

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя

Факультете економіки та менеджменту

(повна назва факультету)

Кафедра менеджменту та адміністрування

(повна назва кафедри)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

магістр

(назва освітнього ступеня)

на

тему: Дослідження системи управління фінансовими ресурсами в
закладах охорони здоров'я на прикладі Відділу охорони здоров'я
та медичного забезпечення Тернопільської міської ради

Виконав(ла): студент(ка) II курсу, групи БАд

спеціальності 281 Публічне управління та

адміністрування

(шифр і назва спеціальності)

(підпис)

Косовський В.В.

(прізвище та ініціали)

Керівник

(підпис)

Кирич Н.Б.

(прізвище та ініціали)

Нормоконтроль

(підпис)

Галушак М.П.

(прізвище та ініціали)

Рецензент

(підпис)

Стойко І.І.

(прізвище та ініціали)

Тернопіль
2020

АНОТАЦІЯ

Тема дипломної магістерської роботи «Дослідження системи управління економіко-фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я на прикладі Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради».

Дипломна магістерська робота складається із: 95 сторінок, 13 рисунків, 8 таблиць, 25 літературних джерел.

Об'єкт дослідження - є процес управління фінансовими ресурсами Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Метою роботи є дослідження стану управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я та дослідження перспектив його розвитку на регіональному та місцевому рівні на прикладі Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Методи дослідження - теоретичну і методологічну основу дослідження становлять загальні положення економічної теорії, наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань державного управління охороною здоров'я.

Ключові слова: реформа, охорона здоров'я, структура, аналіз діяльності, фінансування, органи управління, некомерційне підприємство.

SUMMARY

Theme"Research of the management system of economic and financial resources in health care institutions on the example of the Department of Health and Medical Care of Ternopil City Council."

Master Degree thesis contains of 95 pages, 13 pictures, 8 tables, 25 literaturesources.

The Object of Investigation is the process of managing the financial resources of the Department of Health and Medical Support of Ternopil City Council.

The Aim of the Work is a study of the state of management of financial resources of the health care system and a study of prospects for its development at the regional and local levels on the example of the Department of Health and Medical Care of Ternopil City Council.

The Methods of Investigation The theoretical and methodological basis of the study are the general provisions of economic theory, scientific works of domestic and foreign scientists on public health management.

Keywords: reform, structure, activity analysis, health care, financing, management, nonprofit enterprise.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ОСНОВНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІКО-ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Система охорони здоров'я в умовах соціально-економічних перетворень	9
1.2. Теоретичні аспекти фінансування охорони здоров'я	18
1.3. Фінансовий менеджмент як система управління фінансами установ охорони здоров'я	22
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	29
2.1. Аналізування передумов реформи фінансування системи охорони здоров'я	29
2.2. Дослідження етапів реформи фінансування і трансформації системи охорони здоров'я в Україні	42
2.3. Аналіз основних показників діяльності Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради	52
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	71
3.1. Реформування фінансування на прикладі КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»	71
3.2. Алгоритм змін в управлінні фінансовими ресурсами охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях	74
3.3 Удосконалення основних механізмів реформування охорои здоров'я та пропозиції щодо розвитку медичної галузі	83
РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ	90

СИТУАЦІЯХ	
4.1. Охорона праці	90
4.2 Організація фінансування та матеріального забезпечення заходів захисту населення і територій від НС мирного та воєнного часу	92
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	95
БІБЛІОГРАФІЯ	98

ВСТУП

Актуальність теми зумовлена тим, що важливим чинником забезпечення населення доступними та високоякісними медичними послугами, а також з метою належного функціонування закладів охорони здоров'я є необхідний для надання таких послуг обсяг фінансових ресурсів. Однак, незважаючи на зростання обсягів фінансування охорони здоров'я, ситуація в галузі суттєво не покращується, а законодавчо задекларована безоплатна медична допомога замінюється платною.

Внаслідок цього є обмеження доступу населення до отримання медичних послуг, неповна реалізація їхнього права на охорону здоров'я. Таким чином, необхідність реформування управлінських та економічних засад вітчизняної системи охорони здоров'я і зміни її відповідно до сучасних запитів суспільства не викликає сумнівів.

Разом з тим, основні концептуальні підходи до удосконалення функціонування медичного сектору є і надалі дискусійними, а намічені стратегічні плани – залишаються нереалізованими.

Ми вважаємо, що в основу соціальних і економічних реформ повинно бути покладене розуміння того, що охорона здоров'я – це не просто складова соціальної сфери, яка потребує бюджетного фінансування, а пріоритетна і перспективна та соціально-інвестиційна сфера, від якої залежить розвиток нашої держави.

Як засвідчив проведений нами аналіз, однією із важливих умов розвитку системи охорони здоров'я є вирішення проблем, які пов'язані із ефективним управлінням галузі, у тому числі і розробка та обґрунтування наукових підходів до розвитку механізмів державного управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я.

Виходячи з викладеного вище, маємо всі підстави стверджувати про актуальність і своєчасність дослідження основних засад управління

фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я на прикладі Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Метою дипломної магістерської роботи є дослідження стану управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я та дослідження перспектив його розвитку на регіональному та місцевому рівні на прикладі відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Для досягнення поставленої мети в дипломній магістерській роботі визначено ряд взаємозв'язаних завдань, основні з яких є:

- дослідити стан системи охорони здоров'я в умовах соціально-економічних перетворень;
- вивчити теоретичні аспекти фінансування охорони здоров'я;
- проаналізувати управління фінансами установ охорони здоров'я;
- вивчити передумови реформи фінансування охорони здоров'я;
- дослідити етапи реформи фінансування і трансформації системи охорони здоров'я в Україні;
- дослідити основні показники діяльності Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради;
- розробити алгоритм змін в управлінні фінансовими ресурсами охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях.

Об'єктом дослідження є процес управління фінансовими ресурсами Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методичних, методологічних і прикладних положень, щодо системи управління фінансовими ресурсами.

Методи дослідження. Теоретичну і методологічну основу дослідження становлять загальні положення економічної теорії, наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань державного управління охороною здоров'я.

Накопичення проблем, пов'язаних з удосконаленням управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я, зумовило серйозне

зацікавлення науковців. Наукові дослідження вчених-економістів стосуються фінансування сфери, розвитку первинної медичної допомоги, якості надання медичних послуг, місця громадськості в управлінні охороною здоров'я.

Для досягнення поставленої мети були використані наступні методи: бібліосемантичний, системного аналізу, описового моделювання.

Джерела дослідження.

Інформаційною базою дослідження служили матеріали праць українських та зарубіжних науковців, інформація державних органів статистики, законодавчі та нормативні документи з питань реформування охорони здоров'я, аналітичні публікації в науковій і спеціалізованій літературі, а також матеріали досліджень основних показників діяльності Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Наукова новизна отриманих результатів. Наукова новизна дипломної магістерської роботи полягає у дослідженні теоретичних і методичних засад, розробленні практичних рекомендацій та пропозицій в реформуванні охорони здоров'я, спрямованих на покращення надання якісних медичних послуг населенню.

Практичне значення отриманих результатів полягає в удосконаленні управління фінансовими ресурсами охорони здоров'я на прикладі Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради. Розроблені пропозиції впроваджені в практику лікувальних закладів міста.

РОЗДІЛ 1

ОСНОВНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІКО-ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Система охорони здоров'я в умовах соціально-економічних перетворень

Здоров'я людини, як відомо, у світі визнається настільки значущим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального показника, з одного боку, рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни, а з другого – чутливого індикатора ефективності державного управління.

Розвиток галузі охорони здоров'я, фінансовий менеджмент та адміністрування медичних установ, витрати держави на надання медичних послуг населенню мають вагомое соціально-економічне значення. Обереігаючи та відновлюючи здоров'я громадян – головної складової частини виробничих сил суспільства, вони тим самим покликані сприяти зниженню рівня захворюваності, збільшенню тривалості життя та працездатного віку громадян, підвищенню працездатності та продуктивності праці [1].

Зазначене, в свою чергу, має сприяти зростанню національного багатства держави, розбудові та зміцненню соціально орієнтованої демократичної держави з економікою ринкового типу.

Однак стан вітчизняної системи охорони здоров'я не відповідає вимогам сьогодення, характеризується незадовільною матеріально-технічною базою, зростанням масштабів «тіньового» сектору, дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичної допомоги, що перешкоджає сповна забезпечити процес реалізації конституційних прав громадян України щодо медичного обслуговування. У сфері охорони здоров'я досі залишається невирішеною проблема незбалансованості конституційних зобов'язань і фінансових можливостей держави у забезпеченні медичних послуг населенню.

Система охорони здоров'я України, перебуваючи в ринковому середовищі, залишається неадаптованою до сучасних суспільних потреб та вимог, непристосованою до умов ринкового господарювання, системою, що знаходиться в кризовому стані та потребує негайного реформування.

Для оцінки всіх результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні необхідно достатньо часу. Однак, як свідчить проведений нами аналіз, реформа галузі охорони здоров'я поки що дала мало позитивних результатів, що можна пояснити наступним:

- реформування охорони здоров'я відбувається в умовах загальноекономічної кризи та пандемії коронавірусу;

- на результатах діяльності системи охорони здоров'я негативно позначився і взятий на початку реформ курс на скорочення кількості лікувально-профілактичних закладів, що призвело до скорочення кількості медичного персоналу;

- останніми роками знизився інтерес керівництва галузі до наукових напрацювань, що в свою чергу навіть стало причиною поширення думки про те, що з переходом до ринкових відносин зменшується роль науки в державному управлінні охороною здоров'я.

Такий орієнтир реформ потребує переформатування політики, стратегії і менеджменту в системі охорони здоров'я.

Високий рівень нестабільності та невизначеності, що притаманні економіці України, внаслідок глобальної економічної стагнації та пандемії коронавірусу, обумовлюють специфічні ризики та виклики для соціальної сфери. Саме тому, як вказує Президент України, наша держава потребує «... докорінних перетворень. Їхньою метою є утвердження сучасної України як країни високих економічних, політичних і соціальних стандартів [1]».

Таким чином, потреба адаптації до коливань економічної динаміки в країні, непередбачуваності фінансових ризиків вимагає активних зусиль уряду щодо реформування соціально-економічної сфери України, ключовим завданням якого є збереження стабільності соціальної сфери, що буде сприяти

зниженню економічних витрат на відновлення трудового потенціалу, в тому числі від втрати працездатності.

В Україні збереглася система медико-санітарної допомоги, що існувала ще за радянських часів, яка все ще не є повністю оптимізованою відповідно до кількості населення та його попиту на медичні послуги. Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

В Україні існує триланкова система медико-санітарної допомоги. Основою національної системи охорони здоров'я є первинна лікувально-профілактична допомога, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики. За даними ВООЗ, розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я [4]. У більшості розвинених країн світу первинна медико-санітарна допомога забезпечує до 90% загального обсягу медичної допомоги, де загальна кількість сімейних лікарів складає 30-50% від кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я.

Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я у містах здійснюють управління (відділи) охорони здоров'я виконавчих комітетів міських Рад; у селах (селищах) та районних центрах – головний лікар району.

В Україні первинна медико-санітарна допомога надається в медичних пунктах, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги і представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Фінансове забезпечення первинної допомоги становить менше ніж 15% коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні

починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах та до 50% пацієнтів у сільській місцевості [2].

Нераціональна організація та недостатнє фінансування первинної допомоги призвели до втрати комплексності, послідовності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи і, як наслідок, спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

Управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я показано на рисунку 1.1.

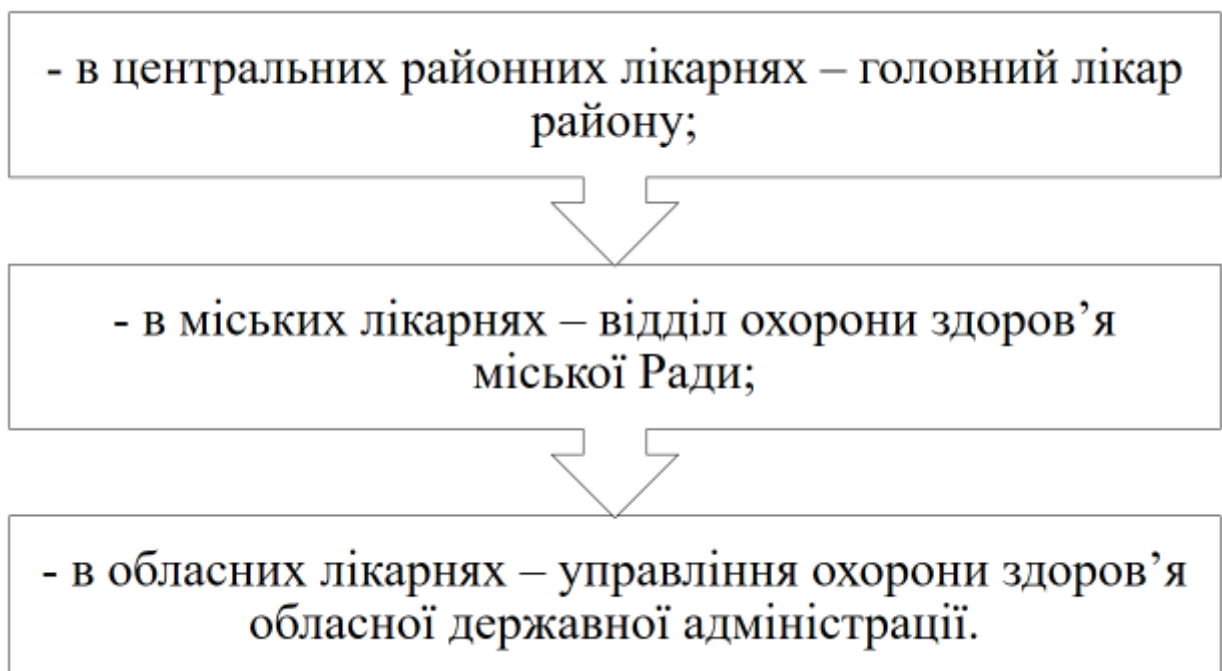


Рисунок 1.1 - Управління закладами вторинної ланки СОЗ

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МОЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів.

Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють: міськими лікарнями – відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; обласними лікарнями – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації; центральними спеціалізованими лікарнями, клініками, медичними університетами, академіями та інститутами удосконалення лікарів – Міністерство охорони здоров'я України.

Тобто, в Україні збереглася система охорони здоров'я, яка була створена ще за радянських часів, існування якої за ринкових умов є проблематичним, оскільки вона потребує великих асигнувань. І на сьогодні є необхідним проведення певних управлінських та організаційних заходів спрямованих на її реформування.

Розвиток та реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я продовжує бути пріоритетним питанням сучасної державної політики. Існуючі проблеми системи охорони здоров'я є непростими для вирішення, мають багатоаспектний комплексний характер, що обумовлює необхідність оновлення політики охорони здоров'я, розробки і реалізації нових стратегій та програм.

В даний час спостерігається розбалансованість фінансово-економічних, організаційних, нормативно-правових та профілактичних механізмів функціонування системи, а саме:

I. Фінансово-економічна розбалансованість.

1. Брак ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я. Зокрема, низька частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України, яка за останні п'ять років коливається у межах 3%. Необхідно наголосити, що даний показник має досить відносний характер, оскільки стосується суто державних видатків. Адже, як свідчать дані національних розрахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5-6,5% ВВП (як і у деяких країнах Східної та Центральної Європи). Характерною особливістю України при цьому є співвідношення перевищення недержавних джерел фінансування над державними.

2. Основні недоліки механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я.

1. Відсутність єдиної технології розрахунку собівартості медичної послуги в державних та комунальних медичних закладах різного рівня у поєднанні з законодавчою неможливістю (ст. 49 Конституції України) розробки стандартів мінімального, гарантованого державою обсягу медичної допомоги, ускладнює процес планування економічно обґрунтованого розміру бюджетного фінансування державних медичних закладів, а також ускладнює процес державного контролю за використанням матеріальних, трудових та грошових ресурсів.

Незважаючи на збільшення в останні роки бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, його розмір на одного жителя залишається дуже низьким, що зумовлює зростання частки особистих витрат населення і заміщення безоплатної медичної допомоги платною.

2. Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та недостатнє державне забезпечення ліками.

Наслідком вищезазначеного є те, що частина населення України не в змозі придбати необхідні ліки з причини їх високої вартості.

Навіть в умовах стаціонарного лікування переважну частку (понад 80%) вартості ліків сплачують пацієнти, тоді як третина загальних витрат системи охорони здоров'я спрямовується саме на медикаментозне забезпечення.

Необхідність придбання населенням ліків за власні кошти обумовила появу агресивної реклами, яка у поєднанні з недосконалістю механізмів регулювання та контролю відпуску лікарських засобів (рецептурна форма) сприяє самолікуванню, необґрунтованому й неконтрольованому використанню лікарських засобів: за даними статистики, першість по захворюваності в Україні належить хворобам серцево-судинної системи, а за обсягом реалізації лікарських засобів на першому місці знаходяться найбільш розрекламовані препарати, що використовуються при патології шлунково-кишкового тракту.

Недосконалість існуючої системи закупівлі лікарських та діагностичних засобів призводить до того, що досить часто тендерна закупівля відбувається за завищеними цінами та із запізненнями.

Подібна ситуація складається із препаратами для лікування хворих на гемофілію, ВІЛ/СНІД.

3. Недоліки соціально-економічного забезпечення медичних працівників в Україні:

При збільшенні питомої ваги видатків на оплату праці медичних працівників у загальних видатках, зростання середньої заробітної плати в охороні здоров'я залишається вкрай низьким.

Низька оплата праці медичних працівників, відповідно, негативно впливає й на їхній соціальний захист (пенсійне забезпечення, соціальний захист на випадок профзахворювань тощо).

Компенсація за рахунок платежів населення низької заробітної плати медичних працівників створює високий рівень корупції та неформальних платежів в охороні здоров'я. За даними соціологічного дослідження, кожна п'ятнадцята гривня (у січні-вересні 2018 року - кожна чотирнадцята) з коштів,

витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, була направлена на оплату послуг, отриманих в системі охорони здоров'я.

II. Організаційно-управлінські механізми.

1. Недосконалість структурно-організаційної системи охорони здоров'я. В Україні, окрім системи охорони здоров'я, що знаходиться у віданні МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб в міністерствах і відомствах, на фінансування яких витрачається 42,3% видатків на охорону здоров'я з державного бюджету.

2. Нераціональне використання наявних ресурсів, дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги проявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території. Пацієнти, як правило, самостійно звертаються безпосередньо до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань в медичній галузі, а з іншого - надмірний, в переважній більшості не обґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу та госпіталізацію. Так, за даними фахівців, від 30 до 50% пацієнтів в Україні госпіталізується необґрунтовано.

Відсутність системи чіткого розподілу первинної і вторинної ланок медичної допомоги призводить до розпорошення ресурсів та низької якості медичних послуг. Частка малопотужних лікарень місткістю до 50 ліжок у загальній чисельності всіх лікарень становить 12%. Загальна забезпеченість ліжками на 10 тис.населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 9,73 за даними Держкомстату, що у 1,7 разів перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 рази – в Європейському регіоні, в той час як лише 27% фахівців - фахівці первинної ланки [3].

3. Низька доступність якісних послуг з охорони здоров'я, зокрема - диспропорція в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення України. Необхідно відзначити, що оптимізація закладів охорони здоров'я лише поглибили дану проблему - якщо раніше в сільській

місцевості діяли ФАПи, то на сьогодні більшість з них ліквідовано, а географічна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з відсутністю доріг і транспортного зв'язку взагалі залишає певну частину населення України без необхідної медичної допомоги.

III. Нормативно-правові механізми.

В Україні окремі нормативно-правові механізми досі не переглянуті ще з радянських часів і тому продовжують діяти, хоча суттєво змінились і політичні, і соціально-економічні умови функціонування системи охорони здоров'я. Це призвело до суперечностей в нормативно-правовій базі, яка регламентує діяльність системи охорони здоров'я, декларативності й неузгодженості цих норм між собою та іншими правовими актами, що ускладнює їх виконання. Відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні.

Необхідно зазначити, що аналіз поточних заходів уряду України, МОЗ України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчать про здійснення низки позитивних змін.

Разом з тим, основною проблемою в Україні є неналежне виконання законодавства органами виконавчої влади та іншими суб'єктами правовідносин.

IV. Проблеми громадської охорони здоров'я.

Недосконалість вітчизняної сфери охорони здоров'я особливо гостро відобразились в охороні громадського здоров'я, а саме, відсутність пріоритетності програм, направлених на забезпечення ефективних механізмів реалізації політики громадської охорони здоров'я; кадрового забезпечення громадської складової.

До цього необхідно додати: відсутність системного підходу щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я; відсутність постійно діючої системи порівняльного аналізу стану та перспектив розвитку охорони здоров'я, що ускладнює прийняття обґрунтованих і своєчасних рішень у цій сфері.

Таким чином, українська система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю, деформованістю структури медичних послуг, що потребує радикального перегляду та реформування державної політики у сфері охорони здоров'я, особливо у таких питаннях, як її фінансування, раціональне використання інфраструктури, переорієнтація охорони здоров'я на профілактичний напрям, тощо.

