

ПРОГРАМА ООН ІЗ ВІДНОВЛЕННЯ  
ТА РОЗБУДОВИ МИРУ



ОРГАНІЗАЦІЯ  
ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ  
УКРАЇНА



ПРЯМУЄМО  
РАЗОМ

Тренінг «Стратегічне планування в охороні  
здоров'я на рівні госпітального округу»

# РЕОРГАНІЗАЦІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ АВТОНОМІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ: ДОСВІД, ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ РОЗВ'ЯЗАННЯ

**МОДУЛЬ 1.**

**ВСТУП ДО СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ.  
ОЦІНКА СИТУАЦІЇ ТА АНАЛІЗ ДАНИХ**

# МОЖЛИВІ ОПФ ЗДІЙСНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНИХ ТА КОМУНАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ

■ **БЮДЖЕТНА  
УСТАНОВА**, ЩО  
УТРИМУЄТЬСЯ  
ЗА КОШТ  
ВІДПОВІДНОГО  
МІСЦЕВОГО  
БЮДЖЕТУ.

■ **ПІДПРИЄМСТВО** (КОМЕРЦІЙНЕ  
ЧИ НЕКОМЕРЦІЙНЕ),  
ЩО ФІНАНСУЄТЬСЯ ЧЕРЕЗ  
РОЗМІЩЕННЯ ДЕРЖАВНОГО  
ЗАМОВЛЕННЯ НА НАДАННЯ  
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У МЕЖАХ  
ДОГОВОРУ ПРО ДЕРЖАВНУ  
ЗАКУПІВЛЮ ЦИХ ПОСЛУГ З  
ВІДПОВІДНИМ РОЗПОРЯДНИКОМ  
БЮДЖЕТНИХ КОШТІВ.

# ЗАГРОЗИ ДЛЯ ПРОВАЙДЕРІВ – БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ

- Можливий відтік найбільш кваліфікованих кадрів у приватний сектор, що поступово розвивається внаслідок відсутності реальних заохочень за високу якість роботи.
- Недостатня прозорість фінансових потоків і корупція, що зумовлені зростанням неформальних платежів
- Загроза втрати довіри пацієнтів (а з нею поступово і державного замовлення) внаслідок низької якості послуг.
- Економічна неефективність, і, як наслідок, відсутність інтересу з боку можливих приватних інвесторів.

НАСЛІДКОМ МОЖЕ СТАТИ ПОВНИЙ ЗАНЕПАД ТАКИХ ЗАКЛАДІВ

# ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЗАГРОЗ ДЛЯ ПРОВАЙДЕРІВ – БЮДЖЕТНИХ

- Відсутні стимули до забезпечення економічної ефективності власної діяльності та поліпшення її якості.
- Відсутні або вкрай обмежені можливості для оперативного та гнучкого управління процесом перерозподілу коштів між різними центрами витрат та їх спрямування на оперативне вирішення пріоритетних проблем.
- Відсутність стимулів до ефективного планування ресурсів (кадрів, інвестицій тощо).

# ЩО ТАКЕ АВТОНОМІЯ ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ?

**АВТОНОМІЯ** (УПРАВЛІНСЬКА ТА ФІНАНСОВА САМОСТІЙНІСТЬ) ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ – ОДИН З ПРОЯВІВ ЇХ ЗДАТНОСТІ ГНУЧКО ТА ОПЕРАТИВНО ПРИСТОСОВУВАТИСЯ ДО ВИМОГ ОТОЧЕННЯ НА ОСНОВІ ВІДПОВІДНИХ ВНУТРІШНІХ ТА ЗОВНІШНІХ СТИМУЛІВ.

# АВТОНОМІЯ ПЕРЕДБАЧАЄ:

- Більшу свободу медичних працівників та закладів у прийнятті фахових медичних, управлінських та фінансових рішень;
- Право застосовувати не заборонені законодавством альтернативні підходи до організації власної господарської діяльності, лікування, обстеження та інших видів обслуговування пацієнтів (зокрема можливість прийняття рішень про відмову в наданні пацієнту медичних послуг у разі, коли можливість такої відмови є обґрунтованою з погляду безпеки для здоров'я пацієнта, етики та міркувань економічної ефективності)

ЗАЗВИЧАЙ МОЖЛИВІСТЬ ОТРИМАННЯ  
ТАКИХ ПРАВ ПЕРЕДБАЧАЄ НЕОБХІДНІСТЬ  
ЗДІЙСНЕННЯ ВІДПОВІДНИХ  
ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ І ЗМІНИ  
ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ  
ПРОВАЙДЕРА

# МОЖЛИВІ РІВНІ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

## ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ:



Б – бюджетні організації  
А – автономні організації

К – корпоратизовані організації  
П – приватні організації



# РІЗНІ КОНЦЕПЦІЇ АВТОНОМІЗАЦІЇ ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

---

Є РІЗНІ КОНЦЕПЦІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АВТОНОМІЇ ПРОВАЙДЕРІВ:

---

- Деякі з них передбачають можливість забезпечення відповідних перетворень всередині публічного сектора.
- Деякі ототожнюють автономію з приватизацією.

# ОДНАК...

## АВТОНОМІЗАЦІЯ ≠ ПРИВАТИЗАЦІЯ

---

### РИЗИКИ ОТОТОЖНЕННЯ ЦИХ ДВОХ ПОНЯТЬ:

---

- Деякі надзвичайно важливі аспекти організації надання медичної допомоги (зокрема, забезпечення справедливості) можуть бути недосяжними при приватизації.
- Приватизація державних лікарень у країнах, що розвиваються, може інтерпретуватися суспільством як зречення урядом своєї соціальної відповідальності.
- Немає жодних гарантій обов'язкової ефективності приватного власника.

