

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

КОВАЛЬЧУК ЮЛІЯ СЕРГІЙВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 332.142.4
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО
УПРАВЛІННЯ ПОСЛУГАМИ МЕДИЧНИХ КОМУНАЛЬНИХ
НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ
(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

Ю. С. Ковальчук
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ВОЙТЕНКО Архип Борисович
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат наук з державного управління, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: КОВАЛЬЧУК Юлії Сергіївни

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» березня 2024 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)

«_____» березня 2024 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **КОВАЛЬЧУК Юлія Сергіївна** 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

КОВАЛЬЧУК Ю. С. Удосконалення системи державного управління послугами медичних комунальних некомерційних підприємств. – 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 2024.

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: медична допомога, держава, публічне управління, публічні послуги медичні комунальні некомерційні підприємства, фінансування, неприбуткові медичні заклади.

SUMMARY

KOVALCHUK Yu. Improving the system of public administration of services of medical municipal non-profit enterprises. – 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 2024.

The healthcare reform focuses on the primary level of the hierarchy of healthcare provision and services. This link is becoming a priority focus for financing the entire industry, as it is the link to which the funds received from healthcare consumers are tied. That is why primary (family) medicine receives considerable attention in the context of public administration. The reform begins with the creation of a new model of medical institutions - municipal non-profit enterprises that are producers of medical care and services.

Tags: medical care, public administration, medical communal non-profit enterprises, financing, non-profit medical institutions in the world.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ І ПОСЛУГ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	9
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	17
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ПРИКЛАДНИХ АСПЕКТІВ ФІНАНСОВОГО ТА ІНШИХ АСПЕКТІВ ДЕРЖАВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СВІТУ	18
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	25
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОСЛУГАМИ МЕДИЧНИХ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ	26
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	33
ВИСНОВКИ	34
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	39
ДОДАТКИ	44

ВСТУП

Актуальність теми. Національна система підтримки здоров'я населення викликає ряд питань серед більшості українців. Незважаючи на те, що громадяни сплачують власноруч майже половину коштів на охорону здоров'я додатково до загальних обов'язкових податкових виплат, при цьому отримуючи неякісну та неефективну допомогу на основі неспроможної інфраструктури без дотримання прав та поваги до гідності пацієнтів.

Проблеми існуючої системи.

1. Застарілий командний механізм управління успадкований від СРСР:

Неефективна модель фінансування за постатейним кошторисом, що позбавляє їх управлінської гнучкості та не стимулює до покращення результатів.

2. Відсутність гарантій: Пацієнти не мають гарантій якості медичної допомоги.

Рішення: перехід до страхового принципу фінансування. Міжнародний досвід та рекомендації ВООЗ свідчать, що перехід до страхового принципу фінансування – це єдиний спосіб надати якісну меддопомогу без додаткового грошового навантаження для населення.

Запропонована модель: державне солідарне медичне страхування, де основним джерелом фінансування є Держбюджет України, заснований на загальнодержавних податках шляхом застосування розподілу коштів через посередництво новітньої моделі закупівлі меддопомоги громадянам. Оплата медичних послуг буде здійснюватися закладам, які фактично пролікували пацієнтів, а не за медичну інфраструктуру.

Переваги реформування полягають у запровадженні страхового принципу стимулюватиме конкуренцію між медичними закладами та призведе до покращення якості медичної допомоги.

Зниження фінансового навантаження на громадян:

- завдяки солідарному страхуванню ризику хвороби та витрати на лікування розподілятимуться між великою кількістю людей;
- підвищення рівня здоров'я та тривалості життя українців;
- покращення якості та доступу до меддопомоги призведе до кращого здоров'я українців.
- Запровадження цифрової системи охорони здоров'я: електронна модель системи охорони здоров'я дозволить покращити координацію між медичними закладами, підвищити прозорість та доступність інформації для пацієнтів.

Підвищення кваліфікації медичного персоналу: реформування системи здравоохранення буде супроводжуватися програмами підвищення кваліфікації як медичного, так і адміністративно-управлінського персоналу.

Актуальність теми дослідження обумовлена:

- Недостатньою дослідженістю проблеми:
 - Існує багато питань, пов'язаних з фінансуванням та ефективністю державного управління медичною сферою, які потребують глибокого вивчення.
 - Необхідно провести більш детальний аналіз проблем та розробити ефективні шляхи їх вирішення.
- Проблеми фінансування:
 - Система фінансування охорони здоров'я України потребує реформування.
 - Необхідно знайти нові джерела фінансування та оптимізувати правила використання наявних ресурсів.
- Ефективність державного управління:
 - Державне управління медичною сферою потребує покращення.
 - Необхідно підвищити рівень відповідальності та прозорості у цій сфері.

Мета дослідження. Розкрити теоретичні та методологічні основи впровадження сучасних форм управління медичними закладами. Розробити механізм впровадження цих форм в під час реформи галузі охорони здоров'я України.

Завдання дослідження.

- Вивчити основні акти нормативно-правового забезпечення реформаторських підходів сучасного фінансування закладів охорони здоров'я. Проаналізувати сучасний стан медичної допомоги в Україні.
- Визначити актуальність використання нових функціонально-структурних моделей в охороні здоров'я.
- Оцінити ефективність державного регулювання медичних послуг в некомерційних медичних закладах.
- Вивчити зарубіжний досвід побудови та діяльності некомерційних закладів охорони здоров'я.
- Розробити напрями і рекомендації щодо ефективного фінансування медичної допомоги в некомерційних медичних закладах.

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

Предмет дослідження – теоретичні та прикладні аспекти пошуку напрямів удосконалення системи адміністрування медичними комунальними некомерційними підприємствами під час реформування сфери охорони здоров'я.

Методи дослідження. У нашій дослідницькій роботі застосовано фахові методи наукового пізнання фактів та механізмів у галузі охорони здоров'я, загальні наукові та методи аналізу і синтезу, порівняльного зіставлення, абстрагування, дедукції та індукції, однозначності логічного і історичного, бібліографічний, монографічний метод та ін.

Практична значущість: Результати дослідження можуть бути використані для створення автономних постачальників медпослуг стимулюватиме їх до підвищення ефективності та конкурентоспроможності. Дослідження цієї теми може допомогти покращити систему фінансування охорони здоров'я України, підвищити ефективність державного управління медичною сферою та зробити медичну допомогу більш доступною та якісною для населення.

Елементи наукової новизни. Автором зроблена спроба дати системний аналіз особливосте діяльності та напрямів удосконалення системи державного управління послугами медичних комунальних некомерційних підприємств

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних у роботі 43 джерел, додатків. Об'єм роботи становить 44 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

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

Сектор охорони здоров'я в Україні залишається нереформованим, зберігаючи значні надлишкові потужності, успадковані від Радянського Союзу. Робота аналізує фактичні дані про стан здоров'я в Україні та виявляє слабкі сторони існуючої сфери охорони здоров'я у країні. Використано кілька методологічних інструментів: аналіз даних, інституційне дослідження, якісний підхід та вивчення міжнародного досвіду. Дослідження показує, що недостатнє державне фінансування сприяє сегрегації населення за рівнем доходів, місцем проживання, а отже, суперечить конституційній гарантії безоплатного медичного обслуговування для всіх.

Виявлені недоліки системи включають недостатнє фінансування, неналежний розподіл коштів, відсутність стимулів, низька управлінська автономія та відсутність конкуренції між надавачами послуг. Відсутність мотивації для медичного персоналу призводить до низької якості роботи. Як наслідок, нинішня система охорони здоров'я демонструє низькі результати і їй бракує справедливості. Результати дослідження можна використати для розробки політичних рекомендацій щодо забезпечення справедливості та підвищення якості в системі охорони здоров'я.

