



**ПОСІБНИК З РОЗБУДОВИ
МІЖМУНІЦИПАЛЬНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА
НА КОРИСТЬ СТАЛОГО РОЗВИТКУ
ЛОКАЛЬНОЇ ЛІКАРНЯНОЇ МЕРЕЖІ
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ**



Європейський Союз



співпраця з
німецькою
виправлено



Швеція
Sverige



Polish aid



MINISTRY OF
FOREIGN AFFAIRS
OF DENMARK



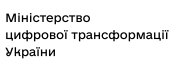
ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION



Міністерство
цифрової трансформації
України



Міністерство розвитку
громад та територій України



Міністерство
цифрової трансформації
України



Міністерство розвитку
громад та територій України



Міністерство розвитку
громад та територій України

Ця публікація була підготовлена за підтримки Європейського Союзу і його держав-членів Німеччини, Швеції, Польщі, Данії, Естонії та Словенії. Зміст цієї публікації є виключною відповідальністю її авторів та не може жодним чином сприйматися як такий, що відображає погляди Програми «U-LEAD з Європою», уряду України, Європейського Союзу і його держав-членів Німеччини, Швеції, Польщі, Данії, Естонії та Словенії.



«Реформи адміністративно-територіального устрою та системи охорони здоров'я передбачають наближення якісних медичних послуг до кінцевого споживача – мешканця територіальної громади. У зв'язку зі зміною механізму фінансування змінились також акценти: заклад охорони здоров'я відтепер спрямовуватиме всі зусилля на створення належних умов діагностики та лікування людей за Програмою медичних гарантій. Цей посібник стане порадиником засновникам закладів охорони здоров'я та їх керівникам під час прийняття управлінських рішень з метою розбудови мережі системи охорони здоров'я на локальному рівні, адже від цього залежатиме й ефективне спрямування коштів як державного, так і місцевих бюджетів».

Заступник Міністра фінансів України
Роман Єрмоличев



Автор посібника – Володимир Івчук, незалежний консультант; старший радник консультаційної компанії Агенція розвитку охорони здоров'я; експерт міжнародних проектів програми U-LEAD with Europe, USAID, GIZ, WB, UNDP.



Автор Розділу посібника Залучення інвестицій для інфраструктурних проектів (будівництво нової або реконструкція лікарні) – Оксана Гришкевич, директор департаменту державних інвестиційних проектів та підтримки розвитку Мінекономіки України, кандидат економічних наук.

Рецензенти:

Інна Гарц – начальник відділу охорони здоров'я Департаменту видатків бюджету гуманітарної сфери Міністерства фінансів України;

Анжела

Купліванчук – начальник відділу фінансів реформи охорони здоров'я Департаменту видатків бюджету гуманітарної сфери Міністерства фінансів України.

ЗМІСТ

Концепція посібника	5
1. Суть реформи децентралізації і охорони здоров'я	6
2. Організація діалогу зацікавлених сторін з орієнтацією на результат (методологія Collective Leadership Institute, Germany)	16
3. Розробка стратегії закладу і/або програми медичного обслуговування населення громади	31
4. Фінансово-економічний аналіз закладу охорони здоров'я	46
5. Процедурні питання зміни власника в умовах адміністративної реформи	64
6. Вибір і розробка договору ММС в охороні здоров'я	69
7. Розробка місцевої (бюджетної) програми медичного обслуговування населення	82
8. Залучення інвестицій для інфраструктурних проєктів (будівництво нової або реконструкція лікарні)	87
9. Розробка моделі корпоративного управління закладами охорони здоров'я в рамках міжмуніципального співробітництва	108
10. Додатки.....	114

Терміни та скорочення, що використовуються:

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я.

НСЗУ – Національна служба здоров'я України.

ОМС – органи місцевого самоврядування.

ПМД – первинна медична допомога.

ТГ – територіальна громада.

ФОП – фізична особа-підприємець.

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги.

ЮО – юридична особа.

КП – комунальне підприємство.

МБРР – Міжнародний банк реконструкції та розвитку
(Група Світового банку).

МГ – місцева гарантія.

ММС – міжмуніципальне співробітництво.

МФО – міжнародні фінансові організації.

ОВДП – облігації внутрішніх державних позик.

ПІ – публічні інвестиції.

УПІ – управління публічними інвестиціями.

Концепція посібника

В основі запропонованої концепції розбудови міжмуніципального співробітництва на користь сталого розвитку лікарняної мережі є поєднання кращих міжнародних та національних практик, що вже зарекомендували себе як ефективні в період трансформації системи охорони здоров'я та адміністративно-територіального устрою в Україні у 2017-20 роках.

Кожна з них успішно застосовувалась для реалізації окремих складових реформування охорони здоров'я або спільного вирішення міжсекторальних питань. Вдала комбінація та послідовність використання цих практик дозволяє отримати очікуваний результат у вигляді спільних рішень об'єднаних територіальних громад щодо стратегії розвитку, управління, фінансування лікарень на основі власної ініціативи.

Розробці методології ммс передувала детальне вивчення запропонованих практик та використання в Україні в рамках міжнародних проектів з підтримки реформування охорони здоров'я та децентралізації. Успішне застосування їх в практичній площині, визнання результатів на національному рівні дозволяє значним чином формувати оновлене законодавство, що потребує динамічних змін в умовах реформування.

До згаданих кращих практик слід віднести наступні: методологія побудови екосистеми співпраці та діалогічної моделі, методологія планування лікарняної мережі, міжнародна методика аналізу витрат медичного закладу з можливостями сценарного моделювання, програмно-цільовий метод бюджетування та застосування практики міжбюджетних трансфертів, впровадження інструментів корпоративного управління лікарнями, використання нових інструментів міжмуніципального співробітництва (ММС) - договорів ММС, ефективні інструменти фінансово-економічного менеджменту лікарні в статусі підприємства.

Циклічність в основі методології

Циклічність в основі міжнародної методики екосистеми співпраці не обмежена фіксованим часовим відрізком. Річна циклічність продиктована періодом фінансового року і має фіксовані календарні події, закріплені в національному бюджетному законодавстві. Річним бюджетним періодом продиктована циклічність підготовки програми державних медичних гарантій, в рамках якого відбувається фінансування лікарень єдиним національним замовником і платником – Національною службою здоров'я України. Циклічність 3 і 5 річного періоду враховує відповідно період середньострокового планування бюджету та виборчого циклу, який значним чином впливає на сталість змін, безперервність і послідовність етапів планування.

1

Суть реформи децентралізації і охорони здоров'я

З досвіду розвинених країн відомо, що більше 80 відсотків проблем із здоров'ям людини можна розв'язати на первинному рівні охорони здоров'я. Саме тому розвиток первинної медико-санітарної допомоги став для багатьох країн виходом із кризової ситуації в системі медицини.

На сьогодні первинна медико-санітарна допомога як основа будь-якої системи охорони здоров'я опікується профілактикою і задовольняє майже 80-90% потреб населення у медичній допомозі.

Відповідно до Європейської рамкової програми ВООЗ, яка була презентована на 66-й сесії Європейського регіонального комітету для дій щодо організації інтегрованого надання медичних послуг¹, первинна медико-санітарна допомога була визнана в якості одного з основних компонентів ефективних систем охорони здоров'я. Вона «є першим рівнем контакту окремих осіб, сім'ї та громади з національною системою охорони здоров'я, максимально наближає медико-санітарну допомогу до місця проживання та роботи людей і являє собою перший етап безперервного процесу охорони здоров'я народу».

Децентралізація – це передача повноважень та бюджетних надходжень від державних органів до органів місцевого самоврядування.

Метою реформи місцевого самоврядування є, передусім, забезпечення його спроможності самостійно, за рахунок власних ресурсів, вирішувати питання місцевого значення.

Йдеться про наділення територіальних громад більшими ресурсами та про мобілізацію їхніх внутрішніх резервів.

Стаття 140 Конституції України² передбачає:

«Місцеве самоврядування є правом територіальної громади - жителів села чи добровільного об'єднання у сільську громаду жителів кількох сіл, селища та міста - самостійно вирішувати питання місцевого значення в межах Конституції і законів України».

Метою політики у сфері децентралізації є відхід від централізованої моделі управління в державі, забезпечення спроможності місцевого самоврядування та побудова ефективної системи територіальної організації


¹https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/429698/WHO_support_Ukraine_2016-19-UA_028.pdf?ua=1

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

влади в Україні, реалізація у повній мірі положень Європейської хартії місцевого самоврядування, принципів субсидіарності, повсюдності і фінансової самодостатності місцевого самоврядування¹.


У рамках реформи з децентралізації влади реалізується реформування медичної галузі, яка стала одним із напрямків, що дала поштовх розвитку процесу децентралізації.

З початку впровадження Реформи первинного рівня надання медичної допомоги у 2017-2018 роках, більшість органів місцевого самоврядування (ОМС) прийняли рішення про перетворення медичних закладів з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, ставши їхніми засновниками. Усі комунальні заклади первинної допомоги перейшли на фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»: вони отримують кошти за послуги, які надають пацієнтам. У закладах первинної допомоги, які долучилися до трансформації, заробітні плати медичних працівників зросли у два-чотири рази.



Стартом змін у питаннях реформування первинної медичної допомоги стала Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, схвалена Урядом 01.04.2014 року², яка до основних повноважень органів місцевого самоврядування базового рівня віднесла, зокрема, забезпечення надання послуг первинної ланки охорони здоров'я.

Важливими нормативно-правовими документами для реформування медичної галузі, стали, схвалені Кабінетом Міністрів України, зокрема, Концепція розвитку системи громадського здоров'я⁴, Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я⁴, Концепція реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів⁵.



Ці нормативно-правові акти визначили напрями реформування системи охорони здоров'я, впливаючи і на розвиток та удосконалення інших, суміжних сфер. Зокрема, були створені регіональні центри громадського здоров'я (комунальні заклади, установи, підприємства), розширено можливості задоволення консолідованих потреб регіональних замовників у частині публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів щодо їх звернення до закупівельної організації тощо.

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80#Text>

³<https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>

⁴<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

⁵<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/582-2017-%D1%80#Text>

Важливою складовою розвитку місцевого самоврядування, його підтримки у сільській місцевості став також прийнятий Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»¹, який визначив правові, організаційні засади і напрями регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного медичного обслуговування.



Ключовим нормативно-правовим актом, який визначив державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій став Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»².

Згідно із постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074³ в Україні з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики створюються госпітальні округи, щодо яких висунуто спеціальні вимоги:

- багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб;
- багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб;
- багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування першого та другого рівня визначаються таким чином, щоб жителі, які проживають у зоні їх обслуговування (у тому числі суміжних госпітальних округах) у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Це, в свою чергу, вимагає створення належної інфраструктури, системи громадського транспорту та наявності доріг високої якості, що може і повинно бути реалізовано в межах реформи децентралізації.

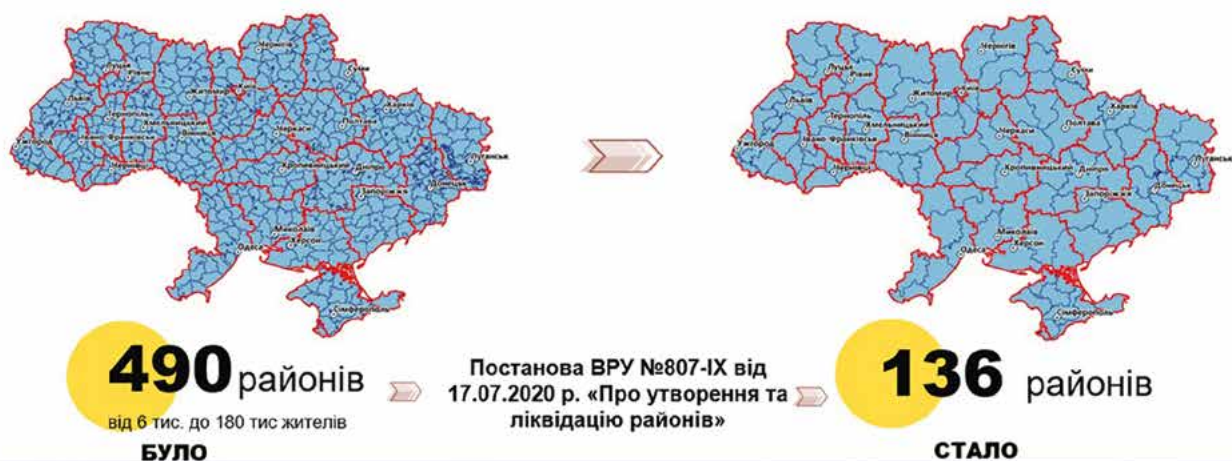
¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>

Разом з тим, реформування адміністративно-територіального устрою субрегіонального рівня (районів), враховуючи, зокрема, 24 розпорядження Кабінету Міністрів України щодо визначення адміністративних центрів та затвердження територій громад, постанову Верховної Ради України від 17 липня 2020 року № 807-ІХ «Про утворення та ліквідацію районів»¹ сформували ще один виклик для територіальних громад базового рівня - збереження мережі районних закладів охорони здоров'я та забезпечення їх безперебійної роботи для надання послуг вторинної медичної допомоги.

НОВА СИСТЕМА АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОГО УСТРОЮ СУБРЕГІОНАЛЬНОГО (РАЙОННОГО) РІВНЯ



Незважаючи на виклики, реформа децентралізації владних повноважень і зміна системи фінансування сектору охорони здоров'я на первинному та вторинному рівні надання медичної допомоги, відкрили багато можливостей для громад щодо поліпшення якості медичних послуг.



Договір між Національною службою здоров'я України і закладом охорони здоров'я є потужним інструментом для інвестицій з боку держави. Виходячи із цієї тези, якщо громада прийме рішення розвивати той чи інший вид послуг, то вона може залучити більшу кількість коштів, залучити до роботи лікарів, а також ця територія, ця громада буде привабливою для життя інших громадян.

Варто зазначити, що Бюджетний кодекс України на сьогодні передбачає, що власники комунальних закладів охорони здоров'я зобов'язані забезпечувати комунальні послуги і енергоносії. І це не включено в програму медичних гарантій.

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>

Але це не означає, що кошти які надходять за договором НСЗУ не можуть бути використані для покриття комунальних витрат. Усі комунальні заклади охорони здоров'я, які мають контракт з Національною службою здоров'я, є автономними комунальними некомерційними підприємствами, і вони використовують кошти, зокрема за договором з НСЗУ, відповідно до фінансового плану, який затвердить їх власник.



Можливість вільно розподіляти доходну частину в статусі КНП не звільняє власника фінансувати витрати на комунальні послуги комунального закладу охорони здоров'я згідно діючого Бюджетного кодексу.

Враховуючи викладене, органам місцевого самоврядування необхідно швидко приймати рішення щодо прийняття у власність медичних закладів та їх фінансування, вибираючи той механізм який найкраще відповідатиме їх потребам.

ПОРАДИ

Можемо зробити висновок про те, що реформування системи охорони здоров'я стало ефективним лише у поєднанні із реформою децентралізації, адже спроможним територіальним громадам, органам місцевого самоврядування були надані додаткові повноваження, додаткові обов'язки в частині розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, розробки і впровадження місцевих програм охорони здоров'я, тому основні їх зусилля мають бути направлені на розвиток та збереження мережі існуючих комунальних закладів охорони здоров'я.

Тому, життєздатність місцевих бюджетів, спроможність громад до успішного міжмуніципального співробітництва разом з виваженою державною фінансовою і секторальною політикою є запорукою сталого розвитку та успішних реформ в сфері охорони здоров'я України.

Для цього наявні всі законодавчі підстави, а саме:

Ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР¹ визначено повноваження сільської, селищної, міської ради в сфері охорони здоров'я.

До відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад належать, зокрема:

а) власні (самоврядні) повноваження:

1) *управління закладами* освіти, *охорони здоров'я*, культури, фізкультури і спорту, оздоровчими закладами, *які належать територіальним громадам або передані їм*, молодіжними підлітковими закладами за місцем проживання, *організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;*

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

б) *організація медичного обслуговування* та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм.

б) делеговані повноваження:

1) забезпечення в межах наданих повноважень *доступності і безоплатності* освіти і *медичного обслуговування* на відповідній території, можливості отримання освіти державною мовою;

2) *забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів освіти і медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі освітніх і лікувальних закладів усіх форм власності, фізичної культури і спорту, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів*, залучення роботодавців до надання місць для проходження виробничої практики учнями професійно-технічних навчальних закладів;

3) забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

11) внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до ст. 17 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР відносини органів місцевого самоврядування з підприємствами, установами та організаціями, що перебувають у комунальній власності відповідних територіальних громад, в нашому випадку з комунальними некомерційними підприємствами закладами охорони здоров'я, будуються на засадах їх підпорядкованості, підзвітності та підконтрольності органам місцевого самоврядування.



У цьому контексті важливо відмітити ст. 1 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997р. № 280/97-ВР, яка визначає поняття «право комунальної власності» - право територіальної громади володіти, доцільно, економічно, ефективно користуватися і розпоряджатися на свій розсуд і в своїх інтересах майном, що належить їй, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування та ст. 60 відповідно до якої *територіальним громадам сіл, селищ, міст, належить право комунальної власності на рухоме і нерухоме майно, доходи місцевих бюджетів, інші кошти, землю, природні ресурси, підприємства, установи та організації, в тому числі банки, страхові товариства, а також пенсійні фонди, частку в майні підприємств, житловий фонд, нежитлові приміщення, заклади культури, освіти, спорту, охорони здоров'я, науки, соціального обслуговування та інше майно і майнові права, рухомі та нерухомі об'єкти, визначені відповідно до закону як об'єкти права комунальної власності, а також кошти, отримані від їх відчуження.*

Також, відповідно до п. 5 ст. 3 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII¹ органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції *можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я*, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Роль органів місцевого самоврядування у формуванні/перезформуванні, плануванні ефективної мережі первинної медичної допомоги в межах громади та порядок, встановлено наступними нормативно-правовими документами:

Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України та Мінрегіону від 06.02.2018 № 178/24 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги»², яким затверджено Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»³, яким затверджено Порядок надання первинної медичної допомоги.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»⁴, яким затверджено Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, Положення про амбулаторію, Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт, Положення про медичний пункт тимчасового базування.

Також, з метою забезпечення державної політики щодо створення та функціонування закладів охорони здоров'я і заняття медичною і фармацевтичною діяльністю органам місцевого самоврядування слід керуватися Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я з у закладах охорони здоров'я»⁵.

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

⁴<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>

⁵<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text>

Крім того, органи місцевого самоврядування, які будуть створювати самостійний заклад первинної та вторинної медичної допомоги в громаді мають керуватись у своїй роботі наступними законодавчими актами:

- статтею 90 Цивільного кодексу України¹, що регламентує найменування юридичної особи, яке вказується в її установчих документах і вноситься до єдиного державного реєстру;
- статтею 57 Господарського кодексу України², яка передбачає, що в установчих документах (статуті) повинні бути зазначені найменування суб'єкта господарювання, мета і предмет господарської діяльності, склад і компетенція його органів управління, порядок прийняття ними рішень, порядок формування майна, розподілу прибутків та збитків, умов його реорганізації та ліквідації, якщо інше не передбачено законом;
- статтею 17 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»³;
- Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності» в редакції від 28.09.2017 № 222-19⁴;
- Постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»⁵;
- Постановою Кабінету Міністрів України № 282 в редакції від 06.09.2016 «Деякі питання ліцензування господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного переліку»⁶;
- статтею 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»⁷, яка визначає вимоги та порядок затвердження керівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я;
- Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 №148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу»¹, яким затверджено Примірний та-

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-15#Text>

⁴<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

⁵<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text>

⁶<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/282-2016-%D0%BF#Text>

⁷<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

бель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу;

- Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.07.2014 № 517 «Примірне положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я»², яким затверджено Примірне положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я.

Законом України від 17.09.2020 №907-ІХ «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»³, розподілено доходи і видатки між бюджетами територіальних громад і районів, і фактично більша частина ресурсів перейшла у громади. Відповідно, райони уже не в змозі фінансувати районні лікарні. Саме тому ключовим став процес передачі об'єктів комунальної власності для того щоб у новому бюджеті 2021 року громади могли передбачити необхідне для лікарень фінансування.

Разом з тим, перед більшістю громад постали наступні питання:

- Як правильно передати комунальні лікарні громадам та чому це треба зробити якнайшвидше?
- Як у місцевому бюджеті передбачити видатки на лікарню, яку громада ще не отримала?
- Чи можуть неспроможні громади віддати лікарні, наприклад, на обласний рівень?
- Чи не втратять чинність декларації з пацієнтами та договори з НСЗУ під час зміни власника лікарні?

На сьогодні, основна частина фінансування лікарням вторинки надходить відповідно до договорів з НСЗУ за програмою медичних гарантій (гарантований пакет медичних послуг), куди включені послуги первинної, амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної медичної допомоги, а також екстреної, паліативної меддопомоги і реабілітації, де чітко визначено, скільки за конкретну послугу НСЗУ заплатить медзакладу, який її надає. Фактично за ці кошти заклад вторинки, зокрема, виплачує заробітні плати.

За місцевим самоврядуванням, як власником закладів, залишається утримання, комунальні послуги, інші поточні видатки та відповідальність за розвиток лікарні - як гарантія якісних медичних послуг для мешканців.

Законом України від 17 листопада 2020 року № 1009-ІХ «Про внесення змін до деяких законів України щодо впорядкування окремих питань організації та діяльності органів місцевого самоврядування і районних державних адміністрацій»¹ внесено зміни до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні».

¹https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn_20180126_148.pdf

²<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0517282-14#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/907-IX#Text>

Зокрема, розділ V «Прикінцеві та перехідні положення» доповнено пунктами 6-1 і 6-2. Пункт 10 після абзацу третього доповнено новим абзацом такого змісту: «Правонаступник районної ради району, ліквідованого Верховною Радою України, після припинення відповідних районних рад як юридичних осіб, *але не пізніше 1 липня 2021 року*, зобов'язаний передати у комунальну власність територіальних громад усі об'єкти спільної власності територіальних громад району, які знаходяться на території цих територіальних громад, відповідно до розмежування видатків між бюджетами, встановлених Бюджетним кодексом України».



До 1 липня 2021 року місцеві ради мали передати усі об'єкти відповідно до розмежування видатків та місцезнаходженням майна чи юрособи.

Крім того, важливо розуміти, що 1 липня 2021 року це дата *завершення* передачі незначних об'єктів. Фактично для ефективного бюджетування та функціонування основних закладів, їх необхідно було передати до завершення 2020 року. Це пов'язано з тим, що у більшості райрад немає ресурсів на їх утримання. Для того, щоб всі заклади сфери охорони здоров'я працювали з 1 січня 2021 року, необхідно було передбачити для них фінансування у бюджетах громад².

Реформа децентралізації владних повноважень і зміна системи фінансування сектору охорони здоров'я на первинному та вторинному рівні надання медичної допомоги, відкрили багато можливостей для громад щодо поліпшення якості медичних послуг.

Висновки

Договір між Національною службою здоров'я України і закладом охорони здоров'я є потужним інструментом для інвестицій з боку держави. Виходячи із цієї тези, якщо громада прийме рішення розвивати той чи інший вид медичних стаціонарних послуг, то вона зацікавлена залучити більшу кількість коштів Державного бюджету, тобто за договором з НСЗУ. Набувачем вигод таких рішень є громада, яка отримує кращу доступність та якість стаціонарних послуг.

Прийняття у власність та подальше планування розвитку лікарні має бути надзвичайно виваженим рішенням, позбавленим політичного підтексту. Таке рішення має ґрунтуватись на стратегічному баченні розвитку медицини громади, максимально детальних розрахунках фінансових сценаріїв бюджету лікарні, реалістичною оцінкою власних та залучених ресурсів, чіткого операційного плану як мінімум в найближчі 2-3 роки.

