

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Центр професійної та після дипломної освіти

Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр

Наказ ректора про  
затвердження теми

„До захисту допускається”  
завідувачка кафедри

Г.О. Швіндіна

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

### **НА ЗДОБУТТЯ ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ МАГІСТРА**

на тему

**«Порівняльний аналіз можливостей медичних закладів Сумської області  
під час впровадження другого етапу медичної реформи»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», освітньо-  
професійна програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

***Студента гр. УЗ-МЗ.91с Лазарець Світлани Володимирівни***

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело \_\_\_\_\_Лазарець Світлана Володимирівна.

**Науковий керівник:**

**кандидат економічних наук, доцент**

**Мирошніченко Ю.О.**

**доктор медичних наук, професор**

**Сміянов В.А.**

**Суми 2021р.**



## АННОТАЦІЯ

У роботі здійснено порівняльно-структурний аналіз впровадження другого етапу медичної реформи та напрацювання пропозицій для конкретних кроків щодо покращення діяльності медичних закладів. Досліджено комплексний аналіз управління розвитком медичних закладів України. Виявлено зв'язок між комунальними некомерційними підприємствами в межах госпітального округу. Визначено перебіг реформи в Сумській області, зроблено аналіз її в різних госпітальних округах та здійснено напрацювання пропозиції для покращення управління галуззю. Запропоновано основні кроки до розуміння викликів під час впровадження другого етапу медичної реформи. Визначено налагодження взаємодії закладів охорони здоров'я та їх засновників в межах госпітального округу.

**Ключові слова:** МЕДИЧНА РЕФОРМА, ГОСПІТАЛЬНИЙ ОКРУГ, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО, МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ, ПАКЕТ ПОСЛУГ, МІСЦЕВІ БЮДЖЕТИ.

## РЕФЕРАТ

*Структура й обсяг роботи.* Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 57 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 58 с., у тому числі 8 таблиць, 23 рисунків, 5 додатки, список використаних джерел - 5 сторінок.

*Актуальність.* Реформування системи охорони здоров'я в Україні назріло давно. Передумовами для реформи стали: ізоляція вітчизняної медичної науки від світової та європейської; екстенсивний розвиток медицини, при якому упор був на збільшення кількості медичного персоналу та кількості лікарняних ліжок на душу населення; екстенсивний розвиток мережі лікарень, при якому районні лікарні були, але не мали відповідного діагностичного та лікувального обладнання; медицина перестала бути престижною професією із зарплатами нижче середніх. Актуальність цієї роботи очевидна: дослідити перебіг реформи в Сумській області, зробити аналіз її в різних госпітальних округах та напрацювати пропозиції для покращення управління галуззю.

*Метою магістерської роботи* є пошук шляхів збільшення ефективності системи управління у медичній галузі Сумській області шляхом порівняльного аналізу можливостей медичних закладів під час впровадження другого етапу медичної реформи.

*Завдання:*

- вивчення ситуації з переходом медичних закладів до другого етапу реформи;
- виокремлення окремих проблем і загальних тенденцій та їх аналіз;
- напрацювання пропозицій для їх безпосереднього втілення в медичних закладах;
- робити розрахунки витрат бюджету лікарень та пролікованих випадків;
- проводити порівняльний аналіз за допомогою Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування.

*Предметом дослідження* є процес реформування галузі у його динаміці.

*Об'єктом дослідження є госпітальні округи Сумської області та комунальні некомерційні підприємства (КНП) Сумської області.*

*Методи дослідження.* Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

*Наукова новизна.* Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

*уперше:* розроблено та запропоновано визначення розрахунку «глобального бюджету» за пролікований випадок;

*удосконалено:*

- *науково-методичні підходи* до комплексного аналізу витрат за минулий рік методом розподілу витрат «зверху донизу»
- *методичні положення* з розрахунку витрат бюджету лікарень та пролікованих випадків в Сумській області;
- *методичні положення* щодо визначення ефективності місцевих бюджетів на прикладі госпітальних округів Сумської області.

*Набули подальшого розвитку:*

- *науково-методичні підходи* до налагодження взаємодії закладів охорони здоров'я та їх засновників в межах госпітального округу

*Ключові слова:* МЕДИЧНА РЕФОРМА, ГОСПІТАЛЬНИЙ ОКРУГ, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО, МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ, ПАКЕТ ПОСЛУГ, МІСЦЕВІ БЮДЖЕТИ.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	7
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДРУГОГО ЕТАПУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ</b> .....	9
1.1. Визначення базових понять у системі вторинної медицини.....	9
1.2. Проблеми колишньої системи фінансування галузі охорони здоров'я.....	15
<b>РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ СУМЩИНИ ПІД ЧАС ВПРОВАДЖЕННЯ ДРУГОГО ЕТАПУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ</b> .....	20
2.1. Система госпітальних округів та КНП - як основа структури у галузі медицини на місцях.....	20
2.2. Види медичних послуг.....	22
2.3. Короткий огляд Методики розрахунку щодо вартості послуги в медичному обслуговуванні.....	26
<b>РОЗДІЛ 3 ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ</b> .....	32
3.1. Управління розвитком медичних закладів, як основна складова для поліпшення ситуації в медичній системі України.....	32
3.2. Розрахунки витрат бюджету лікарень та пролікованих випадків.....	35
3.3. Основні кроки до розуміння викликів під час реформи вторинної медичної допомоги.....	42
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	47
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	48
<b>ДОДАТКИ</b> .....	53

## ВСТУП

*Актуальність теми дослідження.* Право на всебічне забезпечення охорони здоров'я гарантується державою Україна усім її громадянам [1]. Відповідно, Україна є членом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та керується статутом діяльності даної організації [2].

В Україні давні традиції організації системи медицини. Після остаточної окупації України і включення УРСР до складу СРСР в республіці, як і повсюдно в СРСР, була впроваджена система управління галуззю, названа за ім'ям Семашка [3].

Система Семашка – радянська модель охорони здоров'я, хоча і зазнає сьогодні справедливої критики, однак у свій час була справді епохальним досягненням соціального й економічного будівництва. Тільки централізована державна медицина могла тоді ефективно впоратися з масовими епідеміями, які охопили голодну і розкрадену країну.

Але вже на початок незалежності, у 1990-х роках час очікування в поліклініках перевищив час очікування у приймальнях німецьких приватних лікарів майже вдвічі. До всього ще й кількість відвідувачів медичної установи на 2,5 рази було більше, ніж у наших сусідів за кордоном. А кількість відвідувань лікарем хворих удома була вп'ятеро більшою.

Тож час для введення реформи в систему охорони здоров'я в Україні назрів давно.

Передумовами для реформи стали:

- ізоляція вітчизняної медичної науки від світової та європейської;
- екстенсивний розвиток медицини, при якому упор був на збільшення кількості медичного персоналу та кількості лікарняних ліжок на душу населення;
- екстенсивний розвиток мережі лікарень, при якому районні лікарні були, але не мали відповідного діагностичного та лікувального обладнання;

- медицина перестала бути престижною професією із зарплатами нижче середніх;

- як наслідок, часто лікарі брали плату від пацієнтів за звичайне лікування, що зруйнувало радянську концепцію безоплатної медицини;

- лікарні максимально збільшували ліжковий фонд і намагалися тримати ліжка заповненими, оскільки від цього залежали державні субвенції на відповідні галузі в адміністративних суб'єктах;

- територіальний принцип обслуговування пацієнтів робив неможливим пацієнту вільного вибору лікаря і лікарні.

*Актуальність* роботи: дослідити перебіг реформи в Сумській області, зробити аналіз її в різних госпітальних округах та напрацювати пропозиції для покращення управління галуззю.

*Метою магістерської роботи* є пошук шляхів збільшення ефективності системи управління у медичній галузі Сумській області шляхом порівняльного аналізу можливостей медичних закладів під час впровадження другого етапу медичної реформи.

*Завдання:*

- вивчення ситуації з переходом медичних закладів до другого етапу реформи;

- виокремлення окремих проблем і загальних тенденцій та їх аналіз;

- напрацювання пропозицій для їх безпосереднього втілення в медичних закладах.

*Предметом дослідження* є процес реформування галузі у його динаміці.

*Об'єктом дослідження* є госпітальні округи Сумської області та комунальні некомерційні підприємства (КНП) Сумської області.



# РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДРУГОГО ЕТАПУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

## 1.1 Визначення базових понять у системі вторинної медицини

Законодавство України у системі охорони здоров'я базується на Конституції України [1].

Основним базовим законом України, що регламентує систему цінностей та засадничі концепції в сфері охорони здоров'я є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [5]. Базові засади щодо вторинної медицини закладені у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [6].

Постанова Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року №131 «Деякі питання щодо виконання пілотного проекту по впровадженню державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області» [11]. Для безпосередньої реалізації законодавства України було розроблено і прийнято до виконання ряд підзаконних нормативних документів – Постанов Кабінету міністрів України та розпорядчих документів Міністерства охорони здоров'я.

Визначення базових понять і термінів у системі медицини також визначається конкретними нормативними актами[5], [7].

В Україні надання вторинної медичної допомоги забезпечується закладами охорони здоров'я, якими після впровадження другого етапу реформи є комунальні некомерційні підприємства (КНП).

Процедура реорганізації (перетворення) закладів охорони здоров'я регламентована Цивільним кодексом України, Господарським кодексом України, Законом України «Про державну реєстрацію юридичних осіб,

фізичних осіб – підприємців та громадських формувань», Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Комунальне некомерційне підприємство є різновидом «Комунального підприємства». Зокрема, стаття 78 Господарського кодексу України диференціює комунальні некомерційні підприємства, визначаючи особливості функціонування та закріплення майна власника. З наведеного слідує, що така організаційно-правова форма, як Комунальне некомерційне підприємство відповідає вимогам закону та має використовуватись при реорганізації старих комунальних установ або при створенні нових підприємств. Вони здійснюють лікування у поліклінічних та стаціонарних умовах[45].

В поліклінічних (амбулаторних) умовах здійснюються консультації та діагностика. Їх здійснюють консультативно – діагностичні підрозділи (або центри) КНП. В стаціонарних умовах здійснюється планове та екстрене лікування – у відділеннях інтенсивного лікування, реабілітаційних відділеннях, хоспісах.

Нормативні акти визначають також і коло осіб, які мають здійснювати лікування. «Лікуючим лікарем назначають лікаря КНП, який повинен надавати спеціалізовану медичну допомогу громадянам певного населеного пункту, та у якого є ліцензія на дозвіл займатися своєю вузькоспеціалізованою спеціальністю. І це не стосується лікаря-терапевта, або, як його ще називають – лікар загальної практики[8],[14].

Згідно діючої нормативної бази направлення на обстеження, діагностування та подальше лікування здійснюється виключно за направленням сімейного лікаря. Лікуючого лікаря з надання спеціалізованої вторинної медичної допомоги у КНП визначає керівник відповідного закладу. В окремих випадках це може бути інша особа, уповноважена керівником КНП на прийняття таких рішень. Вторинна медична допомога для громадян є безоплатною.

На пільгових умовах та безкоштовна видача ліків населенню здійснюється завдяки постановам Кабміну України від 17 серпня 1998р. №1303

“Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань” та від 3 грудня 2009 р. №1301 “Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами” [1], [7].

Згідно нормативно-правовим актам нашої країни, медичні працівники мусять підходити до кваліфікаційних умов зазначених у Постанові КМУ від 2.03.2016 р. №285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»;

Сюди ж відносять і Наказ МОЗ України від 31.10.2018 р. №1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників»;

Випуск 78 під назвою «Охорона здоров'я»;

Віднесемо й Наказ МОЗ України від 22.02.2019 р. №446 “Про деякі питання щодо БПР лікаря”;

Наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. №742 носить назву «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою».

Також повноваження і діяльність реформованих КНП регулюються і у Бюджетному кодексі України (підпункт 3 пункту 1 статті 89) [9], [10].

Робота НСЗУ керується і реалізується КабМіном за співпраці з Міністром охорони здоров'я [13]. Фінансова діяльність медичних закладів здійснюється у відповідності до Бюджетного кодексу України. Бюджетний кодекс України (підпункт 3 пункту 1 статті 89) [3],[18].

Тарифи на медичні послуги, які надаються за Програмою медичних гарантій, були затверджені законом України про Державний бюджет на 2020 рік. Коригувальні коефіцієнти були затверджені Міністерством охорони здоров'я після прийняття закону України про Державний бюджет на 2020 рік [2], [3].

Бюджет Національної служби здоров'я на 2021 рік запланований у розмірі 113,5 млрд. грн. Сплачуватиме за рахунками Державна казначейська

служба. Також ця служба здійснюватиме контроль за використанням перерахованих коштів.

НСЗУ почало свою роботу з 2020 року. Однією з умов для лікарень було – стати комунальними підприємствами. Загалом це виглядало так, що громади все ж таки залишалися власниками медичних установ, а самі медичні установи залишили за собою право розпоряджатися кошторисом та керівництвом. Розширяться повноваження і для місцевих бюджетів. Тепер ремонти як будівель, так і медобладнання, догляд за територією мед закладу – буде на їхній відповідальності. А обов'язком держави залишиться – оплачувати послуги.

Власне, основний концепція надання послуг з охорони здоров'я – це реалізація моделі фінансування за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Тобто, Держава оплачує пакет послуги КНП за надану пацієнту послугу з діагностування та лікування. Так, у бюджеті 2020 року на потреби НСЗУ для фінансування пакетів було передбачено майже 88,9 мільярдів гривень (рис. 1.1).

Таблиця 1.1 – Кошти виділені на потреби НСЗУ у бюджеті 2020 року

Найменування згідно з відомчою і програмною класифікаціями видатків та кредитування державного бюджету	Загальний фонд					Спеціальний фонд		
	Всього	Видатки споживання	з них		Видатки розвитку	Всього	Видатки споживання	Разом
			оплата праці	комунальні послуги та енергоносії				
<b><i>Національна служба здоров'я України</i></b>	<b>89 101 620,7</b>	<b>89 092 388,2</b>	<b>157 111,2</b>	<b>3 779,1</b>	<b>9 232,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>89 101 621,1</b>
Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	219928,0	210695,5	157111,2	3779,1	9232,5	0,4	0,4	219 928,4
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	88 881 692,7	88 881 692,7						88 881 692,7

Допомога надається у реформованих КНП (які мають заключні угоди з НСЗУ) – відповідно до медичних показань. Відповідно, усі КНП мусять мати ліцензію на надання спеціалізованої медичної допомоги.

Необхідною умовою є і підключення до медичної інформаційної системи. Тобто, усі КНП мають бути комп'ютеризованими, а медичні працівники – мати необхідні навички[8],[17]. Значить, починаючи з квітня 2020 року медична субвенція на вторинну медицину для адміністративних суб'єктів не передбачається.

Без направлення вторинна медична допомога (якщо є відповідні медичні показання) надається безоплатно пацієнтам, із хронічними захворюваннями, які мають ускладнення. Або ж на таку допомогу можуть розраховувати пацієнти, яким потрібна екстрена допомога.

Згідно діючого законодавства головним розпорядником коштів для вторинної медицини є НСЗУ[7], [13].

Рух коштів від прийняття рішення до пацієнта зображений на рис. 1.1.