- БІЛЬШ НІЖ 70% ЛІКАРЕНЬ У ЄВРОПІ Є ОБ'ЄКТАМИ ПУБЛІЧНОЇ ВЛАСНОСТІ, НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТОГО, ЯКОЮ Є ФІНАНСОВА МОДЕЛЬ ОЗ.
- В АБСОЛЮТНІЙ БІЛЬШОСТІ КРАЇН-ЧЛЕНІВ ЄС, ЯКІ МАЮТЬ НАЦІОНАЛЬНІ СИСТЕМИ ОЗ, ФІНАНСУВАННЯ ПОСЛУГ ОЗ (І, НАСАМПЕРЕД, ЛІКАРЕНЬ) ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ БЕЗПОСЕРЕДНЬО ЦЕНТРАЛЬНИЙ АБО РЕГІОНАЛЬНІ УРЯДИ.
- ЛИШЕ У ДЕЯКИХ СКАНДИНАВСЬКИХ КРАЇНАХ (ЗОКРЕМА У ШВЕЦІЇ ТА ФІНЛЯНДІЇ ТА ЧАСТКОВО НОРВЕГІЇ) МІСЦЕВІ УРЯДИ ОПЛАЧУЮТЬ ЛІКАРНЯНІ ПОСЛУГИ, І ДЛЯ ЦЬОГО ВОНИ МАЮТЬ ПРАВО ЗБИРАТИ ПОДАТКИ.

# АВТОНОМІЗАЦІЯ ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: правові можливості та бар'єри

---

## ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ ПЕРЕДБАЧАЄ:

---

- Можливість підвищення автономії медичних працівників (приватна практика) та публічних медичних закладів (перетворення у державні та комунальні підприємства).
- Можливість доступу до бюджетних коштів не лише бюджетних установ, а й підприємств, а також фізичних осіб.
- Можливість державних контрактних закупівель медичних послуг.

але

**НВ:** ст. 49 Конституції України забороняє скорочення мережі державних і комунальних ЗОЗ (а, отже, і їх приватизацію).

# ЩО МИ МОЖЕМО?

Вже давно, ще з часу прийняття Закону про місцеве самоврядування, в Україні немає жодних правових перешкод для змін на рівні управління лікарнею.

---

ШЛЯХОМ ПРИЙНЯТТЯ ВІДПОВІДНИХ РІШЕНЬ МІСЦЕВОЇ ВЛАДИ ВЖЕ ДАВНО МОЖНА БУЛО:

---

1. Суттєво збільшити рівень автономії державних і комунальних лікарень завдяки їх реорганізації у державні/комунальні підприємства (тобто, навіть без зміни форми власності) – ст. 3 Основ законодавства про ОЗ; ст.ст. 81, 83, 84, 85, 86, 87, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173 Цивільного кодексу України; ст.ст. 46, 52, 54, 62 – 72, 76, 77, 78 Господарського кодексу України; відповідні статті Закону «Про місцеве самоврядування в Україні» (ст. 26, 43) та Закону «Про місцеві державні адміністрації» (ст. 18, 19).
2. Запровадити контрактні державні закупівлі медичних послуг, а з ними й нові, орієнтовані на результат, механізми оплати діяльності лікарень.

# АВТОНОМІЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ: оптимальний вибір

ДЛЯ БІЛЬШОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У ДЕРЖАВНІЙ ЧИ  
КОМУНАЛЬНІЙ ВЛАСНОСТІ, ОПТИМАЛЬНОЮ Є МОДЕЛЬ РЕОРГАНІЗАЦІЇ У  
КАЗЕННЕ ЧИ КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО:

- Більший, ніж у бюджетної установи, рівень господарської та адміністративної автономії.
- Можливість запровадження економічних стимулів для підвищення якості та ефективності діяльності.
- Можливість запобігання конфлікту між соціальною функцією публічного медичного закладу та підприємницьким інстинктом (пріоритет отримання прибутку).

Реалізація цієї моделі у 2004-2006 рр. була започаткована в рамках Проєкту ЄС «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні» в Харківській та Житомирській областях та продовжена в рамках Проєкту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» у 2007 – 2009 рр.

# ЩО ДАЄ ПУБЛІЧНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДУ ПРАВОВИЙ СТАТУС КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА?

1.

## Більша самостійність:

- у визначенні власної організаційної структури та організації господарської діяльності з виробництва медичних послуг (зокрема, можливість перерозподілу коштів за різними напрямками витрат);
- в управлінні людськими ресурсами (планування кількості, добір персоналу, вдосконалення методів його оплати, мотивація професійного розвитку);
- в управлінні матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання, приміщень тощо);
- у визначенні показників ефективності та продуктивності діяльності та застосуванні їх при плануванні подальшої діяльності й оплаті праці персоналу.

# ЩО ДАЄ ПУБЛІЧНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДУ ПРАВОВИЙ СТАТУС КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА?

2. Можливість будувати свої господарсько-правові відносини (зокрема, з власником і засновником) на основі договорів.
3. Можливість поряд зі своєю основною некомерційною діяльністю щодо надання безоплатних медичних послуг населенню за державні кошти здійснювати підприємницьку діяльність, якщо остання відповідає меті, з якою підприємство було створене.
4. Можливість під гарантії органу управління отримувати кредити під операції, пов'язані з виконанням державного замовлення.
5. Можливість вступати до господарських об'єднань підприємств, і як наслідок, об'єднувати свої можливості й ресурси з іншими подібними закладами в інтересах підвищення якості та економічної ефективності своєї діяльності.