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1009-IX#Text>

²<https://decentralization.gov.ua/news/13116>

2

Організація діалогу зацікавлених сторін з орієнтацією на результат

Теоретико-правова основа

Діалогічна модель змін, розроблена в 2006 р. Інститутом колективного лідерства¹ (Collective Leadership Institute, Potsdam) та приведена нижче, відображає орієнтоване на результат, структуроване планування та проведення Діалогу зацікавлених сторін, що передбачає 4 етапи. Ця модель розроблялася протягом тривалого часу на основі досвіду успішно проведених Діалогів зацікавлених сторін, підтримує та виявляє фундаментальні принципи успішного Діалогу зацікавлених сторін.

Діалогічна модель змін – це перевірена на практиці модель, яка може використовуватися в нашому випадку для розвитку міжмуніципального співробітництва на користь сталого розвитку лікарняної мережі.

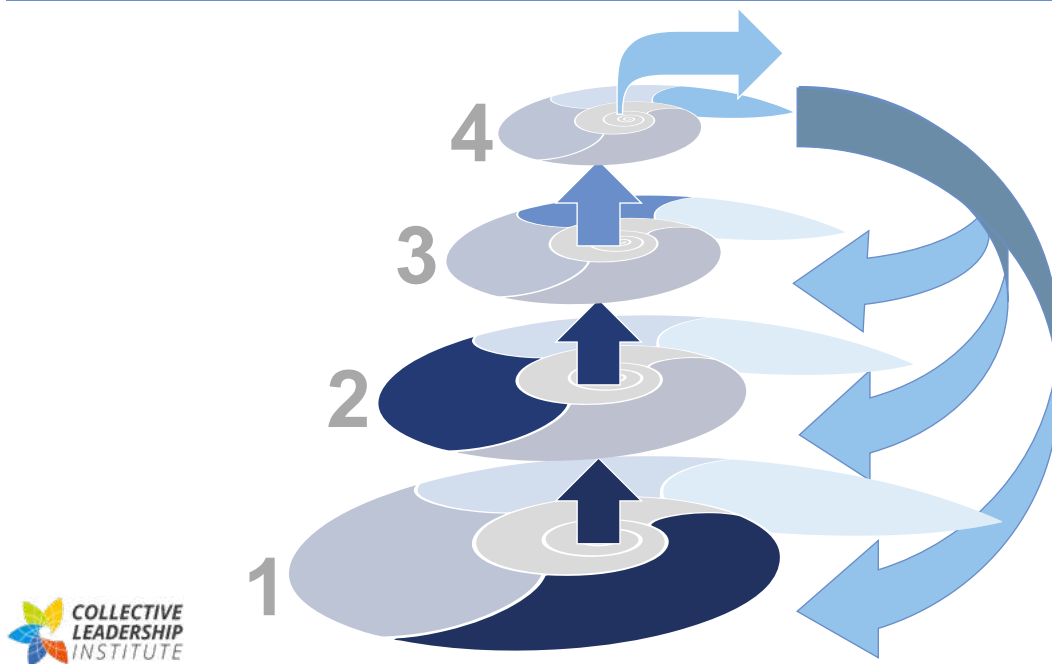
ДІАЛОГІЧНА МОДЕЛЬ ЗМІН



¹<https://www.collectiveleadership.de/blog/article/the-dialogic-change-model/>

Усі етапи мають певну послідовність, кожен з них має деталізований зміст та ознаки. При чому послідовність цих етапів має не лінійний характер, а циклічний з можливістю продовження нового циклу на наступному рівні. Візуалізація концепції такої моделі нагадує форму равлика.

ДІАЛОГІЧНА МОДЕЛЬ ЗМІН: НЕ ЛІНІЙНА, А ІТЕРАТИВНА



Ключові питання, запропоновані для кожного з 4 етапів, допоможуть ініціаторам і учасникам скоординувати цей процес а також зорієнтувати його на результат. Список контрольних запитань допоможе проектним командам в плануванні та впровадженні. Виділення 4 етапів в Діалозі зацікавлених сторін допомагає врахувати всі вимогірізних етапів процесу діалогу та забезпечити їх відповідну підготовку.

4 етапи діалогу зацікавлених сторін

Огляд: Чотири етапи Діалогу зацікавлених сторін

Огляд: Чотири етапи Діалогу зацікавлених сторін		
Етап 1:	<i>Вивчення та залучення</i>	Зрозуміти контекст, різні точки зору зацікавлених сторін, залучити їх до підготовчих бесід, накопичити енергію для дій, підготувати все необхідне для змін.
Етап 2:	<i>Розбудова та формалізація</i>	Прояснити цілі та готовність працювати, визначити ресурси, підписати офіційні угоди, забезпечити процес планування та спільне втілення.
Етап 3:	<i>Впровадження та оцінка</i>	Провести узгоджені або рекомендовані заходи, створити історії успіху, оцінити прогрес та результати
Етап 4:	<i>Подальший розвиток, відтворення або інституціалізація</i>	Перевести діалог на новий рівень, розширити або відтворити діалогічні заходи, створити довготривалі структури для досягнення змін

З точки зору змісту, діалог зацікавлених сторін – це керована розмова, яка забезпечує можливість людям з різними точками зору та іноді протилежними інтересами ділитися думками (та поглядами). Найважливіша спільна риса Діалогів зацікавлених сторін – це структуровані розмови про конкретні питання, які збуджують спільний інтерес або викликають занепокоєння у людей з різних секторів, з різними інтересами, що надзвичайно актуально в нових умовах функціонування лікарень, перерозподілу відповідальності та повноважень, зміні адміністративних територій.

Такий Діалог ґрунтується на принципах прозорості та участі та визнає важливість рівності та підзвітності в міжособистісній взаємодії та комунікації.

Етап 1: Вивчення та залучення

Завдання Етапу 1:

- створити резонанс;
- розуміти контекст;
- побудувати «контейнер» для змін.



Терміном «контейнер» позначається функція та взаємовідносини ініціативної / основної групи зацікавлених дійових осіб в процесі співпраці між зацікавленими сторонами.

Побудова надійного Контейнеру для змін означає створення невеликої групи осіб (2-6 учасників) до якої входять декілька відданих роботі учасників. Його роль полягає в організації співпраці та діалогу усіх зацікавлених сторін-учасників та відповідному спрямуванню діалогу. Корисно, коли ключова група може працювати неформально та для її учасників важливо сформувати взаємну довіру та досягти розуміння потреб.

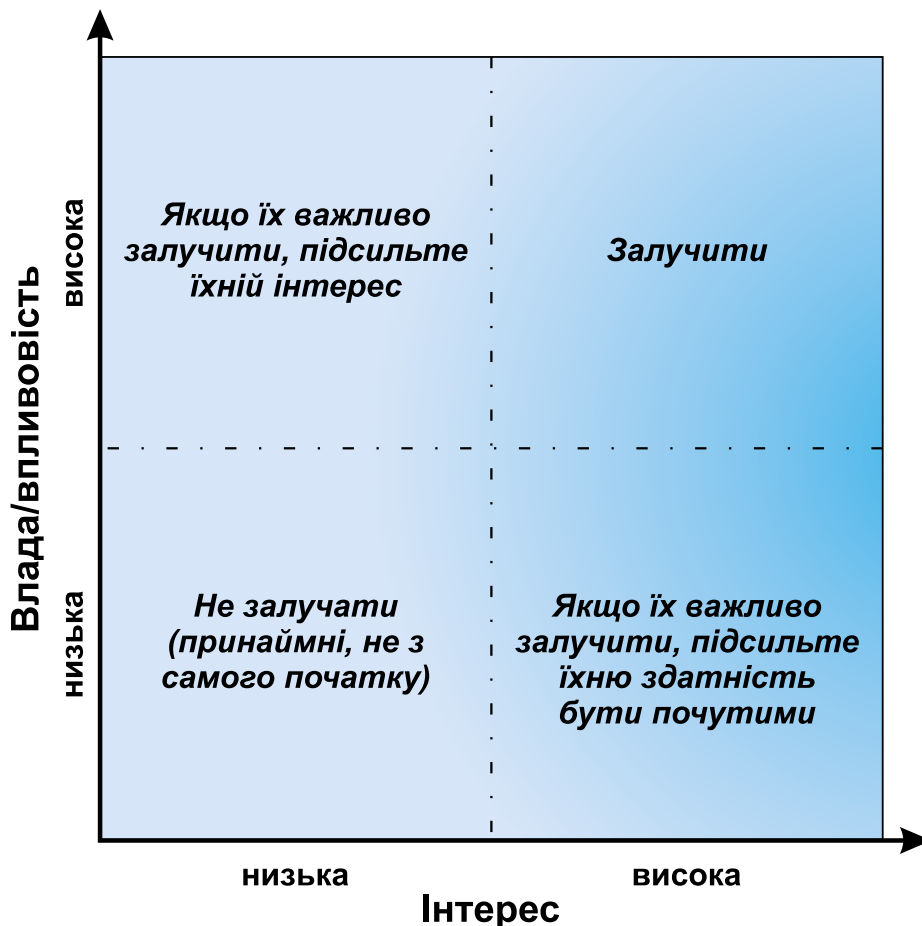
Ключові труднощі або помилки:

- недостатнє розуміння контексту;
- поспішна реалізація етапу 2 без розуміння та залучення усієї системи зацікавлених осіб;
- недооцінка комплексності та змін контексту;
- «слабкий» контейнер для змін.

ПОРАДИ

Що робити?

- Здійснюйте аналіз зацікавлених сторін використовуючи матрицю «інтерес/вплив» регулярно (щонайменше піврічно).
- Слідкуйте за змінами в середовищі, відслідковуйте економічні, політичні, законодавчі зміни на національному та локальному рівнях.
- Подумайте про процедуру долучення нових учасників контейнера, які можуть посилити вашу групу.
- Передбачте розвиток потенціалу зацікавлених сторін.



На завершення Етапу 1 Діалогічної моделі змін зустріньтеся з вашим ключовим контейнером та сплануйте Вашу ширшу зустріч зацікавлених сторін.

1. Перегляньте ваш аналіз зацікавлених сторін і переконайтеся, що найбільш важливі зацікавлені сторони братимуть участь у вашому заході.
2. Створіть програму для своєї події (зустрічі).
3. Розробити комунікаційну стратегію, якщо це потрібно для вашої ініціативи.
4. Делегуйте завдання між членами контейнера та розширеного контейнера.

Завдання	зрозуміти контекст, різні точки зору зацікавлених сторін, провести з ними попередні бесіди, накопичити енергію для дій, підготувати підґрунтя для змін.
Часові рамки	від мінімум 2 місяців для проведення одноразових заходів з Діалогу зацікавлених сторін до більш ніж року для проведення між зацікавленими сторонами діалогу, сфокусованого на співпраці для впровадження ініціативи
Очікувані результати	<ul style="list-style-type: none"> • довіра між ключовими зацікавленими сторонами; • очевидний резонанс стосовно діалогічної ініціативи або процесу змін; • переконливість для впровадження; • визначено зацікавлені сторони, які братимуть участь • вивчено контекст та зовнішні фактори впливу.

Для розбудови міжмуніципального співробітництва такими зацікавленими сторонами можуть бути:

- керівництво ОТГ (ОМС), представники депутатів місцевих рад;
- лікарня та інші заклади охорони здоров'я ОТГ;
- представники жителів громади (ініціативні групи, місцеві ГО, пацієнт-ські організації);
- представники ОМС сусідніх ОТГ;
- представники бізнесу;
- представники місцевих релігійних концесій;
- ОДА (ДОЗ);
- МОЗ;
- Мінрегіон;
- асоціації ОМС;
- благодійні фонди;
- представники місцевих медіаресурсів;
- інші.

ПОРАДИ

Етап 2: Розбудова та формалізація

Завдання Етапу 2:

- визначити спідньні цілі та ресурси;
- планувати майбутнє разом;
- об'єднати угоди та створити структуру.



Ключові труднощі або помилки:

- поспішне підписання угод та дорожніх карт без доведеної готовності зацікавлених партнерів працювати;
- відсутність спільної проблеми – або діагнозу ситуації як основи для спільного планування процесу;
- дизайн процесу не узгоджений спільно усіма зацікавленими сторонами; він визначений однією стороною;
- надто багато уваги приділяється технічним/юридичним/структурним питанням замість побудови співпраці та діалогу (управління процесом, управління взаємовідносинами, встановлення довіри);
- існуючі правила, нормативи та процедури враховуються недостатньо.

Що робити?

Плануйте спільне майбутнє:

- знайдіть, що вас об'єднує: обговоріть аналіз ситуації та заплановані зміни з усіма зацікавленими сторонами, щоб вони відчували свою причетність до цього;

ПОРАДИ

- інтегруйте спільне бачення майбутнього в групи зацікавлених сторін, які беруть участь в проекті: надайте їм можливість «винайти» бажане майбутнє;
- організуйте зустрічі та семінари, які сприяють емоційному залученню зацікавлених сторін до процесу;
- заплануйте зустрічі для підбиття підсумків.

Проясніть цілі та ресурси:

- «працюйте наживо» з багатостороннім партнерством;
- створіть умов для діалогу, в яких цілі можна формувати разом. Дайте зацікавленим сторонам, задіяним в партнерстві, можливість відчувати свою причетність. Використовуйте модель 4 Діалогічних практик для розбудови діалогу;
- чітко визначайте рівень залучення та домовляйтеся щодо внесків задіяних зацікавлених сторін;
- забезпечте прозору документацію та регулярне інформування всіх залучених про прогрес/зміни/плани;
- домовляйтеся про план ведення діалогу в майбутньому та про розподіл завдань.

Сформууйте домовленості та розбудуйте структуру:

- сформууйте прозорі надійні домовленості у вашій команді;
- створіть детальний план дій: розподіліть завдання, складіть графік, розподіліть ресурси;
- ухваліть та регулярно уточнюйте рішення про формат та регулярність внутрішньої та зовнішньої комунікації;
- домовтеся про структуру та процедури реалізації проекту, підтвердіть цілі, наявні ресурси, ролі та завдання;
- забезпечте прозору документацію та регулярне інформування всіх залучених про прогрес/зміни/плани;
- офіційно затвердіть основну групу/контейнер та надайте їм повноваження діяти від імені всіх зацікавлених сторін (накази, розпорядження, мандат);
- забезпечте процесу адміністративну/логістичну підтримку з боку основних зацікавлених сторін.

Завдання	Прояснити цілі та готовність працювати, визначити ресурси, забезпечити офіційні угоди, процес планування та спільне втілення.
Часові рамки	Від 1 дня (семінар) до кількох місяців (низка семінарів); зустрічі/семінари/конференції з усіма відповідними зацікавленими сторонами
Очікувані результати	Залежно від форми та мети Діалогу зацікавлених сторін – все, що стимулює відданість справі та структурує рух вперед , наприклад: <ul style="list-style-type: none"> • рекомендації та ясність щодо використання Діалогу зацікавлених сторін; • угоди про співпрацю; • проект або плани дій; • угоди про процедури впровадження; • офіційні структури координації процесу (наприклад, комітети, робочі групи експертів тощо).

Етап 3: Впровадження та оцінка

Завдання Етапу 3:

- забезпечити прозорість та комунікацію;
- створювати результати та відмічати успіх;
- запровадити механізми навчання.



Ключові труднощі:

- нескоординована реалізація (відсутність належного управління процесом);
- недостатня комунікація між партнерами або зацікавленими особами, які реалізують проект;
- занадто амбітні плани впровадження, замість фокусування на малих, потенційно досяжних успіхах;
- відсутність прозорості в комунікації та процесі прийняття рішень;
- замало уваги підтримці відданості членів основної групи;
- втрата мотивації партнерами-учасниками.

Що робити?

- *Забезпечте прозорість документації (протоколи зустрічей, медіа релізи, інформаційні матеріали) і регулярну комунікацію.*
- *Створюйте результати та святкуйте успіхи (успішні приклади, досягнуті проміжні цілі, звіти про реалізацію проекту).*
- *Запровадьте механізми навчання (координаційні зустрічі).*
- *Регулярно (щонайменше піврічно) проводьте моніторинг якості процесу та обговорюйте результати.*

ПОРАДИ

Завдання	проведення узгоджених або рекомендованих заходів, створення прикладів досягнення змін, оцінка прогресу та результатів.
Часові рамки	від кількох місяців до років, залежно від питання/теми; для цього етапу характерні регулярні засідання з перегляду за участі усіх відповідних зацікавлених сторін.
Очікувані результати	Залежно від форми та цілі Діалогу зацікавлених сторін та сфери впровадження: <ul style="list-style-type: none"> • успішні приклади; • досягнуті проміжні цілі; • звіти про впровадження проекту; • комунікація з громадськістю та висвітлення в ЗМІ; • запроваджені системи моніторингу.

Етап 4: Подальший розвиток: відтворення моделі або інституалізація

Завдання Етапу 4:

- будувати «контейнер» для наступного рівня;
- створити структуру управління;
- забезпечити керівництво та системи навчання.



Ключові труднощі:

- результати діяльності/партнерство не помітні;
- результати діяльності/партнерство не використовуються.

Що робити?

- Будуйте Контейнер наступного рівня (розширюйте цілі та участь зацікавлених сторін).

ПОРАДИ

- Створюйте структури управління (інституалізуйте успішні форми діалогу).
- Забезпечуйте керівництво та системи навчання (використовуйте досвід, отриманий під час діалогу для розбудови нових процесів).

Завдання	Переведення діалогу на новий рівень, розширення або відтворення діалогічних заходів, створення довготривалих структур для досягнення змін
Часові рамки	Невизначені, залежать від питань, що розглядаються, цілі та структури
Очікувані результати	Залежно від форми та цілі Діалогу зацікавлених сторін та сфери впровадження: <ul style="list-style-type: none"> • розширення цілі та участь зацікавлених сторін; • інституалізація успішної форми діалогу; • використання досвіду, отриманого під час діалогу в іншому процесі.

Учасники окремих Діалогів зацікавлених сторін можуть захотіти зміцнити свої результати у вигляді сталих структур. Це може означати переведення ініціативи на наступний рівень, її відтворення в іншому місці, інтеграцію нового питання або подальшу інституалізацію діалогу на більш офіційному рівні.

Якщо переведення ініціативи або проекту на наступний рівень здається цінною можливістю, на цьому етапі (Етапі 4) слід зосередитися на формуванні відповідних структур, не випускаючи з виду важливу роль людей та процесу. На цьому етапі зусилля спрямовано на побудову Контейнеру наступного рівня шляхом запрошення та інтеграції нових учасників. Це часто вимагає побудови нових структур та формування системи адміністрування, яка репрезентує групи зацікавлених сторін. Іноді доцільно організувати установу з відповідною структурою управління.

На цьому етапі є доречним звернути увагу на можливості, які дають Наглядова та Спостережна ради лікарні, договір про співробітництво у формі створення спільного органу управління. Детальніше про корпоративні органи управління лікарнею в Розділі 9 Посібника, форми міжмуніципального співробітництва для створення спільного органу управління лікарнею – в Розділі 6 Посібника.

ПОРАДИ

Важливим фактором переходу від Діалогу зацікавлених сторін до більш інституалізованої структури є принципове збереження в майбутній структурі ключових характеристик попередньої ініціативи. Треба забезпечити, щоб основні аспекти Діалогу зацікавлених сторін – прозорість, представництво зацікавлених сторін, діалог, відповідальність, пошук консенсусу та орієнтація на результат – також збереглися при інституалізації.

Коли Діалог зацікавлених сторін розвивається далі, необхідно залучати до процесу нові зацікавлені сторони, особливо коли впровадження змін передається третій стороні. Дійові особи, які до цього моменту не були залучені, повинні швидко зрозуміти нагальність та актуальність ініціативи та зможти емоційно поставитися до більшої мети.

Вирішальний фактор успіху Етапу 4 визначається кількістю кроків, зроблених для інтеграції нових дійових осіб та для того, щоб дозволити їм взяти участь у забезпеченні успіху ініціативи. Такі дійові особи набагато більш зацікавлені в подальшому розвитку ідеї. Основним викликом Етапу 4 є необхідність не дати зникнути духу змін.

Етап 4: Подальший розвиток, відтворення або інституціалізація		
	Переведення діалогу на новий рівень, розширення або відтворення діалогічних заходів, створення довготривалих структур для досягнення змін	
Часові рамки	Невизначені, залежать від питань, що розглядаються, цілі та структури	
Очікувані результати	Залежно від форми та цілі діалогу зацікавлених сторін та сфери впровадження: - розширення цілі та кола зацікавлених сторін, що беруть участь; - інституціалізація успішної форми діалогу; - використання досвіду, отриманого під час діалогу в іншому процесі	
Зони уваги:	Побудувати Контейнер наступного рівня Створити структури управління Запровадити системи адміністрування та навчання	
Найчастіші труднощі або помилки	Контейнер, побудований недостатньо ефективно для того, щоб забезпечити збільшення масштабу, відтворення або інституціалізацію Неадекватно проведений процес залучення для інтеграції нових зацікавлених сторін Недостатня увага до потреби в інституціалізованих структурах та структурах професійного управління Недостатні інвестиції в процес інтеграції цілі/змісту/завдань до установ зацікавлених сторін Поодинокі історії успіху замість системних рішень Недостатня адаптація стратегій до нової ситуації	
Перевірка успішності завершення Етапу 4	Чи провели ми ретельну оцінку потенціалу до збільшення масштабу та відтворення?	✓
	Чи достатньо ми інтегрували у співпрацю нові зацікавлені сторони?	✓
	Чи знайшли ми відповідну структуру для інституціалізації?	✓
	Чи провели ми оцінку нової ситуації?	✓
	Чи ми оцінили та адаптували наші стратегії?	✓
	Чи створили ми нову, емоційно залучену ключову групу?	✓
	Чи продовжуємо ми займатися управлінням стосунками та формуванням довіри?	✓
	Чи спроектували ми належну керівну структуру?	✓
	Чи розробили ми систему для навчання та оцінки?	✓

Особливості побудови та розширення «контейнера» для змін

Терміном «контейнер» позначається функція та взаємовідносини ініціативної / основної групи зацікавлених дійових осіб в процесі співпраці між зацікавленими сторонами.

Контейнер міцний, якщо такі учасники:

- віддано ставляться до запланованих змін;
- емоційно небайдужі один до одного та до майбутніх можливостей;
- віддано працюють для спільного ініціювання та впровадження змін.

В ідеалі, така група людей вже репрезентує – хоча б певною мірою – розмаїття зацікавлених сторін, щоб вона могла втілювати існуючий спектр інтересів в ініціативі, спрямованій на зміни. Вона складається з людей, які готові поважати один одного та які віддані поставленій цілі. У такий спосіб ключова група, у своїй функції «Контейнеру» створює простір для утримання запланованих змін, емоційний дім для спільної ініціативи та початкову модель запланованого діалогу або співпраці. Така ключова група потребує уваги: що більше ця група здатна забезпечити цілісне колективне лідерство, то з більшою вірогідністю Діалог зацікавлених сторін стане на шлях до успіху. Ключові групи, які є «надійними» Контейнерами допомагають впровадити зміни, формуючі навіть ширші контейнери для змін. Такі Контейнери можуть формувати та підтримувати легітимність, яка ґрунтується не на ієрархії, а на тому факті, що ключові групи в якості Контейнеру систематично діють в інтересах цілого.

Ключовими питаннями для зацікавленої сторони на цьому етапі будуть:

- Які гравці (стейкхолдери) потрібні нам на початку діалогу?
- Які особи можуть просувати зміни?
- Які гравці (стейкхолдери) є представниками більшої системи?
- Яка атмосфера на першому засіданні сприятиме залученню зацікавлених осіб та посилить їхнє відчуття власної відповідальності за процес?
- Що слід обговорити під час першого засідання?
- Що може змусити таких гравців підтримати ініціативу, яку просуває діалог зацікавлених сторін?

Схематично побудова контейнеру для змін виглядає так:

ЯК ПОБУДУВАТИ КОНТЕЙНЕР ЗМІН



Ширший «Контейнер» – це розширений первинний контейнер; він складається з тих, хто прагне підтримати Діалог зацікавлених сторін, долучитися до процесу або поширювати такий підхід серед більшої кількості інших дійових осіб.