1.2 Теоретичні аспекти фінансування охорони здоров'я

Теоретичні і практичні аспекти фінансування та фінансового забезпечення охорони здоров'я, суперечності функціонування галузі, практика адаптації вітчизняної системи охорони здоров'я до міжнародних стандартів висвітлені у наукових працях вітчизняних учених Вороненка Ю., Галайди В., Голяченко А., Дем'янишина В., Карпишин Н., Кондратюка С., Карамішева Д., Крамаренко В., Лехан В., Лободіної З., Полозенка Д., Пасічника Ю., Радиш Я., Радь І., Рудня В., Рудого В., Тулай О., Чухна А., Шутова М., Юрія С. та інших [5].

Вітчизняна система охорони здоров'я є наступницею радянської, підвалини якої були закладені наркомом охорони здоров'я РСФСР Семашко М. з врахуванням принципів: загальнодоступності; безкоштовного медичного обслуговування; єдності пропаганди здорового способу життя; лікування і реабілітації; взаємодії медичної науки і практики. Основні риси системи охорони здоров'я за Семашко М. [6] наведено на рисунку 1.2.

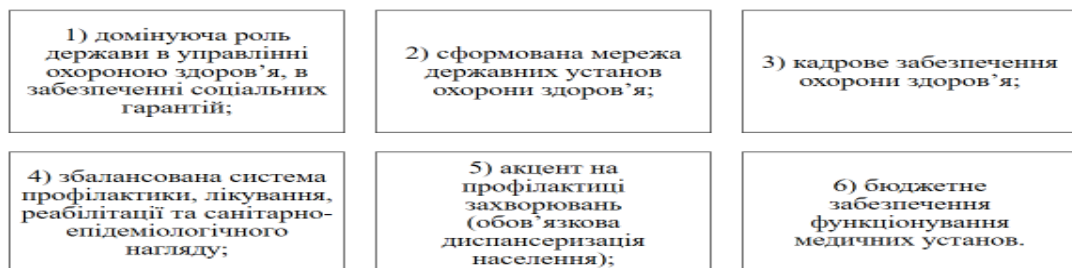


Рисунок 1.2 - Основні риси системи охорони здоров'я за М.Семашко

Для вітчизняної системи характерні фінансова та ресурсна розпорошеність, деформованість структури медичних послуг, що в умовах фінансово-економічної кризи загострює проблеми медичного обслуговування населення, об'єктивно вимагає реформування для задоволення попиту на медичні послуги, з одного боку, та стримування зростання витрат на охорону здоров'я, з іншого.

Розширилися повноваження органів представницької та державної виконавчої влади в управлінні охороною здоров'я. Однак при передачі значної частини лікувальних установ з державної в комунальну власність не відбулося адекватного розмежування повноважень між центральними та територіальними гілками влади, відсутня чіткість у розподілі повноважень місцевої виконавчої влади та органів місцевого самоврядування.

В системі охорони здоров'я, незважаючи на ринкові перетворення у реальному і фінансовому секторах, продовжують використовуватися методи адміністрування, що виключають гнучкість і маневреність у прийнятті управлінських рішень на локальному та мікрорівнях.

В управлінні системою охорони здоров'я в Україні необхідно розрізняти адміністрування охорони здоров'я, фінансове адміністрування охорони здоров'я та фінансове адміністрування і менеджмент медичних установ (до проведення реформи в системі охорони здоров'я переважає на мікрорівні фінансове адміністрування).

З переходом нашої держави від командно-адміністративної до системи ринкового господарювання змінюються й основні принципи управління фінансами. Поряд зі значним адміністративним впливом розширюється правова і господарська самостійність суб'єктів господарювання охорони здоров'я, посилюється конкуренція у процесі розподілу фінансових ресурсів.

Відповідно зростає роль фінансового менеджменту як комплексу взаємопов'язаних прийомів та методів розробки, прийняття та реалізації управлінських фінансових рішень з питань діяльності суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я.

Здійснення ринкових трансформацій в системі охорони здоров'я означатиме перехід на рівні установ охорони здоров'я до управлінських технологій фінансового менеджменту, що вимагатиме застосування нових прийомів і методів.

В ході дослідження ми виявили протиріччя та відмінності у трактуванні понять «управління фінансами» і «фінансовий менеджмент». Окремі автори намагаються довести відмінність між цими термінами.

Так, Уліна С.Л. вважає, що фінансовий менеджмент як термін американського походження можна застосовувати лише тоді, коли йдеться про бізнес, тобто про управління фінансово-економічними процесами комерційної організації [6]. Ми погоджуємося з тими науковцями, котрі не вважають за доцільне обмежувати сферу його застосування тільки рівнем підприємницьких структур.

Большаков С.В. перекладає фінансовий менеджмент як «фінансове управління» і вказує на певні відмінності між поняттями «фінансове управління» та «управління фінансами» [6]. Зокрема, на думку автора, фінансове управління передбачає використання форм фінансових відносин і методів впливу на об'єкт фінансового управління, тобто фінансовий менеджмент обмежується оперативним управлінням фінансами. Управління фінансами він трактує як широке поняття, яке охоплює, крім фінансового управління, бухгалтерський облік та звітність, маркетингові дослідження, програмно-технічне забезпечення.

Крайник О.П. та інші дотримуються думки, що основні завдання фінансового менеджменту підприємницьких структур вирішуються за допомогою раціонального управління потоками їхніх фінансових ресурсів і розглядають «власне фінансовий менеджмент, як управління джерелами фінансування», що ще більше звужує сферу застосування фінансового менеджменту [6].

Відмінності між поняттями «управління фінансами» та «фінансовий менеджмент» зумовлені різним науковим підходом.

Під час дослідження ми переконалися, що зміна використовуваних для процесу управління державними фінансами термінів пов'язане зі зміною сучасної економіко-соціальної ролі держави.

Якщо в плановій економіці фінансові ресурси охорони здоров'я розглядалися як частина фінансових ресурсів держави, відповідно управління фінансами охорони здоров'я пов'язувалося з управлінням фінансами держави, то з переходом до ринкових відносин розширюється перелік видів і джерел формування фінансових ресурсів охорони здоров'я, змінюються методи управління цими ресурсами як на рівні державних та місцевих органів управління, так і на рівні окремої медичної установи.

Отже, фінансовий менеджмент в охороні здоров'я охоплює «систему принципів, методів, форм, прийомів управління ринковими механізмами в сфері фінансів з метою підвищення ефективності діяльності і конкурентоспроможності лікувальних установ» [7].

Основна відмінність полягає у тому, що метою фінансового менеджменту установ охорони здоров'я як некомерційних організацій є надання якісних і ефективних медичних послуг, забезпечення життєдіяльності установи, забезпечення збалансованості та синхронізації грошових потоків.

Якщо метою фінансового менеджменту підприємств є отримання прибутку, забезпечення рентабельності діяльності, максимізація доходів власників та акціонерів, то установи охорони здоров'я, як некомерційні організації, хоча можуть отримувати прибуток від ведення господарської діяльності, але він має спрямовуватися на розвиток установи, підвищення її привабливості для споживачів медичних послуг. Фінансова результативність охорони здоров'я вимірюється не стільки кількістю витрачених нею коштів, скільки отриманим ефектом.

Напрями управління фінансами наведено на рисунку 1.3.

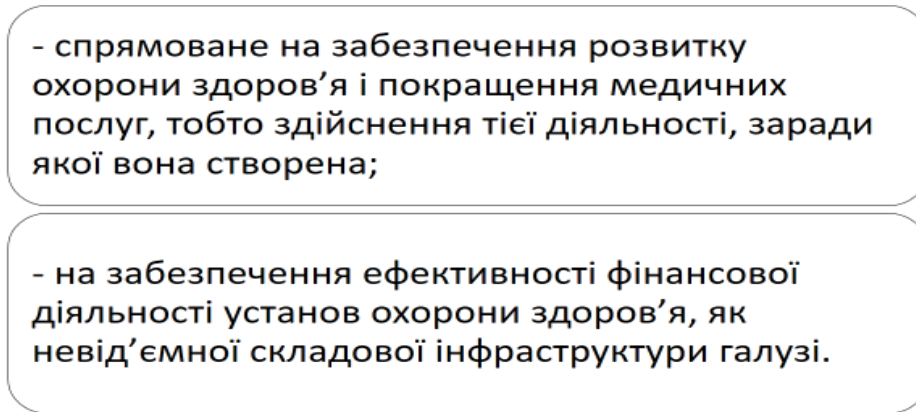


Рисунок 1.3 - Напрями управління фінансами системи охорони здоров'я

В умовах реформування охорони здоров'я та змін форм фінансових відносин змінюється підхід до фінансового менеджменту установ, який передбачає підвищення фінансової самостійності і зміну акцентів контролю – з розподілу видатків на оцінку результатів діяльності, тобто визначення обсягів і якості медичних послуг.

1.3 Фінансовий менеджмент як система управління фінансами установ охорони здоров'я

Метою управління фінансами на рівні держави є фінансування розвитку соціальної сфери, забезпечення потреб суспільства, а на рівні некомерційної організації – самофінансування власного розвитку.

«Управління фінансами» використовується як більш широке поняття, воно може означати і фінансове адміністрування, коли мова йде про управління діяльністю державних установ і організацій, і фінансовий менеджмент, коли мова йде про управління фінансами суб'єктів господарювання [1].

Основними відмінностями згаданих понять є особливості складу об'єктів і суб'єктів управління, принципів, функцій та системи управлінських технологій.

Так, методи фінансового адміністрування визначаються комплексом адміністративних принципів, методів і форм організації управління всіма аспектами їх фінансової діяльності та базуються на наказах, розпорядженнях,

ієрархії, відповідній культурі управління, авторитеті влади, принципі обов'язкового і точного виконання вказівок підлеглими і виконавцями.

Безпосередніми учасниками фінансового управління, які організовують фінансову діяльність, виконують спеціалізовані функції управління в одній зі сфер фінансової діяльності медичних установ та організацій, є фінансові менеджери й інші особи, які уповноважені брати участь у процесі управління формуванням і використанням фінансових ресурсів та контролю за цим процесом (наприклад, фінансовий директор, функціональні фінансові менеджери: менеджер з управління інвестиціями; управління фінансовими ризиками; з антикризового фінансового управління та інші).

Управління фінансами має бути, з одного боку, спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності об'єкта охорони здоров'я як невід'ємного елемента ринкової інфраструктури, що повинно проявлятися у покращенні конкурентної позиції установи на ринку медичних послуг, з іншого – на забезпечення фінансової стабільності як установи, так і галузі в цілому, що дасть змогу надавати медичні послуги, тобто здійснювати діяльність, заради якої вона створена, а також забезпечувати можливості розвитку охорони здоров'я [1].

Об'єктом управління фінансами охорони здоров'я є фінансові ресурси галузі та фінансові відносини, які виникають у процесі їх формування, розподілу і використання, а предметом управління є частина ВВП – джерело формування фінансових ресурсів галузі. Саме в пошуку додаткових джерел фінансування, контролі за джерелами їх формування та напрямками використання, тобто у використанні управлінських технологій фінансового адміністрування, полягає управління фінансами галузі на сучасному етапі її функціонування.

Об'єктами фінансового менеджменту медичних установ є грошові та фінансові потоки, капітал, активи, інвестиції, ризики та загрози, фінансовий стан. Суб'єкт управління фінансами складається з сукупності ланок, які формують систему.

Суб'єктами управління фінансами є наступні учасники системи охорони здоров'я, які впливають на формування та використання її фінансових ресурсів, організацію фінансової діяльності:

- держава, як суб'єкт владного регулювання фінансових відносин у сфері охорони здоров'я;
- виробники медичних послуг – медичні установи й організації різних форм власності і приватно практикуючі лікарі;
- споживачі медичних послуг, до яких у країнах з державною системою соціально орієнтованого страхування охорони здоров'я належить усе населення країни;
- замовники медичних послуг та платники за медичну допомогу (покупці послуг охорони здоров'я).

Сюди можуть входити страховики (страхові компанії, страхові фонди, лікарняні каси і інше) у страхових моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я або державні органи управління в системах бюджетного фінансування.

Управління системою охорони здоров'я здійснюється на різних рівнях: державному (рівень законодавчої та виконавчої гілок влади), регіональному, місцевому, галузевому, відомчому та мікрорівні (медичні установи, страхові компанії, громадянські організації, фонди медичного страхування).

Для кожної складової управління як системою охорони здоров'я, так і фінансами галузі, що здійснюється на різних рівнях, характерною є діяльність з розробки, прийняття та виконання управлінських рішень.

Це потребує використання управлінських технологій (методів, форм, засобів розробки та прийняття рішень).

Такими управлінськими технологіями є:

I. Управлінські технології адміністрування охорони здоров'я, до яких відносимо наступні:

- розробка державної, регіональної та муніципальної політики охорони здоров'я;

- вибір на державному рівні моделі охорони здоров'я та його законодавчо-нормативне, кадрове, організаційне, фінансове, інформаційне забезпечення;
- розробка державної політики реформування системи охорони здоров'я;
- розробка державної політики оплати праці медичних працівників;
- розробка державної політики підготовки медичних працівників, їх атестації, підвищення кваліфікації, ліцензування;
- стандартизація медичних послуг;
- оптимізація мережі установ охорони здоров'я, в тому числі державних медичних установ;
- нормативно-правове врегулювання ресурсного забезпечення установ охорони здоров'я;
- нормативно-правове врегулювання фінансового забезпечення установ охорони здоров'я;
- законодавчо-нормативне врегулювання мережі державних лікувальних установ;
- аналіз, оцінка ефектів та ефективність фінансового забезпечення охорони здоров'я та в розрізі установ охорони здоров'я різних форм власності.

II. Управлінські технології фінансового адміністрування установ охорони здоров'я:

- кошторисне планування;
- кошторисне фінансування;
- внутрішній аудит.

На рівні установ охорони здоров'я загалом, в тому числі державних лікувальних установ, відсутня самостійність у розробці та прийнятті управлінських фінансових рішень. Рівень та обсяг фінансового забезпечення установ охорони здоров'я визначається залежно від кількісних показників (кількості штатних посад, кількості ліжко-днів), що орієнтує адміністрацію закладів на зростання цих кількісних показників, а не на підвищення якості медичного обслуговування, якості медичних послуг.

На рівні установ охорони здоров'я необхідно передбачити перехід до управлінських технологій фінансового менеджменту, до яких відносимо, зокрема:

- розробку загальної та фінансової стратегії і політики установи;
- бюджетування, стратегічне, поточне й оперативне фінансове планування;
- оперативне управління;
- контролінг, моніторинг і аналіз, контроль, аудит;
- оцінку ефективності фінансового менеджменту;
- персональну відповідальність.

Фінансова стратегія установи охорони здоров'я – це формування системи довгострокових цілей фінансової діяльності установи і вибір найефективніших шляхів їх досягнення, яка передбачає:

- формування стратегічних цілей і завдань фінансового менеджменту на певний (наперед визначений) період;
- конкретизація розробленої стратегії за періодами її реалізації;
- розроблення фінансової політики, яка дозволить вирішувати конкретні завдання за відповідними напрямками фінансової діяльності.

Важливою умовою забезпечення ефективності фінансового менеджменту є впровадження оцінки результативності діяльності галузі та установ охорони здоров'я. Для цього необхідно запровадити систему стратегічного фінансового планування та бюджетування, використання програмно-цільового методу.

Стратегічне фінансове планування в медичній установі характеризує процес визначення обсягів вхідних і вихідних грошових потоків, їх збалансування та узгодження у часі і в просторі (синхронізація) із потребами фінансового забезпечення її діяльності.

Мета бюджетування – підвищення ефективності функціонування установи охорони здоров'я через удосконалення функцій планування, оперативного управління і контролю [8].

Завдання бюджетування СОЗ зображено на рисунку 1.4.

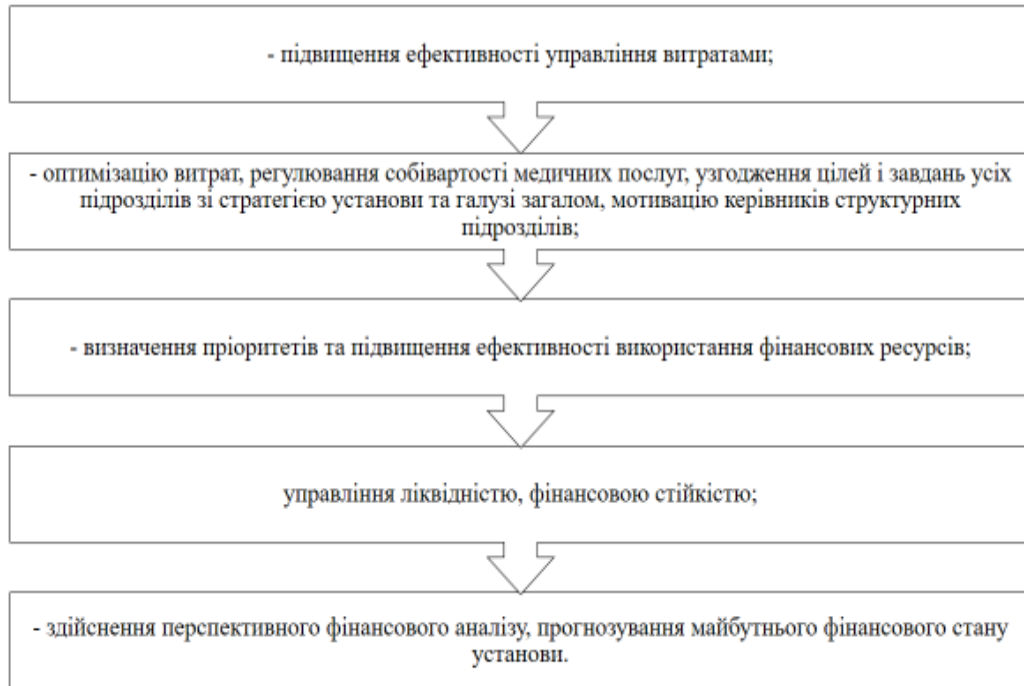


Рисунок 1.4 - Завдання бюджетування системи охорони здоров'я

Бюджетування сприяє узгодженню оперативних цілей зі стратегічною метою установи. Система бюджетів дасть змогу спрогнозувати фінансовий стан установи.

За таких умов зростає потреба оцінки рівня виконання запланованих показників, виявлення загроз фінансовій безпеці, пошук можливих шляхів запобігання кризі, в т. ч. фінансовій, тобто виникає необхідність здійснювати моніторинг та контролінг.

Призначення системи контролінгу є оцінка якості прийнятих управлінських рішень, що досягається завдяки формуванню ефективних систем забезпечення, зокрема, інформаційного, організаційного, кадрового, програмного, технічного, фінансового.

Обов'язковою складовою фінансового менеджменту є персональна відповідальність за наслідки управлінської діяльності.

Управління фінансами має бути, з одного боку, спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності об'єкта охорони здоров'я як невід'ємного елемента ринкової інфраструктури, з іншого – на

забезпечення фінансової стабільності галузі, що дасть змогу надавати медичні послуги, тобто здійснювати ту діяльність, заради якої вона створена, а також забезпечувати можливості її розвитку.

Впровадження принципів фінансового менеджменту в управління фінансами галузі охорони здоров'я зображено на рисунку 1.5.

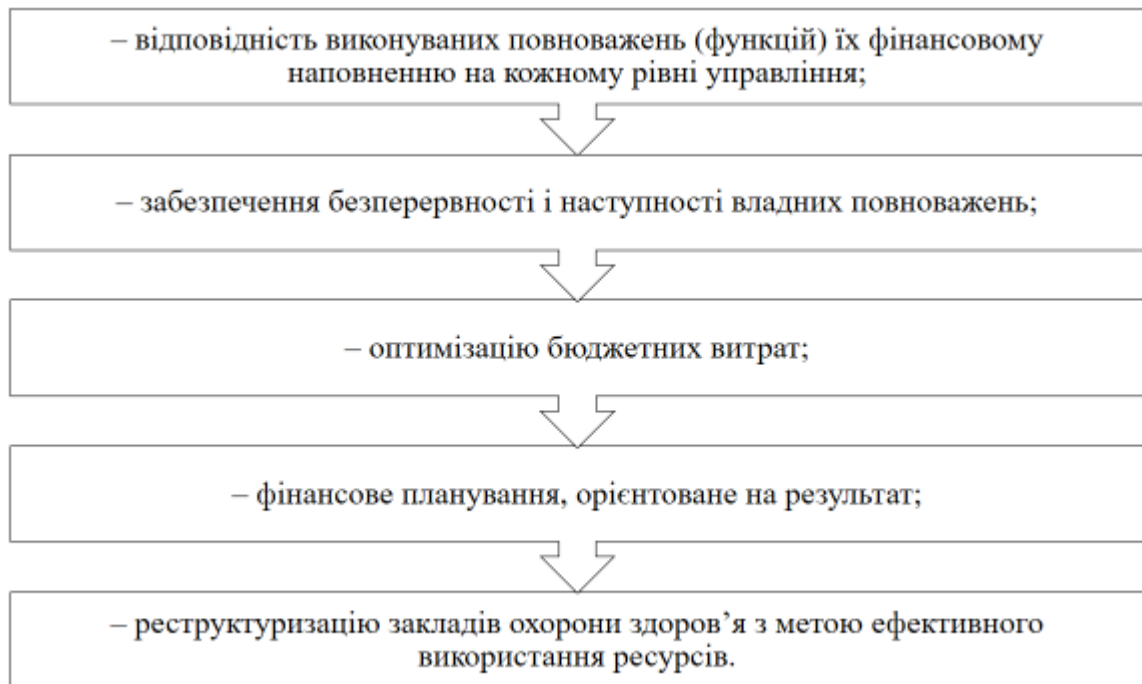


Рисунок 1.5 - Впровадження принципів фінансового менеджменту в управлінні фінансами галузі охорони здоров'я

Враховуючи вищевикладене, в процесі дослідження ми прийшли до висновку, що забезпечити ефективність управління фінансами можливо за умов оптимізації мережі медичних установ, підвищення їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, підготовки керівників медичних установ (фінансових менеджерів) здатних самостійно приймати виважені управлінські рішення, зокрема, в питаннях управління фінансовими ресурсами, грошовими потоками, активами, доходами, витратами, ризиками установи та запровадження персональної відповідальності за наслідки їх прийняття і реалізації.