# СХЕМА ФІНАНСУВАННЯ РОЗПОДІЛЕНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ СТВОРЕННІ МІЖТЕРИТОРІАЛЬНОЇ КОМУНАЛЬНОЇ НЕКОМЕРЦІЙНОЇ КОРПОРАЦІЇ ЛІКАРЕНЬ

(можлива опція для територіального конгломерату з 2-х сільських районів та одного міста обласного значення, що мають свої окремі лікарні)

Органи місцевого самоврядування – співзасновники міжтериторіальної комунальної некомерційної корпорації лікарень:



# КОРПОРАЦІЯ

- Прийняття рішення про розподіл функцій щодо надання послуг між лікарнями-учасниками об'єднання
- Економіко-статистичний аналіз та затвердження корпоративних тарифів, що є базою для планування коштів на оплату послуг, які надаються лікарями-учасниками об'єднання в рамках розподілених функцій територій-співзасновників
- Оплата послуг, що надаються лікарнями-учасниками об'єднання в рамках розподілу функцій населенню всіх територій-співзасновників
- Контроль якості послуг, що надаються лікарнями-учасниками об'єднання в рамках розподілу функцій населенню всіх територій-співзасновників
- Виконання інших функцій, визначених статутом, що затверджений співзасновниками корпорації

# СТВОРЕННЯ МІЖТЕРИТОРІАЛЬНИХ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ГОСПОДАРСЬКИХ ОБ'ЄДНАНЬ ЛІКАРЕНЬ ДЛЯ КІЛЬКОХ АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ОДИНИЦЬ (міст, районів, ОТГ тощо) – **ОДИН З МОЖЛИВИХ ІНСТРУМЕНТІВ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**

ВІН МАЄ СПРИЯТИ:

- Запровадженню нових підходів до планування та оптимізації їх мережі в рамках чинного законодавства;
- подальшому розвитку процесу автономізації лікарень та досягненню інших пов'язаних з цим переваг для сектору лікарняної допомоги;
- Усуненню фрагментації ресурсів у секторі лікарняної допомоги й у системі ОЗ України в цілому;
- Налагодженню співпраці органів місцевого самоврядування задля підвищення ефективності використання ресурсів системи ОЗ, якості лікарняної допомоги.

Але це – окрема тема та можливий наступний щабель розвитку системи ОЗ, який може розглядатися як альтернатива запровадженій КМУ та МОЗ України наприкінці 2016 р. моделі ГО, що визначає його як функціональне об'єднання розміщених на відповідній території ЗОЗ, яке «не є окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади, окремою юридичною особою чи суб'єктом господарювання».

# ОСНОВНІ МОТИВАЦІЙНІ ПЕРЕВАГИ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ЗІ СТАТУСОМ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА

БІЛЬШ ВИСОКИЙ ПОРІВНЯНО З БЮДЖЕТНОЮ УСТАНОВОЮ РІВЕНЬ АВТОНОМІЇ



БІЛЬШ ОПЕРАТИВНЕ УПРАВЛІННЯ ПЕРЕДАНИМИ КОШТАМИ



ЗАПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ОПЛАТИ ПОСЛУГ, ОРІЄНТОВАНИХ  
НА ОЦІНКУ РЕЗУЛЬТАТІВ, ОБСЯГІВ ТА ЯКОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ



ФОРМУВАННЯ В КОЖНОГО ПРАЦІВНИКА ЕКОНОМІЧНИХ МОТИВАЦІЙ ДО  
ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПОСЛУГ ТА ЕФЕКТИВНОГО ВИКОРИСТАННЯ РЕСУРСІВ

# ЩО ТАКЕ ОПЛАТА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ? І ЯК ЇЇ СТОСУЄТЬСЯ АВТОНОМІЯ?

ОПЛАТА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ – ЦЕ ТИП ІНСТРУМЕНТІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ, ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЯКИХ ЗДІЙСНЕННЯ ПЛАТЕЖІВ ЗАЛЕЖИТЬ ВІД НЕЗАЛЕЖНОЇ ПЕРЕВІРКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ДІЯЛЬНОСТІ ВИКОНАВЦЯ. ЦІ ІНСТРУМЕНТИ МАЮТЬ ТРИ СПІЛЬНІ ОСНОВНІ РИСИ:

- Платежі за заздалегідь узгоджені результати (забезпечується через відповідні контракти).
- Одержувач коштів самостійно вирішує, як має бути організована його робота для досягнення (забезпечення) запланованих результатів (забезпечується через надання постачальникам автономії).
- Пусковим механізмом для виплати є незалежна перевірка (забезпечується через створення та функціонування системи зовнішнього та внутрішнього контролю якості та ефективності роботи провайдерів).

ТАКИМ ЧИНОМ, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АВТОНОМІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ Є ВІДПРАВНИМ ПУНКТОМ І ГОЛОВНОЮ ПЕРЕДУМОВОЮ ДЛЯ:

- Підвищення якості та ефективності діяльності публічних медичних закладів в цілому та лікарень передусім;
- Практичного здійснення реструктуризації цих закладів та ефективного планування їх мережі;
- Планування та залучення інвестицій у публічний сектор системи медичного обслуговування
- Запровадження нових методів оплати послуг державних і комунальних ЗОЗ.

