

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

„До захисту допускається”  
завідувачка кафедри  
\_\_\_\_\_ Г.О.Швіндіна

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**  
**на тему**  
**«Управління процесами автономізації лікувальних**  
**закладів як важлива складова реформування системи**  
**охорони здоров'я України»**

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

*Студента гр.* \_\_\_\_\_ Савченко В.В.

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 \_\_\_\_\_ Савченко В.В.

*Науковий керівник:* \_\_\_\_\_

*к.е.н., доц.* Лук'янихін В.О.  
*д.е.н., проф.* Сміянов В.А.

Суми 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Завідувач кафедри \_\_\_\_\_  
„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА  
за спеціальністю  
281 Публічне управління та адміністрування,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»  
студенту групи \_\_\_\_\_  
*Савченка В.В.*

1. Тема роботи: Автономізація лікувальних закладів як важлива складова реформування системи охорони здоров'я в Україні затверджена наказом по СумДУ № \_\_\_\_\_ від „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи \_\_\_\_\_
3. Мета кваліфікаційної роботи: визначення основних напрямків і рекомендацій проведення автономізації медичних закладів як складової медичної реформи.
4. Об'єкт дослідження: діяльність медичних закладів під час реформи системи охорони здоров'я.
5. Предмет дослідження: відносини, що виникають у процесі автономізації медичного закладу між державою, медичним закладом та пацієнтом.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах наукових статей, законодавчих актів, фінансової звітності закладу, статуту закладу.
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Місце автономізації в реформуванні системи охорони здоров'я	
II	Реалізація медичної реформи шляхом автономізації медичних закладів	
III	Впровадження процесу автономізації на прикладі Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити напрями проведення реформи охорони здоров'я, поняття автономізації медичних закладів, провести аналіз правового механізму автономізації медичних закладів.

У розділі 2 студент має вивчити алгоритм проведення автономізації, проаналізувати ситуацію у стоматологічній галузі.

У розділі 3 студент має провести розрахунок техніко-економічних показників проведення автономізації на прикладі Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки, розробити та обґрунтувати комплекс заходів щодо підвищення рентабельності Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки після проведення автономізації.

#### 8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

Керівник кваліфікаційної роботи

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Лук'янихін В.О.

Завдання до виконання одержав

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Савченко В.В.

## АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз альтернатив напрямів реформи охорони здоров'я та доведено, що найефективнішим напрямом стала автономізація медичних закладів. Розглянуто сутність автономізації та наведені правові методи управління автономізацією. Розглянуто напрями реформи стоматологічної галузі в Україні та виявлено, що за останні п'ять років кількість державних та комунальних медичних закладів спадає. Це пов'язано з високою концентрацією приватних клінік та кабінетів і може викликати банкрутство комунальних стоматологічних клінік у ході проведення реформ.

В роботі наведено алгоритм процесу автономізації медичного закладу, визначені основні етапи та відповідальні за кожен етап. Визначені основні переваги та ризики автономізації медичних закладів.

На прикладі Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки проаналізовано процес автономізації, розраховані основні економічні показники техніко-економічного обґрунтування перетворення закладу в комунальне некомерційне підприємство. Розрахована ефективність автономізації та визначено строк окупності. Виявлені проблеми, які виникають в медичних закладах після автономізації та запропоновані шляхи їх вирішення.

**Ключові слова:** АВТОНОМІЗАЦІЯ, НЕКОМЕРЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ, БЮДЖЕТНА УСТАНОВА, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

## РЕФЕРАТ

*Структура й обсяг роботи.* Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 50 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 61 с., у тому числі 13 таблиць, 8 рисунків, 21 додаток, список використаних джерел - 7 сторінок.

*Актуальність.* В зв'язку з провадженням медичної реформи змінено концепцію фінансування медичних закладів. Тепер гроші ідуть за пацієнтом. Тому, постає питання мотивації лікарів та медичних закладів для надання якісних медичних послуг. Щоб вирішити проблему фінансування медичних закладів потрібно перевести їх на самоокупність. Для цього потрібно запровадити автономію медичних закладів.

*Метою роботи* є визначення основних напрямків і рекомендацій проведення автономізації медичних закладів як складової медичної реформи. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- вивчення напрямів проведення реформи охорони здоров'я;
- визначення поняття автономізації медичних закладів;
- аналіз правового механізму автономізації медичних закладів;
- вивчення алгоритму проведення автономізації;
- розрахунок техніко-економічних показників проведення автономізації на прикладі Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо підвищення рентабельності Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки після проведення автономізації.

*Предметом дослідження* є відносини, що виникають у процесі автономізації медичного закладу між державою, медичним закладом та пацієнтом.

*Об'єктом* дослідження є діяльність медичних закладів під час реформи системи охорони здоров'я.

*Методи дослідження.* Методологічною основою роботи є метод наукового пізнання, системний підхід та методи факторного аналізу.

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

*удосконалено:*

- науково-методичні підходи до комплексного аналізу процесів перетворення медичних закладів з бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства;

- методичні положення з розрахунку техніко-економічного обґрунтування процесів автономізації;

- методичні положення щодо визначення ефективності автономізації;

Набули подальшого розвитку:

- аналіз законодавчої бази процесів перетворення (автономізації).

*Ключові слова:* АВТОНОМІЗАЦІЯ, НЕКОМЕРЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ, БЮДЖЕТНА УСТАНОВА, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

## Зміст

Вступ.....	8
Розділ 1 Місце автономізації в реформуванні системи охорони здоров'я .....	10
1.1 Основні альтернативи медичної реформи.....	10
1.2. Сутність автономізації.....	15
1.3 Правові механізми реалізації процесу автономізації .....	21
Розділ 2 Реалізація медичної реформи шляхом автономізації медичних закладів .....	23
2.1. Реалізація медичної реформи в стоматологічній галузі .....	23
2.2. Процедура автономізації медзакладу .....	27
2.3 Переваги та ризики перетворення медичних закладів у комунальне некомерційне підприємство .....	30
Розділ 3 Впровадження процесу автономізації на прикладі Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки .....	34
3.1 Загальна характеристика підприємства .....	34
3.2. Впровадження процесу автономізації Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки .....	37
3.3. Розвиток медичного закладу після автономізації.....	47
Висновки .....	53
Список використаних джерел .....	56
Додаток А.....	64

## Вступ

Медична реформа, розпочата Законом України «Про державні фінансові гарантії медичної допомоги», ґрунтується на зміні системи фінансування сфери охорони здоров'я. Основна теза реформи - перехід від системи фінансування «гроші ідуть за ліжко-місце» до системи індивідуальної оплати «за пацієнта», в дії принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Для реалізації реформи у вторинному секторі необхідна автономізація медичних закладів.

Аналіз досвіду Європейських країн дозволяє зробити висновок, що якість надання медичних послуг залежить від рівня фінансування медичних закладів. А він, в свою чергу, залежить від організаційної форми цих закладів та рівня самостійності. Таку самостійність може забезпечити автономізація медичних закладів, тобто реорганізація комунальних закладів, які фінансувалися з державного бюджету, в комунальні неприбуткові підприємства, які повинні вийти на самоокупність.

*Метою роботи є визначення основних напрямків і рекомендацій проведення автономізації медичних закладів як складової медичної реформи. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі задачі:*

- вивчення напрямів проведення реформи охорони здоров'я;
- визначення поняття автономізації медичних закладів;
- аналіз правового механізму автономізації медичних закладів;
- вивчення алгоритму проведення автономізації;
- розрахунок техніко-економічних показників проведення автономізації на прикладі Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо підвищення рентабельності Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки після проведення автономізації.



*Предметом дослідження є відносини, що виникають у процесі автономізації медичного закладу між державою, медичним закладом та пацієнтом.*

*Об'єктом дослідження є діяльність медичних закладів під час реформи системи охорони здоров'я.*

*Методи дослідження. Методологічною основою роботи є метод наукового пізнання, системний підхід та методи факторного аналізу.*

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

*удосконалено:*

- науково-методичні підходи до комплексного аналізу процесів перетворення медичних закладів з бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства;

- методичні положення з розрахунку техніко-економічного обґрунтування процесів автономізації;

- методичні положення щодо визначення ефективності автономізації;

*Набули подальшого розвитку:*

- аналіз законодавчої бази процесів перетворення (автономізації).

*Ключові слова:* АВТОНОМІЗАЦІЯ, НЕКОМЕРЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ, БЮДЖЕТНА УСТАНОВА, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

# Розділ 1 Місце автономізації в реформуванні системи охорони здоров'я

## 1.1 Основні альтернативи медичної реформи

У 2014 році Міністерство охорони здоров'я України ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015 - 2020 роки [17]. Документ був розроблений, але не був прийнятий Верховною Радою. Одним із завдань цієї стратегії було, серед іншого, перетворення бюджетних установ, які є закладами охорони здоров'я комунальної та державної власності, у некомерційні неприбуткові організації та запровадження національного соціального медичного страхування як наступний етап реформи.

Експерти при розробці Стратегії розглядали три альтернативні шляхи:

*Альтернатива 1. Збереження поточної політики щодо медичних установ (статус-кво).*

Збереження поточного стану системи охорони здоров'я з можливим щорічним збільшенням фінансування без впровадження нових методів ефективного використання фінансових ресурсів і належного заохочення медичного персоналу для надання більш якісних послуг. Але це є однією з перепон поліпшення якості медичних послуг, зважаючи на застарілу матеріально-технічну базу та недофінансування цієї сфери.

Темпи зростання витрат на охорону здоров'я в Україні в останні роки випереджають темпи зростання ВВП (рис. 1.1).

Існуюча система постатейного фінансування не дозволяла пов'язувати грошові потоки між якістю і кількістю послуг, що надаються, що є необхідним елементом сучасних підходів до ефективної системи управління охороною здоров'я.

Ситуацію погіршує ще й те, що рівень зносу основних фондів охорони здоров'я буде продовжувати рости, а рівень заміни застарілого медичного обладнання залишиться на колишньому рівні або навіть погіршиться.

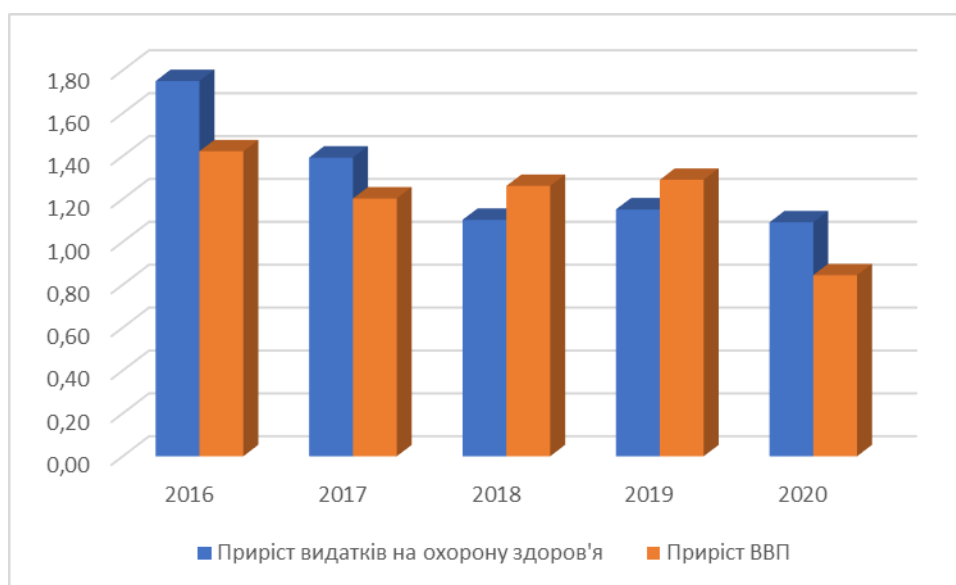


Рисунок 1.1 - Темпи зростання витрат на охорону здоров'я та ВВП України за 2016-2020 роки (узагальнено автором на основі [16])

Застаріла схема адміністративного управління з центром у Києві, навіть із застосуванням нових принципів управління не поліпшить механізми функціонування державних і муніципальних установ охорони здоров'я. Згодом ситуація з використанням фінансових ресурсів в системі охорони здоров'я практично не зміниться. Зміниться тільки рівень фінансування, розподіл статей витрат залишиться на колишньому рівні. Найбільша частка витрат в галузі медицини залишиться на утримання установ відповідно до системи розрахунку ліжко-днів.

