі інтереси впливового лобізму. З цієї причини лідери реформ повинні враховувати можливість того, що процес змін у короткостроковій перспективі матиме обмежений ефект, а повна реалізація його цілей може бути довгостроковим процесом. Навіть у цій довгостроковій перспективі остаточний успіх залежить від повного результату дій, вжитих центром прийняття політичних рішень у реалізації обраного шляху реформ. Невдачі попередніх спроб реформ, які здебільшого ґрунтувалися на подібно визначених пріоритетах, можна розглядати як додаткове свідчення невизначеності кінцевого результату та його вразливості до небажаного впливу руйнівних факторів.

Запровадження ринкових трансформацій у системі економічних відносин в нашій державі вбачає докорінну модифікацію інституціональної сфери для утворення найкращого клімату для соціально-економічного розвитку спільноти.

Інфраструктурне довілля означає тактичну і стратегічну домінанту суб'єкта господарювання відносно його фондового складу ресурсною сферою, що отримано від проведення звичайної роботи її фонду закладу і вибір сфери його використання з ціллю встановлення максимально непохитної діяльності; накопичення фінансових коштів і матеріально-технічної бази з метою

здійснення поточної, розрахункової діяльності та інвестицій; забезпечення своїх власних матеріальних зовнішніх та внутрішніх гарантій, їх повноцінне здійснення з бізнесовими учасниками та державними структурами. Вирішення цих задач у ситуації докорінних трансформацій в економіці висвітлює обстеження концептуальних шляхів до ідентифікації такої дефініції як "забезпечення фінансовими активами".

Цей термін, з однієї сторони свідчить про створення і користування фінансовими ресурсами для забезпечення попиту одиниці хазяйнування, що врегульовано регламентними юридичними нормами, які вказують на можливі засоби їх залучення, поділу й застосування на потрібно задіяних шаблях керування господарством. З іншого погляду, цей процес виконують методом залучення ресурсного потенціалу: фінансування з власних джерел, отримання кредиту банківської установи, отримання коштів чи кредиту з бюджету, раціональної зміни розподілу власних коштів, розташування і зобов'язань за боргами та ін.

Серед основних методів інвестиційної діяльності є: вкладення власних фінансових накопичень, акціонерні впливи, випуск облігацій, різноманітні кредити, іпотека, лізинг, селенг, короткотермінова оренда основних засобів підприємства, матеріалів та обладнання, можливого фінансування з бюджету, залучення комбінованих інструментів, поєднання перерахованих можливостей.

Такої позиції притримуються і окремі дослідники [18, 19].

Фінансування також може здійснюватися в інших різних формах, в числі яких є: акціонерне; бюджетне; лізингове; іпотечне, за боргами; [20].

Окремий підхід до розв'язання вказаного завдання виділяють другі: казенне; згідно до проекту та за позикою [21].

Також відмінної точки зору дотримується автор, який вважає, що в основу економічної діяльності ринкової мікрорівневої моделі закладено п'яти-елементну систему фінансового насичення з її системоутворюючими компонентами: аутофінансування, безпосереднє грошове накопичення шляхом задіяння механізмів ринкового фонду, використання кредиту банків,

фінансування з бюджетних джерел і взаємофінансування групи господарських одиниць [22].

Якість та кількість вказаних фінансових надходжень означається фінансовими можливостями, що у відповідних обсягах отримуються підприємством. Зазвичай склад ресурсних можливостей, в залежності, які джерела приймають участь у їх формуванні слід відносити: з фондів власного закладу (прибуток у чистому вигляді - нетто, втрати від амортизації), а також таких, які є власним капіталом [23].

Можна виправдати позиціонування у цій категорії ресурсу фінансового капіталу й інші засоби, що формують статутний фонд капіталу підприємства/товариства чи закладу. Безумовно, кредити позитивним чином відображаються на загальній картині фінансової функціональності суб'єктів господарювання і така робота впливає на принесення додаткового доходу.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Критичний аналіз класифікації грошових та інших накопичень суб'єкта підприємництва за потоками їх формування стверджує той факт, що основними завданнями фінансового фундаменту є всіляка легітимна можливість збирання усіх грошових та інших ресурсів й використання власного майна на грошове забезпечення операційної та інвестиційних дій підприємств; вибір фінансових інструментів і гарантування покриття кредиторської заборгованості використовуваних в господарському обороті грошових ресурсів. Іншими словами, матеріальні поклади – це комплекс дій, що гарантують функціональність операційної та інвестиційної діяльності підприємства.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОСЛУГАМИ МЕДИЧНИХ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ

З точки зору пошуків найкращих практик зарубіжних країн для можливого застосування в Україні нами розглянуто деякі підходи до проблеми розподілу отриманих некомерційними підприємствами грошових коштів, що застосовуються у Сполучених штатах Америки. Така діяльність є досить відмінною від застосованих у нас підходів до отриманих вигод медичними некомерційними підприємствами, які тільки розпочинають шлях на ниві новітніх підходів до фінансування системи охорони здоров'я.

У 2008 р. Служба внутрішніх доходів (IRS) США переглянула та стандартизувала політику звітності для громади пільгові витрати для некомерційних лікарень. Ці витрати необхідні для звільнення від оподаткування. У той час, Податкове управління США визначило деякі категорії діяльності як такі, що не підлягають виплаті для громади, але все ж обов'язкові для внесення їх у звітність у формі 990 лікарень, річна податкова декларація неприбуткових організацій. Одна з таких категорій була розбудова громади, яка охоплює широкий спектр немедичних детермінант здоров'я та важливе потенційне джерело доходів від охорони здоров'я населення.

Це перше дослідження, яке аналізує витрати на розвиток громади на будь-якому рівні, вивчаючи некомерційні лікарні штату Нью-Йорк під час податкових 2010 та 2012 рр. 46% лікарень повідомили про будь-які суми для такої діяльності в обидва роки, на загальну суму 17,8 млн. доларів у 2010 р. та 16,4 млн. доларів у 2012 р. Ми вважаємо, що ця категорія заслуговує додаткової уваги з боку політиків і дослідників, і IRS має розглядати його як відповідну спільноті корисну діяльність. Новий штат Йорк нещодавно розпочав реформи свого сектору охорони здоров'я, щоб досягти «Потрійної мети» в державі – покращити здоров'я, знизити витрати та забезпечити кращий догляд.

Ключовими елементами цих реформ є команда редизайну Medicaid (MRT). Державний план інновацій у сфері охорони здоров'я (SHIP) очікує на розгляд посилення первинної медичної допомоги як основи системи охорони здоров'я; і Програма профілактики – загальнодержавна структура для вирішення пріоритетних проблем охорони здоров'я за допомогою дій громади.

Впровадження цих реформ охорони здоров'я населення буде новим майже для всіх постачальників, які часто мають обмежені ресурси. Вимога громадських виплат для некомерційної лікарні звільнення від сплати податків є можливим джерелом доходу для діяльності Програми запобігання NYS, та оздоровлення населення в цілому.

У 2008 р. IRS змінила вимоги до звітності, що засвідчує некомерційний статус лікарні через її суспільну користь (форма 990, додаток Н). Додаток Н стандартизував те, що IRS вважає прийнятною діяльністю, яка включає фінансову допомогу за собівартістю, безвідшкодовану програму Medicaid та інші невідшкодовані кошти апробовані державні програми, субсидовані медичні послуги, оздоровлення населення послуги, медична професійна освіта, наукові дослідження, а також грошові та натуральні внески. Нещодавно з'явилися перші дослідження на основі цих даних, які вказують на великі відмінності між лікарнями. Додаток Н також містить три додаткові категорії – витрати громади на будівництво, невідшкодовані витрати Medicare та безнадійні борги, які не підлягають обліку як благо для громади. IRS визнала, що додаткові категорії необов'язкові, але витрати повинні бути повідомлені, якщо вони існують. Діяльність, яка кваліфікується для розбудови спільноти, це діяльність, яка сприяє підтриманню громадського здоров'я, але не пов'язана безпосередньо з лікуванням або послугами. Ця категорія представляється потенційно значущим і надійним джерелом доходу для вирішення ширших аспектів здоров'я населення.

Дані про будівництво громади були зібрані з 302 некомерційних лікарень і супутних установ. Вибірка складалася з 207 лікарень, оскільки супутні

Починаючи з 2010 р., IRS вимагає звітувати про ці витрати на будівництво громад у дев'яти категорії як частину перегляду Додатку Н.