## АЛГОРИТМ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З РЕОРГАНІЗАЦІЇ БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОМУНАЛЬНІ НЕКОМЕРЦІЙНІ ПІДПРИЄМСТВА І ЗАПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РІВНІ СІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ (орієнтовний термін реалізації – 6 місяців)

Рівень		Підготовчі кроки	Адміністративні рішення	Заходи	Очікувані результати
Область	Облдерж-адміністрація	Рекомендації управління охорони здоров'я облдержадміністрації, промоція обласними засобами масової інформації	Робочий план дій	Розгляд подання державного реєстратора про вчинення відповідних реєстраційних дій щодо центральної районної лікарні та районного центру первинної медичної допомоги	Визначено та затверджено план перетворень; реорганізовані медичні заклади району внесені обласним управлінням статистики до ЄДРПОУ як суб'єкти господарської діяльності зі статусом комунального некомерційного підприємства
			Рішення обласного управління статистики про внесення закладів охорони здоров'я, реорганізованих у комунальні некомерційні підприємства, до ЄДРПОУ, та видача відповідної довідки		

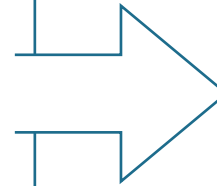
Рівень		Підготовчі кроки	Адміністративні рішення	Заходи	Очікувані результати
Район	Райрада	Рекомендації райради, промоція районними засобами масової інформації	Рішення райради про прийняття майна закладів охорони здоров'я сільських громад у спільну комунальну власність територіальних громад району та про включення видатків сільських бюджетів на охорону здоров'я до районного бюджету	Сесія райради	Майно закладів охорони здоров'я сільських громад прийнято у спільну комунальну власність територіальних громад району. Видатки сільських бюджетів на охорону здоров'я включені до районного бюджету (створено більш потужний пул ресурсів)
			Рішення про створення комунальних некомерційних підприємств «Центральна районна лікарня» та «Районний центр первинної медичної допомоги» на базі майна всіх медичних закладів району та про затвердження статутів новостворених комунальних некомерційних підприємств	Сесія райради	На базі майна всіх закладів охорони здоров'я, що перебувають у спільній комунальній власності територіальних громад району, створено самостійні комунальні некомерційні підприємства – центральну районну лікарню та районний центр первинної медичної допомоги
			Рішення про передачу центральної районної лікарні та районного центру первинної медичної допомоги до сфери управління райдержадміністрації	Сесія райради	Центральну районну лікарню та районний центр первинної медичної допомоги передано до сфери управління райдержадміністрації



Рівень	Підготовчі кроки	Адміністративні рішення	Заходи	Очікувані результати
Райдержадміністрація	Рекомендації райдержадміністрації, промоція районними засобами масової інформації	Робочий план дій Розпорядження голови райдержадміністрації про створення і її структурі відділу охорони здоров'я та затвердження положення про нього	Розробка та затвердження положення про відділ охорони здоров'я райдержадміністрації, визначення його штатної чисельності та структури	У структурі райдержадміністрації створено відділ охорони здоров'я (замовника/покупця медичних послуг)
Відділ охорони здоров'я райдержадміністрації	Підготовка персоналу	Укладені договори про закупівлю медичних послуг у закладів охорони здоров'я	Оцінка медичних потреб населення району, підготовка, погодження та укладення договорів про державну закупівлю медичних послуг	Запроваджено механізм договірних відносин між замовником та постачальниками медичних послуг
Районна податкова інспекція		Рішення про реєстрацію комунальних некомерційних підприємств «Центральна районна лікарня» та «Районний центр первинної медичної допомоги» як неприбуткових організацій	Розгляд відповідних звернень зазначених суб'єктів господарської діяльності про реєстрацію	Комунальні некомерційні підприємства внесені до реєстру неприбуткових організацій

Рівень	Підготовчі кроки	Адміністративні рішення	Заходи	Очікувані результати
Сільради	Інформування населення про зміст і мету змін	Рішення сільських рад про передачу їх закладів охорони здоров'я в спільну комунальну власність територіальних громад району. Рішення про передачу бюджетних видатків на охорону здоров'я до районного бюджету	Сесії сільських рад	Майно закладів охорони здоров'я сільських громад передано в спільну комунальну власність територіальних громад району
Центральна районна лікарня та районний центр первинної медичної допомоги	Підготовка персоналу, визначення індикаторів оцінки діяльності медичних закладів, оцінка обсягів діяльності та витрат на основі даних попередніх років	Проекти статутів комунальних некомерційних медичних підприємств та договорів про надання медичних послуг за державні кошти для передачі на розгляд відповідно райраді та відділу охорони здоров'я райдержадміністрації	Звернення до районної державної адміністрації про реєстрацію центральної районної лікарні та районного центру первинної медичної допомоги як юридичних осіб із статусом комунального некомерційного підприємства та до районної податкової інспекції про реєстрацію зазначених суб'єктів як неприбуткових організацій. Участь у переговорах та укладення договорів про державну закупівлю медичних послуг в якості постачальника	Новий господарський статус, нові стимули до забезпечення якості та раціонального використання ресурсів, нові методи фінансування постачальників (глобальний бюджет для лікарні та подушна оплата для центру первинної допомоги), можливість укладення договорів на постачання послуг

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ВІДПОВІДНОЇ  
СИСТЕМИ ІТ-ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
НА РІВНІ УПРАВЛІННЯ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ,  
ВІДДІЛУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
РАЙДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ,  
ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ  
ЛІКАРНІ ТА РАЙОННОГО  
ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ



**ЕФЕКТИВНІ ТА  
ЯКІСНІ РЕЄСТРАЦІЯ  
ПАЦІЄНТІВ  
ТА ПОСЛУГ,  
ВИЗНАЧЕННЯ  
ВАРТОСТІ ПОСЛУГ,  
БЮДЖЕТУВАННЯ,  
БІЛІНГ, УПРАВЛІННЯ  
ПЕРСОНАЛОМ,  
СТАТИСТИЧНА  
ЗВІТНІСТЬ**