Видатки на заробітну плату і комунальні послуги складуть більшу частину витрат консолідованого бюджету на охорону здоров'я, в той час як витрати на закупівлю товарів, матеріалів і послуг будуть набагато менше, а на ремонт або купівлю предметів першої необхідності лікарень в цілому не буде. Будівлі медичних закладів не обслуговуватимуться з урахуванням останніх тенденцій зростання витрат на тепло і водопостачання, каналізацію, електрику та інші комунальні послуги через їх не ефективність [40, с.167].

В майбутньому державні і муніципальні медичні установи залишаться бюджетними установами, вони будуть отримувати кошти з державної скарбниці, при лікарнях будуть створені благодійні фонди, і ніяких нових юридичних механізмів для отримання коштів не буде. Така система охорони здоров'я не буде стимулювати потенційні інвестиції та роботу зі страховими компаніями. Позитивні зміни можливі, але вони будуть незначними і нададуть короткостроковий вплив на систему охорони здоров'я.

*Альтернатива № 2. Введення автономії закладів охорони здоров'я.*

Процес надання автономії медичним установам передбачає, що установи перестануть бути бюджетними і стануть автономними державними і комунальними підприємствами. Медичні установи зможуть відкривати власні банківські рахунки і вільно управляти власними бюджетами, при цьому всі невикористані бюджетні кошти установ не будуть повернені до бюджету (але залишаться в розпорядженні установ) і не будуть підставою для скорочення фінансування на Наступний рік. Також з'явиться нове джерело доходу для установ: крім бюджету, благодійних фондів і страхових фондів, установи зможуть на законних підставах отримувати кошти від фізичних та юридичних осіб. Процес переходу установ з бюджетних установ у державні і муніципальні підприємства включає звільнення закладів охорони здоров'я на п'ятирічний період від податкових відрахувань з власних доходів до місцевого або державного бюджету. Передбачений Конституцією України гарантований обсяг безоплатної медичної допомоги в державних і муніципальних установах буде поєднана з розміром державного бюджету на поточний рік.

Всі керівники (головні лікарі) установ будуть обрані на конкурсній основі і підпишуть договір з власником установи (наприклад, місцевою радою), що дозволить створити прозорий механізм прийому на роботу і стане основою договірних відносин в області медицини. Будуть створені наглядові ради для громадського контролю за медичною і фінансово-господарською діяльністю установ. У функції таких наглядових рад входитимуть:

- контроль і моніторинг роботи керівництва медичних установ (головних лікарів);
- контроль над фінансуванням, виділеним конкретній установі, і майном установ, розташованих на їх території [16].

В таких умовах можливість здійснення корупційних дій зводиться до мінімуму, тому що пацієнти будуть знати, на що держава витратила гроші, у лікарів будуть необхідні кошти для правильної роботи, а громадськість контролюватиме фінансові потоки.

### *Альтернатива № 3. Приватизація медичних*

Спочатку потрібно буде відмовитися від системи єдиного платника. Створити страхові ваучери для бідних і літніх людей, які будуть покривати вартість базового набору медичних послуг в приватних страхових компаніях, які будуть конкурувати один з одним за ваучери. Інша частина населення зможе або придбати страховий поліс за свій рахунок, або за власним бажанням може залишитися без медичної страховки. З метою зменшення кількості неформальних платежів і залучення додаткових коштів в недофінансовану систему охорони здоров'я будуть впроваджені реформи, які забезпечать легалізовану систему оплати медичних послуг - в першу чергу буде затверджено базовий пакет послуг, і будуть створені механізми оплати. Буде повністю приватизована первинна медико-санітарна допомога, і будуть створені нові методи придбання і відшкодування медичних послуг. Але ці заходи не привернуть більше грошей в систему охорони здоров'я, і вона виявиться в кризовій ситуації. Тоді сектор охорони здоров'я буде повністю переданий в приватний сектор - це посилить конкуренцію між постачальниками послуг, пацієнти зможуть вільно обирати медичні заклади і зможуть отримувати якісні послуги. Однак, скорочення мережі державних і муніципальних установ, яке буде супроводжувати процес приватизації, буде суперечити статті 49 Конституції України. Крім того, в економічних умовах України цей варіант неприйнятний, оскільки фактично він автоматично

позбавить доступу до медичних послуг більшість населення, яке не зможе дозволити собі приватне медичне страхування [16].

Основні плюси та мінуси альтернативних шляхів розвитку сфери охорони здоров'я наведені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 - Плюси і мінуси альтернатив політики у сфері охорони здоров'я (складено на основі [16, 46])

Альтернативи	Плюси	Мінуси
Альтернатива 1. Статус-кво	<p>1. Необхідно інвестувати в сферу медицини через гарантію отримання засобів з державної скарбниці відсутня.</p> <p>2. Державний реєстр кадрів не вимагає зміни та пошуку альтернативних варіантів розподіл обов'язків, це не змінює застарілі практики у галузі медицини</p>	<p>1. Нераціональне використання фінансів не заохочує медичні установи змінюватися на краще, це призводить до того, що головні лікарі не будуть шукати альтернативні способи управління системою охорони здоров'я здоров'я.</p> <p>2. Багаторівнева структура державного управління, які дублюють функції один одного. Це призводить до плутанини в системі управління установою.</p> <p>3. Відсутність відповідальності з боку медичного закладу в стосунках «лікар - пацієнт». Надання медичних послуг установою, а не лікарем, якого обрав пацієнт, знижує рівень відповідальності за якість медичних послуг.</p>
Альтернатива 2. Впровадження автономізації закладів охорони здоров'я	<p>1. Установи повинні створювати наглядові ради, до складу яких можуть входити представники громадськості, які контролюватимуть дотримання прав пацієнтів.</p> <p>2. Установи стають незалежними у прийнятті рішень - вони зможуть управляти власними коштами і визначати свої пріоритети: зокрема, можливість купувати ліки замість опалення невикористовуваних приміщень або економити на покупці нового обладнання.</p>	<p>1. Стан лікарні буде залежати виключно від її керівництва, на яке покладено управління.</p> <p>2. Небажання медичного персоналу працювати в нових умовах. Відсутність кваліфікованих лікарів - менеджерів у сфері охорони здоров'я.</p> <p>3. Керівники медичних установ повинні будуть самостійно заробляти кошти в медичному закладі, це передбачає роботу в конкурентному середовищі, а значить, ризики зростають в разі невдалого адміністрування.</p>

	<p>3. Антикорупційна складова - для залучення коштів від міжнародних організацій, юридичних або фізичних осіб або благодійників не потрібно створювати напівлегальні схеми або «благодійні фонди».</p> <p>4. Створено умови для цільового витрачання бюджетних коштів на розмір безкоштовної допомоги, наданої установою, а не на утримання його ліжок або оплату комунальних послуг.</p>	
Альтернатива 3. Приватизація закладів охорони здоров'я	<p>1. Антикорупційна складова, оскільки медичні заклади будуть надавати свої послуги за гроші.</p> <p>2. Поліпшення громадського здоров'я.</p> <p>3. Створення конкурентного середовища між приватними постачальниками послуг поліпшить якість медичних послуг.</p> <p>4. Поліпшення інфраструктури - сучасні і повністю обладнані лікарні за гроші приватного сектора.</p> <p>5. Раціональне використання коштів.</p>	<p>1. Розподіл громадян за рівнем доходів. Не всім верствам населення будуть доступні медичні послуги</p> <p>2. Скорочення медичних працівників.</p> <p>3. У зв'язку з закриттям непривабливих з комерційної точки зору структурних підрозділів медичних установ буде збільшуватися поширеність невідкладних захворювань.</p>

## 1.2. Сутність автономізації

На сьогодні більшість медичних установ працюють як комунальні заклади. Діяльність таких установ актуальна для фінансової системи, якщо основним джерелом доходів медичних установ є фінансування. При переході на самоокупність у установ виникнуть труднощі з укладанням договорів з основним покупцем (Національною службою охорони здоров'я України (НСЗУ)), а також з отриманням і розподілом коштів з позабюджетних фінансуванням. До 2021 року повинний закінчитися 2 етап медичної реформи та всі медичні установи повинна набути статусу некомерційних неприбуткових організацій.

Щоб уникнути вищеперерахованих труднощів, потрібно буде автономізуватися. Автономізація означає зміну організаційно-правової форми на комунальне некомерційне підприємство.

Комунальне некомерційне підприємство - підприємство, утворене за рахунок відокремленого майна територіальної громади з метою виконання покладених на нього статутом функцій, без отримання прибутку. Неприбуткове не означає, що компанія не може отримувати дохід (прибуток). Некомерційний характер підприємства полягає в тому, що кошти, що направляються від його діяльності, спрямовуються виключно на виконання завдань, передбачених статутом. Тобто, якщо ваша компанія набуває нове медичне обладнання або нагороджує лікаря, якого вибрали багато пацієнтів, це не буде порушенням статусу некомерційної організації.

Слід зазначити, що розрахунок прибутку на підставі підпункту 133.4.1 пункту 133.4 статті 133 Податкового кодексу України [21] визначено, що некомерційне підприємство, установа та організація - це підприємство, установа та організація, які одночасно відповідає таким вимогам: утворено і зареєстровано, що регулює діяльність відповідної некомерційної організації; внесений контролюючим органом до Реєстру некомерційних організацій і організацій.

Сутність автономізації підприємства - розширення можливостей керівника управління підприємством. Закон передбачає можливість керівнику самостійно затверджувати штатний розклад, відкривати рахунки в банківських установах, приймати рішення в межах повноважень, визначених статутом, приймати рішення з поточної діяльності компанії. Важливо, щоб компанія діяла на основі фінансового плану, в рамках якого вона самостійно управляє власними ресурсами, які будуть отримувати від НСЗУ.

В останні роки в охороні здоров'я набув поширення термін «раціональне управління сучасними медичними організаціями чи підприємствами для оптимального використання наявних ресурсів та досягнення високої ефективності». В іншому випадку медичне управління - це діяльність з



ефективного використання матеріальних, технічних, фінансових, людських та інших ресурсів для вирішення поставлених завдань. Однак на сучасному етапі медична галузь України розвивається в умовах перехідної економіки, що створює труднощі в управлінні медичними організаціями [3, с.12].

При цьому Компанія зацікавлена в економії на вторинних витратах (наприклад, на утеплення фасаду або придбанні енергозберігаючого обладнання для зниження витрат на обслуговування) та зосереджена на якості медичної допомоги пацієнтам [28].

Закон України від 19 жовтня 2017 р № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [29] можна вважати початком медичної реформи в Україні. Цей Закон визначає державні фінансові гарантії надання пацієнтам необхідних медичних послуг (медичних послуг) і ліків належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України в рамках програми медичних гарантій. В результаті змінюється система фінансування охорони здоров'я.

Постановою Кабінету Міністрів від 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» [31] створено новий центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику в області державних фінансових гарантій охорони здоров'я і діяльність якого спрямована і координується Кабінетом Міністрів охорони здоров'я України. Одне з основних завдань, тоді як виконання функцій замовника медичних послуг і ліків за програмою медичних гарантій, покладено на Національний фонд медичного страхування.

Основні кроки до переходу на співпрацю з НСЗУ представлено на рисунку 1.2.

Згідно з постановою Кабінету Міністрів від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [25]

отримання статусу муніципального недержавного Прибутковість підприємства є одним з обов'язкових умов, які повинні виконуватися медичними установами при укладанні договорів з Національної касою медичного страхування і перехід на нову систему фінансування медичної установи.