РОЗДІЛ 2

НАПРЯМИ ТРАНСФОРМАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Аналізування передумов реформи фінансування системи охорони здоров'я

В Україні до 2018 року продовжувала функціонувати успадкована після розпаду СРСР державна система охорони здоров'я, побудована на основі командно-адміністративної моделі управління, відома у світі як система академіка Семашко М. [3]

Після здобуття незалежності держава декларувала необхідність реформувати цю систему. Однак, попри чисельні політичні заяви, на практиці головним пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я залишалося збереження існуючої системи. Реальних масштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн, не проведено.

Це було зумовлено браком політичного консенсусу щодо зміни положень ст. 49 Конституції України, в якій задекларована безоплатність медичної допомоги у необмеженому обсязі та неможливість скорочення медичної інфраструктури для надання цієї допомоги [9].

А тому в Україні досі немає чітко визначеного обсягу державних гарантій щодо забезпечення громадян безоплатною медичною допомогою. Не обмежений законом обсяг цих гарантій неможливо покрити лише за рахунок публічних фінансів. Через це громадяни змушені зазнавати значних витрат на оплату медичних послуг та ліків за власні кошти. Існуюча система фінансування охорони здоров'я не може захистити їх від катастрофічних витрат у випадку хвороби.

Неефективна модель фінансового забезпечення зв'язує структурну неефективність системи загалом. Зважаючи, що Україна витрачає на охорону

здоров'я значну частку від ВВП (в 2017 році - 7,8%), більшість медичної інфраструктури є застарілою, а медичні працівники є однією з найменш оплачуваних професій. Державні видатки покривають лише близько половини (у 2017 році 54,5%) всіх витрат на охорону здоров'я, а решту доплачують пацієнти власним коштом, що створює значну нерівність в доступі до лікування [10].

Реформа спрямована на вирішення головної проблеми фінансування системи охорони здоров'я, а саме - неефективності витрачання публічних коштів та її наслідків: необхідності громадянам самостійно «дофінансовувати» систему з власної кишені, несправедливості розподілу коштів і медичних послуг, фінансової незахищеності людей у випадку хвороби, низьких доходів медичного персоналу, відсутності необхідних ресурсів там, де цього потребує пацієнт.

Неефективність полягає в тому, що наявна модель фінансування системи охорони здоров'я не здатна забезпечувати належну віддачу системи (надання медичних послуг прийнятної якості в необхідному обсязі та фінансовий захист населення від витрат у випадку хвороби) відповідно до обсягу коштів, що цією системою споживається. Навіть за теперішнього обсягу фінансування система охорони здоров'я України могла б забезпечувати кращі результати.

Міжнародна практика вирізняє три основних завдання, які виконує система фінансування охорони здоров'я, а саме:

- збір коштів на охорону здоров'я;
- їх об'єднання для найкращого покриття фінансових ризиків, пов'язаних з хворобою;
- розподіл коштів (закупівля медичних послуг).

В Україні кожна з трьох складових потребує докорінної модернізації, за винятком, принаймні до проведення інших реформ, складової збору коштів.

Збір коштів для фінансування системи охорони здоров'я в Україні здійснюється за рахунок загальних податків. Протягом усіх років незалежності лунають численні політичні декларації про необхідність запровадження

системи обов'язкового соціального медичного страхування, яка дозволила б використовувати для збору коштів надходження від цільового страхового внеску. Однак спроби розробити відповідний якісний закон та прийняти його були безрезультатними.

У світі існує багато доказів як неефективності систем охорони здоров'я, орієнтованих на соціальне страхування (наприклад, Росія), так і високої ефективності систем, у яких збір коштів здійснюється за рахунок загальних податків (наприклад, Велика Британія, Данія, Італія, Іспанія, Норвегія, Швеція) [10].

Збір коштів через цільовий страховий внесок створює більші можливості для підвищення прозорості та підзвітності системи.

Запровадження обов'язкового соціального медичного страхування може бути одним з інструментів поліпшення фінансування системи охорони здоров'я, але не раніше, ніж будуть проведені більш нагальні реформи.

Такими реформами є зміни до інших двох складових функції фінансування - об'єднання коштів та закупівлі медичних послуг (розподілу коштів). Саме їх недосконалість призводить до більшості проблем у фінансуванні системи охорони здоров'я.

В Україні кошти на фінансування охорони здоров'я, що збираються за рахунок загальних податків, акумулюються у державному бюджеті та розділяються на дві частини.

Одна з них (менша) спрямовується на фінансування загальнодержавних програм та загальнонаціональних медичних закладів, що перебувають у центральному підпорядкуванні (включаючи заклади МОЗ, Національної академії медичних наук, Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України та деяких інших відомств).

Друга (більша) у вигляді медичної субвенції розподіляється за встановленою Кабінетом Міністрів формулою між обласними бюджетами, районними бюджетами, бюджетами міст обласного значення, а починаючи з 2016 року - і між бюджетами об'єднаних територіальних громад.

Система розподілу коштів між ними, яка передбачена Бюджетним кодексом, відповідає принципу солідарності, оскільки використовує єдиний для всієї держави фінансовий норматив бюджетної забезпеченості [11].

З місцевих бюджетів гроші витрачаються на інфраструктуру, а не на фактичні послуги для пацієнтів. В таких умовах медичні заклади перетворюються на монополії і не мають стимулів до скорочення непотрібних потужностей чи підвищення ефективності та якості. Адже обласний бюджет буде за будь-яких умов фінансувати обласні заклади, міський - міські, районний - районні, тощо. Послуги між закладами різного підпорядкування часто дублюються, але в системі немає стимулів, щоб оптимізувати їх: якщо скоротити лікарняні потужності в одному місці, це не призведе до перенесення коштів в інше - бюджет першого закладу просто зменшиться.

Згідно Концепції реформи фінансування охорони здоров'я, яке відповідає найкращим європейським практикам, задекларовано створення системи єдиного національного замовника медичних послуг [12]. Разом з наданням публічним медичним закладам автономії, це дозволить створити єдиний ринок медичних послуг (єдиний медичний простір), на якому держава, страхові компанії, місцеві бюджети та громадяни зможуть придбати послуги у незалежних постачальників усіх форм власності. При цьому держава буде оплачувати чітко визначений гарантований безоплатний для громадян пакет медичних послуг, а постачальники будуть конкурувати за ці кошти. Послуги, які не входять до гарантованого пакету, громадяни зможуть оплатити напряму або за допомогою добровільного медичного страхування.

У всіх розвинених країнах та переважній більшості країн, які розвиваються, медичні послуги, що фінансуються державою, закупаються на основі моделі активних (стратегічних) закупівель. Замовник (державна особа, органи управління охороною здоров'я чи державного страхового фонду) витрачає кошти платників податків, купуючи у медичних закладів, лікарів, аптек послуги та ліки за допомогою публічних контрактів.

В Україні заклади охорони здоров'я переважно є бюджетними установами - вони отримують гроші з відповідного бюджету (області, міста, району, а починаючи з 2016 року - також з бюджетів об'єднаних територіальних громад) на основі постатейного кошторису своїх видатків. При цьому кількість та якість послуг чи ефективність роботи закладу не мають великого значення.

Таким чином, головною проблемою є те, що гроші платників податків витрачаються на ресурси (утримання будівель лікарень, зарплату їх персоналу тощо), а не на потрібні громадянам медичні послуги. В таких умовах лікарням вигідно утримувати «роздуту» інфраструктуру (саме вона є підставою для обсягу фінансування закладу), а якість чи ефективність не є пріоритетом. Як результат, Україна посідає друге місце в Європі за кількістю лікарняних ліжок (8,8 на 1000 населення у 2017 році), в 1,5 рази більший ніж в ЄС показник перебування пацієнта в стаціонарі (в середньому 11,8 днів, при 8 в ЄС). При цьому, Україна має найнижчий в Європі показник задоволеності громадян системою медичного обслуговування та одні з найгірших у Європейському регіоні показники здоров'я населення [10].

Реформа в цій сфері полягає в тому, щоб спрямувати публічні кошти з утримання інфраструктури на закупівлю безпосередньо необхідних громадянам медичних послуг. Утримання інфраструктури закладів стає справою їх власників та менеджменту: конкуруючи за кошти держави, місцевих бюджетів, страхових компаній та громадян заклади покривають свої витрати та заробляють на їх розвиток.

Метою реформи є запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів.

Нова модель фінансування заснована на таких принципах:

- Фінансовий захист. Ніхто не повинен зазнавати катастрофічних витрат у випадку хвороби чи відмовлятися від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;
- Справедливість доступу до медичної допомоги. Доступ до гарантованих державою послуг мають всі, хто їх потребує, незалежно від стану здоров'я та фінансової спроможності;
- Чесність, відкритість та збалансованість у прийнятті ключових рішень щодо розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я - хто саме, які саме послуги і за яку ціну отримує;
- Прозорість і підзвітність. Нульова толерантність до корупції, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних фінансів;
- Ефективність, яка означає збільшення результату для всіх учасників системи на кожен витрачений гривню. Йдеться про кращу якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів, ефективне витрачання публічних коштів для платників податків;
- Конкуренція постачальників як інструмент ефективності та зростання якості медичної допомоги. Залучення постачальників всіх форм власності, їх чесна конкуренція створює мотивацію надавати якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів;
- Передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті, яка можлива за умов повноцінного стратегічного планування медичної допомоги та витрат на неї.

Відповідно до свого європейського вибору, Україна відмовляється від застарілої радянської практики декларування права громадян на необмежений обсяг медичної допомоги безоплатно [13]. Відсутність об'єктивних можливостей для втілення таких декларацій призводить лише до недотримання цього права. Україна впроваджує чітко визначений державний гарантований пакет медичних послуг (ДГП), який прив'язаний до пріоритетів в охороні

здоров'я, економічного стану країни та розповсюджується на всіх без винятку громадян держави [13].

Однією з ключових складових ДГП є первинна медична допомога, яка є максимально доступною для всіх за будь-яких умов. До пакету також входить екстрена медична допомога, в тому числі і в стаціонарі. Відповідно до економічних можливостей, до ДГП входять основні види спеціалізованих амбулаторних послуг за направленням лікаря первинної ланки, а також основні види планової стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря первинної ланки чи лікаря-спеціаліста.

Послуги, які не входять до ДГП, передбачають спів-оплату або повну оплату громадянами такої послуги. Зокрема, до таких послуг належить робота лікаря первинної ланки поза робочими годинами, послуги спеціалістів без направлення, окремі види діагностичних чи лікувальних послуг, лікарських засобів тощо. Функціонує офіційна система спів-оплати за такі послуги. Характерною особливістю цієї системи є її простота та прозорість: кожна людина чітко знає розміри та призначення спів-платежів.

Обсяг фінансування ДГП є динамічною величиною, яка щорічно затверджується рішенням парламенту.

До ДГП увійдуть ліки, переважну більшість яких сьогодні пацієнти оплачують власним коштом. Пріоритетом будуть ліки, які призначають лікарі первинної ланки та спеціалісти амбулаторного рівня на основі пріоритетів сектору охорони здоров'я з врахуванням тенденції захворюваності. Покриті будуть також основні лікарські засоби, які використовуються в стаціонарному лікуванні.

До надання ДГП допущені постачальники послуг всіх форм власності – державні, комунальні, приватні.

Впровадження гарантованого пакету медичних послуг сприяє скороченню рівня неформальних платежів. Неформальні платежі виконують компенсаторну функцію, доповнюючи офіційні канали оплати та вказуючи на перспективи їх вдосконалення. Із розвитком останніх, рівень неформальних платежів почне

поступово знижуватися. Завдяки регулярному (щорічному) вимірюванню рівня та структури неформальних платежів, сформується доказова база щодо обсягів недофінансування системи, а також буде можливість відстежувати успішність реформи фінансування. Ця інформація потрібна також для стратегічного планування змін до ДГП, вдосконалення механізмів спів-оплати, оптимізації розподілу наявних ресурсів тощо.

Для того аби замовляти від імені громадян державний гарантований пакет медичних послуг у закладів охорони здоров'я, створюється система єдиного національного замовника. Єдиний національний замовник - це незалежна інституція, яка діє в інтересах пацієнтів та закупає медичні послуги з єдиного національного пулу коштів на основі єдиних базових тарифів та вимог до якості, що забезпечує справедливість розподілу коштів та уніфікованість послуг по всій країні.

Оптимальним варіантом для України є створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) в межах діючої моделі збору коштів з загальних податків. НСЗУ та її регіональні відділення контракують постачальників послуг всіх рівнів та форм власності з метою закупівлі медичних послуг в межах ДГП.

Згідно з принципом розмежування функцій замовника і постачальника послуг, НСЗУ, як замовник, не володіє медичними закладами та не керує ними. Ключовою умовою тут є надання фінансової та управлінської автономії закладам охорони здоров'я, з якими НСЗУ укладає договори напряду [13].

Таке фінансування через НСЗУ в природний спосіб вирішує проблему надмірної фрагментації бюджетів охорони здоров'я. В Україні маршрут пацієнта всередині циклу медичної допомоги пролягає не просто між різними медичними закладами, але й між різними бюджетами. Передбачена Концепцією реформа руйнує штучні кордони між ними та утворює єдиний ринок послуг (єдиний медичний простір), до якого залучені всі постачальники, до яких звертаються пацієнти - в тому числі і приватні заклади та аптеки.

Організаційно НСЗУ працює під управлінням МОЗ. Для більш ефективного здійснення своєї функції замовника, НСЗУ має регіональні підрозділи. Регіональні підрозділи створюються «з нуля» або на базі існуючих органів управління охороною здоров'я - виходячи з практичних обставин.

Вибір рівня для організації регіональної ланки НСЗУ координується з адміністративно-територіальною реформою. Обирається такий рівень, на якому кількість населення забезпечить оптимальне акумулювання (пулінг) ресурсів. Регіональне відділення НСЗУ займається плануванням та здійсненням закупівлі медичних послуг всіх рівнів допомоги - гроші повинні «йти за пацієнтом» на первинний, вторинний та третинний рівень без перешкод. Ринок закладів, на якому НСЗУ закуповує послуги, повинен бути достатньо великим для забезпечення конкуренції між ними за державні кошти.

В новій системі надання послуг є децентралізованим аж до рівня громад - власників медичних закладів, а план закупівлі послуг в межах гарантованого обсягу розробляють регіональні підрозділи НСЗУ для більшої території. Це забезпечує інтеграцію між рівнями допомоги, дозволяє уникати зайвого дублювання, посилює спеціалізацію і якість надання послуг. Планування закупівель через НСЗУ дозволяє не лише географічно моделювати надання медичних послуг в рамках певної території (наприклад, укрупненого району чи області), але і вирішує проблему «переадресації пацієнтів» у випадку потреби в лікуванні в інших регіонах.

Запропонована організація системи фінансування охорони здоров'я базується на принципі субсидіарності: повноваження повинні бути закріплені на якомога нижчому рівні влади, якщо на ньому можна забезпечити доступність та належну якість публічних послуг, а також необхідні для цього ресурси.

В Україні власником більшості медичних закладів є місцеві ради (області, міста, райони, об'єднані територіальні громади), і саме вони залишаються головним гравцем в наданні медичних послуг. При цьому держава бере на себе повну відповідальність за виділення коштів, достатніх для закупівлі гарантованого пакету медичних послуг для кожного громадянина. Розподіл цих

коштів відбувається через незалежну інституцію – НСЗУ за новим, більш прозорим, справедливим і конкурентним принципом.

Таким чином місцеві ради, в особі закладів, що їм належать, отримують більше коштів, якщо зростає кількість та якість медичних послуг для населення. Громади, чії місцеві ради створюють найефективніші заклади, отримують не лише доступ до відповідного медичного обслуговування, але й доступ до інвестицій та можливість за рахунок коштів НСЗУ (як найбільшого оптового покупця послуг), страхових компаній та оплати від громадян розширити кількість робочих місць для медичного персоналу, збільшити привабливість території, привабити пацієнтів з суміжних територій (і навіть з усієї країни) для отримання тих послуг, в яких заклад досягає високих результатів. Якщо на території громади є приватні комерційні медичні заклади, місцеві органи влади мають можливість отримувати від таких підприємств податок на їхній прибуток.

Передаючи функцію закупівель гарантованого пакету послуг НСЗУ, необхідно забезпечити, щоб громади мали механізм незалежного нагляду за якістю медичних послуг, а також за їх відповідністю потребам місцевого населення. Для цього на базовому рівні врядування (громади) створюються медичні наглядові ради, які представляють інтереси місцевого населення в сфері охорони здоров'я і включають представників громадськості, груп пацієнтів та професійної медичної спільноти.

Гарантований пакет медичних послуг та єдиний національний замовник набувають реального сенсу завдяки впровадженню третього елемента реформи - відмови від фінансування закладів на основі постатейного кошторису (утримання інфраструктури) та переходу до оплати постачальникові фактично наданих послуг (оплата результату). Для цього необхідні такі передумови:

- оплата за заздалегідь узгоджені результати (отже, потрібен договір/контракт, де встановлено завдання для виконавця - постачальника послуг);

- автономія постачальника (постачальник послуг (виконавець) самостійно вирішує, як має бути організована його робота для забезпечення запланованих у договорі результатів);

- незалежна перевірка, яка є пусковим механізмом для виплати (потрібен незалежний агент-платник, який проводить таку перевірку).

Для первинної медичної допомоги запроваджується змішаний метод оплати на основі нормативу на одного жителя з поправкою на ризики [14]. До цього нормативу додаються доплати за якість послуг та досягнення окремих важливих показників (зокрема, охоплення вакцинацією, відмова від куріння та інших шкідливих звичок, контроль кров'яного тиску та ін.), плата за окремі послуги, збільшення обсягів надання яких визначено національними пріоритетами тощо. На початку використовується проста формула визначення нормативу на одного жителя та коефіцієнти за віком та статтю. Далі до неї поступово додаються інші поправки, які дозволяють зробити цей метод оплати якомога більш об'єктивним та справедливим;

- Для спеціалізованої амбулаторної допомоги використовуються різні методи оплати, залежно від виду послуг: фінансування з розрахунку на одного жителя, плата за послугу, чи плата за пролікований випадок (для послуг, наближених до стаціонарної допомоги, таких як хірургія одного дня);

- Для стаціонарної допомоги використовується метод фінансування на основі оплати за пролікований випадок із застосуванням діагностично-споріднених груп (ДСГ). Ця методологія запроваджена у медичних закладах, на базі яких відпрацьовано нові підходи до збору даних щодо пролікованих випадків, їх кодування у діагностично споріднені групи та аналізу витрат, пов'язаних з кожним випадком. Також забезпечено масив даних, необхідних для розробки універсальних базових ставок оплати пролікованих випадків для кожної ДСГ. Запровадження такої методології оплати є складним і тривалим процесом, його реалізація, за досвідом інших країн, може потребувати кількох років. Тому на початковому етапі реформи, до переходу на оплату стаціонарної допомоги за допомогою ДСГ, фінансування лікарень відбувається за

допомогою глобального бюджету із визначенням обсягу послуг та відповідних індикаторів результативності цих закладів.

Підготовка та практичне запровадження фінансування первинної медичної допомоги та частини спеціалізованої амбулаторної допомоги на основі оплати з розрахунку на одного жителя та фінансування лікарень за допомогою глобального бюджету розпочалося з 1 квітня 2020 року.

Запропонована в цій Концепції модернізація системи фінансування охорони здоров'я базується на моделі збалансованого трикутника «споживач - замовник - постачальник», прийнятої в цивілізованих країнах [12]. В Україні модель цих відносин є деформованою - фактично замовника послуг не існує, він поєднаний з постачальником (держава володіє медичними закладами та забезпечує їх утримання).

Оскільки реформа включає створення автономного національного замовника послуг, це передбачає появу автономних постачальників, які продають першому медичні послуги на основі договорів.