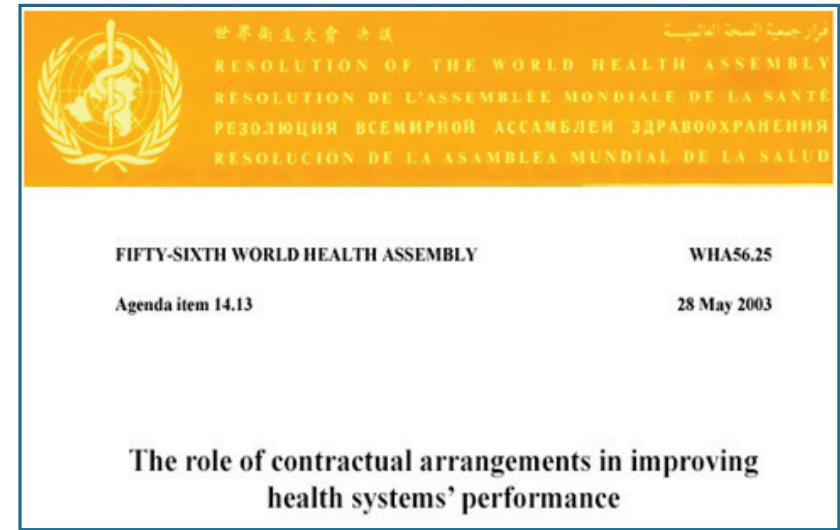
### **АЛЕ:**

САМА ПО СОБІ АВТОНОМІЗАЦІЯ ЗОЗ НЕ Є ПАНАЦЕЄЮ.  
ВОНА МАЄ ЗАСТОСОВУВАТИСЯ ПАРАЛЕЛЬНО З НИЗКОЮ  
ІНШИХ УПРАВЛІНСЬКИХ СТРАТЕГІЙ.

АВТОНОМІЗАЦІЯ  $\neq$  ВСЕДОЗВОЛЕНІСТЬ ТА АНАРХІЯ!  
НАВПАКИ, АВТОНОМНИЙ ЗОЗ МАЄ ПЕРЕБУВАТИ ПІД  
ПІЛЬНИМ ПУБЛІЧНИМ КОНТРОЛЕМ.

ГОЛОВНИЙ ІНСТРУМЕНТ ТАКОГО  
КОНТРОЛЮ – **СТРАТЕГІЧНІ  
ЗАКУПІВЛІ МЕДИЧНИХ  
ПОСЛУГ НА ОСНОВІ  
ПУБЛІЧНИХ КОНТРАКТІВ**

# РЕЗОЛЮЦІЯ ВСЕСВІТНЬОЇ АСАМБЛЕЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я «ПРО РОЛЬ КОНТРАКТНИХ ВІДНОСИН У ПОЛІПШЕННІ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я» (28/05/2003)



## ЗАКЛИК ДО ДЕРЖАВ – ЧЛЕНІВ ВООЗ:

- Забезпечити використання контрактних відносин у цій сфері відповідно до правил та принципів, що відповідають національним політикам ОЗ;
- Формувати контрактну політику, що максимально підвищуватиме результативність систем ОЗ;
- Сприяти обміну досвідом залучення до контрактних відносин щодо забезпечення медичного обслуговування публічного та приватного сектору і неурядових організацій

# РІЗНІ ВНУТРІШНІ СТИМУЛИ В ТРЬОХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СТРУКТУРАХ (ВООЗ, 2000)



# ЧОМУ НЕОБХІДНІ ПУБЛІЧНІ КОНТРАКТИ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ?

- Розділення постачальника та платника та запровадження конкуренції між постачальниками послуг.
- Чітке та прозоре визначення обов'язкового для усіх переліку послуг, які мають надаватися безоплатно (за рахунок публічного фінансування), та додаткових платних послуг.
- Формування економічної зацікавленості постачальників послуг у результативності та якості своєї роботи, раціональному використанні ресурсів (у тому числі за допомогою нових методів оплати)
- Підвищення ступеню автономії постачальників та рівня їх відповідальності за якість.
- Підвищення відповідальності платника за якість фінансування та за забезпечення зовнішнього контролю діяльності постачальника.
- Формування пацієнтів як свідомих споживачів медичних послуг і підвищення рівня захисту їх прав.

**Саме контакти є головним інструментом вирішення усіх цих питань!  
Зрештою, саме за допомогою контрактів гроші у системі починають  
йти за пацієнтом!**



НАВІТЬ ДЕРЖАВНІ ТА ПРИВАТНІ  
НЕКОМЕРЦІЙНІ АВТОНОМНІ ЛІКАРНІ  
В УМОВАХ КОНТРАКТНИХ ВІДНОСИН  
З ПЛАТНИКОМ ОТРИМУЮТЬ ВІДПОВІДНІ  
СТИМУЛИ ДЛЯ ТОГО, ЩОБ ПРАЦЮВАТИ  
ЯКІСНО Й ЕФЕКТИВНО З КЛІНІЧНОЇ  
ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ТОЧОК ЗОРУ,  
ЯК ЦЕ РОБЛЯТЬ БІЗНЕС-СТРУКТУРИ

# СПРОБИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНИХ КОНТРАКТІВ НА ЗАКУПІВЛЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: досвід проєктів ЄС

ЄДИНОЮ МОЖЛИВОЮ МОДЕЛЛЮ У РАМКАХ ПРОЄКТІВ ЄС,  
ЩО РЕАЛІЗУВАЛИСЯ ПРОТЯГОМ 2004-2009 РОКІВ, БУЛА МОДЕЛЬ  
БЛОК-КОНТРАКТУ.

В РАМКАХ ЦІЄЇ МОДЕЛІ ПОКУПЕЦЬ (РОЗПОРЯДНИК БЮДЖЕТНИХ  
КОШТІВ) ПОГОДЖУЄТЬСЯ СПЛАТИТИ ПЕВНУ СУМУ КОШТІВ В ОБМІН  
НА БЕЗОПЛАТНИЙ ДОСТУП НАСЕЛЕННЯ ДО ПЕВНОГО КОЛА  
ПОСЛУГ, І ПРИ ЦЬОМУ ЦІНА КОЖНОЇ ПОСЛУГИ НЕ ДЕКЛАРУЄТЬСЯ.