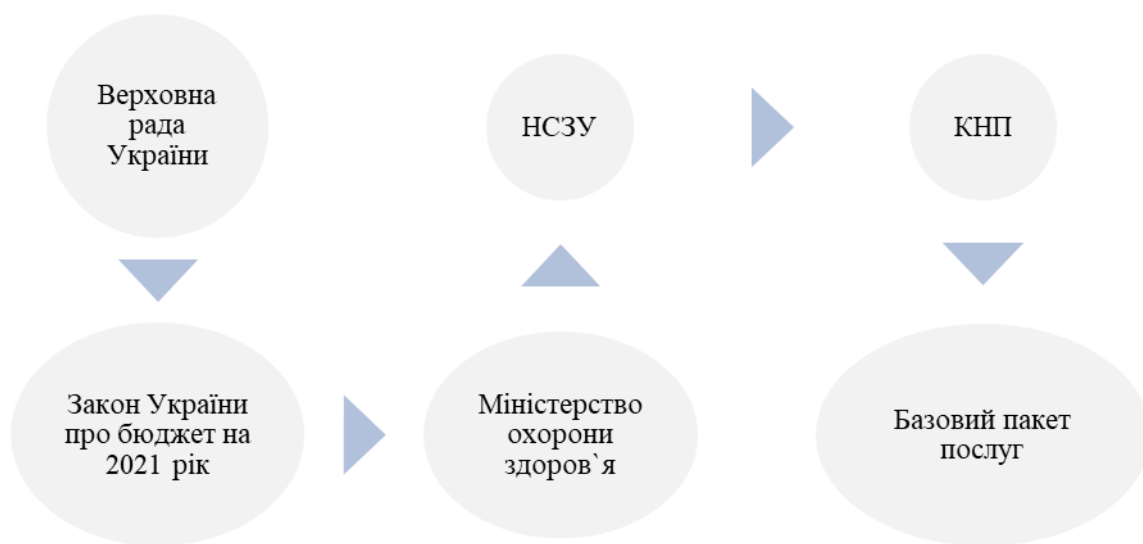


Рисунок 1.1 – Рух коштів

## 1.2 Проблеми «старої» системи фінансування галузі охорони здоров'я

Щоб розібратися в цьому питанні, потрібно представити, які цілі були в колишнього уряду, виходячи з ситуації в якій він перебував в радянські часи. Ці дані визначено на рис. 1.2.

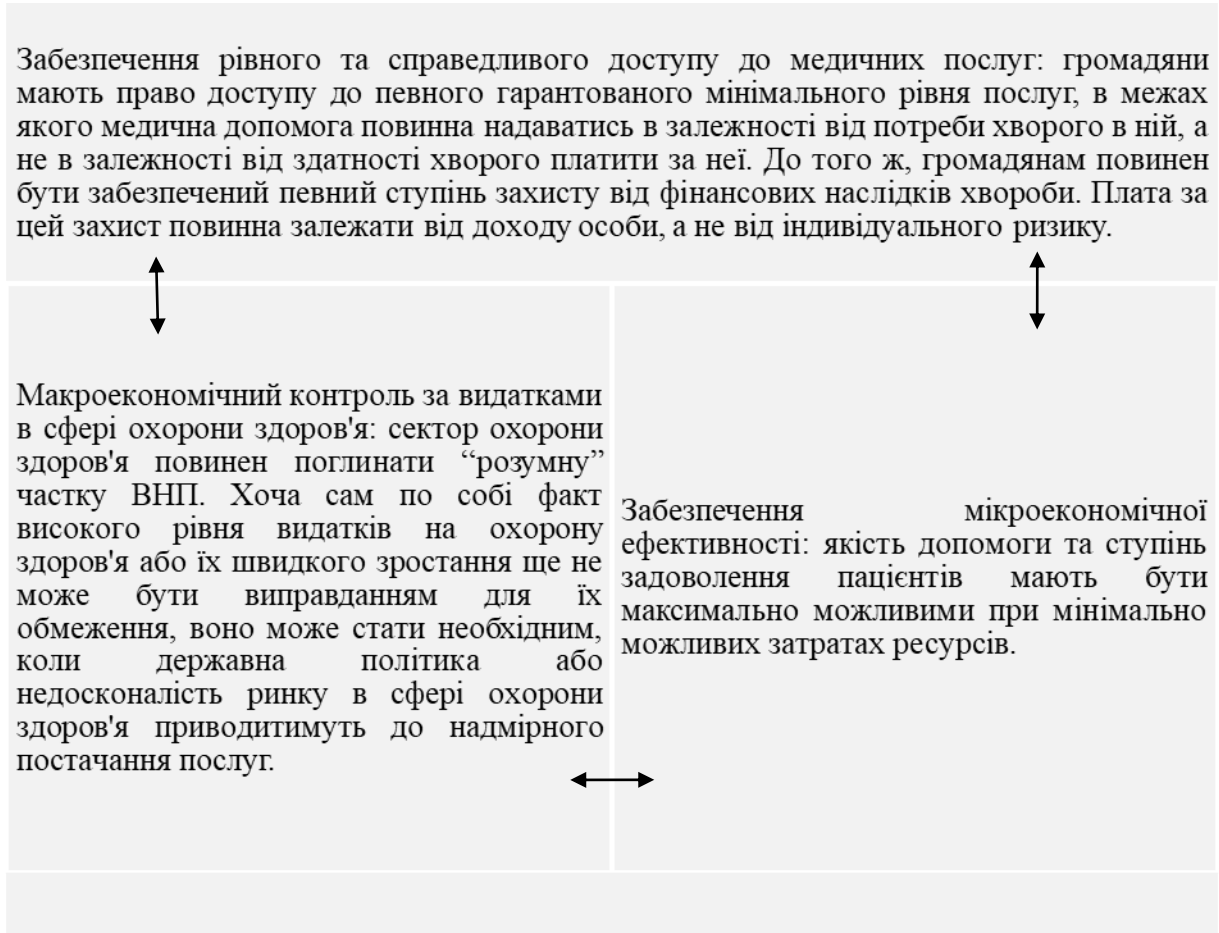


Рисунок 1.2 – Основні цілі системи фінансування

Потрібно нагадати, що згідно зі статистикою в нашій країні в останні роки виділяли всього 3% ВВП на потреби охорони здоров'я.

Німеччина та США витрачали понад 10% ВВП на охорону здоров'я, ми звикли рівнятися на них, але навіть цих коштів їм не вистачало для фінансового покриття усіх бажаних потреб. Можемо зробити висновок, що грошей завжди не вистачатиме.

Певна річ, ми можемо висловлюватися тільки про їхню порівнювальну достатність, а значить про те, чи схожа дана ситуація в цій країні з такою ж ситуацією в іншій країні і так далі.

Ми розуміємо, що спираючись на цей показник, наша держава посідала на той час не на одній лаві з розвинутими країнами.

В медичних закладах вже було звичним явищем вносити добровільні внески, що було ознакою того, що суспільство, безсумнівно, не забезпечувалось достатніми медичними та профілактико-оздоровчими умовами. Загалом, фінансування системи охорони здоров'я в нашій країні було низьким та неналежним. І це змушувало людей шукати інших методів лікування, таких як нетрадиційна, чи лікування БАДами, що суперечило доказовій медицині і призводило іноді навіть до летальних випадків.

Найпершим доступ до послуг отримував той, хто мав можливість їх оплатити. Відбувався перерозподіл ресурсів на користь багатих, не лише їх власним виплатам, а й через неспроможність оплатити послугу бідними.

Піком правової незахищеності осіб перед несправедливістю системи охорони здоров'я в нашій країні стало невизнання на законодавчому рівні недоцільного використання ресурсів. Навіть, коли керівники та політики бували проти, то процес їх визнання все одно відбувався.

Наступна важлива дилема цього розділу – неналагоджена система відносин між кінцевими результатами їх роботи та фінансуванням лікувальних закладів. Фінансуватись з бюджету повинні були бюджетні лікувальні заклади і вони мали на це право. Сам факт їх існування був основою для фінансування цих закладів. Хоча, прерогативою повинно було бути рівень підтримки чи поліпшення здоров'я пацієнтів.

Якщо взяти дві лікарні, в яких було проліковано однакова кількість хворих і досягнуті однакові клінічні результати, то проблем виникне у головуючого тієї установи, де пацієнти лікувалися швидко, адже одним з головних показників ефективності робочого часу була кількість годин які займав пацієнт на цьому ліжку. Зрозуміло тепер, чому поліклініки не мали



інтересу для того, щоб суспільство було здоровим. Їм було вигідно, щоб поліклініку відвідувало якомога більша кількість відвідувачів, адже їхня робота оплачується за кількістю відвідувань.

Недоцільна госпіталізація пацієнтів, неправдива зайнятість ліжко-днів, , реєстрація фіктивних відвідувань – було наслідком такої системи фінансування.

Менеджери системи охорони здоров'я вважали одним з головних причин такої ситуації - брак фінансування. Ніхто не задумувався над тим, що вартість повинна створюватися якісними послугами, а гроші повинні слідувати за вартістю. Стверджували, що для покращення в системі охорони здоров'я потрібні великі ресурси грошей, проте повсякчас спрямовували свої сили для нецільового використання цих коштів.

Будь-які ініціативи менеджерів були приречені на поразку, бо керівники системи фінансування закладів звикли до такого стану справ.

Недостовірні інформація, яка викладалася у звітах про кількість ліжко-днів - формувала основу для нормативів, які вже були невірними, адже для них також використовувалися недостовірні статистичні дані.

Швидкий розвиток медичної науки на наукових технологій не враховувалися в ці нормативи. Хоча, охорона здоров'я належить до галузі економіки, яка в свою чергу напряму залежить від інновацій в технології та науці.

Нормативи не забезпечували потрібного перерозподілу та не враховували змін, які відбувалися. Для прикладу наведемо методи лапароскопічного лікування. Так як це малотравматична процедура, то і післяопераційна реабілітація у такого пацієнта проходила швидше, а отже, скоротився й період ліжко-днів. Проте, не зважаючи на ці дані, нормативні документи, які визначали тривалість ліжко-днів в операційних відділеннях та кількість працюючого медичного персоналу - не змінилися.

В останні роки існували такі фактори впливу на систему охорони здоров'я: соціальні, наукові, політичні й технологічні, але вони не могли адекватно відповідати тим нормативам, які діяли на той час.

В радянські часи, ці захворювання лікувалися в стаціонарних умовах, через існуючі на той час способи лікування, поширення та профілактики їх.

І з плином часу, змінилося розуміння і наукові визначення й порядки, щодо розповсюдження хвороб, нормативів лікування й потреб в ліжко-днях та у нецільовому використанні такої кількості медичного персоналу. І таких прикладів можна було навести безліч.

Система фінансування не мала змоги вплинути на якість надання і кількість медичних процедур та медпослуг, проте, це є необхідною складовою в підході щодо ефективного управління надання послуг в сучасній системі охорони здоров'я.

Якщо немає базового формату для ведення документів та певних правил щодо визначення їх якості, то і для осіб, які оформляють ці документи, немає достатнього натхнення і бажання робити цю роботу. Внаслідок цього, вони можуть використовувати в своїх інтересах громадські ресурси.

В кінцевому виході, при виконанні своїх обов'язків, у самих менеджерів, які працювали в МОЗ – не було вибору в постачальниках певних послуг. Тому, співвідношення ціна – якість, не відповідали своїм вимогам.

Система фінансування можливість такого вибору загалом заперечувала. Так само й нормативи не сприяли чесному доступу допереліку послуг, що були зазначені в них.

Хочу відмітити ще один показник, що здійснював негативний вплив на використання ресурсів в українській системі охорони здоров'я – це розподіл між бюджетами різних адміністративних суб'єктів і водночас – відповідальність за фінансування різного рівня закладів охорони здоров'я.

І як наслідок – слабо координовані послуги надання медичної допомоги, як первинної, так і спеціалізованої. З переліченого вище, можна зробити висновки, щодо проблем з розпорядженням коштами у галузі охорони здоров'я в колишній системі (рис. 1.3).

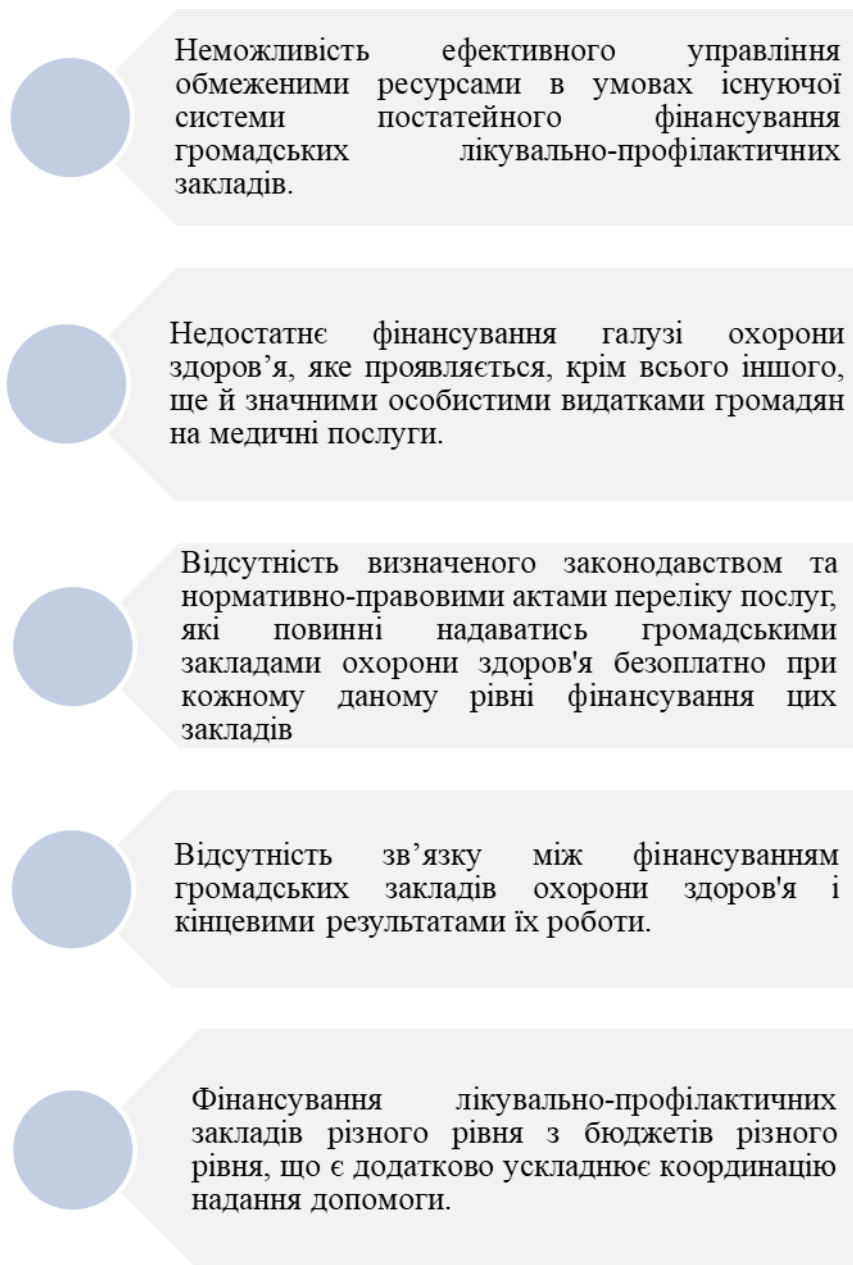


Рисунок 1.3 – Проблеми фінансування сфери охорони здоров'я в «старій» системі

## **РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ СУМЩИНИ ПІД ЧАС ВПРОВАДЖЕННЯ ДРУГОГО ЕТАПУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ**

### **2.1 Система госпітальних округів та КНП - як основа структури у галузі медицини на місцях**

Для забезпечення необхідної та безкоштовної, а в цілому не менш якісної та доступної вторинної медичної допомоги створено необхідну нормативно-правову базу для забезпечення діяльності в Україні системи госпітальних округів. Вони передбачають цільове використання можливостей громад на місцях.

Так, зокрема Закон України, за цим посиланням, чітко регламентує їх діяльність[19].

За описом щодо змін, до яких залучає медична реформа - кожен область розподіляють на 2–6 госпітальних округів (Рис.2.1.). В цьому госпітальному окрузі повинна бути одна багатопрофільна лікарня, яка відноситься до інтенсивного лікування 1-го чи 2-го рівня. Хірургічну та реанімаційну допомогу надаватиме медичний заклад, що відноситься до першого рівня. Лікарні 2-го рівня візьмуть на себе планову медичну допомогу та функцію подальшого лікування хворого.

За регламентом, центром округу буде вважатися місто в якому проживає понад 40 000 осіб. Поїдка до центру округу має займати за часом годину, тому дорога до нього повинна становити не більше 60 км. Керувати госпітальним округом мають госпітальні ради. Госпітальні ради будуть складатися з членів медустанов, обладміністрацій, МОЗу та місцевих рад.

Будуть запроваджені так звані медичні пакети. При цьому, зелений пакет - безоплатні послуги. До нього входить: первинна допомога, лікування дітей до 14 років, екстренна допомога, пологи та хоспісна допомога.