Рисунок 1.2. Основні кроки в результаті проведення реформ (створено на основі [15])

Основні вимоги до медичних закладів, визначені постановою Кабінету Міністрів від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [32]:

- наявність ліцензії на проведення медичної практики, інших дозволів, передбачених законом;

- наявність у постачальника медичних послуг матеріально-технічної бази для надання медичних послуг, яка відповідає вимогам галузевих стандартів в області охорони здоров'я, типових табелів матеріально-технічного обладнання, затверджених Міністерством охорони здоров'я. ;

- наявність умов для надання медичної допомоги та вільний доступ в будівлі і приміщення постачальника медичних послуг для осіб з обмеженими можливостями та інших маломобільних груп населення відповідно до законодавства;

- реєстрація медичного закладу як юридичної особи (крім державних або муніципальних установ) або як фізичної особи - підприємця;

- відповідність критеріям, встановленим у порядку використання коштів відповідної бюджетної програми, на виконання якої укладаються договори на надання медичної допомоги.

Слід зазначити, що чинне законодавство України не дає єдиного визначення поняття «реорганізація». Так, Цивільний кодекс України (ст. 104) [47] передбачає такий спосіб припинення юридичної особи, як реорганізація. Згідно Цивільного кодексу України [47], реорганізація – це припинення діяльності юридичної особи відбувається в результаті переходу його майна, зобов'язань і прав до іншої юридичної особи або декількох правонаступників одним із таких способів: поділ, перетворення, злиття, приєднання.

При проведенні реформ мова йде про реорганізацію саме шляхом перетворення медичного закладу з комунальної організації (заклади, установи) в комунальні неприбуткові підприємства. Правовою основою для такого процесу став Закон України від 06.04.2017 № 2002 VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства про діяльність закладів охорони здоров'я» [33]. Він, в свою чергу, вніс зміни в Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [18]. За цим законом, «*заклад охорони здоров'я* -це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що надає медичну допомогу населенню на підставі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників» [18]. За Законом медичні заклади комунальної власності можуть створюватися і функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні

установи. Також, ці заклади повинні утворюватися в результаті реорганізації державних і муніципальних медичних закладів. При чому, державні і муніципальні установи можуть мати відокремлене майно (в тому числі фонди), закріплене за ними по праву оперативного управління, самостійний баланс, самостійно затверджувати штатний розклад, мати рахунки в банках, печатки.

Нажаль, законодавство України має ряд протиріч. І такі протиріччя існують щодо визначення поняття комунального некомерційного підприємства. З одного боку, Цивільний кодекс (ст. 52) [47] містить таке поняття, як «некомерційне господарювання - це самостійна систематична господарська діяльність, що провадиться суб'єктами господарювання, спрямована на досягнення економічних, соціальних й інших результатів без мети одержання прибутку». З іншого боку, ст. 53 Цивільного кодексу передбачає, що «некомерційна економічна діяльність може здійснюватися суб'єктами господарювання на базі права власності або оперативного управління в організаційних формах, які визначаються власником або відповідним органом управління чи місцевого самоврядування, з урахуванням вимог Цивільного кодексу та інших законів» [47].

Згідно ст. 78 Цивільного кодексу, *комунальне унітарне підприємство* утворюється компетентним органом місцевого самоврядування в адміністративному порядку на основі окремої частини комунальної власності і є частиною його управління. Орган, до сфери управління якого входить комунальне унітарне підприємство, є представником власника - відповідної територіальної громади і виконує у межах законодавства функції, передбачені законодавчими актами України. Майно комунального унітарного підприємства перебуває у комунальній власності і закріплено за ним на праві господарського відання (комунальне комерційне підприємство) або на основі права оперативного управління (комунальне некомерційне підприємство) [47].

З урахуванням вищевикладеного можна стверджувати, що *комунальне некомерційне підприємство* - це підприємство, утворене компетентним органом місцевого самоврядування за рахунок відокремлення частини власності територіальної громади для виконання функцій, делегованих підприємству без мети отримання прибутку [9].

### **1.3 Правові механізми реалізації процесу автономізації**

Розгляд діючих норм і законодавства, що визначають правове регулювання та діяльність національної системи охорони здоров'я України, доводить, що за останні роки прийнята велика кількість законів України, указів Президента, постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів. Порівняльний аналіз цих документів доводить, що сьогодні політика охорони здоров'я визначається «Стратегією сталого розвитку «Україна 2020», затверджена Указом Президента України № 5/2015 від 12 січня 2015 р [34, 49, с.47].

Основним документом проведення реформ стала «Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» від 28.02.2019 № 410 [35].

З цим документом у 2020 році медичні послуги в Україні повинні оплачуватися Національною службою здоров'я України на підставі укладених договорів. Завдяки розвитку електронної системи охорони здоров'я, стало можливим вводити більшу частину інформації для укладення та виконання контракту на медичне обслуговування в електронну систему.

Постанова КМУ «Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту» від 27 грудня 2017 р. № 1094 [22] визначає механізм проведення конкурсу на посаду

керівників медичних установ після автономізації та визначає основні характеристики особи, що може брати участь у конкурсі.

Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1077 «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» [24] встановлює органи управління медичних закладів, визначає мету та повноваження спостережної ради медичного закладу.

Вимоги до надавачів медичних послуг визначаються Постановою Кабінету міністрів №391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [25].

Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 містить перелік медичних послуг, що мають надаватися платно після реорганізації медичних закладів [19].

## Розділ 2 Реалізація медичної реформи шляхом автономізації медичних закладів

### 2.1. Реалізація медичної реформи в стоматологічній галузі

Стоматологічна галузь розвивається дещо іншими шляхами, ніж всі інші галузі медицини. Перш за все, в стоматології спостерігається велика конкуренція та комерціалізація стоматологічних послуг. В державному секторі спостерігається зменшення як закладів МОЗ, так і кількості лікарів в муніципальних закладах (рисунок 2.1).

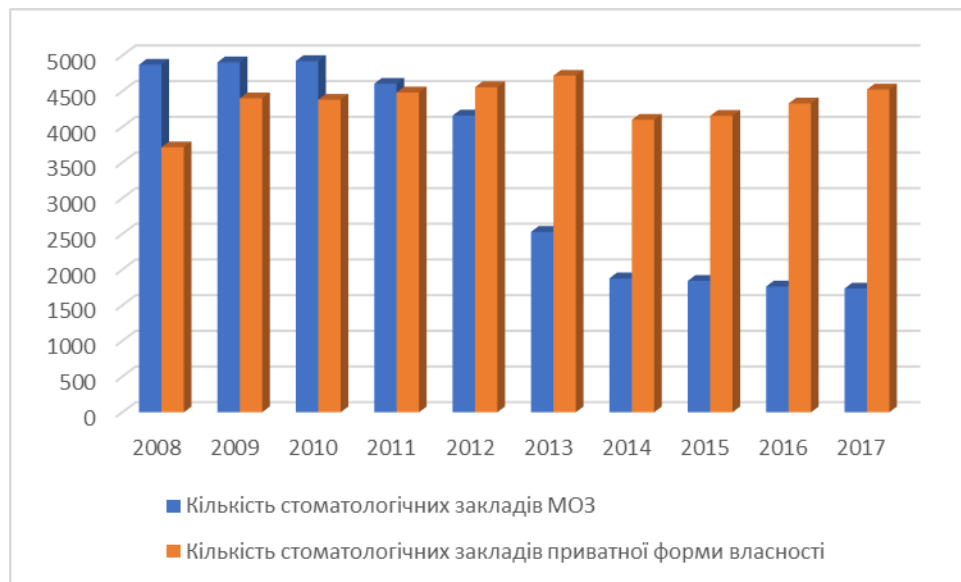


Рисунок 2.1 – Динаміка кількості стоматологічних закладів різних форм власності (створена на основі даних [47])

Під час дослідження встановлено скорочення мережі стоматологічних установ. Кількість незалежних стоматологічних клінік зменшилася з 288 у 2008 році до 197 в 2017 році, що склало 31,6%; Кількість установ зі стоматологічними відділеннями (кабінетами) скоротилося з 4584 в 2008 р до 1537 в 2017 р, тобто на 66,47% [47].

Зробивши аналіз даних про динаміку зміни кількості посад лікарів-стоматологів в лікувально-профілактичних установах МОЗ України, кількості первинних відвідувань стоматологів, кількості реабілітованих, які

потребують реабілітації (абсолютна кількість) в системах охорони здоров'я МОЗ України, показники виробництва загальної кількості зубних протезів: одиночних коронок, штифтових зубів, вкладок, полукоронок, в тому числі литих, мостовидних протезів, знімних протезів, в тому числі литих, постійні шини і шинопротези, металокераміка і фарфор було побудовано рисунок 2.2. Динаміка кількості лікарів в медичних установах МОЗ України показала: з 2013 по 2017 рік кількість позицій зменшилася на 1927 одиниць. Кількість зайнятих на посадах зменшилася з 16 059 в 2013 р до 13 782 в 2017 р, тобто фактичне скорочення числа лікарів-стоматологів відбулося на 2277 чоловік [47].

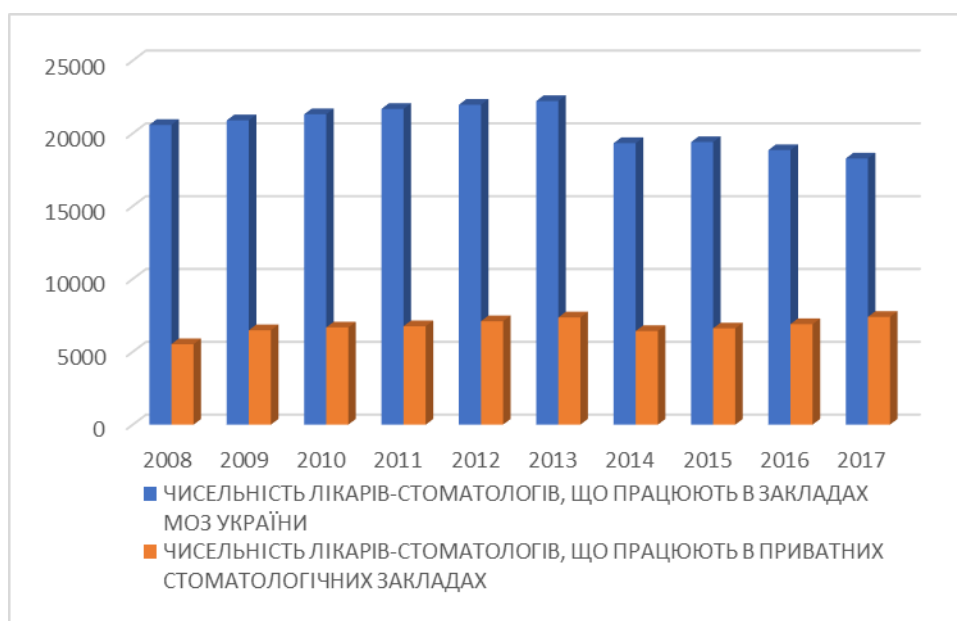


Рисунок 2.2 – Чисельність лікарів стоматологів, що працюють у державних та приватних закладах

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП СОР «СОКСП»

За отриманими даними, які були розглянуті в динаміці за 5 років можна зробити висновок: - загальна кількість первинних відвідувань стоматологів зменшилася на 19,2%; - кількість первинних відвідувань дорослого населення зменшилася на 20,4%; загальна кількість санованих за 5 років зменшилася на 1 101 263 особи, серед дорослого населення зменшилася на 716 684 особи,