### ОДНАК

ПОПРИ ТАКУ ПРОСТОТУ ТА ПРИМІТИВНІСТЬ ЦЬОГО ВИДУ КОНТРАКТУ, ВІН ЗАСТОСОВУВАВСЯ В БАГАТЬОХ КРАЇНАХ, ЯКІ НА ПОЧАТКОВОМУ, ПЕРЕХІДНОМУ ЕТАПІ РЕФОРМ МАЛИ ПОДІБНІ З УКРАЇНОЮ ПРОБЛЕМИ (відсутність офіційної тарифікації медичних послуг, відсутність чи слабкість відповідних управлінських інформаційних технологій, брак належно підготовлених менеджерів тощо).

# ПЕРЕВАГИ БЛОК-КОНТРАКТУ

---

- Простий у складанні і застосуванні;
- Може бути швидко запроваджений і використаний для підготовки системи ОЗ до роботи зі складнішими контрактами;
- Вимагає мінімального ІТ-забезпечення;
- Стимулює провайдера до відмови від надання необґрунтованих послуг, що мають високу вартість.

## **CAME ТОМУ**

ЦЮ МОДЕЛЬ КОНТРАКТУ БУЛО  
ЗАСТОСОВАНО У ПІЛОТНИХ  
РЕГІОНАХ ПРОЄКТІВ ЄС  
У 2004-2009 РОКАХ

# ЕЛЕМЕНТИ БЛОК-КОНТРАКТУ, ЗАСТОСОВАНОВОГО У ПІЛОТНИХ ПРОЄКТАХ ЄС

---

- Предмет договору
- Права та обов'язки Замовника
- Права та обов'язки Виконавця
- Порядок фінансових розрахунків
- Цілі та показники ефективності діяльності

# БЛОК-КОНТРАКТ – 1-Й КРОК ДО ЗАПРОВАДЖЕННЯ КОНТРАКТУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ (реальні опції)

Послуги, що покриваються договором	Обсяг послуг	Якість послуг	Вартість, ціна	Вимоги щодо інформаційного забезпечення
<b>Всі послуги, що мають надаватися на відповідному рівні (ПМСД, вторинна, третинна допомога) згідно з соціальними нормативами, за винятком тих, що офіційно віднесені до переліку платних</b>	Послуги мають покривати потреби населення зони обслуговування	Мають відповідати стандартам, що затверджені МОЗ	Розмір оплати за договір – загальна сума, що дорівнює запланованим бюджетним асигнуванням на основі нормативів бюджетної забезпеченості	Мінімальні в порівнянні з більш складними формами контрактів

# ПЛАНОВІ ІНДИКАТОРИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ ВИКОНАВЦЯ

НА КІНЕЦЬ СТРОКУ ДІЇ КОНТРАКТУ ВИКОНАВЕЦЬ ЗОБОВ'ЯЗАНИЙ БУВ ДОСЯГТИ КОНКРЕТНИХ ВСТАНОВЛЕНИХ КОНТРАКТОМ ЗНАЧЕНЬ ТАКИХ ПОКАЗНИКІВ:

- Середня тривалість стаціонарного лікування;
- Кількість випадків госпіталізації, на 10 тис. населення;
- Кількість амбулаторних хірургічних втручань, на 10 тис. населення;
- Кількість пацієнтів, що мають бути проліковані у денному стаціонарі, на 10 тис. населення;
- Кількість пацієнтів, що мають бути проліковані в домашньому стаціонарі, на 10 тис. населення;
- Кількість амбулаторних візитів пацієнтів, на 1 тис. населення;
- Кількість викликів швидкої допомоги, на 1 тис. населення.