Щодо послуг з синього пакету, то доведеться за нього частину сплачувати самостійно. Повна оплата буде проводитися за пластичну медицину, естетичну медицину, за звернення без направлення та стоматологію для дорослих.

Зазнають змін і механізми лікування. Першим нововведенням буде те, що сімейний лікар буде у кожному населеному пункті. Також, медичні працівники повинні будуть лікувати своїх пацієнтів по доказовим протоколам, в яких затверджені методи лікування та медичні препарати, за рецептом лікаря – обов'язково. Зарплата медичного працівника також зазнає змін. Тому, що медики почнуть отримувати виплату за кожного пацієнта, якого пролікував.

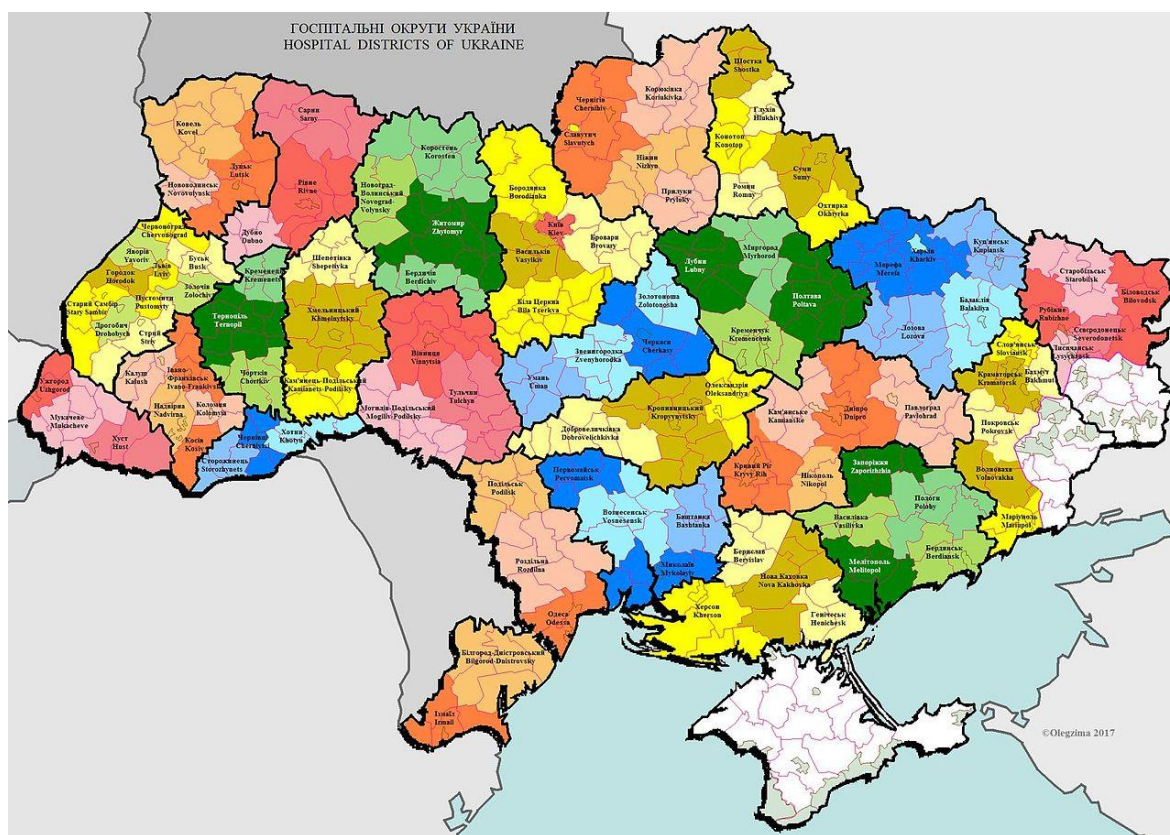


Рисунок 2.1 – Госпітальні округи України

Лікувальні заклади долучилися до реформи і стали комунальними некомерційними підприємствами (КНП). Їх перехід до прямої співпраці з НСЗУ із заключенням відповідних угод якраз і відбувся протягом 2020 року.

Щоб укласти договір з НСЗУ, потрібна:

- перетворення бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство;
- діюча ліцензія як на діяльність медичного персоналу, так і ліцензія щодо обігу наркотичних речовин;
- навчений до роботи з комп'ютерною технікою медичний персонал та створення своєї інформаційної системи, за допомогою якої можна буде підключитися до центральної бази даних;
- відповідати вимогам до спеціалізації медичних працівників і переліку обладнання для надання послуги [10].

Створені госпітальні округи дозволяють усім громадам, що входять до складу госпітального округу брати участь у дольовому фінансуванні опорного медичного закладу. Зокрема у Сумській області створено шість госпітальних округів. Водночас в Сумській області створено 85 КНП [17].

## **2.2 Види медичних послуг**

Державою визначено та Постановами КМУ затверджені види медичних послуг. Зокрема, види надання медичних послуг за Програмою медичних гарантій у 2020 році:

Вторинна медична допомога:

- Медична допомога, що надається дорослим та дітям в амбулаторних умовах. Сюди входить медична реабілітація, а також невідкладна стоматологічна допомога;
- Огляд дорослих в амбулаторних умовах, щою мати можливість для своєчасного виявлення онкозахворювань;

- Хірургічні операції для всіх груп населення, що проводяться в стаціонарних умовах;
- Прийом пацієнтів без хірургічної патології на стаціонарних умовах;
- Невідкладна допомога при ознаках гострого мозкового кровопритоку;
- Невідкладна допомога при ознаках гострого порушення системи кровообігу;
- Допомога медичних працівників при народженні дитини;
- Невідкладна допомога новонародженим;
- Раннє виявлення та лікування у населення захворювань пов'язаних з онкологічною етіологією;
- Надання меддопомоги населенню з ознаками туберкульозної інфекції;
- Нагляд та надання меддопомоги особам з ознаками ВІЛу;
- Надання меддопомоги особам, які зловживають вживанням наркотичних засобів.



Рисунок 2.2 – Групи послуг по Конотопській міській лікарні

Медична допомога, паліативного характеру:

- Для населення в умовах стаціонару;
- Для населення в домашніх умовах і які потребують нагляду мобільних бригад.

Сюди ж відноситься і реабілітація, яка надається спеціально навченим медичним персоналом, а саме:

- Неонатологічна реабілітація, а також реабілітація недоношених діток. Також, в цю категорію відносять хворих немовлят до настання ними трирічного віку;
- Реабілітація населення з ревматичними захворюваннями;
- Реабілітація населення з захворюваннями нервової системи.

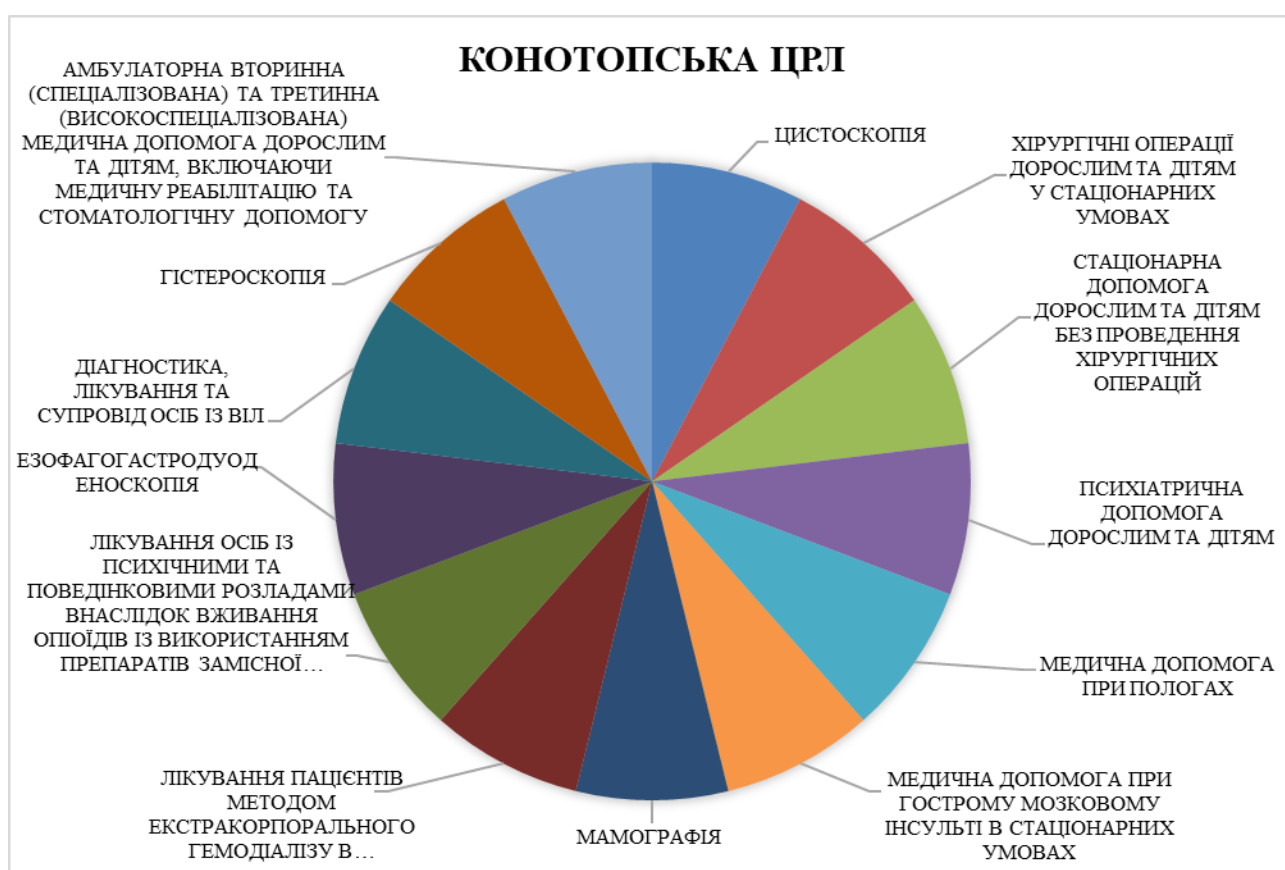


Рисунок 2.3 – Групи послуг по Конотопській центральній районній лікарні



Реімбурсація (відшкодування) препаратів інсуліну за субвенцією (з 01.01.2020 до 31.03.2020);

Державні закупівлі ліків і мед виробів за 40 напрямками: лікування ВІЛ/СНІДу; туберкульозу; онкологічні, серцево-судинні захворювання; рідкісних органних захворювань; забезпечення заходів імунопрофілактики; Фінансування заочної частини інтернатури; Фінансування безперервного професійного розвитку (БПР);

Лікування пацієнтів методом гемодіалізу – ставка за медичну послугу. Якщо хворий лікується на стаціонарі, то його медичні послуги будуть автоматично оплачені, так як вони входять в групи певного профілю. Загальна інформація по ЦРЛ сумської області представлена в додатку А.

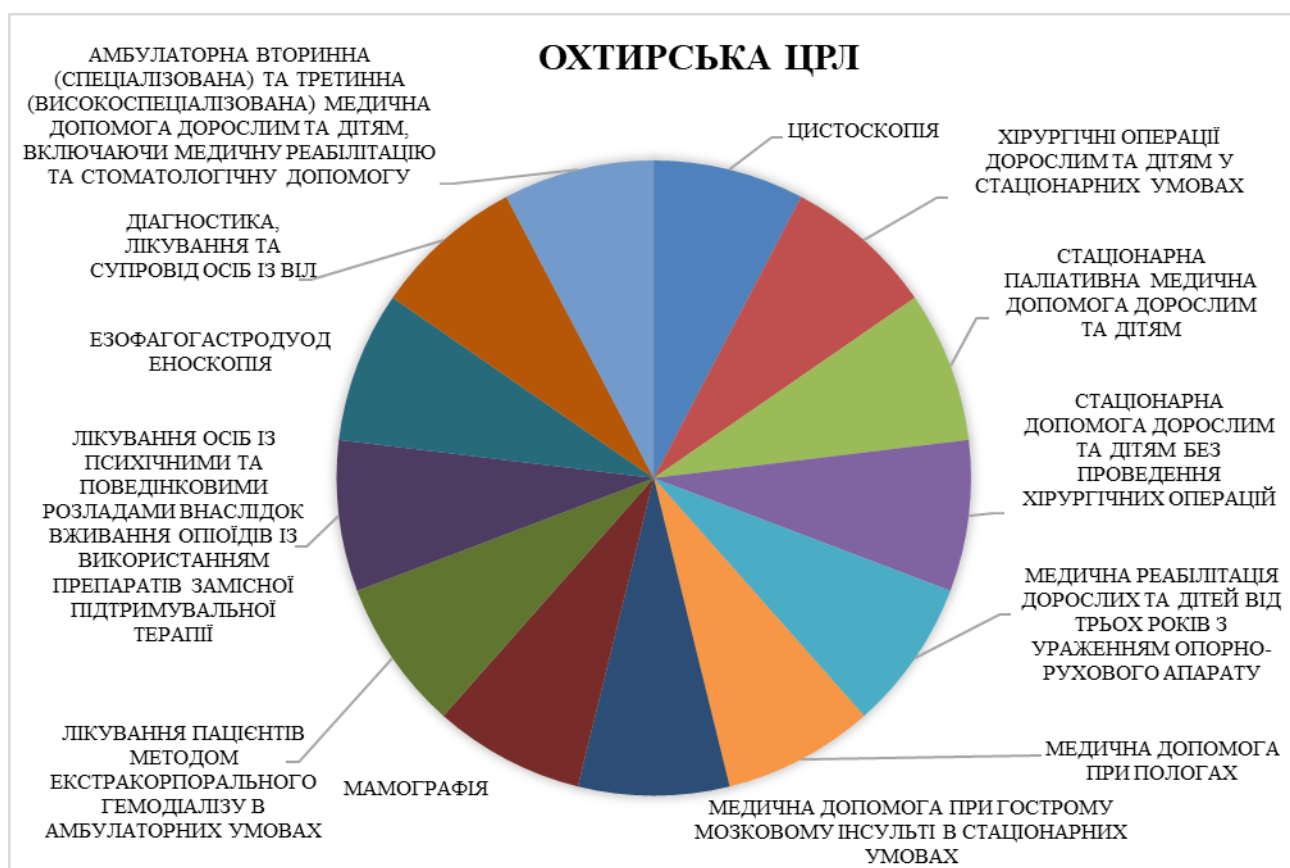


Рисунок 2.4 – Групи послуг по Охтирській центральній районній лікарні

Одним з перспективних і малотравматичних напрямів для майбутніх років, виокремлюють пакет малоінвазивних хірургічних втручань. Вони можуть

використовуватися як ранньої діагностики, так і для лікування вже явних ознак захворювання. Сюди входять: бронхоскопія, гістроскопія, цистоскопія, езофагогастродуоденоскопія, мамографія, колоноскопія.

Пріоритетні послуги – це переважно дорого вартісні технологічні дослідження, що гарантуються доказовою наукою та міжнародним наказам. Завищений тариф для фінансування цих послуг має на меті підвищити рівень технічної та матеріальної бази медичного закладу, а це в свою чергу підвищує кваліфікацію надання необхідної медичної послуги.

Загальна інформація по медичних закладах міських рад та по приватних закладах, винесено для ознайомлення в додаток Б.

Аналіз даних по ЦРЛ Сумської області свідчить, що лідерами за сумою укладених договорів є міста Конотоп, Шостка та Ромни, де ця цифра сягає 87 092 861 грн, 67 496 054 грн. та 63 096 634 грн. відповідно. Лідерами ж за кількістю груп послуг, тобто спектром медичної допомоги, яку мешканці зможуть отримати безкоштовно за рахунок коштів НСЗУ, є Сумська ЦРЛ (14 пакетів послуг), Конотопська, Охтирська та Роменська ЦРЛ (по 13 пакетів послуг), а також Шосткинська та Кролевецька ЦРЛ (по 10 пакетів послуг).

Загалом же КНП міста Суми мають фінансування по укладених угодах від НСЗУ понад 200 млн. грн. Розрахунок щодо надання медичних послуг відбуватиметься незалежно від того, чи перебували пацієнти на стаціонарному лікуванні, чи ні, а спиратиметься на кількість оглянутих та дообстежених громадян[27].