«Фізичні поліпшення та житло» включають надання або відновлення житла для уразливих верств населення, покращення чи відродження району, пацієнтам після виписки із стаціонарного закладу, а також розвиток або утримання парків і дитячих майданчиків.

«Економічний розвиток» може включати допомогу розвитку малого бізнесу в райони з уразливими верствами населення та створення нових можливостей для працевлаштування.

«Підтримка громади» може включати програми догляду за дітьми та наставництва для вразливих верств населення, групи підтримки сусідів, програми запобігання насильству та катастроф.

«Поліпшення навколишнього середовища» включає заходи з усунення екологічних небезпек, які здатні вплинути на здоров'я громади, наприклад, зменшити забруднення води чи повітря, або безпечне видалення або поводження з відходами.

«Розвиток лідерства та навчання членів громади» включає навчання в вирішення конфліктів; громадянські, культурні чи мовні навички; та навички медичного перекладача для жителів громади.

«Створення коаліцій» включає участь у громадських коаліціях та інші види співпраці зусиль з громадою для вирішення питань охорони здоров'я та безпеки.

«Пропаганда покращення здоров'я в громаді» включає зусилля з підтримки політики та програми для збереження або покращення громадського здоров'я, доступу до послуг охорони здоров'я, житла, доквілля та транспорт.

«Розвиток робочої сили» включає наймання лікарів та інших медичних працівників у райони з недостатнім рівнем обслуговування та співпрацю з навчальними закладами для навчання та набору медичного персоналу.

«Інше» стосується діяльності з розбудови громади, яка захищає або покращує громаду здоров'я чи безпека, які не описані в категоріях, перелічених вище.

Діяльність з будівництва громад склала 17,8 млн. дол. за 2010 р. і 16,4 млн. дол. у 2012 р. штату Нью-Йорк. Це в середньому склало 261 тис. доларів і 231 тис. дол. на лікарню відповідно, але значно відрізнялися залежно від розміру (у більших лікарнях є більші витрати) [24, 25].

ВООЗ, МВФ, медичні організації європейських країн припускають, що основний фактор для продуктивного існування системи охорони здоров'я либонь-якої країни шляхи фінансування. На користь такого твердження свідчить той факт, що коли немає ефективної сучасної моделі фінансування галузі охорони здоров'я значить і те, що в державі відсутні механізми для забезпечення ефективного управління цією державою, немає ефективної системи планування та використання її можливостей, а відтак і управління здоров'ям народу, що полягає в основі та є головною функціональною метою дій цієї сфери господарювання.

Тому завершення трансформації моделі надходжень фінансування сфери забезпечення здоров'я народу – це є одним із першочергових задач уряду і повинно бути основним пусковим двигуном для початку глобальних реформ у цій життєво необхідній царині та забезпечити побудову в нашій державі якісної, з використанням сучасних технологій, з достойною європейською зарплатою для медичних працівників та надання добірної приступної медичної допомоги пацієнтам згідно із стандартами медичних гегемонів світу.

Це упроваджує міркування про те, що докорінним рішенням питання є радикальний поворот у ладі асигнування індустрії здоров'я. На цьому маршруті реалізувалися переважна більшість країн радянського табору. Ним визначається три головних інгредієнти:

1. Зміна демаркацій між замовником та постачальником медичної допомоги і послуг. Владному органу, що володарює медичним закладом і фінансує його, органічно притаманний конфлікт інтересів, а відтак заклад

припиняє своє перебування під утриманням органу влади, набуває автономності і їх керівництво прибирає на себе повну відповідальність за їх подальшу хазяйську діяльність у майбутньому.

2. Перевід закладу від плати за наявні потужності до винагороди за результати. Це значить перехід медзакладу від фінансування органом місцевої самоврядності до його асигнування власне набувачем медичної допомоги, тобто хворим чи тим, хто замовляє такі послуги (а він не власник медичного закладу).

3. Утворення моделі «єдиного платника» полягає в утворенні мінімального числа таких замовників. Організація Національної служби здоров'я України (НСЗУ) з регіональними відділеннями, здійснила цю компоненту у прикладному руслі та явилась країновим центромбору суспільних фінансових коштів.