Ширший Контейнер існує, якщо такі учасники:

- готові брати активну участь в Діалогах зацікавлених сторін;
- емоційно захоплені майбутніми можливостями;
- готові робити активний внесок до спільного впровадження змін.

Етапами побудови контейнеру є:

- **розвиток залученості**, де важливою є натхненна комунікація та людські зв'язки;
- **створення взаємозв'язку між учасниками**
- **повага/визнання відмінностей, при діалозі**
- **формування історії на основі майбутніх можливостей**
- **побудова взаємовідносин, включаючи знайомство з людьми на особистому рівні.**

Враховуючи циклічність бюджетного процесу та програми медичних гарантій при

застосуванні Діалогічної моделі змін доречно орієнтуватись на календар бюджетного процесу та орієнтовні дати оприлюднення основних показників фінансування за програмою медичних гарантій.

ПОРАДИ

Ці показники, як і умови програми медичних гарантій дозволяють скласти прогнозні сценарії доходів та видатків лікарні в наступному бюджетному році і розуміти потребу в додатковому фінансуванні для повноцінної діяльності лікарні.

Основними показниками фінансування є рівень базової ставки, рівень коефіцієнтів та кількість діагностично-споріднених груп, ставки на пріоритетні амбулаторні та стаціонарні медичні послуги, тарифи за іншими пакетами медичних гарантій, принцип розподілу кількості законтракованих медичних послуг між надавачами та умови контрактування на наступний рік програми медичних гарантій.

Орієнтуючись цілі застосування діалогічної моделі для розвитку лікарні, Етап 1 Вивчення та залучення необхідно розпочинати або продовжувати в наступній ітерації бюджетного року якнайшвидше для того щоб вчасно забезпечити результати діалогу у вигляді узгодженого бачення розвитку лікарні з усіма зацікавленими сторонами. В практичній площині це узгоджені дії по спільному створенню і/або фінансуванню лікарні сторонами міжмуніципального співробітництва як мінімум на наступний фінансовий рік, підготовлені договори про ММС, узгоджені та затверджені місцеві програми розвитку, спільне бачення стратегії розвитку лікарні.

Орієнтовний план заходів для власника лікарні на 2021 рік див. в Додатку 1.

Діалогічна модель змін, орієнтована на бюджетний цикл



Висновки

В ідеалі, Діалог зацікавлених сторін призводить до практичних результатів, які не можна було б отримати іншим чином та які простіше впроваджувати, оскільки всі зацікавлені сторони бачать «ширшу картину» актуального питання і відчувають більшу відповідальність за результати. Високоякісний діалог зацікавлених сторін створює атмосферу довіри, прихильності до виконуваної роботи і колективного розуму.

Діалог зацікавлених сторін залучає групи з різними інтересами до нової форми спільної комунікації. Різниця в точках зору стає більш конструктивною, якщо її обговорювати в атмосфері поваги та визнання. Консенсус стає справжнім, якщо відмінності розглянуті належним чином. Процес прийняття рішень викличе більшу довіру, якщо він насправді заснований на вислуховуванні різних точок зору. Процес впровадження стане легшим, якщо буде присутнє відчуття колективної відповідальності за зміни.

Зміни в системі охорони здоров'я торкаються багатьох зацікавлених сторін, які присутні в цій системі. В умовах змін адміністративно-територіального устрою кількість зацікавлених сторін збільшується. Міжмуніципальне співробітництво, що стосується розвитку лікарень, вимагає особливо чутливого підходу до залучення усіх зацікавлених сторін заради результативного діалогу. В протилежному випадку, усі потрачені зусилля можуть виявитися марними, а результати далекими від очікуваних.

3

Розробка стратегії закладу і/або програми медичного обслуговування населення громади

Стратегічне планування є поширеним інструментом управління в будь якій сфері. Мета планування в охороні здоров'я – покращення здоров'я населення та підвищення якості надання медичних послуг.

Стратегічне планування в сфері охорони здоров'я в ТГ реалізоване на практиці в наступних варіантах:

- 1) один зі стратегічних напрямів у Стратегії розвитку ТГ;
- 2) окрема Стратегія розвитку сфери охорони здоров'я в ТГ;
- 3) стратегія розвитку комунального некомерційного підприємства – лікарні.

Громади можуть обрати різні рівні розроблення Плану стратегічного розвитку в охороні здоров'я, залежно від готовності та зовнішніх обставин¹

При реалізації зазначених варіантів, можливо керуватися наступними нормативно-правовими актами:

- Наказом Мінрегіону від 30.03.2016 № 75 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування і реалізації прогнозних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади»²;
- Наказом Мінрегіону від 31.03.2016 № 79 «Про затвердження Методики розроблення, проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації регіональних стратегій розвитку та планів заходів з їх реалізації»³;
- Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. №1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»⁴;
- Постановою Кабінету Міністрів України від 11.11.2015 р. № 932 «Про затвердження Порядку розроблення регіональних стратегій розвитку і планів заходів з їх реалізації, а також проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених регіональних стратегій і планів заходів»⁵.

¹https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf

²<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0075858-16#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0632-16#Text>

⁴<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

⁵<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2015-%D0%BF#Text>

У чинному законодавстві відсутні нормативно-правові документи щодо стратегічного планування розвитку комунального некомерційного підприємства – надавача послуг з медичного обслуговування населення, тому при виборі такого варіанту стратегічного планування в секторі охорони здоров'я можна використовувати загальну методологію стратегічного планування регіонального розвитку та/або об'єднаної територіальної громади. Разом з тим, існує багато методичних рекомендацій з розробки стратегій різного рівня і масштабу, що були розроблені в рамках міжнародних проектів, які підтримували реформу адміністративно-територіального устрою та систему охорони здоров'я в Україні. Спільними ключовими блоками цих рекомендацій є освоєння інструментів аналізу та побудови причинно-наслідкового зв'язку при формуванні стратегічних цілей і плануванні активностей (заходів) по досягненню цих цілей. З урахуванням змісту посібника далі ми коротко зупинимось виключно на основних блоках, які можуть бути корисними для розробки стратегії розвитку лікарні (SWOT-аналіз, «дерево проблем-дерево цілей», ієрархія цілей, реінжиніринг бізнес-процесів, реорганізація структури і т. д.).

До основних елементів стратегії розвитку лікарні можна віднести:

ПОРАДИ

- місія, візія, цінності (стратегічна ідея);
- результати виконаного SWOT-аналізу;
- бізнес-модель лікарні (організаційна структура, структура послуг);
- стратегічні пріоритети та цілі;
- стратегічні індикатори;
- стратегічний та операційний плани;
- фінансовий план;
- система моніторингу і оцінки виконання Стратегії.

Увесь процес з розробки стратегії розвитку лікарні можна умовно розділити на наступні етапи:

- формування стратегічної ідеї (місія, візія, цінності);
- проведення комплексного аналізу (SWOT-аналіз);
- визначення стратегічних пріоритетів, цілей, індикаторів;
- розробка бізнес-моделі лікарні;
- фінансовий аналіз альтернативних стратегій;
- коригування стратегічних ідей та/або бізнес-моделі (при необхідності);

- розроблення стратегічного та операційного планів – стратегій/шляхів, якими можна розв'язати завдання, та способів їх виконання, виконавців, термінів, обсягів та джерел фінансування з розбивкою на роки, індикаторів виконання й очікувані результати;
- обговорення і затвердження Стратегії.

До стратегічних пріоритетів лікарні відносяться:

ПОРАДИ

- стратегічне планування (включаючи фінансове);
- фінансовий менеджмент (операційна ефективність);
- розвиток послуг (структура, конкурентноздатність і т. д.);
- розвиток сервісу (пацієнторієнтованість);
- розвиток якості (безпека пацієнта та клінічні результати);
- робота з персоналом;
- комунікація та партнерство.

Стратегічна ідея (місія, візія, цінності) визначає бізнес-модель лікарні.

Бізнес-модель – це бізнес-процеси + організаційна структура лікарні.

Розробка Стратегії – процес декількох ітерацій. Розрахунок фінансового сценарію Стратегії дозволяє вносити коригування (візія, основні бізнес-процеси, організаційна структура і т. д.) для обрання найбільш ефективного варіанту Стратегії із усіх альтернативних.

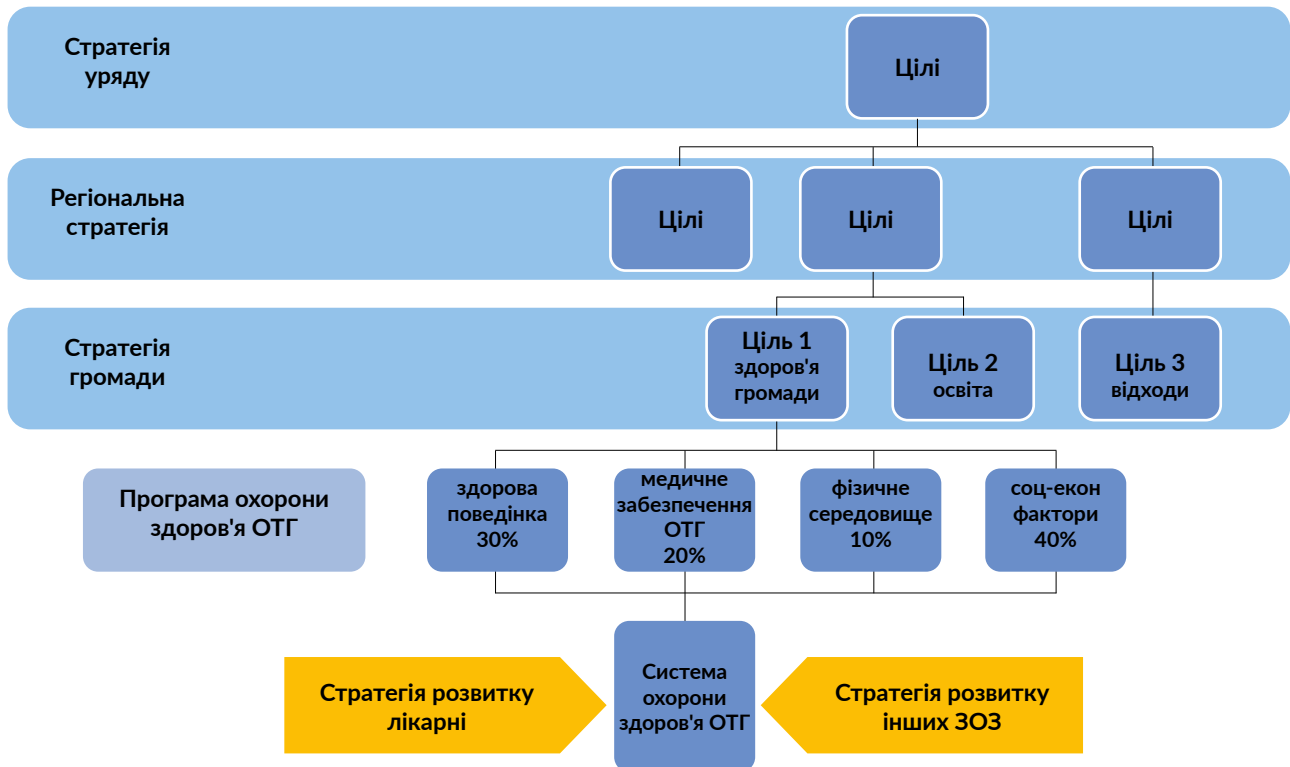
При формуванні стратегічної ідеї важливо врахувати такий аспект як цілісність майбутнього результату (Стратегії).

Який зв'язок між цілісністю і стратегією лікарні? Цілісність – це бачення діяльності в ширшому контексті. Для цього необхідно розуміти або сформулювати перспективу. В свою чергу, наявність перспективи (візія лікарні, стратегічні цілі громади, регіону) дозволяють розуміти і дотримуватись логіки при формуванні стратегії розвитку лікарні.

При розробці стратегії розвитку лікарні варто інтегрувати її в програми та програмні заходи вищої ієрархії (програма Уряду, регіональна програма розвитку, стратегія громади, стратегія розвитку місцевої системи охорони здоров'я). Досягнення стратегічних цілей лікарні мають сприяти досягненню стратегічних цілей вищого ієрархічного рівня на рівні громади, регіону, країни.

ПОРАДИ

ПРИКЛАД



Ідентифікація усіх зацікавлених сторін та їх залученість до розробки стратегії лікарні максимально враховує інтереси усіх жителів, а тому розроблений документ сприймається громадою як «свій». Розроблена разом з громадою Стратегія, незалежно від особистісних якостей керівників, або політичної ситуації створює основу для стійкого розвитку лікарні.

АНАЛІЗ ТА ІДЕНТИФІКАЦІЯ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН

(детальніше в Розділі 2 Посібника)

Для цілей розробки Стратегії такими зацікавленими сторонами можуть бути:

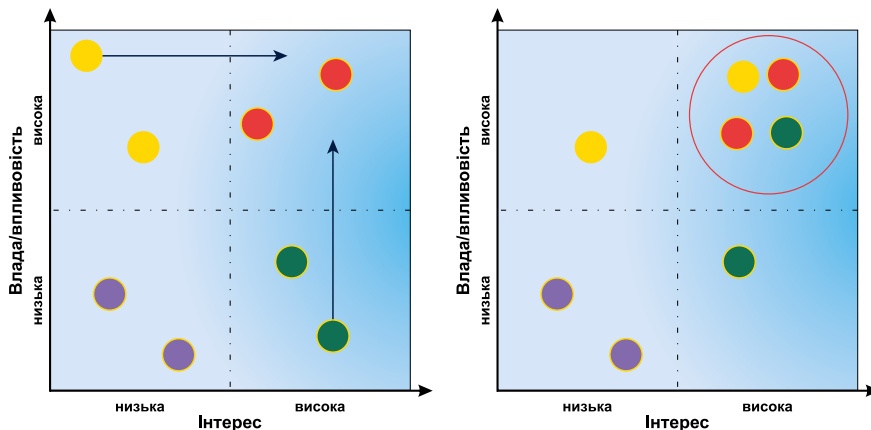
- керівництво ОТГ (ОМС), профільні виконавчі органи ОТГ;
- лікарня та інші заклади охорони здоров'я ОТГ;
- представники жителів громади (ініціативні групи, місцеві ГО, пацієнтські організації);
- представники ОМС сусідніх ОТГ;
- представники бізнесу;
- представники місцевих релігійних конфесій;
- ОДА (ДОЗ);
- МОЗ;
- Мінрегіон;

- асоціації ОМС;
- благодійні фонди;
- представники місцевих медіаресурсів;
- інші.

Виконайте картування усіх потенційних учасників в системі Вплив/Влада і Зацікавленість. Для цього:

ПОРАДИ

- складіть вичерпний список відповідних зацікавлених сторін;
- розташуйте зацікавлені сторони в системі координат «Вплив/Зацікавленість»;
- обговоріть та змоделюйте на карті результати аналізу цієї системи координат та можливі наслідки/висновки;
- сплануйте форму та зміст комунікацій із зацікавленими сторонами з урахуванням проведеного картування.



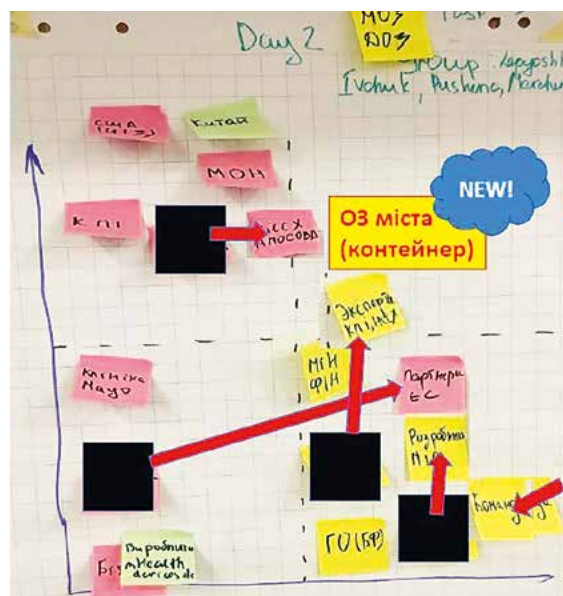
Прогнозована позиція зацікавлених сторін первинного Контейнеру



Система координат «Впливність/інтерес» для проведення аналізу зацікавлених сторін

Динаміка діалогічних змін

ПРИКЛАД



Якісний аналіз зацікавлених сторін дозволить формалізувати процес розробки Стратегії і сформувати збалансований склад Робочої групи з розробки Стратегії, який затверджується рішенням виконавчим комітетом сільської, селищної, міської рад.

На цьому етапі важливим є:

- залученість (ініціатива) голови ТГ або заступника голови, відповідального за напрям охорони здоров'я в громаді, до розроблення Стратегії;
- залученість (ініціатива) ТГ/комунального закладу охорони здоров'я розробляти Стратегію;
- формування робочої групи, яка займатиметься організацією заходів, потрібних для проведення всього циклу стратегічного планування. Готовність представників закладу організувати зустрічі з колективом, населенням, представниками органів місцевого самоврядування, депутатами та іншими впливовими особами;
- експертна підтримка – як під час візитів, так і в дистанційному режимі;
- залучення до розроблення Стратегії фінансистів для розрахунку фінансових сценаріїв альтернативних стратегій.

Наступним етапом є проведення комплексного аналізу, який включає:

- вивчення кадрового потенціалу;
- аналіз матеріально-технічного забезпечення;
- фінансово-економічний аналіз та порівняльний аналіз лікарні і конкурентного середовища (інші аналогічні заклади, що надають або планують надавати аналогічні медичні послуги);
- аналіз місцевих та регіональних програм соціально-економічного розвитку;
- демографічний та епідеміологічний аналіз громади.

Одним із доступних інструментів такого аналізу є SWOT-аналіз, хоча вибір може не обмежуватись тільки згаданим інструментом.

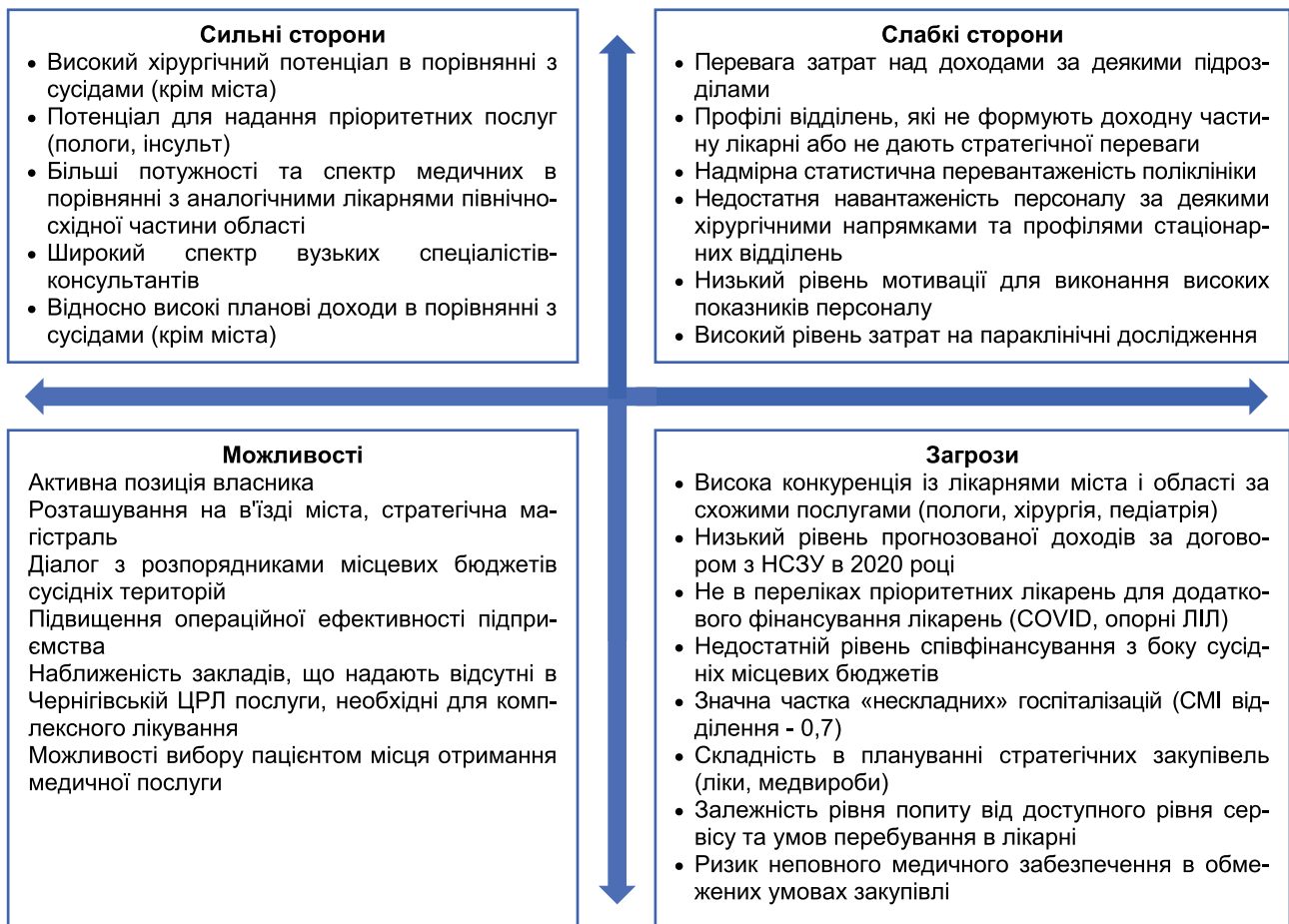


Методика SWOT-аналіз дозволяє виконати оцінку зовнішнього та внутрішнього середовища лікарні в розрізі 4 аспектів: сильні/слабкі сторони, можливості/загрози.



На фактори внутрішнього середовища (сильні і слабкі сторони) ми можемо впливати і таким чином планувати відповідні активності. На фактори зовнішнього середовища (загрози, можливості) ми не можемо впливати, але можемо їх враховувати, зменшуючи загрози шляхом посилення слабких сторін і використовуючи сильні сторони.

ПРИКЛАД



ВИЗНАЧЕННЯ ЦІЛЕЙ СТРАТЕГІЇ

У посібнику ми стисло зупинимся на одному із численних підходів для формування цілей, який успішно використовується в проектному та програмному менеджменті. На основі рекомендацій Європейського Союзу і практики, особливої уваги заслуговують такі інструменти як «Дерево проблем» та «Дерево цілей» – це один із доступних засобів аналізу проблем та цілей.

Чітке визначення проблеми є ключовою передумовою успішного планування та реалізації Стратегії. Якщо проблема визначена невірно, і потім ви намагаєтесь підлаштувати її під те рішення, що ви пропонуєте, то ймовірно, що ви зіткнетесь зі складнощами щодо постановки стратегічних

цілей. Саме тому варто приділити достатньо часу для ідентифікації та визначення проблеми.

У подальшому результатом застосування приведеного інструменту ідентифікована проблема (проблеми) перетвориться на стратегічну ціль (цілі).

ПОРАДИ

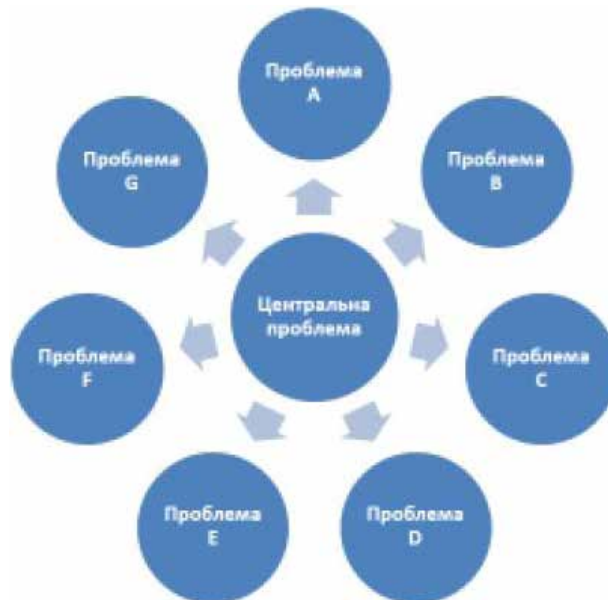
З огляду на цей факт орієнтиром для ідентифікації проблеми має стати стратегічний пріоритет. В розрізі стратегічного пріоритету ми складаємо список проблем, які в подальшому ми ранжуємо з точки зору причина-наслідок. В результаті за одним стратегічним пріоритетом не має бути більше ніж одна ціль.