### **2.3 Короткий огляд Методики розрахунку щодо вартості послуги в медичному обслуговуванні**

За допомогою цього методу, який охрестили покроковим розподілом витрат “зверху донизу”, лікарні можна провести економічні розрахунки, кінцевим результатом чого виходить розподіл усіх витрат медичної установи,

як адміністративно-допоміжних підрозділів так і основних клінічних відділень, а для них вартість рахується, як кінцева, згідно одиниці медичної послуги. Тобто, ліжко-день, хворий, що виписався чи просто відвідування амбулаторії тепер повинно було розподілятися і фінансуватися відповідно до Постанови КМУ від 27 грудня 2017 року №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»[6],[16],[28]. НСЗУ були розроблені «Методики розрахунку з вартості послуги щодо забезпечення медичним обслуговуванням»[6],[15].

В Методиці використовується термінологія, яка в свою чергу - наведена в Основах законодавства України про охорону здоров'я та Бюджетному кодексі України[5],[9].

Зразок покрокового розподілу витрат в схематичному зображенні представлена у додатку В.

Аналіз видатків із використанням покрокового розподілу витрат “зверху донизу” здійснюється поетапно і зображений в додатку Г.

Отже, НСЗУ узагальнює звичний набір медичних послуг, клінічних відділень та основні управлінські підрозділи для медичних установ, та висвітлює їх в Методиці [15],[16].

Коли відбувся етап стандартизації переліку структур для медичних установ, то згідно до правил та функцій щодо забезпечення діяльності медичного закладу, структурні підрозділи класифікують за типами, які представлені в табл.2.1.

Таблиця 2.1 – Типи структурних відділів для медичних установ

Адміністративні підрозділи	Допоміжні медичні підрозділи	Основні клінічні відділення
адміністративно-управлінські підрозділи, такі як бухгалтерський відділ, відділ керівництва, статистичний відділ, та ін..	До них відносяться: лабораторії, операційні, відділення реанімації та діагностичних досліджень, підрозділи реанімації.	Вони безпосередньо надають пацієнтам медичну допомогу на стаціонарі чи в режимі амбулаторного відвідування під час амбулаторних

		відвідувань чи у режимі денного стаціонару.
Підрозділи технічного обслуговування, такі як харчоблок, стерилізаційна, пральне відділення, інформаційних технологій та інші	У деяких випадках на них може лягти функція головних клінічних підрозділів.	Одиницями послуг в клінічних відділень є пацієнти, що були виписані із стаціонару; використані ліжко-дні; а також візити пацієнтів в амбулаторних умовах.

На основі загального бюджету медичного закладу планується подальший розподіл коштів. Сюди входять витрати медичної установи по всіх статтях та з усіх фондів.

Коли розподіляється загальна сума прямих витрат, а вона розподіляється на всі клінічні, допоміжні та адміністративні підрозділи, тоді ж відбувається - етап розподілу прямих витрат між усіма структурними відділеннями медичної установи. Для прикладу, до переліку прямих витрат відносяться витрати, які представлені на рис. 2.6. і необхідні вони для визначення структури й точності розрахунків:

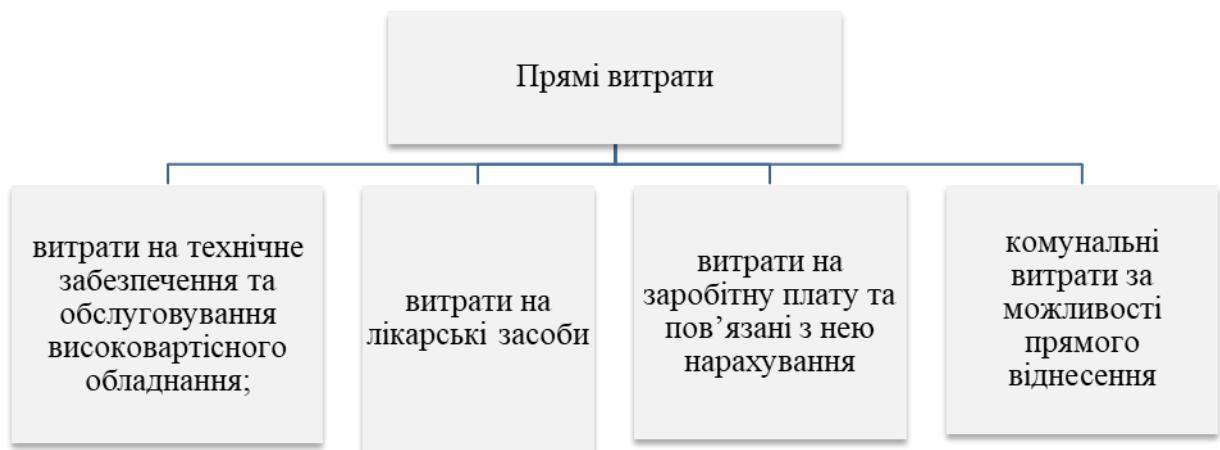


Рисунок 2.6 – Перелік прямих витрат

Далі розглянемо деякі особливості, щодо непрямих витрат. Як приклад непрямих витрат - можуть бути витрати за оплату електроенергії закладом медицини. Вартість електроенергії розглядатися як непрямі витрати, і потребує

застосування певного непрямиго показника оцінки – критерію розподілу. Сюди необхідно внести й такий показник, як площа приміщення – це теж непряма витрата для розрахунку щодо споживання використаної електроенергії.

Прикладом розподілу витрат, ми можемо розглянути лабораторію. Так як усі витрати на її утримання ми можемо поділити як на прямі, так і на непрямі.

Згідно до формули № 1 непрямі витрати розділяються між усіма підрозділами/відділеннями медустанови, враховуючи критерії, які визначені у підпункті 5 пункту 7 цієї Методики [15].

Дивлячись на цю схему покрокового розподілу витрат, ми можемо помітити, що витрати всіх відділень медустанови, розміщуються у вигляді вертикального списку. Так, вище розташовані відділення, які впливають на відділення, що знаходяться нижче. Виходить, що спочатку будуть розташовуватися адміністративні підрозділи, потім допоміжні підрозділи, а вже за ними – основні відділення клініки (додаток В) [15].

За допомогою формули №3, ми можемо розрахувати витрати як медустанови загалом, так і по відділеннях окремо[15]. Вводиться тариф на оплату за ту чи іншу медичну послугу. НСЗУ зобов'язується оплачувати ці послуги, звісно, якщо пацієнт буа госпіталізований у даний заклад [2], [3]. НЗСУ оплачує амбулаторні медичні послуги за Програмою медичних гарантій. За допомогою підрахунку всієї кількості ліжко-днів і кількості всіх пацієнтів, що були проліковані у даному закладі - так вичислюється вартість ліжко-дня за один пролікований день (формула № 4), а також вартість, що видається на одного пролікованого в певному відділенні(формула № 5).Приклади розрахунку суми коштів яку отримає кожна з лікарень за пролікований випадок, представлені на Рис. 2.6., Рис. 2.7.

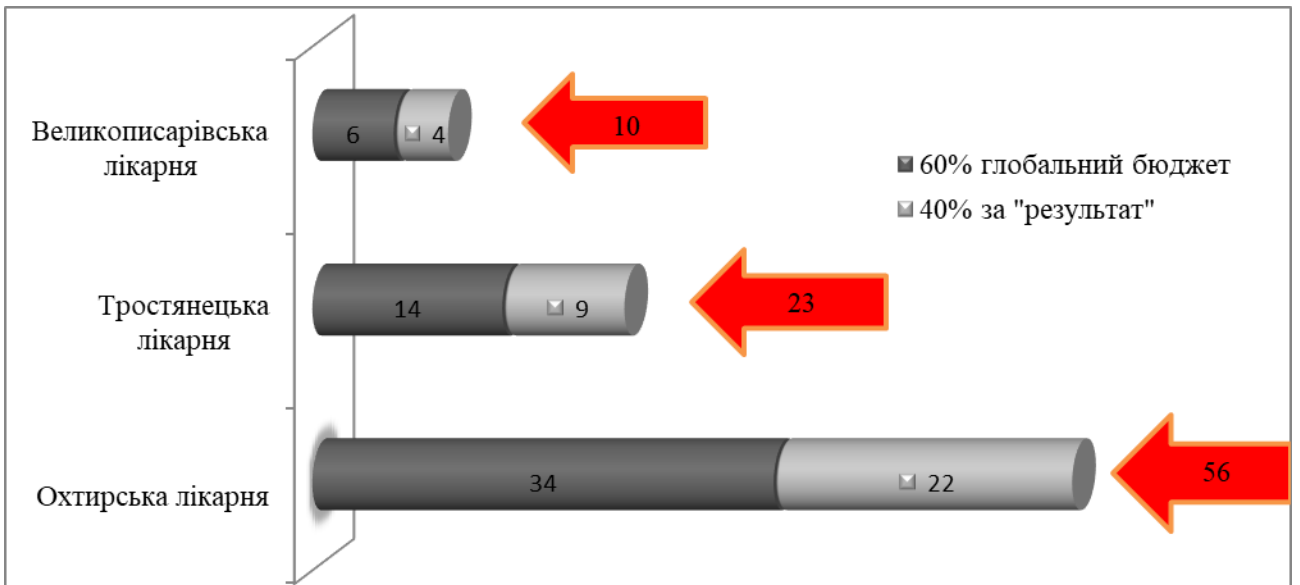


Рисунок 2.6 – Сума коштів яку отримає кожна з лікарень за пролікований випадок, млн. грн

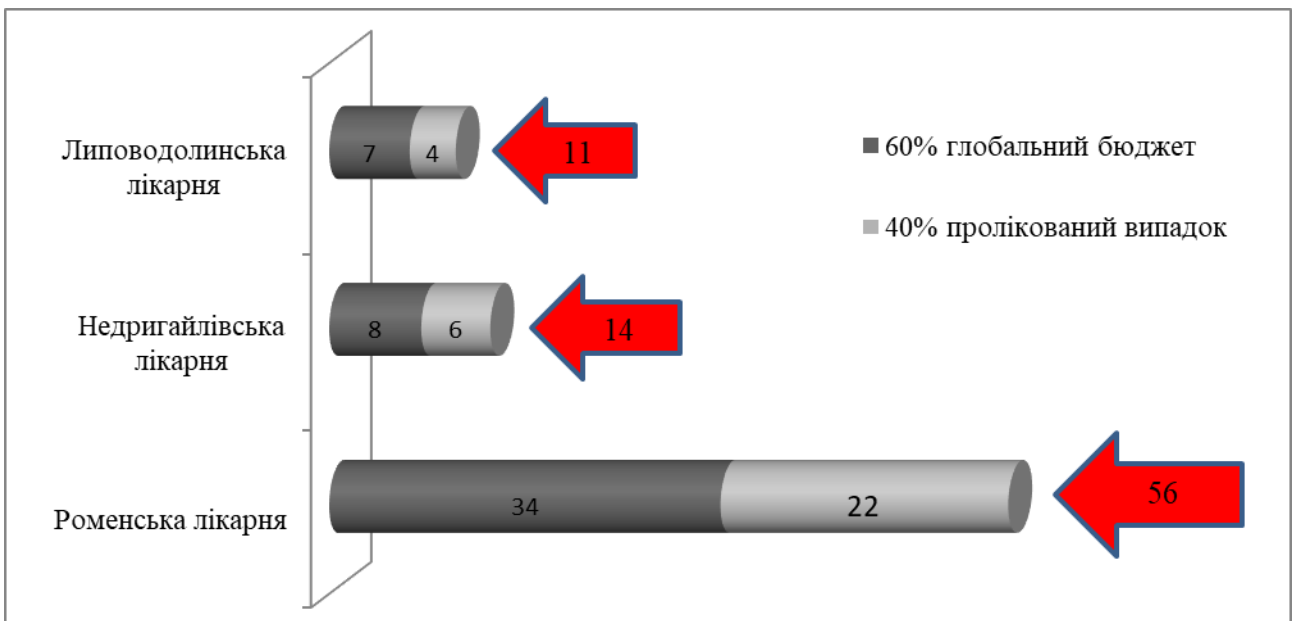


Рисунок 2.7 – Сума коштів яку отримає кожна з лікарень за пролікований випадок, млн. грн.

Застосувавши цей метод - покроковий розподіл витрат «зверху і донизу» лікарні Охтирського, Конотопського та Роменського госпітальних округів провели економічний аналіз затрат по відділенням, прорахувавши вартість

одного пролікованого випадку та ліжко-дня [12],[16]. Це схематично зображено на Рис. 2.8.

Найдорожче коштує один ліжко-день у відділеннях:

- акушерсько-гінекологічному/пологовому з 500 до 1000 гривень;
- інфекційному з 300 до 600 гривень.

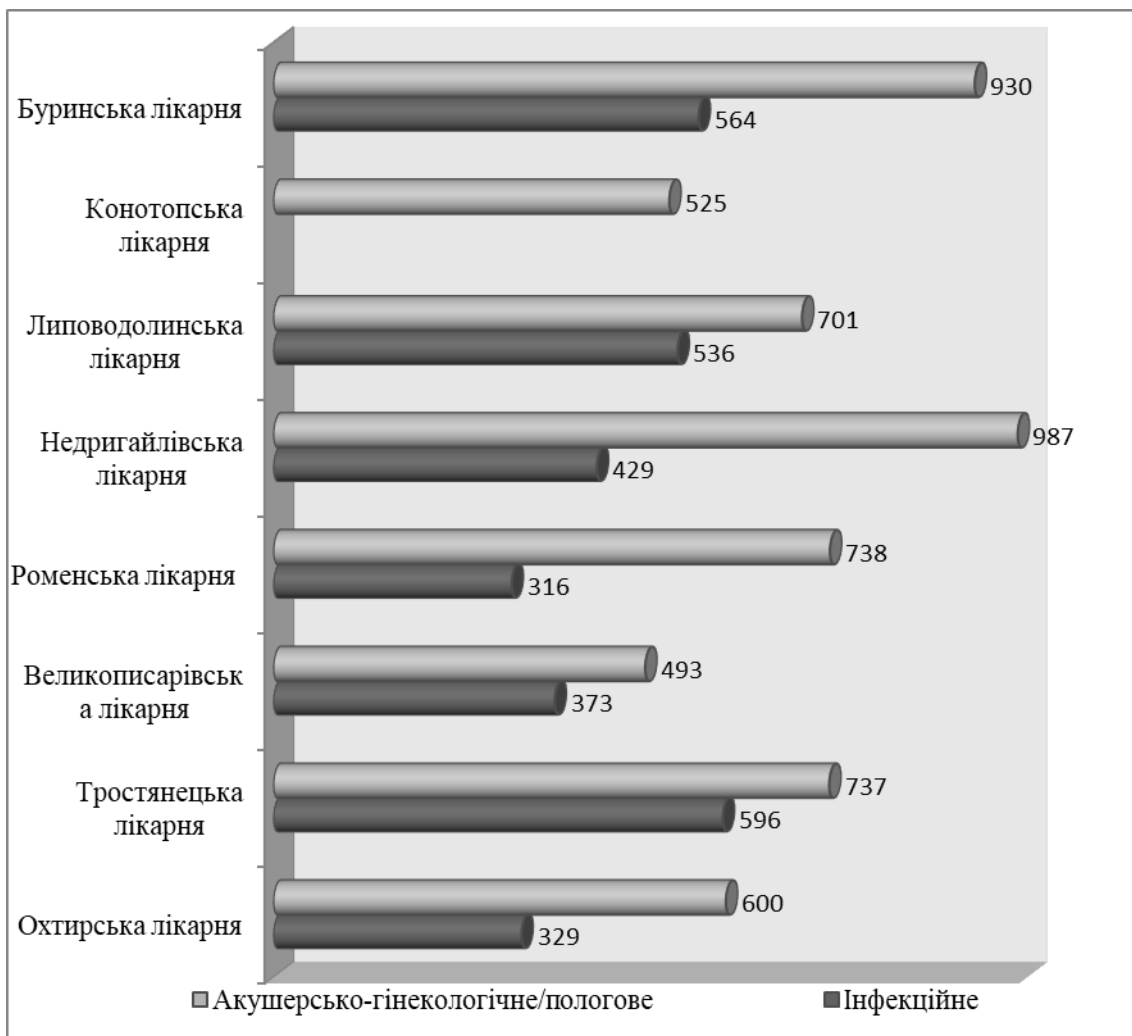


Рисунок 2.8 – Покроковий розподіл витрат

Приклад розподілу витрат одного з адміністративних підрозділів між усіма відділеннями, що розташовані нижче - наведено у Додатках Д і Е[15].