серед дітей - на 384 579 чоловік. Під час аналізу структури загальної кількості одиниць коронок, штифтових зубів, вкладок, половин - коронок, в тому числі литих в цілому по Україні за період 2013-2017 р було зроблено висновок, що динаміка спадає: з 341 101 од в 2017 році, в порівнянні з 2013 р зниження склало 21,52%. Що стосується кількості суцільних одиночних коронок, штифтових зубів, вкладок, полукоронок, ми визначили збільшення в 2017 році (85 167) в порівнянні з 2013 роком (80 825) на 5,37%. В цілому в Україні частка виготовлених твердих конструкцій незнімних протезів в 2013 р склала 18,60%, а в 2017 р - 24,97%. Аналіз структури показників кількості мостів показав поступове зниження обсягів їх виробництва. Найменша кількість мостовидних протезів було виготовлено в 2016 році (179 964), в порівнянні з 2013 роком (256 176), загальна кількість зменшилася на 29,75%. Що стосується кількості масивних мостовидних протезів, то в ці роки були невеликі коливання, але в 2014-2017 роках в загальній кількості спостерігалось відсоткове збільшення частки масивних мостовидних протезів, в 2017 році цей показник склав 15,4%. Аналіз продуктивності виготовлення знімних протезів, в тому числі твердотільних, а також незнімних ортопедичних конструкцій, виявив тенденцію до зниження загальної кількості протезів. виготовили протези, але різкого спаду в 2014 р немає. В цілому кількість виготовлених знімних протезів за 2013-2017 рр. знизилась на 24,7%. Відбулося істотне зниження кількості монолітних протезів (6064 в 2013 р проти 4391 в 2017 р). Статистично кількість виготовлених твердих протезів зменшилася на 27,59%. [47]

З 2013 року кількість штифтів і протезів, вироблених в Україні, значно скоротилося з 2013 року (11 089) до 2015 с. (6331) и почалося поетапно скорочення кількості виготовлення до 2017 р. Аналіз структурування показників металокераміки і порцеляни показав, що їх кількість збільшилися від 59 109 у 2013 році, до 71740 в 2017 р. Темп зростання за 5 років склав 21,4%. У всіх регіонах України присутня тенденція до зростання кількості

сучасних природних ортопедичних конструкцій, що показує про підвищений попит на такі послуги [47].

Показники стану стоматологічного здоров'я населення України в 4-4,5 рази гірше, ніж в Європі. Про це свідчать дані про поширеність карієсу, захворювань порожнини рота, в тому числі онкологічних. Високий рівень потреби населення в протезуванні дефектів зубів, зубних рядів і повної відсутності зубів, а також в протезуванні щелепно-лицьової області. Поширеною проблемою, яка посилюється, є стоматологічна патологія, яка викликана порушенням соматичного здоров'я основних систем організму через відсутність стоматологічної допомоги на первинному рівні, що є перешкодою для співпраці сімейних лікарів і стоматологів.

Фактично, комунальні стоматологи знаходяться в тих же умовах, що і приватні. Однак вони мають ліпші умови: одна гривня за оренду і нульовий земельний податок.

Стоматологія, та галузь, яка може конкурувати на світовій арені. Тому що в свій час, надання стоматологічної допомоги було віддано у приватні руки. Державні установи повинні конкурувати з приватними. Тому, їх потрібно розвивати. Реформа передбачає платність стоматологічних послуг, навіть у закладах комунальної власності. Так, згідно Постанови КМУ «Перелік платних послуг з медичного обслуговування населення» зубна допомога відноситься до платних послуг.

На рисунку 2.3. представлена структура ринку стоматологічних послуг України.

Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 «Перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» [19] визначені такі стоматологічні послуги, які повинні надаватися за плату пацієнтам:

- стоматологічна допомога, що подається населенню госпрозрахунковими відділеннями, кабінетами закладів охорони здоров'я;
- протезування, в тому числі зубне.



Рисунок 2.3 – Перетворення галузі стоматології за новою концепцією реформи [15]

## 2.2. Процедура автономізації мазакладу

Процедура автономізації передбачає наступний алгоритм (рисунок 2.4).

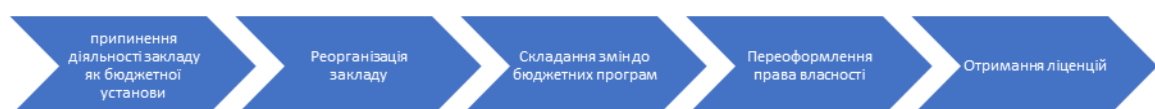


Рисунок 2.4 - Алгоритм автономізації медичної бюджетної установи (створено автором на основі [15])

На першому етапі органі місцевого самоврядування приймають рішення про припинення дії бюджетної установи шляхом перетворення її у комунальне некомерційне підприємство. Потім призначається комісія з реорганізації установи у комунальне некомерційне підприємство та обирається голова комісії. На цьому етапі потрібно:

- пояснити переваги перетворення медичного закладу в муніципальне некомерційне підприємство власнику установи (главі окремого місцевої громади / депутату ради / будь-якій особі, уповноваженій приймати рішення від імені власника).

- підготувати проект рішення;
- пройти формальну процедуру внутрішнього затвердження рішення;
- отримати рішення власника про процедуру реорганізації.

Документи для реєстрації рішення про припинення юридичної особи шляхом реорганізації передаються Державному реєстратору, в результаті чого робиться запис в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань

Після реєстрації рішення про реорганізацію в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань, до голови повноваження з управління підприємством.

Комісія з реорганізації розглядає претензії кредиторів до медичного закладу, а також проводить інвентаризацію. Також, вона складає передавальний акт, який повинен містити положення про спадкування всіх зобов'язань установи, передачу прав та обов'язків у формі бухгалтерського обліку.

Комісія з реорганізації повинна: переходять

- провести інвентаризацію підприємства.
- розглядати вимоги кредиторів;
- організувати оцінку підприємства;
- вести оперативне управління закладом;

Кредитори державних і муніципальних установ охорони здоров'я не мають права вимагати від них виконання незабезпечених зобов'язань, припинення або дострокового виконання зобов'язань або забезпечення виконання зобов'язань. Згода кредитора на заміну боржника в зобов'язанні в цьому випадку не потрібна [33].

В цей же час, фінансове управління місцевих органів розробляє зміни до бюджетних програм з урахуванням автономізації.

Наступним кроком є прийняття та затвердження місцевою радою передавального акту; рішення про створення некомерційного підприємства шляхом реорганізації та затвердження статуту.

Потім, пакет документів про створення некомерційного підприємства та припинення роботи бюджетної установи надається державному реєстратору. Якщо все зроблено правильно, протягом 24 годин з моменту отримання документів державний реєстратор повинен зробити відповідні записи в ЄДР.

А результаті зміни статусу, до трудових книжок персоналу заносяться відповідні записи.

Комунальне некомерційне підприємство оформляє і реєструє право користування нерухомим майном і землею, відкриває банківські рахунки і переоформлює рахунки в казначействі.

Рішення власника (особи, якій передано таке право) має містити положення:

- Про затвердження передавального акта.
- Про затвердження статуту.
- Визначення розміру та порядку формування статутного капіталу.
- Про закріплення за власністю новоствореного підприємства на праві оперативного управління.
- Про внесення змін до надання фінансування (при необхідності) [13].

Останнім етапом є подача заяви до МОЗ заяву про видачу ліцензії на заняття медичною практикою і розпорядженням наркотичними речовинами, прекурсорами (при необхідності) [1].

Основні відповідальні за здійснення автономізації представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1. – Відповідальні за етапи в процесі перетворення бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство в сфері охорони здоров'я (складено на основі [2], [26])

<b>Етап</b>	<b>Відповідальні</b>
Прийняття рішення про перетворення	Власник (орган місцевого самоврядування)
Подача заяви про початок наступних процесів перетворення державному реєстру	Голова комісії з перетворення
Проведення інвентаризації майна установи, розгляд вимог кредиторів	Комісія з перетворення
Оцінка майна	Комісія з перетворення
Підготовка передавального акту	Комісія з перетворення
Прийняття рішення про затвердження: передавального акту; статуту нового підприємства	Власник (орган місцевого самоврядування)
Подання державному реєстратору заяви про реєстрацію новоствореної юридичної особи у зв'язку з перетворенням	Голова комісії з перетворення
Внесення статутного капіталу, визначеного рішенням та статутом	Власник (орган місцевого самоврядування)
Внесення змін до фінансової документації	Фінансове управління Власника
Внесення змін до трудових книжок працівників	Відділ кадрів закладу
Відкриття банківських рахунків, приведення до ладу рахунків у державній скарбниці	Керівник медичного закладу
Підготовка та подача документів для отримання ліцензії на медичну практику та роботу з лікарськими засобами та прекурсорами	Керівник медичного закладу

### **2.3 Переваги та ризики перетворення медичних закладів у комунальне некомерційне підприємство**

Під час вивчення літературних джерел, автором були виділені переваги та ризики автономізації медичних закладів. Зупинимось спершу на перевагах перетворення.

Переваги перетворення медичного закладу із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство

- розширення повноважень керівника медичного закладу, в тому числі свободу розпорядження активами, фінансами і формування кадрової політики, визначає внутрішню організаційну структуру установи;

- медичний заклад може самостійно встановлювати будь-яку дозволена законом форму оплати праці;

- фінансування закладом зі статусом підприємства не на основі детального кошторису витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє бути медичним закладам більш гнучкими і незалежними в прийнятті рішень в порівнянні з організаціями зі статусом бюджетної установи;

- підприємство може створювати різні асоціації з іншими закладами, якщо вони діють в статусі підприємств, з метою перерозподілу функцій між ними і спільної оптимізації використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів членів Асоціації;

- некомерційне підприємство може наймати лікарів за цивільно-правовими договорами, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на ведення бізнесу в медичній практиці.

Основні мотиваційні переваги автономізації представлені на рисунку 2.5 (складено на основі [7])

Але існують і ризики перетворення медичних установ в комунальне некомерційне підприємство основні з них такі:

Відсутність досвіду ведення господарської діяльності на підприємстві. Медичні заклади не мають досвіду формування цін на платні послуги, не вміють адекватно встановлювати норми прибутковості для розрахунку ціни. Комунальні медичні заклади не мають досвіду в підвищенні конкурентоздатності закладу, наприклад потрібно поліпшувати якість послуг, впроваджувати нові технології, ведення політики просування послуг на медичному ринку, розвиток партнерських відносин у сфера охорони здоров'я [7]. Неправильна цінова політика може привести до завищення цін і втрати клієнтів або, навпаки, може зробити надання медичних послуг

невигідним. Цінова політика повинна ґрунтуватися на високому рівні сервісу і наявності сучасного обладнання для підтримки співвідношення «ціна / якість».