# ТИПИ ОПЛАТИ

---

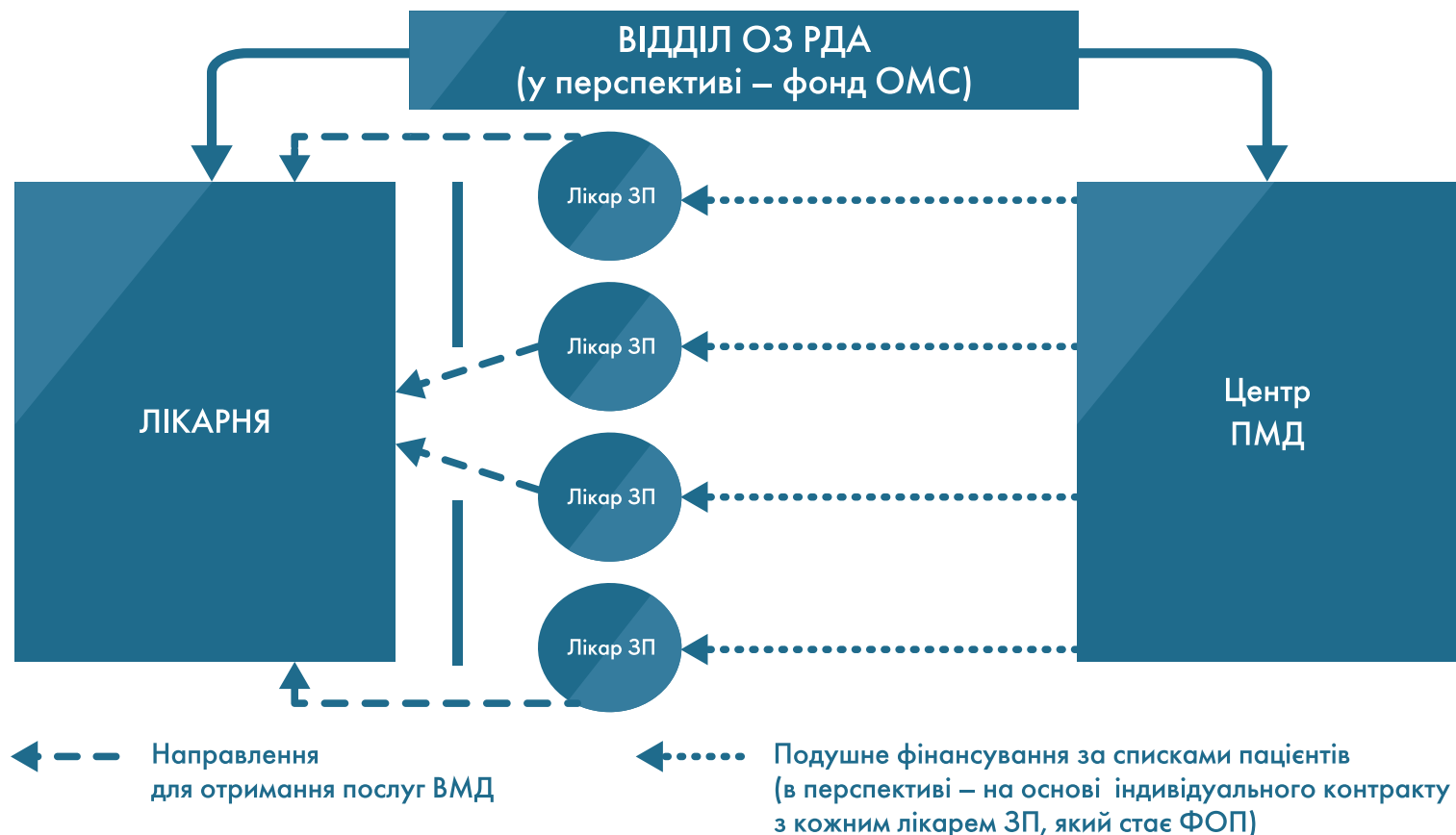
- Стационарні послуги – встановлена контрактом середня плата за 1 день перебування в стаціонарі.
- Встановлений у контракті річний норматив з розрахунку на одного жителя для первинної допомоги.

## **NB:**

- НА КІНЕЦЬ СТРОКУ ДІЇ КОНТРАКТУ ВИКОНАВЕЦЬ ЗА РАХУНОК ПЕРЕРОЗПОДІЛУ КОШТІВ ЗОБОВ'ЯЗАНИЙ БУВ ДОСЯГТИ ТАКОГО РЕЗУЛЬТАТУ, ЯК ЗБІЛЬШЕННЯ НА КОНКРЕТНУ ВЕЛИЧИНУ ВИТРАТ НА ПРИДБАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, МЕДИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ТА ОБЛАДНАННЯ У ПОРІВНЯННІ З ПОПЕРЕДНІМ РОКОМ, ТОБТО ПЕРЕНАПРАВИТИ КОШТИ В ІНТЕРЕСАХ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ.
- ДІЯ КОНТРАКТУ НЕ ПОШИРЮВАЛАСЯ НА НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЗАЗНАЧЕНИХ У ВІДПОВІДНОМУ ПЕРЕЛІКУ, ЗАТВЕРДЖЕНОМУ ПОСТАНОВОЮ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ № 1138 ВІД 17 ВЕРЕСНЯ 1996 Р.

НАВІТЬ ЗА КОРОТКІ СТРОКИ ДОСВІДУ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ, ПОПРИ УСЮ ПРОСТОТУ ЦИХ КОНТРАКТІВ, ЇХ ПАРАЛЕЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ З НАДАННЯМ АВТОНОМІЇ ПІЛОТНИМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДАМ ТА ПОВНИМ ПУЛІНГОМ РЕСУРСІВ МІСЦЕВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ РАЙОННОГО БЮДЖЕТУ ПРОДЕМОНСТРУВАЛО БІЛЬШ ВИСОКУ ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПИСАНОЇ МОДЕЛІ У ПОРІВНЯННІ З ПОПЕРЕДНІМ КОМАНДНО-АДМІНІСТРАТИВНИМ РОЗПОДІЛОМ ТА ФРАГМЕНТАЦІЄЮ БЮДЖЕТНИХ РЕСУРСІВ ДО РІВНІВ СІЛЬСЬКИХ ТА СЕЛИЩНИХ БЮДЖЕТІВ, ЩО МАЛА МІСЦЕ НА МОМЕНТ РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАЗНАЧЕНИХ ВИЩЕ ПІЛОТНИХ ПРОЄКТІВ.

## СХЕМА ВЗАЄМОВІДНОСИН У СИСТЕМІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ ПІСЛЯ СТВОРЕННЯ РАЙОННОГО ВІДДІЛУ ОЗ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ У ПІЛОТНИХ ПРОЄКТАХ ЄС 2004 – 2009 РР.



# ПРОБЛЕМИ

- У той час, коли реалізувалися зазначені проєкти ЄС (і донедавна) чинне законодавство хоча й не забороняло, але й не підштовхувало органи місцевого самоврядування до прийняття відповідних рішень (результат – політика вичікування).
- Керівники ЗОЗ та особи, які приймають рішення на національному та місцевому рівнях, погано ознайомлені з європейським досвідом та можливими вигодами його застосування.
- Недостатнє усвідомлення економічної невідповідності утримання роздутої мережі лікарень загального профілю та негативного впливу такої політики на якість послуг, що надаються в лікарнях, відсутність відповідних знань як у місцевих керівників, керівного та медичного персоналу лікарень, так і у населення.