Країна стикнулася з корупцією на всіх рівнях влади, зростанням бідності, низьким рівнем життя та відсутністю перспектив для молодого покоління. Система охорони здоров'я та освіти потребує серйозного реформування, а державний апарат часто працює неефективно та нечесно. Для виходу з кризи Україні потрібні рішучі та сміливі кроки у сфері антикорупційної політики, розвитку ринкових відносин та інституційної реформи. Децентралізація влади, створення умов для ведення бізнесу та захист прав людини та громадянина - це лише деякі з напрямків, які потребують уваги уряду та суспільства.

Зусилля кожного громадянина, підтримка міжнародних партнерів та рішучість у владі можуть допомогти Україні вийти з кризи та розвиватися на шляху до європейських стандартів життя та демократії.

Однією з причин такої ситуації є корупція, яка в Україні є проблемою. Корупція урядовців та бізнесменів гальмує економічний розвиток країни, робить неймовірно важкими умови для підприємництва та зовнішні інвестиції. Також важливим фактором є війна на сході країни, яка спричинила втрати в економіці та втрату контролю над важливими виробничими регіонами.

Для подолання цієї ситуації потрібно проводити комплексні реформи в економіці, боротьбу з корупцією, покращення умов для бізнесу, сприяння розвитку інфраструктури та підтримку соціально-економічного розвитку регіонів. Крім того, важливо залучити зовнішні інвестиції та підтримати малий та середній бізнес. Це може допомогти Україні догнати своїх західних сусідів і розвиватися на шляху до стабільного економічного зростання та процвітання.

Децентралізація може допомогти вирішити цю проблему, розподіливши фінансові ресурси на місцевому рівні для поліпшення медичної допомоги. Нова система управління медичними закладами на місцях дозволить більш ефективно вирішувати потреби населення, забезпечувати доступ до якісних послуг та запобігати випадкам неефективного застосування ресурсів та корупції.

Зокрема, розвиток первинної медичної допомоги може допомогти відсіювати випадки серйозних захворювань на ранніх стадіях, що дозволить зменшити витрати на лікування та покращити прогнози для пацієнтів. Також, організація госпітальних округів уможливить підвищити якість та доступність вторинної медичної допомоги, що також може сприяти покращенню стану здоров'я населення.

Отже, децентралізація має потенціал змінити галузь охорони здоров'я в країні на краще, забезпечуючи якісну та своєчасну медичну допомогу для всіх громадян.

Наразі є потреба створення організаційно-фінансових умов для впровадження нової моделі подання первинної меддопомоги у об'єднаних територіальних громадах та вторинної допомоги через госпітальні округи. Необхідне затвердження нової нормативно-правової бази для створення доступу до медичної допомоги первинного рівня у територіальних громадах та опрацювання нормативно-правових документів про вдосконалення порядку подання спеціалізованої меддопомоги, поліпшування її якісних характеристик, створення госпітальних округів.

Підписано наказ МОЗ, що дав спроможність об'єднаним територіальним громадам організувати центри первинної медико-санітарної допомоги з їх фінансуванням, а також, розпорядженням Кабінету Міністрів України, створено госпітальні округи. Ключовими кроками, що треба реалізувати у середньостроковому майбутньому, це направити до Верховної Ради проекти постанов щодо змін законодавства, які нададуть спроможність амбулаторіям і приватним лікарським практикам стати надавачами медпослуг, схвалити гарантований об'єм первинної меддопомоги. Також треба полегшити порядок видачі ліцензій приватним лікарським практикам, які трудяться в об'єднаних територіальних громадах, створити програми госпітальних округів, їх реєстр, базу та рубезжі.

Крім цього, необхідно також розробити і впровадити програми підтримки та стимулювання медичного персоналу, зокрема лікарів-спеціалістів та медсестер. Також важливо розвивати інфраструктуру медичних установ, забезпечуючи їх сучасним обладнанням та технологіями.

Додатково, потрібно вивчити та аналізувати досвід інших країн у сфері медичного обслуговування та впроваджувати успішні практики української галузі охорони здоров'я. Такі кроки допоможуть покращити якість та доступність медичних послуг для всіх громадян України. Прийнята КМУ Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, відтворила головні періоди та покрокову програму її запровадження [1].

У ній умотивовано поступ від постатейного асигнування медичної допомоги до бюджетування за фактично виконаним лікуванням конкретного

випадку та за його результатом. Це, як передбачається, сприятиме підняттю ефективності діяльності сфери захисту суспільного здоров'я та створити умови для розвитку модерних підходів щодо оптимізації механізмів витрат на її функціонування. Основні зміни розвинуті Концепціїє такі:

- впровадження одного монопольного національного замовника медичної допомоги;
- створення державою гарантованого пакету меддопомоги;
- створення модерних процесів та засобів роботи місцевих владних органів на теренах здійснення прав у системі охорони здоров'я;
- надання закладам охорони здоров'я автономності як основоположних постачальників меддопомоги;
- здійснювання правила «гроші ходять за пацієнтом»;
- піднесення показників якості роботи медичних закладів;
- фінансові гарантії держави чіткі та прозорі гарантії, щодо обсягу безоплатної медичної допомоги ефективний та справедливий розподіл публічних коштів.

Актуальним є кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, і скорочення неформальних платежів поліпшення якості надання медичної допомоги населенню створення стимулів для державних і комунальних закладів охорони здоров'я – розбудова сучасних електронних сервісів та удосконалення управління інформацією в системі охорони здоров'я. Восени 2017 року було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [17], у відповідності до якого держава на основі Державного бюджету України у межах програми медичних гарантій повинна реалізовувати фінансування необхідних медичних послуг та лікарських засобів для населення.

Програма медичних гарантій – це пакет медичних послуг, який гарантується державою та ґрунтується на пріоритетах системи охорони здоров'я України, встановлений в межах обсягів та можливостей державного фінансування, і охоплює послуги екстреної, первинної, амбулаторної,

госпітальної та паліативної допомоги, реабілітації, включає медичну допомогу дітям, яким не виповнилось 18 років, та медичний супровід вагітності та пологів [2].

Скористатися програмою медичних гарантій може кожен громадянин України, а також особи, прирівняні до громадянства. Фінансування програми медичних гарантій визначається Законом України про Державний бюджет України і складає не менше 5% ВВП держави, при цьому витрати на програму медичних гарантій є захищеними відповідними статтями видатків бюджету [3, 4].

Упродовж декількох десятиліть витрати на медичну сферу фактично не переважали 3 %. У період підготовки проекту держбюджету на 2021 рік міністром фінансів відзначено те, що збільшення фінансування охорони здоров'я до 5 % є можливим у 2023 році внаслідок послідовного рухання із закладених 4,2 % ВВП у 2021 році [3, 4]. Для реалізації урядової політики у полі державних фінансових гарантій надання медичної допомоги населенню було утворено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) відповідною постановою КМУ [5, 6].

Ця структура є основним замовником медичної допомоги і послуг та фармацевтичних препаратів відповідно до програми медичних гарантій, і складає договори про медичне забезпечення із установами охорони здоров'я різних власних форм та 67 фізичними особами-підприємцями, які отримали дозвіл на здійснення медичної практики. Надто для підняття грошового статусу медичних закладів запропонували систему їх реорганізації у медичні комунальні некомерційні підприємства, що виконано на умовах автономізації. Заклади охорони здоров'я здобули змогу підписувати угоди з НСЗУ й одержувати пряме фінансування з бюджету за подану медичну допомогу [5].