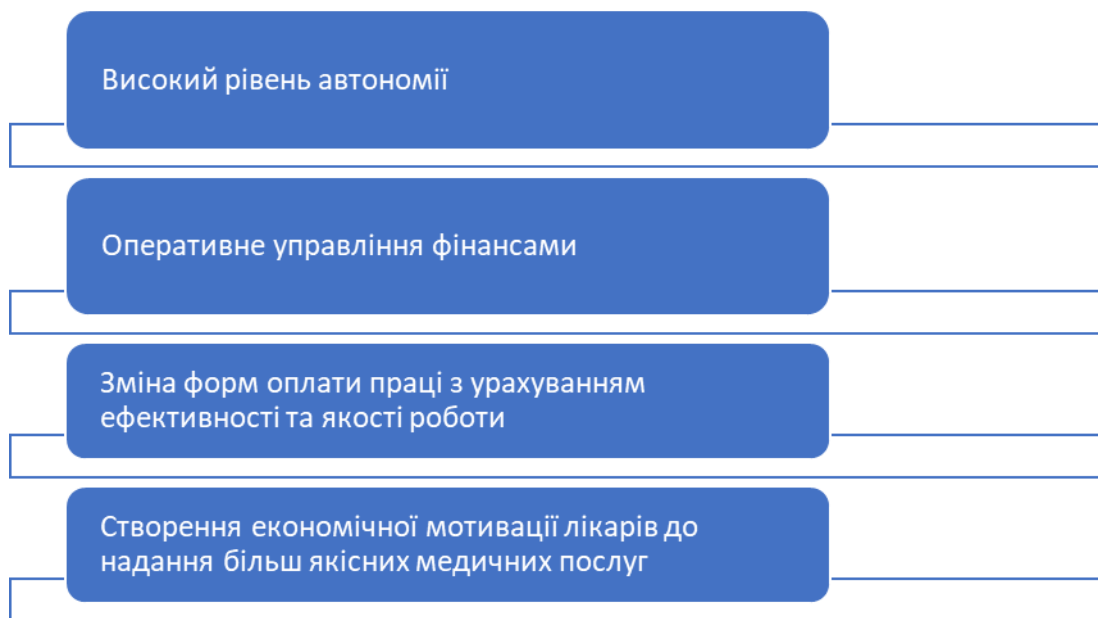


Рисунок 2.5 - Основні мотиваційні переваги автономізації

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП СОР «СОКСП»

Відсутність досвіду кадрової політики на підприємстві. Скорочення медичного персоналу. Ця проблема пов'язана з оптимізацією витрат та оцінкою попиту на медичні послуги. Недолік кваліфікованого медичного персоналу може вплинути на якість медичних послуг, що, в свою чергу, може привести до посилення незадоволеності пацієнтів і їх родичів якістю медичних послуг, збільшення кількості скарг і, як наслідок, до втрати іміджу медичного закладу.

- Фінансові ризики, включаючи податки. Як неприбуткова організація, реорганізований медичний заклад не сплачує податок на прибуток та земельного податку. Всі інші податки сплачуються



- Ризики, пов'язані з проведенням тендерів на медичні послуги та низькою конкурентоспроможністю надавачів послуг. Зараз існує декілька проблем в сфері публічних закупівель медичних речовин: неповна сертифікація, вибір найдешевшої пропозиції та невідповідність товару запитам [48].

- Зниження фінансової підтримки з боку місцевої влади. Після автономізації підприємства переводяться на самоокупність. Тому, менеджери повинні скласти план розвитку медичного закладу щодо отримання прибутку. Статус неприбуткового підприємства приводить до того, що всі отримані кошти медичний заклад може направляти на заробітну плату та технічне оснащення.

- Несвоєчасне оновлення матеріально-технічної бази. Це пов'язано з тим, що 20 років медичні заклади недофінансовувались. Тому оновити всю базу за декілька років буде дуже складно.

Також існують перепони при переході на автономність. Основні з них такі:

1. Неможливість розрахунку фінансового плану лікарні на майбутнє в зв'язку з відсутністю гарантованого пакету медичної допомоги та тарифів на медичні послуги.
2. Супротив медичних працівників
3. Супротив населення
4. Невідповідність будівель та споруд нормам
5. Невідповідність обладнання та устаткування
6. Різний рівень ресурсного забезпечення
7. Відсутність ефективної комунікаційної політики <sup>1</sup>.

Всі ці фактори уповільнюють автономізацію та реформу медицини. Хоча, за законодавством, етап автономізації повинен закінчитися наприкінці 2020 року.

Сама по собі автономізація не буде ефективною, ефективним може бути паралельне проведення реформ у різних галузях господарства.

## **Розділ 3. Впровадження процесу автономізації на прикладі Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки**

### **3.1 Загальна характеристика підприємства**

Сумська обласна стоматологічна поліклініка функціонує з 1967 року. Рішенням 31 сесії Сумської обласної ради від 20.12.2019 року реорганізована в комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» [42].

Поліклініка розрахована на надання висококваліфікованої лікувально-профілактичної, консультативно-діагностичної поліклінічної допомоги дітям та дорослим.

Поліклініка пройшла переакредитацію на I категорію (рішення про акредитацію закладу від 04.03.2020 № 172-ОД) та має ліцензію на медичну практику яку отримала 31.07.2020 року (наказ МОЗ від 31.07.2020 № 1760)

Представляє собою комплекс лікувально-профілактичних відділень, організаційно та функціонально пов'язаних між собою. До структури закладу входять такі відділення: стоматологічне відділення №1, стоматологічне відділення №2.

Предметом діяльності поліклініки є медична практика по наданню всіх видів кваліфікованої стоматологічної допомоги, а саме: організація і управління охороною здоров'я, стоматологія, дитяча стоматологія, ортодонтія, ортопедична стоматологія, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія, рентгенологія, фізіотерапія.

Поліклініка розрахована на 420 відвідувань за зміну дорослого населення та 500 відвідувань дитячого.

Також в закладі надається лікувально-консультативна допомога стоматологічним хворим області.

Стоматологічне відділення №1 розташоване за адресою вул. Привокзальна, 29, в триповерховому приміщенні, побудованому за типовим проектом. На першому поверсі розташовані: реєстратура, гардеробна,

адміністративно-управлінський апарат, та частина стоматологічного відділення №1, де ведеться терапевтичний прийом дорослих та дітей, а також окремо виділений кабінет для обслуговування учасників бойових дій АТО, обладнаний рентгенологічним апаратом. На другому поверсі стоматологічного відділення №1 розташовані кабінети, де надається терапевтична та хірургічна стоматологічна допомога, фізіотерапевтичний кабінет, автоклавна. На третьому поверсі знаходяться кабінети ортопедичного стоматологічного прийому, звукотехнічна лабораторія та рентгенологічний кабінет.

Заклад в своїй структурі має територіально відокремлений структурний підрозділ – стоматологічне відділення №2, який був приєднаний згідно рішення 42 сесії Сумської обласної ради від 09.04.2015 та знаходиться за адресою м. Суми, вул. Герасима Кондратьєва, 179. В ньому ведеться дорослий та дитячий прийом. Будівля відділення має два поверхи. В підвалі знаходяться: роздягальня та кімната відпочинку для медичного персоналу, автоклавна. На першому поверсі розташовані: реєстратура, гардеробна, адміністративно-управлінський апарат, фізіотерапевтичний та рентгенологічний кабінети. На другому поверсі розташовані кабінети для прийому лікарів (хірургічний, терапевтичні, ортодонтичний кабінети) [42].

З метою покращення якості надання медичної допомоги населенню в поліклініці організовано попередній запис населення по телефону до лікарів, а також при зверненні пацієнтів в день звернення з гострим болем відмови в наданні невідкладної допомоги немає.

В закладі забезпечена пріоритетність в наданні стоматологічної допомоги соціально незахищеній категорії населення, тому виділені окремі кабінети для надання стоматологічної допомоги, а до нетранспортабельних осіб виїжджають фахівці на дім для надання терапевтичної, хірургічної та ортопедичної допомоги. Також здійснюються виїзди дитячих фахівців у пологові та дитячі будинки для консультації дітей з вродженими вадами щелепно-лицьового апарату.

Заклад є клінічною базою Сумського державного університету, ХМАПО та тісно співпрацює з іншими медичними навчальними закладами.

Управління Підприємством здійснює Сумська обласна рада через уповноважений орган - управління майном Сумської обласної ради.

Поточне керівництво (оперативне управління) Підприємством здійснює керівник Підприємства – Директор, який призначається на посаду і звільняється з неї за рішенням Власника відповідно до порядку, визначеного законодавством України та відповідним рішенням Сумської обласної ради, та який відповідає кваліфікаційним вимогам, встановленим Міністерством охорони здоров'я України. Строк найму, права, обов'язки і відповідальність Директора, умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом.

Підприємство має лінійну організаційну структуру. Організаційна структура приведена у додатку А.

Штатний розпис представлений у таблиці 3.1

Таблиця 3.1 – Динаміка розвитку персоналу

<b>Показники</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>
1 Середньооблікова кількість штатних працівників, осіб	232	213	203	201	176
2 Фонд оплати праці з нарахуваннями	7453647,66	8773913,47	8742832,48	6492555,34	19300000
3 Витрати на соціальні заходи	12077,11	13383,89	15844,32	8104,00	451000

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП СОР «СОКСП»

### **3.2. Впровадження процесу автономізації Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки**

У 2017- 2019 році відбулася автономізація медичного закладу. Автономізація передбачає, що лікарні можуть набувати статусу некомерційного комунального підприємства.

Перетворення лікарні у комунальне некомерційне підприємство дозволило розширити права медичного закладу та перевести поліклініку на самоокупність.

Необхідність переведення закладу на самоокупність обумовлена наступними факторами:

- високим рівнем бюджетних витрат на заробітну плату обслуговуючого персоналу та адміністрації закладу;

- високими бюджетними витратами на медичні матеріали, медикаменти, які необхідні для проведення стоматологічних та медичних послуг;

- високими витратами бюджетних коштів на утримання закладу, які містять витрати на комунальні послуги (опалення, електроенергія, технологічна вода);

- бюджетні витрати на відрядження персоналу.

Основними перевагами автономізації є:

- керівник підприємства отримує набагато більше свободи, ніж керівник бюджетної установи, в розпорядженні майном і фінансами, у формуванні кадрової політики, у визначенні внутрішньої організаційної структури установи;

- керівник підприємства має право самостійно встановлювати форми оплати праці персоналу, дозволені законодавством;

- фінансування підприємства здійснюється не по детальному кошторису витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;

- медичні установи мають право мати власний рахунок в будь-якому банку;

- медичні установи мають право утворювати асоціації з іншими установами, які також діють в статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними і спільної оптимізації використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів;

- У медичних установах є можливість наймати за контрактом лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на ведення бізнесу в медичній практиці.

Наведемо основні заходи по переходу закладу на самоокупність, що були запропоновані (таблиця 3.2.).

Таблиця 3.2 – Заходи підвищення ефективності діяльності об'єкта передачі після її здійснення

№ п/п	Назва заходу	Шлях	Етап	Термін реалізації
1.	Скорочення персоналу	Оптимізація витрат на оплату праці	Реалізації проекту (переданий об'єкт )	Протягом 2018 року
2.	Скорочення комунальних платежів (у т.ч. при запланованій санації будівель)	Оптимізація операційних витрат	Реалізації проекту (переданий об'єкт)	Протягом 2018 року
3.	Зменшення бюджетного фінансування за рахунок передачі об'єкту		Реалізації проекту (переданий об'єкт )	Протягом 2018 року

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП СОР «СОКСП»

Обсяги та джерела фінансування витрат для подальшого утримання та використання об'єкта передачі наведені в таблиці 3.3.

При переведенні закладу на самоокупність виникла потреба в підвищенні конкурентоздатності установи на ринку м. Суми та Сумській області. Провівши маркетинговий аналіз надання медичних послуг, в тому числі стоматологічних послуг у 2017 році було встановлено, ринковий потенціал ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» є

високим. Про це свідчить надання закладом повного комплексу стоматологічних маніпуляції починаючи з надання терапевтичної та хірургічної стоматології та закінчуючи зубним протезуванням. Щодо конкурентного середовища даного закладу, то станом на 2017 рік на території м. Суми здійснюють медичні послуги понад 93 приватних стоматологів. Але дані стоматологічні кабінети не надають фізіотерапевтичні процедури. Та не всі мають рентгенологічне обладнання, а також не мають ліцензії на зуботехнічні лабораторії.

Таблиця 3.3 – Обсяги та джерела фінансування витрат для подальшого утримання та використання об'єкта передачі, без ПДВ (складено на основі [49])

№ пп	Джерела фінансування витрат	Обсяг на місяць, тис. грн	Обсяг на рік, тис. грн
1	2	3	4
1.	За рахунок укладання угод між громадами, підприємствами та страховими компаніями на надання стоматологічної допомоги, у т.ч.	20,0	225,0
	укладення угоди з Миколаївською селищною Радою Білопільського району на загальну суму 165,0 тис грн. на рік, сума на місяць складає 15,0 тис. грн.	15,0	165,0
	укладення угоди з страховою компанією «Альфа –страхування»	5,0	60,0
2.	Отримання доходу від надання послуг населенню	1500,0	18360
3.	Отримання медичної субвенції для надання допомоги декретованим верстам населення та дітям	100,0	1200,0
<b>Всього обсяг фінансування витрат</b>		<b>1620,0</b>	<b>20010,0</b>

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП СОР «СОКСП»

Тому враховуючи високу сегментацію ринку стоматологічних послуг в м. Суми, медичному закладу ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» необхідно підвищити рівень своєї конкурентоспроможності та

якості надання стоматологічних та медичних послуг з метою завоювання свого сегменту ринку в період здійснення діяльності на засадах самоокупності.