Для цього впродовж 2017-2019 років забезпечено надання всім бюджетним закладам (крім поодиноких винятків) фінансової та управлінської автономії шляхом перетворення їх на державні та комунальні некомерційні підприємства, які із наданням автономії перейшли разом з розпорядниками бюджету (а в подальшому з НСЗУ) на контрактні відносини з використанням механізму глобального бюджету.

Пропонується реорганізувати та спростити структуру переліку бюджетних програм у відповідності до ключових функцій системи та виділити ДГП у окрему програму. Новий простий та зрозумілий перелік бюджетних програм дає змогу відмежувати витрати на індивідуальні медичні послуги від послуг для населення в цілому, а також зосередити кошти навколо пріоритетів галузі.

Пропонується запровадити 5 головних бюджетних програм:

- Державний гарантований пакет медичних послуг;
- Громадське здоров'я;

- Реабілітація та медико-соціальна допомога;
- Медична освіта, дослідження та підвищення кваліфікації;
- Адміністрування, централізовані закупівлі та інші витрати.

Кожна з програм містить підпрограми, які підпорядковані головній меті та не перетинаються з іншими. Підпрограми формуються навколо видів послуг, а не навколо типів закладів. Таким чином, заклади охорони здоров'я можуть мати фінансування з різних програм, у разі якщо надають відповідні послуги. Наприклад, науково-дослідницькі медичні центри можуть надавати послуги пацієнтам в межах програми «Державний гарантований пакет медичних послуг» (укладаючи договір з НСЗУ), а також отримувати фінансування з програми «Медична освіта, дослідження та підвищення кваліфікації».

Реформа системи охорони здоров'я це [13]:

- нова сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я. Вона передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів;

- державний гарантований пакет медичних послуг. Замість декларації про надання всієї медичної допомоги безоплатно держава бере чітке зобов'язання надавати визначений обсяг медичних послуг. Громадяни знають, що конкретно вони можуть отримати безоплатно, а за що необхідно сплатити - скільки, як саме і за яких умов (офіційна, проста і зрозуміла система спів-оплати);

- єдиний національний замовник медичних послуг. В системі працює нова модель відносин без конфлікту інтересів - розмежування функцій замовника (той, хто платить) та постачальника послуг (автономні лікувальні заклади). Кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді. Утворюється єдиний простір медичних закладів. Послуги оплачуються державою там, де їх отримує пацієнт (екстериторіальність). На ринку медичних послуг з'являється конкуренція, запроваджуються контрактні відносини між замовником і постачальником послуг, публічні кошти витрачаються

ефективніше, пацієнт може вільно обрати заклад та лікаря, зростає прозорість та підзвітність публічних фінансів.

- нові механізми оплати медичних послуг - принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Держава відмовляється від утримання інфраструктури медичних закладів через постатейне кошторисне фінансування. Вона поступово переходить до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам. В результаті з'являються стимули для медичних закладів підвищувати якість та ставати ефективними, зростає якість та поліпшуються умови надання послуг, зростають доходи медичних працівників;

- посилення ролі громад, нові ролі центрального уряду та місцевої влади. Громади виступають в ролі засновників та власників ефективних конкурентних медичних закладів, які продають медичні послуги державі, страховим компаніям, громадянам на єдиному ринку медичних послуг, де в ролі закупівельника (на конкурентній основі) гарантованого для кожного громадянина обсягу послуг виступає держава, а мешканці громад мають важелі для контролю якості надання медичних послуг. Таким чином, стосунки між державною, громадою та пацієнтами стають більш здоровими, чітко розділяються функції держави та громад в охороні здоров'я, зникає дублювання їх ролей та максимально децентралізовано управління медичними закладами.

2.2 Дослідження етапів реформи фінансування і трансформації системи охорони здоров'я в Україні

Трансформація системи охорони здоров'я стосується кожного. Її мета – забезпечити всім громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг та перебудувати систему охорони здоров'я так, щоб у її центрі був пацієнт.

Трансформація охорони здоров'я - це не перехід в один крок від системи академіка Семашко М. до європейських стандартів медичної допомоги. Це поетапний план складних змін, закріплений в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15].

Реформа фінансування системи охорони здоров'я відбуватиметься в три етапи: початковий, або підготовчий етап (2016-2017 роки), етап запровадження (2017-2018 роки), та етап інтеграції (2019-2020 роки) [12].

Етап 1. Підготовка та перша хвиля впровадження (2016-2017).

На цьому етапі розпочалася трансформація первинної медичної допомоги - закладів, де працюють терапевти, сімейні лікарі та педіатри. У багатьох розвинених країнах світу первинна медична допомога (сімейні лікарі), вирішує більшість звернень пацієнтів. Як приклад, можна привести Велику Британію, де з близько 90% усіх звернень пацієнтів допомагають сімейні лікарі. Це ефективно, бо допомагає запобігати багатьом хворобам до того, як вони потребуватимуть складного, дорогого і не завжди успішного лікування.

Цей етап передбачає закладення правових та інституційних основ для нової системи охорони здоров'я, запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги та початок впорядкування мережі закладів, що надають госпітальну медичну допомогу, через створення госпітальних округів.

- Визначено обсяг та структуру ДГП медичних послуг, послуг поза ДГП, механізми спів-оплати, вирішено питання забезпечення додатковими медичними послугами пільгових категорій прийнято необхідне законодавство для запровадження ДГП медичних послуг (а також законодавчо унормовано можливості спів-оплати за послуги та надання платних послуг публічними закладами).

- Постачальники медичних послуг готові до переходу на постачання послуг за контрактами:

- проведено автономізацію закладів охорони здоров'я: прийнято відповідне законодавство, всі державні та комунальні бюджетні заклади, які підлягають автономізації, реорганізовано у некомерційні підприємства з широкою фінансовою та управлінською автономією;

- постачальники медичних послуг виконують критерії щодо якості та ефективності для укладення контрактів з єдиним замовником (НСЗУ). Ці критерії визначає МОЗ України.

- В структуру ДГП інтегровано реімбурсацію ліків.
- Створено інституційні та правові умови для запровадження нових методів оплати медичних послуг постачальникам, прийнято необхідне законодавство для створення єдиного замовника – НСЗУ:
 - затверджено його Статут, організаційну структуру, штатний розпис;
 - прийнято необхідне законодавство для застосування механізму оплати з використанням нормативу на одного жителя для первинної ланки у поєднанні з додатковою фінансовою мотивацією для здійснення профілактики захворювань;
 - прийнято необхідне законодавство для застосування оплати за пролікований випадок з використанням діагностично-споріднених груп (ДСГ) для стаціонарної допомоги;
 - розроблено національний класифікатор ДСГ, створено рівні умови для доступу закладів всіх форм власності до фінансування з державного бюджету в межах ДГП;
 - затверджено типові контракти між НСЗУ та постачальниками медичних послуг всіх рівнів.
- Розпочато практичне використання нових методів фінансування первинної допомоги з використанням нормативу на одного жителя та фінансування стаціонарної допомоги з використанням глобального бюджету у пілотних областях.
- Затверджено уніфіковані клінічні протоколи для переліку найбільш поширених медичних станів, забезпечено обов'язковість їх використання.
- Визначено вартість медичних послуг, частку та порядок їх відшкодування з державного бюджету.
- Створено інструменти електронної охорони здоров'я для збору і обробки медичних, фінансових та управлінських даних, необхідних для економічного аналізу роботи закладів охорони здоров'я розроблено стандарти обміну інформацією в охороні здоров'я розпочато пілотування інформаційної системи для збору фінансових даних розроблено алгоритми управління потоками

пацієнтів, фінансовими потоками та механізми контролю за якістю надання медичних послуг.

- Розпочалося застосування локальних клінічних протоколів (на рівні медичного закладу) з метою уніфікації та інформатизації процесу надання послуг.

- Оновлено програмну класифікацію видатків бюджету на охорону здоров'я.

Етап 2. Національне впровадження (2018-2019).

Національна кампанія з вибору сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів стартувала в квітні 2018 року. Вперше українці змогли вільно обирати лікаря, без прив'язки до місця «прописки». До кінця 2018 року більше 20 млн. українців підписали декларації про вибір своїх лікарів. А це означає, що майже кожен другий українець вже має лікаря, якому довіряє і до якого може звернутися з будь-якими проблемами зі здоров'ям або дізнатися, як вести здоровий спосіб життя і не хворіти. У будь-який момент можна змінити лікаря, підписавши декларацію з іншим.

У 2018 році в електронній системі охорони здоров'я медичні заклади підписували декларації про вибір лікаря та заключали договори із НСЗУ. У 2019 році сімейні лікарі, терапевти і педіатри перейшли на електронний документообіг: електронні медична картка пацієнта, рецепти на «Доступні ліки», направлення до вузьких спеціалістів, лікарняні листи.

В 2019 році тривала підготовка до трансформації спеціалізованої допомоги: поліклінік та стаціонарів.

- ДГП прийнято як окрему бюджетну програму.
- В закладах, які надають ДГП, працюють механізми спів-оплати послуг.
- Розпочали роботу центральний офіс та регіональні підрозділи НСЗУ.
- Між НСЗУ та постачальниками укладено договори про надання медичних послуг ДГП для всього населення
- Кошти на реалізацію програми ДГП передано НСЗУ в повному обсязі.

- Всі заклади, які надають послуги ДГП, отримують оплату за новими механізмами (норматив на одного жителя для первинної допомоги, змішана система оплати для спеціалізованої амбулаторної допомоги, оплата за пролікований випадок з використанням DRG для стаціонарної допомоги)

- Розпочато пілотування системи єдиного електронного реєстру пацієнтів та системи призначень лікарських засобів.

Етап 3. Інтеграція (2019-2020).

Після реформи первинної ланки з другої половини 2019 року розпочався 3-ій етап із запровадженням програми «Безкоштовна діагностика». Це 80% потреби пацієнта з діагностики у сімейного лікаря, терапевта або педіатра, найбільш необхідні безоплатні дослідження і аналізи, послуги вузькопрофільних спеціалістів. За направленням сімейного лікаря, терапевта і педіатра пацієнти зможуть проходити такі обстеження як рентген, УЗД, мамографію, ехокардіографію серця та інші безоплатно у будь-якому медичному закладі, який уклав договір з НСЗУ. Таким чином, на нову модель фінансування почнуть переходити поліклініки, які є закладами спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Ще одне велике завдання, яка стояло перед МОЗ та НСЗУ - розробка державної програми медичних гарантій на 2020 рік, яка включає всі рівні надання медичних послуг, які оплачуватиме НСЗУ за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» [13].

З 1 квітня 2020 року нові механізми фінансування запрацювали на вторинному рівні медичної допомоги (стаціонарної).

- Працює механізм стратегічних закупівель: замовлення послуг на основі запланованих об'ємів та встановлених тарифів за контрактами.

- Працює система щорічного перегляду ДГП.

- Завершено формування єдиного медичного простору для надання ДГП: залучено приватних постачальників, працює принцип вибіркового контракування.

- До покриття спів-оплати та оплати послуг поза ДГП широко залучено механізм добровільного медичного страхування.

За останні 3 роки вдалося досягти значних результатів:

- кожен українець вперше отримав можливість вільно обирати сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів - у державних або приватних медичних закладах. 27,4 мільйони людей скористалися цією можливістю і долучилися до змін. 70% задоволені спеціалістом, якого обрали;

- 100% комунальних закладів первинної допомоги перейшли на фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» - вони отримують кошти за надані послуги пацієнтам. Їх дохід залежить від обсягу роботи (для багатьох лікарів та медсестер первинки це відображається в зарплаті у понад 10, 15 і 20 тис.грн), а не від розміру приміщення, кількість ліжок або ж медперсоналу;

- запрацювала Національна служба здоров'я України (НСЗУ) - нова інституція, яка є єдиним платником в новій системі охорони здоров'я. Всі дані щодо оплат всім медичним закладам публікуються он-лайн на сайті НСЗУ: <http://nszu.gov.ua/ukladi-dogovori/statistics> [16]. Тобто кожен, в будь-який момент, може подивитися зокрема скільки лікарі медичного закладу мають договорів з пацієнтами та скільки коштів платників податків він отримувал кожного місяця;

- вперше в історії українці мають можливість отримувати медичну допомогу в приватних закладах за бюджетні кошти. Кожен п'ятий заклад первинної допомоги у реформі – приватний;

- медичні заклади тепер можуть гнучко визначати заробітну плату для своїх працівників. Принципи нарахування зарплат закріплюються в колективних договорах. В ефективних закладах первинної допомоги, які долучилися до трансформації, зарплати медичних працівників зросли в 2-4 рази;

- запрацювала електронна система охорони здоров'я - через неї пацієнти укладають декларації з лікарями, а лікарні підписують договори з НСЗУ. Рівень

комп'ютеризації закладів первинної ланки зріс з 3% до 97%. У найвіддаленіших селах лікарі укладають декларації з пацієнтами, користуючись комп'ютерами. І в них добре виходить;

- все більше медичних закладів пропонують записатися до лікаря онлайн, а не чекати невизначений час у черзі.

З 1 березня 2019 року в тестовому режимі запрацювала електронна медична картка: <http://bit.ly/2URWYD6>.

З 1 квітня 2019 року запрацював електронний рецепт на програму «Доступні ліки» й наразі вже виписано понад 2850 тис. е-рецептів.

Окрім е-рецептів, в 2019 році розпочато запуск електронних направлень до спеціалістів.

Як було відмічено вище, єдиним національним закупником медичних послуг в Україні виступає НСЗУ - центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом» та оплачує вартість реально наданих медичних послуг. Цей механізм оплати нарешті запрацював в Україні, поступово замінюючи неефективну модель оплати ліжко-місць.

НСЗУ вже уклала договори з комунальними, приватними медичними закладами і лікарями-ФОП, які надають первинну медичну допомогу. Вперше українці можуть вільно обирати лікаря у медичному закладі, незалежно від форми власності, НСЗУ на однакових умовах оплачує надання гарантованого пакету послуг первинної медичної допомоги всім закладам, які стали партнерами Служби.

На початку жовтня 2018 року НСЗУ запустила свій контакт-центр за коротким номером 16-77. Відповіді на найбільш поширені питання доступні цілодобово в автоматичному режимі.

Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я потребує принципової зміни характеру відносин між медичним закладом (постачальником послуг) та розпорядником бюджетних коштів – НСЗУ (замовником послуг).

На зміну командно-адміністративній моделі відносин має прийти контрактна. Це означає, що відносини регулюватимуться договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату.

До кінця 2018 року всі заклади первинної медичної допомоги стали автономними і почали отримувати фінансування від НСЗУ.

Застаріла паперова звітність піде в небуття. Всю медичну документацію буде переведено в електронний вигляд. Це розвантажить лікарів, дозволить їм більш якісно та оперативно надавати медичні послуги пацієнтам та унеможливить ситуацію втрати медичних даних пацієнтів. Також це дозволить збирати дані щодо необхідних послуг в окремих районах, більш точно розраховувати тарифи та контролювати якість медичної допомоги. У 2019 році запроваджено нові електронні інструменти - електронні медичні картки, електронні направлення, електронні рецепти на «Доступні ліки» та інше.

У квітні 2017 року Уряд запустив програму «Доступні ліки». Пацієнти, які мають окремі захворювання (серцево-судинні, діабет II типу чи бронхіальну астму), отримують препарати безкоштовно або з незначною доплатою. Для цього потрібно звернутися до лікаря за рецептом, а потім отримати препарати в аптеці, що долучилася до програми.

- Програма «Доступні ліки» стала звичною для українців та першим маркером докорінних змін в системі охорони здоров'я. Вже понад 16,6 млн. українців скористалися програмою та отримали ліки за понад 55 млн. рецептами на суму понад 6,8 млрд.грн. Нині у програмі бере участь більше 16000 аптек.

- Пацієнти, які страждають на серцево-судинні захворювання, діабет 2 типу та бронхіальну астму нині можуть отримати за програмою 282 препарати, з яких 79 – безоплатно.

Оформлення рецептів за програмою лікарі здійснюють в електронній системі охорони здоров'я за допомогою медичної інформаційної системи, яка встановлена у медичному закладі. Для цього в ній повинен бути відповідний

модуль. Наразі за електронним рецептом відпускатимуться препарати за програмою «Доступні ліки». Виписати їх може лікар первинки - сімейний лікар, терапевт, педіатр для пацієнта, який підписав із ним декларацію.

- У 2018 році Україна вперше вийшла на 100% забезпечення запитів лікарень за 12 напрямками, серед яких тести на ВІЛ, медикаменти при гемофілії у дітей та дорослих, медикаменти для дітей, хворих на нанізм різного походження та дітей з іншими орфанними захворюваннями, донорство крові, дитячий церебральний параліч, ліки для трансплантації. Це означає, що потреба у ліках, яку подавали лікарні, повністю забезпечена, і пацієнти можуть одержати визначені ліки безоплатно.

- МОЗ України отримав найнижчу за всю історію державних закупівель ціну на інноваційне лікування вірусного гепатиту С. Курс лікування новітніми препаратами прямої дії коштуватиме 89 доларів. Завдяки цьому усі пацієнти з гепатитом С, які стоять у черзі на лікування, зможутьвилікуватись безоплатно. Це стало можливим завдяки ефективним державним закупівлям через міжнародні організації.

- Реформа медичної освіти

Підвищити конкурентоспроможність вищої медичної освіти в Україні, вивести її на якісно новий рівень і внаслідок цього - підвищити якість надання медичних послуг - дозволять системні і послідовні зміни.

- Введення порогу 150 балів ЗНО з профільних предметів для вступу на спеціальності «Стоматологія», «Медицина» та «Педіатрія» і 130 балів - на спеціальність «Фармація, промислова фармація», що дозволяє відібрати найбільш вмотивованих абітурієнтів, які готові докладати зусиль для навчання.

- З 2019 року для атестації студентів-медиків запроваджено чотирьохкомпонентний єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ), що складається з іспиту КРОК, екзамену з англійської мови за професійним спрямуванням і міжнародним іспитом з основ медицини та ОСП(К)І (об'єктивний структурований практичний клінічний іспит). ЄДКІ сприятиме

випуску з університетів справді кваліфікованих фахівців, знання та навички яких відповідають міжнародно визнаному рівню.

- Запровадження системи безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я відповідно до постанови Кабінету Міністрів України № 302 від 28.03.2018 [16]. Безперервний професійний розвиток означає, що лікар повинен для підвищення кваліфікації набрати певну кількість балів щороку (а не раз на п'ять років, як це було раніше).

Ключові подальші дії Уряду у 2020 році:

- Продовження реформування системи фінансування надання медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

- Запровадження програми «Безкоштовна діагностика» - забезпечення потреб пацієнта з діагностики.

- Продовження реалізації урядової програми «Доступні ліки» та напрацювання механізмів щодо її удосконалення.

- Продовження розбудови мережі реперфузійних центрів.

- Завершення будівництва другої черги сучасного лікувально-діагностичного комплексу НДСЛ «Охматдит».

- Продовження трансформації медичної освіти.

- Розвиток інституційної спроможності ДП «Медичні закупівлі України» для здійснення стратегічних закупівель медичних препаратів та виробів.

- Підвищення якості надання екстреної медичної допомоги, зокрема закупівля нового транспорту з усім необхідним обладнанням, навчання сучасним технікам надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, розширення транзитної програми для парамедиків.

- Розбудова національної системи крові у партнерстві з ЄС для забезпечення рівного і своєчасного доступу громадян до якісних та безпечних компонентів і препаратів крові.

2.3 Аналіз основних показників діяльності Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради

Основною метою Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради є подальший динамічний розвиток системи охорони здоров'я міста в умовах реформування, забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному тернополянину з орієнтацією на запобігання захворювань та забезпечення високоякісної і доступної медичної допомоги населенню, упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів, зміцнення їх матеріально-технічної бази.

У своїй роботі Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради керується Конституцією і Законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, рішеннями міської ради, виконавчого комітету, розпорядженнями міського голови, з питань здійснення повноважень органів виконавчої влади - наказами МОЗ України та наказами головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації, Положенням про Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Положення про Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради затверджено рішенням міської ради від 09.11.2019 № 9/30/19 [11].

Основними завданнями Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради є [11]:

- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів та технологій;

- координація діяльності закладів, установ та підприємств сфери охорони здоров'я усіх форм власності, розташованих у м. Тернополі;
- забезпечення діяльності і організація фінансування закладів, установ, організацій і підприємств сфери охорони здоров'я м. Тернополя, що знаходяться в комунальній власності територіальної громади міста;
- забезпечення взаємодії закладів, установ, організацій і підприємств зазначеної сфери з органами державної влади, профспілками, іншими недержавними і громадськими організаціями;
- участь у формуванні і реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я в інтересах територіальної громади міста;
- сприяння матеріально-технічному забезпеченню і розвитку закладів, установ, організацій і підприємств охорони здоров'я, що знаходяться в комунальній власності територіальної громади м. Тернополя;
- нормативна і програмна підтримка закладів, установ і підприємств зазначеної сфери;
- забезпечення зв'язку та взаємодії із прес-службою Тернопільської міської ради та засобами масової інформації.

Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради проводить державну політику в галузі охорони здоров'я, яка спрямована на поліпшення доступності та якості медичної допомоги мешканцям міста [11].

Сьогодні до мережі закладів охорони здоров'я міста Тернополя належать 7 комунальних неприбуткових підприємств закладів охорони здоров'я, в тому числі, 2 нових заклади – комунальне підприємство «Тернопільський міський лікувально-діагностичний центр» Тернопільської міської ради, створений рішенням сесії Тернопільської міської ради від 24.11.2015 року № 7/2/10 та комунальне некомерційне підприємство «Міська комунальна лікарня №3», рішення про створення якого прийнято на сесії Тернопільської міської ради від 21.04.2016 року № 7/7/11 «Про реорганізацію міської комунальної лікарні №3».

На даному етапі свого розвитку галузь охорони здоров'я Тернопільської територіальної громади, реалізуючи державну політику, функціонує як єдиний медичний простір, що дає можливість отримати жителям громади і області повноцінну медичну допомогу від первинної ланки до високоспеціалізованої [11].

На утримання закладів охорони здоров'я міста в 2020 році передбачено видатки в сумі 249257,5 тис.гривень.

З міського бюджету на утримання ЗОЗ виділено 33,7 млн.гривень.

Так, з міського бюджету на оплату енергоносіїв виділено 27,5 млн.гривень.

З 1.04.2020 року дана програма перейшла в адміністрування НСЗУ.

На забезпечення інсуліном спрямовано додатково 8,56 млн.грн, що дало можливість зняти соціальну напругу та забезпечити хворих препаратами інсуліну в 2020 році.

Вперше в 2020 році заклади охорони здоров'я міста Тернополя забезпечені фондом оплати праці на 100 відсотків. Це завдяки виділенню з міського бюджету коштів на виплату заробітної плати працівникам галузі в сумі 33,7млн.гривень.

Фінансування галузі за 2019 рік здійснювалося за рахунок коштів медичної субвенції, виділеної з державного бюджету в сумі 256665,9 тис.грн. Крім того, враховуючи дефіцит галузі, з міського бюджету в 2019 році виділено додаткові кошти в сумі 27212,8 тис.грн, з них на виплату заробітної плати (19259,2 тис.грн), медикаменти, закупівлю продуктів харчування, оплату енергоносіїв, пільгове зубопротезування, видачу безкоштовних рецептів та надання медичної допомоги учасникам АТО. Для порівняння, у 2018 році бюджет галузі становив 193485,8 тис.гривень.

На утримання закладів охорони здоров'я міста у 2020 році передбачено видатки в сумі 249257,5 тис.грн, що на 11 відсотків більше ніж в 2019 році, в тому числі на виплату заробітної плати з нарахуванням – 217 901,9 тис.грн, що більше ніж у 2019 році на 27 відсотків.

Динаміку видатків на утримання галузі охорони здоров'я представлено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 - Динаміка видатків на утримання галузі «Охорона здоров'я» у 2017-2019 роках

Найменування видатків	2017 рік (тис.грн)	2018 рік (тис.грн)	2019 рік (тис.грн)	Відхилення абс (2019 р. до 2018 р.)
Виплата зарплати з нарахуваннями	104711,5	111879,4	122766,2	10886,8
Медикаменти	4851,5	4980,5	8625,8	3645,3
Продукти харчування	1901,5	1771	2777,6	1006,6
Пільгове зубопротезування	530	580	750	170
Оплата за постачання енергоносіїв	10313,6	19001,2	15218,2	-3783
Інші видатки	2673,6	3090,8	13829	10738,2
ВСЬОГО:	124981,7	193485,8	256665,9	22663,9

Таким чином, видатки на утримання галузі «Охорона здоров'я» впродовж 2017-2019 років постійно зростали.

Проведеним аналізом видатків на утримання галузі охорони здоров'я спостерігаємо, що «левоу частку видатків» складає заробітна плата, решту видатків (медикаменти, продукти харчування, пільгове зубопротезування, оплата комунальних послуг та інші видатки) здійснюється за «залишковим принципом», що показано на рисунку 2.1.

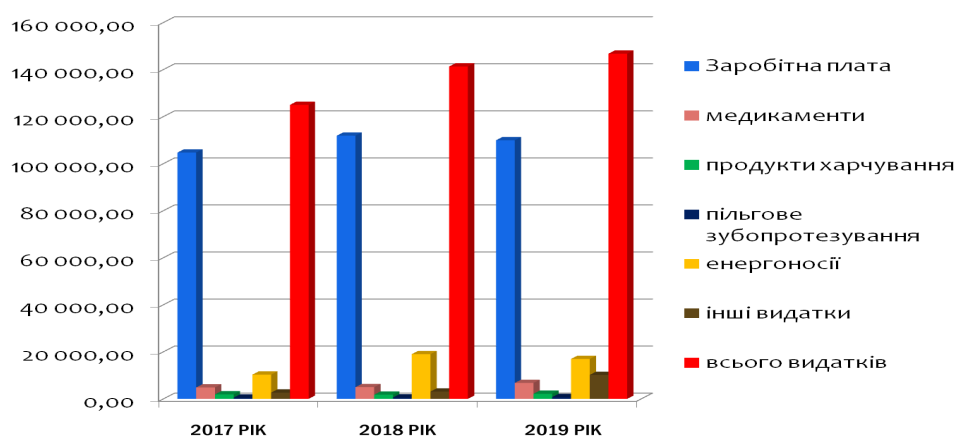


Рисунок 2.1 - Структура видатків на утримання закладів охорони здоров'я міста

В умовах реформування системи охорони здоров'я, медична галузь змушена балансувати між конституційними нормами, що гарантують кожному громадянину право на безоплатну медичну допомогу, і хронічним дефіцитом бюджетних коштів, які мали б його забезпечити. Протягом звітнього періоду зусилля Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради були спрямовані на зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, оснащення їх медичною апаратурою, запровадження нових форм роботи і передового досвіду, втілення нових методик діагностики та лікування, наближення первинної медико-санітарної допомоги до населення. Спільними зусиллями держави та міського бюджету, спонсорської, гуманітарної та благодійної допомоги вдалося утримати високий рівень надання медичної допомоги населенню у місті Тернополі.

Досягнення поставлених завдань у 2019 році проводилось шляхом проведення поетапних структурних змін системи охорони здоров'я, впровадження програмно-цільового підходу до їх вирішення. Впродовж 2015-2019 років закладами охорони здоров'я міста була проведена значна робота щодо реформування сфери охорони здоров'я, а також державних програм, законодавчих і нормативно-правових актів, скерованих на забезпечення якісної і доступної медичної допомоги населенню, створення умов для формування здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я населення, зниження рівнів захворюваності, інвалідності, смертності, подовження активного довголіття, тривалості життя мешканців міста. Виконувались заходи з реформування галузі охорони здоров'я, зокрема розвитку первинної медико-санітарної допомоги: зміцнення матеріально-технічної бази закладів первинної медико-санітарної допомоги, наближення її до населення міста шляхом відкриття нових сімейних амбулаторій, комп'ютеризація робочого місця сімейного лікаря, удосконалення діагностичного етапу лікування хворого, запровадження моделей надання вторинної медичної допомоги, участь у підготовці до мережі госпітальних баз. В місті проведена певна робота по

вдосконаленню перинатальної допомоги (створений міський перинатальний центр).

Проаналізувавши структуру видатків на утримання лікувальних установ м. Тернополя за 2019 рік (рисунок 2.2), бачимо, що видатки:

- на заробітну плату склали 77%;
- на медикаменти склали 3%;
- на продукти харчування склали 1%;
- на пільгове зубопротезування склали 1%;
- на оплату енергоносіїв склали 11%;
- з оплати інших видатків склали 7%.

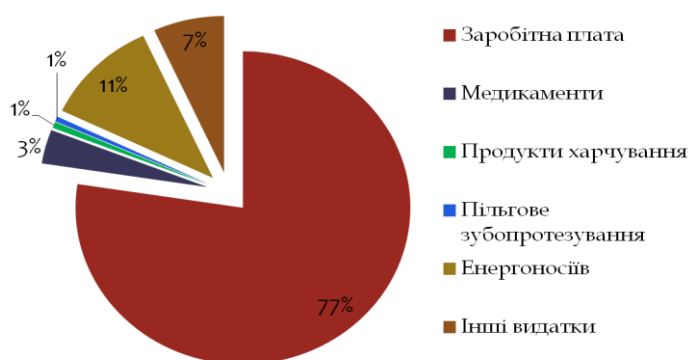


Рисунок 2.2 - Структура видатків на утримання лікувальних установ у 2019 році

За 2019 рік із загальної суми видатків на медикаменти (що склали лише 1% загальної суми видатків), пільговим категоріям хворих на оплату безкоштовних рецептів використано 32 відсотки виділених коштів (рисунок 2.3).

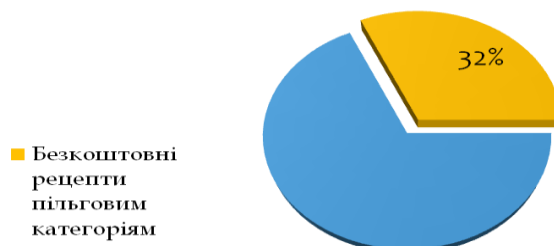


Рисунок 2.3 - Розріз видатків на безкоштовні рецепти пільговим категоріям хворих у лікувальних установах м. Тернополя у 2019 році

Первинну медичну допомогу жителям міста Тернополя, починаючи з 2014 року, надають [11]:

- для дитячого населення – поліклініка Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні (Поліклініка ТМДКЛ);
- для дорослого населення - Тернопільський міський комунальний заклад «Центр первинної медико-санітарної допомоги» (ТМКЗ «ЦПМСД»).

Розподіл видатків на фінансування первинної медичної допомоги жителям м. Тернополя подано у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 - Фінансування первинної медичної допомоги

Найменування установи	2016 рік (тис.грн)	2017 рік (тис.грн)	2018 рік (тис.грн)	2019 рік (тис.грн)	Відхилення абс. (2019 р. до 2018 р.)
Поліклініка ТМДКЛ	5587,8	5812,2	7113,1	13574,3	+ 6461,2
ТМКЗ «ЦПМСД»	8169,5	16391,4	19181,5	19674,7	+ 493,2
ВСЬОГО по галузі:	119101,9	124721,8	141302,9	163113,2	+ 21810,3

Таким чином, видатки на фінансування первинної медичної допомоги жителям м. Тернополя впродовж 2016-2019 років в абсолютних величинах постійно зростали (що представлено в таблиці 2.2) та наочно зображено на рисунку 2.4.

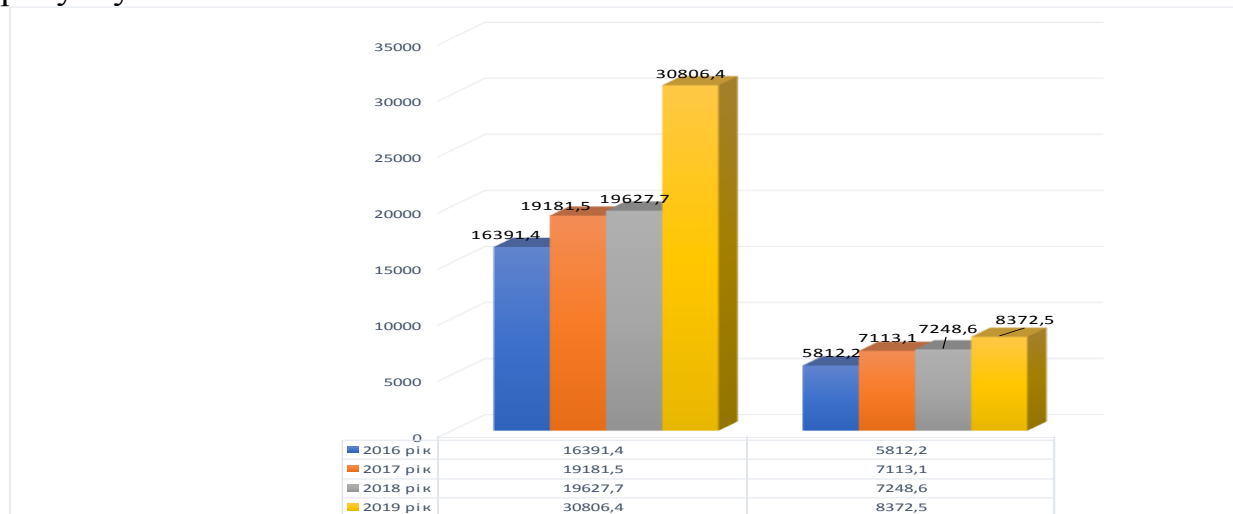


Рисунок 2.4 - Розподіл коштів на утримання ПМД жителям м. Тернополя

Так, якщо на утримання первинної медичної допомоги жителям м. Тернополя в 2016 році було виділено 11,6% від загальної суми видатків по галузі «Охорона здоров'я», то уже в 2019 році – 20,3%.

Для покращення надання медичної допомоги населенню міста по видачі безкоштовних рецептів пільговим категоріям громадян, які перебувають на амбулаторному лікуванні, видатки в 2019 році склали 3710,6 тис.грн, що на 58,8 відсотків більше, ніж в 2018 році.

В 2019 році на пільгове зубопротезування направлено 750,0 тис.грн, що на 29 % більше, ніж в 2018 році; на надання безкоштовних рецептів пільговим категоріям громадян 3710,6 тис.грн, що на 98% більше, ніж в 2018 році; на надання медичної допомоги учасникам АТО 840,0 тис.грн, що в двічі більше, ніж в 2018 році (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3 - Видатки на медикаментозне забезпечення

Показник	Кошти (тис.грн)			Відхилення абс. (2019 р. до 2018 р.)
	2017 рік	2018 рік	2019 рік	
Видатки на надання безкоштовних рецептів пільговим категоріям громадян	1673,3	1873,1	3710,6	+ 1837,5
Безкоштовне зубопротезування пільговим категоріям громадян	530	580	750	+ 170
Надання медичної допомоги учасникам АТО	-	360	840	+ 480

Тобто, спостерігаємо постійне зростання видатків на медикаментозне забезпечення пільговим категоріям громадян - жителів м. Тернополя, особливо у 2019 році в порівнянні із 2018 роком [11].

Структуру використання коштів на медикаменти впродовж 2017-2019 років представлено на рисунку 2.5.



Рисунок 2.5 - Структура використання коштів на медикаменти за 2017-2019р.р.

Наведене вище показує зміни в перерозподілі видатків на медикаменти впродовж 2017-2019 років. Так, видатки на надання безкоштовних рецептів пільговим категоріям громадян у 2019 році склали 70% (у 2017 році – 76%), видатки на безкоштовне зубопротезування пільговим категоріям громадян у 2019 році склали 14% (у 2017 році – 24%), видатки з надання медичної допомоги учасникам АТО у 2019 році склали 16% (у 2017 році – 23%).

В 2019 році загальна вартість 1 ліжка-дня склала 321,1 грн, в тому числі на медикаментозне забезпечення 13,7 грн, на харчування - 8,15 грн. Для порівняння, в 2018 році загальна вартість 1 ліжка-дня становила 302,12 грн, в тому числі на медикаментозне забезпечення 8,85 грн, на харчування - 6,58 грн (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4 - Вартість 1 л/дня на медикаменти і харчування за 2017-2019р.р.

Один ліжка-день	Вартість по роках (в гривнях)		
	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Вартість по медикаментах	8,34	8,85	13,7
Вартість по продуктах харчування	6,41	6,58	8,15

Тобто, вартість одного ліжко-дня по медикаментах зросла з 8,34 грн у 2017 році до 13,7 грн у 2019 році та по продуктах харчування з 6,41 грн у 2017 році до 8,15 грн у 2019 році.

Матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я оновлюється щорічно. Для придбання нового сучасного медичного обладнання виділено 10103,6 тис.гривень.

Придбано наступне [11]:

- КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»: завершено капітальний ремонт травматології, придбано бронхоскоп, придбано автоклав.

- КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» - придбано наркозно-дихальний апарат, фіброколоноскоп, операційний стіл, інфузомат, електрокоагулятор, гемолітичний аналізатор; придбано комп'ютери, принтери, сервер для електронного документообігу та інше обладнання, завершено капітальний ремонт теплотраси та капремонт пандусів.

- КНП «Міська комунальна лікарня №3» - придбано комп'ютери, принтери сервер для електронного документообігу, завершено роботи по ремонту системи водопостачання. Проведено ремонти приміщень лікарні.

- На базі Малашівецької амбулаторії завершується створення відділення хоспісної та паліативної допомоги.

- КНП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» - придбано аналізатори, тривають роботи по капітальному ремонту приміщень. Проведено ремонт інфекційно-діагностичного відділення та прилеглої території, від Міжнародного благодійного фонду «МАНУС ДЕІ» отримано сучасну ультразвукову діагностичну систему.

- КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» придбано аналізатори. Тривають поточні ремонти приміщень. Проведено поточний ремонт амбулаторій с. Глядки, с. Курівці.

З метою стабільного функціонування лікувально-профілактичних закладів міста в 2019 році залучено власні позабюджетні надходження в сумі 11204,0 тис.грн (2017 рік – 13356,9 тис.грн). Дані кошти, в першу чергу, направлено на придбання медикаментів – 5020,8 тис.грн та придбання медичного обладнання – 383,5 тис.гривень.

Одним із пріоритетних напрямків амбулаторно-поліклінічної роботи лікувальних закладів м. Тернополя є і залишається підвищення доступності та якості надання медичної допомоги населенню міста. В місті амбулаторно-поліклінічна допомога надавалася 6 поліклініками по обслуговуванню дорослого населення і дитячою поліклінікою, які, як структурні підрозділи, функціонують в ТМЛШМД, ТМКЛ №2, КНП «МКЛ №3», ТМДКЛ, КП «ТМЛДЦ» ТМР та стоматологічними поліклініками. В 2019 році в амбулаторно-поліклінічних закладах міста зареєстровано 2301972 відвідувань, у 2018 році – 2227297. Кількість відвідувань на одного жителя в 2019 році становить 10,5 проти 10,2 в 2018 році.

В умовах адаптації галузі охорони здоров'я України до нових економічних відносин первинній медико-санітарній допомозі відведена провідна роль у медичному забезпеченні населення. В місті Тернополі первинна медична допомога представлена Тернопільським міським комунальним закладом «Центр первинної медико-санітарної допомоги» для обслуговування дорослого населення та поліклінікою Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні для обслуговування дитячого населення [11].

ТМКЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги» створений рішенням 23 сесії Тернопільської міської ради VI скликання від 17.08.2012 року за №6/23/15 та почав надавати первинну медичну допомогу з 18.06.2013 року. Медична допомога закладом надається 180157 мешканцям за дільнично-територіальним принципом. Всього створено 116 дільниць, які об'єднані в 16 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. Медична допомога міською дитячою лікарнею надається 46 тис. дитячого населення. В

поліклінічний підрозділ лікарні входять центральна дитяча поліклініка та 6 педіатричних відділень, розподілених по місту.

Тринадцять амбулаторій ЗПСМ функціонують з дати створення самого ТМКЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги». Ще три відкрито протягом 2017-2019 років. Структурні зміни Центру першочергово направлені на наближення первинної медичної допомоги до пацієнтів, особливо, що стосується віддалених частин міста. Цього вдається досягнути шляхом створення в межах пішохідної доступності нових амбулаторій та через збільшення потужностей уже існуючих. В серпні 2018 року відкрито амбулаторію ЗПСМ №14 на бульварі Куліша, 7а. Із міського бюджету на відкриття даної амбулаторії виділено 1,5 млн.гривень.

Важливим напрямком залишається запровадження електронної системи охорони здоров'я. В місті Тернополі в ТМКЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги» запущено медичну інформаційно-аналітичну систему електронного документообігу, як елемент запропонованої e-Health:

1. За бюджетні кошти (340 тис.грн.) у 2017-2018 роках придбано і впроваджено на існуючих потужностях структурних підрозділів ТМКЗ «ЦПМСД» програму електронного документообігу (далі - Програма);

2. В рамках Програми створено електронний реєстр пацієнтів м. Тернополя («червоний», «зелений»), зберігання інформації в електронній медичній картці пацієнта;

3. Запроваджено формування затвердженої МОЗ аналітично-статистичної інформації в автоматичному режимі (дозволить використати існуючий кадровий потенціал статистичної служби на інших напрямках роботи);

4. В рамках Програми створено «Електронну реєстратуру», яка дозволяє здійснити:

- Електронний попередній запис по телефону на прийом (сьогодні на завтра);
- Електронний запис на прийом по телефону – виклик на дім;
- Електронний запис через мережу Internet – <http://www.medical.te.ua/ua/reg>

5. Також медичною інформаційно-аналітичною системою електронного документообігу запроваджено:

- Ведення оперативного електронного обліку відвідувань закладу пацієнтами у розрізі місяців, днів, тижнів, години звертання (завдяки аналізу цих даних вдалось збільшити бюджет робочого часу лікаря на прийомі (з 3,5 год. до 5 год.), збільшити час прийому одного пацієнта в амбулаторії (20 хв. замість 12 хв.), скоротити час роботи закладу з 19:00 до 18:00 год., а в суботу – з 15:00 до 13:00 год.);

- Ведення електронного обліку та контролю за тимчасовою непрацездатністю;

- Ведення електронного графіку роботи лікаря;

- Формування диспансерних груп пацієнтів

6. У 2017 році у всіх структурних підрозділах ТМКЗ «ЦПМСД» створені локальні комп'ютерні мережі; задіяні у Програмі робочі місця (кабінети лікарів, реєстратури, кабінети статистики, бухгалтерія, кадрова служба) мають доступ до мережі Internet; інформація з амбулаторій зводиться у єдину базу даних, яка зберігається на проміжних і центральному серверах;

7. Закуплене і встановлене у 2017 році обладнання для ТМКЗ «ЦПМСД» дозволило на 100% комп'ютеризувати заклад (з міського бюджету виділено 800 тис. грн);

8. Медичний персонал ТМКЗ «ЦПМСД» протягом 2015-2018 років досяг достатнього рівня кваліфікації для роботи з комп'ютерною технікою і спеціалізованими медичними програмами.