## **РОЗДІЛ 3 ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

### **3.1 Управління розвитком медичних закладів, як основна складова для поліпшення ситуації в медичній системі України**

Треба розуміти різницю між двома схожими визначеннями “управління медичним закладом” та “менеджмент медичного закладу”. Управління медичним закладом – ціле направлена, добре організована та постійна взаємодія управлінця з іншими учасниками медичного процесу з метою забезпечення координації зусиль щодо оптимального функціонування установи та утримання цього успіху в певних межах.

Менеджмент медичної установи – це вид управлінської діяльності, який спрямований на переведення установи в режим розвитку та забезпечення якісних результатів. Звідси виходить, що управління медичного закладу потрібне для забезпечення вже явного потенціалу мед закладу та для використання вже діючої організаційної системи.

В протидію йому, управління розвитком потрібне для забезпечення збільшення потенціальних можливостей медзакладу за рахунок засвоєння нововведень та нових потенційних ідей та заходів. Саме з цієї причини, об'єктом управління розвитком виділяють інноваційні процеси та процеси, що їх забезпечують. Управління медичним закладом займається буденними потребами, а управління розвитком – майбутніми.

Таким чином, управління розвитком – це складова тої діяльності управлінця, під час якої він за допомогою контролю, вмінню планування, організації, регулювання нововведень гарантує чітку й самодостатню діяльність колективу медичного закладу з приводу збільшення потенціалу, а також для отримання якісно нових результатів.



Розвиток закладу медицини неможливий без розвитку системи управління ним. Він передбачає:

- розвиток, збагачення всіх характеристик системи;
- розвиток, оновлення функцій конкретних управлінських дій;
- розвиток, удосконалення організаційної системи управління;
- розвиток, оптимізація технологій, механізмів управління;
- саморозвиток керівників закладів медицини, оновлення їх професіоналізму, особистісний розвиток.

Висока поінформованість про можливі нововведення, про можливості розвитку медустанови – може забезпечити високий рівень довіри до керівництва закладу. Якщо передбачаються важливі зміни, то для кращої ефективності потрібно проводити гарну й чітку підготовку медперсоналу, проводити інформаційно-роз'яснювальні кампанії й дозволить уникнути панічних та деструктивних конфліктів як в колективі так і в установі в цілому. Щоб виявити рівень компетентності управлінця – можна провести письмове опитування на прикладі ознак, що наведені в табл. 3.1.

Таблиця 3.1 – Рівень функціональної компетентності керівника

Критерій керівника	Рівень функціональної компетентності керівника
Забезпечення належних умов роботи закладу	Високий, середній, низький
Інформаційно-аналітична діяльність керівника	Високий, середній, низький
Планово-прогностична діяльність керівника	Високий, середній, низький
Організаційна діяльність керівника	Високий, середній, низький
Контрольно-оціночна діяльність керівника	Високий, середній, низький
Загальний рівень:	Високий, середній, низький

Для визначення стилю керівництва можна провести письмове опитування за ознаками, наведеними у табл. 3.2., спираючись на посилання[30].

Таблиця 3.2 – Різниця між механічним та органічним типом управління

№	Параметри структури управління	Тип структури управління	
		Механічний	Органічний
1	Концепція побудови	Чітко визначена ієрархія	Відсутність чіткої ієрархії (гетерархія)
2	Тип керівництва	Моноцентричний, постійний	Поліцентричний, ситуаційна зміна лідера
3	Формалізація відносин	Чітко визначені права і обов'язки	Постійна зміна системи і норм цінностей
4	Організація праці	Жорсткий розподіл функціональних обов'язків	Тимчасове закріплення функцій
5	Джерело ефективності	Раціонально спроектована структура	Розвиток персоналу, самоорганізація, ініціатива працівників

Можемо зробити висновки з результатів опитування переважає – структура організації управлінської діяльності керівника, а також відповідність традиційному механічному типу управління чи більш нучкому органічному. Проте, за результатами спостереження – є випадки змішаного типу організації структури управління медичною установою, при якому управлінцю властиві різні типи організації управлінської діяльності. Чіткої структури організації управлінської діяльності, стиль керівництва, типи відносин – неможливо дотримуватися. Адже, це залежать від конкретної ситуації та майстерності і таланті самого управлінця. Професійність керівника визначається в його умінні вибрати той шлях, при якому його установа могла ефективно діяти та видавати високі показники своєї діяльності.

### 3.2 Розрахунки витрат бюджету лікарень та пролікованих випадків

Розрахунки витрат бюджету лікарень ми розглянемо на прикладі Конотопського госпітального округу. До складу Конотопського госпітального округу входять: КНП Конотопська центральна районна лікарня; КНП Конотопська міська лікарня; КНП Буринська центральна районна лікарня. Населення, яке обліковується в лікарні - 142721 мешканця (рис. 3.1).



Рисунок 3.1 – Конотопський госпітальний округ

Ці розрахунки проводилися на основі Постанови КМУ від 27 грудня 2017 року №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»[16].

Таблиця 3.3 – Розрахунки витрат бюджету лікарень на 2020 рік, млн. грн

	Потребана 2020 рік	Оплата за пролікований випадок (40%+60%)	Дефіцит
Буринська центральна районна лікарня	26	15	11
Конотопська міська лікарня	37	17	20
Конотопська центральна районна лікарня	105	78	27

За допомогою методу покрокового розподілу витрат “зверху донизу” лікарнями Конотопського госпітального округу проведено економічні

розрахунки, результатом яких є розподіл усіх витрат закладу охорони здоров'я (як прямих, так і непрямих) – від адміністративних та допоміжних підрозділів до основних клінічних відділень, для яких розраховується кінцева середня вартість одиниці медичної послуги (виписаний пацієнт, ліжко-день у стаціонарному відділенні лікарні, амбулаторне відвідування тощо) на основі критеріїв розподілу витрат (Рис. 3.2., Рис. 3.3., Рис. 3.4.).

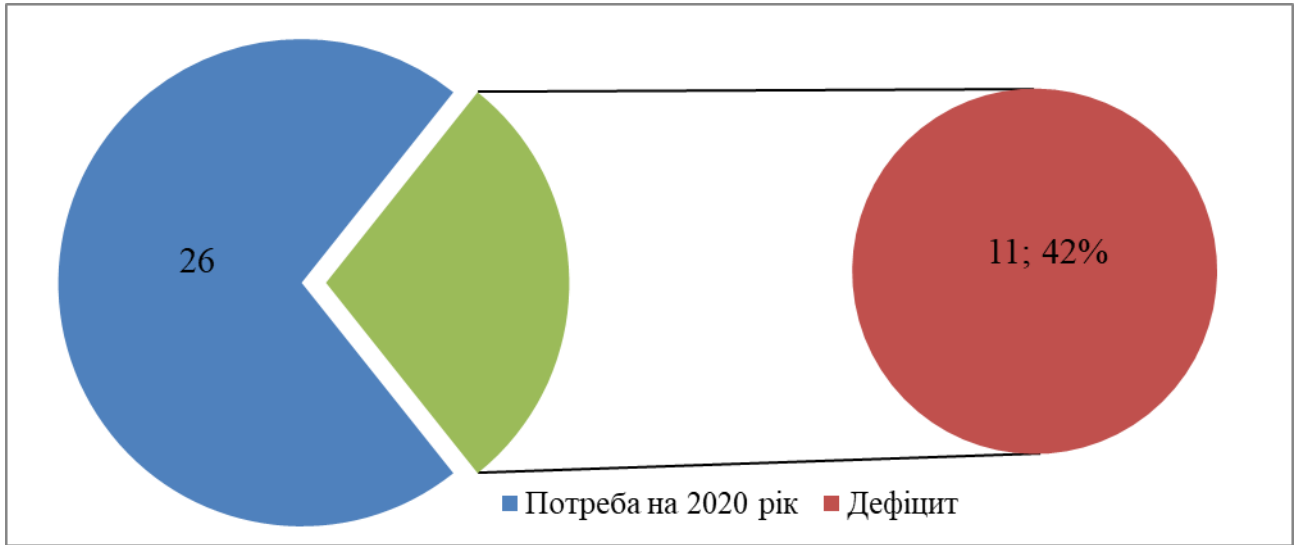


Рисунок 3.2 – Буринська центральна районна лікарня, млн. грн

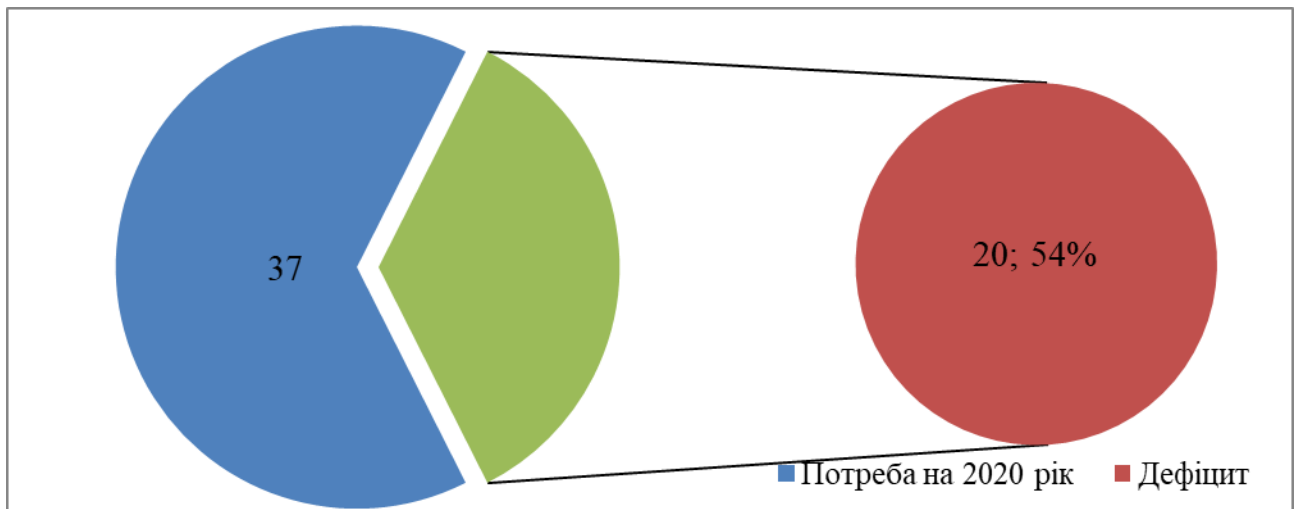


Рисунок 3.3 – Конотопська міська лікарня, млн. грн

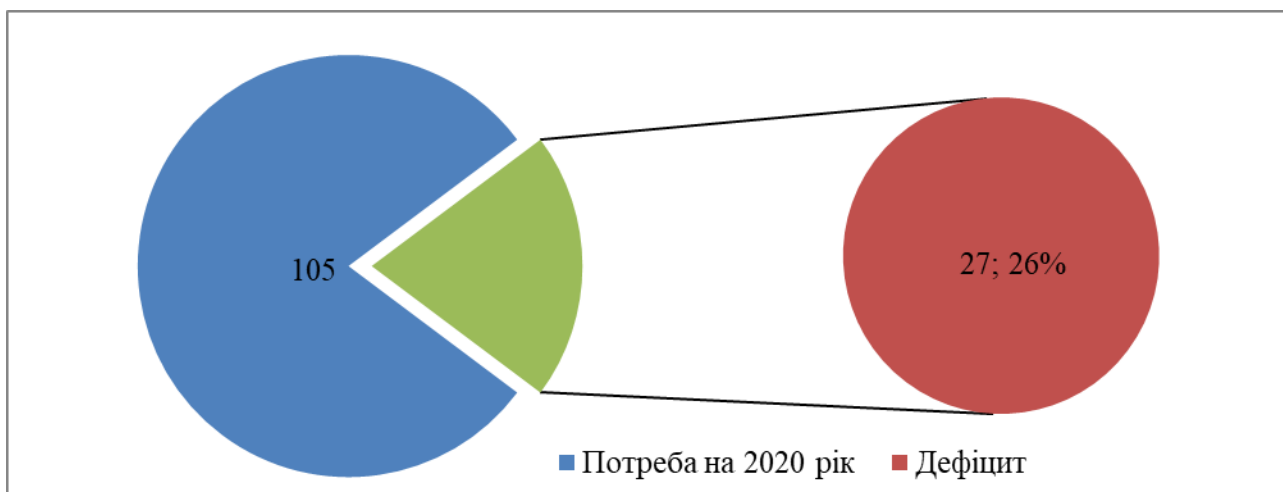


Рисунок 3.4 – Конотопська центральна районна лікарня, млн. грн

Розглянемо витрати лікарень на 2020 рік, врахувавши зростання розміру мінімальної заробітної плати на 27% в порівнянні з 2019 роком та оптимізацію штатної чисельності, які представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Розрахунки витрат бюджету лікарень на 2020 рік, млн. грн

	Потреба на 2020 рік	Оплата за пролікований випадок (40% + 60%)	Дефіцит
Охтирський госпітальний округ			
Охтирська ЦРЛ	68	56	12
Тростянецька міська лікарня	46	23	23
Великописарівська ЦРЛ	29	10	19
Роменський госпітальний округ			
Роменська ЦРЛ	75	56	19
Недригайлівська ЦРЛ	26	14	12
Липоводолинська ЦРЛ	24	11	13
Конотопський госпітальний округ			
Конотопська ЦРЛ	105	78	27
Конотопська міська лікарня	37	17	20
Буринська ЦРЛ	26	15	11

Велику роль відведено в сфері медицини й місцевим бюджетам. Саме місцеві бюджети в сфері медицини здійснюють фінансування на:

- оплату комунальних послуг медустанови;

- оплату за використану електроенергію медустанови;
- оплату мед послуг, що входять до програм держспівфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного них гарантій;
- оплата медичних послуг, що входять до місцевих програм розвитку;

Детальніше, про медичні послуги, на які здійснюють фінансування місцеві бюджети, можна ознайомитись за посиланнями[2], [3].

Наведемо для прикладу складові бюджету за 2019 рік в розрізі трьох госпітальних округів (рис. 3.5, рис. 3.6, рис. 3.7).