Наведемо витратну частину здійснення господарської діяльності медичного закладу після переведення закладу на самоокупність (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4 – Витратна частина (загальна) здійснення діяльності медичною установою ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» (після передачі об'єкту) без ПДВ

№ пп	Статті витрат	Сума на міс, тис. грн	Сума на рік, тис. грн
1.	Витрати на оренду приміщень (дана інформація визначається управлінням майна, приблизно оренда для кабінетів розташованих на території закладу складає 161,8 грн. за 1 м <sup>2</sup> , загальна площа споруд по вул. Привокзальна, 29 (доросле відділення) 1332,2 м. кв. та по вул. Г. Кондратьєва, 179 (дитяче відділення) 1093,2 м. кв.) (161,8 грн/1м <sup>2</sup> *(1332,2 м <sup>2</sup> +1093,2 м <sup>2</sup> )	392,43	4709,16
2.	Вартість матеріалів для здійснення стоматологічних та медичних послуг (фактичні витрати на медикаменти в 2017 році для забезпечення 24,25 лікарських пос. на спец рахунку складає 80,0 тис.грн на місяць)	80,00	960,00
3.	Вартість опалення (Витрати на тепло складають 469,4 тис. грн. на рік (на місяць - 78,2 тис. грн. в опалювальний сезон)	78,20	938,40
4.	Вартість електроенергії на місяць (витрати за електроенергію на місяць в середньому складають 21,7 тис. грн.)	21,70	260,40
5.	Фонд оплати праці з нарахуваннями на місяць після переведення (скорочення) персоналу на хозрозрахунок	753,00	9036,00
6.	Амортизаційні витрати обладнання	40,00	480,00
7.	Адміністративні витрати	26,50	318,00
8.	Інші витрати	45,00	540,00
<b>Всього витратна частина (собівартість медичних послуг)</b>		<b>1436,83</b>	<b>17241,96</b>

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП СОР «СОКСП»



Наведемо розрахунок прогнозного прибутку та (очікуваного економічного результату та економічної ефективності) ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 – Розрахунок прогнозного прибутку та (очікуваного економічного результату та економічної ефективності) ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» (після передачі об'єкту)

Вид прибутку	Сума на місяць,	Сума на рік,
Балансовий прибуток, тис. грн	183,17	2768,04
Чистий прибуток (18% - основна ставка, так як об'єкт буде здійснювати діяльність на загальному оподаткуванні, (податок на землю – 0,1 тис. грн на місяць, податок на воду 0,2 тис. грн. на місяць, ПДВ за інтернатуру -1,0 тис. грн. на місяць), тис. грн.	148,90	2330,20
Маржинальний прибуток, тис. грн	188,90	2810,20
Рентабельність медичних послуг,%	12,75	16,05
Рентабельність продаж медичних послуг,%	11,31	13,83
Рентабельність інвестиційного капіталу,%	6,77	105,92

Різна величина рентабельності медичних послуг за місяць (12,75%) і за рік (16,05%) характеризується неповним річним циклом отримання доходів в частині укладення угоди з Миколаївською селищною Радою Білопільського району на загальну суму 165,0 тис грн. на рік, сума на місяць складає 15,0 тис. грн. Теж саме стосується і різної величини рентабельності продаж (11,31% на місяць) та 13,83% на рік. Високий рівень рентабельності інвестиційного капіталу 105,92% пояснюється перевищенням чистого прибутку над капітальними вкладенням, з терміном окупності менше одного року.

Прогноз бюджетної ефективності діяльності підприємства за рахунок збільшення обсягу відрахувань до державного бюджету. Дане збільшення надходжень до державного бюджету відбувається за рахунок майбутньої

сплати медичною установою податку на прибуток, з основною ставкою 18%, у місячному розмірі 16,77 тис. грн. та річному розмірі 201,24 тис. грн.

Розрахунок бюджетної ефективності діяльності підприємства за рахунок зменшення видатків з державного бюджету на його утримання наведено в таблиці 3.6.

Обласний комунальний заклад «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» відповідає функціональному призначенню об'єкту передачі щодо основних завдань його медичної діяльності. Підставою є існування дійсної ліцензії Міністерством охорони здоров'я України (Господарська діяльність з медичної практики з 29.10.2015 видана Міністерством охорони здоров'я України). Також відповідних документів від ДПІ м. Суми, Пенсійного фонду України, Управління соціального захисту, які характеризують легальність здійснення медичної діяльності на території м. Суми, Сумської області та України. Після переведення медичної установи на самоокупність основні завдання господарської діяльності лишаються не змінними, а саме: здійснювати якісні стоматологічні послуги та інші медичні послуги населенню м. Суми та Сумської області.

Таблиця 3.6 – Розрахунок бюджетної ефективності діяльності підприємства за рахунок зменшення видатків з державного бюджету на його утримання

№ п/п	Назва заходу	Очікуваний ефект, тис. грн на місяць	Очікуваний ефект, тис. грн на рік	Характеристика ефекту
1.	Скорочення персоналу	350,00	4200,00	Скорочення штату, який фінансувала держава від 25 до 50 відсотків (економія ФОП у грн на місяць від скорочення складатиме 350,0 тис. грн.)

## Продовження таблиці 3.7

1	2	3	4	5
2.	Скорочення комунальних платежів (наприклад при запланованій санації будівель)	49,83	597,98	Скорочення фінансування держави на утримання закладу. Оплата комунальних платежів на 75 відсотків за рахунок доходів закладу, а не фінансування держави. У 2017 році за рахунок власних коштів було профінансовано комунальних платежів на суму 147,3 тис. грн. за рахунок бюджету 650,0 тис. грн. З переходом на самоокупність оплата комунальних послуг буде проводитись за рахунок закладу)
3.	Зменшення бюджетного фінансування за рахунок передачі об'єкту	891,71	10700,50	За 2017 рік крім комунальних послуг фінансування закладу проводилось на оплату праці 10396,9 тис. грн. на придбання медикаментів 292,5 тис. грн. на господарські цілі та відрядження 11,1 тис. грн. Фінансування закладу по цим статтям видатків будуть проводитись за рахунок власних коштів.
<b>Загальний бюджетний ефект</b>		<b>1291,54</b>	<b>15498,48</b>	

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП СОР «СОКСП»

Розрахунок терміну окупності проекту по переведенню поліклініки на самоокупність наведено в таблиці 3.7.

Фінансовий профіль проекту наведений на рисунку 3.1.

Для ефективного переходу на самоокупність було проведено наступні заходи капітального характеру:

1. Оптимізовано управління інфраструктурою – адекватна система управління комунікаціями (енергозбереження, водопостачання тощо); продовження поточних та капітальних ремонтів приміщень закладу.

Таблиця 3.7 - Розрахунок терміну окупності проекту переведення стоматологічної поліклініки на самоокупність

Показники	Сума, грн
Капітальні вкладення по проекту	
Стоматологічні установки з кріслом	1000000
Панорамний рентгенівський апарат (цифровий)	700000
Автоклав ВК-75/ 1,0	300000
Сервер	50000
Комп'ютери	100000
Закупівля програмного забезпечення	50000
Всього капітальних вкладень з ПДВ	2200000
без ПДВ	1833333,3
Витрати на оренду приміщень	4709160
Вартість матеріалів для здійснення стоматологічних та медичних послуг	960000
Вартість опалення	938400
Вартість електроенергії на місяць	260400
Фонд оплати праці з нарахуваннями	9036000
Амортизаційні витрати обладнання	480000
Адміністративні витрати	318000
Інші витрати	540000
Всього собівартість медичних послуг	17241960
Дохід від здійснення господарської діяльності без ПДВ	20010000
Балансовий прибуток	2768040
Чистий прибуток	2330200
Маржинальний прибуток	2810200
Строк окупності за чистим прибутком, років	0,8

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП СОР «СОКСП»

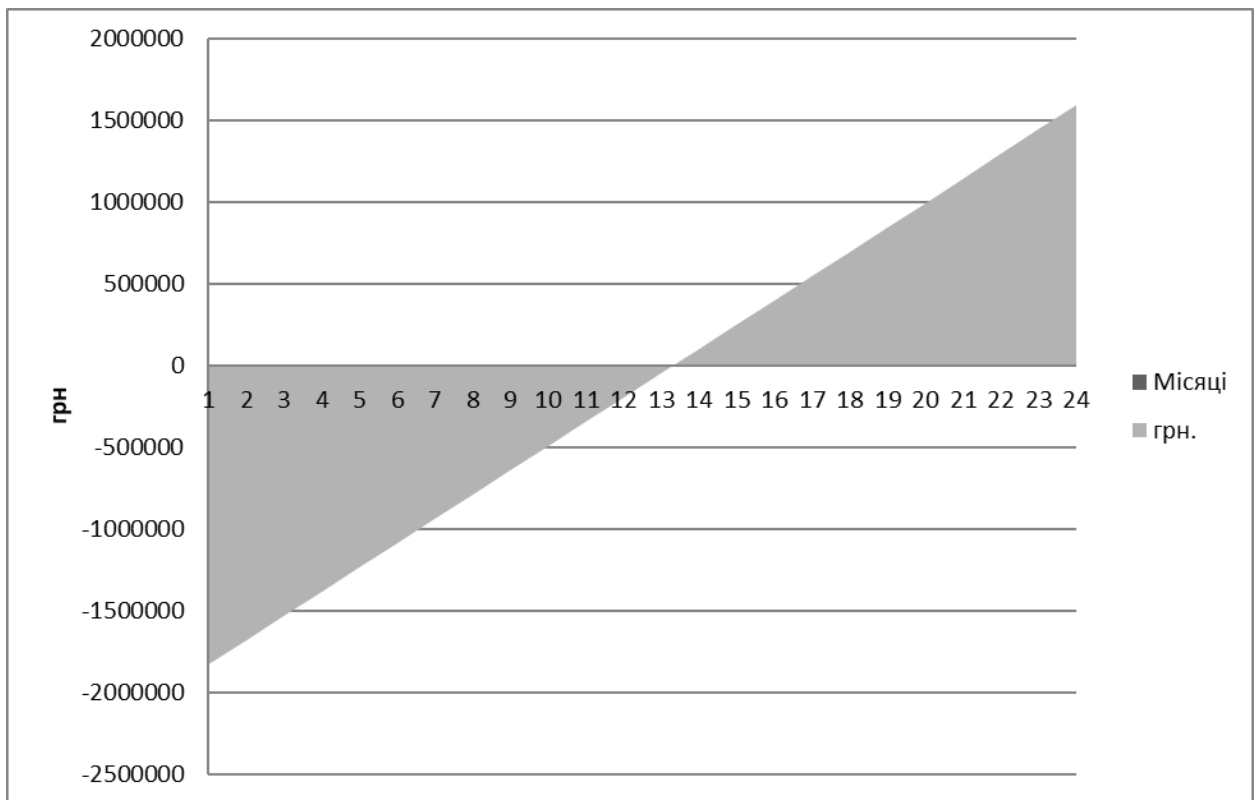


Рисунок 3.1 - План розвитку підприємства на середньострокову перспективу

2. Придбано сучасний панорамний рентгенологічний стоматологічний апарат с функцією томографії з цефалостатом, оновлено стоматологічні установки та обладнання зуботехнічної лабораторії.