9. Діюча Програма сумісна з існуючими та загальноприйнятими технологіями і легко може бути інтегрована в e-Health.

10. В пріоритеті - проведення на основі Програми оперативних нарад в режимі відео-конференції, впровадження електронного рецепта та застосування Програми як основного елементу створення загальноміського електронного медичного простору обміну даними між закладами первинного і вторинного рівня надання медичної допомоги.

Стаціонарна медична допомога населенню міста в 2019 році надавалась 4 лікувально-профілактичними закладами із загальною потужністю ліжкового фонду 1085 ліжок.

Розвиток стаціонарної медичної допомоги населенню міста здійснюється у напрямку подальшої раціоналізації інфраструктури лікарняних закладів, підвищення економічного використання їх ліжкового фонду, поліпшення якості та ефективності медичної допомоги.

У 2017 році ліжковий фонд по місту збільшився на 40 ліжок за рахунок КП «ТМЛДЦ» ТМР. Забезпеченість ліжками по місту в 2017 році становить 51,6 на 10 тис. населення (2016 рік – 47,1 на 10 тис. населення), по області – 85,8 на 10 тис. населення, по Україні – 71,85 на 10 тис. населення.

За 2019 рік в стаціонарах міста проліковано 34455 хворих (в 2018 році – 30843), в тому числі 6488 – мешканці області та інших областей.

В лікувально-профілактичних закладах міста впроваджені стаціонарозамінні форми надання медичної допомоги.

За 2019 рік число ліжок в денних стаціонарах становить 214 проти 220 у 2018 році. Забезпеченість ліжками денних стаціонарів у 2019 році – 9,8 на 10 тис. населення, в порівнянні з 9,9 на 10 тис. населення в 2018 році (обласний показник становить 15,9 на 10 тис. населення).

В закладах охорони здоров'я міста функціонує розгорнута мережа домашніх стаціонарів для лікування хронічних хворих і хворих, які з деяких причин не можуть відвідувати лікувальні заклади. За 2019 рік зареєстровано стаціонарів вдома - 172 проти 170 за 2018 рік. Слід зазначити, що розвиток стаціонарозамінних форм медичної допомоги на даному етапі є однією із актуальних форм подальшого удосконалення лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Забезпеченість ліжками стаціонарів вдома у 2019 році становить 7,8 на 10 тис. населення, аналогічно з показником в 2018 році. Велика робота проводилася Відділом охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради і лікувально-профілактичними закладами щодо

надання медичної допомоги учасникам АТО. На медикаментозне забезпечення учасників АТО у 2018 році комплексною міською Програмою «Здоров'я тернополян» на 2016-2018 роки» направлено і використано 840,0 тис.грн проти 585,0 в 2015 році. Військові зверталися за медичною допомогою у різних напрямках – лікування хронічних хвороб, реабілітація, лікування та протезування зубів та інші. Також ми створили реєстр учасників АТО – у місті Тернополі сімейні лікарі здійснювали «подворові обходи» і залишали пам'ятки для бійців з необхідною інформацією.

Медичну допомогу учасникам АТО у 2018-2019 роках надавали 5 лікувальних установ міста Тернополя (таблиця 2.5).

Таблиця 2.5 - Допомога учасникам АТО за 2018-2019 роки

Лікувальні заклади міста	2018 рік (грн)	2019 рік (грн)	Відхилення абс (2019 р. до 2018р.)
ТМКЛШД	122000	55000	-67000
ТМКЛ №2	60000	55000	-5000
МКЛ №3	42000	50000	8000
ТМКЗ «ЦПМСД»	15000	110000	95000
ТМКСП	341000	570000	229000
Всього	585000	840000	260000

Тобто, видатки на медичну допомогу учасникам АТО в 2019 році зросли в 1,4 рази в порівнянні із 2018 роком.

Демографічна ситуація в місті залишається стабільною. Народжуваність переважає над смертністю. Так, за 9 місяців 2019 року в місті народилось 2146 новонароджених (у 2018 році – 2226). Смертність дітей першого року життя - це показник, що найбільше адекватно характеризує рівень організації медичної допомоги дітям. Показник дитячої смертності по місту за 9 місяців 2019 року становить 2,2 на 1000 новонароджених (5 дітей). За 9 місяців 2018 року показник дитячої смертності становив 6,7 (15 дітей). Ефективним шляхом зменшення дитячих втрат є впровадження сучасних перинатальних технологій для запобігання патологічним станам у породіль та немовлят, створення умов

для безпечних пологів, ефективного своєчасного лікування станів, що виникають у перинатальному періоді. В пологових відділеннях впроваджені новітні технології (індивідуальні сімейні пологові зали, «тепловий ланцюг», школа «відповідального батьківства», раннє прикладання до грудей, рання виписка), всі післяпологові палати працюють в режимі спільного перебування матері і дитини. Функціонує палата інтенсивної терапії для новонароджених. Створено умови для надання невідкладної допомоги маловаговим новонародженим. У жовтні 2009 року міська лікарня №2 акредитована на звання «Лікарня доброзичлива до дитини». Рододопомога орієнтована на участь сім'ї.

В структурі дитячої смертності переважають перинатальні втрати, як і в попередні роки.

Ефективним шляхом зменшення дитячих втрат є впровадження сучасних перинатальних технологій для запобігання патологічним станам у породіль та немовлят, створення умов для безпечних пологів, ефективного своєчасного лікування станів, що виникають у перинатальному періоді. На базі Тернопільської комунальної міської лікарні №2 відкрито Перинатальний центр II-го рівня, що дасть змогу забезпечити належні умови первинної реанімації новонароджених із використанням сучасного обладнання та нових досягнень медицини. В Перинатальному центрі впроваджено технології для запобігання патологічним станам у породіль та немовлят, створені умови для безпечних пологів, ефективного своєчасного лікування станів, що виникають у перинатальному періоді, що є ефективним шляхом зменшення дитячих втрат.

На придбання нового медичного обладнання з міського бюджету виділено майже 3 млн.грн та закуплено ліжка-трансформери, УЗД-апарат, інкубатор для новонароджених, дихальний апарат.

Також ТМКЛ №2 акредитована на звання «Лікарня доброзичлива до дитини», отримала міжнародний сертифікат якості ISO 9001. У пологовому відділенні ТМКЛ №2 працівники відділу державної реєстрації актів цивільного

стану Тернопільського міського управління юстиції видають свідоцтва про народження.

У структурі поширеності захворювань за класами хвороб перше місце посідають хвороби системи кровообігу, друге - хвороби органів дихання, третє - хвороби органів травлення.

В структурі первинної захворюваності перше місце посідають хвороби органів дихання, що становлять 46,1%. Друге місце – хвороби органів сечостатевої системи (9,0 %). Третє місце – хвороби кістково-м'язевої системи (7,5 %).

Ситуація по туберкульозу в місті залишається складною, але керованою і відповідає загальнодержавним та обласним тенденціям: так, за підсумками 9 місяців 2019р. спостерігається дещо збільшення захворюваності туберкульозом серед населення міста. Рівень захворюваності всіх форм становить 58 випадків проти 54 за аналогічний період 2018р., інтенсивний показник – 26,7 проти 24,9 на 100 тис. населення, збільшення на 7 %. Питома вага бацилярних форм туберкульозу по місту становить – 15,7. За 9 місяців 2019 рік зареєстровано 34 випадки туберкульозу з бактеріовиділенням проти 22 у 2018 році, інтенсивний показник – 15,7 проти 10,1 на 100 тис. населення. З початку року зареєстровано 27 випадків деструктивних форм туберкульозу проти 18 за аналогічний період минулого року, інтенсивний показник склав 12,4 випадків проти 8,3 випадків на 100 тис. населення. Захворюваності на туберкульоз серед дитячого населення не зареєстровано. У Всеукраїнський день боротьби із захворюванням на туберкульоз (24.03.2020 року) проводилось обстеження пересувним флюорографом на Театральному майдані.

Високим залишається в місті рівень онкологічної захворюваності, яка займає 2-ге місце в структурі захворюваності і смертності населення. В комплексній міській Програмі «Здоров'я громади» на 2019-2021 роки» передбачено заходи, направлені на профілактику, раннє виявлення і своєчасне лікування онкологічних захворювань. За 9 місяців 2019 року захворюваність на злоякісні захворювання дещо зменшилася і становить 256,9 на 100 тис.

населення проти 257,9 на 100 тис. населення за аналогічний період 2018 року, зросло число занедбаних форм онкозахворювань з 19,4 % до 25,5 % за 9 місяців 2019 року.

Первинний вихід на інвалідність серед тернополян складає 680 випадків проти 590.

Зміни демографічних показників (народжуваність, смертність, природний приріст) по місту Тернополю та області представлено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 - Демографічні показники за 2017 – 2019 роки

№ п/п	Найменування адміністративної території	Народжуваність			Смертність			Природний приріст		
		2017р.	2018р.	2019р.	2017	2018	2019	2017	2018	2019
1	м. Тернопіль	14,8	13,7	13,7	7,6	8,1	8,6	6,9	5,6	5,1
2	Область	10,95	10,1	9,32	14,19	14,3	14,03	-3,2	-4,2	-4,7

Отже, у 2019 році показник народжуваності становив 13,7 на 1000 середньорічного населення (відповідно 2018 рік – 13,7); смертність по місту становить 8,6 (у 2018 році – 8,1), природній приріст по місту - +5,1 (2018 рік - +5,6), на відміну від обласного (-4,7) та по Україні (-3,9).

Для оптимальної реалізації завдань, що стосуються розвитку галузі охорони здоров'я міста, у 2019 році відділом охорони здоров'я та медичного забезпечення було прийнято ряд управлінських організаційних рішень:

1. В рамках підписаного в листопаді 2018 року Меморандуму про співпрацю між Відділом охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради і ТЗОВ «Магнетікван муниципальні технології» в поліклінічних підрозділах та амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини впроваджено соціальний проект «Оцінка якості надання медичних послуг». Цей проект спрямований на покращення сервісу в лікувальних закладах міста. Одним з елементів програми є розміщення таблички на дверях кабінетів працівників медичних закладів, на якій є запитання до пацієнтів: «Чи відповідає вашим очікуванням рівень наданих лікарем послуг?». Пацієнти мають змогу

надіслати відповідь «так» або «ні» за допомогою SMS-повідомленням на вказаний номер, скористатися QR-кодом або URL посиланням.

Після відповідної статистичної обробки дані надаються керівникам для аналізу, оцінки роботи медичних працівників та прийняття управлінських рішень.

2. Вдосконалено систему обігу благодійних коштів - відповідно до наказу відділу від 04.10.2016 №135 лікувальні заклади міста щомісячно інформують громадськість про надходження та використання благодійних внесків;

3. В 2018 році впроваджено електронний реєстр наявних медикаментів в ЛПЗ міста на сайті відділу <http://www.zdorov.gov.ua> (інформація оновлюється щопонеділка);

4. Важливим залишається співпраця з міжнародними партнерами в галузі охорони здоров'я з метою отримання кращих практик, обміну досвідом. Так, у 2017-2018 роках відділ підписав ряд угод та меморандум по співпрацю:

- в травні 2017 року в м. Батумі (Грузія) підписано Меморандум про співпрацю між відділом охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради та Міністерством охорони здоров'я і соціального захисту Аджарської Автономної Республіки;

- в серпні 2017 року Угоду про співпрацю підписано між відділом охорони здоров'я та медичного забезпечення, Українською Центральною Репрезентацією в Аргентинській Республіці та Українським національним комітетом Міжнародної торгової палати;

- в рамках співпраці Тернопільської комунальної міської лікарні № 2 з містом Тарнув (Польща) проходить постійний обмін медичними спеціалістами з можливістю стажування тернопільських медиків в шпиталі ім. Щекліка в м. Тарнув, Польської республіки.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Реформування фінансування на прикладі КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Реформування в галузі охорони здоров'я торкнулося і КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» (Лікарня).

Насамперед, це стосується оптимізації ліжкового фонду, який розгорнуто в Лікарні. Якщо до 2017 року в Лікарні було 265 ліжок, то в 2017 році їх стало 255 (тобто було скорочено 10 ліжок, або на 4 відсотки у порівнянні із 2016 роком) та у 2019 році їх стало 215 (тобто було скорочено 10 ліжок, або на 16 відсотків у порівнянні із 2017 роком) [14].

Наслідком цього стало те, що медична допомога почала надаватися на більш високому професійному рівні завдяки впровадженню нових методів лікування на основі затверджених протоколів лікування, що дало змогу скоротити період середню тривалість лікування громадян.

Якщо середнє перебування хворого на лікуванні в 2017 році становило 10,3 ліжко-днів, то у 2019 році склало 9,7 ліжко-днів, або зменшилося на 6 відсотків.

При переході Лікарні в статус комунального некомерційного підприємства розширилися і повноваження керівника (до 2017 року – головного лікаря, з 2017 році – директора КНП), а саме:

- директор КНП отримав можливість приймати рішення щодо розподілу отриманого фінансування;
- які напрямки медичної допомоги потрібно посилити, а від яких, можливо відмовитися.

Велика самостійність допоможе ефективніше розпоряджатися отриманими коштами – наприклад, заощадивши на якихось витратах, направляти їх на закупівлю необхідного обладнання.

Раніше всі невикористані кошти закладу повинні були повертатися до бюджету.

Це дало змогу провести реорганізацію штатної чисельності працівників та раціональніше використовувати наявні фінансові ресурси для придбання нового обладнання, а також матеріально стимулювати працівників, які працюють в найбільш небезпечних структурних підрозділах [14].

Якщо до 2017 року кількість штатних працівників розраховувалася у певній пропорції до чисельності прикріпленого населення, то із 2017 року штатна чисельність працівників визначається у відповідності до головних завдань та критеріїв лікування, розроблених МОЗ України.

Так, якщо в 2017 році в штатному розписі було затверджено 607,25 штатних одиниць, то у 2018-2019 роках – 505,25 штатних одиниць, тобто було скорочено 102,0 штатних одиниць, що склало 17 відсотків до чисельності 2017 року. Скорочення штатних одиниць не означає масового скорочення чисельності працівників.

Наслідком такого скорочення штатних одиниць стало більш продуктивне використання наявного потенціалу працівників [14].

В ході дослідження було проаналізовано напрям використання коштів на придбання нового медичного обладнання за 2017-2019 роки та за 9 місяців 2020 року. Даний аналіз показує, що видатки на його придбання за 2017-2019 роки та за 9 місяців 2020 року постійно зростали.

Так, якщо у 2017 році видатки на придбання нового медичного обладнання склали 875,7 тис.грн, то у 2018 році – 2660,0 тис.грн (що в 3 рази більше, ніж у 2017 році), у 2019 році - 1197,1 тис.грн (що в 1,4 рази більше, ніж у 2017 році), за 9 місяців 2020 року - 13333,9 тис.грн (що в 15,2 разів більше, ніж у 2017 році).

Серед основних - це гематологічний аналізатор вартістю 250,0 тис.грн, автоматичний біохімічний аналізатор - 433,4 тис.грн, мобільна рентгеноскопична система ІМАХ 112С - 1944,2 тис.грн, бронхоскоп FB-15R - 589,7 тис.грн, апарати ШВЛ - 12517,7 тис.грн та багато іншого.

Це не означає, що видатки на утримання даного лікувального закладу скорочувалися впродовж 2017-2019 років.

Навпаки, на утримання КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» у 2020 році передбачено видатки в сумі 85995,2 тис.грн, що на 91,1 відсотків більше ніж в 2019 році, в тому числі на виплату заробітної плати з нарахуванням – 39060,6 тис.грн, що більше ніж у 2019 році на 20,6 відсотків. Динаміку видатків на утримання КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» представлено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 - Динаміка видатків на утримання КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» у 2017-2019 роках

Найменування видатків	2017 рік (тис.грн)	2018 рік (тис.грн)	2019 рік (тис.грн)	Відхилення (2019 р. до 2018 р.)
Заробітна плата	28136,9	29187,8	32393,7	3205,9
Медикаменти	1516,6	1535,9	1989,9	454
Продукти харчування	911,3	1066,1	1240,0	173,9
Оплата енергоносіїв	3694,3	4114,6	3961,9	-152,7
Інші видатки	5983,7	8482,9	5423,7	-3059,2
ВСЬОГО:	40242,8	44387,3	45009,2	621,9

Таким чином, видатки на утримання КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» впродовж 2017-2019 років постійно зростали [14].

В ході дослідження було проведено аналіз структури видатків на утримання КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», який показано на таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 - Структура видатків на утримання КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»

Найменування видатків	2017 рік		2018 рік		2019 рік	
	сума (тис.грн)	%	сума (тис.грн)	%	сума (тис.грн)	%
Заробітна плата	28136,9	70	29187,8	66	32393,7	72
Медикаменти	1516,6	6	1535,9	3	1989,9	4
Продукти харчування	911,3	2	1066,1	2	1240,0	3
Оплата енергоносіїв	3694,3	9	4114,6	10	3961,9	6
Інші видатки	5983,7	12	8482,9	19	5423,7	15
Разом	40242,8	100	44387,3	100	45009,2	100

Проведений аналіз структури видатків на утримання КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» за 2019 рік, бачимо, що видатки:

- на заробітну плату склали 72%;
- на медикаменти склали 4%;
- на продукти харчування склали 3%;
- на оплату енергоносіїв склали 6%;
- з оплати інших видатків склали 15%.

3.2 Алгоритм змін в управлінні фінансовими ресурсами охорони здоров'я на місцевому рівні

З метою забезпечення прозорості і публічності в сфері охорони здоров'я слід наділити певними функціями контролю громадські організації та їхні об'єднання. Це сприятиме посиленню зацікавленості громадян в успішному вирішенні питань охорони здоров'я.

Держава у свою чергу має створити всі умови для розвитку громадського сектора в охороні здоров'я. Запровадити на місцевому рівні діяльність громадських рад для представлення інтересів і впливу громадськості на систему охорони здоров'я, проводити широку інформаційно-просвітницьку роботу із залученням відповідних державних і громадських інституцій, спрямовану на підвищення компетентності та обізнаності громадян щодо проблем функціонування системи охорони громадського здоров'я. Але контроль з боку

державних органів та громадських організацій повинен здійснюватися в розумних пропорціях, із збереженням вертикалі керування охороною здоров'я та недопущенням перетягувань громадськими організаціями повноважень.

Управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні через неадекватність законодавчих актів є неефективним, а повноваження окремих його ланок не може забезпечити сучасні суспільні потреби.

У відносинах між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування спостерігається окрема невизначеність у їх повноваженнях. Виходячи з цього, треба визнати, що основними принципами реформування державного управління та місцевого самоврядування повинні бути децентралізація, субсидіарність, партнерські стосунки між органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, міжсекторальна взаємодія.

До подальших напрямів поглиблення досліджень можна віднести необхідність створення в системі охорони здоров'я України на основі об'єднання принципів централізації згори (на рівні органів управління) і децентралізації знизу (на рівні лікувальних закладів), що дасть можливість запропонувати нові механізми управління, значно поліпшити стан надання послуг з охорони суспільного здоров'я населенню.

Тому, базуючись на знаннях значних проблем в організації надання медичної допомоги населенню та реформування самої системи охорони здоров'я в Україні, опрацьованих в літературних джерелах теоретичних і практичних розробок, що стосується змін та реформування галузі, приведення її до вимог адекватних часові, а також на особистому практичному досвіді, – нами запропоновано власний варіант моделі побудови організаційно-правових засад державного управління охороною здоров'я на регіональному, районному та на рівні територіальних громад.

Під час дослідження показників діяльності лікувальних закладів м. Тернополя виявлено, що ситуація в галузі потребує більшої гнучкості та ефективності діяльності КНП. Ці вимоги продиктовані наступним:

- хронічне недофінансування галузі;
- дефіцит бюджету на 2018 рік та тенденції фінансування державою ЗОЗ в цілому;
- громіздка та економічно неефективна система охорони здоров'я міста;
- дублювання функцій та фінансування;
- нераціональне використання існуючих ресурсів;
- невідповідність доходів і витрат КНП.