На цьому етапі вже важливо працювати в максимальному складі зацікавлених сторін та експертів для об'єктивного аналізу.



При виборі кількості цілей пам'ятайте про обмеженість можливостей (ресурсів), необхідних для досягнення цілей. Намагання охопити максимальну кількість проблем часто ставить під загрозу досягнення будь-якої стратегічної цілі.

Побудову Дерева проблем ви починаєте з центральної проблеми, визначеної у формі негативного твердження. Потім ви визначаєте всі інші проблеми, які асоціюються з основною.



Проблеми, пов'язані з центральною проблемою

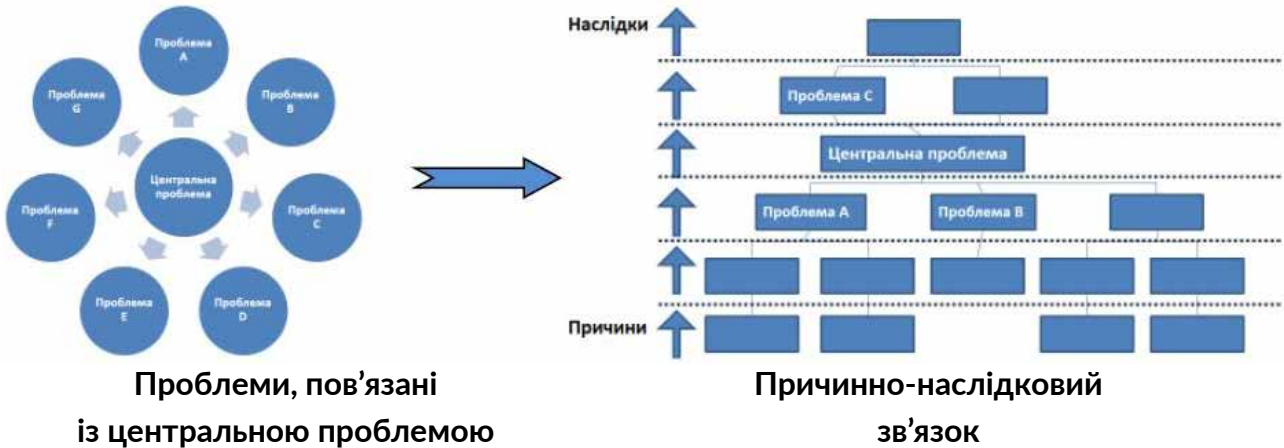
Після того, як ви визначили усі проблеми пов'язані з основною (центральною), потрібно ретельно проаналізувати кожна з них та визначити причинно-наслідковий зв'язок між ними. Потім потрібно їх графічно представити таким чином, щоб проблема-причина була на один рівень нижче ніж проблема-наслідок. Проблеми, що не мають між собою причинно-наслідкового зв'язку, показуються на одному рівні.

Дерево проблем як кінцевий результат вашого аналізу проблеми представляє собою резюме існуючої негативної ситуації відносно центральної проблеми, яку ви визначили, тобто проблеми, що є цільовою для стратегічного пріоритету.



Зверніть увагу на те, що центральна проблема не має містити в собі рішення, а Дерево проблем не є ієрархічною структурою (положення/розміщення проблем на Дереві проблем не показує їх важливість).

**Проект Європейського Союзу
«Підтримка політики регіонального розвитку в Україні»**



Розглянемо 4 проблеми: центральна проблема (договір з НСЗУ та власник не забезпечує потреби лікарні), Проблема А (незначна частка в структурі доходів з інших джерел), Проблема В (витрати перевищують доходи), та Проблема С (підвищення соціальної напруги). Проблеми А та В є причинами центральної проблеми, - відповідно вони мають бути розміщені нижче. Вони не взаємопов'язані, а тому будуть розміщені на одному рівні. Проблема С є наслідком центральної проблеми (а також, опосередковано – Проблем А та В) – отже, вона мусить бути розміщена вище.



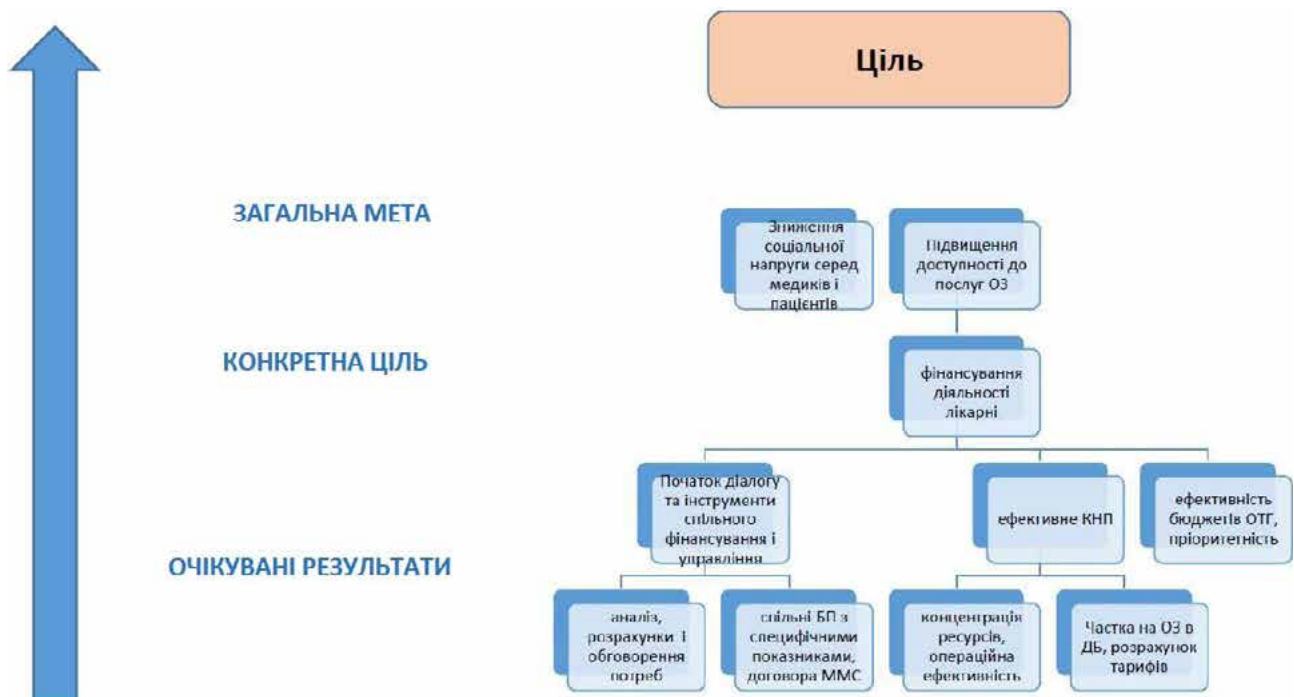
Зверніть увагу – центральна проблема не повинна бути на вершині вашого Дерева проблем. Якщо ви поставили її на найвищий рівень, то вам слід перевірити, чи можна вирішити цю проблему завдяки реалізації стратегії.



Дерево проблем - це відкрита логічна структура, пов'язана з матрицею аналізу зацікавлених сторін. Дерево проблем та матрицю зацікавлених сторін можна далі розробляти, трансформувати та змінювати. Їх треба перевіряти та переглядати на кожній стадії процесу розробки Стратегії. Це можна використовувати як основу для розробки кількох цілей Стратегії в залежності від кількості обраних пріоритетів.

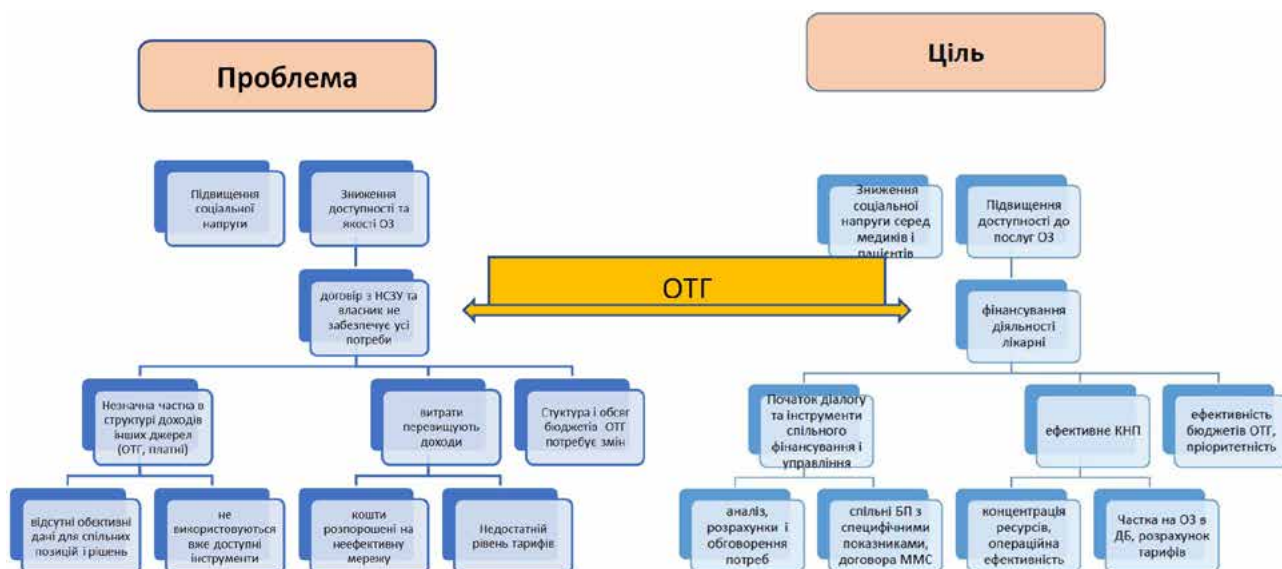
Після того, як Дерево проблем побудовано, ви починаєте думати над тим, як вирішувати проблему (центральну) і визначаєте це рішення як конкретну ціль.

Необхідно уявити собі бажаний кінцевий результат вирішення кожної проблеми, коли негативну ситуацію, процес чи тенденцію було подолано чи зменшено, а конкретні потреби були задоволені. Усі ці бажані досягнення можна представити як цілі. Перетворення негативних тверджень Дерева проблем на позитивні дасть змогу сформулювати якісні цілі. Формулюючи цілі, потрібно пам'ятати, що вони мають бути вимірні та досяжні.



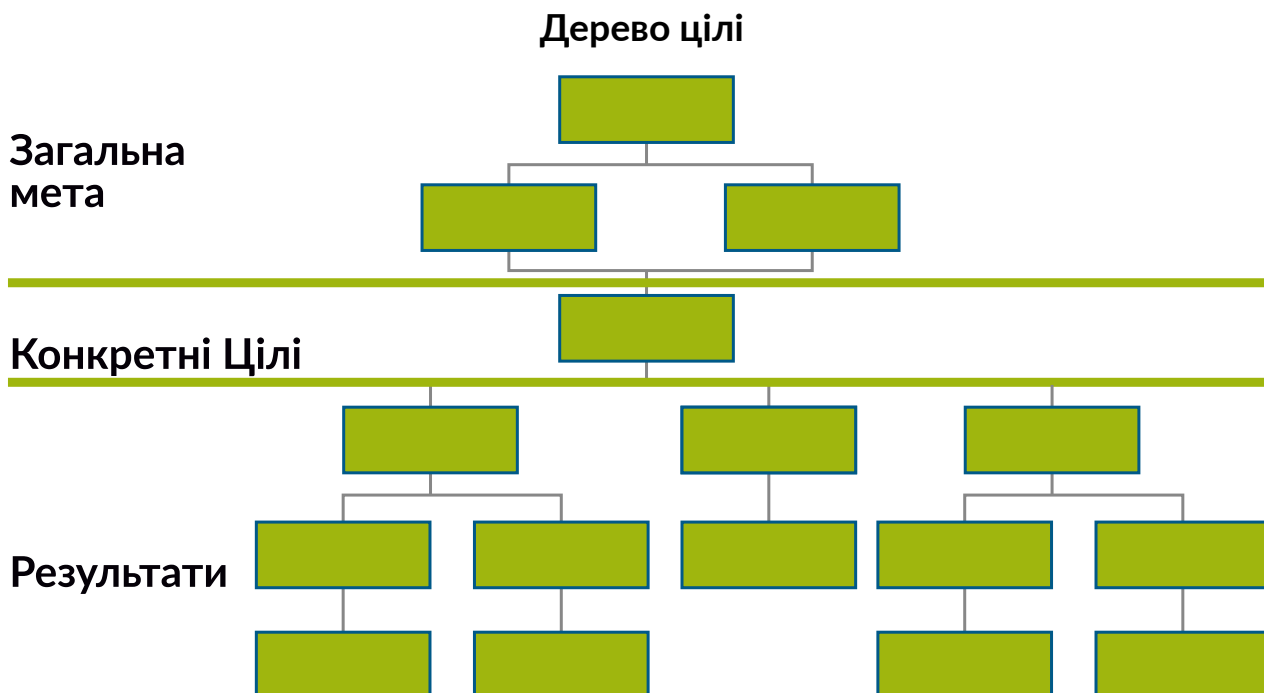
Дерево цілей будується шляхом переформулювання проблем у цілі та обрання однієї чи кількох конкретних цілей.

Щоб побудувати Дерево цілей, необхідно створити «позитивне» твердження на основі Дерева проблем, використовуючи ті рівні, які були визначені при побудові Дерева проблем. Таким чином, Дерево цілей буде побудовано на основі Дерева проблем. Рівень центральної проблеми перетвориться на конкретну ціль, рівні вище – на загальну мету, а рівні нижче – на очікувані результати.



Правильно виконавши всі перелічені кроки, разом з цілями Стратегії ви отримуєте очікувані результати, які використовуєте для операційного плану та моніторингу реалізації Стратегії.

ПОРАДИ





Важливим фактором, який вагомим чином впливає на стратегію розвитку лікарні, є наявність в лікарні відділення екстреної медичної допомоги (ВЕМД). В найближчій перспективі зміни в нормативно-правовій базі щодо функціонування подібних відділень безперечно будуть впливати на розвиток лікарень, в складі яких плануються ВЕМД. Міжнародні стандарти, які впроваджуються в діяльності роботи відділень, диктують нові і жорсткі вимоги до діяльності лікарні в цілому, її структури, персоналу та взаємодії в госпітальній мережі області. Одночасно з цим, новий механізм фінансування лікарень буде враховувати наявність таких специфічних медичних послуг лікарні.

ОЦІНКА ОПЕРАЦІЙНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ З ПОДАЛЬШОЮ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЄЮ БІЗНЕС-МОДЕЛІ ЛІКАРНІ

У реформованій системі охорони здоров'я України основною організаційно-правовою формою закладу охорони здоров'я є підприємство (державне казенне або комунальне некомерційне). Ці норми закріплені на рівні Господарського кодексу України та Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Діяльність в статусі комунального некомерційного підприємства значним чином відрізняється від діяльності в статусі комунальної установи як бюджетної. Однією з ключових відмінностей в оцінці ефективності підприємства є фінансові результати, що передбачає динамічне управління основною діяльністю, правильний вибір та моніторинг показників операційної діяльності.

Враховуючи специфіку основного виду діяльності медичного підприємства, показники операційної діяльності формуються за категоріями ресурсів: *фінанси, медичний персонал, ліжковий фонд, основне медичне обладнання*. Баланс між доходами та витратами підприємства залежить від ефективності використання цих ресурсів. Важливо вміти оцінювати потребу і рівень продуктивності основних ресурсів.

Одним із фінансових результатів підприємства підприємства є різниця між доходами та витратами закладу. Фінансові результати відділення, відповідно – різниця між доходами та витратами відділення. Оцінити фінансові результати на рівні основних клінічних відділень – важливе завдання, для того, щоб отримати відповідь на запитання: як змінюються фінансово-економічні показники підприємства при виборі певної моделі надання медичних послуг, організаційної структури підприємства і умов

оплати наданих послуг. Основні зусилля для виконання цього завдання зосереджуються на оцінці витрат на рівні основних клінічних відділень та розрахунку доходів кожного з відділень, де формується кінцева медична послуга: стаціонарна (госпіталізація) або амбулаторна (візит, консультація, процедура і т. д.). *Детальніше в Розділі 5 Посібника.*

Фінансові результати основних клінічних відділень не можуть бути єдиним і виключним критерієм для вибору організаційної моделі підприємства, тобто вибору організаційної структури та структури медичних послуг закладу. Але фінансові результати відділень дозволяють приймати рішення на користь вибору тієї чи іншої стратегії (див. Додаток 2). У будь-якому випадку, комплексний підхід в аналізі операційної діяльності КНП передбачає також аналіз ефективності ліжкового фонду та ключового персоналу для оптимізації цих ресурсів.

Ліжковий фонд для підприємства-лікарні є надзвичайно важливим ресурсом як з точки зору затрат, так і з точки зору отримання доходу. Будь-яка неефективність використання цього ресурсу (зайнятість ліжка, складність госпіталізації, термін перебування на ліжку) в першу чергу загрожує надлишковими витратами для всього закладу. З огляду на цей факт важливо визначитись з цільовими показниками діяльності ліжкового фонду та жорстким моніторингом цих показників. Фактором покращення, як і показником ефективності, є зниження терміну перебування на ліжку, звичайно без погіршення результатів для пацієнта. Щодо цільових показників зайнятості ліжка, то не існує жорстких нормативів – все залежить від профілю ліжок, типу стаціонарного закладу, передбачуваного резерву з приводу незапланованих подій. Для загального типу лікувальних ліжок є прийнятним показник зайнятості ліжка 85%. Для ліжок, що передбачають перебування пацієнтів з гострими станами (наприклад ліжка АІТ), прийнятним показником зайнятості може бути 75%. Такий рівень зайнятості для ліжок з гострими станами обумовлений необхідними резервними можливостями лікарні у випадку непередбачуваних подій, які різко збільшують потребу в подібних ліжках.

Визначившись з цільовими показниками ефективності ліжкового фонду та орієнтуючись на структуру стаціонарних послуг ми розраховуємо оптимальну потребу в ліжковому фонді (див. Додаток 3).

Оцінка потреби та ефективності ключового персоналу є послідовним і наступним кроком після планування потреби в ліжковому фонді. Медичний персонал важливо оцінювати в контексті структури та обсягу медичних послуг, на які зорієнтовано підприємство-лікарня. Власне, керуючись цією логікою, ми спочатку розраховуємо потребу та плануємо структуру ліжко-

вого фонду, а потім розраховуємо потребу медичного персоналу, що забезпечує діяльність ліжок лікарні. При цьому діяльність ліжок передбачає не просто сам факт їх існування, але інтенсивне використання при наданні стаціонарних медичних послуг. Стосовно прийнятних показників ефективності ключового персоналу – вони достатньо варіабельні і залежать від «інтенсивності» ліжка або гостроти стану стаціонарного пацієнта, вікових категорій пацієнтів, профілю стаціонарного відділення, режиму надання стаціонарних послуг і т. д. В будь-якому випадку, планові показники навантаження на ключовий персонал мають враховувати не тільки складність та інтенсивність виконуваної роботи але і фізичні можливості та рівень мотивації персоналу.

З основних принципів розрахунку можна зазначити наступні:

ПОРАДИ

- потреба в хірургічному та анестезіологічному персоналі розраховується із показників хірургічних операцій із загальним знеболюванням;
- прийнятним навантаженням на хірурга є мінімальна кількість операцій в рік;
- зайнятість лікаря-хірурга розподіляється пропорційно між хірургічною активністю та іншою, пов'язаною з веденням пацієнтів (палати, консультаційна активність);
- навантаження на лікарський персонал стаціонару не хірургічного профілю визначається кількістю пацієнтів на лікаря або кількістю ліжок при умові відомого рівня зайнятості цих ліжок;
- середній медичний персонал відділення стаціонару в цілодобовому режимі визначається кількістю пацієнтів на 1 цілодобовий пост або кількістю ліжок при умові планового рівня зайнятості цих ліжок. Для забезпечення цілодобового режиму до персоналу посту застосовується коефіцієнт 4,75;
- зайнятість анестезіологічного персоналу визначається хірургічною активністю (операції із загальним знеболюванням) та діяльністю у ВАІТ (цілодобовий режим, планове навантаження пацієнтів або ліжок на лікаря, анестезистку). Враховуючи цілодобовий режим роботи ВАІТ, до персоналу посту застосовується коефіцієнт 4,75;
- потреба в середньому медичному персоналі у стаціонарних відділеннях, де не передбачено цілодобового медичного супроводу, визначається кількістю пацієнтів на медсестру або кількістю ліжок при умові планового рівня зайнятості цих ліжок;
- прийнятний рівень навантаженості на медсестру і лікаря в педіатричних стаціонарних відділеннях нижчий, ніж в дорослих стаціонарних відділеннях лікувального профілю.

Дані, необхідні для аналізу операційної ефективності лікарні:

- Фінанси (затрати на рівні відділень за методикою аналізу витрат cost accounting, top down; розподіл госпіталізованих по стаціонарних відділеннях за кожним стаціонарним пакетом медичних гарантій, кількість послуг та вартість усіх підписаних з НСЗУ пакетів медичних гарантій, доходи лікарні за 1 квартал поточного року з деталізацією – перехідний квартал між початком нового фінансового року та початком нового року Програми медичних гарантій з 1 квітня поточного року). *Детальніше в Розділі 5 Посібника.*
- Статистика (кількість та структура госпіталізацій за складністю і профілями, кількість проведених ліжко-днів в розрізі відділень, кількість та профілі операцій в розрізі відділень, кількість фізичних осіб персоналу та режими роботи стаціонарних відділень, режими роботи операційних кімнат, кількість амбулаторних послуг з деталізацією, кількість фізичних осіб лікарів-консультантів).
- Прийнятий та погоджений закладом рівень цільових показників ліжкового фонду (зайнятість ліжка за профілем відділення, середній ліжко-день за профілем відділення) та навантаження на ключовий медичний персонал для середньострокової перспективи.

Висновки

Розробка стратегії розвитку лікарні потребує серйозної уваги на етапі підготовки. А саме, детальний аналіз усіх потенційних зацікавлених сторін, розробка комунікаційної стратегії з ними, вибір стратегічних пріоритетів та цілей, розробка альтернативних стратегій та оцінка фінансових сценаріїв, комплексний аналіз лікарні та конкурентного середовища з подальшою розробкою нової бізнес-моделі лікарні.

Всі ці етапи не завжди витримані в жорсткій послідовності, але завжди мають певну кількість ітерацій. Послідовність етапів та кількість ітерацій при розробці Стратегії залежить від багатьох факторів і визначається в кожному випадку окремо.

4

Фінансово-економічний аналіз закладу охорони здоров'я

Теоретико-правова основа

Методологія обліку витрат (Cost accounting methods) – методи, які використовують принципи бухгалтерського обліку для класифікації та оцінки всіх витрат, понесених при виробництві послуги. До основних методів, що застосовуються при аналізі витрат відносяться розрахунок «згори-донизу» (top down costing) та розрахунок «знизу – вгору» (bottom up costing). Можлива комбінація обох методів в залежності від цілей, які поставлені при виконанні аналізу витрат.