### 3. Кадрове питання

- збереження персоналу це є ключовим моментом роботи адміністрації;
- сприяння можливості працівників у своєчасному підвищенні кваліфікації, навчанні та стажуванні в Україні та поза її межами;
- ретельний моніторинг та оптимізація структури і штатного розпису закладу відповідно до сьогоденних потреб;
- високий рівень моральності персоналу;
- масштабне впровадження кіл якості для визначення найменших помилок і недоліків;
- сильні управлінські кадри, які тримають загальний контроль і забезпечують функціонування відділень.

Крім загального моніторингу кадрів необхідно :

- підтримувати якість діяльності, співпрацюючи із кадрами середнього рангу;
- публічно презентувати досягнутий успіх;
- постійно навчати лідерів, вибраних з-поміж працівників з метою розвитку комунікабельності й управлінських навичок;
- оприлюднювати досягнення і винагороджувати за успіх.

3. Співпрацювати з навчальними медичними закладами в тому числі залучати наукових фахівців до консультативної роботи .

4. Створено сприятливі умови для залучення інвестицій для сталого економічного зростання підприємства та підвищення якості сервісу обслуговування пацієнтів. Аспекти комфорту та естетики надали додаткові бали для підприємства, а це, в свою чергу, збільшує довіру пацієнтів та покращує комунікацію.

5. Проведено інформаційну роботу зі засобами масової інформації, шляхом створення на веб – сайті та сторінках соціальних мереж зворотного зв'язку з пацієнтом.

Детальні капітальні витрати по заходам капітального характеру, які спрямовані на реновацію основних фондів наведено в нижченаведених таблицях 3.98. та 3.9:

Таблиця 3.8 – Вартість оновлення стоматологічного обладнання ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка»

Найменування	Кількість	Ціна, тис. грн	Сума, тис. грн
Стоматологічні установки з кріслом	10	100,00	1000,00
Панорамний рентгенівський апарат (цифровий)	1	700,00	700,00
Автоклав ВК-75/ 1,0	2	150,00	300,00
<b>Всього</b>			<b>2000,00</b>

Таблиця 3.9 – Оновлення комп'ютерної техніки ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка»

Найменування	Кількість	Ціна, тис. грн..	Сума, тис. грн.
Сервер	1	50,00	50,00
Комп'ютер	10	10,00	100,00
Закупівля програмного забезпечення			50,00
<b>Всього</b>			<b>200,00</b>

Відбулося скорочення фінансування держави на утримання закладу. Оплата комунальних платежів на 75 відсотків за рахунок доходів закладу, а не фінансування держави. На даний час за рахунок власних коштів 147,3 тис. грн. за рахунок бюджету 650,0 тис. грн., з переходом на самоокупність оплата комунальних послуг проводиться за рахунок закладу.

### 3.3. Розвиток медичного закладу після автономізації

Проведемо оцінку ефективності оптимізації медичного закладу. На момент оцінки ми можемо порівняти результати за 2019 рік. Після проведення автономізації пройшов 1 рік.

Проаналізуємо кількість персоналу. Як бачимо з таблиці  $201-176=25$  осіб було скорочено протягом 3 років. Проте фонд заробітної плати зріс на 12, 807 млн. грн. Це говорить про підвищення заробітної плати персоналу, що мотивує персонал підвищувати якість стоматологічних послуг.

При аналізі балансового прибутку можна зробити висновок, що в техніко-економічному обґрунтуванні заплановано отримання прибутку у розмірі 2768, 04 тис. грн. на рік. У 2020 фінансовим планом заплановано 2703. Можемо зробити висновок, що заклад недоотримав 65 тис. грн.

Розрахуємо рентабельність медичних послуг,% за 2020 рік  $2703/13055 = 20\%$ . За техніко-економічним обґрунтуванням запланована рентабельність 16%. Субвенція за 2020 рік склала 455 тис. грн.

В процесі автономізації виник ряд проблем, основні з них:

1. Скорочення персоналу.
2. Отримання ліцензій персоналом.
3. Покриття витрат власними силами.

Після переведення поліклініки у статус некомерційного комунального підприємства виникає потреба розширення повноважень. Нами пропонується:

1. Укласти угоду з Національною службою здоров'я України та підключитись до медичної інформаційної системи.

2. З метою розширення спектру хірургічної стоматологічної допомоги в амбулаторних умовах: відкриття денного стаціонару.

3. Налагодити співпрацю з органами місцевого самоврядування, державними фондами, інвесторами для збільшення джерел фінансування, розробки цільових програм з метою модернізувати та розширити спектр медичних послуг.

4. Застосування аутсорсингу у господарській діяльності підприємства

Розрахуємо ефективність відкриття стаціонару. Стаціонар розрахований на 2 ліжка. Капітальні витрати представлені у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10 – Капітальні витрати створення стаціонару

№	Захід	Кількість	Сума за одиницю	Загальна сума
1	Ремонт палати	1	25400	25400
2	Приліжкові тумбочки	2	1460	2920
3	Штори-жалюзі вертикальні 1,5 × 2 м	2	1230	2460
4	Інструментальні столики	1	1600	1600
5	Медична шафа	1	5000	5000
6	Ліжка лікарняні	2	2500	5000
7	Матраци двосекційні із дезінфекційним покриттям МД- 2, артикул R0437	2	2714	5428
	Всього:			47808



Проект може бути реалізованим за наступні кошти:

- Кошти НСЗУ (25%).
- Власні кошти (50%).
- Облаштування палати коштом благодійника (25%).

Поточні втрати на утримання стаціонару наведені в таблиці 3.121

Таблиця 3.11 – Поточні витрати на утримання стаціонару

№	Вид витрат	Загальна сума
1	Обслуговування приміщення;	1000
2	Комунальні послуги;	12000
3	Витрати на дезінфекційні роботи;	1500
4	Витрати на оплату праці (враховуючи відповідні податки);	96000
5	Послуги зв'язку;	1200
6	Господарські витрати;	2000
7	Витрати на утримання/обслуговування обладнання	2400
	Адміністративні витрати (15%)	17415
	Всього:	133515

Загальні витрати на утримання стаціонару складають суму постійних та поточних витрат та складають 181323 грн.

Стаціонар може прийняти 2 пацієнта. Розрахуємо основні показники роботи стаціонару.

1. Оборот ліжка розраховується за формулою [38]:

$$F = \frac{N - t_p}{T + T_n} \quad (3.1)$$

де N - число календарних днів у планованому періоді - 365;

$t_p$ - середнє число днів простою, пов'язаних з планованим згортанням ліжка на ремонт, - 0;

T - середня тривалість перебування хворого на ліжку (у днях) - 2;

$T_n$  - середній час простою, необхідний для підготовки ліжка до прийняття чергового хворого (у днях), - 1.

$$F = \frac{365}{3} = 121 \text{ день}$$

2. Число хворих, які госпіталізуються, установлюється за формулою [38]:

$$M = L \times F, \quad (3.2)$$

де L - число кошторисних ліжок - 2; P - оборот ліжка (плановий) - 121;

$$M = 2 \times 121 = 242 \text{ осіб,}$$

3. Середнє число днів використання ліжка в планованому періоді визначається за формулою [38]:

$$D = F \times T, \quad (3.3)$$

де F - оборот ліжка (плановий) - 121;

T - середня тривалість перебування хворого на ліжку (у днях) – 2.

$$D = 2 \times 121 = 242 \text{ днів}$$

4. Число ліжко-днів у планованому періоді розраховується за формулою:

$$LD = M \times T, \quad (3.4)$$

де M - планове число хворих, які госпіталізуються, - 242;

T - середня тривалість перебування хворого на ліжку (у днях) - 2.

$$LD = 242 \times 2 = 484 \text{ ліжко-днів.}$$

Розрахуємо дохідність введення стаціонару. Вартість перебування в стаціонарі 500 грн на день. Кількість ліжко-днів 484. Таким чином, прибуток від стаціонару: складає  $484 \times 500 = 242$  тис. грн.

Економічний ефект складає  $242000 - 181323 = 60677$  грн. Строк окупності проєкту :  $181323/242000 = 0,74$  року = 9 місяців.

План розвитку підприємства на середньострокову перспективу (три – п'ять років) в якому передбачаються наступні заходи:

1. Оптимізувати управління інфраструктурою – адекватна система управління комунікаціями (енергозбереження, водопостачання тощо); продовження поточних та капітальних ремонтів приміщень закладу.

2. Придбати сучасний панорамний рентгенологічний стоматологічний апарат с функцією томографії з цефалостатом, оновити стоматологічні установки та обладнання зуботехнічної лабораторії.

### 3. Кадрове питання

- збереження персоналу це є ключовим моментом роботи адміністрації;
- сприяння можливості працівників у своєчасному підвищенні кваліфікації, навчанні та стажуванні в Україні та поза її межами;
- ретельний моніторинг та оптимізацію структури і штатного розпису закладу відповідно до сьогоденних потреб;
- високий рівень моральності персоналу;
- масштабне впровадження кіл якості для визначення найменших помилок і недоліків;
- сильні управлінські кадри, які тримають загальний контроль і забезпечують функціонування відділень.

Крім загального моніторингу кадрів:

- підтримувати якість діяльності, співпрацюючи із кадрами середнього рангу;
- публічно презентувати досягнутий успіх;
- постійно навчати лідерів, вибраних з-поміж працівників з метою розвитку комунікабельності й управлінських навичок;
- оприлюднювати досягнення і винагороджувати за успіх.

3. Співпрацювати з навчальними медичними закладами в тому числі залучати наукових фахівців до консультативної роботи .

4. Створення сприятливих умов для залучення інвестицій для сталого економічного зростання підприємства та підвищення якості сервісу обслуговування пацієнтів. Аспекти комфорту та естетики дадуть додаткові бали для нашого підприємства, а це, в свою чергу, збільшує довіру пацієнтів та покращує комунікацію.

5. Проводити інформаційну роботу зі засобами масової інформації, шляхом створення на веб – сайті та сторінках соціальних мереж зворотного зв'язку з пацієнтом .

## Висновки

В роботі проаналізовано альтернативні шляхи проведення реформи сфери охорони здоров'я. Визначено, що серед всіх напрямів, найбільш перспективним є автономізація. Тобто, реорганізація комунального медичного закладу в комунальне некомерційне підприємство. Виявлені плюси і мінуси альтернатив політики у сфері охорони здоров'я.

Основними позитивними моментами процесу автономізації є;

1. Установи повинні створювати наглядові ради, до складу яких можуть входити представники громадськості, які контролюватимуть дотримання прав пацієнтів.

2. Установи стають незалежними у прийнятті рішень - вони зможуть управляти власними коштами і визначати свої пріоритети: зокрема, можливість купувати ліки замість опалення невикористовуваних приміщень або економити на покупці нового обладнання.

3. Антикорупційна складова - для залучення коштів від міжнародних організацій, юридичних або фізичних осіб або благодійників не потрібно створювати напівлегальні схеми або «благодійні фонди».

4. Створено умови для цільового витрачання бюджетних коштів на розмір безкоштовної допомоги, наданої установою, а не на утримання його ліжок або оплату комунальних послуг.

В роботі проаналізована стоматологічна галузь. Вона галузь розвивається дещо іншими шляхами, ніж всі інші галузі медицини. Перш за все, в стоматології спостерігається велика конкуренція та комерціалізація стоматологічних послуг. Тому, для підвищення конкурентоздатності комунальних підприємств необхідно мати власні кошти, що забезпечує саме автономізація.

В роботі виділені основні ризики перетворення комунальних медичних закладів в комерційні неприбуткові підприємства. Основні з них такі:

- Відсутність досвіду ведення господарської діяльності на підприємстві.
- Відсутність досвіду кадрової політики на підприємстві. Скорочення медичного персоналу.
- Фінансові ризики, включаючи податки.
- Ризики, пов'язані з проведенням тендерів на медичні послуги та низькою конкурентоспроможністю надавачів послуг.
- Зниження фінансової підтримки з боку місцевої влади.
- Несвоєчасне оновлення матеріально-технічної бази.