Головною метою Президента та уряду є кардинальна трансформація фінансування галузі та здійснити перерозподіл грошових шляхів за визначеним девізом: «гроші рухаються за пацієнтом». На маршруті реформи сфери охорони здоров'я мають місце окремі взаємно обумовлені труднощі здійснення реформи. Вона не набула систематичності, відбувається, можна сказати в хаотичному порядку. Відсутність системного характеру забезпечення здоров'я українського народу хоч і призводить до окремих змін, що відбуваються, але корпоративні інтереси інколи набувають верховенства над суспільними під час здійснення конституційно визначених функцій медичної галузі.

Новітній механізм вкладень коштів у сферу громадського здоров'я вбачає у собі коридор переходу від машинального спрямування фінансів згідно з кошторисом медичних установ до виплат відповідно до результативних наслідків здійснення своїх функцій цими закладами і установами. Головні шляхи задіяння положень переінакшення структури потрапляння фінансових коштів у сферу охорони здоров'я означено Розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». Згідно

з ним, до втілення в Україні, як модель, пропонується державного солідарного медичного страхування [26].

Для надання фінансів поновленого порядку здравоохорони лишаються розходи із загальнонаціональних податкових утримань з Держбюджету країни. Виплати за лікувальні втручання в осібного хворого не співставляються із виміром їх індивідуальних внесків.

Першим, і основним напрямком Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я є зміна процесу створення видатків на охорону здоров'я купівельним способом за медичну допомогу та послуги. У такий спосіб чинитиметься переміна від фінансування за статтями кошторису медзакладів державної форми власності відповідно до їх наявної ресурсної інфраструктури (чисельність ліжко-місць, кількість персоналу за штатним розписом), на оплату за реальні випадки полікованих хворих чи кількості територіально приписаного населення, рівно як і аптекам-постачальникам визначених фармакологічних препаратів. Це цілковито віддзеркалює проголошений девіз «гроші ідуть за пацієнтом».

Об'єктом закупки є порядок «Прозоро», яким вказані межі первинної, спеціалізованої, третинної, екстреної меддопомоги та фармацевтичних засобів (державний гарантований пакет меддопомоги). Ціна усіх цих сервісів забезпечується страхувальником повно чи почасти. Указані урядові запоруки (гарантії) повинні відгукуватися прибутковим резервам громадськості та мають бути профінансованими як того вимагає ст. 95 Основного Закону України.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії на медичне обслуговування населення» визначено основні способи оплати за надані медичну допомогу, а для відшкодування витрат постачальникам можуть виконуватися у вигляді: змішаного методу заплати, оплати за поодинокі обслуговування, глобальний бюджет, плата за усякий окремих інцидент лікування способом поділу за діагностично-спорідненими групами [5].

На всій території держави встановлюються єдині розцінки оплати за надану медичну допомогу і послуги, медикаментозних препаратів та виробів

медичного призначення, розміри реімбурсації ліків, які постачаються пацієнтам за програмою державних медичних гарантій. Виплати за тарифом гарантовано всім виробникам медичної допомоги і послуг за угодами про медичне обслуговування.

До тарифів можуть застосовуватися регулюючі коефіцієнти, виміри та умови застосування яких єдині для всієї України.

Асигнування на постачання вторинної та високоспеціалізованої амбулаторної меддопомоги з 1 січня 2020 р. здійснюється на кожного окремого члена суспільства за відповідне медичне втручання, медичну послугу чи проліковану подію. Для оплати госпітальної меддопомоги у майбутньому буде застосовано фінансові погашення на ґрунті оплат за завершену подію подання послуги за поділом на діагностично-споріднені групи.

Загальний порядок сплати за послуги медицини мала б стимулювати ефективніше та справедливіше надання медпослуг з пропорційного мотивування та з мінімальними витратами за трансакціями. Благо така практика у житті вже існує.

Ринкові умови фінансування у медичних закладах повинні забезпечувати балансуювання між прибутками та витратами, стимулювати постачальників щодо підвищення якості надання медичної допомоги і послуг та їх економічної ефективності. Однак залучення вказаної методики компенсації є гіпотетичним і тривалим у часі ходом, а його практичне застосування у житті потребує тривкого періоду, а також для забезпечення сприятливої виучки всяких категорій медичного персоналу. Інформаційні комп'ютерні технології нині використовують безмалю у всіх царинах соціальної життя і завзято втілюються і в медицині упродовж остатніх десятиліть.