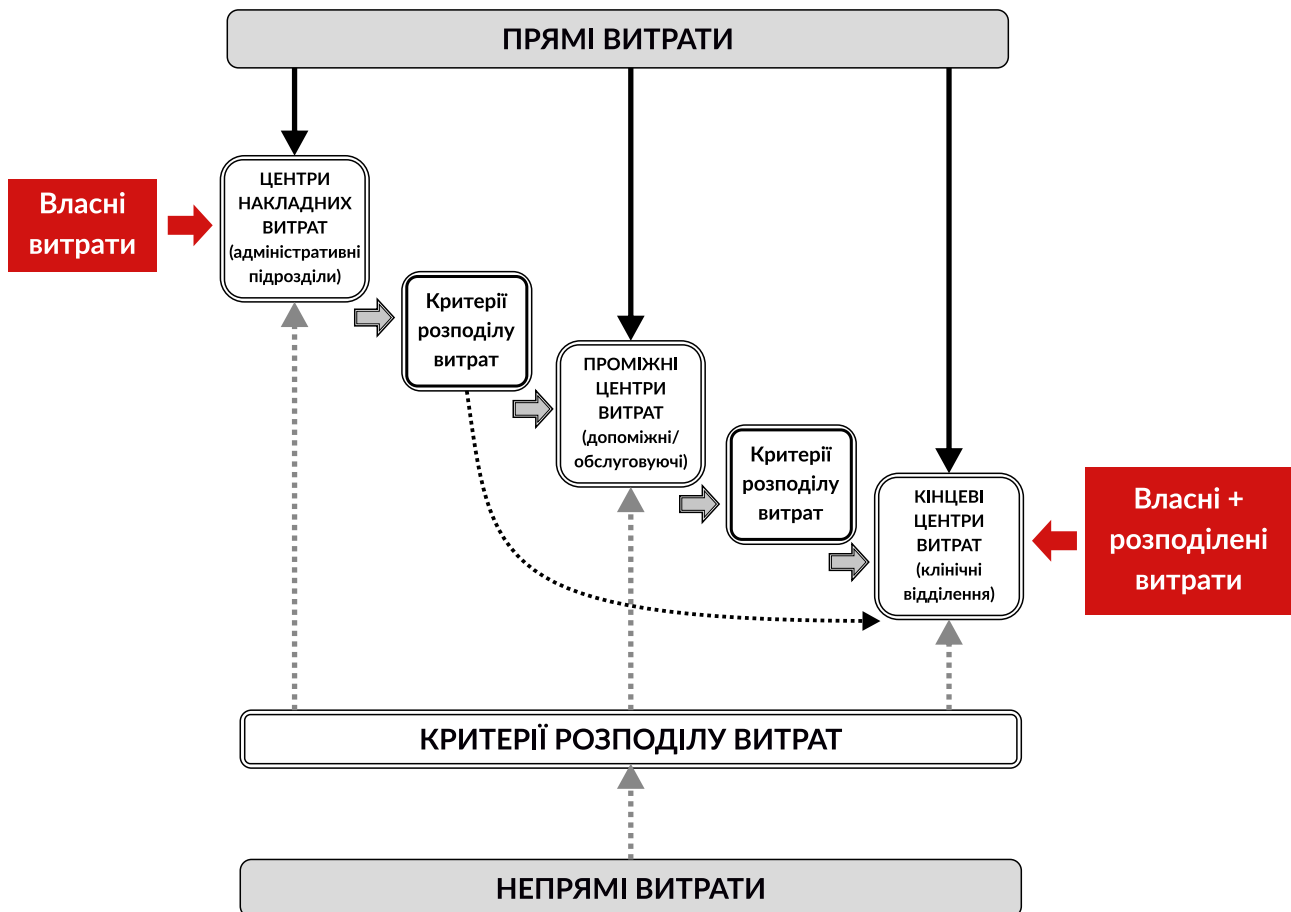
Витрати «згори-донизу» (top down costing) – метод який спочатку документує загальні витрати суб'єкта господарювання (закладу охорони здоров'я) та розподіляє його між центрами витрат (відділеннями закладу охорони здоров'я), а потім – до кінцевої одиниці продукції (наприклад, ліжко-дні, госпіталізації, амбулаторні відвідування) при середній вартості затрачених ресурсів, що використовуються для надання послуги (амбулаторної послуги або типу стаціонарного лікування пацієнта).

Приклад розрахунку за підходом «top down»



! Включення або виключення амортизаційних затрат при розрахунку тарифів для цілей фінансування закладів охорони здоров'я залежить від політики платника і приймається на національному рівні (Постанова КМУ від 27.12.2017 №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»).

При цьому застосовується процес, за допомогою якого прямі витрати відносяться безпосередньо, а непрямі витрати розподіляються через розподіл витрат «згори-донизу» з використанням критеріїв розподілу, для розрахунку середніх витрат на одиницю продукції (амбулаторної послуги або типу стаціонарного лікування пацієнта). Цей процес носить назву ступінчатого або покрокового рознесення витрат (step-down cost allocation).



Витрати «знизу – вгору» (bottom up costing) – метод калькуляції витрат, що визначає вартість одиниці послуги шляхом підсумовування витрат на всі задіяні ресурси.

У калькуляції вартості медичних послуг цей метод використовується для оцінки вартості надання окремої вузько спеціалізованої (пріоритетної) послуги або типу лікування пацієнта. Цей метод має на меті визначити максимально точно, наскільки це можливо, досліджувану вартість послуги або типу лікування пацієнта через пряму оцінку використання ресурсів (прямі витрати). Вартість розрахованої послуги таким чином, як правило, вища ніж методом «згори-донизу» так як враховує не середні прямі витрати, а витрати а окрему послугу.

У випадку розрахунку за методом «знизу – вгору» середньої вартості послуги або типу лікування пацієнта у відділенні закладу цей процес має наступний вигляд:

Приклад розрахунку за підходом «bottom up»



Методологія аналізу витрат в системі охорони здоров'я розроблена в рамках спільної ініціативи розвинутих країн, започаткованої в 2009 році, для кращого планування затрат в охороні здоров'я. З 2015 року широко застосовується для цілей досягнення Універсального доступу населення до послуг охорони здоров'я.

Залежно від поставлених завдань згадана методологія може успішно використовуватись для розробки системи фінансування закладів охорони здоров'я на національному рівні, розрахунку вартості окремої послуги або типу лікування пацієнта, моделювання фінансових сценаріїв затрат закладу охорони здоров'я на одиницю послуги, внутрішнього фінансово-економічного аналізу закладу, визначення прогалин фінансування в розрізі окремої послуги або типу лікування пацієнта.

Вперше в Україні міжнародна методика оцінки затрат лікарні (Cost accounting) із застосуванням підходу «згори донизу», відомого як «top down» або як методика покрокового рознесення витрат, була застосована під час впровадження міжнародного проекту «Фінансування та управління охороною здоров'я», що фінансувався USAID. В рамках згаданого проекту було оцінено затрати лікарень вторинного та третинного рівнів медичної допомоги в 11 областях України.

Офіційно підхід «згори донизу» міжнародної методики Cost accounting, був затверджений на національному рівні як методика для розрахунку тарифів на медичні стаціонарні та амбулаторні послуги і застосований при підготовці закладів пілотного проекту Національної Академії медичних наук України (НАМНУ) за підтримки проекту «Фінансування та управління охороною здоров'я», що фінансувався USAID і виконувався Abt Associates Inc.

Підхід «згори донизу» як методика був затверджений наказом МОЗ та НАМНУ від 20.09.2017 № 1123/64 «Про затвердження Розрахунку тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги учасниками пілотного проекту»¹ для розрахунку тарифів на медичні послуги в рамках договорів на медичне обслуговування, що надають медичні заклади НАМНУ в пілотному проекті затверженому Постановою КМУ від 14.06.2017 №425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук»².

Трохи згодом підхід «згори донизу» міжнародної методики Cost accounting був затверджений на національному рівні як методика для розрахунку вартості послуг з медичного обслуговування Постановою КМУ від 27.12.2017 №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» (в подальшому – Методика)³.

Методика спрямована на забезпечення стандартизації та уніфікації підходів до обліку витрат у закладах охорони здоров'я та встановлення базових принципів універсальної національної системи розрахунку вартості послуг з медичного обслуговування, фінансування яких забезпечується за рахунок бюджетних коштів у межах програми медичних гарантій.

Опис методики

Для розрахунку затрат по кожному основному клінічному відділенню, що надає медичні послуги, застосована Методика, затверджена Постановою КМУ від 27.12.2017 №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування».

Ця Методика визначає методологію та порядок обліку фактичних витрат, які здійснюють заклади охорони здоров'я у зв'язку з наданням послуг з медичного обслуговування (далі – медичні послуги) і які враховуються під час встановлення єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – програма медичних гарантій).

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1500-16#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0110-93#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

У рамках Методики врегульовані основні методологічні аспекти процесу обліку витрат на основі методу стандартного аналізу витрат шляхом їх покрокового розподілу «згори донизу».

Результатом процесу обліку витрат є забезпечення розрахунку середньої вартості одиниць послуг для кожного основного клінічного відділення (середня вартість ліжко-дня або одного пролікованого стаціонарного випадку в кожному клінічному відділенні).

Загальний бюджет закладу охорони здоров'я, на основі якого здійснюється подальший розподіл витрат, охоплює всі витрати закладу з основного та спеціального фондів. Капітальні витрати (капітальний ремонт і закупівля високовартісного обладнання та інших основних засобів) і амортизація не враховуються під час проведення аналізу витрат за цією Методикою, а враховуються додатково.

Етапи

Підхід покрокового розподілу витрат «згори донизу» передбачає проведення економічних розрахунків, результатом яких є розподіл усіх витрат закладу охорони здоров'я (як прямих, так і непрямих) — від адміністративних та допоміжних підрозділів (центрів витрат) до основних клінічних відділень (центрів витрат), для яких розраховується кінцева середня вартість одиниці медичної послуги (виписаний пацієнт, ліжко-день у стаціонарному відділенні лікарні, амбулаторне відвідування тощо) на основі критеріїв розподілу витрат (Постанова КМУ від 27.12.2017 №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»).

▪ 1 етап. Стандартизація переліку клінічних відділень та структурних підрозділів закладу охорони здоров'я.

Наказ МОЗ №29 від 21.01.2016 «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення»¹ визначає стандартний перелік і систему кодування основних клінічних відділень та типовий перелік адміністративних та допоміжних підрозділів закладів охорони здоров'я, що використовуються під час застосування Методики.

Заклади охорони здоров'я використовують цей перелік для кодування своїх основних клінічних відділень, адміністративних та допоміжних підрозділів.

У таблиці наведена відповідність власних назв стаціонарних відділень стандартним назвам за профілями відділень.

Назви відділень	Профілі відділень	Коди профілів
Хірургічне відділення з урологічними ліжками	Хірургічне для дорослих	78
Ортопедо-травматологічне відділення	Ортопедичне для дорослих	39
Гінекологічне відділення	Гінекологічне для дорослих	10
Акушерське відділення з ліжками патології вагітності	Патології вагітних	46
Офтальмологічне відділення з отоларингологічними ліжками	Отоларингологічне для дорослих	41
Інфекційне боксоване відділення з дитячими та дорослими ліжками	Інфекційне для дорослих	20
Терапевтичне відділення з кардіологічними та паліативними ліжками	Терапевтичне для дорослих	63
Неврологічне відділення з паліативними ліжками	Неврологічне для дорослих	28
Педіатричне відділення	Педіатричне	47

- 2 етап. Класифікація підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я за типами центрів витрат на адміністративні, допоміжні та основні клінічні

1. Адміністративні підрозділи.
2. Допоміжні медичні підрозділи.
3. Основні клінічні підрозділи.

Адміністративні підрозділи – структурні підрозділи, які надають іншим відділенням допоміжні послуги, пов'язані з виникненням накладних витрат.

Зокрема, до таких підрозділів можуть бути віднесені адміністративно-управлінські підрозділи (керівництво, відділ кадрів, планово-економічний відділ, бухгалтерія, відділ статистики тощо), підрозділи загальногосподарського та технічного обслуговування (адміністративно-господарська частина, гараж, підрозділи технічного обслуговування медичного та немедичного обладнання, відділ ІТ).

Допоміжні медичні підрозділи – структурні підрозділи, які надають основним медичним відділенням допоміжні послуги, пов'язані із забезпеченням діагностики та лікування.

До таких підрозділів можуть бути віднесені лабораторії, підрозділи з проведення інструментальних та апаратних діагностичних досліджень, операційні блоки та підрозділи реанімації та інтенсивної терапії, що обслуговують потреби інших (основних) медичних підрозділів тощо. Одиницями послуг, вироблених (наданих) цими підрозділами, є, зокрема, лабораторні, морфологічні та патоморфологічні дослідження, інструментальні та апаратні діагностичні дослідження (рентгенологічні, радіологічні, ультразвукові, ендоскопічні тощо).

Основні клінічні відділення – до таких відділень належать структурні підрозділи, які безпосередньо надають пацієнтам медичні послуги із стаціонарного лікування під час амбулаторних відвідувань чи у режимі денного стаціонару. Одиницями послуг основних клінічних відділень є виписані із стаціонару пацієнти; використані для надання послуг у стаціонарному відділенні ліжко-дні; візити амбулаторних пацієнтів тощо. Результатом процесу обліку витрат є забезпечення розрахунку середньої вартості одиниць послуг для кожного основного клінічного відділення.

ПРИКЛАД

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЧЕРНІГІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ» ЧЕРНІГІВСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	
1	Апарат управління
1	Відділ фінансового забезпечення
1	Господарсько-обслуговуючий підрозділ
1	Інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики
2	Операційний блок
2	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії
2	Стоматологічне відділення
2	Фізіотерапевтичне відділення
2	Приймально-діагностичне та екстреної допомоги відділення
2	Відділення функціональної, ультразвукової діагностики та ендоскопії
2	Рентгенологічне відділення
2	Клініко-діагностична лабораторія
2	Централізоване стерилізаційне відділення
2	Зубопротезна лабораторія
3	Хірургічне відділення з урологічними ліжками
3	Ортопедо-травматологічне відділення
3	Гінекологічне відділення
3	Акушерське відділення з ліжками патології вагітності
3	Офтальмологічне відділення з отоларингологічними ліжками
3	Інфекційне боксоване відділення з дитячими та дорослими ліжками
3	Терапевтичне відділення з кардіологічними та паліативними ліжками
3	Неврологічне відділення з паліативними ліжками
3	Педіатричне відділення
3	Поліклінічне відділення

- 3 етап. Визначення витратів, які включатимуться до розрахунку витрат.

Стаття витрат	Сума
Зарплата та нарахування	
Медикаменти	
Товари	
ТО обладнання	
Транспорт	
Зв'язок	
Загальнолікарняні	
Комунальні витрати	
Харчування	
Інші	
Бюджет	61 200 526

- 4 етап. Розподіл прямих витрат між усіма структурними підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров'я.

1. Зарплата і нарахування відносно кожного підрозділу згідно штатного розпису.
2. Ліки і медвироби на рівні кожного параклінічного та клінічного підрозділу за даними бухгалтерського обліку.
3. Витрати на технічне обслуговування обладнання за вартістю договорів по відношення до обладнання в структурних підрозділах (якщо доступні дані) або пропорційно вартості обладнання.

- 5 етап. Визначення критеріїв розподілу витрат.

Критерії розподілу загальної суми непрямих витрат за основними клінічними, адміністративними, допоміжними підрозділами Чернігівської ЦРЛ

Стаття витрат	Критерії розподілу
Зв'язок	Персонал
Комунальні	Площа
Загальнолікарняні	Персонал
Матеріали	Персонал
М'який інвентар	Персонал
Харчування	Ліжко-дні
ТО обладнання	Вартість обладнання

Критерії розподілу усіх витрат (прямих і непрямих) на утримання адміністративних, допоміжних та основних клінічних відділень

	ПІДРОЗДІЛИ	КРИТЕРІЇ РОЗПОДІЛУ
1	Апарат управління	Персонал
1	Відділ фінансового забезпечення	Персонал
1	Господарсько-обслуговуючий підрозділ	Госпіталізації
1	Інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики	Госпіталізації

	ПІДРОЗДІЛИ	КРИТЕРІЇ РОЗПОДІЛУ
2	Операційний блок	Операції
2	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії	Операції
2	Стоматологічне відділення	Візити
2	Фізіотерапевтичне відділення	Процедури
2	Приймально-діагностичне та екстреної допомоги відділення	Госпіталізації
2	Відділення функціональної, ультразвукової діагностики та ендоскопії	Дослідження УЗД, ФГДС, функціональні
2	Рентгенологічне відділення	Рентгенологічні дослідження
2	Клініко-діагностична лабораторія	Лабораторні дослідження
2	Централізоване стерилізаційне відділення	Операції
2	Зубопротезна лабораторія	Зубні протези

▪ 6 етап. Виконання покрокового розподілу витрат «зверху донизу».

Під час аналізу витрат за принципом «зверху донизу» витрати всіх підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я розташовуються у вигляді вертикального списку з дотриманням такої послідовності: діяльність підрозділів, розташованих вище у списку, має більш загальний характер та/або сприяє здійсненню діяльності підрозділів/відділень, розташованих нижче у списку.

Таким чином, адміністративні підрозділи будуть розташовані у списку вище ніж допоміжні, а допоміжні – вище ніж основні клінічні відділення. Витрати адміністративних та допоміжних підрозділів послідовно розподіляються згори донизу між підрозділами/відділеннями, розташованими нижче у списку, відповідно до встановлених критеріїв розподілу. Після того як витрати чергового підрозділу розподілені між усіма підрозділами/відділеннями, розташованими нижче у списку, здійснюється перехід до розподілу витрат наступного підрозділу/відділення, що відображається як сходінка в таблиці розподілу. Таким чином реалізується підхід ступінчатого рознесення витрат, відомий як «step down».

Результати ступінчатого рознесення витрат на прикладі відділень Чернігівської ЦРЛ представлені на зображенні нижче.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	
	Бюджет	Сумми «	Апарат	Відділ	Відділ	Господарське	Інформаційно-	Операційно-	Відділення	Стоматологічне	Фізіотерапевтичне	Графічний	Відділення	Рентгенологічне	Клініко-діагностичне	Централізоване	Зубопротезна	Спеціальність	
	Бюджет	распределено	управління	Фінансову	на	обслуговування	аналізу	аналізу	анестезії	лічне	відділення	число	функціональне	лічне	лічне	лічне	лічне	лічне	
	Бюджет	распределено	управління	Фінансову	на	обслуговування	аналізу	аналізу	анестезії	лічне	відділення	число	функціональне	лічне	лічне	лічне	лічне	лічне	
1	61 200 537	61 200 537	616.50																dep_cost
2	2 759 039	2 759 039	2 759 039	602.75															
3	1 292 100	1 292 100	61 536	1 353 636	515.25														
4	6 421 262	6 421 262	391 591	196 505	7 009 358	10 871													
5	289 191	289 191	14 545	7 299	44 212	355 247	3 159												
6	1 509 842	1 509 842	82 794	41 547	251 670	0	1 885 852	3 159											
7	3 426 025	3 426 025	146 567	73 549	445 524	0	4 091 665	12 793											
8	2 028 982	2 028 982	107 408	53 898	326 491	0	0	2 516 779	9 036										
9	1 495 480	1 495 480	90 825	45 477	275 477	0	0	0	1 907 059	1									
10	1 892 710	1 892 710	86 150	43 231	261 873	0	0	0	0	2 283 965	36 320								
11	1 352 311	1 352 311	68 249	34 248	207 458	0	0	0	0	0	1 662 266	20 158							
12	1 451 648	1 451 648	60 417	30 318	183 651	0	0	0	0	0	0	1 726 034	491 271						
13	2 194 288	2 194 288	119 715	60 074	363 902	0	0	0	0	0	0	0	2 737 979	3 159					
14	256 030	256 030	11 188	5 614	34 010	0	0	0	0	0	0	0	0	306 842	723				
15	539 919	539 919	27 971	14 036	85 024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	666 949	40 942 110		
16	4 582 024	4 582 024	194 677	97 691	591 765	52 808	624 439	1 354 822	0	188 047	0	0	46 751	305 130	101 601	0	0	8 139 754	
17	1 948 638	1 948 638	80 556	40 424	244 868	25 097	191 033	414 477	0	105 526	0	0	50 861	112 914	31 082	0	0	3 245 476	
18	2 258 397	2 258 397	106 289	53 337	323 090	45 717	496 685	1 077 640	0	126 631	0	0	3 083	190 176	80 814	0	0	4 761 860	
19	3 453 962	3 453 962	154 399	77 479	469 331	29 574	128 350	278 477	0	42 210	0	0	45 724	224 870	20 884	0	0	4 925 259	
20	1 714 518	1 714 518	80 556	40 424	244 868	37 025	437 585	949 411	0	122 832	0	0	7 193	68 278	71 198	0	0	3 773 887	
21	2 821 538	2 821 538	134 260	67 373	408 114	19 901	597	1 295	0	97 928	0	0	40 758	145 211	97	0	0	3 737 072	
22	3 512 038	3 512 038	174 528	87 585	530 548	69 768	4 179	9 067	0	288 718	0	0	206 357	395 991	680	0	0	5 279 469	
23	2 860 213	2 860 213	134 260	67 373	408 114	47 482	2 985	6 476	0	266 980	0	0	42 984	205 536	486	0	0	4 042 888	
24	2 168 741	2 168 741	105 170	52 776	319 689	27 875	0	0	0	164 881	0	0	23 975	153 337	0	0	0	3 036 444	
25	8 971 640	8 971 640	325 580	163 380	989 676	0	0	0	2 516 779	483 307	2 283 965	1 662 266	1 258 349	936 536	0	666 949	20 258 427		
26	0	61 200 537	61 200 537	2 759 039	1 353 636	7 009 358	355 247	1 885 852	4 091 665	2 516 779	1 907 059	2 283 965	1 662 266	1 726 034	2 737 979	306 842	666 949	61 200 537	

- **7 етап. Отримання основних результатів аналізу витрат закладу охорони здоров'я.**

Основними результатами правильно виконаного аналізу витрат закладу охорони здоров'я є:

- середня вартість пролікованого випадку в кожному стаціонарному відділенні та в цілому в лікарні;
- середня вартість амбулаторного візиту в поліклініку (денний стаціонар);
- структура витрат стаціонарного випадку та амбулаторного візиту в поліклініку (денний стаціонар) та бюджету лікарні.

Крім того, додатково можна оцінити середні витрати по допоміжних відділеннях, а в структурі витрат виділити адміністративні, загальнови-робничі (накладні) витрати (див. Додатки 5, 7).



Адміністративні витрати закладу – сума повних витрат адміністра- тивних підрозділів закладу.

Адміністративні витрати підрозділу (допоміжний, клінічний) -, розпо- ділені ступінчастим методом повні витрати адміністративних підрозділів через критерії розподілу відповідно на допоміжні та клінічні підрозділи.

Розподілені витрати клінічного підрозділу – частина витрат вищих категорій відділень (включаючи їх адміністративні витрати) в структурі їх повних витрат, розподілені ступінчастим методом через критерії розподілу на клінічний підрозділ.

Власні та розподілені витрати клінічного підрозділу складають повні витрати (вартість) відповідного клінічного підрозділу.

Про можливості методології для різних варіантів фінансово-економічного аналізу закладу охорони здоров'я

Можливості методології обліку витрат (Cost accounting), як «згори-до- низу» так і «знизу-вгору», не обмежуються застосуванням виключно для аналізу витрат окремого закладу, але і для розрахунку реальної собіварто- сті послуги в закладі, порівняльному аналізі або моделюванні фінансових сценаріїв діяльності закладу.

- **Моделювання фінансових сценаріїв затрат закладу охорони здоров'я на одиницю по- слуги лікарні.**

ПРИКЛАД

При передачі повноважень від районних рад до територіальних гро- мад і плануванні подальшого розвитку лікарні доцільно координувати такі дії з плануванням лікарняної мережі області в межах госпітального округу

Для розрахунку середньої вартості ліжко-дня або одного проліковано- го стаціонарного випадку в кожному клінічному відділенні використовувалися 3 сценарії: №1 Прогресивний, №2 Оптимальний, №3 Консервативний.