В третьому розділі розглянуті основні показники діяльності Сумської обласної клінічної стоматологічної поліклініки. У 2017- 2019 році відбулася автономізація медичного закладу. Автономізація передбачає, що лікарні можуть набувати статусу некомерційного комунального підприємства.

Для ефективного переходу на самоокупність було проведено наступні заходи капітального характеру:

1. Оптимізовано управління інфраструктурою – адекватна система управління комунікаціями (енергозбереження, водопостачання тощо); продовження поточних та капітальних ремонтів приміщень закладу.

2. Придбано сучасний панорамний рентгенологічний стоматологічний апарат с функцією томографії з цефалостатом, оновлено стоматологічні установки та обладнання зуботехнічної лабораторії.

3. Вирішено кадрове питання.

4. Створено сприятливі умови для залучення інвестицій для сталого економічного зростання підприємства та підвищення якості сервісу обслуговування пацієнтів.

5. Проведено інформаційну роботу зі засобами масової інформації

За рахунок автономізації відбулося скорочення фінансування держави на утримання закладу. Оплата комунальних платежів на 75 відсотків за рахунок доходів закладу , а не фінансування держави.

В процесі автономізації виник ряд проблем, основні з них:

4. Скорочення персоналу.

5. Отримання ліцензій персоналом.
6. Покриття витрат власними силами.

Після переведення поліклініки у статус некомерційного комунального підприємства пропонується вирішення декількох питань:

1. Укласти угоду з Національною службою здоров'я України та підключитись до медичної інформаційної системи.
2. З метою розширення спектру хірургічної стоматологічної допомоги в амбулаторних умовах: відкриття денного стаціонару.
3. Налагодити співпрацю з органами місцевого самоврядування, державними фондами, інвесторами для збільшення джерел фінансування, розробки цільових програм з метою модернізувати та розширити спектр медичних послуг.
4. Застосування аутсорсингу у господарській діяльності підприємства

В роботі проаналізовано створення стаціонару на 2 місця. Розрахований економічний ефект, який складає 242 тис. грн. Строк окупності створення стаціонару 9 місяців.

## Список використаних джерел

1. Алгоритм автономізації медзакладу. МОН України: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/algorithm-avtonomizacii-medzakladu>. (дата звернення: 12.11.2020).
2. Алгоритм перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство. Реформування фінансування системи охорони здоров'я: веб-сайт. URL: [http://healthreform.in.ua/algorithm\\_knp/](http://healthreform.in.ua/algorithm_knp/) (дата звернення: 12.11.2020).
3. Вовк С. М., Шутов М. М., Арцатбанова Е. В. Процесс системной трансформации здравоохранения в переходный период. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 11-15. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd\\_2015\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2015_1_4) (дата звернення: 12.11.2020).
4. Данько В.В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського*. Серія: Економіка і управління, 2019. Том 30 (69). №2. С 102-110
5. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я для України. Європейський Союз: зовнішні дії: веб-сайт. URL: [https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf) (дата звернення: 12.11.2020).
6. Західна О.Р., Мидлик Ю.І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. *Молодий вчений*. 2017. № 11 (51) . URL: <https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/278.pdf> (дата звернення: 12.11.2020).
7. Лимешко О. Медичні КНП: статус неприбутковості, фактори ризику та нюанси управлінського обліку. *Uteka*: веб-сайт. URL: <https://uteka.ua/ua/publication/knp-26-buhuchet-i-nalogooblozhenie-83->



[medicinskie-knp-status-nepribylnosti-factory-riska-i-nyuansy-upravlencheskogo-ucheta](#) (дата звернення: 12.11.2020).

8. Камінська Т. М. Децентралізована система охорони здоров'я в Канаді: уроки для України . *Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я* : матеріали II Міжнар. наукової Інтернет-конф., 4-11 листоп. 2014 р. Харків, 2014. С. 54-58.

9. Літвінов Р. Автономізація закладів охорони здоров'я: практичні аспекти. *Місьцеве самоврядування*. 2018. № 8. URL: <https://i.factor.ua/ukr/journals/ms/2018/august/issue-8/article-38648.html> (дата звернення: 12.11.2020).

10. Лимешко О. Медичні КНП: статус неприбутковості, фактори ризику та нюанси управлінського обліку. Утека: веб-сайт. URL: <https://uteka.ua/ua/publication/knp-26-buhuchet-i-nalogooblozhenie-83-medicinskie-knp-status-nepribylnosti-factory-riska-i-nyuansy-upravlencheskogo-ucheta> (дата звернення: 12.11.2020).

11. Лук'янчук Є. Рахуємо чужі гроші: де послуги у сфері охорони здоров'я найдешевші, а де — найдорожчі?// *Аптека online* : веб-сайт. URL: <https://www.apteka.ua/article/524775> (дата звернення: 12.11.2020).

12. Маляр Р.В., Канюра О.А., Савчук О.В. Стоматологічний заклад як підприємство в нових економічних умовах. *Науковий вісник Ужгородського університету*, серія «Медицина». 2015. №1 (51). С. 290-293

13. Мартишин О.О. Автономізація закладів охорони здоров'я: детальний план покрокових дій. *Український медичний часопис*. 2018. URL: <https://www.umj.com.ua/article/122202/avtonomizatsiya-zakladiv-ohoroni-zdorov-ya-detalnij-plan-pokrokovih-dij> (дата звернення: 12.11.2020).

14. Методичні вказівки з підготовки, оформлення та захисту кваліфікаційної роботи магістра / укладачі: О. О. Павленко, В. М. Кислий, Ю. А. Опанасюк, В. В. Ліцман, А. В. Євдокимова, Я. В. Кобушко. – Суми : Сумський державний університет. 2020. 36 с.

15. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, 2018. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz\\_metod\\_recomendations\\_autonomization\\_2018\\_ua\\_final\\_web.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf) (дата звернення: 12.11.2020).
16. МОЗ України: Що було, є і буде. МОЗ України: веб-сайт. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf) (дата звернення: 12.11.2020).
17. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні період 2015-2020 років. МОЗ України: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/strategija> (дата звернення: 12.11.2020).
18. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року. № 2801-ХІІ (поточна редакція від 24.07.2020) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 12.11.2020).
19. Перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138. (поточна редакція від 19.09.2020) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text> (дата звернення: 12.11.2020).
20. Перелік здобувачів ліцензій, за заявами яких прийнято рішення про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики. МОЗ України: веб-сайт. [https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9B%D1%96%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D1%80%D0%B5%D1%94%D1%81%D1%82%D1%80/2020/06/lp\\_vi\\_2020-06-04.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9B%D1%96%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D1%80%D0%B5%D1%94%D1%81%D1%82%D1%80/2020/06/lp_vi_2020-06-04.pdf) (дата звернення: 12.11.2020).

21. Податковий Кодекс України № 2755-VI від 2 грудня 2010 року (поточна редакція 07.11.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17> (дата звернення: 12.11.2020).

22. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1094 (Редакція від 29.07.2020) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF#Text>. (дата звернення: 12.11.2020).

23. Посадова інструкція головного лікаря обласного комунального закладу «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка», 2014

24. Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1077. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

25. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

26. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 2 березня 2015 р. № 222-VIII (Редакція від 25.10.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

27. Про ліцензування медичної практики: Наказ МОЗ України від 31.07.2020 № 1760. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-18022020--382-pro-licenzuvannja-medichnoi-praktiki> (дата звернення: 12.11.2020).

28. Про суть автономізації. Реформа фінансування системи охорони здоров'я: веб-сайт. URL:

<http://healthreform.in.ua/%D0%B0%D0%B2%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F-%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8F%D0%B3%D0%B0%D1%94-%D0%B2-%D1%82%D0%BE%D0%BC%D1%83-%D1%89%D0%BE%D0%B1-%D0%B4%D0%BE%D0%B7%D0%B2/> (дата звернення: 12.11.2020).

29. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України № 2168-VIII від 19 жовтня 2017 року (поточна редакція від 03.07.2020) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

30. Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань: Закон України від 15 травня 2003 року № 755-IV (поточна редакція від 16.07.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-15#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

31. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 (поточна редакція від 26.12.2019) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

32. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 (поточна редакція від 19.09.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

33. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 6 квітня 2017 року. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

34. Про Стратегію сталого розвитку "Україна - 2020": Указ Президента України від 12.01.2015. № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text> (дата звернення: 12.11.2020).

35. Деякі питання про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>. (дата звернення: 12.11.2020).

36. Реорганізація як інструмент підвищення рівня автономії медичних закладів в Україні: досвід, досягнення, проблеми та шляхи їх розв'язання. Тренінг «Стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу». URL: <https://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/Donbas/RPP/P5-M1.pdf> (дата звернення: 12.11.2020).

37. Рогач І.М., Палко А.І, Ремез М.М., Качер Е.І. Особливості надання стоматологічної допомоги в Україні та в Угорщині. *Науковий вісник Ужгородського університету*, серія «Медицина». 2017. № 2 (56). С. 129-131

38. Розрахунок планових показників обсягу діяльності стаціонарів лікарень і поліклінік. Парус : Інтернет-консультант: веб-сайт. URL: [http://cons.parus.ua/\\_d.asp?r=02R1M7f45dbdd06e7228c8ebd81d94b7ec606](http://cons.parus.ua/_d.asp?r=02R1M7f45dbdd06e7228c8ebd81d94b7ec606) (дата звернення: 12.11.2020).

39. Сердюк О.І., Короп О.А., Рогожин Б.А., Просоленко Н.В. Організаційно-правові аспекти автономізації управлінсько-фінансової діяльності провайдерів медичних послуг як важлива складова реформування галузі охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1 (5). С. 67-71.

40. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформи. *Механізм економічного регулювання*. 2012. № 1. С. 167.

41. Скрип В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03. Держ. ВНЗ "Ужгород. нац. ун-т". Ужгород, 2018. 24 с.

42. Статут Некомерційного підприємства Сумської обласної Ради «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка», 2020
43. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008 – 2018 роки. Кропивницький: Поліум, 2018 – 212 с.
44. Техніко-економічне обґрунтування надання кваліфікованої стоматологічної допомоги населенню в умовах переведення стоматологічної поліклініки на самоокупність, 2017
45. Чопчик В.Д., Орлова Н.М. Значення приватних медичних закладів у забезпеченні населення м. Києва стоматологічною допомогою. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4/1 (53). URL: [file:///C:/Users/julia/Downloads/Uzn\\_2018\\_4\(1\)\\_8.pdf](file:///C:/Users/julia/Downloads/Uzn_2018_4(1)_8.pdf) (дата звернення: 12.11.2020).
46. Черненко З., Надтока О., Сердюк К. Як підвищити ефективність роботи державних та комунальних закладів охорони здоров'я? *Policy Paper*. Київ. 2015. URL: <https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/08/12.pdf> (дата звернення: 12.11.2020).
47. Цивільний кодекс від 16 січня 2003 року. № 435-IV (поточна редакція від 16.10.2020) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 12.11.2020).
48. Ференц А. Кожна третя закупівля медичної сфери має порушення: інфографіка. Громадський контроль держзакупівель: веб-сайт. URL: <https://dozorro.org/blog/kozhna-tretya-zakupivlya-medichnoyi-sferi-maye-porushennya-infografika> (дата звернення: 12.11.2020).
49. Фінансова звітність Некомерційного підприємства Сумської обласної Ради «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» за 2015, 2016, 2017, 2020
50. Як визначити вартість медичної послуги: комплексний підхід (2018). *Медична бухгалтерія*. 15 березня, 2018. URL: <https://ibuhgalter.net/ru/material/382/8332> (дата звернення: 12.11.2020).



**СТРУКТУРА**  
комунального некомерційного  
підприємства Сумської обласної ради  
«Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка»