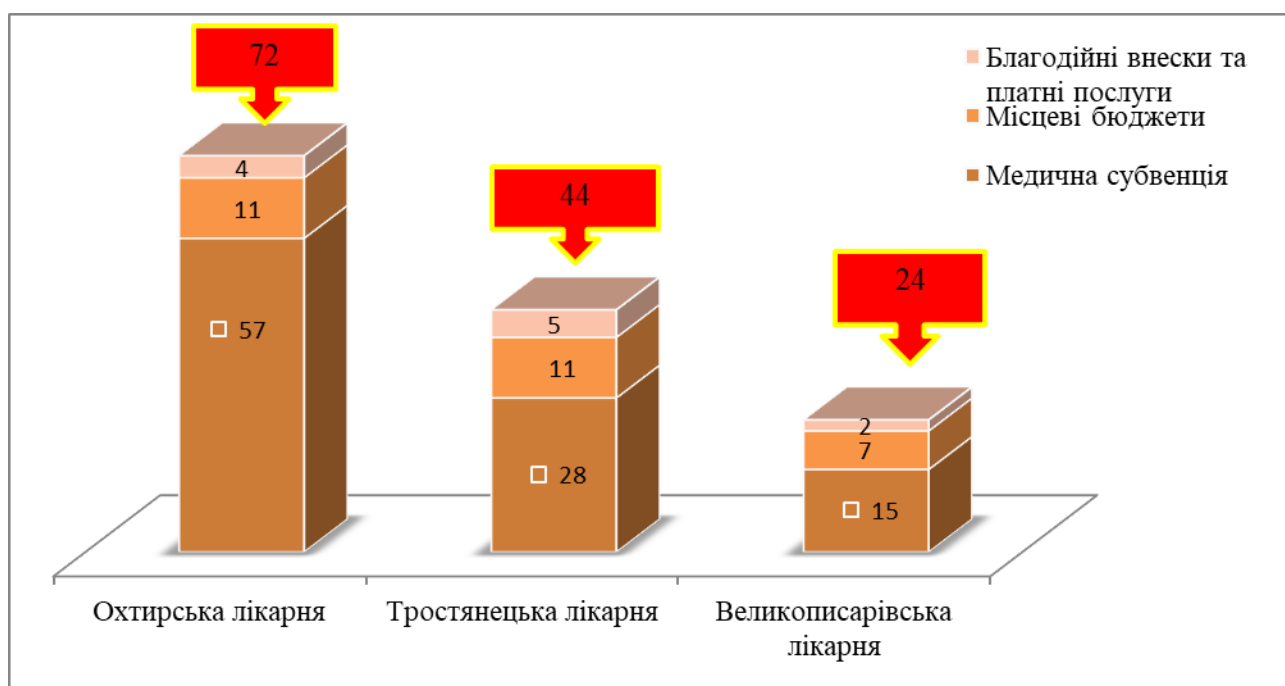


Рисунок 3.5 – Складові бюджету за 2019 рік в розрізі Охтирського госпітального округу, млн. грн

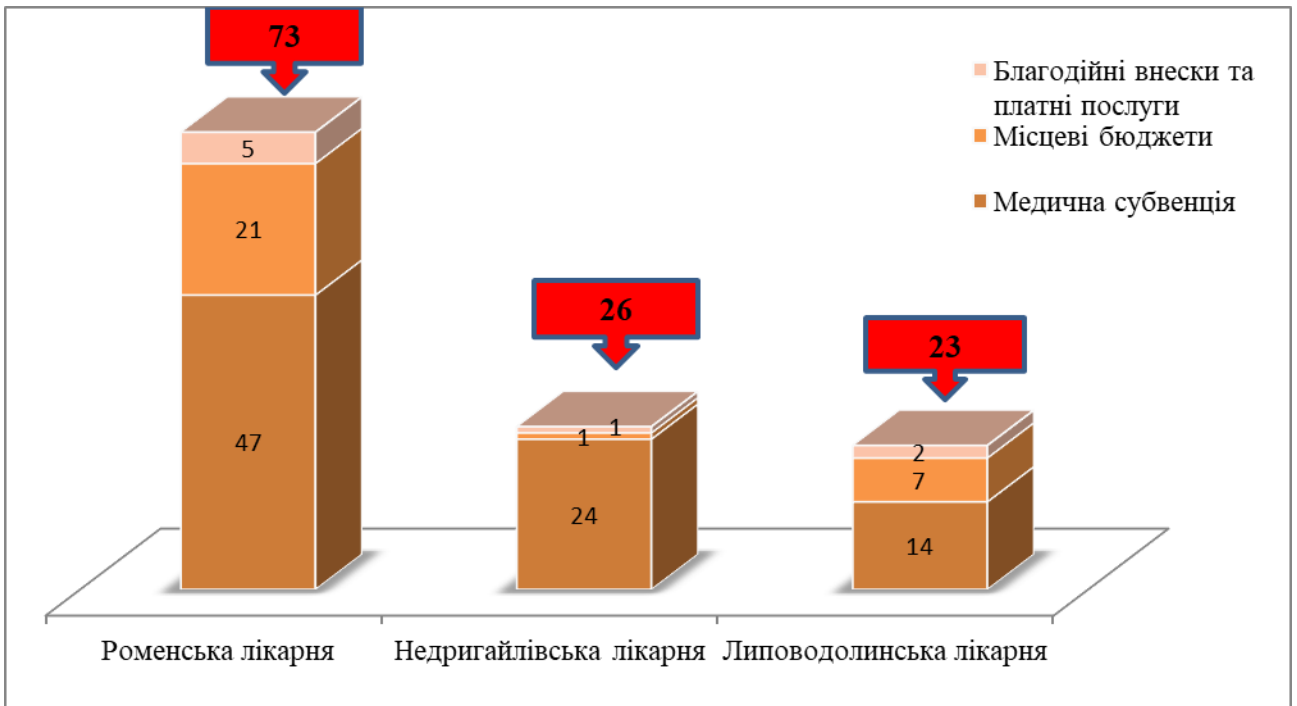


Рисунок 3.6 – Складові бюджету за 2019 рік в розрізі Роменського госпітального округу, млн. грн

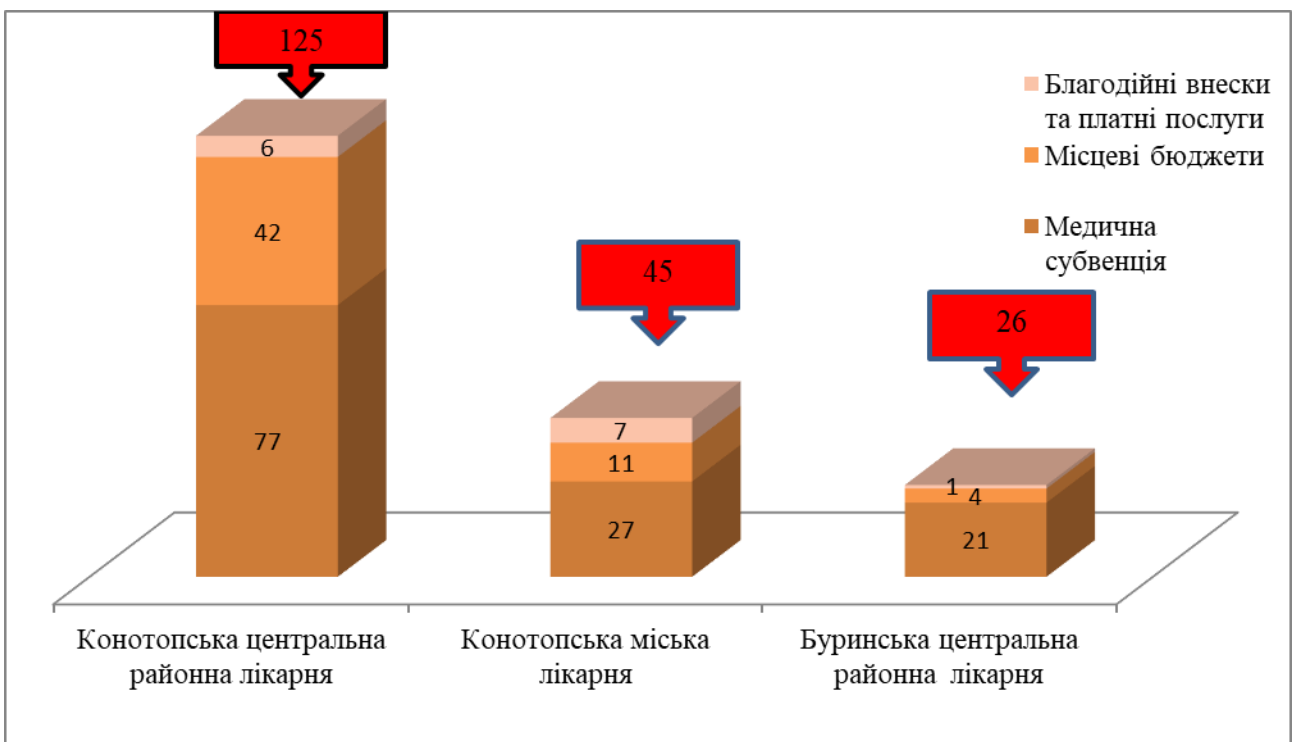


Рисунок 3.7 – Складові бюджету за 2019 рік в розрізі Конотопського госпітального округу, млн. грн

Навантаження на місцеві бюджети прогнозується досить значне:

- оплата вартості комунальних послуг та енергоносіїв;

- придбання медикаментів та харчування громадян пільгових категорій;
- необхідність інформатизації (це не тільки придбання комп'ютерів, а підключення до електронної системи охорони здоров'я);
- створення програми стимулів для ефективної роботи саме лікарів;
- придбання високовартісного обладнання, щоб заклад відповідав мінімальним вимогам щодо об'єму надання ключових послуг.

За рахунок місцевих бюджетів на умовах спів фінансування здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 року №131 “Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної медичної допомоги:

- оплата вартості комунальних послуг та енергоносіїв;
- фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, в тому числі здійснення видатків, які не забезпечені надходженнями за договорами з НСЗУ [4].

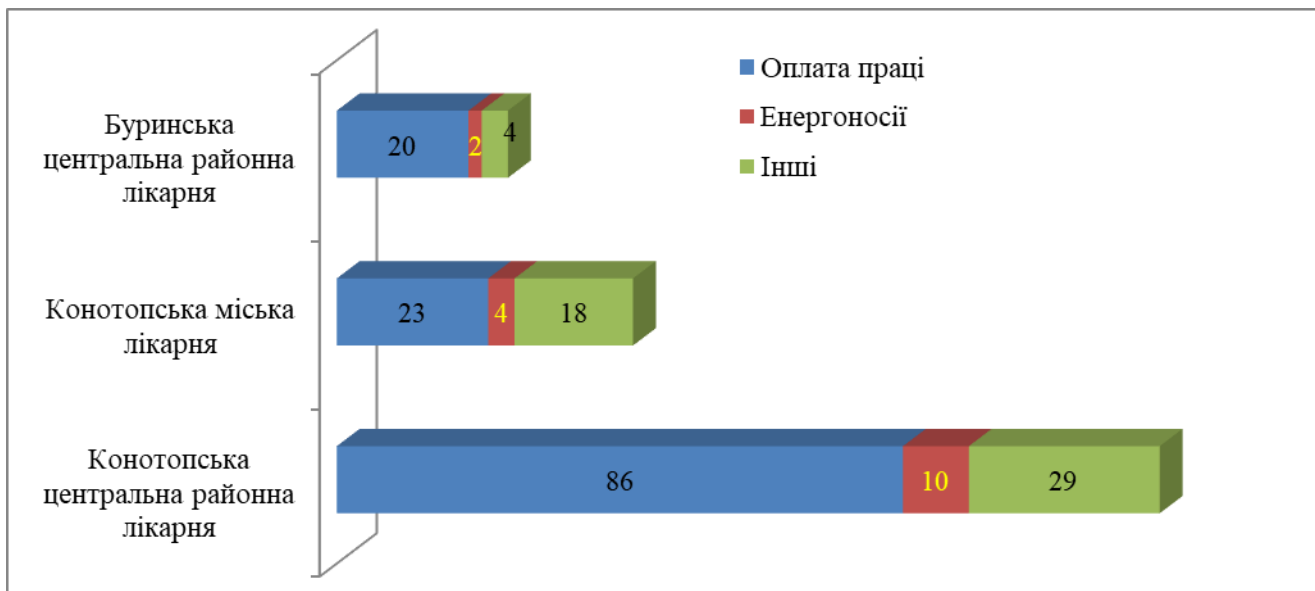


Рисунок 3.8 – На які цілі використано кошти у 2019 році, млн. грн

Як показав аналіз – необхідність участі місцевих бюджетів в дофінансуванні медицини коливається від 18% до 66% і це виражається в



мільйонах гривень від 11 до 27: на утримання закладу, енергоефективність, такі на медичні послуги [8], [12].

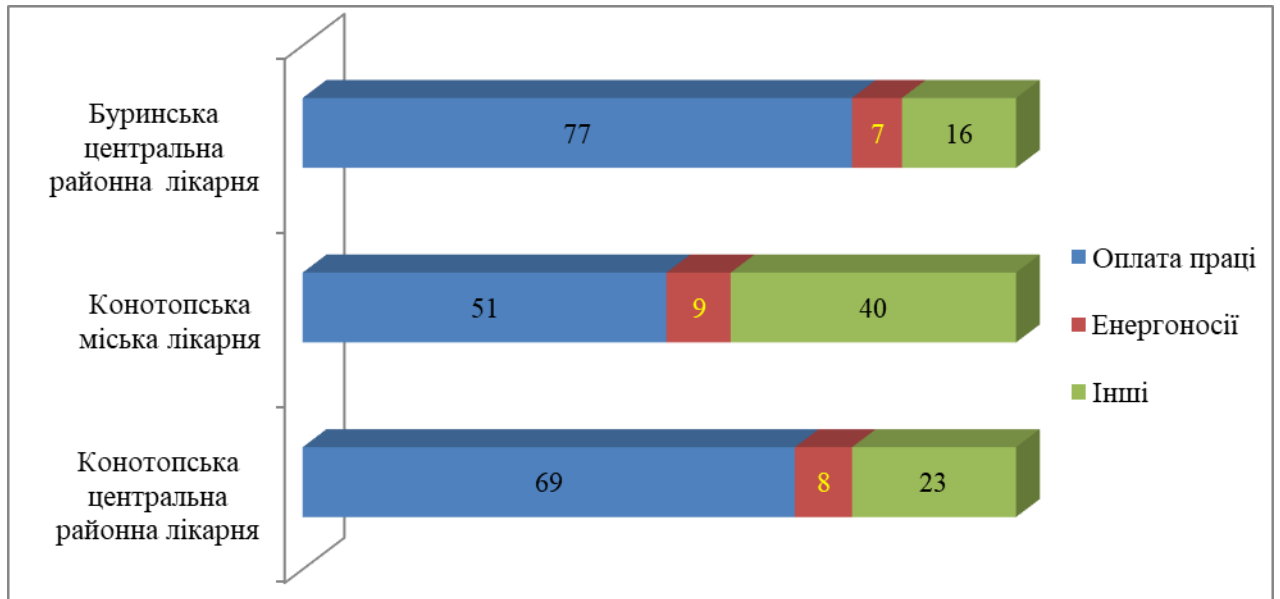


Рисунок 3.9 – Частка основних витрат лікарень, %

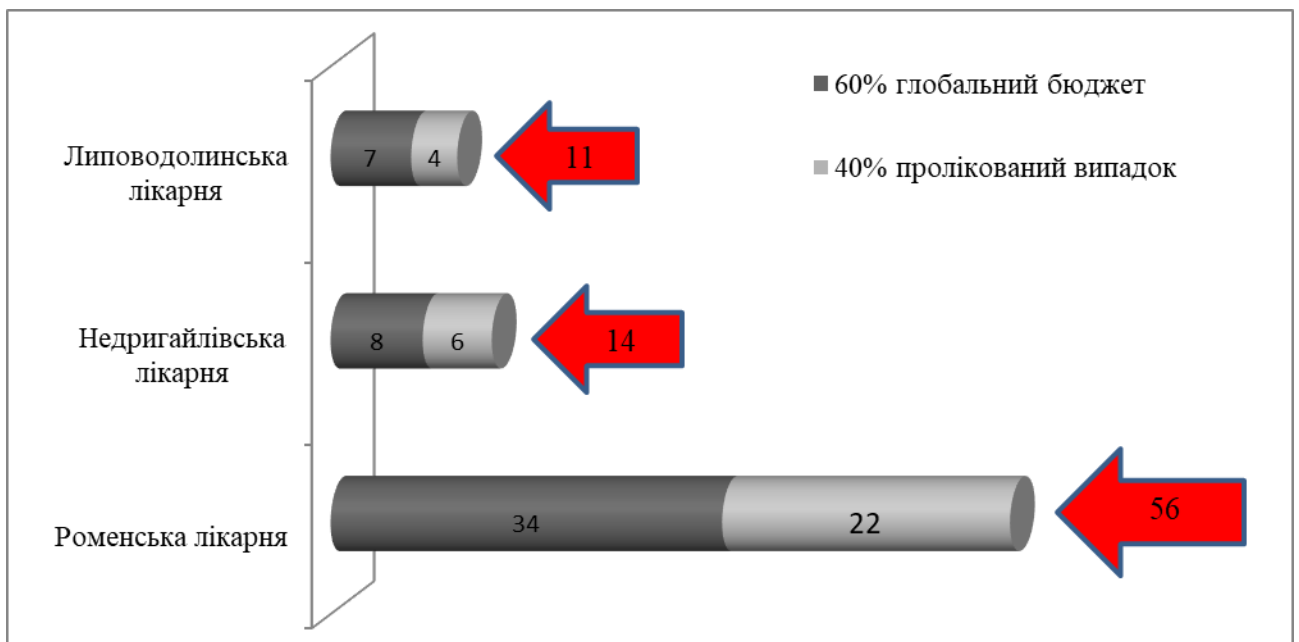


Рисунок 3.10 – Сума коштів яку отримає кожна з лікарень за пролікований випадок, млн. грн

### **3.3 Основні кроки до розуміння викликів під час реформи «вторинки»**

Розбудова спроможної мережі закладів охорони здоров'я в межах госпітальних округів, що повинно гарантувати:

- цілодобовий доступ громадян до послуг якісної та вчасної вторинної допомоги, надану медичними спеціалістами вузького спрямування.
- цільове використання бюджетних фінансів;
- надати умови для того, щоб медичні установи мали змогу перекваліфікуватися в КНП;
- надавати медичні послуги за вже вданим Регламентом.