# ПРОБЛЕМИ

- Побоювання прийняття рішень, спрямованих автономізацію публічних медичних закладів та раціоналізацію їх мережі (це виглядає непопулярним в розумінні багатьох органів місцевого самоврядування та більшості населення).
- Побоювання звинувачень у порушенні Конституції України, що забороняє скорочувати мережу державних і комунальних закладів ОЗ.
- Відсутність належного роз'яснення, популяризації та промоції реформи охорони здоров'я в цілому та описаних вище її елементів з боку центральної та місцевої влади.

# ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

1. Реформа «у головах».
2. Створення додаткових законодавчих та інших нормативно-правових умов, спрямованих на стимулювання організаційних перетворень, встановлення нових прозорих та обов'язкових для усіх правил гри:
  - мотивація до надання публічним ЗОЗ автономії, мотивація до переходу медичних працівників до діяльності в умовах приватної практики;
  - забезпечення ефективного пулінгу фінансових ресурсів та створення ефективного платника;
  - офіційне запровадження нових, орієнтованих на результат, прозорих та ефективних методів оплати постачальників медичних послуг;

# ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

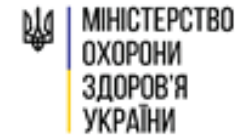
---

3. Забезпечення належної підготовки достатньої кількості сучасних менеджерів ОЗ.
4. Поступовість, обережність з приватизацією та комерціалізацією у діяльності публічних ЗОЗ.



# ЩО ДАЛІ, ЩО ТЕПЕР?

НОВЕ ЗАКОНОДАВСТВО ПРИЙНЯТО  
(«ЗАКОН ПРО АВТОНОМІЗАЦІЮ  
ЗОЗ, ЗАКОН ПРО ДЕРЖАВНІ  
ФІНАНСОВІ ГАРАНТІЇ У СФЕРІ  
МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ)...  
СТВОРЕНО ЄДИНОГО ДЕРЖАВНОГО  
ПЛАТНИКА (НСЗУ) ТА ПУЛ  
ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ НА РІВНІ  
ДЕРЖАВНОГО БЮДЖЕТУ...  
Є ВІДПОВІДНІ МЕТОДИЧНІ  
МАТЕРІАЛИ, ТЕПЕР ВЖЕ МОЖНА  
ДІЯТИ...



Схвалено  
Робочою групою  
з питань реформи фінансування  
сфери охорони здоров'я України  
від 14 лютого 2018 року

## МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

з питань перетворення  
закладів охорони здоров'я  
з бюджетних установ  
у комунальні некомерційні підприємства  
оновлена версія

2018

■ ВЖЕ АВТОНОМІЗОВАНО ПРАКТИЧНО УСІ ЗОЗ СЕКТОРУ ПМД, ЗНАЧНУ КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРЕНЬ...

■ АЛЕ У БАГАТЬОХ ВИПАДКАХ ПРОБЛЕМИ ЗАЛИШАЮТЬСЯ – ДЕЯКІ МІСЦЕВІ РАДИ ВІДМОВЛЯЮТЬСЯ РЕОРГАНІЗУВАТИ СВОЇ ЛІКАРНІ З БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ У КНП.

«РЕФОРМА У ГОЛОВАХ» ЙДЕ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО...

**ЦІЙ РЕФОРМІ ТРЕБА ДОПОМОГТИ.**

# ЩО ТРЕБА ЗНАТИ ТА ПАМ'ЯТАТИ МІСЦЕВІЙ ВЛАДІ ПРИ УХВАЛЕННІ ПОДАЛЬШИХ РІШЕНЬ?

ОБОВ'ЯЗКОВИМИ УМОВАМИ ДЛЯ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРІВ З НСЗУ Є:

- Автономізація закладу-надавача (договір укладається з надавачем будь-якої організаційно-правової форми окрім бюджетної установи);
- Наявність діючої ліцензії на провадження діяльності з медичної практики та ліцензії на провадження діяльності з обігу наркотичних речовин та прекурсорів (за потреби);
- Комп'ютеризація та інформатизація закладу – наявність відповідної медичної інформаційної системи (МІС), яку підключено до центральної бази даних Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ).

### **НЕ БУДЕ АВТОНОМІЇ – НЕ БУДЕ КОНТРАКТУ З НСЗУ...**

ОТЖЕ, УВЕСЬ ТЯГАР УТРИМАННЯ ЛІКАРНІ-  
БЮДЖЕТНОЇ УСТАНОВИ З 2020 РОКУ  
ПОВНІСТЮ ЛЯЖЕ НА ПЛЕЧІ ТИХ МІСЦЕВИХ РАД,  
ЯКІ ВІДМОВИЛИСЯ ВІД АВТОНОМІЗАЦІЇ ЦИХ  
ЗАКЛАДІВ...

# НОВІ ОБСТАВИНИ, ЯКІ МАЮТЬ БУТИ ВРАХОВАНІ ПРИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ЗОЗ У ПОТОЧНИХ УМОВАХ

- Треба не просто змінити організаційно-правовий статус кожного ЗОЗ, але, з урахуванням створення госпітальних округів, знайти його власну «нішу» для кожного, визначити місце, на якому кожен ЗОЗ, що входить до складу ГО, буде діяти максимально якісно та ефективно;
- Має місце необхідність створення принципово нових для України, поки що відсутніх тут типів лікарень на базі тих, що існують зараз.

Це дуже складне і одне з головних завдань стратегічного плану розвитку ГО.

ПРОГРАМА ООН ІЗ ВІДНОВЛЕННЯ  
ТА РОЗБУДОВИ МИРУ



ОРГАНІЗАЦІЯ  
ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ  
УКРАЇНА



НАЦІОНАЛЬНИЙ ПРОЄКТ  
ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ



ПРЯМУЄМО  
РАЗОМ

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!