**МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ЯК НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ**

Никонюк Катерина Олегівна,

асистент кафедри європейської економіки і бізнесу,

Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана,

*Україна*

Процес автономізації медичних установ спричинив тектонічні зрушення у системі охорони здоров’я України, оскільки надав індустрії потужні мотиваційні стимули щодо ефективного використання ресурсів та підвищення продуктивності праці як на рівні лікарень, так і на рівні територіальних громад. Децентралізація системи, економічна свобода суб’єктів господарювання, їх реальна фінансова автономія дозволили нівелювати ряд вад успадкованої Україною моделі охорони здоров’я, зокрема: неможливість забезпечити гідну заробітну плату медичним працівникам, як результат відсутність мотиваційних важелів щодо підвищення продуктивності праці; низьку якість медичних послуг у неконкурентному середовищі; відсутність ресурсу для модернізації медичного обладнання та впровадження інноваційних методик лікування; роздуту медичну інфраструктуру та мережу контролюючих органів, що підживлює корупцію та службові зловживання. Невипадково фінансову автономію закладів охорони здоров’я вже не одне десятиліття практикують у Великобританії, Новій Зеландії, Швеції, Туреччині, Фінляндії, Італії. У рейтингу найбільш прибуткових клінічких установ США перші місця займають саме комерційні неприбуткові підприємства, забираючи 8 з 15 позицій [1, ст. 146].

Командно-адміністративна модель охорони здоров’я, яку успадкувала Україна, в умовах обмежених фінансових ресурсів почала проявляти свої найгірші недоліки, проблеми наростали лавиноподібно. Державний бюджет підтримував мінімальну життєдіяльність закладів охорони здоров’я, залишаючи поза увагою як оцінку реальних потреб населення у медичній допомозі, так і будь-яку орієнтацію на показники ефективності суб’єктів медичної системи. Якість медичних послуг знизилась до критичного рівня. Відповідно до статистичної інформації наведеної в Національних рахунках охорони здоров’я України у дореформенному 2015 році лише 21% витрат безпосередньо спрямовувався на створення медичного продукту у вигляді медичних послуг, тоді як відрахування на заробітну плату та комунальні платежі складали 63,6% та 10,2% відповідно, бюджет розвитку (оновлення обладнання та інфраструктури) закладався на рівні 5,2% [2].

Бюджетний статус державних установ передбачав повернення невикористаних за рік коштів та скорочення фінансування на цю суму на наступний рік, що стумулювало лише проїдання ресурсів: збільшення кількості необгрунтованих випадків госпіталізації, дублювання медичних послуг на різних рівнях системи, кількість непотрібних призначень, повторних госпіталізацій, неефективної організаційної структури закладів та надмірно роздутих лікарняних штатів.

У листопаді 2014 року на етапі розробки «Національної стратегії реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015-2020 років» стало очевидним, що саме автономія постачальників медичних послуг стане основою трансформації медичної системи [3].

В свою чергу «Концепція реформи фінансування охорони здоров’я України», схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30-го листопада 2016 року №1013 закріпила необхідність імплементації в оновлему систему охорони здоро’я України процесу автономізації. Документом передбачалась автономізація як національного замовника, так і постачальників медичних послуг, які продають першому медичні послуги. Даний підхід дозволив усунути основний недолік системи, який роками знищував галузь – злиття замовника та постачальника медичних послуг, що призводило до конфлікту інтересів, бюрократизації, дублювання функцій та надмірних витрат на охорону здоров’я. Трансформацію архітектури системи охорони здоров’я наглядно демонструють схеми, наведені на рис. 1.



Рис. 1 Класичний «трикутник» організації системи системи охорони здоров’я зі збалансованими функціями (ліворуч) та радянська модель, яка містить конфлікт інтересів ( праворуч) [4].

Відповідно до даної концепції, що враховує кращі світові практики, бюджетні заклади набували фінансову та управлінську автономію шляхом їх перетворення у повноцінні суб’єкти господарської діяльності – державні та комунальні некомерційні підприємства, що перебувають з розпорядником бюджету (Національною службою здоров’я) у контрактних відносинах.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» закріпив котрактні відносини та принцип оплати діяльності постачальників на основі конкретних результатів[5]. Таким чином на зміну командно-адміністраивній моделі взаємовідносин між суб’єктами медичної галузі прийшла більш ліберальна контрактна модель [6, ст. 5].

Підсумовуючи вище сказане можна надати наступне визначення інституту автономізації, що використовує Поворозник М. Ю. як процесу делегування закладам охорони здоров’я всіх рівнів низки повноважень у сфері управління власністю, заохочення підприємницької активності продуцентів медичних послуг, імплементацію фінансових механізмів оптимізації їх витрат і підвищення ефективності управління (шляхом впровадження фінансової звітності та самостійного формування штатних розписів), залученням приватних структур до надання населенню медичних послуг (зокрема за рахунок аутсорсингу), а територіальних громад – до планування їхньої діяльності [1, ст. 232].

Автотномізація вмонтовує в нову систему охорони здоров’я України ринкові механізми:

1. лідери галузі визначаються відповідно до їх результативності;
2. в центрі системи нарешті опиняється пацієнт і задоволення його потреб;
3. фахівці, що діють на підставі протоколів та оптимізують свою роботу можуть розраховувати на відповідні матеріальні стимули у формі гідної заробітної плати.