Європейський Союз, як приклад, спрокволю 15 років поспіль близько 500 млн. євро інвестував у наукові дослідження у сфері інформаційних технологій галузі охорони здоров'я. Медичні автоматизовані комп'ютерні системи – поєднання технічних методів та засобів технологічних процесів за допомоги яких розробляють та аналізують медичні індикатори, діагнози для

виготовлення, архівації та використання у подальшому, передачі та охорони профільного телекомунікаційного матеріалу, що послуговуються у ході рішення поставлених доручень у галузі інформаційних технологій у медичному просторі.

Балансування комерційних і некомерційних пріоритетів державних підприємств країн-членів ОЕСР.

Питанням балансування комерційних і некомерційних пріоритетів державних підприємств країн-членів ОЕСР приділив увагу її експерт Ганс Крістіансен (Hans Christiansen), який працює у відділі корпоративних справ Директорату ОЕСР з питань фінансів підприємств і висвітлив ряд документів щодо діяльності державних підприємств країн-членів ОЕСР.

Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) (The Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) – це міжнародна організація, яка працює над розробкою кращої політики для кращого життя. Мета організації – формувати політику, яка сприятиме процвітання, рівності, можливостям і добробуту для всіх. ОЕСР використовує 60-річний досвід і знання, щоб краще підготувати світ завтрашнього дня.

Сьогодні 38 країн-членів охоплюють весь світ, від Північної та Південної Америки до Європи та Азіатсько-Тихоокеанського регіону. Вони представлені послами в Раді ОЕСР, яка визначає та контролює нашу роботу, як зазначено в Конвенції ОЕСР. Країни-члени співпрацюють з нашими експертами, використовують наші дані та аналіз для інформування про політичні рішення та відіграють ключову роль у наших аналізах країн, які спрямовані на заохочення кращих результатів. Єврокомісія бере участь у роботі ОЕСР, але не має права голосу. Основоположним є питання відносно власників державних підприємств (ДП) і полягає воно в тому, що ці компанії мають належати державі. Керівні правила ОЕСР про корпоративні права Управління державними підприємствами забезпечується «схемою» корпоратизації та комерціалізації таких структур, але дозволено допустити, що мотив продовження казенної форми володіння полягає в тому, що від них очікують, що вони діятимуть на

відміну приватним компаніям. Відносно чітко має місце, коли державні підприємства створюються переважно з некомерційною метою діяльності. У багатьох випадках їх діяльність могла б здійснюватися урядом установи; заснування ДП було обрано переважно з міркувань ефективності. Було запропоновано ряд інших обґрунтувань державної власності на підприємства, зокрема:

1) монополії в секторах, де конкуренція та регулювання ринку вважаються неможливими або ефективний;

2) домінування на ринку, наприклад, у секторах, де запроваджено конкуренцію але державний оператор залишається відповідальним за виконання зобов'язань щодо надання суспільних послуг;

3) недосконалі контракти, якщо ті державні зобов'язання, які покладаються на ДП, є надто складними або податливі, які повинні бути встановлені в контрактах на обслуговування;

4) промислова політика або стратегії розвитку, де державні підприємства використовуються для подолання перешкод на шляху зростання або виправлення недосконалості ринку [27].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Основне питання для державних власників державних підприємств (ДП) полягає в тому, чому ці компанії мають належати державі. Керівні принципи ОЕСР щодо корпоративного права Управління державними підприємствами забезпечує «схему» для корпоратизації та комерціалізації таких підприємств, але можна припустити, що причиною продовження державної власності полягає в тому, що від них очікують, що вони діятимуть інакше, ніж приватні компанії.

В Україні, окрім загальних базових, регуляторну функцію здійснюють два центральних нормативно-правових документи щодо вказаної діяльності у вказаному секторі охорони здоров'я. Це Закон України «Про державні

фінансові гарантії на медичне обслуговування населення» визначає головні методи виплати за надання медичної допомоги і послуг та Розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». Ними визначено нюанси справедливого розподілу коштів за виконану роботу комунальних некомерційних медичних підприємств.

ВИСНОВКИ

Зараз нікого не потрібно переконувати в необхідності медичної реформи в Україні. Радянська система розклася, і це вже усвідомили і пацієнти, і медичні працівники. Для кращого майбутнього ми повинні змінити ситуацію та побудувати нову, безпечну та дбайливу систему охорони здоров'я.