Цей механізм дозволяє забезпечити більшу ефективність та прозорість у використанні бюджетних коштів на медичну допомогу. Відтак клієнти дістають якісну та доступну медичну допомогу та послуги, оскільки заклади медичної допомоги стимульовані надавати їх ефективніше та ефективніше.

Крім того, цей механізм дозволяє уникнути корупції та зловживань, оскільки вартість медичних послуг розраховується чітко і прозоро за певними критеріями. Таким чином, гроші йдуть безпосередньо на надання медичної допомоги пацієнтам, що сприяє підвищенню якості та доступності медичних послуг в Україні.

У цілому, впровадження подібних механізмів є важливим кроком у реформуванні системи охорони здоров'я та підвищенні якості медичної допомоги для населення [5, 7].

Принцип «гроші йдуть за пацієнтом»: суть та переваги. Суть принципу полягає у тім, що пацієнт має право вільно обирати лікаря та заклад охорони здоров'я. Держава оплачує не ліжко-місця, а конкретні медичні послуги, надані пацієнту. Переваги принципу полягають у підвищенні доступності та якості медичної допомоги, пацієнти отримують доступ до кращих лікарів та закладів, зростає конкуренція між закладами, що стимулює їх до покращення якості послуг.

Ефективне використання бюджетних коштів буде забезпечене, якщо кошти витрачаються на реальні потреби пацієнтів, а не на утримання порожніх ліжок, що приведе до зменшення неформальних платежів. Пацієнти отримують гарантовану державою допомогу без додаткових витрат, це сприятиме відходу від фінансування за ліжко-місця. Раніше заклади охорони здоров'я отримували фінансування за кількість ліжко-місць. Це призводило до неефективного використання коштів, адже не всі ліжка були зайняті, також це не стимулювало заклади до покращення якості послуг.

Перехід до фінансування за надані послуги, коли заклади охорони здоров'я отримують фінансування за конкретні медичні послуги, надані пацієнту. Це стимулює заклади до покращення якості та доступності своїх послуг. Завдяки впровадженню принципу «гроші йдуть за пацієнтом» вдалося покращити доступність та якість медичної допомоги в Україні [1].

Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [8] прийнятим 1

липня 2022 року внесено часткові зміни до таких законодавчих актів України: Цивільного кодексу України [37], Основ законодавства України про охорону здоров'я [38], Законів України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [39], "Про захист персональних даних" [40]. Кабінет Міністрів України для набрання чинності зазначеним законом для його виконання одержав доручення створити відповідні юридичні акти та привести вже існуючі у відповідність із нормами цього закону [8].

Що таке неприбуткова лікарня?

Неприбуткові лікарні керуються прагненням служити суспільству та місією надавати доступну медичну допомогу всім, незалежно від платоспроможності пацієнта. Такі заклади часто заснуються благодійними організаціями, релігійними групами, громадськими ініціативами або можуть бути афілійованими з медичними навчальними закладами. Неприбуткові лікарні іноді називають некомерційними або НКП.

Яка найбільша неприбуткова лікарня?

Визначення найбільшої неприбуткової лікарні залежить від фінансового, клінічного або якісного показника, що вимірюється. Як показує зарубіжний досвід, Нью-Йоркський пресвітеріанський медичний центр Weill Cornell є найбільшою неприбутковою лікарнею за чистим доходом від пацієнтів (ЧДП), з ЧДП \$7,6 млрд, згідно з останнім 12-місячним інтервалом, що відстежується в нашій базі даних. Advent Health Orlando є найбільшою неприбутковою лікарнею за кількістю укомплектованих ліжок - 2 247. Медичний центр Університету Вандербільта - найбільша неприбуткова лікарня за загальною площею приміщень, що становить понад 8 мільйонів квадратних футів, це найбільші некомерційні лікарняні системи у сфері охорони здоров'я [9].

Більшість лікарень є комерційними чи некомерційними?

Також, за даними Американської асоціації лікарень, у США налічується 6 129 діючих лікарень. Серед них 2 978 є неприбутковими, а 1 235 - комерційними лікарнями. Кількість комерційних лікарень в Америці зростає з кожним роком, і все більше некомерційних лікарень вивчають можливість

переходу на фінансову модель, що належить інвесторам, у майбутньому. Хоча колись вважалося, що некомерційні лікарні мають стійку перевагу над комерційними, сьогодні, схоже, ситуація змінюється.

У чому різниця між некомерційними та комерційними лікарнями?

Досвід США показує, що існують різні моделі лікарень, кожна з яких призначена для задоволення конкретних потреб у сфері охорони здоров'я, фінансових структур або вимог громади. Серед цих закладів дві найпоширеніші моделі - це некомерційні та комерційні лікарні. Кожна організація має унікальні характеристики та фундаментальні відмінності, які формують її підхід до надання медичних послуг.

Що таке комерційна лікарня?

Прибуткові лікарні, навпаки, працюють за бізнес-орієнтованою моделлю. Як і більшість звичайних підприємств, комерційні лікарні належать і управляються приватними особами або корпораціями і ставлять на перше місце отримання прибутку для акціонерів або власників. До найбільших комерційних систем охорони здоров'я в США належать HCA Healthcare, Tenet Healthcare та Community Health Systems (CHS). Хоча основною метою як некомерційних, так і комерційних лікарень є надання високоякісної медичної допомоги пацієнтам, отримання прибутку може впливати на те, як комерційні заклади приймають рішення щодо пропозиції послуг та розподілу ресурсів [9].

З точки зору пацієнта, різниця між некомерційною та комерційною лікарнею, швидше за все, дуже незначна. За словами лікарів-ветеранів та керівників, які працювали в обох типах закладів, немає суттєвої різниці в операційній ефективності, адміністративній структурі або якості надання медичної допомоги. Мета як комерційних, так і некомерційних госпіталів - надавати якнайкращу медичну допомогу як найбільшій кількості громадян [9].

Існує кілька фундаментальних і функціональних аспектів, які відрізняють некомерційні та комерційні лікарні одна від одної. Як зазначалося вище, комерційні лікарні, як правило, належать приватним особам або корпораціям. Неприбуткові лікарні можуть належати науковим установам, релігійним групам

або благодійним організаціям. Неприбуткові лікарні не зобов'язані сплачувати податки на прибуток або майно на федеральному, державному або місцевому рівнях.

Неприбуткові лікарні зобов'язані інвестувати весь прибуток "у громаду", що може включати в себе покращення закладу або виплату заробітної плати керівництву. Прибуткові лікарні можуть ставити на перше місце отримання прибутку для акціонерів. Через свою благодійну природу неприбуткові лікарні можуть розраховувати на податкові пільги, благодійні пожертви та державні гранти. Прибуткові лікарні покладаються на інвестиції, оплату послуг пацієнтами та страхові відшкодування.

Зазвичай неприбуткові лікарні зосереджуються на наданні послуг, які приносять користь громаді, як-от медична допомога на дому, невідкладна психіатрична допомога, лікування наркозалежності та травматологічні відділення. Ці послуги, як правило, приносять менший прибуток, тому вони можуть бути не дуже бажаними для комерційних лікарень, які можуть надавати пріоритет послугам, що приносять більший дохід [9].

Обидва типи закладів є у списках найкращих лікарень США, що свідчить про те, що статус звільнення від сплати податків мало корелює з тим, як функціонує лікарня. Те, чи є лікарня неприбутковою, чи прибутковою, має цікавити громаду, яку вона обслуговує, та її персонал. Визначення неприбутковості чи прибутковості може допомогти людям зрозуміти, як лікарня розподіляє свої ресурси і як планує досягати своїх цілей.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Фінансовий план медичного комунального некомерційного підприємства (КНП), який регулює баланс між надходженнями та витратами, є основою для визначення пріоритетних напрямків діяльності, очікуваних результатів. Внутрішнього контролю, визначення факторів ризику. Окрім того, фінплан є

важливим інструментом внутрішнього контролю. Він дозволяє виявити ймовірні негативні впливи на діяльність КНП.