Для сценарію №1 до бюджету витрат лікарні включені всі витрати, здійснені в попередньому році і підтверджені даними бухгалтерського обліку.

Для сценарію №2 до бюджету витрат лікарні включені всі витрати, здійснені в попередньому році за винятком категорії витрат на медикаменти та медичні вироби.

Витрати на медикаменти та медичні вироби розраховані методом експертної оцінки з огляду на обсяг та структуру медичних послуг наданих в попередньому році з урахуванням вимог Постанови КМУ від 27.12.2017 №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» щодо дотримання галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я при встановленні єдиних тарифів за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Для сценарію №3 до бюджету витрат лікарні включені всі витрати, здійснені в попередньому році за винятком оплати праці та категорії витрат на медикаменти і медичні вироби.

Додатково можуть бути включені інші витрати. Наприклад, витрати на додаткове обладнання, необхідне для розширення послуг або контракування НСЗУ нових пакетів.

▪ **Top down в розробці стратегії лікарні¹**

ПРИКЛАД

Таблиця Фінансові результати 9 міс. 2020 рік, сценарій №2			
Відділення	Доходи за договорами з НСЗУ 9 міс., грн	Затрати 9 міс., грн	Фінансовий результат, грн., 9 міс. 2020
Всього	46 883 569	53 610 950	-6 727 380

Таблиця Фінансові результати 9 міс 2020 рік, сценарій № 3			
Відділення	Доходи за договорами з НСЗУ 9 міс., грн	Затрати 9 міс., грн	Фінансовий результат, грн
Всього	46 883 569	102 155 058	-55 271 489

2 варіанти річного бюджету:

- 68 913 333 грн
- 136 206 744 грн

Ставка лікаря – 25 000 грн.
Середній медичний персонал – 15 000 грн (60%)

Фонд оплати праці розраховувався по відношенню до реорганізованої штатної структури (скорочення офтальмологічного відділення шляхом приєднання до хірургічного відділення) із застосуванням норми ст. 10

¹Джерело: Агенція розвитку охорони здоров'я, 2020.

Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Тобто, застосована норма, що визначає базу для розрахунку компонента оплати праці медичних працівників величину, що є не меншою за 250 відсотків середньої заробітної плати в Україні за липень року, що передує року, в якому будуть застосовуватися такі тарифи та коригувальні коефіцієнти.

Ця норма застосована тільки до категорії лікарів і прирівняних до них. До категорії середнього медичного персоналу застосована норма 60% від місячної ставки лікаря. До молодшого медичного персоналу ці норми оплати не застосовувались.

Витрати на медикаменти та медичні вироби розраховані методом експертної оцінки з огляду на обсяг та структуру медичних послуг наданих в попередньому році з урахуванням вимог Постанови КМУ від 27.12.2017 №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» щодо дотримання галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я при встановленні єдиних тарифів за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Назва відділення	Вартість ліжко-дня, грн		Вартість пролікованого стаціонарного випадку, грн	
Хірургічне відділення з урологічними, офтальмологічними та отоларингологічними ліжками	518	1 000	4 950	9 547
Ортопедо-травматологічне відділення з ліжками медичної реабілітації	485	749	6 483	10 023
Гінекологічне відділення	459	898	4 191	8 195
Акушерське відділення з ліжками патології вагітності	761	1 264	6 724	11 163
Інфекційне боксоване відділення з дитячими та дорослими ліжками	652	1 169	6 537	11 720
Терапевтичне відділення з кардіологічними та паліативними ліжками	240	483	2 908	5 846
Неврологічне відділення з паліативними ліжками	258	488	3 191	6 031
Педіатричне відділення	329	621	3 814	7 204

*2 варіанти
річного бюджету:
68 913 333 грн
136 206 744 грн*



Аналогічний підхід використовується для визначення прогалін у фінансуванні в розрізі основних послуг (амбулаторний візит, пролікований випадок) при розрахунку розміру фінансової участі в рамках міжмуніципального співробітництва щодо лікарні. Детальніше у Розділі 6 Посібника.

Розрахунок вартості медичної послуги з використанням комбінації методів «згори-донизу» (top down costing) та «знизу-вгору» (bottom up costing).

ПРИКЛАД

Пілотний проект: Постанова КМУ від 14.06.2017 №425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук».

На рівні клінічних відділень Державної установи «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М.Амосова НАМН України» з використанням аналізу витрат «згори-донизу» були отримані середні вартості окремих стаціонарних послуг (пролікованого випадку). Витрати на лікарські засоби та медичні вироби в аналіз витрат «згори-донизу» не враховувались на рівні кінцевих клінічних відділень.

Лікарські засоби та медичні вироби враховувались методом «знизу – вгору» як прямі витрати окремо на кожну стаціонарну послугу (пролікований випадок) для максимально точної оцінки вартості спеціалізованих стаціонарних послуг закладу (див. Додаток 6).

Внутрішній фінансово-економічний аналіз закладу.

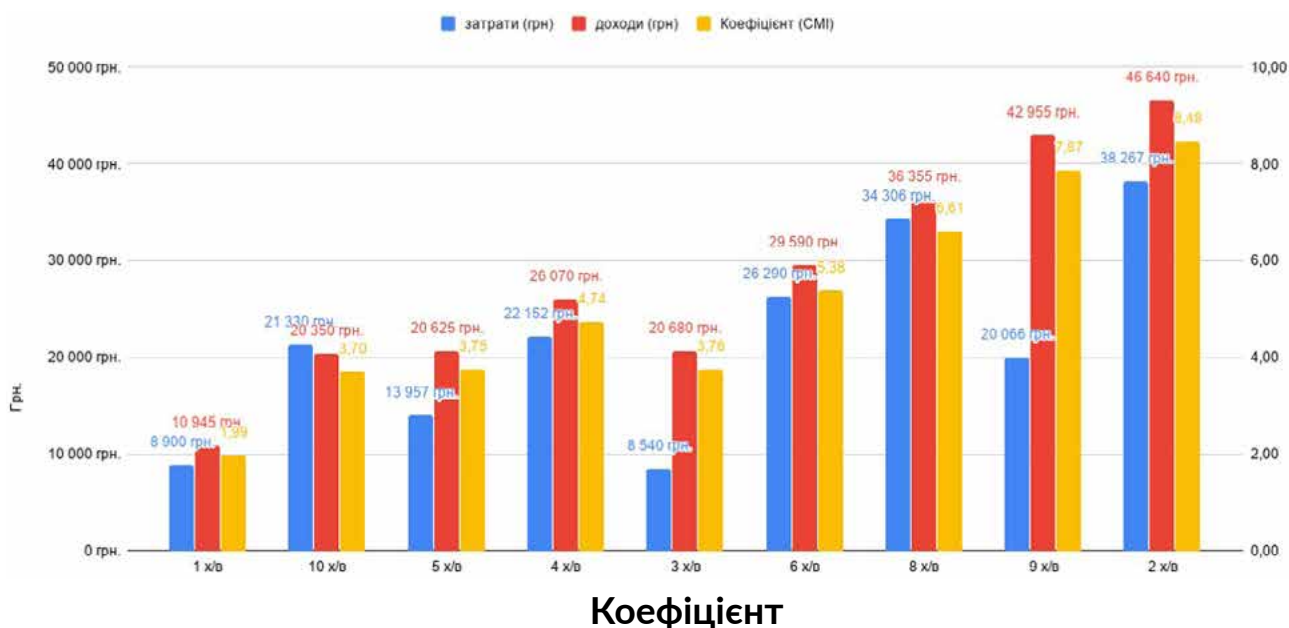
ПРИКЛАД

Діяльність в статусі комунального некомерційного підприємства значним чином відрізняється від діяльності в статусі комунальної установи як бюджетної. Однією з ключових відмінностей в оцінці ефективності підприємства є оцінка фінансових результатів, що передбачає динамічне управління основною діяльністю, правильний вибір та моніторинг показників операційної діяльності.

Одним із фінансових результатів підприємства є різниця між доходами та витратами закладу. Фінансові результати відділення, відповідно – різниця між доходами та витратами відділення. Оцінити фінансові результати на рівні основних клінічних відділень – важливе завдання, для того, щоб отримати відповідь на запитання: як змінюються фінансово-економічні показники підприємства при виборі певної моделі надання медичних послуг, організаційної структури підприємства і умов оплати наданих послуг. Основні зусилля для виконання цього завдання зосереджуються на оцінці витрат на рівні основних клінічних відділень та розрахунку доходів кожного з відділень, де формується кінцева медична послуга: стаціонарна (госпіталізація) або амбулаторна (візит, консультація, процедура, т. д.) (див. Додаток 8).

Середні доходи, затрати і коефіцієнт складності 1 пацієнта по відділеннях НІССХ ім. М. М. Амосова

ПРИКЛАД



Використання результатів аналізу витрат для розрахунку частки накладних (непрямих) витрат в структурі собівартості послуги.

ПРИКЛАД

До накладних витрат відділення включені розподілені «згори-донизу» витрати інших відділень вищих категорій та власні витрати за виключенням прямих (оплата праці, медикаменти та медичні вироби) і харчування у випадку стаціонарного відділення.

1. Накладні витрати клініко-діагностичної лабораторії лікарні N (допоміжний підрозділ):

Повні витрати (вартість) відділення – 1751742 грн

	Бюджет	Сумми к	Адмінстра	Господар	Клініко-	Рентгенол	Стоматоло	Інформац	Справлін	Центральн	Харчоблок	Пріймальн	Відділення	Собіварт
	бюджету	распредел	тивно-управ	ська служба	-діагностич	огічне відд	гічне в відд	ційно-аналі	ний блок	не стериліз		не в-д/лен	в-д/лен	ості
КНП "Гуляйпільська МЛ" ГМР	25 929 722	25 929 722	185,00											dep_cost
Адміністративно-управлінський персонал	1 188 127	1 188 127	1 188 127	2 625										
Господарська служба	1 093 490	1 093 490	88 307	1 181 797	245 256									
Клініко-діагностична лабораторія	1 629 697	1 629 697	67 434	54 610	1 751 742	15 838								
Рентгенологічне відділення	880 423	880 423	28 900	24 626	0	933 950	7 815							
Стоматологічне відділення	2 045 109	2 045 109	96 335	96 795	0	0	2 238 238	1 769						
Інформаційно-аналітичний відділ мед	788 914	788 914	28 900	23 141	0	0	0	840 955	194					
Операційний блок	568 648	568 648	22 478	110 751	0	0	0	0	701 878	194				
Центральне стерилізаційне відділення	281 687	281 687	14 450	24 536	0	0	0	0	0	320 674	19 688			
Харчоблок	277 793	277 793	19 267	34 216	0	0	0	0	0	0	331 276	1 769		
Пріймальне відділення	796 801	796 801	51 378	10 760	0	0	0	0	0	0	0	858 939	194	
Відділення анестезіології з ліжками для	2 462 603	2 462 603	104 363	80 587	64 397	1 710	0	61 325	0	0	15 531	62 636	2 853 151	14 196 058
Об'єднане відділення хірургічного про	2 551 554	2 551 554	125 235	167 748	1 79 891	7 017	0	285 231	701 878	320 674	141 458	291 330	2 853 151	7 625 167
Об'єднане відділення терапевтичного	2 401 127	2 401 127	105 968	145 958	204 447	10 320	0	357 964	0	0	118 743	365 620	0	3 710 146
Інфекційне відділення	2 201 427	2 201 427	85 096	153 611	86 096	3 184	0	136 435	0	0	55 544	139 353	0	2 860 746
Поліклінічне відділення	6 762 321	6 762 321	350 016	254 458	1 216 911	911 719	2 238 238	0	0	0	0	0	0	11 733 664
	0 25 929 722	25 929 722	1 188 127	1 181 797	1 751 742	933 950	2 238 238	840 955	701 878	320 674	331 276	858 939	2 853 151	25 929 722

У структурі повних витрат відділення оплата праці, медикаменти і медичні вироби (прямі витрати) становлять відповідно 1293212 грн. і 204557 грн.

E	F	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
4	0 Категории параметров отнесения	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00	2,00	2,00
5	Типы отделений	Зарплата + подати + Виплата матеріальної допомоги + Інші виплати працівникам	Пільгові пенсії	Обслуговування медичного обладнання	Медикаменти (ГЛС)	ТО-лифт, телефон, ПК	Прання	Комунальні витрати (опалювання, газ, світло, вода, торф, дрова...)	Матеріали (Господарські матеріали; М'який інвентар; Паливно-мастильні матеріали)	Загальні витрати (Охорона приміщень, пож.КА, Поточний ремонт; Оплата послуг)	Продукти харчування	Загальні витрати (персонал)(Страховання)	Інші витрати на автотранспорт	Інші витрати (кисень медичний)
6	0 КНП "Гуляйпільська МЛ" ГМР	21 815 330	119 461	11 736	874 008	44 340	0	2 101 421	483 737	336 753	17 890	108 326	0	16 720
7	1 Адміністративно-управлінський персонал	887 341	0	0	20 950	4 326	0	103 418	47 194	16 573	0	108 326	0	0
8	1 Господарська служба	880 484	0	0	2 090	2 974	0	151 257	32 446	24 239	0	0	0	0
9	2 Клініко-діагностична лабораторія	1 293 212	0	5 868	204 557	2 271	0	85 337	24 777	13 675	0	0	0	0
10	2 Рентгенологічне відділення	738 232	67 493	0	18 457	973	0	38 483	10 619	6 167	0	0	0	0
11	2 Стоматологічне відділення	1 767 124	0	0	63 849	3 244	0	151 257	35 395	24 239	0	0	0	0
12	2 Інформаційно-аналітичний відділ медичної ста	734 392	0	0	974	973	0	36 161	10 619	5 795	0	0	0	0
13	2 Операційний блок	325 174	0	0	33 658	757	0	173 066	8 259	27 734	0	0	0	0
14	2 Центральне стерилізаційне відділення	218 418	0	0	12 987	487	0	38 342	5 309	6 144	0	0	0	0
15	2 Харчоблок	207 434	0	0	595	649	0	53 468	7 079	8 568	0	0	0	0
16	2 Приймальне відділення	734 392	0	0	22 292	1 730	0	16 814	18 878	2 694	0	0	0	0
17	2 Відділення анестезіології з ліжками для інтенс	2 177 702	0	0	95 308	3 515	0	125 930	38 345	20 180	839	0	0	784
18	3 Об'єднане відділення хірургічного профілю	2 121 731	0	0	60 673	4 218	0	262 132	46 014	42 007	7 639	0	0	7 140
19	3 Об'єднане відділення терапевтичного профілю	2 051 474	0	0	30 111	3 569	0	228 082	38 935	36 550	6 413	0	0	5 993
20	3 Інфекційне відділення	1 680 633	51 968	0	150 383	2 866	0	240 042	31 266	38 467	3 000	0	0	2 803
21	3 Поліклінічне відділення	5 997 587	0	5 868	157 124	11 788	0	397 631	128 603	63 720	0	0	0	0
22	0	21 815 330	119 461	11 736	874 008	44 340	0	2 101 421	483 737	336 753	17 890	108 326	0	16 720
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Частка накладних витрат для клініко-діагностичної лабораторії =

$$= (1751742 - 1293212 - 204557) / 1751742 * 100\% = 14,5\%$$

2. Накладні поліклінічного відділення лікарні N (допоміжний підрозділ):

Повні витрати відділення - 11733664 грн
 Оплата праці, медикаменти та медичні вироби
 відповідно 10104089 грн і 157124 грн

A	B	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
1	Бюджет	Сумми к	Адміністра	Господар	Клініко-	Рентгено	Стоматоло	Інформаці	Спеціальні	Центральн	Харчоблок	Приймаль	Відділення	Стоматоло	ES10	ES01	
2	КНП "Гуляйпільська МЛ" ГМР	25 929 722	25 929 722	185,00										dep_cost	Medicat	salary	
3	Адміністративно-управлінський персонал	1 188 127	1 188 127	1 188 127	2 625												
4	Господарська служба	1 093 490	1 093 490	88 307	1 181 797	245 256											
5	Клініко-діагностична лабораторія	1 629 697	1 629 697	67 434	54 610	1 751 742	15 838										
6	Рентгенологічне відділення	880 423	880 423	28 900	24 626	0	933 950	7 815									
7	Стоматологічне відділення	2 045 109	2 045 109	96 335	96 795	0	0	2 238 238	1 769								
8	Інформаційно-аналітичний відділ мед	788 914	788 914	28 900	23 141	0	0	840 955	194								
9	Операційний блок	568 648	568 648	22 478	110 751	0	0	0	701 878	194							
10	Центральне стерилізаційне відділення	281 687	281 687	14 450	24 536	0	0	0	0	320 674	19 688						
11	Харчоблок	277 793	277 793	19 267	34 216	0	0	0	0	0	331 276	1 769					
12	Приймальне відділення	796 801	796 801	51 378	10 760	0	0	0	0	0	0	858 939	194				
13	Відділення анестезіології з ліжками дл	2 462 603	2 462 603	104 363	80 587	64 397	1 710	0	61 325	0	15 531	62 636	2 853 151	14 196 058	241 167	11 711 241	
14	Об'єднане відділення хірургічного прок	2 551 554	2 551 554	125 235	167 748	179 891	7 017	0	285 231	701 878	320 674	141 458	291 330	2 853 151	7 625 167	60 673	6 309 333
15	Об'єднане відділення терапевтичного	2 401 127	2 401 127	105 968	145 958	204 447	10 320	0	357 964	0	0	118 743	365 620	0	3 710 146	30 111	3 169 650
16	Інфекційне відділення	2 201 427	2 201 427	85 096	153 611	86 096	3 184	0	136 435	0	55 544	139 353	0	0	0	0	0
17	Поліклінічне відділення	6 762 321	6 762 321	350 016	254 458	1 216 911	911 719	2 238 238	0	0	0	0	0	0	11 733 666	157 124	10 104 089
18	0	25 929 722	25 929 722	1 188 127	1 181 797	1 751 742	933 950	2 238 238	840 955	701 878	320 674	331 276	858 939	2 853 151	25 929 722	398 291	21 815 330

Частка накладних витрат для поліклінічного відділення =

$$= (11733664 - 10104089 - 157124) / 11733664 * 100\% = 12,5\%$$

3. Накладні стаціонарного відділення лікарні N (допоміжний підрозділ):

Повні витрати відділення - 7625167 грн
 Оплата праці, медикаменти та медичні вироби (прямі витрати)
 відповідно - 6309333 грн і 60673 грн
 Харчування - 8478 грн

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
		Сумми в распреде- лении	Админ.гра лабор- атор	Господар- ська служба	Господар- ська служба	Аналіз даль-остр- ня	Рентгено- логічне відд- лення	Станційне лічне відд- лення	Інформацій- ніс- аналіз	Спеціалі- зацийний блок	Централь- не стериліза- ційне відд- лення	Хірургічне відд- лення	Приймаль- не відд- лення	Відділення анестезіоло- гії	Стоматоло- гічне відд- лення	С/О	Медикаме- нти	зарплата	Продукти харчування
1	КНП "Гуляйпільська МЛ" ГМР	25 929 722	185,00																
2	Адміністративно-управлінський персонал	1 188 127	1 188 127	2 625															
3	Господарська служба	1 093 490	88 307	1 181 797	245 256														
4	Іліїно-діагностична лабораторія	1 629 697	67 434	54 610	1 751 742	15 838													
5	Рентгенологічне відділення	880 423	28 900	24 626		933 950	7 815												
6	Стоматологічне відділення	2 045 109	96 235	96 795	0	0	2 238 238	1 769											
7	Інформаційно-аналітичний відділ мед.	788 914	28 900	23 141	0	0	0	840 955	194										
8	Операційний блок	568 648	22 478	110 751	0	0	0	0	701 878	194									
9	Центральне стерилізаційне відділення	281 687	14 450	24 536	0	0	0	0	0	320 674	19 688								
10	Хірургічний блок	277 793	19 267	34 216	0	0	0	0	0	0	331 276	1 769							
11	Приймальне відділення	796 801	31 378	10 760	0	0	0	0	0	0	0	858 939	194						
12	Відділення анестезіології з ліжками для	2 462 603	104 363	80 587	64 397	1 710	0	61 325	0	0	15 531	62 636	2 853 151						
13	Обстеження відділення хірургічного проф.	2 551 554	125 235	167 748	179 891	7 017	0	285 231	701 878	320 674	141 458	291 330	2 853 151	14 186 059	241 167	11 211 241		8 421	
14	Обстеження відділення терапевтичного проф.	2 401 127	105 968	145 958	204 447	10 320	0	357 964	0	0	118 743	365 620	0	3 710 176	30 111	2 262 659		8 411	
15	Інфекційне відділення	2 201 427	85 096	153 611	96 096	3 184	0	136 435	0	0	55 514	129 253	0	2 880 716	150 283	2 232 258		8 000	
16	Патологічне відділення	8 767 421	350 016	254 458	1 216 911	911 719	2 238 248	0	0	0	0	0	0	11 743 664	152 124	10 104 089		0	
17		0 25 929 722	1 188 127	1 181 797	1 751 742	933 950	2 238 238	840 955	701 878	320 674	331 276	858 939	2 853 151	25 929 722	398 291	21 815 330		17 890	

Частка накладних витрат для стаціонарного відділення =
 $(7625167-6309333-60673-8478)/7625167*100\%=16,3\%$



Накладні витрати включають власні загальновиробничі витрати та розподілені «згори-донизу» загальновиробничі і адміністративні витрати. Витрати на харчування включають усі витрати, необхідні для приготування або закупівлі харчування.

Використання результатів аналізу витрат для розрахунку частки непрямих витрат в структурі собівартості послуги.

ПРИКЛАД

З точки зору методології аналізу витрат – це комбінація методів «згори-донизу» (top down costing) та «знизу – вгору» (bottom up costing). При наявності результатів аналізу витрат закладу дозволяє спростити і підвищити точність розрахунків при калькуляції собівартості медичної послуги для розрахунку тарифу на платні послуги.

Розрахунок собівартості медичної послуги для цілей запровадження платних послуг передбачає важливий етап – калькуляцію послуги на основі структури собівартості. В свою чергу, структура собівартості має включати усі складові для калькуляції, в тому числі амортизаційні витрати та рентабельність. При класифікації витрат на прямі та непрямі структура собівартості має наступний вигляд:

Витрати на оплату праці медичного персоналу для надання послуги, грн.	Витрати на оплату праці медичного персоналу для надання послуги, грн.	Прямі витрати
Витрати на витратні матеріали для надання послуги, грн.	Витрати на витратні матеріали для надання послуги, грн.	
Експлуатаційні витрати для надання послуги, грн.	Дані TOP DOWN COSTING (оплати праці, медикаментів та витратних матеріалів)	Непрямі витрати
Інші витрати для надання послуги, грн.		
Витрати на обладнання для надання послуги, грн.	Витрати на обладнання для надання послуги, грн.	Прямі витрати
Собівартість надання послуги, грн.	Собівартість надання послуги, грн.	
ПДВ, %	ПДВ, %	
Рентабельність, %	Рентабельність, %	
Загальна вартість послуги, грн.	Загальна вартість послуги, грн.	

де непрямыми витратами є експлуатаційні та інші витрати, до яких включені наступні:

Експлуатаційні витрати	Інші витрати
Витрати на електропостачання	Витрати на транспортні засоби, грн.
Витрати на тепlopостачання	Витрати на адміністративно-управлінський персонал
Витрати на водопостачання та водовідведення	Витрати на допоміжний персонал, грн.
Витрати на природний газ	МІС
Витрати на телекомунікаційні послуги	інші витрати
Витрати на утилізацію відходів, вивезення сміття	
Витрати на дератизацію та дезінфекцію	
Витрати на технічне обслуговування (будівля, обладнання та ін.),	

А до прямих витрат віднесені *оплата праці, медикаменти та витратні матеріали, амортизаційні витрати (витрати на обладнання для надання послуг)*.