Процес автономізації медичних закладів відповідно до реформи охорони здоров’я запроваджувався поступово на різних рівнях. Розпочався він з пілотного проекту у Полтавській області, де бюджетні установи перетворилися на комунальні некомерційні підприємтсва, комп’ютеризувалися, підключилися до «Електронної системи охорони здоров’я» через відповідну МІС (медичну інформаційну систему та уклали контракти з Національною службою здоров’я[7].

Проект продемонстрував вражаючі результати, адже заклади, що пролікували більше випадків отримали більше коштів, а кервіники змогли преміювати найефективніших медичних співробітників.

Від пілотного проекту процес автономізації рушив до первинної ланки охорони здоров’я. З первинного рівня у 2020 році нова модель фінансування розповсюдилась на заклади, які надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу та реабілітацію. Саме цей рівень нас цікавить найбільше у розрізі аналізу трансформаційних процеців у Київській міській лікарні швидкої допомоги.

Вже з 2020 року всі заклади вторнинки могли укладсти договор з НСЗУ тільки у статусі комунального некомерційного підприємтсва (далі - КНП). КНП вторинного та третинного рівня набули організаційної та господарської незалежності, створили окремі рахунки в банках. Автономізовані заклади отримали можливість самостійно розпоряджатися своїм бюджедом згідно попередньо затвердженого фінансового плану з власником (територіальною громадою). Таким чином медичні заклади постали перед необхідністю самостійно ретельно планувати власні доходи да видатки на фінансовий рік та здійснювати їх перевірку щокварталу.

Можна виділити основні джерела доходів медичних закладів в умовах нової фінансової реальності:

1. контракти з Національною службою здоров’я;
2. місцеві бюджети (в прив’язці до регіональних програм);
3. платні послуги;
4. залучення грантів.

Петренко О.Е., один із ініціаторів створення та голова НСЗУ з 2018 по 2019 рік рекомендував закладам охорони здоров’я, новоствореним КНП, дбати про наповнення бюджету шляхом оптимізації доходів та витрат. Орієнтовні шляхи оптимізації наведено в Табл.1.

Таблиця 1

Шляхи оптимізації доходів та видатків комунальних некомерційних підприємтсв в умовах автономізації

|  |  |
| --- | --- |
| Оптимізація доходів | Оптимізація видатків |
| * чітке визначення напрямків діяльності закладу з урахуванням потреб територіальної громади та технічних потужностей (обладнання, площа, фахівці);
 | * відмова від посади «завгоспа» на користь господарського менеджера, що контролюватиме позамедичне господарство лікарні (автопарк, харчоблок, пральню, дотримання на території закладу принципів енергоефективності);
 |
| * беззаперечне достримання стандартів лікування (економія на днях госпіталізації);
 | * розглянути економічну доцільність передачі певних функій на аутосорс (від послуг прибирання, пральні до виконання дороговартісних існтрументальних обстежень).
 |
| * формуання економічно обгрунтованих цін на платні послуги (відповідно до постанови Кабінету міністрів України від 17.09.1996 №1138);
 | * перевірка штатного розпису, введення посади HR-менеджеру.
 |
| * створення додаткових опцій для паціентів, що готові доплачувати за покращені умови перебування та харчування, комфорт;
 | * започаткування партнерств, створення ефективних мереж із закладами регіону, які виконуть суміжні або доповнюючі фунціії;
 |
| * розвиток напрямків, які гарантують підвищений тариф від НСЗУ :
* лікування гострого мозкового інсульту;
* лікування гострого інфаркту;
* ендосокопічні дослідження.
 | * відмова від закупівлі обладнання, що не окупиться.
 |

Складено автором.

Підсумовуючи все вище сказане та спираючись на методичні рекомендації Міністерства охорони здоров’я України мождна виокремити основні переваги процесу автономізації закладів охорони здоров’я та перетворення їх у комунальні некомерційні підпрємства:

1. керівник ЗОЗ, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
2. КНП має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;
3. фінансування медичної установи зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що надає гнучкість та самостійність у прийнятті рішень порівняно із суб’єктами, що мають статус бюджетної установи;
4. КНП отримує право утворювати об’єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров’я, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів;
5. нарешті заклади охорони здоров’я можуть наймати за цивільно-правовими договорами лікарів фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Поворозник М.Ю., Галенко О.М., Столярчук Я.М. «Здоров’я наційі глобальні медичні послуги: економічний вимір: монографія». – К. КНЕУ, 2021. – 262 с.
2. Національні рахунки охорони здоров’я України у 2015 році: Статистичний бюлетень/Державна служба статистики України. К., 2017. С 5.
3. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 роки. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення: 17.08.2023).
4. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я URL: <https://uoz.cn.ua/reforma022016.pdf> (дата звернення: 14.08.2023).
5. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 10.08.2023).
6. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров’я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства (Оновлена версія) URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf> (дата звернення: 10.08.2023).
7. Петренко О. Е. «Зміни-2020. Як не пропустити майбутнє?». Дайджест змін в охороні здоров’я», №17, вересень 2019 URL: likar-praktic.kiev.ua ПЛ, том 6, №4, 2017