Також фінансовий план запобігає ризикам, за допомогою превентивних заходів знижується вплив ризиків на результати діяльності і уможливорює прийняття правильних управлінських рішень. Фінансовий план та система внутрішнього контролю з фокусом на ризик-менеджмент є ключовими інструментами для ефективної діяльності медичного КНП. Фінансовий план має бути гнучким й адаптованим до змін зовнішнього середовища. Система внутрішнього контролю має постійно оновлюватися й удосконалюватися. Важлива роль належить кваліфікації та досвіду персоналу, який відповідає за фінансове планування та внутрішній контроль.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ПРИКЛАДНИХ АСПЕКТІВ ФІНАНСОВОГО ТА ІНШИХ АСПЕКТІВ ДЕРЖАВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СВІТУ

Неприбуткові організації громадського здоров'я – це організації, які працюють над забезпеченням справедливості у сфері охорони здоров'я, тобто рівного доступу до ресурсів охорони здоров'я для всіх людей. Щоб досягти цієї мети, організації повинні визначити соціально-економічні фактори, які не залежать від людини - такі як рівень доходу, рівень насильства, житлові умови, доступ до вакцинації або здорової їжі, - які створюють ризики для певних груп населення. Це допомагає працівникам охорони здоров'я розробляти плани для зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я та допомагати громадянам покращувати добробут своїх громад. Ці плани охоплюють такі питання, як хронічні захворювання, інфекційні хвороби, фізичне здоров'я, психічне здоров'я, соціальна справедливість і харчування.

Неприбуткові організації у сфері охорони здоров'я надають безліч безцінних послуг громадам по всьому світу і мають важливе значення для досягнення основних цілей громадського здоров'я і мають наріжне значення у збільшенні доступу до медичних послуг у географічних регіонах з недостатнім рівнем обслуговування. Медичні неприбуткові організації також надають спеціалізовані послуги громадам, які долають наслідки стихійних лих, спалахів хвороб чи крайньої бідності, а тому надаючи ці та багато інших послуг, неприбуткові організації охорони здоров'я стали невідривною часткою системи громадського здоров'я.

Неприбуткові організації громадського здоров'я варіюються від великих міжнародних організацій, таких як "Лікарі без кордонів", до локальних стартапів, таких як новоорлеанська група продовольчої справедливості "Проект Кулінарна книга" (The Cookbook Project). Некомерційні організації можуть отримувати певне фінансування з державних джерел, але часто вони

покладаються на пожертви від компаній, приватних осіб та інших неприбуткових груп. Неприбуткові організації громадського здоров'я також називають неурядовими організаціями (НУО), які є незалежними організаціями, орієнтованими на некомерційні цілі в культурній, соціальній, екологічній, освітній сферах або в ситуаціях реагування на стихійні лиха [10].

Сучасний світ стикається з численними викликами у сфері охорони здоров'я. Демографічні та епідеміологічні зміни, соціально-економічна нерівність, нестача ресурсів, стрімкий розвиток технологій та зростаючі потреби населення ставлять перед системами охорони здоров'я країн світу нові завдання. Економічна криза лише посилює ці проблеми.

Саме тому спеціалісти ВООЗ спільно працюють з експертами європейських країн, закликаючи керівництво країн до реалізації програм, спрямованих на збереження здоров'я населення та створенням доступу до медичної допомоги і послуг в умовах кризи. Світове співтовариство об'єднує зусилля, щоб подолати глобальні виклики та передбачити майбутнє людства, уникнувши загроз його існуванню. Глобальні проблеми охорони здоров'я мають життєво важливе значення для всього населення, набуваючи всесвітнього характеру. Їх вирішення має постачити наступний соціальний поступ. Крім того, важливим є:

- Постачити доступ та доброякісність медичної допомоги для всіх верств населення.
- Підвищити рівень асигнування сфери охорони здоров'я.
- Запровадити сучасні методології та способи лікування.
- Підвищити кваліфікацію медичного персоналу.
- Зробити систему охорони здоров'я більш прозорою та підзвітною перед суспільством.

Реалізація цих завдань дозволить Україні значно покращити стан здоров'я населення та забезпечити його здоров'я та добробут. Основне завдання політичного керівництва всіх держав - це забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та збалансоване фінансування цієї сфери в

умовах обмежених ресурсів. У зв'язку з цим, важливо провести огляд моделей здоровоохорони чільних світових держав.

У Європейському регіоні уряди деяких країн ВООЗ постійно аналізують свої системи охорони здоров'я, оцінюючи прийнятність сучасних підходів до їх фінансування, організації та надання медичної допомоги. Модернізація системи охорони здоров'я - це нормативний, економічний та організаційний вид діяльності. Заходи щодо трансформації системи охорони здоров'я оцінюються не лише з точки зору короткострокової економії державного бюджету, але й з точки зору їх здатності покращувати здоров'я усіх громадян. Ці унормовані заходи є важливими, і для медичної реформи нашої держави, і для інших країн. Історія розвитку кожної країни та її системи охорони здоров'я унікальна. Аналіз оточення, де діє галузь охорони здоров'я, повинен враховувати і політичний компонент.

Таким чином, важливо визначити потенціал системи, а також ризики та небезпеки, з якими вона може зіткнутися в майбутньому. У розвинених країнах зазвичай використовується одна модель фінансування, яка відповідає за основне споживання ресурсів здоровоохорони. У державах із середнім рівнем доходу галузь охорони здоров'я може об'єднувати кілька типів моделей. Кожна країна приєднує системні переміни до розвитку власної сфери охорони здоров'я. Найбільш поширеним є поділ систем охорони здоров'я на три групи: державна, страхова та змішана. Найбільшу частку витрат на охорону здоров'я в країнах ЄС складають стаціонарна та амбулаторна допомога – близько 61 %.

Наступними за величиною статтями витрат є медичні товари (в основному лікарські засоби) – 21 %, та довготривала допомога – 12 %. Адміністрування та державний менеджмент індустрією захисту громадського здоров'я, а також профілактика становлять решту витрат. Структура витрат може значно відрізнитися залежно від країни. Наприклад, у Фінляндії на амбулаторну допомогу виділяють близько 39 %, а на медичні товари – лише 15 %. Італія виділяє на амбулаторну допомогу найбільшу частку фінансів – 32 % від спільних витрат на охорону здоров'я.

Такий рівень інвестицій у систему охорони здоров'я є ключовим для забезпечення високої якості медичних послуг для громадян і підтримки їхнього здоров'я. Країни повинні постійно вдосконалювати свої системи та забезпечувати доступність та якість медичної допомоги для всіх своїх громадян. Національні уряди мають робити все можливе, щоб покращити системи охорони здоров'я, адаптувати їх до змін у суспільстві та забезпечити фінансову стійкість для майбутнього.

В Україні для підвищення ефективності галузі охорони здоров'я необхідно переглянути існуючу національну політику та зосередити увагу на вирішенні таких проблем: Наявність та своєчасність якісної медичної допомоги. Висока ефективність медичної допомоги. Поліпшення доброякісності та доступу до медичної допомоги. Справедливе та прозоре фінансування системи охорони здоров'я. Розвиток людських ресурсів в охороні здоров'я.

Важливо також посилити профілактику захворювань та пропаганду здорового способу життя. Це допоможе Україні покращити стан здоров'я населення та наблизитися до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я.