Госпітальний округ повинен складатися з щонайменше 1-ї медичної установи багатoproфільної спеціалізації. Якщо ми говоримо про 1-ий рівень, то там має право на медичні послуги понад 120 тисяч населення, а в 2-му – понад 200 тисяч.

Пропозиції:

Крок 1: Дані щодо госпітального округу (які демографічні характеристики та захворюваність, яку матеріально-технічн базу має та яке кадрове забезпечення);

Крок 2. Рейтингування закладів охорони здоров'я щодо їх спроможності виконувати функції багатoproфільних медичних установ;

Крок 3. Моделювання оптимальних варіантів вибору закладів охорони здоров'я для визначення багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування (БЛЛ):

3.1. Визначення оптимальної кількості багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування в госпітальному окрузі з огляду на кількість населення;

3.2. Визначення лікарень, які забезпечують найбільше охоплення населення в межах територіальної доступності 60хв/60км та мають найвищий рейтинг щодо спроможності виконувати функції лікарень інтенсивного лікування;

3.3. Спроможність відповідати мінімальним вимогам щодо об'єму надання ключових послуг з урахуванням можливих маршрутів пацієнтів (пологи: 400 – для БЛЛ першого рівня та 800 – для БЛЛ другого рівня; мозкові інсульти, верифіковані томографічно: 400);

3.4. Визначення переваг та недоліків, зокрема, з урахуванням стану інфраструктури (технічний стан у будівель, можливість добудов/перебудов, під'їзних шляхів та маршрутів громадського транспорту);

3.5. Визначення оптимального варіанту мережі закладів.

Кожен госпітальний округ повинен мати принаймні одну багатопрофільну спеціалізовану лікарню інтенсивного лікування (має обслуговувати не менше 120 тис осіб), відповідно до критеріїв, визначених Міністерством охорони здоров'я України. Багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня повинно забезпечуватися обсяг надання вторинної медичної допомоги [11], [13].

Таблиця 3.5 – Госпітальні округи Сумської області

	Населення станом на 01.01.2019, осіб
Роменський	114057
Глухівський	119483
Охтирський	127044
Шосткинський	134265
Конотопський	142721
Сумський	455089

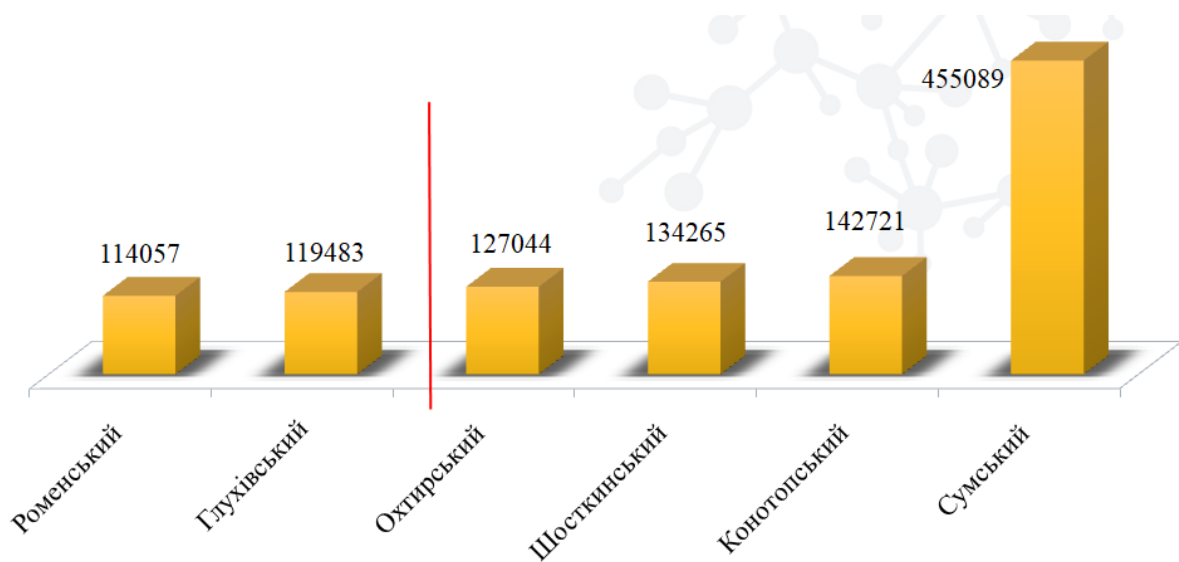


Рисунок 3.11 – Населення в розрізі госпітальних округів

Отже, відповідно до критеріїв Міністерства Охорони здоров'я, кожен госпітальний округ повинен мати принаймні одну багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування, яка обслуговує не менше 120,0 тис. осіб. Цьому показнику не відповідають два госпітальних округи: Роменський та Глухівський, що свідчить про необхідність укрупнення затверджених госпітальних округів.

Та й автономізація Глухівської центральної районної лікарні в аспекті функціонування Глухівського госпітального округу під питанням, оскільки тільки відбувається перетворення в комунальне некомерційне підприємство. Тому є ризики щодо вчасного завершення цього процесу та укладання договору з НСЗУ.

Основні кроки до розуміння викликів під час другого етапу медичної реформи :

- Проведення аудиту закладу;
- Розрахунок за пролікований випадок;
- Визначення проблем та ризиків;
- Налагодження взаємодії закладів охорони здоров'я та їх засновників в межах госпітального округу [12].

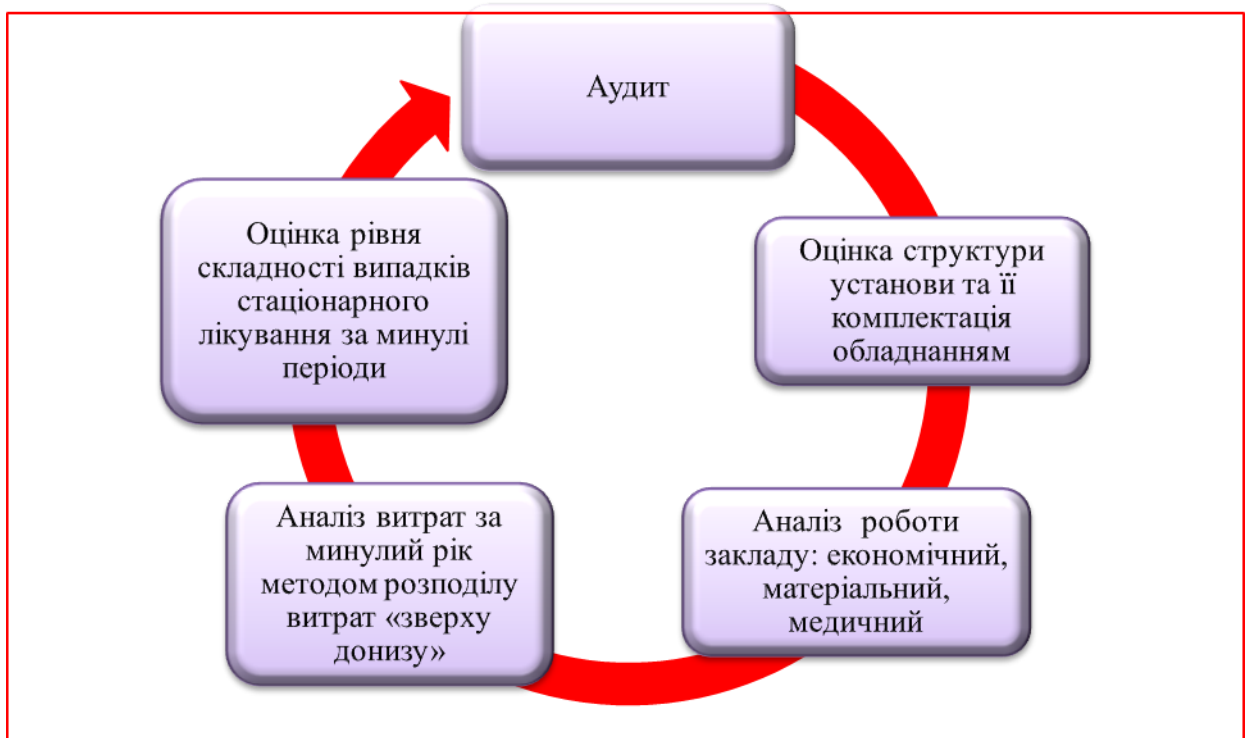


Рисунок 3.12 – Основні кроки до розуміння викликів під час другого етапу медичної реформи

Взаємодія комунальних некомерційних підприємств в межах госпітального округу:

1. Укладення договорів з іншими закладами охорони здоров'я;
2. Потреба в об'єднанні комунальних некомерційних підприємств;
3. Вже створене об'єднання комунальних підприємств;
4. Регламент щодо спільної діяльності;
5. Упорядкування штатної чисельності.

Провівши аналіз можливих викликів для громад під час другого етапу реформи охорони здоров'я:

- побачили загальну ситуацію лікарень – хто і як розпоряджається ресурсами. Цифри сухі, прагматичні. Не усім були приємні;
- обговорили методику моделювання системи фінансування закладів охорони здоров'я;
- ознайомилися з алгоритмом для обрахунку витрат з використанням принципу діагностично-споріднених груп.

НСЗУ однаково сплачує різним лікарням за ведення хворих з однаковими діагнозами. Кошторис збільшується у тих медичних установах, де для пацієнтів передбачені кращі умови перебування. В таких закладах низький термін перебування і високий показник зміни ліжка-місця. Найголовніше змусити змінювати психологію усіх – засновників, управлінців, медиків, пацієнтів. Логіка ще й у тому, що нарешті чесно треба визнати: псевдобезоплатна медицина закінчилася.

Реформа проводиться не для того, щоб пустити лікарні з молотка. Вони повинні почати працювати як економічні агенти, думати про те, як оптимізувати свою структуру, щоб відповідати сучасним вимогам. Іноді називаємо лікарнею те, що фактично не є лікарнею: там не можуть надати безпечну допомогу, і туди небезпечно потрапити.

## ВИСНОВКИ

Провівши аналіз можливих викликів для громад під час реформи "вторинки" охорони здоров'я можна уявити загальну ситуацію лікарень – хто і як розпоряджається ресурсами.

Аналіз даних по ЦРЛ Сумської області свідчить, що лідерами за сумою укладених договорів є міста Конотоп, Шостка та Ромни, де ця цифра сягає 87 092 861 грн, 67 496 054 грн. та 63 096 634 грн. відповідно.

Лідерами ж за кількістю груп послуг, тобто спектром медичної допомоги, яку мешканці зможуть отримати безкоштовно за рахунок коштів НСЗУ, є Сумська ЦРЛ (14 пакетів послуг), Конотопська, Охтирська та Роменська ЦРЛ (по 13 пакетів послуг), а також Шосткинська та Кролевецька ЦРЛ (по 10 пакетів послуг).

А зростання фінансового потоку відбувається в тих закладах, де люди бачать кращі умови для лікування. Такі лікарні збільшують оборот ліжко-місць, термін лікування знижується.

Важливою проблемою, пов'язаною з ефективністю державного управління, зокрема управління медициною, є також проблема реалізації прийнятих рішень. До третини всіх управлінських рішень не досягають своїх цілей через невисоку виконавську культуру. На додаток до вирішення проблем, управлінець повинний бути готовий до сприятливих ситуацій і буде краще, якщо розділить процедуру прийняття рішень з підлеглими, ніж буде виконувати все тільки один.

Підсумовуючи, можна сказати, що ціллю реформи системи фінансування служби охорони здоров'я в Україні є забезпечення ефективного розподілу ресурсів в системі охорони здоров'я при збереженні принципу рівного, справедливого і безоплатного доступу до послуг. Розділення функцій фінансування і надання послуг є першим кроком в цьому напрямку.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>;
2. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_599#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599#Text);
3. Правда про систему Семашка [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://voxukraine.org/uk/nepravda-vooz-dvichi-viznav-medichnu-sistemu-semashka-najkrashhoju-u-sviti/>;
4. Медична реформа [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://rpr.org.ua/medychna-reforma/>;
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>;
6. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>;
7. Український медичний часопис «Реформування медичної галузі в Україні отримало законодавче забезпечення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.umj.com.ua/article/14210/reformuvannya-medichnoi-galuzi-v-ukraini-otrimalo-zakonodavchezabezpechennya?fbclid=IwAR1332Hx8xxi\\_AkWHcIbfCeQV370j08Kfz1EQ9JfWCwWxip4xQ4tsfFxyaI](https://www.umj.com.ua/article/14210/reformuvannya-medichnoi-galuzi-v-ukraini-otrimalo-zakonodavchezabezpechennya?fbclid=IwAR1332Hx8xxi_AkWHcIbfCeQV370j08Kfz1EQ9JfWCwWxip4xQ4tsfFxyaI);
8. Український портал [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/249939558>;
9. Закон України про Державний бюджет України на 2020 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/294-20#Text>;
10. Бюджетний кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17/ed20150920#Text>;



11. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 року №131 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/131-2019-%D0%BF#Text>;
12. Постанова КМУ, Порядок №1086 від 24.12.2019 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/KP191086.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP191086.html);
13. НСЗУ [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>;
14. Український медичний часопис №4 (84) VII - VIII 2011 [Електронний ресурс].-Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/14210/reformuvannya-medichnoi-galuzi-v-ukraini-otrimalo-zakonodavche-zabezpechennya>;
15. Методика розрахунку [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#n97>;
16. Постанова КМУ, Порядок №1075 від 27.12.2017 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>;
17. КНП Сумщини [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medycyna.sm.gov.ua/index.php/uk/2013-04-18-21-50-35>;
18. Державний бюджет на 2020 рік, додаток 3 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/294-20#Text>;
19. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>;
20. Шевченко В.С. Конспект лекцій з дисципліни «Менеджмент та адміністрування (Менеджмент)» / В.С. Шевченко; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О.М. Бекетова. – Харків: ХНУМГ ім. О.М. Бекетова, 2016. – 104 с., с. 5.;
21. Сайт ГО «Бюро аналізу політики» в м. Суми [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://politanalyk.com/>;
22. Урядовий портал про медичну реформу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>;

23. Іванова Н.С. Управління персоналом : курс лекцій [Текст] / М-во освіти і науки України, Донец. нац. ун-т економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського, Каф. Маркетингу та менеджменту ; Н.С. Іванова – Кривий Ріг : [ДонНУЕТ], 2017. – 140 с.;
24. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: кол. моногр. / О.В. Баєва, М.М. Білинська, Л.І. Жалілотайн.; за ред. О.В.Баєвої, І.М. Солоненка. Київ: МАУП, 2007. - 376 с.;
25. Экономический анализ [Текст]: конспект лекцій для студ. економ. спец. всех форм обучения / Н.В. Мишенина, И.Е. Яровая, Г.А. Мишенина, Ю.Н. Завдовьева. - Сумы: СумГУ, 2015.
26. Кабушкин Н. И. Основы менеджмента. — Минск: Новое знание, 1999.
27. Конотопська районна державна адміністрація[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://knt.sm.gov.ua/index.php/uk/news/2-uncategorised/13530-drugij-etap-medichnoji-reformi-na-sumshchini-skilki-peredbacheno-koshtiv-ta-poslug>;
28. Як правильно розраховувати Методику[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://i.factor.ua/ukr/journals/bb/2018/january/issue-3/article-33596.html>;
29. Фельзер А. В., Доброневський О. В. Техніка роботи керівника: Навч. посібник. – К.: Вища школа, 1993.
30. О. І. Мармаза, Стратегічний менеджмент Навчально-методичний посібник Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, 2015;
31. Кредісов А.І., Панченко Є.Г., Кредісов В.А. Менеджмент для керівників. – К.: Знання, 1999. -364 с.
32. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента / Пер. с англ.— Х.: Дело, 1999.
33. Наукові основи управління: Навч. посібник / Заред. Г. В. Єльнікової. – Харків: ХДШ, 2011.
34. Основы менеджмента / Под ред. В. С. Верлоки, И. Д. Михайлова. – Харьков: Основа, 2006.