В зв'язку з пасивністю керівників КНП та відсутністю конструктивних пропозицій по модернізації закладів ОЗО міста, прийнято рішення запросити незалежних аудиторів для оцінки ефективності існуючої моделі та пропозицій щодо її вдосконалення. Аудит проведений ГО «Громадська спілка з реорганізації системи охорони здоров'я України» на основі офіційних статистичних даних і був представлений громадськості в міській раді 30 травня 2018 року.

Результати аудиту виявили суттєвий дисонанс між потребою і наявними ресурсами, диспропорцію фінансування первинної та вторинної ланки (30/70), надлишок ліжок стаціонарної допомоги, дублювання функцій та фінансування, недостатнє використання статусу КНП, тощо.

Аудиторами було запропоновано реформування управління фінансовими ресурсами медичної галузі, що полягало в наступному:

1. Скорочення ліжок.
2. Виведення з бюджетного фінансування лікарні швидкої допомоги та стаціонару дитячої лікарні з передачею функцій іншим лікувальним закладам.
3. Підписання між містом і областю Меморандуму про спільне вирішення медичних проблем в рамках єдиного медичного простору.
4. Модернізація інших закладів.

5. Перерозподіл функцій та фінансування між первинною та вторинною ланками (70/30).

Запропонована аудиторами модель виявилася надто радикальною, тому відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення запропонував своє бачення, більш адаптоване до реалій, яке полягає в наступному:

1. пріоритетність фінансування і розвитку первинної ланки.
2. виключення дублювання функцій та фінансування.
3. спеціалізація і модернізація закладів ОЗО відповідно до їх функцій з подальшим ускладненням Угоди між міською радою та КНП на муніципальні замовлення.
4. введення системи моральних і матеріальних стимулів для медиків.
5. посилення соціального захисту медичних працівників (медичне страхування).
6. створення сприятливих умов для господарської роботи (комерційної) роботи КНП та розширення спектру їх діяльності (гемодіаліз, хоспіс, госпрозрахункові відділення, тощо).
7. залучення інвестицій та інших ресурсів до діяльності галузі (медичне страхування, лікарняні каси, тощо).

На виконання цих завдань, нами було запропоновано Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради алгоритм змін, який зображено на рисунку 3.1.

Дана модель передбачає утворення чіткої вертикалі на рівнях органів управління, розвиток горизонтальних зв'язків на усіх рівнях управління, тобто – централізація зверху (на рівні органів управління) та децентралізація знизу, на рівні лікувально-профілактичних закладів.

Запропонована модель базується на декількох особливостях системи охорони здоров'я: цілісність, виявляється в єднанні усіх складових елементів управління; ієрархічність структури, пов'язана з підпорядкуванням одних елементів іншим і багаторівневою організацією; наявність різноманітних зв'язків, як горизонтальних, так і вертикальних та, основне, зворотного зв'язку;

структурність, що характеризує визначену стійку організацію взаємозв'язку і взаємозалежності (рисунку 3.2).

АЛГОРИТМ ЗАПРОПОНОВАНИХ ЗМІН

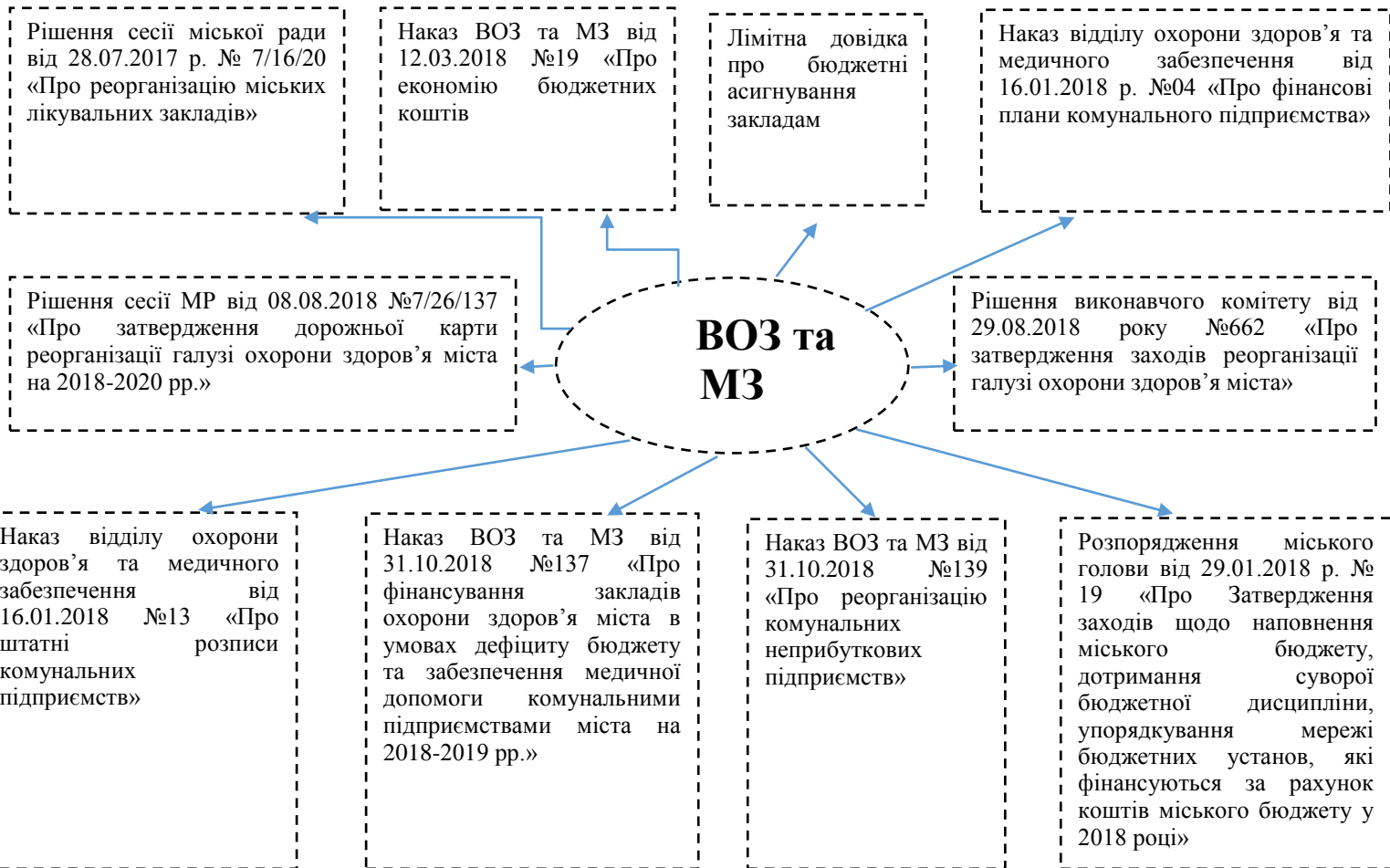


Рисунок 3.1 - Алгоритм запропонованих змін Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення

Як показано вище, головними діючими особами в системі охорони здоров'я на обласному та районному рівнях є органи державного управління загальної та спеціальної (галузевої) компетенції.

Особливістю та умовою є те, що на районному рівні керівництво охороною здоров'я має здійснювати відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації. До повноважень відділу належить увесь спектр управління та координації питань охорони громадського здоров'я на території району.

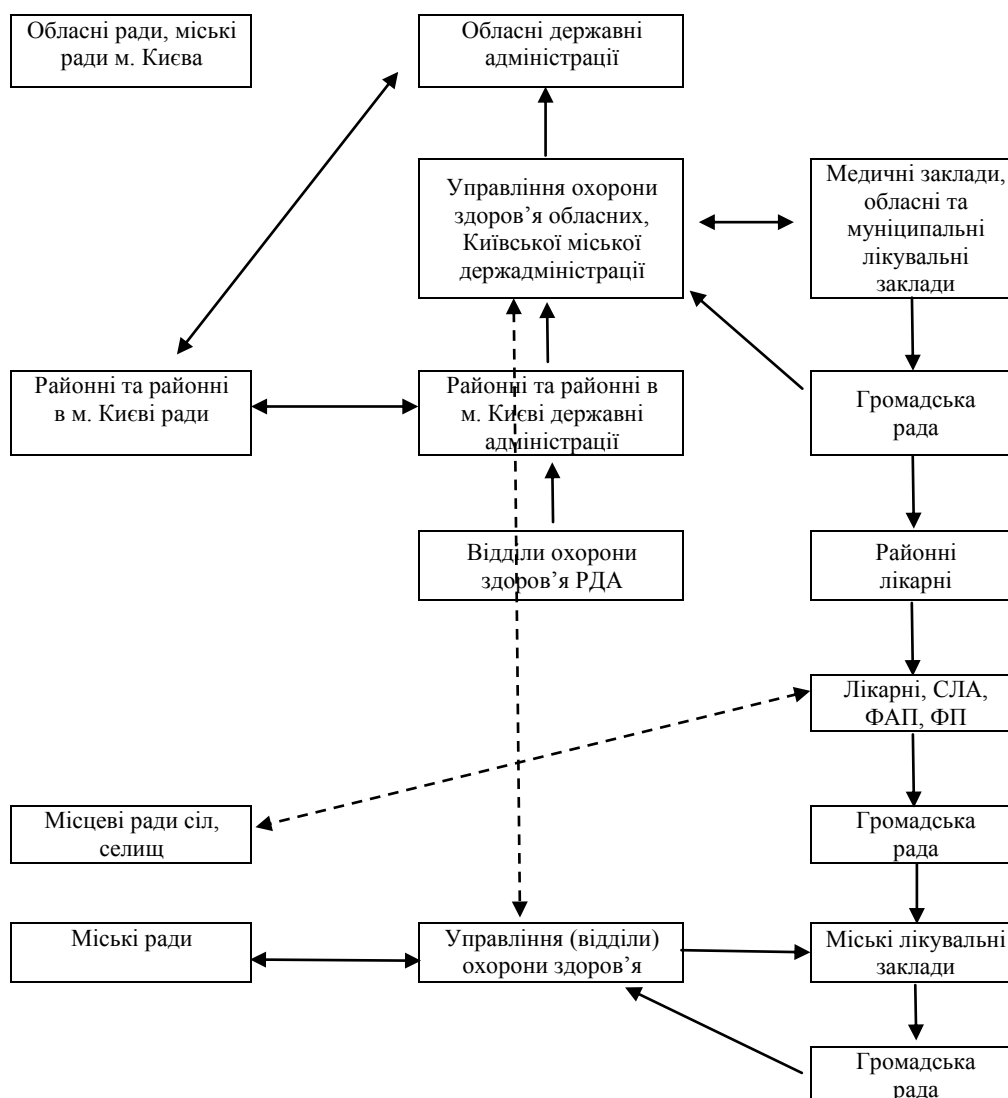


Рисунок 3.2 - Концептуальна модель державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні

Умовні позначення:

- > адміністративне підпорядкування (управління)
 - - - - - функціональне підпорядкування (опосередкований вплив)

Управління охороною здоров'я міст – обласних центрів та великих міст, згідно із Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», здійснюють органи управління, утворені місцевими радами.

Особливу увагу у запропонованій нами моделі, слід звернути на управління охороною здоров'я на рівні сіл та селищ. Згідно з нашими

пропозиціями повнота організації медичної допомоги на цих територіях забезпечується районною владою.

Для повного розуміння схеми управління необхідне роз'яснення щодо взаємодії усіх структур, включно з лікувальними закладами.

Саме у запропонованій нами моделі державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях, між органами управління та лікувальними закладами передбачено горизонтальні взаємодії, зв'язки та відносини (рисунок 3.2).

Для повного розуміння запропонованої нами моделі управління, потрібно зазначити порядок взаємодії між органами управління медичною галуззю та медичними закладами на усіх рівнях та їх фінансування. На сучасному етапі функціонування охорони здоров'я очевидна неефективність інтегрованої моделі управління. Перехід від інтегрованої моделі управління охороною здоров'я до моделі договірних відносин, здійснений у більшості розвинених країн світу, показав свою ефективність і в Україні в якості пілотних проєктів.

Місцеві органи управління охороною здоров'я, що є підрозділами (на обласному, районному або міському рівнях) державних адміністрацій, або міських рад мають діяти як замовники (платники) і виконувати функцію первинного розподілу бюджетних коштів, а також забезпечувати закупівлю медичних послуг для територіальної громади. Бюджети доходів і витрат повинні ухвалюватися (на регіональному або місцевому рівнях) державною адміністрацією, або відповідною радою.

Проєкт структури штатного розпису Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення міста представлено на рисунку 3.3.

До повноважень Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради належить увесь спектр управління та координації питань охорони громадського здоров'я на території району.

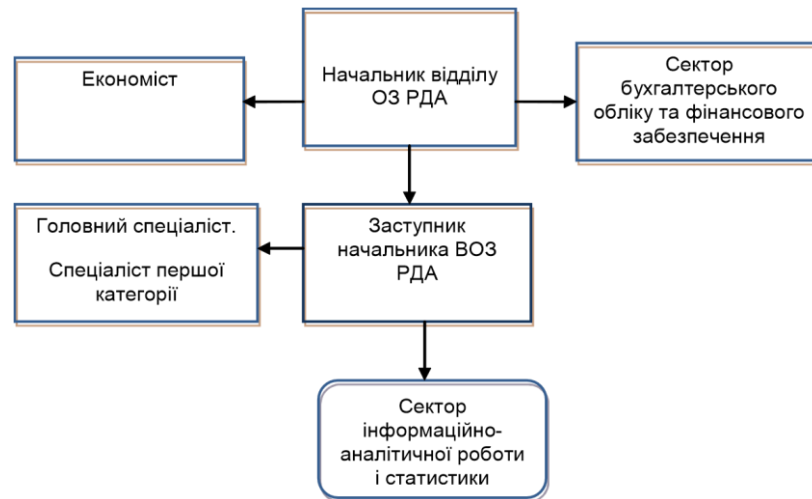


Рисунок 3.3 - Проект структури штатного розпису відділу охорони здоров'я міста

Враховуючи наявний кадровий потенціал та наявне технічне забезпечення, необхідно провести оптимізацію його штатної чисельності шляхом розширення посадових обов'язків працівників та підвищення їх оплати праці; модернізації існуючої комп'ютерної мережі із запровадженням електронного обігу документів, застосування комп'ютерної обробки документів та різних форм звітності не лише за місяць, але і за менш короткі періоди (подекададно або за тиждень чи інший період).

Водночас в якості автономних місцевих постачальників (виробників) медичних послуг з власним статутом і статусом юридичної особи, що діють як неприбуткові медичні підприємства виступають лікувальні заклади усіх рівнів.

Між державним покупцем і автономними постачальниками медичних послуг складається угода у вигляді контракту, що має юридичні зобов'язання. Контракт визначають як письмову угоду між двома сторонами, що є обов'язковою для виконання. Власне кажучи, контракт – це затвердження прав і зобов'язань кожної сторони даної угоди. У сфері охорони здоров'я договірні сторони – це замовник та постачальник медичних послуг.

При кожному органі галузевої компетенції передбачено створення Громадських Рад, які на рівні областей та районів затверджуються

розпорядженням голів місцевих державних адміністрацій, а на рівні міст, розпорядженням міських голів. Метою їх створення є залучення громадян і пацієнтів до прийняття рішень, які впливають на діяльність системи охорони здоров'я.

Таким чином, за умови застосування розробленої нами моделі управління охороною здоров'я має відбутися кардинальний перерозподіл управлінсько-владних повноважень між наявними в Україні рівнями управління. Використання описаної моделі не передбачає руйнування існуючої системи охорони здоров'я регіону, оскільки це вимагає досить великих витрат. І, нарешті, модель не потребує створення структур, що спричинило б не обгрунтовані і досить значні витрати, а лише тих через яких здійснення управління буде адекватним часові. Переваги процесу еволюційних змін системи охорони здоров'я ще і в тому, що тільки так можна управляти обмеженими ресурсами, проводити зважену, збалансовану політику, щодо реформування галузі.

У разі, якщо в Україні в найближчі роки не буде прийнято відповідного політичного рішення про запровадження соціального медичного страхування, то запропонована нами модель могла б стати якщо не постійною, то принаймні тимчасовою і досить ефективною альтернативою, яка б дозволила підготувати систему до ефективного запровадження медичного страхування й уникнути багатьох проблем, пов'язаних з переходом до страхування. Крім того, вона могла б відіграти роль певної перехідної моделі, в рамках якої були б відпрацьовані такі спільні для обох моделей принципові механізми та інструменти як договірні відносини, автономізація постачальників медичних послуг, контроль якості тощо.

Отже, запропонований варіант структури управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях відповідає усім принципам і підходам у реформуванні з урахуванням сучасного стану галузі, а також економічного та політичного стану у державі. Тобто зберігається горизонтальна взаємодія та чітко зрозуміла вертикаль взаємодії структур, які забезпечують управління

охороною здоров'я. Це дає можливість без кардинальних змін адекватно управляти галуззю, запроваджувати ринкові механізми.

3.3 Удосконалення основних механізмів реформування охорони здоров'я та пропозиції щодо розвитку медичної галузі

Реформування галузі розпочалася з первинної ланки медицини. Лікар первинної ланки – сімейний лікар - це спеціаліст, який має вичерпну інформацію про стан здоров'я громадянина, яка знаходиться в електронній системі охорони здоров'я – eHealth. У випадку коли громадянин перейде до іншого лікаря, уся інформація буде доступною.

Обов'язком сімейного лікаря є вчасне попередження або виявлення захворювання на ранній стадії та надання невідкладної допомоги при гострих станах і раптових погіршеннях стану здоров'я.

З початку 2018 року сімейні лікарі отримують фінансування за новою моделлю – щорічну капітацію за обслуговування кожного пацієнта, з яким він підписав декларацію.

Підписуючи декларацію, пацієнт повідомляє Національну службу здоров'я України (далі - НСЗУ) (центральний орган виконавчої влади) про вибір сімейного лікаря. На основі цієї інформації, занесеної в реєстр, НСЗУ обчислює кошти, які за контрактом має отримати медична практика, де прикріпився пацієнт.

НСЗУ – це центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері фінансування медичного обслуговування та:

- проводить моніторинг, аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- замовляє послуги у медичних закладів та лікарів-ФОП за програмою медичних гарантій;
- вносить пропозиції щодо тарифів на медичні послуги;
- здійснює відшкодування вартості ліків;

- контролює цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій;

- отримує та обробляє персональні дані та іншу інформацію про пацієнтів і надавачів медичних послуг, з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;

- забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Прозорість роботи та громадський контроль за діяльністю НСЗУ забезпечуватиме Рада громадського контролю, яка:

- отримує інформацію про діяльність, виконання завдань НСЗУ;

- розглядає звіти НСЗУ і надає висновки щодо них;

- має інші права, передбачені Положенням про Раду громадського контролю.

В свою чергу НСЗУ (як центральний орган виконавчої влади) підконтрольна Рахунковій палаті, Державній аудиторській службі, а також антикорупційним органам – Національному антикорупційному бюро та Національному агентству з питань запобігання корупції.

В ході дослідження проаналізовано позитивні сторони роботи із НСЗУ для медичних закладів міста у порівнянні із наданням субвенції, а саме:

1. Документообіг.

Як тільки заклад починає працювати з НСЗУ, більшість документів переходить в електронну форму, зменшується перелік і наявність документів на паперових носіях, а звітність максимально автоматизується.

При наданні лікувальному закладу субвенції необхідно було підготувати необхідну документацію на паперових носіях:

- проектну заявку з детальним описом проекту;

- підготувати та надати кошторис витрат з детальними розрахунками усіх майбутніх витрат;

- надавати необхідні статистичні дані про захворюваність населення, особливо при наданні субвенції на відшкодування лікарських засобів.

Лікувальні заклади, які отримували субвенції, зобов'язані були щомісячно складати та подавати фінансову та бюджетну звітність про її використання, що ускладнювало процес отримання і використання коштів на потреби медицини (придбання медикаментів, проведення капітальних ремонтів приміщень, інших необхідних першочергових видатків), а в окремих випадках – лише часткового їх використання в поточному році (невикористаний залишок субвенції підлягав поверненню до розпорядників субвенції за місцевими бюджетами).

Отже, співпраця з НСЗУ є більш ефективною і прозорою, водночас стає менш затратною, що в свою чергу приведе до суттєвого зменшення документів на паперових носіях, видатків на придбання паперу та оптимізації наявних штатних одиниць в лікувальних установах.

2. Фінансування.

За субвенцією об'єм фінансування залишити на рівні 2019 року. При переході на прямі виплати від НСЗУ заклади отримають більше коштів.

Розглянемо це на прикладі КНП «Тернопільської міської комунальної лікарні № 2», яка підпорядкована Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Якщо в 2019 році даному закладу було виділено субвенції в сумі 3,3 млн.грн, то при укладенні угоди із НСЗУ даний лікувальний заклад міг би отримати коштів на суму понад 4,5 млн.гривень.

3. Зарплати.