Актуально зазначити, що конструкція розходів на охорону здоров'я може змінюватися з часом. Це пов'язано з низкою факторів, таких як демографічні зміни, епідеміологічна ситуація, розвиток нових технологій та політика уряду. Успішне реформування системи охорони здоров'я в Україні потребуватиме комплексних та скоординованих зусиль з боку всіх зацікавлених сторін [11].

У світі існує широкий спектр моделей фінансування системи охорони здоров'я. Деякі держави, наприклад, США, мають систему публічного та приватного страхування, де громадяни можуть вибирати між різними страховими планами. Інші країни, такі як Канада, мають систему громадського страхування, де держава фінансує майже всю систему охорони здоров'я через податки. Є країни, де здоров'я є правом громадян та надається безкоштовно, як, наприклад, у Великій Британії [12].

Незалежно від моделі фінансування, важливо постачати доступність та якість медичної допомоги і послуг для всіх громадян. Також важливо розглядати різні аспекти, такі як демографічні тенденції, економічний розвиток та технологічні інновації, для підтримки сталого фінансування системи охорони здоров'я [13].

Отже, аналіз світового досвіду дозволяє розглядати різні моделі фінансування системи охорони здоров'я та вибирати той, який найкраще відповідає потребам та можливостям конкретної держави. Головне, щоб система була ефективною, доступною та забезпечувала високий рівень медичних послуг для всіх громадян. [14].

До прикладу, Бельгія, Нідерланди, Португалія надали лікарням закладам змогу лишати у себе додатковий чи пересічний прибуток в тотальному чи неповному обсягові, для подальшого використання для фінансування постійних або інвестиційних витрат [15]. У Нідерландах було відзначено, що об'єднання лікарень сприяє покращенню якості медичних послуг, оптимізації використання ресурсів та підвищенню ефективності. Такий підхід дозволяє забезпечити гармонійне функціонування лікарень, раціональне розподіл ресурсів та сприяє зниженню клінічної інерції. На думку авторів, важливим є врахування інтересів медичного персоналу та пацієнтів у процесі об'єднання лікарень [15].

Такий підхід допомагає забезпечити оптимальні умови для роботи лікарів, підвищує їхню мотивацію та задоволеність від професійної діяльності. Крім того, задоволеність пацієнтів від медичного обслуговування зростає за рахунок оптимізації процесу надання медичних послуг та покращення якості лікування. Таким чином, об'єднання лікарень у Нідерландах є успішним прикладом створення ефективної системи подання медичної допомоги, яка допомагає підвищити конкурентоспроможність лікарень та задоволеність медичним персоналом та пацієнтами [16].

Аналіз статистичних показників та фінансових звітів Організації економічної співпраці і розвитку (OECD, Health System Characteristics Survey),

Євростату, ВООЗ свідчить, що казенні витрати на галузь охорони здоров'я у державах (Австралія, Канада, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Ірландія, Італія, Іспанія, Нова Зеландія, Норвегія, Португалія та Велика Британія) у структурі спільних видатків цих країн на охорону здоров'я знаходяться в рубежах від 50 % (Кіпр) до 86 % (Данія) [17].

Більшість парламентів держав ОЕСР, як законотворча установа, адмініструє опрацюванням та легітимізацією потрібної політики, а також узаконює державні адміністративні рішення стосовно об'ємів фінансового забезпечення сфери охорони громадського здоров'я. В інших державах, на кшталт Греції, Чехії, Японії, Люксембургу, Нідерландів, Іспанії, Швейцарії, присуди про умови та атрибутів асигнування здоровоохоронної сфери вирішуються парламентом, центральним чи загальнодержавним урядом, затверджуються податі та шаблі суспільних внесків та страхування наелення. В Австралії, Канаді, Італії та Великій Британії рішення про бюджет на державному, та і територіальному ступенях.

У деяких країнах, таких як Іспанія, Фінляндія та Швеція, регіональні органи мають важливу роль у розподілі ресурсів між різними секторами охорони здоров'я. Наприклад, в Іспанії, регіони мають право приймати власні рішення з цього питання, а в Фінляндії рішення приймаються на рівні муніципалітетів. На відміну від цього, у країнах з системами медичного страхування, розподіл ресурсів може бути більш централізованим і проводитися національним урядом. Наприклад, у Канаді, Італії, Швеції та Великій Британії бюджетні та податкові питання системи охорони здоров'я визначаються федеральним урядом.

Загалом, процес розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я може відрізнятися в залежності від країни, і враховувати різні рівні влади та учасників цього процесу [18].

Способи оплати лікарень, зазвичай, визначається скоріше централізовано, а відвічальність установлюється засобів проплати працівників галузі та медичних закладів нерідко поділяється між різноманітними зацікавленими

учасниками, а також фундаціями медстрахування та лікарями. Відповідальність за методи оплати праці лікарів зазвичай лежить на законодавчих органах або центральних органах влади. У Великій Британії цю функцію поділяють центральний і регіональні уряди, а в Канаді та Іспанії рішення приймають на рівні провінцій або регіонів [19]. Витрати на лікарські засоби та вироби медичного призначення істотно різняться в залежності від країни. У Швейцарії, Швеції, Нідерландах, Данії, Люксембурзі та на Кіпрі вони сягають 8,2-16%, а в Болгарії – аж 42% [17]. Фінансування закладів, що надають допомогу при гострих станах, у більшості країн ОЕСР ґрунтується на комбінації різних методів оплати. Це гарантує якість та ефективність медичних послуг у невідкладних ситуаціях.

Найпоширеніші методи фінансування – оплата за пролікований випадок та проспективний глобальний бюджет, який покриває певні категорії витрат. Глобальний бюджет дає лікарням гнучкість та адаптивність у розподілі ресурсів. Наприклад, у Португалії та Люксембурзі лікарні фінансуються виключно таким чином [20].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

Роль медичних неприбуткових організацій у зміцненні громадського здоров'я полягає у тім, що організації громадського здоров'я працюють над забезпеченням рівного доступу до медичної допомоги для всіх громадян, зосереджуючись на впровадженні соціальної справедливості та значущих змін для тих груп населення, які не отримують достатнього рівня обслуговування. Громадське здоров'я має п'ять основних компонентів, і неприбуткові організації відіграють певну роль у кожному з них: епідеміологія, соціальні та поведінкові науки, здоров'я довкілля, біостатистика, політика та управління у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3.

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

Удосконалення системи державного управління послугами медичних комунальних некомерційних підприємств може забезпечити більш ефективно та якісно надання медичних послуг громадянам. Це створення чіткої регуляторної бази, через розробку чітких нормативно-правових актів, які визначають права та обов'язки медичних комунальних некомерційних підприємств, а також механізми їх фінансування та контролю. Не менш важливий напрям, розвиток системи контролю та моніторингу якості послуг для підвищення рівня задоволеності пацієнтів, що дозволить вчасно виявляти проблеми та забезпечити відповідну реакцію.

Вкрай важливим є стимулювання інновацій та впровадження нових технологій, підтримка впровадження сучасних інноваційних методів лікування, що сприятиме покращенню якості медичних послуг. Навчання та підвищення кваліфікації персоналу, через створення системи постійного професійного розвитку медичного персоналу, а також надання можливостей для отримання спеціалізованої підготовки та курсів перепідготовки. Підвищення доступності медичних послуг для населення, шляхом розробки програм та заходів, спрямованих на забезпечення доступності якісної медичної допомоги для всіх верств населення, зокрема для вразливих груп.