Нинішня команда реформаторів МОЗ України відчула стару українську медичну систему та вивчила її численні проблеми. Вони об'їздили всі куточки країни та слухали багатьох українців, як пацієнтів, так і лікарів, які розповідали їм особисті історії про найгірші аспекти цієї системи.

Реформа вимагає формування «вектора» змін, встановлення в Національна служба здоров'я України (НСЗУ), реорганізація медичних закладів у неприбуткові комунальні заклади компаній (NPUCs), а також автономізація та їх комерціалізація, а також спонукання до виготовлення договори з НСЗУ, реформування спочатку первинної ланки, а пізніше вторинні та третинні, організація госпітальних округів тощо. Тим не менш, велика кількість питань, що стосуються поточних і ймовірних медичні, соціальні та економічні наслідки, викликані неправильним використанням методів державного управління розвитком охорони здоров'я. Медична реформа – це не сама ціль, а коли впроваджуючи реформу, необхідно враховувати інші пов'язані процеси, такі як глобалізація, технологічний прогрес, урбанізація, демографічна криза, макроекономічні ситуація, незавершений розподіл прав власності в бізнесі, спеціалізація. Зараз існує «Стратегія Реформування охорони здоров'я України». І правильне використання комплексу методів державного управління, спрямованому як при збалансованому зростанні національної галузі охорони здоров'я, так і запобігання негативному впливу суміжних секторів і сфер національної економіки гарантує її успішну реалізацію. Продовження наукових досліджень з даної проблеми сприятиме подальшому розвитку національної охорони здоров'я, у тому числі шляхом удосконалення державного управління цією складовою національної економіки.

З 2021 року МОЗ та НСЗУ запровадили поступове розширення послуги ПМД, які покриває PMG. Розширення включає психічне і розлади поведінки, додаткові лабораторні дослідження, вакцинація від COVID-19 та послуги, пов'язані з веденням хворих на хронічні захворювання та туберкульоз. В 2021 р. НСЗУ також запровадить доплату до винагороди за результатами роботи досягнення цілей щодо охоплення вакцинацією проти кору, що може створити прецедент майбутня оплата за результатами роботи. Чого ще немає, так це чіткого і комплексне бачення щодо розширення послуг ПМД та зміни ролі ПМД у ширшій системі охорони здоров'я. Біла книга про службу охорони здоров'я Про це повідомляє Модель доставки в Україні, розроблена ВООЗ і МОЗ тривають дискусії щодо ПМД та її зв'язку з лікарняними службами, але має ще офіційно не прийнятий. МОЗ також розробляє Концепцію первинної ланки Розвиток охорони здоров'я в Україні до 2031 року.

Некомерційні медичні організації надають безліч безцінних послуг громадам по всьому світу (організація житла для біженців або надання необхідної медичної допомоги постраждалим від землетрусу, кулінарні курси для сприяння харчуванню в ізольованих районах). Ці організації мають важливе значення для досягнення основних цілей громадської охорони здоров'я та відіграють ключову роль у покращенні доступу до медичних послуг у недостатньо забезпечених географічних місцях. Наприклад, вони можуть зібрати гроші на відкриття громадської медичної клініки, якщо державних коштів недостатньо, або провести дослідження, щоб виявити невідповідність здоров'ю в певних районах, якій можна запобігти. Некомерційні організації охорони здоров'я також надають спеціалізовані послуги громадам, які долають наслідки стихійних лих, спалахів хвороб або крайньої бідності.