З переходом в статус КНП та укладенням контракту з НСЗУ медичні заклади зможуть підвищити зарплати медпрацівникам та самостійно приймати рішення щодо своїх бюджетів, керівники мають можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників (які допускаються діючим законодавством) з урахуванням складності виконаної роботи, фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами.

До переходу лікувальних установ в статус КНП, нарахування заробітної плати працівникам проводилося згідно встановлених тарифних розрядів на основі Єдиної тарифної сітки, що унеможливило її регулювання (збільшення або зменшення розмірів посадових окладів в залежності від внеску того чи іншого працівника у розвиток установи).

Окрім вищевказаних переваг, підвищиться і якість обслуговування, бо заклади будуть конкурувати за пацієнта, адже за ним «прийдуть» гроші; пацієнту надається можливість вільного вибору лікаря і лікарню без грошових внесків та «подяк», оскільки держава оплачує конкретний пакет послуг первинної допомоги.

Поняття «гідної зарплатні» є індивідуальною для кожного лікаря. Дохід прямо залежатиме від кількості та віку пацієнтів, а також від податкового режиму, в якому працює лікар (як найманий працівник у закладі первинної медичної допомоги або як фізична особа-підприємець).

Усі розрахунки робляться за практикою з навантаженням у 2000 пацієнтів. Згідно з законопроектом медичної реформи (№ 6327) розрахунки компоненту праці лікарів мають робитися із розрахунку 250% від середньої зарплати по країні. Сьогодні це близько 25000 гривень.

Витрати практики поділяються на ті, які залежать від кількості пацієнтів і ті, які є постійними (оренда, комунальні витрати тощо).

Розраховуючи баланс прибутків-витрат медичної практики, варто брати до уваги кількість приписаних пацієнтів, які покривають постійні видатки конкретної практики - це межа фінансової спроможності практики.

Усі приписані понад ці межі пацієнти будуть дещо підвищувати витрати і приносити медичній практиці основний прибуток.

Тобто, невелика різниця в 100-200 пацієнтів може давати суттєве підвищення чистого прибутку практики, якщо це пацієнти – понад межі фінансової спроможності практики.

Проаналізувавши стан укладення декларацій між пацієнтом і сімейним лікарем на базі Центру первинної медико-санітарної допомоги міста Тернополя

за 2019 рік, можна зробити висновок, про те, що всі сімейні лікарі набрали необхідну кількість пацієнтів (2000 осіб). А це означає, що лікар первинної ланки буде отримувати в рік близько 850-1000 тис. гривень на свою практику.

З огляду на інфляцію у трирічній бюджетній резолюції закладена сума в 370 гривень в середньому за пацієнта на 2018 рік і 450 гривень на 2019 рік. Ця сума може зростати і далі зі зміною кількості послуг, які надає сімейний лікар.

Потужна первинна ланка є найбільш ефективним методом контролю медичних ризиків населення. В усіх країнах з подібною системою є головним напрямком фінансового стимулювання в системі.

У 2018-му році попередньо планувалася подвійна ставка за пацієнта до 5 років та для людей старших за 65 років, за пацієнтів 6-17 років та 40-65 років планується ставка 1,2 та в подальшому - додати статеві коефіцієнти.

Проаналізувавши основну документацію сімейного лікаря - Медичні картки амбулаторного хворого, ми переконалися в тому, що сімейний лікар:

- спостерігає за станом здоров'я пацієнтів із використанням різного виду досліджень, проводить діагностику та лікування найбільш поширених хвороб;
- супроводжує пацієнтів із хронічними захворюваннями;
- надає невідкладну допомогу;
- направляє пацієнта для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- проводить профілактику (вакцинацію, огляди та дослідження пацієнтів з груп ризику), надає консультації, виписує довідки, лікарняні листки;
- призначає ліки та виписує рецепти, за якими, у тому числі, можна отримати препарати за програмою відшкодування вартості ліків «Доступні ліки» (програма буде розширюватися).

Одним із важливих етапів реформування медичної галузі міста є автономізація лікувальних закладів, оскільки тільки медичні заклади у статусі комунальних некомерційних підприємств зможуть укласти договори з НСЗУ та отримувати пряме фінансування за надані послуги з Державного бюджету.

Медичні заклади стають такими самими підприємствами, як і всі інші. Досі вони працювали як бюджетні установи за радянськими нормами через вертикальне управління. Їх керівники не мали свободи і керувалися вказівками згори у вигляді наказів. Закон № 2002 про автономізацію медичних закладів дозволяє медичним закладам повноцінно господарювати та розширює їх права до рівня всіх інших суб'єктів господарювання України включно з правом підписувати контракти, мати свій рахунок та встановлювати рівень заробітної плати без прив'язки до тарифної сітки.

Зокрема:

- керівник підприємства отримує значно більшу, ніж керівник бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;

- має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;

- фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;

- медичні заклади мають право мати власний рахунок у держбанку;

- медичні заклади мають право утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів;

- медичні заклади мають можливість наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Усі лікувальні заклади міста реорганізовано у комунальні некомерційні підприємства, що дало можливість забезпечити заклади новою комп'ютерною технікою, підключитися до електронної системи охорони здоров'я, отримати електронні цифрові підписи закладу та лікарів.

Удосконалення структурної організації системи охорони здоров'я полягає, передусім, у чіткому розмежуванні первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги.

Робота первинної та вторинної ланки узгоджується через систему e-Health, де зберігається вся інформація про направлення пацієнтів лікарями на відповідний рівень надання медичної допомоги.

Головні зміни, які відбулися на вторинній і третинній ланках – це перехід на фінансування за обсягом наданих послуг, впровадження конкурентних відносин в системі, перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства.

З метою удосконалення реформування охорони здоров'я міста, пропоную:

- забезпечити медичні заклади сучасною комп'ютерною технікою;
- запускати місцеві програми з охорони здоров'я для населення, адже реформа створює в регіонах прошарок підприємств, яким можна дати конкретне замовлення, і вони його виконають;
- звернути особливу увагу на підготовку медичних кадрів із запровадженням видачі індивідуальних ліцензій лікарям та спростити вимоги щодо оснащення кабінетів для полегшення переходу медиків до приватної практики;
- запровадити спеціальні програми або курси, на яких лікарі зможуть отримувати управлінські навички; дозволити менеджерам закладів – надавачів медичних послуг не мати медичної освіти або в інший спосіб послабити до них кваліфікаційні вимоги;
- розділити повноваження головного лікаря та керівника медичного закладу. Тобто, вимоги щодо керівника можуть бути розширені, і керівникам дозволять мати вищу економічну або управлінську освіту, а не тільки вищу медичну освіту;
- дозволити розширити перелік надання платних послуг, щоб лікарні в статусі некомерційних підприємств могли конкурувати з приватними лікарнями, а також перейти на приватну страхову медицину.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

4.1 Охорона праці

Згідно Закону України «Про охорону праці» контроль за додержанням законодавства про охорону праці здійснюють трудові колективи через обраних ними уповноважених представників.

Інститут уповноважених трудових колективів з питань охорони праці створюється на підставі Положення про роботу уповноважених трудових колективів з питань охорони праці, яке розробляється відповідно до Типового положення і затверджується загальними зборами (конференцією) трудового колективу підприємства.

Уповноважені з питань охорони праці обираються на загальних зборах (конференції) колективу підприємства з числа досвідчених працівників на строк дії повноважень органу самоврядування трудового колективу, чисельність яких визначається рішенням загальних зборів трудового колективу.

Відповідно до Типового положення, уповноважені з питань охорони праці, вони здійснюють контроль за виконанням вимог законодавчих та нормативних актів про охорону праці; забезпеченням працівників інструкціями, положеннями з охорони праці, які діють у межах підприємства, та додержання їх вимог працівниками; своєчасним і правильним розслідуванням, документальним оформленням та обліком нещасних випадків та професійних захворювань; використанням фонду охорони праці підприємства за його призначенням, та інше.

Уповноважені з охорони праці можуть і повинні залучатися до розроблення розділу «Охорона праці» колективних договорів та беруть участь: у комісіях з розслідування професійних захворювань і нещасних випадків на виробництві; у вирішенні питання про визначення розміру одноразової

допомоги потерпілому від нещасного випадку; розгляду факту наявності виробничої ситуації, небезпечної для здоров'я чи життя працівника.

Уповноважені з охорони праці мають право:

- перевіряти стан безпеки і гігієни праці на об'єктах підприємства чи виробничого підрозділу;
- вносити пропозиції щодо усунення виявлених порушень;
- вносити пропозиції про притягнення до відповідальності працівників, які порушують нормативні акти про охорону праці, та інше.

Згідно вимог Закону України «Про охорону праці» представники профспілок беруть участь у вирішенні таких основних питань:

- в опрацюванні програм щодо покращення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища;
- в опрацюванні нормативних актів про охорону праці;
- у розслідуванні нещасних випадків розробленні заходів щодо їх попередження;
- у підготовці порядку оплати та розмірів одноразової допомоги працівникам, які потерпіли на виробництві;
- в організації соціального страхування від нещасних випадків та професійних захворювань у порядку і на умовах, що визначаються законодавством і колективним договором;
- у роботі комісій з питань охорони праці підприємств щодо атестації робочих місць за умовами праці.

Важливою функцією профспілкового комітету є захист інтересів членів профспілки та інших працівників (на їх прохання) при розгляді конфліктних ситуацій з будь-яких питань охорони праці.

Улаштування та організація діяльності лікувально-профілактичних закладів, згідно з гігієнічними вимогами, дають можливість створити найкращі умови зовнішнього середовища для хворих; сприяють впровадженню лікувально-охоронного режиму; запобігають виникненню внутрішньо-лікарняних інфекцій; полегшують лікувальну роботу медичного персоналу;

сприяють якнайшвидшому видужанню хворих та забезпеченню оптимальних умов для діяльності медичних працівників.

4.2 Організація фінансування та матеріального забезпечення заходів захисту населення і територій від НС мирного та воєнного часу

Забезпечення захисту населення і територій України у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій, які згідно з класифікацією поділяються за характером на техногенні, природні, воєнні та соціально-політичні, а за рівнем - на загальнодержавні, регіональні, місцеві та об'єктові, є одним з найважливіших завдань держави.

Згідно із класифікацією, забезпечення захисту населення і територій України у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій, поділяються:

- А) за характером - на техногенні, природні, воєнні та соціально-політичні;
- Б) за рівнем небезпеки - на загальнодержавні, регіональні, місцеві та об'єктові.

Фінансування заходів у сфері запобігання та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій здійснюється:

- А) постійних органів управління у сфері захисту населення і територій - за рахунок коштів відповідних бюджетів згідно із законодавством України;
- Б) цільових програм захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій, забезпечення сталого функціонування підприємств і організацій - відповідно до законодавства України;
- В) заходів щодо запобігання і реагування на надзвичайні ситуації - за рахунок коштів організацій, що знаходяться на території розвитку надзвичайної ситуації, бюджетних і позабюджетних коштів обласних, міських державних адміністрацій, відповідних виконавчих органів рад, страхових фондів та інших джерел.

У випадку ліквідації надзвичайних ситуацій на загальнодержавному рівні за поданням МНС України, Мінфіну України, Мінекономіки України та інших

центральної влади використовуються спеціальні фінансові та матеріальні резерви, зокрема:

- кошти резервного фонду Кабінету Міністрів України;
- запаси державних матеріальних резервів техніки і спеціальних видів майна.

Під час ліквідації надзвичайних ситуацій на регіональному рівні використовуються спеціальні фінансові та матеріальні резерви, у тому числі:

- кошти резервного фонду обласних та міських державних адміністрацій;
- регіональні запаси матеріальних резервів, техніки та спеціальних видів майна.

У разі вичерпання зазначених джерел фінансування, у виняткових випадках, виділяються у встановленому порядку необхідні кошти в обґрунтованих межах з резервного фонду Кабінету Міністрів України.

Під час ліквідації надзвичайних ситуацій на місцевому рівні використовуються фінансові та матеріальні резерви, у тому числі:

- кошти резервного фонду районних державних адміністрацій;
- місцеві запаси матеріальних резервів, техніки та спеціальних видів майна.

У разі вичерпання зазначених джерел фінансування, у виняткових випадках, виділяються у встановленому порядку необхідні кошти в обґрунтованих межах з резервного фонду обласних, державних адміністрацій.

Номенклатура та обсяги резервів матеріальних ресурсів визначаються органом, що їх утворює.

Загальнодержавні матеріальні резерви розміщуються відповідно до спеціальних планів.

Відповідно до вимог ст. 93 Кодексу цивільного захисту України, обсяг фінансування, що виділяється потенційно небезпечними об'єктами та об'єктами підвищеної небезпеки для проведення необхідних заходів цивільного захисту, має становити не менше ніж 0,5 відсотка обсягу валового доходу такого об'єкта.

Важливим моментом в організації цивільного захисту України є фінансування медико-психологічної реабілітації рятувальників органів та підрозділів цивільного захисту, яке здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України та передбачено ст. 95 Кодексу цивільного захисту України. Разом з тим, ст. 96 Кодексу цивільного захисту України визначено, що фінансування робіт із запобігання та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій здійснюється у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Для запобігання і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій в державі створюються матеріальні резерви, що передбачено ст. 98 Кодексу цивільного захисту України.

Вони створюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту (оперативний матеріальний резерв), іншими центральними органами виконавчої влади (відомчий матеріальний резерв), місцевими державними адміністраціями, органами місцевого самоврядування (регіональний та місцевий матеріальні резерви) та суб'єктами господарювання (об'єктовий матеріальний резерв).

Порядок їх створення та використання для запобігання і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій визначається Кабінетом Міністрів України.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

В Україні збереглася система охорони здоров'я, яка була створена ще за радянських часів, існування якої за даних умов потребує великих асигнувань і оновлення механізмів державного управління галуззю.

Окремі нормативні та правові аспекти в Україні і досі ще не переглянуті з радянських часів та продовжують діяти, хоча змінились соціально-економічні умови функціонування системи охорони здоров'я, однак і далі відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників.

Поряд з цим, в Україні потребують доопрацювання окремі ключові ризики, які негативно впливають на здійснення реформ в системі охорони здоров'я (низька заробітна плата населення; високий рівень тіньових заробітних плат; стрімке старіння населення; високий рівень загальної захворюваності населення та інше).

Тобто, вітчизняна система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю, деформованістю структури медичних послуг, що потребує радикального перегляду та реформування державної політики у сфері охорони здоров'я, особливо у таких питаннях, як її фінансування, раціональне використання інфраструктури, переорієнтація охорони здоров'я на профілактичний напрям.

В умовах реформування охорони здоров'я змінюється підхід до фінансового менеджменту установ, який передбачає підвищення фінансової самостійності і зміну акцентів контролю – з розподілу видатків на оцінку результатів діяльності, тобто визначення обсягів і якості медичних послуг.

Тобто, управління фінансами має бути, з одного боку, спрямоване на забезпечення високої ефективності фінансової діяльності об'єкта охорони здоров'я як невід'ємного елемента ринкової інфраструктури, що повинно проявлятися у покращенні конкурентної позиції установи на ринку медичних послуг, з іншого – на забезпечення фінансової стабільності як установи, так і

галузі в цілому, що дасть змогу надавати медичні послуги, тобто здійснювати діяльність, заради якої вона створена, а також забезпечувати можливості розвитку охорони здоров'я.

В Україні створено систему єдиного національного замовника, яка діє в інтересах пацієнтів та закупає медичні послуги - Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка спільно із її регіональними відділеннями контракують постачальників послуг всіх рівнів та форм власності. Для ефективної закупівлі запроваджуються нові механізми оплати за фактичний результат.

Ключовою умовою тут є надання фінансової та управлінської автономії закладам охорони здоров'я, з якими НСЗУ укладає договори напряду та вирішує проблему надмірної фрагментації бюджетів охорони здоров'я.

Власником більшості медичних закладів в Україні є місцеві ради і держава бере на себе повну відповідальність за виділення коштів через НСЗУ за новим, більш прозорим, справедливим і конкурентним принципом.

При цьому, держава більше не виділятиме грошей згідно із кошторисом на утримання закладу, медичні заклади мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу.

Проаналізувавши основні показники діяльності Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради і КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», можемо зробити висновок, що основні зусилля, як Відділу так і Лікарні, буди спрямовані на зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, оснащення їх новою медичною апаратурою, запровадження нових форм роботи і передового досвіду, втілення нових методик діагностики та лікування, наближення первинної медико-санітарної допомоги до населення.

Позитивних результатів в медичній галузі вдалося добитися завдяки збільшенню фінансування з міського бюджету та з НСЗУ, залученню спонсорської, гуманітарної та благодійної допомоги.

Все це дало можливість реалізувати заходи з реформування галузі охорони здоров'я міста, зокрема розвитку первинної медико-санітарної допомоги: зміцнення матеріально-технічної бази закладів первинної медико-санітарної допомоги, наближення її до населення міста шляхом відкриття нових сімейних амбулаторій, комп'ютеризація робочого місця сімейного лікаря, вдосконалення діагностичного етапу лікування хворого.

Таким чином, одним із пріоритетних напрямків медичної галузі м. Тернополя є і залишається підвищення доступності та якості надання медичної допомоги населенню міста.

Якщо в Україні найближчим часом не буде прийнято відповідного політичного рішення про запровадження соціального медичного страхування, то запропонована нами модель могла б стати якщо не постійною, то принаймні тимчасовою і досить ефективною альтернативою та дозволила би підготувати систему до ефективного запровадження медичного страхування, уникнути проблем при переході до страхування.

Разом з тим, вона могла б відіграти роль певної перехідної моделі, в рамках якої були б відпрацьовані такі спільні для обох моделей принципові механізми та інструменти як договірні відносини, автономізація постачальників медичних послуг, контроль якості тощо.

Отже, запропонований варіант нової структури управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях відповідає усім принципам і підходам у реформуванні та економічного та політичного стану у державі. При цьому зберігається горизонтальна взаємодія та чітко зрозуміла вертикаль взаємодії структур, що забезпечують управління охороною здоров'я. Це дає можливість без кардинальних змін адекватно управляти галуззю, запроваджувати ринкові механізми.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Інформація про соціально-економічну трансформацію в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-prosocialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>
2. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: укр. вимір/В.М.Лехан, Г.О.Слабкий, М.В.Шевченко. – К., 2009. – С. 17.
3. Москаленко М.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія / М.Ф.Москаленко. – К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.
4. Пак С. Розвиток організаційно-правових засад державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні /Степан Пак, Іван Солоненко// Вісник. НАДУ. – 2011. – № 1. – С. 243.
5. Загорський В.С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія/ 2010 - 276с.
6. Ляховченко Л.А. Удосконалення державного управління фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я в Україні : стаття/ 8 ст.
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України: прийнятий 19.11.1992 року №2801-12.
8. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років.
9. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019 - спільний звіт ВООЗ та світового банку.
10. Вовк С.М., Лобас В.М. Організація сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в умовах трансформаційного періоду країни. Економіка і право охорони здоров'я, №2, 2015.
11. Фінансова звітність Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради за 2016-2019 роки.

12. Миськевич Т. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стаття/2018 - 12с.
13. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: прийнята в листопаді 2016 року.
14. Фінансова звітність КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» за 2017-2019 роки.
15. Бюджетний кодекс України 2456-VI (2456-17) від 8 лип. 2010 р. № 50–51. – ст. 572 [Електронний ресурс]. – Режим доступу :
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=2542-14>
16. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
17. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина : монографія / за ред. В. М. Князевича // МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
18. Програма Президента України щодо реформування медичної галузі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://emergency.at.ua/publ/dlja_usikh/proekt_programi_ekonomichnikh_r
19. Рожкова І. В. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія / І. В. Рожкова, І. М. Солоненко. – К. : Фенікс, 2008. – С. 160.
20. Утвенко В. В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях // Становлення і розвиток української державності. – К. : ДП «Видавн. дім «Персонал», 2009. – Вип. 3. – С. 63–70.
21. Геврик Є. Охорона праці: Навчальний посібник/ Є.О. Геврик,. - К.: Ельга: Ніка-Центр, 2003.
22. Катренко Л. Охорона праці: Навчальний посібник/ Любов Катренко, Ігор Пістун, Юрій Кіт. 2-е вид., стер. – Суми: Університетська книга, 2007. – 495 с.

23. Луковников А. Охорона праці: [Навч. посіб. для студентів вищ. навч. закладів із спец. «Електрифікація сіл. госп-ва» і «Автоматизація с.-г. вир-ва» і для с.-г. технікумів із спец. «Електрифікація сіл. госп-ва»]/ А. В. Луковников, - Пер. з 4-го рос. вид., перероб. і доп.. - К.: Вища шк., 2001. - 254 с.

24. Трудове право України: Академічний курс: Підручник/ А. Ю. Бабаскін, Ю. В. Баранюк, С. В. Дріжчана та ін.; Ред. Н. М. Хуторян. – К.: Видавництво А. С. К., 2004. – 607 с.

25. Ярошевська В. М. Охорона праці в галузі: Навчальний посібник/ В. М. Ярошевська, В. Й. Чабан; М-во науки і освіти України, Український державний університет водного господарства та природокористування. Київ: ВД «Професіонал», 2004. – 286 с.