Для медичних комунальних підприємств важливим кроком є активізація розвитку партнерства з громадськістю та міжнародними організаціями. Так, співпраця з громадськими організаціями та міжнародними партнерами для обміну досвідом та впровадження кращих практик у сфері медичного обслуговування забезпечать та ефективно управління ресурсами, сприятимуть стабільному фінансуванню медичних комунальних некомерційних підприємств та впровадженню ефективної системи управління фінансово-економічним

потенціалом. Ці шляхи направлені на покращання результативності та якості подання медичної допомоги за участі комунальних некомерційних підприємств та сприятимуть підвищенню загального рівня медичної допомоги населенню.

Багато медичних закладів, як первинного, так і вторинного та третинного рівня, набули статусу комунальних некомерційних підприємств (медичний заклад-КНП). Це ставить перед бухгалтерами цих закладів нові питання щодо організації обліку. Так, Закон “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я” від 6 квітня 2017 року, № 2002 [41] щодо меддопомоги первинного рівня (поліклініки, педіатри, терапевти, сімейні лікарі) та Закон “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров’я” від 20 грудня 2019 року, № 421 [42], щодо вторинного (лікарні, спеціалізовані лікарі-фахівці) та третинного (високоспеціалізована медична допомога - трансплантація органів, лікування складних онкологічних захворювань) рівнів суттєво змінюють механізми управління.

Виклики для бухгалтерів:

Необхідно адаптувати систему обліку до нових правил.

Зрозуміти специфіку роботи медзакладів-КНП.

Забезпечити ведення обліку відповідно до чинного законодавства.

Наступні кроки:

Ознайомитися з деталями Законів № 2002 та № 421.

Вивчити особливості бухгалтерського обліку для медзакладів-КНП.

Звернутися за консультацією до фахівців з бухгалтерського обліку в сфері охорони здоров'я.

Важливо:

Своєчасне та правильне ведення бухгалтерського обліку є серйозною часткою ефективної діяльності медзакладів-КНП.

Забезпечення прозорості та достовірності фінансової звітності є ключовим фактором для залучення додаткового фінансування та розвитку медичних закладів.

Реформа індустрії збереження громадського здоров'я відкриває нові можливості для розвитку медичних закладів, але й ставить перед ними ряд нових викликів. Бухгалтери медзакладів-КНП відіграють ключову роль у забезпеченні успішної зміни на новітні механізми функціонування. Зміни в організації обліку та звітності для медзакладів-КНП. До реформування бухгалтерський облік у медичних закладах первинної та вторинної ланки, що мали статус бюджетних установ вівся згідно з: Планом рахунків № 1203 (наказ Мінфіну від 31.12.2013 № 1203), Національними положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку в державному секторі (НП(С)БОДС) [43]. Бюджетний кодекс України (БК) визначав зобов'язання щодо ведення обліку та звітності.

Після реформування у медичних закладах, що стали комунальними некомерційними підприємствами (медзаклад-КНП) змінюються правила ведення бухгалтерського обліку та подання звітності наступним чином.

1. Зміна статусу:

Перехід з бюджетної установи на КНП. Необхідність ведення бухгалтерської звітності відповідно до Закону Про бухгалтерський облік та Національними положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку (НП(С)БО) [43].

2. Зміна в обліковій політиці:

Розробка та затвердження нової облікової політики з урахуванням специфіки роботи КНП.

3. Зміна в плані рахунків:

Використання Плану рахунків бухгалтерського обліку для суб'єктів малого та середнього підприємництва (наказ Мінфіну від 19.04.2001 № 181).

4. Зміна у звітності:

Складання фінансової звітності згідно з **Положенням про бухгалтерську звітність** (наказ Мінфіну від 29.11.2000 № 356).

Подання додаткової звітності, передбаченої для КНП.

5. Зміна в оподаткуванні:

Сплата податків та зборів згідно з Податковим кодексом України.

Важливо:

Медичні заклади-КНП повинні своєчасно та правильно здійснювати бухгалтерський облік та надавати звітність.

Необхідно знати та дотримуватися чинного законодавства.

Залучення фахівців з бухгалтерського обліку може допомогти уникнути помилок та забезпечити відповідність обліку та звітності всім вимогам.

Реформування системи охорони здоров'я ставить перед медзакладами-КНП ряд нових завдань, пов'язаних з веденням бухгалтерського обліку та поданням звітності. Своєчасне та правильне виконання цих завдань є важливим фактором для успішної роботи та розвитку медичних закладів.

Зміни в статусі та господарсько-фінансовій діяльності медзакладів-КНП

Перетворення:

- Медичний заклад перетворився із закладу бюджетної форми на комунальне некомерційне підприємство (КНП).
- Раніше він був частиною державного сектору і розпоряджався коштами місцевого бюджету.

Поточний статус:

- КНП є суб'єктом господарської діяльності, який подає медичну допомогу громадянам.
- КНП одержує гроші з бюджету в рамках програм охорони здоров'я, але не розпоряджається ними.

Важливі моменти:

- КНП має більше автономії в управлінні та розподілі коштів.
- КНП має конкурувати за пацієнтів.
- КНП може отримувати додаткові кошти з інших джерел, наприклад, за рахунок надання платних послуг.

Переваги:

- Підвищення ефективності та якості роботи.
- Зростання доступу до медичної допомоги і послуг.
- Зменшення навантаження на місцевий бюджет.

Виклики:

- Необхідність адаптуватися до нових умов господарювання.
- Збільшення конкуренції.
- Потреба у залученні побічних осередків фінансування.

Перспективи:

- Розвиток мережі КНП.
- Піднесення ефективності меддопомоги.
- Зростання доступу послуг з медицини для населення.

Реформація сфери охорони здоров'я відкриває нові можливості для розвитку медзакладів-КНП. КНП мають більше автономії та відповідальності за свою діяльність. Це може призвести до підвищення ефективності та якості роботи, а також до більшого доступу населення до охорони здоров'я [21].

Збільшення відповідальності за результати діяльності передбачає Концепція реформування бюджетування системи охорони здоров'я України, викладена у Методичних рекомендаціях з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства затверджених розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р. [1]. Реформа спрямована на покращання якості та доступу до медичної допомоги. Успіх реформи залежить від ефективного управління та контролю з боку держави. Медичний заклад виступає як постачальник послуг. При цьому заклади охорони здоров'я отримують більше свободи та відповідальності. Внаслідок автономія вони набувають управлінської та фінансової самостійності: прийняття рішень щодо кадрових, фінансових (розпорядження бюджетними коштами) та інших питань. Нова модель медичних закладів є контрактною моделлю (розпорядник бюджетних коштів діє в інтересах пацієнтів): держава замовляє та оплачує послуги,

медичний заклад надає послуги та відповідає за результат. Модель взаємовідносин з розпорядником бюджетних коштів у її сутності передбачають перехід від оплати за фактом до оплати за результатами, але при цьому медичні заклади отримують автономію та відповідальність за свою діяльність.

Підвищення гнучкості та оперативності у прийнятті рішень, збільшення мотивації медичного персоналу та більш ефективного використання ресурсів є перевагами автономії. Медична установа, що належить до комунальної некомерційної власності, і яка є правонаступником бюджетної медичної установи, отримує майно від попередньої бюджетної установи. Це відбувається за даними бухгалтерського обліку, без необхідності проведення обов'язкової оцінки вартості майна незалежним експертом. Передача майна здійснюється безпосередньо на підставі результатів інвентаризації, яке закріплюється за медичним закладом-КНП територіальною громадою (засновником) з правом оперативного управління.

Статутний фонд КНП-медзакладу сформовано за рахунок майна та коштів, переданих від попереднього власника. Джерелами створення статутного капіталу медзакладу-КНП є залишкова ціна майна за балансовом та залишки коштів на спеціальних рахунках. Статутний капітал КНП-медзакладу відповідає вартості активів, переданих йому від попереднього власника.