Надаючи ці та багато інших послуг, некомерційні медичні організації стали важливою частиною громадського здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. The ukrainian health financing system and options for reform. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/e90754.pdf (дата звернення: 10.12.2022).
2. The healthcare system in Ukraine. URL: <https://www.treatmentabroad.com/destinations/ukraine/healthcare-system-ukraine> (дата звернення: 08.12.2022).
3. Key steps to transforming ukrainian healthcare. URL: <https://en.moz.gov.ua/healthcare-reform>
4. Постанова КМУ від 23 грудня 2020 р. № 1300 «Про затвердження Порядку проведення державної оцінки медичних технологій». URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-poryadku-provedennya-derzhavnoyi-ocinki-medichnih-tehnologij-1300-231220> (дата звернення: 16.12.2022).
5. Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення від 19.10.2017 № 2168-VIII в редакції від 16.09.2022.: URL: https://kodeksy.com.ua/pro_derzhavni_finansovi_garantiyi_medichnogo_obsługovuvannya_naselennya.htm
6. Зараз КСУ вирішує долю медичної реформи: адвокат сенюта. URL: <https://advokatpost.com/zaraz-ksu-vyrishuie-doliu-medychnoi-reformy-advokat-seniuta/> (дата звернення: 16.12.2022).
7. Ukraine's healthcare system is in critical condition again. URL: <https://www.atlanticcouncil.org/blogs/ukrainealert/ukraines-healthcare-system-is-in-critical-condition-again/> (дата звернення: 11.12.2022).
8. Rosamond R, Battin M, Silvers A. Medicine and social justice: essays on the distribution of health care. New York: Oxford University Press; 2012.
9. Boeri T. Structural change, welfare systems, and labour reallocation: lessons from the transition of formerly planned economies. Oxford: Oxford University Press; 2000.

10. Szikra D, Tomka B. Social policy in east Central Europe: major trends in the 20th century. In: Cerami A, Vanhuysse P, editors. PostCommunist welfare pathways: theorizing social policy transformations in central and Eastern Europe. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2009. p. 17–34.

11. Maree J, Groenewegen PP. Back to Bismarck: eastern European health Care Systems in Transition. Avebury, Aldershot, Brookfield: Ashgate Publishing Company; 1997.

12. Oreskovic S. New priorities for health sector reform in central and Eastern Europe. Croatian Medical Journal. 1998;39(3):225–33.

13. Preker AS, Jakab M, Schneider M. Health financing reforms in central and Eastern Europe and the former Soviet Union. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, editors. Funding health care: options for Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2002. p. 80–108.

14. Waters HR, Hobart J, Forrest CB, Siemens KK, Pittman PM, Murthy A, Vanderver GB, Anderson GF, Morlock LL. Health insurance coverage in central and Eastern Europe: trends and challenges. Health Aff. 2008;27(2):478–86.

15. Bartlett W, Bozikov J, Rechel B, editors. Health reforms in south East Europe. Houndmills. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2012.

16. Healy J, McKee M, eds. Implementing hospital reform in Central and Eastern Europe and Central Asia. Eurohealth. 2001; 7,3 special issue.

17. Mihaljek D. Health-Care Financing Reforms in Central and Eastern Europe: Common Problems and Possible Approaches. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1997204> or <https://doi.org/10.2139/ssrn.1997204> (дата звернення: 16.12.2022).

18. Бандурка О.М., Коробов М.Я., Орлов П.І., Петров К.Я. Фінансова діяльність підприємства. Підручник для ВНЗ.- 2-е вид. - К.: Либідь, 2002. - 384с.

19. Бланк И.А. Основы финансового менеджмента (в 2-х тт.).- 3-е изд. - К.: Ника-центр, 2014. - 624с.

20. Лайко П.А., Мних М.В. Фінанси підприємств. Підручник для ВНЗ. - К.: Знання України, 2004. - 428с.
21. Шеремет В.В., Павлюченко В.М., Шапиро В.Д. Ольдерогге Н. и др. Управление инвестициями. В 2-х т. - М.: Высшая школа, 1998. - Т. 1. С. 57-58.
22. Ковалев В.В. Введение в финансовый менеджмент. - М.: ФИС, 2014. - 768с.
23. Павлюк К. В. Фінансові ресурси держави: Монографія. — К.: НІОС, 1997. — 176 с.
24. What “Community Building” Activities are Nonprofit Hospitals Reporting as Community Benefit? URL: <https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1123&context=frontiersinphssr> (дата звернення: 14.12.2022).
25. Recommended Citation Bakken E, Kindig D, Boufford J. What “Community Building” Activities are Nonprofit Hospitals Reporting as Community Benefit?. Front Public Health Serv Syst Res 2014; 3(5). DOI: 10.13023/FPHSSR.0305.01 (дата звернення: 16.12.2022).
26. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. "Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 15.12.2022).
27. Christiansen, H. (2013), “Balancing Commercial and NonCommercial Priorities of State-Owned Enterprises”, OECD Corporate Governance Working Papers, No. 6, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k4dkhztcp9r-en> (дата звернення: 01.12.2022).