35. Рижов В.А. Професійна орієнтація й підготовка кадрів у Великобританії. - Х., 2009.
36. Рябов Л.П. Аналіз позитивних змін й інноваційних процесів у системах вищої професійної освіти розвинених країн: США, Японії, Німеччини, Франції, Великобританії. – Х., 2001.
37. Спивак В. А. Корпоративная культура. – С-П б., 2001.
38. Терентьев В. К. Истина управления: взгляд на основы менеджмента. – Х., 2002.
39. Фельзер А. В., Доброневський О. В. Техніка роботи керівника: Навч. посібник. – К.: Вища школа, 2003.
40. Нижник Н. Про державне управління, об'єкт і предмет його теорії / Н. Нижник, С. Мосов // Вісн. УАДУ. – 2000. – № 3. – С. 56–61.
41. Стеченко Д.М. Управління регіональним розвитком: Навч. посіб. – К.: Вища шк.. – 2000.
42. Техническое и профессиональное образование и подготовка для двадцать первого века : Рекомендация ЮНЕСКО и МОП. – Париж – Женева: Организация объединенных наций по вопросам образования, науки и культуры. Международная организация труда. – 2001. – С. 38.
43. Уманець Т.В. Поняття суті управлінських категорій „регіон” та її типи в умовах трансформації структури господарства України // Статистика України. – 2004. - №4. – С. 83 – 90.
44. Цветков В.В. Державне управління: основні фактори ефективності (політико-правовий аспект). – Х.: Право, 1996. – С. 164.
45. Черепанова В.О. Аудит адміністративної діяльності: концептуальні підходи // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. праць. – Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ „Магістр”, 2003. - №3(18). – С. 136 – 142.
46. КП чи КНП [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://healthreform.in.ua/knp/>;
47. Курило О. Механізм державного регулювання // Політика і час. – 2002. - №6. – С.31 – 37.

48. Лазор О. Місцеве управління. Поняття, терміни, визначення. Словник-довідник: Навч. посіб. – К.: ВКФ „Дакор”, 2004. – С. 400.
49. Аудит адміністративної діяльності: Теорія та практика / Пер. з англ.. В.Шульги. – К: Основи, 2000. – С.190.
50. Бабінова О. Виконавчі критерії або критерії результативності як один із шляхів поліпшення діяльності територіальних органів влади: досвід Канади // Самостійність місцевих влад та розподіл повноважень між ними: організація місцевого самоврядування відповідно до принципів Європейської хартії місцевого самоврядування: Мат. міжнар. конф., м. Київ, 11-12 черв. 2002.
51. Артим І.І. Сучасні підходи до оцінки ефективності державного управління // Соціально-економічна ефективність державного управління: територія, методологія та практика: Мат. щорічної наук.-практ. конф., 23 січ. 2003р./ За заг. ред. А.Чемериса. – Львів: ЛРІДУ УАДУ, 2003. – Ч.1. – С. 432.
52. Алексеев В.М. Під надійним захистом територіальної громади. // Держава і регіон. – 2004. - №1. – С.4 – 7.
53. Андрієвська В.В. Професійна компетенція: теорія і практика її оцінки на заході // Науково-методичне забезпечення діяльності: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Ч.1. - К., 1994. - С. 25-29. - А 564065-1.
54. Авер'янов В.Б. До питання про поняття так званих „управлінських послуг” // Право України. – 2002. - №6. – С. 125 – 127.
55. Адміністративна процедура та адміністративні послуги. Зарубіжний досвід і пропозиції для України / Автор-упорядник В.П. Тимошук. – К.: Факт, 2003. – С. 231.
56. Адміністративна реформа. Досвід Польщі для України. – К.: Генеза, 2000. – С. 51.
57. Александров В.Т., Гусев В.О. послуги системи державного управління // Актуальні проблеми державного управління: Зб. Наук. Праць. – Х.: Видавництво ХарРІ НАДУ „Магістр”, 2003. - №3 (18). – С. 208-213.

Додаток А - Загальна інформація по ЦРЛ, млн. грн.

Заклад	Сума договору, грн.	Кількість груп послуг
КНП "СУМСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" СУМСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ	36727662.1	14
КНП "РОМЕНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ " РОМЕНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	63096633.81	13
КНП ОХТИРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "ОХТИРСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ"	58982298.04	13
КНП КОНОТОПСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "КОНОТОПСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ ІМ. АКАДЕМІКА МИХАЙЛА ДАВИДОВА"	87092861.29	13
КНП "ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ШОСТКИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	67496053.88	10
КП "КРОЛЕВЕЦЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" КРОЛЕВЕЦЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ	21642846.07	10
КНП "ГЛУХІВСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" ГЛУХІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	9695556.92	8
КНП "ЛЕБЕДИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ ЛІКАРЯ К.О.ЗІЛЬБЕРНИКА" ЛЕБЕДИНСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ	31614368.5	8
КНП "ПУТИВЛЬСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ПУТИВЛЬСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ	17286728.18	6
КНП "ЯМПІЛЬСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ЯМПІЛЬСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ	12423676.46	6
КНП БІЛОПІЛЬСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ "БІЛОПІЛЬСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ"	26947876.19	6
КНП "СЕРЕДИНО-БУДСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" СЕРЕДИНО-БУДСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ	8850699.07	5
КНП "ТРОСТЯНЕЦЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" ТРОСТЯНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	24481448.27	5
КНП "КРАСНОПІЛЬСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" КРАСНОПІЛЬСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ	11707915.72	5
КНП "ЛИПОВОДОЛИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ЛИПОВОДОЛИНСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ	11088260.36	5
КНП БУРИНСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ "БУРИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ ІМ. ПРОФ. М. П. НОВАЧЕНКА"	13476261.22	4
КНП КОНОТОПСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "КОНОТОПСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ"	15714164.48	3
КНП "ВЕЛИКОПИСАРІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ВЕЛИКОПИСАРІВСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ	9609611.8	3
КНП "НЕДРИГАЙЛІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" НЕДРИГАЙЛІВСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ	14084336.03	3
Усього:	0	140

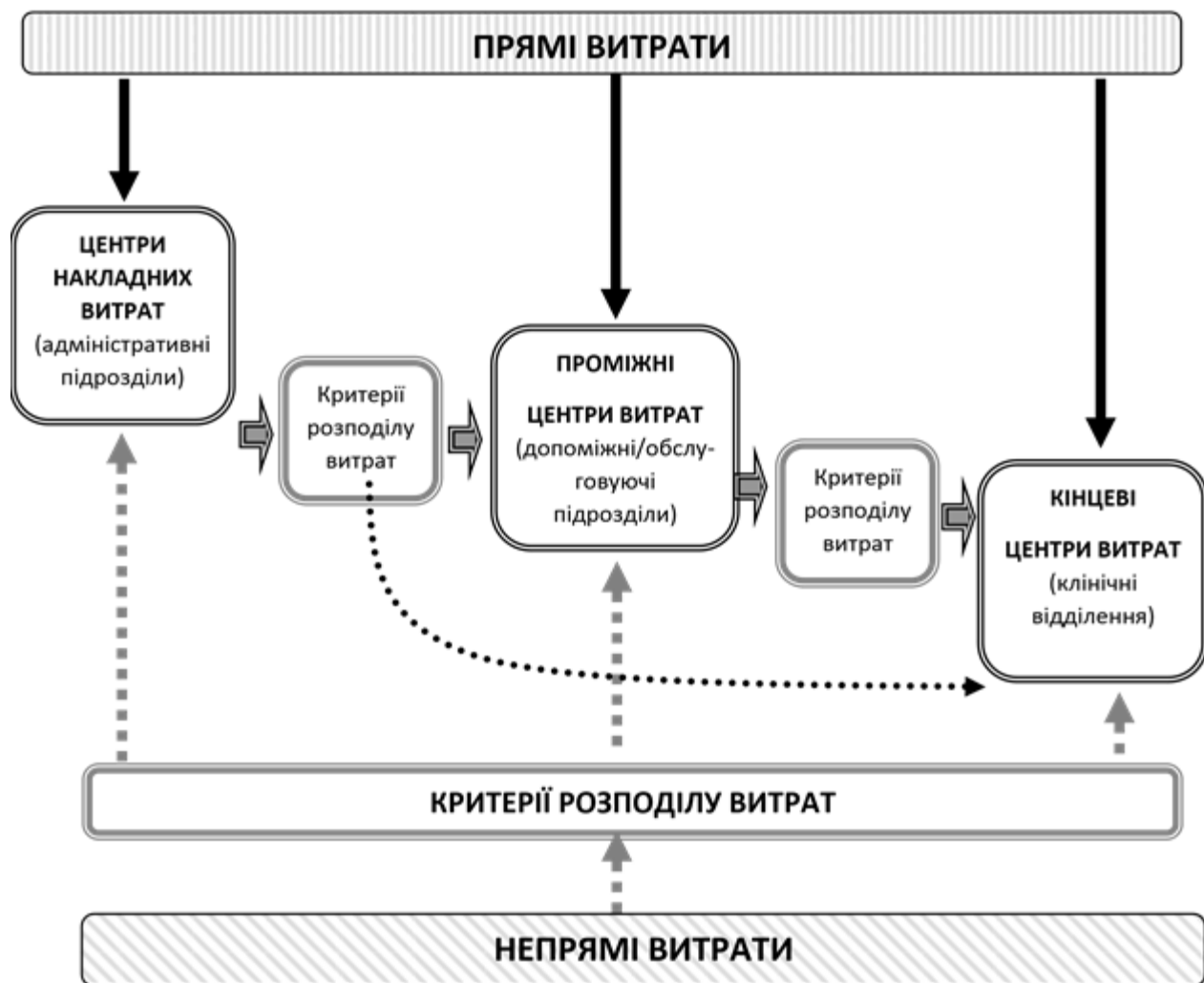
Додаток Б - Загальна інформація по медичних закладах міських рад в млн. грн

Заклад	Сума договору, грн.	Кількість груп послуг
КНП "РОМЕНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ " РОМЕНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	63096633.81	13
КНП ОХТИРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "ОХТИРСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ"	58982298.04	13
КНП КОНОТОПСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "КОНОТОПСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ ІМ. АКАДЕМІКА МИХАЙЛА ДАВИДОВА"	87092861.29	13
КНП "ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	67237371.38	12
КНП "ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ШОСТКИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	67496053.88	10
КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 5" СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	61917682.08	9
КНП "ГЛУХІВСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" ГЛУХІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	9695556.92	8
КНП "КЛІНІЧНИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК ПРЕСВЯТОЇ ДІВИ МАРІЇ" СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	33118266.71	6
КНП "ТРОСТЯНЕЦЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" ТРОСТЯНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	24481448.27	5
КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 4" СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	21838602.54	4
КНП "ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ СВЯТОЇ ЗІНАЇДИ" СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	33053526.41	4
КНП КОНОТОПСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "КОНОТОПСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ"	15714164.48	3
КНП "ШОСТКИНСЬКА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ" ШОСТКИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	119975081.03	2
КНП "КЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА" СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	599810.97	1
КНП "ШОСТКИНСЬКА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА" ШОСТКИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	629336.96	1
КНП ОХТИРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "ОХТИРСЬКА МІСЬКА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА"	1560834.79	1
	0	105

Загальна інформація по приватних закладах млн. грн

Заклад
ТОВ "УКРАЇНСЬКИЙ ПІВНІЧНО-СХІДНИЙ ІНСТИТУТ ПРИКЛАДНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ"
ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ФЛОРИС-С"
ТОВ "ЦЕНТРАЛЬНА АПТЕКА"
ТОВ "МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ФАМІЛІЯ МЕДІКУС"

**СХЕМА**  
покрокового розподілу витрат “зверху донизу”



## Додаток Г - Етапи покрокового розподілу витрат

Етапи покрокового розподілу витрат	Основне значення	Додаткові дані
Стандартизація переліку клінічних відділень та структурних підрозділів закладу охорони здоров'я	НСЗУ визначає стандартний перелік і систему кодування основних клінічних відділень та типовий перелік адміністративних та допоміжних підрозділів	Заклади охорони здоров'я використовують цей перелік для кодування своїх основних клінічних відділень, адміністративних та допоміжних підрозділів;
Класифікація підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я за типами центрів витрат	Після стандартизації переліку структурних підрозділів їх необхідно класифікувати за такими типами: адміністративні підрозділи; допоміжні медичні підрозділи; основні клінічні відділення.	Одиницями послуг є виписані із стаціонару пацієнти; використані для надання послуг у стаціонарному відділенні ліжко-дні; візити амбулаторних пацієнтів тощо.
Визначення видатків, які включатимуться до розрахунку витрат	Загальний бюджет закладу охорони здоров'я, на основі якого здійснюється подальший розподіл витрат, охоплює всі витрати закладу з основного та спеціального фондів.	Капітальні витрати і амортизація не враховуються під час проведення аналізу витрат за цією Методикою, а враховуються додатково.
Розподіл прямих витрат між усіма структурними підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров'я	На цьому етапі здійснюється розподіл загальної суми прямих витрат на всі адміністративні та допоміжні підрозділи, а також клінічні відділення закладу охорони здоров'я.	Вони можуть різнитися в залежності від конкретного закладу, внутрішніх особливостей організації бухгалтерського обліку, рівня розвитку систем електронного збору та обробки даних.
Визначення критеріїв розподілу витрат	передбачає прийняття рішення про визначення критеріїв розподілу 1) критерії розподілу загальної суми непрямих витрат на основні клінічні відділення, адміністративні та допоміжні підрозділи; 2) критерії розподілу всіх витрат на утримання адміністративних та допоміжних структурних підрозділів на основні клінічні відділення	Для реалізації цього етапу заклад охорони здоров'я має визначити відповідні критерії розподілу витрат за допомогою примірного переліку таких критеріїв, що затверджується МОЗ. Більшість критеріїв є значеннями окремих параметрів.
Розподіл непрямих витрат.	Непрямі витрати розподіляються відповідно до формули № 1 між усіма підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров'я.	Сюди ж включають адміністративні, допоміжні, а також клінічні відділення.



**ПРИКЛАД**  
**розподілу витрат одного з адміністративних підрозділів між усіма**  
**“нижчими” підрозділами закладу охорони здоров’я**

Примітка. Це фрагмент таблиці покрокового розподілу витрат “зверху донизу” на прикладі розподілу всіх витрат підрозділу/відділення № 4 клінічної лабораторії між усіма підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров’я, які скористалися послугами клінічної лабораторії.

У наведеному прикладі всі витрати лабораторії становлять 1814696 гривень і включають витрати на утримання лабораторії (графа “Загальна сума витрат (суми дорозподілу)”) плюс розподілені витрати відділень, що розташовані вище у списку (підсумкові значення виділені контуром).

Ці витрати розподіляються між усіма підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров’я, які скористалися послугами клінічної лабораторії, пропорційно кількості тестів, проведених лабораторією для цих підрозділів/відділень (графа “Критерії розподілу - лабораторні тести”).

Таким чином, над кожним кроком таблиці зазначена статистика розподілу витрат, а всередині кожного кроку (клітинка, виділена жирним контуром) – усі витрати підрозділу/відділення, які повинні бути розподілені між підрозділами/відділеннями, які розташовані нижче у списку з використанням [формули № 2](#), наведеної у підпункті 7 пункту 7 Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075

На цьому прикладі також видно, що значення критерію розподілу (графа “Критерії розподілу - персонал (фактично зайняті ставки)”) 329,25, яке використовується для розподілу витрат адміністрації, зменшується на величину чисельності персоналу самої адміністрації та як статистика розподілу використовується значення 292,25. Ця поправка необхідна для забезпечення повного розподілу витрат підрозділу/відділення між підрозділами/відділеннями, які розташовані нижче у списку.

У наведеному прикладі підсумкове значення графи “Загальна сума витрат (суми дорозподілу)” повинна збігатися з сумою графи “Загальні фактичні видатки відділення” - 17192,212 гривні.