Джерела фінансування

«До укладення угоди з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), фінансування медичного закладу-КНП може здійснюватися наступними шляхами:

- 1. Отримання бюджетних коштів, що надходять:**
 - Відповідно до угод про надання медичної допомоги населенню, що укладені з (п. 3.1, 3.2 Методрекомендацій з перетворення ЗОЗ):
 - від відповідного розпорядника бюджетних коштів;
 - від органів місцевого самоврядування, якщо на їхній території відсутні медичні заклади-КНП;

- Отримання бюджетних коштів з відповідного бюджету шляхом використання програмно-цільового методу бюджетування в рамках відповідної бюджетної програми;

- Отримання фінансової підтримки з місцевого бюджету як додаткового ресурсу для отримувача бюджетних коштів.

2. Фінансування від юридичних та фізичних осіб, що надійшли відповідно до (п. 3.3 Методрекомедацій з перетворення ЗОЗ):

- Страхових компаній, які оплачують медичні послуги застрахованих пацієнтів.

- Роботодавців, що вносять плату за медичні послуги, надані їхнім працівникам.

- Благодійних організацій, які забезпечують надходження в грошовій та натуральній формі.

- Орендарів, які вносять орендну плату за користування майном, устаткуванням, інвентарем, транспортними засобами (п. 2.1 Методрекомедацій з перетворення ЗОЗ). Зазначено, що ця плата становить 100% від обсягу, на відміну від бюджетних установ, для яких цей показник становить 50% (згідно зі ст. 29 БК)» [21].

Вищезазначеними Методрекомедаціями із створення КНП не означено, що вони є бюджетним закладом, асигнування якого відбувається коштом місцевого бюджету або що він є розпорядником коштів бюджету відповідно до кошторису. Але фактично, він є адресатом бюджетних накладів. Їх медзаклад-КНП використовує для:

- Здійснення основної функції, таких як подання сервісів та виконання функцій, а не реалізацію бюджетних планів.

- Заробітної плати персоналу, рішення питань соціального спрямування та покращання умов роботи та життя співробітників.

Медзаклади, які набули статусу комунальними некомерційними підприємствами, стоять у Реєстрі неприбуткових організацій. Разом із цим вони

отримали обмеження, згідно у пункті 133.4 Податкового кодексу України, які мають враховуватись їхніми установчими документами.

Не можна поділяти прибутки або їх частку між засновниками, працівниками (за винятком оплати праці та внесків до соціального страхування), представниками органів управління та іншими суміжними членами (пункт 1.6 типового статуту, згідно з Методрекомендаціями з перетворення Закладів Охорони Здоров'я) [21]. Припинення функціонування КНП всі наявні активи переходять аналогічним підприємствам відповідного типу або зараховуються до доходів бюджету (пункт 11.2 статуту).

У випадку порушення медичним КНП, він стає платником податку на прибуток. Загальні правила дозволяють бути платником ПДВ. Медичний КНП не є платником єдиного податку, вони є платниками земельного податку, якщо їх не звільнила від нього місцева рада [21].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

Незважаючи на досить розвинуту мережу неприбуткових підприємств, що працюють у сфері медицини у зарубіжних країнах, наразі в Україні ані наука, ані практика не мають достатнього досвіду діяльності медичних закладів комунальних неприбуткових підприємств, тому українські органи та менеджери державного управління повинні створювати зовсім нову систему публічного адміністрування на теренах реформування системи охорони здоров'я. Але достатньо досліджений закордонний досвід, вже опрацьована в Україні нормативно-правова платформа, сучасний об'єм вже вивченого національного досвіду, освітня концепція підготовки різного рівня менеджерів реорганізованих у КНП медичних закладів, на нашу думку, дає можливість якісно провести трансформацію індустрії охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

В ході виконання визначених завдань дослідження було проведено комплексне вивчення зарубіжного досвіду управління системами охорони здоров'я. Оцінена можливість адаптації кращих світових практик в українській галузі охорони здоров'я.

1. Аналіз наукових робіт з зарубіжного досвіду організації та управління медичними системами показав:

- Добре висвітлені питання:
 - Моделі організації систем охорони здоров'я.
 - Фінансові засади медичних систем.
 - Особливості управління в країнах ЄС.
 - Діяльність міжнародних організацій в медичній галузі.
- Недостатньо висвітлені питання:
 - Реформування та трансформація вторинного рівня медичної допомоги (актуальне питання для України).
 - Кадрове забезпечення та керівництво медичними закладами на засадах менеджменту.
- Існує потреба в дослідженнях, які б фокусувалися на реформуванні та трансформації вторинного рівня медичної допомоги, а також на кадровому забезпеченні та менеджменті в медичних закладах.

2. Право на охорону здоров'я:

- Досліджено концептуальні положення щодо забезпечення права на охорону здоров'я в різних країнах світу та Україні.
 - В Україні система охорони здоров'я має риси моделі Беверіджа:
 - Спільна відповідальність держави та суспільства.
 - Солідарна система оплати медичної допомоги.
 - Виокремлення рівня ПМСД.

- При адаптації кращих світових практик важливо враховувати модель управління, адже методи, які притаманні певній системі, не завжди можна адаптувати в Україні.

- Україна дотримується основних зобов'язань в рамках міжнародної політики в галузі охорони здоров'я:

- Заборона регресу та погіршення стану галузі (навіть в умовах воєнного стану).

- Реімбурсація та референтне ціноутворення.

- Існують негативні тенденції, пов'язані з доступом до медичних послуг, наприклад, для сільського населення.

Модель Беверіджа в Україні:

- Характеризується спільними зусиллями держави та суспільства.

- Передбачає солідарну систему оплати меддопомоги.

- Виокремлює рівень первинної медико-санітарної допомоги.

Адаптація кращих світових практик:

- Потрібно враховувати модель управління.

- Не всі методи можна адаптувати в Україні.

Міжнародна політика:

- Україна дотримується основних зобов'язань.

- Заборонено регрес та погіршення стану галузі.

- Запроваджено реімбурсацію та референтне ціноутворення.

Негативні тенденції:

- Доступ до медичних послуг для сільського населення.

3. Лікарні перетворені на комунальні неприбуткові підприємства КНП самостійно управляють та розподіляють кошти. Медичні заклади конкурують за пацієнтів. Натомість деякі КНП потребують додаткового фінансування з місцевих бюджетів і далеко не всі КНП можуть гарантувати якість послуг.

Рішенням може стати інтеграція діяльності КНП сусідніх територіальних громад. Це надасть змогу оптимізувати використання ресурсів та покращення охорони здоров'я населення територіальних громад, ефективніше

використовувати ресурси, покращення якості послуг, доступність спеціалізованої допомоги та зниження навантаження на місцеві бюджети.

У перспективі - створення госпітальних округів, розвиток мережі центрів первинної допомоги, підвищення доступу до якісної медичної допомоги для населення. Важливим у реформуванні покращення здоров'я населення, збільшення тривалості життя, зниження рівня захворюваності, зменшення витрат на лікування. Слід зазначити, що реформування системи охорони здоров'я – це складний і тривалий процес, який потребує постійної уваги та підтримки з боку держави, громадськості та медичних працівників.

4. Коли йдеться про якість медичної допомоги, різниця між некомерційними та комерційними лікарнями загалом невелика, що можна пояснити їхньою формою власності. Дослідження вартості, якості та форми власності лікарень не знайшло статистично значущих відмінностей у виживаності або функціональному та когнітивному статусі пацієнтів між неприбутковими та комерційними лікарнями.