На отриманих даних аналізу витрат згори-донизу ми маємо повні витрати (вартість) відділення, включно з власними прямими витратами у вигляді оплати праці, медикаментів та витратних матеріалів. В абсолютних числах непрямі витрат на одиницю послуги в досліджуваному відділенні отримуємо шляхом ділення повних витрат (за виключенням оплати праці та витратних матеріалів) на кількість наданих послуг у відділенні.

Розглянемо на прикладі поліклінічного відділення лікарні N з даними аналізу витрат, які використовували для розрахунку накладних витрат:

- Повні витрати поліклінічного відділення – **11733664 грн.**
- Оплата праці, медикаменти та медичні вироби відповідно **10104089 грн і 157124 грн.**
- Статистика відділення – **79 582 відвідування на рік.**
- Вартість непрямих витрат в собівартості одного візиту в поліклінічне відділення:

$$(11733664 - 10104089 - 157124) / 79582 = \mathbf{18,5 \text{ грн.}}$$

- Собівартість візиту в поліклінічне відділення, отримана за результатами аналізу витрат «згори-донизу»:

$$11733664 \text{ грн} / 79582 = \mathbf{147 \text{ грн.}}$$

Ми можемо розрахувати частку непрямих витрат в структурі собівартості послуги поліклінічного відділення і співставити з часткою розрахованих накладних витрат в поліклінічному відділенні в попередньому прикладі:

$$(18,5 / 147) * 100\% = \mathbf{12,5 \%}$$

При подальшому виконанні калькуляції собівартості послуги прямі витрати розраховуються на основі вартості необхідних медикаментів та медичних виробів і оплати праці персоналу, задіяних безпосередньо в наданні медичної послуги. В цьому випадку реалізується підхід «знизу-вгору».

Амортизаційні витрати не включені до аналізу витрат «згори-донизу», тому вони розраховуються як прямі для обладнання, задіяного в наданні медичної послуги. Для цього необхідно мати, як мінімум, залишкову вартість відповідного обладнання; очікувану тривалість експлуатації відповідного обладнання; річну кількість послуг, що надається із використанням відповідного обладнання.



Ми отримали аналогічні результати, розрахувавши частку накладних витрат та частку непрямих витрат в собівартості послуги одного відділення. Обидва підходи дозволяють використати результати аналізу витрат «згори-донизу» для розрахунку тарифу на платну послугу з однаковою точністю.

Важливо! Використовуючи комбінацію двох методів («згори-донизу» і «знизу-вгору») для розрахунку собівартості послуги відділення, прямі витрати відділення при виконанні аналізу «згори-донизу» не включаються. Для цілей розрахунку собівартості окремої послуги в цьому випадку, прямі витрати включаються в розрахунок вартості послуги на основі повної вартості необхідних медикаментів та медичних виробів і оплати праці персоналу, задіяних безпосередньо в наданні медичної послуги досліджуваного відділення (*див. принцип розрахунку за підходом bottom up вище*).

Висновки

Можливості використання міжнародної методології аналізу витрат не обмежуються її призначенням, визначеним Постановою КМУ від 27.12.2017 №1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування». Вказана постанова визначає її як обов'язкову при «розрахунку єдиних тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги...», «...встановленні базових принципів універсальної національної системи розрахунку вартості послуг з медичного обслуговування, фінансування яких забезпечується за рахунок бюджетних коштів».

Гнучкість цієї методології відкриває широкі можливості при застосуванні її на рівні закладу, громади при виконанні різних завдань, описаних в цьому розділі.

5

Процедурні питання зміни власника в умовах адміністративної реформи

У питанні зміни власника медичного закладу після укрупнення районів, важливо, врахувати вимоги чинного законодавства щодо матеріально-технічного забезпечення КНП під час і після передачі. В цьому контексті нормативно-правове регулювання зазначених питань, забезпечує:

- Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР¹;
- Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-ІV²;
- Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456-ІV (в редакції Закону України №1081 від 15.12.2020р)³;
- Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР (в редакції Закону України №1009 від 17.11.2020р.);
- Закон України «Про передачу об'єктів права державної та комунальної власності» від 03.03.1998 № 147/98-ВР⁴.

Відповідно до п. 39 Прикінцевих та перехідних положень Бюджетного кодексу України районні ради здійснюють передачу із спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст у власність сільських, селищних, міських територіальних громад установ та закладів, розташованих на їхній території, відповідно до розмежування видатків між бюджетами, визначеного цим Кодексом.



З 1 січня 2021 року видатки на функціонування зазначених установ і закладів здійснюються з бюджетів таких територіальних громад.

Згідно п. 10 Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» за пропозицією сільських, селищних, міських рад районні, обласні ради повинні приймати рішення про передачу до комунальної власності відповідних територіальних громад окремих об'єктів, спільної власності територіальних громад, які знаходяться на їх території і задовольняють колективні потреби виключно цих територіальних громад.

Правонаступник районної ради району, ліквідованого Верховною Радою України, після припинення відповідних районних рад як юридичних осіб, але не пізніше 1 липня 2021 року, зобов'язаний передати у комунальну власність територіальних громад усі об'єкти спільної власності територі-

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

⁴<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/147/98-%D0%B2%D1%80#Text>

альних громад району, які знаходяться на території цих територіальних громад, відповідно до розмежування видатків між бюджетами, встановлених Бюджетним кодексом України.

Передача стосується індивідуально визначеного майна, тобто окремих приміщень, які передаються громадам за місцем фізичного розташування майна.

У нашому контексті важливо детально розглянути механізм та процедуру передачу установи (КНП районної ради).

ПОРАДИ

Основними складовими зазначеного процесу є:

- зміна засновника/власника;
- передача майна, що належить установі;
- Зміни в трудових договорах працівників (абз. 16 ст. 36 КЗпП)¹.

Передача установи, закладу від районної ради на рівень громади

Назва дії (заходу)	Правова підстава	Відповідальний/ Виконавець	Яким чином оформлюється
Прийняття радою ТГ рішення про прийняття відповідних майнових прав щодо юридичної особи та надсилання пропозиції ради ТГ щодо передачі майна районній раді із копією відповідного рішення	ст. 143 Конституції України, п. 51 ч. 1 ст. 25, пп. 1 п. «а» ст. 29, ч. 1, 2, 5 ст. 60, п. 10 розділу 5 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні»	Рада ТГ	Рішенням ради ТГ, копія якого надсилається районній раді супровідним листом
Розгляд районною радою пропозиції ради ТГ та прийняття рішення про передачу у власність ТГ у особі відповідного ОМС ТГ майнових прав щодо юридичної особи	п. 20 ч. 1 ст. 43, ч. 4, ч. 5 ст. 60 ЗУ «Про місцеве самоврядування в Україні»	Районна рада	Рішенням районної ради
Проведення інвентаризації активів та зобов'язань юридичної особи, майнові права на яку передаються раді ТГ (обов'язкова тільки для бюджетних установ)	п. 4, абз. 3 п. 7 Розділу I Положення про інвентаризацію активів та зобов'язань, затвердженого наказом Мінфіну від 02.09.2014 р. № 879	Голова районної ради	Розпочинається на підставі розпорядження голови районної ради, оформлюється згідно вимог законодавства

Назва дії (заходу)	Правова підстава	Відповідальний/ Виконавець	Яким чином оформлюється
Прийняття радою ТГ рішення про прийняття майнових прав та про перейменування юридичної особи та затвердження установчих документів (статуту, положення) відповідної юридичної особи у новій редакції	Стаття 16 ЗУ «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань», Наказ Мініюсту від 05.03.2012 року № 368/5 «Про затвердження Вимог до написання найменування юридичної особи, її відокремленого підрозділу, громадського формування, що не має статусу юридичної особи, крім організації профспілки»	Рада ТГ	Рішення ради ТГ
Звернення до державного реєстратора із заявою про державну реєстрацію змін до відомостей про юридичну особу у ЄДР	ЗУ «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»,	Відповідальний: Голова ТГ Виконавець: Голова ТГ або визначена ним особа	Заява Форми 3, розпорядження голови ТГ (щодо уповноваження посадової особи на звернення із заявою про вчинення реєстраційних дій) ¹
Державна реєстрація змін до установчих документів юридичної особи та внесення змін до ЄДР	Порядок державної реєстрації юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань, що не мають статусу юридичної особи	Державний реєстратор	Виписка з ЄДР
Внесення записів про зміну назви юридичної особи до трудових книжок працівників цієї особи	п. 4 ст. 36 КЗпП, Інструкція про порядок ведення трудових книжок працівників, затверджена наказом Мініпраці, Мініюсту, Мінсоцзахисту від 29.07.1993 р. № 58 ²	Відповідальний: Керівник відповідної юридичної особи Виконавець: Уповноважений підрозділ, особа	Запис у трудову книжку кожного працівника
Повідомлення МОЗ як орган ліцензування про зміну даних, зазначених у заяві, документах та відомостях, що додавалися до заяви про отримання ліцензії	ст.15 ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності» ³	Відповідальний: Керівник відповідної юридичної особи	Відповідний лист протягом 1 місяця після внесення відповідних змін

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1500-16#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0110-93#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

Відповідно до п. 20 ст. 43 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», до повноважень районних і обласних рад, які вирішуються районними і обласними радами виключно на їх пленарних засіданнях, відносяться, зокрема, питання щодо управління об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, районів у містах, що перебувають в управлінні районних і обласних рад.

Відповідно до ст. 15, п. 10 ч. 4 ст. 17 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань»² для державної реєстрації змін до відомостей про юридичну особу, що містяться в Єдиному державному реєстрі, у тому числі змін до установчих документів юридичної особи, подається, зокрема, копія рішення уповноваженого органу управління юридичної особи про вихід із складу засновників (учасників).



Прийняття районною радою рішення про вихід зі складу засновників (співзасновників) ЮО та її передачу у власність ТГ є необхідною умовою для подальшого внесення змін до відомостей в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань щодо зміни органу управління такою ЮО, та для набуття права комунальної власності ТГ на ЮО.

Відповідно до абз. 3 п.7 розділу 1 Положення про інвентаризацію активів та зобов'язань (далі – Положення), затвердженого наказом Мініфіну від 02.09.2014 р. № 879¹, проведення інвентаризації є обов'язковим у разі передачі бюджетної установи до сфери управління іншого органу управління.



При передачі майна комунального підприємства або організації, яке не є бюджетною установою, інвентаризацію проводити не обов'язково. Але складання передавального акту необхідне.

Відповідно до ч. 4 ст. 36 КЗпП у разі зміни власника підприємства дія трудового договору працівника продовжується.

Відповідно до ч. 3 ст. 36 КЗпП, зміна підпорядкованості підприємства, установи, організації не припиняє дії трудового договору.

- У разі зміни власника ЮО, дія трудових договорів працівників цього підприємства (установи, закладу) продовжується. Ми не маємо права звільняти, переводити працівників цієї ЮО виключно з підстав зміни власника, в тому числі діючого керівника КНП, із яким укладено контракт попереднім власником.

ПОРАДИ

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-15#Text>

- У зв'язку із зміною власника юридичної особи комунальної форми власності в обов'язковому порядку зміниться і назва цієї ЮО.
- У разі зміни назви ЮО відповідно до Інструкції про порядок ведення трудових книжок працівників, затвердженої наказом Міністерства праці України, Міністерства юстиції України, Міністерства соціального захисту населення України № 58 від 29.07.93 р. в трудову книжку (графу 3) працівників ЮО необхідно буде внести запис про перейменування.
- Пунктом 2.15 Інструкції про порядок ведення трудових книжок працівників встановлено, що якщо за час роботи працівника назва підприємства змінюється, то про це окремим порядком у графі 3 трудової книжки робиться запис: «**Підприємство таке-то з такого-то числа перейменоване на таке-то**», а у графі 4 проставляється підстава перейменування – наказ (розпорядження), його дата і номер».

НСЗУ¹ наголошує, що у випадку змін засновника ЗОЗ потрібно:

- **внести зміни до установчого документа (статуту) закладу охорони здоров'я щодо нового органу місцевого самоврядування, до сфери управління якого належить цей заклад, та його затвердження відповідно до законодавства;**
- **провести державну реєстрацію змін щодо найменування закладу охорони здоров'я та повідомлення його керівником про це НСЗУ офіційним листом;**
- **повідомити орган ліцензування (МОЗ) про зміну даних, зазначених у заяві, документах та відомостях, що додавалися до заяви про отримання ліцензії (із урахуванням частини другої статті 15 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності»);**
- **внести відповідні зміни щодо найменування до реєстраційних даних про заклад охорони здоров'я в електронній системі охорони здоров'я.**

При передачі повноважень від районних рад до територіальних громад і плануванні подальшого розвитку лікарні доцільно координувати такі дії з плануванням лікарняної мережі області в межах госпітального округу. Координаційний механізм реалізується через можливості *госпітальної ради* області.

ПОРАДИ

Планування госпітальної мережі в межах області передбачає розрахунок потреби в стаціонарних закладах та профілях ліжок стаціонарних відділень з урахуванням максимальної доступності стаціонарних послуг для пацієнта в плановому та екстреному порядку. Разом з тим, сучасна лікарняна мережа передбачає концентрацію ресурсів для надання комплексної високоспеціалізованої стаціонарної допомоги.

¹<https://nszu.gov.ua/>

6

Вибір і розробка договору ММС в охороні здоров'я

Теоретико-правова основа

Конституція України закріпила положення, відповідно до якого територіальні громади сіл, селищ і міст можуть об'єднувати на договірних засадах об'єкти комунальної власності, а також кошти бюджетів для виконання спільних проектів або для спільного фінансування (утримання) комунальних підприємств, організацій і установ, створювати для цього відповідні органи і служби (ч. 3 ст. 142)¹.

17.06.2014 року Законом України № 1508-VII «Про співробітництво територіальних громад» (далі – Закон № 1508) створено законодавчу основу для співпраці органів місцевого самоврядування з метою вирішення спільних проблем життєдіяльності та більш ефективного надання послуг місцевому населенню, створення спільних об'єктів муніципальної інфраструктури для декількох територіальних громад.

З метою забезпечення реалізації Закону № 1508 Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України було затверджено низку важливих нормативно-правових актів, зокрема:

- наказ від 15.08.2014 р. № 225 «Про затвердження Порядку формування та забезпечення функціонування реєстру про співробітництво територіальних громад»²;

- наказ від 27.08.2014 р. № 233 «Про затвердження Примірних форм договорів про співробітництво територіальних громад»³.

Питання співробітництва територіальних громад врегульовано також Бюджетним кодексом України. Ч. 7 ст. 75 Кодексу передбачає, що територіальні громади сіл, селищ і міст можуть об'єднувати на договірних засадах кошти бюджетів для виконання спільних проектів або для спільного фінансування (утримання) комунальних підприємств, організацій і установ з урахуванням ст. 93 Кодексу (передача коштів між місцевими бюджетами на здійснення видатків місцевих бюджетів).

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1065-14#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0233858-14#Text>

Приклади форм договорів про співробітництво територіальних громад мають своїм призначенням полегшити їх підготовку. Однак це жодним чином не означає, що потенційні учасники співробітництва позбавлені можливості конкретизувати умови, визначені законом, та включати до таких договорів інші умови, які за своїм змістом та значенням для сторін будуть істотними (https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/352/Dogovory_TPV.pdf).

До істотних умов, згідно ч. 1 ст. 638 ЦКУ, відносяться:

- умови про предмет;
- умови, які визначені законом як істотні;
- умови, які є необхідними для договорів цього виду;
- умови, щодо яких за заявою однієї зі сторін має бути досягнуто згоди.

Умови про предмет. Предмет договору складає основний зміст будь-яких договірних відносин і здебільшого являє собою найменування (перелік) основних дій, які мають бути вчинені сторонами або результат вчинення таких дій. Предмет договору про співробітництво має визначатися відповідно до обраної сторонами співробітництва **форми співробітництва**, передбаченої Законом України «Про співробітництво територіальних громад» Закон України «Про співробітництво територіальних громад», Стаття 4.



Істотною умовою кожного предмета з п'яти видів договорів про співробітництво є та обставина, що предмет має узгоджуватися із назвою самої форми співробітництва, незалежно від того чи домовилися сторони про якісь інші його особливості, які за своїм змістом могли б вважатися істотними умовами. Істотною умовою предмета договору про співробітництво у формі реалізації спільного проекту у сфері охорони здоров'я може бути *організація спільного проекту – підвищення якості медичного обслуговування населення рад, зміст якого полягає у координації спільних дій для досягнення спільних інтересів суб'єктів співробітництва у межах повноважень у сфері охорони здоров'я.*



Умови, які визначені законом як істотні. Закон України «Про співробітництво територіальних громад» Закон України «Про співробітництво територіальних громад», ст. 9; ч. 2 ст. 10; ч.1 ст. 11; ч. 2 ст. 12; ч. 2 ст. 13; ч. 2 ст. 14 визначив перелік як загальних істотних умов, так й індивідуальних – для кожного з п'яти договорів про співробітництво. Усі вони враховані у Прикладах форм договорів про співробітництво та обов'язково мають бути прописані в текстовій частині кожного договору про співробітництво. Ці істотні умови можна деталізувати (конкретизувати), але ні в якому разі не скорочувати їхню кількість. Ігнорування сторонами визначених законом істотних умов може мати своїм наслідком визнання договору неукладеним.



Умови, які є необхідними для договорів цього виду. Якщо порівняти істотні умови для кожного з п'яти видів договорів про співробітництво, то можна переконаватися, що у кожного виду договору вони індивідуальні, хоча і має місце повторення деяких істотних умов. Наприклад, така істотна умова договору про співробітництво територіальних громад в частині утворення спільного органу управління закладами охорони здоров'я як спосіб утворення спільного органу управління та його майна, не присутня в решті чотирьох видів договорів.



Умови, щодо яких за заявою однієї зі сторін має бути досягнуто згоди. Така істотна умова може мати місце, наприклад, у договорі про співробітництво територіальних громад у формі спільного фінансування (утримання) підприємства комунальної форми власності. Одна зі сторін може висунути умову щодо географії використання придбаного ним автомобіля, і така умова підлягає погодженню усіма іншими суб'єктами співробітництва.

ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ В ПІДГОТОВЦІ ДОГОВОРІВ ПРО СПІВРОБІТНИЦТВО ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1. Делегування одному із суб'єктів співробітництва іншими суб'єктами співробітництва виконання одного чи кількох завдань з передачею йому відповідних ресурсів.

Юридичний зміст делегування одному із суб'єктів співробітництва іншими суб'єктами співробітництва виконання одного чи кількох завдань полягає у тому, що одному суб'єкту співробітництва інші суб'єкти делегують виконати певне (певні) завдання, що впливають із їх власних повноважень як органу місцевого самоврядування.

Делегування завдання супроводжується передачею відповідних ресурсів від громади, яка делегує виконання завдання, громаді, яка приймає делеговане завдання до виконання.

Ті суб'єкти співробітництва, які делегували виконати певне (певні) завдання одному із суб'єктів співробітництва, не втрачають самого повноваження, яке їм надане законом, однак такі суб'єкти упродовж строку, встановленого договором, не мають права самостійно виконувати ті завдання, які вони делегували відповідно до договору про співробітництво.

Зацікавленість громади, яка делегує повноваження, може полягати у тому, що, навіть передаючи іншій громаді певні ресурси на організацію послуги, обсяг цих ресурсів буде меншим, ніж якщо б ця громада організову-

вала послугу самостійно. З іншого боку, громада, яка приймає виконання делегованого завдання, може у такий спосіб підвищити якість послуги, що надаватиметься на її власній території.



Альтернативною формою співробітництва в сфері медичного обслуговування населення може бути спільне фінансування (утримання) підприємств комунальної форми власності.

ПОРАДИ

Договір має містити перелік завдань, що делегуються органу місцевого самоврядування суб'єкта співробітництва. Завдання можуть бути як разовими, так і на постійній основі. Зазначаючи перелік завдань, необхідно також вказати й норму закону, яка передбачає наявність відповідного повноваження у суб'єкта співробітництва, що делегує завдання.

2. Реалізації спільних проектів, що передбачає координацію діяльності суб'єктів співробітництва та акумулювання ними на визначений період ресурсів з метою спільного здійснення відповідних заходів.

Реалізація спільного проекту нині була найбільш затребуваною формою співробітництва в Україні в перші роки застосування договорів ММС. Цьому сприяла законодавчо передбачена можливість проходження сторонами співробітництва спрощеної процедури організації цієї форми співробітництва. Загальні вимоги щодо підготовки договорів співробітництва, а саме щодо ініціювання співробітництва, проведення переговорів, створення комісії, громадське обговорення та схвалення проекту договору та вимог до самого договору, у випадку договору у формі реалізації спільного проекту **можуть не застосовуватися.**

Законом визначено наступні особливості цієї форми співробітництва.

Спільний проект визначено як «комплекс спільних заходів, що здійснюються органами місцевого самоврядування суб'єктів співробітництва за рахунок коштів місцевих бюджетів та інших не заборонених законодавством джерел і спрямовані на соціально-економічний, культурний розвиток територій». Реалізація ж спільних проектів передбачає «координацію діяльності суб'єктів співробітництва та акумулювання ними на визначений період ресурсів з метою спільного здійснення відповідних заходів».

Таким чином, характерною особливістю цієї форми є те, що ресурси суб'єктів співробітництва не об'єднуються і не передаються. Хоча громади співпрацюють для досягнення спільної мети, і відповідно кожна з них несе пов'язані з цим витрати окремо.

У ході спільного планування у будь-якому випадку будуть витрати, і громади домовляються про розподіл цих витрат. Наприклад, одна громада може надавати приміщення та необхідні технічні засоби для проведення семінарів та засідань робочої групи чи керівного комітету з планування.

Важливо при цьому пам'ятати, що передача коштів від одних громад до інших у вигляді міжбюджетних трансфертів не є характерною для співробітництва у формі реалізації спільного проекту. З цього випливає необхідність зазначення в договорі способу, в який громади будуть здійснювати фінансування заходів. Якщо у договорі громади домовляються про здійснення заходів, які передбачатимуть спільне фінансування комунальних підприємств чи інфраструктурних об'єктів то для цього необхідно застосувати інфій тип договору - *спільне фінансування (утримання) підприємств комунальної форми власності*.

3. Спільне фінансування (утримання) суб'єктами співробітництва підприємств, установ та організацій комунальної форми власності - інфраструктурних об'єктів.

З метою забезпечення ефективного використання наявних в територіальних громадах ресурсів, що належать одному чи кільком сторін співробітництва, може ними здійснюватися спільне фінансування (утримання) об'єктів комунальної інфраструктури – підприємств, установ та організацій комунальної форми власності. Сенс цієї форми полягає у тому, що лікарня належить одній із громад, але вигоди від її діяльності (якісну медичну послугу) отримують усі сторони співробітництва. Громади, долучені до спільного фінансування комунального підприємства, будуть розподіляти не тільки отримані вигоди, а також витрати та можливі ризики, пов'язані з діяльністю цього підприємства.

Наприклад, можна домовлятися для усіх сторін співробітництва про достатній рівень витрат на медичну послугу (госпіталізація, візит в поліклініку), який забезпечують послугу належної якості. І розподілити необхідні додаткові витрати між учасниками співробітництва. *Детальніше про розрахунок витрат на медичну послугу лікарні в Розділі 5 Посібника.*

Важливою рисою цієї форми співробітництва є те, що громади, які беруть участь у фінансуванні чи утриманні комунального підприємства (крім громади, якій належить підприємство чи об'єкт), не матимуть права власності на об'єкт, що фінансується. Так само, як не матимуть права власності на майно, яке спільним коштом купується для такого підприємства.