Інше дослідження виявило схожий результат: загалом, відмінності у якості між комерційними та неприбутковими лікарнями краще пояснюються іншими характеристиками, такими як географічний регіон, а не формою власності. Інші літературні джерела підтверджують цей висновок: Дослідження 2019 року, присвячене вивченню особливостей, пов'язаних зі зміною статусу з неприбуткового на прибутковий, не виявило суттєвої різниці в поліпшенні якості процесів або рівня смертності між лікарнями, які стали прибутковими, і тими, що залишилися неприбутковими. Це ж дослідження показало, що в регіонах із загальним гіршим станом здоров'я населення, наприклад, на Півдні, також частіше зустрічається більша частка прибуткових лікарень.

5. Обґрунтовано можливості удосконалення фінансування медичних послуг у країні на підставі закордонних практик. До основних напрямів оптимізації асигнування медичних закладів у сьогоденних умовах потрібно пов'язати наступні шляхи кластеризації й створення медичних кластерів, що повинно поліпшити доступність людей до медичної допомоги і послуг,

допомогти створенню інфраструктурного макету охорони здоров'я, та перетворити платформу заробітної платні праці медичних працівників, що дозволить підняти кваліфікацію кадрового штату медичних закладів, доцільно облічити набавки результатів інноваційної практики та вживання дослідницьких методів лікування, збагатити список оплачуваної медичної допомоги та послуг урядових та комунальних закладів охорони громадського здоров'я.

6. 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.

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

8. 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».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013_2016%D1%80/page (дата звернення 29.02.2024)
2. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2168-19> (дата звернення 22.02.2024).
3. Закон України від 15 грудня 2020 року № 1082-IX «Про Державний бюджет України на 2021 рік». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1082-20#Text> (дата звернення 20.02.2024).
4. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку // Підприємництво, господарство і право. – 2019. – № 2. – С. 110-114.
5. Національна служба здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua>. (дата звернення 20.02.2024).
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року 80 №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.03.2024)
7. Трансформація. Як працює система охорони здоров'я в США. Блог Уляни Супрун. URL: <https://suprun.doctor/transmacziya/yak-praczyuesistema-oxoroni-zdorovya-vssha.html?=&page=408> (дата звернення 04.03.2024).
8. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 1 липня 2022 року № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення 05.03.2024).

9. What is the difference between nonprofit and for-profit hospitals? URL: <https://www.definitivehc.com/blog/the-difference-between-non-profit-and-for-profit-hospitals> (дата звернення 22.02.2024).

10. Why Health Nonprofits Are an Important Part of Public Health. URL: <https://publichealth.tulane.edu/blog/health-nonprofits-public-health/> (дата звернення 20.02.2024).

11. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/9_2020/60.pdf (дата звернення 10.03.2024)

12. How many hospitals are there in Europe? URL: <https://www.reference.com/businessfinance/many-hospitalseurope-ebd8c28aa6dfd43d#>. (дата звернення 09.03.2024).

13. Hoo E. Medical Network and Payment Reform Strategies to Increase Health Care Value / E. Hoo, D. Lansky // American Health Policy Institute. 2016. – 17 p.

14. Are personal budgets really the best way to personalise health care? URL: <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2011/11/are-personal-budgets-really-bestway-personalise-health-care>. URL (дата звернення 20.02.2024).

15. Hennamari M. DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden?/ M. Hennamari, K. Ilmo, H. Unto // Health Policy. – 2001. – № 59. – P. 37-51.

16. Canoy Marcel. Hospital mergers and the public interest: recent developments in The Netherlands / Marcel Canoy, Wolf Sauter // Tilburg University. – 2009. – 12 p.

17. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. Островок здоровья URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_A.html.

18. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я // Часопис Київського університету права. – 2018/9. – № 2. – С. 168-173.

19. Руських К. Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України: проект «Популярна економіка: моніторинг реформ (№ 8) 12.12.2012 року: Місячний звіт. URL: https://eba.com.ua/static/members_reviews/Case_Study_1_2013_ukr.pdf. URL (дата звернення 10.02.2024)

20. Реформа больниц в новой Европе / Martin McKee and Judith Healy [eds.]. – Open University Press, 2020, World Health Organization, 2002. – 295 p.

21.Що змінилося в організації діяльності перетворених медзакладів-КНП. URL: <https://faktoria.kiev.ua/uk/sho-zminilosya-v-organizaciyi-diyalnosti-peretvorenih-medzakladiv-knp/>(дата звернення 20.02.2024).

25. Ayaad O, Alloubani A, Abu ALhajaa E, Farhan M, Abuseif S,AlHroubA,Akhu-ZaheyaL, The Role of Electronic Medical Recordsin Impro ving the Quality of Health Care Serv ices: Comparative Study, Interna tional Journal of Medical Informatics. 2019. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.014>

26. Garrison H. G, Foltin G. L, Becker L. R, Chew J. L, Johnson M, Madsen G. M, Miller D. R, Ozmar B. H. The role of emergency medical services in primary injury prevention:consensus workshop, Arlington, Annals of emergency medicine. 1997. Vol. 30(1). P. 84–91.

27. Mohannad Abu Daqar and Milan Constantinovits The role of total qualitymanagement in enhancing the quality of private healthcare services.

28. Problems and Perspectives in Management. 2020. Vol. 18(2). P. 64-78. doi:10.21511/ppm.18(2).2020.07

29. Roman Sonkin, M. D., Evan Avraham Alpert, M. D., David Katz, M. D., Eli Jaffe. Maxim izing the Role of Emergency Medical Se rvices in COVID-19 Response. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. Vol. 36 (90). P. 22–45. 2023. DOI: 10.1017/dmp.202

30. Alan S. Kliger The Role of Medical Directors in Dialysis Facilities. Medical Director: Role In Quality. 2007. Vol. 4. P. 260–267.

31. Vijn, T et al. Improving the quality of care and medical education by involving medical students in providing patient education: a scoping review.

International Journal of Integrated Care, 2017 17(5). A281, pp. 1-8, DOI: dx.doi.org/10.5334/ijic.3594

32. Vitkova Tsv. Medical evaluation of hazard analysis and critical control point systems effectiveness in the production of high-risk foods. Журн. клініч. та експерим. мед. дослідж. 2018. №6(1). С. 33–42.

33. Panchenko O. Medical insurance in the financial provision of public medical service. Проблеми і перспективи економіки та упр. 2018. № 2. С. 15–27.

34. Perkhulyn O. M. Medical aspects of the pregnant women with cervical insufficiency and infertility in anamnesis. Здоров'я жінки. 2020. № 3. С. 17–25.

35. Abysova M. Medicalization of public life in a pandemic situation. Вісн. Нац. авіац. ун-ту. 2020. № 2. С. 22–29.

36. Hrin O. Medical law basics : book of diagrams : learning guide for foreign students of med. univ. Uzhgorod: PE Sabov A. M., 2022/

37. Цивільний кодекс України 16 січня 2003 року № 435-IV. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення 19.02.2024).

38. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/anot/2801-12> (дата звернення 19.02.2024).

39. Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>, (дата звернення 19.02.2024).

40. Закон України "Про захист персональних даних" від 1 червня 2010 року № 2297-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>. (дата звернення 19.02.2024).

41. Закон України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я" від 6 квітня 2017 року, № 2002 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення 19.02.2024).

42. Закон “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров’я” від 20 грудня 2019 року, № 421, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text> (дата звернення 19.02.2024).

43. Наказ Мінфіну Про затвердження національних положень (стандартів) бухгалтерського обліку в державному секторі, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 01 листопада 2010 р. за № 1017/18312 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1017-10#Text> (дата звернення 10.03 2024).