Спільне фінансування залишає виконання управлінських функцій за громадою, у власності якої перебуває об'єкт спільного фінансування. Інші ж суб'єкти співробітництва, навіть фінансуючи підприємство іншої громади, не беруть прямої участі в управлінні ним, але можуть бути залучені до процесу для підвищення прозорості та підзвітності через Спостережну раду лікарні. *Детальніше про органи корпоративного управління в Розділі 9 Посібника.*

Потенційно спільне фінансування могло б спрямовуватися на наступні цілі.

1. Фінансування інвестицій, необхідних для розширення можливостей лікарні.

За ситуації, коли інвестиції є передумовою укладання договору з НСЗУ, логічно, якщо громади-учасниці будуть солідарно до них долучатися. Наприклад, придбання нового автомобіля, медичного обладнання, без чого лікарня не може претендувати на підписання договору за певним пакетом медичних гарантій і, як наслідок, буде позбавлена можливості фінансування на відповідні медичні послуги.

2. Покриття втрат КНП від господарської діяльності, пов'язаної із наданням послуги.

Існує практика, коли місцеві ради-власники КНП субсидують свої КНП, зокрема покриваючи фінансові «розриви». Прямо це робити заборонено законом. Проте існує спосіб це робити через місцеві програми, фінансуючи капітальні інвестиції. *Детальніше в Розділі 7 Посібника.*

3. Покриття різниці у тарифі.

Це спосіб балансування між витратами на послугу та спроможністю споживачів платити економічно обґрунтований тариф. Як правило такий варіант передбачає доходи від основної діяльності, що сплачується безпосередньо споживачем. Наприклад, комунальні послуги.

У випадку фінансування лікарні за договором НСЗУ, як основним джерелом доходів, така ситуація може виникати при різниці витрат лікарні і основними доходами за тарифами, передбаченими різними пакетами медичних гарантій.

З точки зору розрахунку потреби в додатковому фінансуванні в цьому випадку ситуація, аналогічна як при покритті фінансових «розривів». *Детальніше в Розділі 7 Посібника.*

Особливості формування договору

Обсяг фінансових ресурсів, який органи місцевого самоврядування суб'єктів співробітництва планують виділити для спільного фінансування (утримання) підприємств, установ та організацій комунальної форми власності, а також порядок здійснення видатків з місцевих бюджетів.

Обсяг фінансових ресурсів може визначатися:

ПОРАДИ

- у вигляді абсолютної цифри без будь-якого застереження чи із застереженням, що на момент міжбюджетного трансферу буде визначено точну суму грошових коштів, яка може відрізнятись в більшу чи меншу сторону від тієї, що вказана у договорі;
- способом утворення, якщо на момент підготовки проекту договору про співробітництво обчислити навіть приблизну суму грошових коштів видається неможливим, та що мають зробити сторони для забезпечення фінансування. Щодо забезпечення фінансування, то тут необхідно вказати конкретні дії сторін співробітництва, спрямовані на виконання вимог бюджетного законодавства. Наприклад, це може бути надсилання погодженого та затвердженого на сесіях відповідних рад розрахунку міжбюджетних трансфертів в територіальний орган Держказначейства України. У цьому випадку в проекті договору про співробітництво доцільно буде вказати, що розрахунок стає невід'ємною частиною такого договору;
- у вигляді поєднання абсолютної цифри із способом її утворення. Це може мати місце у тому випадку, коли у договорі про співробітництво передбачається придбання транспортних засобів або медичного чи іншого обладнання, а їх вартість на момент укладення договору неможливо визначити.

Середня вартість госпіталізації (стаціонарна послуга) та амбулаторно-поліклінічної (візит в поліклініку) медичної послуги в лікарні Сторони 1.

ПРИКЛАД

Назва відділення	Вартість ліжка-дня, грн	Вартість пролікованого стаціонарного випадку, грн
Хірургічне для дорослих	816	11407
Терапевтичне для дорослих	460	4313
Інфекційне для дорослих	817	9272
Середня вартість стаціонарного випадку	682	8025
Середня вартість амбулаторного візиту		147

Статистика медичного обслуговування населення (госпіталізація) інших учасників співробітництва в лікарні Сторони 1 в 2020 році.

ПРИКЛАД

	Всього в 2020	Пологи	Більмак	Гуляй-Поле	Оріхів	Токмак	Комиш-Зоря	Смирновка	Малинівка	Воздвижівка	Розівка	інші
Полог БЛЛ	3511	88% власні потреби	147/4,1%	189/5,4%	26	18	-	-	-	-	51	8
Більмак РЛ	2156	-	51% власні потреби	-	-	-	417/19%	219/10%	-	-	-	421/20%
Гул.-Пол МЛ	1814	19	4	80% власні потреби	14	-	-	-	140/7,7%	116/6,4%	-	30/1,7%

Розподіл фінансової участі сторін на основі аналізу витрат лікарні та статистики медичного обслуговування населення інших учасників співробітництва.

ПРИКЛАД

Показник	Розрахункова потреба у видатках на функціонування лікарні на 2021 рік	планові доходи в 2021 році за договором НСЗУ	за рахунок інших джерел	За рахунок коштів місцевих бюджетів			
				Всього	Сторона 1	Сторона 2	Сторона 3
Обсяг видатків на амбулаторно-поліклінічну допомогу, грн	13 688 104	11 698 554	1 989 550	1 989 550	1 782 675	86 350	120 525
<i>в тому числі на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, грн</i>							
Кількість послуг	79582			79582	71307	3454	4821
Обсяг видатків на стаціонарну медичну допомогу, грн	16 901 026	14 196 225	2 704 801	2 704 801	2 334 783	151 371	218 647
<i>в тому числі на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, грн</i>							
Кількість послуг	1769			1769	1527	99	143
Разом, грн	30 589 130,0	25 894 779,0	4 694 351,0	4 694 351,0	4 117 458,0	237 721,0	339 172,0
<i>в тому числі на оплату комунальних послуг та енергоносіїв</i>	1 155 000,0						

Що стосується порядку здійснення видатків з місцевих бюджетів, то у договорі необхідно вказати статтю 75 Бюджетного кодексу України, відповідно до якої територіальні громади сіл, селищ і міст можуть об'єднувати на договірних засадах кошти бюджетів для виконання спільних проектів або для спільного фінансування комунальних підприємств, організацій і установ з урахуванням статті 93 цього ж Кодексу.

Обсяг фінансових ресурсів може визначати:

- спосіб розподілу між суб'єктами співробітництва отриманих доходів та можливих ризиків, пов'язаних з діяльністю підприємств, установ та організацій комунальної форми власності, що спільно фінансуються.

ПОРАДИ

! 100 % доходів, отриманих лікарнею за результатами надання послуги, є власністю лікарні і використовуються відповідно до своїх статутних цілей та чинного законодавства.

В іншому випадку існує ризик втрати статусу неприбутковості лікарні.

- форму і порядок подання звітності про результати діяльності підприємств, установ та організацій комунальної форми власності, використання ресурсів, у тому числі фінансових.

ПОРАДИ

Готуючи формулювання за цим пунктом, під час підготовки проекту договору з потенційним суб'єктам співробітництва необхідно буде погодити також форму та порядок подання звітності про результати діяльності спільно фінансованих (утримуваних) комунальних інфраструктурних об'єктів, а також використання відповідних фінансових ресурсів. Форму звіту варто передбачити як відповідний додаток до договору про співробітництво.

Звітність про результати діяльності лікарні може відбуватись в рамках функціонуючої Спостережної ради як консультативно-дорадчого органу, де можуть бути представлені сторони співробітництва. Така форма звітування описується в Договорі. Положення про Спостережну раду лікарні може бути додатком до Договору у випадку одночасного створення Спостережної ради.

4. Утворення суб'єктами співробітництва спільних комунальних підприємств, установ та організацій - спільних інфраструктурних об'єктів.

Форма співробітництва передбачає можливість утворювати спільні комунальні підприємства, установи та організації і спільно їх утримувати з метою реалізації спільних інфраструктурних проектів і виконання функцій, що становлять спільний інтерес для суб'єктів співробітництва.

Ця форма — одна з основних новацій у законодавстві. До прийняття закону про співробітництво територіальних громад створювати комунальне підприємство можна було лише як унітарну структуру, тобто на праві власності однієї громади.

З усіх п'яти форм співробітництва, передбачених Законом України «Про співробітництво територіальних громад», утворення спільного комунального підприємства за обсягом дій з боку суб'єктів співробітництва є найбільш складною.



Ця форма співробітництва може розглядатися у випадку об'єднання (злиття) з метою оптимізації закладів, що належать різним сторонам співробітництва.

Особливості формування договору

Законом передбачено перелік обов'язкових елементів текстової частини договору про співробітництво щодо утворення суб'єктами співробітництва спільних комунальних підприємств реалізації спільного. Такими елементами є:

- сфера діяльності спільних комунальних підприємств, установ та організацій;
- найменування та місцезнаходження спільних комунальних підприємств, установ та організацій;
- організаційно-правова форма спільних комунальних підприємств, установ та організацій;
- структура органів і служб управління спільними комунальними підприємствами, установами та організаціями, порядок їх призначення та організації діяльності. *В цій частині договору може бути посилання*

на створений рішенням засновників орган корпоративного управління (Наглядова рада підприємства) з можливістю його спільного фінансування. Див. наступну форму договору про створення спільного органу управління для спільного виконання визначених законом повноважень;

- обсяг коштів (майна), що інвестуються органами місцевого самоврядування суб'єктів співробітництва для фінансування (утримання) та забезпечення функціонування спільних комунальних підприємств, установ та організацій, а також строки їх внесення;
- етапи утворення спільних комунальних підприємств, установ та організацій і відповідальність сторін за результати їхньої діяльності;
- шляхи покриття органами місцевого самоврядування суб'єктів співробітництва можливих збитків, дефіциту коштів та розподілу отриманих доходів спільних комунальних підприємств, установ та організацій;
- порядок припинення діяльності спільних комунальних підприємств, установ та організацій, а також розподілу між суб'єктами співробітництва майна таких підприємств, установ та організацій;
- умови виходу одного із суб'єктів із співробітництва.

5. Утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного виконання визначених законом повноважень.

За цією формою співробітництва передбачається утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного виконання визначених законом повноважень, що належать до компетенції органів місцевого самоврядування — суб'єктів співробітництва, та з метою економії коштів, необхідних для його утримання (оптимізації чи зменшення видатків).



Зазначена форма співробітництва може бути досить актуальною в ситуації, коли кілька територіальних громад вже організували співробітництво, ставши засновниками спільного підприємства (в т.ч. шляхом злиття декількох медичних закладів), але жодний із суб'єктів співробітництва не має спроможності самостійно забезпечити ефективну діяльність закладом спільної власності. Можливим способом вирішення такої проблеми є утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління із відповідними повноваженнями та достатнім штатним складом.

Особливості формування договору

Законом передбачено перелік обов'язкових елементів текстової частини договору про співробітництво щодо утворення сторонами співробітництва спільного органу управління. Такими елементами є:

- мета утворення спільних органів управління
- повноваження, що реалізуються спільним органом управління та його функції.

Що стосується Положення про спільний орган управління, то проект цього документа необхідно готувати комісії разом із проектом договору про співробітництво. Положення про спільний орган управління варто оформити у вигляді додатку до договору про співробітництво, яке згодом має бути схвалене разом із самим договором радами усіх суб'єктів співробітництва;

- найменування та місцезнаходження спільного органу управління;
- спосіб утворення спільного органу управління та його майна. Під *способом утворення спільного органу управління* слід розуміти у вигляді чого його буде утворено: як окремий виконавчий орган сільської, селищної, міської ради одного із суб'єктів співробітництва (із статусом чи без статусу юридичної особи) або як структурний підрозділ у складі виконавчого органу сільської, селищної, міської ради одного із суб'єктів співробітництва;
- порядок призначення (обрання) на посаду, а також звільнення з посади керівника спільного органу управління та інших посадових осіб;
- відповідальність керівника спільного органу управління;
- порядок та обсяги фінансування суб'єктами співробітництва спільного органу управління;
- порядок та періодичність звітування спільного органу управління перед суб'єктами співробітництва та відповідними органами місцевого самоврядування;
- порядок припинення функціонування спільного органу управління та відповідного розподілу майна, наслідки такого припинення;
- порядок припинення дії договору, можливість припинення одним із суб'єктів співробітництва участі у співробітництві та наслідки такого припинення.



Ця форма співробітництва цікава тим, що дозволяє законодавчо реалізувати сучасні підходи до управління лікарнею на якісно вищому рівні – через корпоративне управління. Найбільш прийнятною формою для корпоративного управління лікарнею в існуючому

законодавчому полі виглядає наглядова рада КНП. Господарський кодекс України передбачає можливість передачі максимальних повноважень цьому органу від власника при певних умовах (стаття 78 Господарського кодексу України). *Детальніше в Розділі 9 Посібника.*

Наглядова рада підприємства є органом управління (не дорадчим чи консультативним), діяльність якого здійснюється на професійній основі. Важливо детально закріпити вимоги і критерії до членів Наглядової ради для забезпечення необхідного рівня компетенцій та уникнення конфлікту інтересів.

ПОРАДИ

В існуючій практиці у сфері охорони здоров'я найчастіше застосовуються наступні форми співробітництва:

- форма спільного фінансування (утримання) суб'єктами співробітництва підприємств, установ та організацій комунальної форми власності – інфраструктурних об'єктів;
- утворення суб'єктами співробітництва спільних комунальних підприємств, установ та організацій - спільних інфраструктурних об'єктів;
- делегування одному із суб'єктів співробітництва іншими суб'єктами співробітництва виконання одного чи кількох завдань з передачею йому відповідних ресурсів.

Увесь процес організації співробітництва має 5 послідовних формалізованих етапів:

1. Ініціювання співробітництва.
2. Переговори про організацію співробітництва.
3. Підготовка проекту договору про співробітництво комісією з підготовки проекту договору про співробітництво.
4. Громадське обговорення та схвалення проекту договору про співробітництво.
5. Укладення договору про співробітництво.

Зміст цих етапів описаний в розділі 2 Закону України № 1508-VII «Про співробітництво територіальних громад».

Наглядова рада підприємства є органом управління (не дорадчим чи консультативним), діяльність якого здійснюється на професійній основі. Важливо детально закріпити вимоги і критерії до членів Наглядової ради для забезпечення необхідного рівня компетенцій та уникнення конфлікту інтересів.

ПОРАДИ

Висновки

Укладання договорів про міжмуніципальне співробітництво на користь розвитку лікарні при усій багатокомпонентності процесу є лиш частиною більш комплексного і складнішого процесу. Складові цього процесу є універсальними для усіх фер застосування (як як початок діалогу, в т.ч. неформального, якісна фасилітація діалогу), так і специфічна, характерна для сфери охорони здоров'я. Особливо, коли це стосується таких спеціалізованих медичних закладів як лікарня. Розвиток успішного міжмуніципального співробітництва в цьому випадку стримується обмеженою спроможністю учасників спіробітництва до практичного застосування сучасної економіки та статистики лікарні, фінасового менеджменту та стратегічного планування лікарняної мережі, розуміння нових фінансових механізмів в системі охорони здоров'я України.

Жодна з форм договорів про міжмуніципальне співробітництво, запропонованих чинним законодавством, не має обмежень чи протипоказів до застосування в сфері охорони здоров'я в цілому та власне в розвитку ефективної лікарняної мережі. Але всі вони потребують певної адаптації, ініціативних рішень, збільшення прецедентності для більш широкого та успішного застосування в згаданій сфері.

7

Розробка місцевої (бюджетної) програми медичного обслуговування населення

Теоретико-правова основа

Відповідно до статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» питання організації матеріально-технічного та фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, які належать територіальним громадам, віднесено до повноважень відповідних рад.

Статтею 3 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено, що органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Видатки на охорону здоров'я, що здійснюються з місцевих бюджетів, визначені статтями 89 та 90 Бюджетного кодексу України.

До видатків на охорону здоров'я, що здійснюються з бюджетів сільських, селищних, міських територіальних громад, відносяться видатки на:

- оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;
- місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.
- місцеві програми громадського здоров'я;

До видатків на охорону здоров'я, що здійснюються з бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів, відносяться видатки:

- оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності тери-

- торіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;
- регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;



До повноважень ОМС входить прийняття рішень про фінансування окремих програм з метою забезпечення безоплатної медичної допомоги населенню при наданні стаціонарної спеціалізованої та високоспеціалізованої третинної медичної допомоги в державних закладах охорони здоров'я, що не покривається видатками на забезпечення діяльності відповідного закладу, шляхом оплати послуг за рахунок коштів міського бюджету на підставі відповідних угод про медичне обслуговування населення.

Програма медичного обслуговування населення Мукачівської міської об'єднаної територіальної громади в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України» на 2020 рік

ПРИКЛАД

Програма розроблена відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 14.06.2017 року №425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук» (зі змінами), Постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2019 року №1161 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України з питань реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги» враховуючи Порядок розроблення місцевих цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання затверджений рішенням 66-ї сесії 7 скликання Мукачівської міської ради від 31.10.2019 року №1574, керуючись п.п. 1 п. а ст. 27, п. 1 ч. 2 ст. 52, ч.6 ст.59 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» (див. Додатки 9, 10).

- регіональні програми громадського здоров'я;
- інші заклади та заходи у системі охорони здоров'я (будинки дитини, заклади служби крові, медико-соціальні експертні комісії, бюро суд-медекспертизи, бази спецмедпостачання).

Видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, по суті, передбачають здійснення видатків за рахунок коштів місцевих бюджетів на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я за вирахуванням видатків, які покриваються з інших джерел, зокрема за рахунок надходжень від надання платних послуг понад програму медичних гарантій.

Кошти на здійснення зазначених видатків надаються з місцевих бюджетів комунальним закладам охорони здоров'я у статусі неприбуткових підприємств як одержувачам бюджетних коштів.

Відповідно до статті 22 Бюджетного кодексу України розпорядник бюджетних коштів може уповноважити одержувача бюджетних коштів на виконання заходів, передбачених бюджетною програмою, шляхом доведення йому бюджетних асигнувань та надання відповідних коштів бюджету. Одержувач бюджетних коштів використовує такі кошти відповідно до вимог бюджетного законодавства на підставі плану використання бюджетних коштів, що містить розподіл бюджетних асигнувань.

Затвердження місцевої (регіональної) програми для здійснення таких видатків не потрібно.

Не потребує затвердження регіональної програми здійснення видатків на охорону здоров'я, передбачених статтею 90 Бюджетного кодексу України, на інші заклади та заходи у системі охорони здоров'я (будинки дитини, заклади служби крові, медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, бази спецмедпостачання).

Для здійснення всіх інших видатків, насамперед, необхідно затвердити відповідну місцеву (регіональну) цільову програму.

З метою вдосконалення підготовки регіональних цільових програм, моніторингу і звітування про їх виконання донедавна в цій сфері діяли Методичні рекомендації щодо порядку розроблення регіональних цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання, затверджені наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі від 4 грудня 2006 року № 367¹.

Однак цей наказ втратив чинність на підставі наказу Міністерства економічного розвитку і торгівлі № 42 від 16.01.2019².

Тому при складанні місцевих цільових програм слід орієнтуватися на Закон України від 18.03.2004 № 1621-IV «Про державні цільові програми»³, постанову Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 106 «Про затвер-

¹<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0367665-06#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0042731-19#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15#Text>

дження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм»¹ та Закону України від 23.03.2000 № 1602-III «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України»².

Стосовно формування бюджетних програм з охорони здоров'я слід зазначити, що відповідно до статті 20 Бюджетного кодексу України бюджетні програми формуються головними розпорядниками бюджетних коштів під час підготовки пропозицій до Бюджетної декларації (прогнозу місцевого бюджету) та складання бюджетного запиту з урахуванням планів діяльності на середньостроковий період, прогнозних та програмних документів економічного і соціального розвитку.

Методичні рекомендації щодо підготовки та затвердження Бюджетного регламенту проходження бюджетного процесу на місцевому рівні затверджені наказом Мінфіну від 31.05.2019 № 228³.

Правила складання паспортів бюджетних програм місцевих бюджетів та звітів про їх виконання затверджені наказом Міністерства фінансів України від 26.08.2014 № 836⁴.

Паспорт бюджетної програми місцевого бюджету - документ, що визначає мету, завдання, відповідальних виконавців, результативні показники та інші характеристики бюджетної програми місцевого бюджету (далі - бюджетна програма) відповідно до бюджетного призначення, встановленого рішенням про місцевий бюджет, та цілей державної політики у відповідній сфері діяльності, реалізацію якої забезпечує головний розпорядник.

Паспорти бюджетних програм складають усі головні розпорядники бюджетних коштів за кожною бюджетною програмою, крім бюджетних програм: які створюються протягом року за рахунок коштів резервного фонду бюджету; з повернення кредитів до бюджету; з відшкодування шкоди, завданої фізичній чи юридичній особі незаконними рішеннями, діями чи бездіяльністю органів державної влади, їх посадових і службових осіб; з перерахування міжбюджетних трансфертів.

Наказом Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України від 26.05.2010 № 283/437 затверджено Типовий перелік бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» та наказом Міністерства фінансів України від 20.09.2017 № 793 - Типову програмну класифікацію видатків та кредитування місцевого бюджету, зокрема і по галузі «Охорона здоров'я»⁵.

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2007-%D0%BF#Text>

²<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-14#Text>

³<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0228201-19#Text>

⁴<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1103-14#Text>

⁵<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0403-10#Text>

Однак у зв'язку з реалізацією реформи фінансування системи охорони здоров'я, перерозподілом видаткових повноважень в охороні здоров'я між державним та місцевими бюджетами, положення зазначених наказів є застарілими та потребують суттєвого перегляду.

Окремо слід зазначити, якщо на території територіальної громади недостатньо бюджетних установ, інших суб'єктів господарювання комунальної власності, які забезпечують надання публічних послуг, визначених пунктом 2 частини першої статті 86 Бюджетного кодексу України, відповідно до статті 93 Кодексу місцева рада може передати кошти на здійснення окремих видатків місцевих бюджетів іншій місцевій раді у вигляді міжбюджетного трансферту до відповідного місцевого бюджету.

Передача коштів між місцевими бюджетами здійснюється на підставі рішень відповідних місцевих рад, прийнятих кожною зі сторін, і укладання договору.

Види міжбюджетних трансфертів, які місцеві ради можуть передбачати у відповідних бюджетах, встановлено статтею 101 Кодексу. Умови надання субвенцій, зазначених у цій статті, визначаються відповідним договором сторін, якщо інше не встановлено Кодексом.

Висновки

У зв'язку з реалізацією реформи фінансування системи охорони здоров'я, перерозподілом видаткових повноважень в охороні здоров'я між державним та місцевими бюджетами, положення наказів Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України від 26.05.2010 № 283/437, наказу Міністерства фінансів України від 20.09.2017 № 793 є застарілими та потребують суттєвого перегляду.

8

Залучення інвестицій для інфраструктурних проектів (будівництво нової або реконструкція лікарні)

Розвиток інфраструктури об'єднаних територіальних громад неможливий без залучення інвестицій та додаткових фінансових ресурсів. Питання: де їх знайти і як залучити, постійно виникають у керівників, управлінців та громадських активістів. Відповіді на ці питання спробуємо надати з фокусом на послуги у секторі охорони здоров'я.

Цей Розділ складається з огляду теоретико-правових основ, практичної частини у розрізі джерел фінансування та шаблони документів, що має допомогти представникам органів місцевого самоврядування вивчити особливості і визначитися щодо залучення додаткових ресурсів, доступних для інвестування у сфері охорони здоров'я, підготувати пропозиції та отримати очікуваний результат. На основі міжнародної практики у підсумку наведено принципи управління публічними інвестиціями, які забезпечують ефективність інвестицій для ОТГ, та рекомендовані кроки залучення додаткових ресурсів.

Теоретико-правова основа

Інвестиціями є всі види майнових та інтелектуальних цінностей, що вкладаються в об'єкти підприємницької та інших видів діяльності, в результаті якої створюється прибуток (доход) та/або досягається **соціальний** та екологічний ефект.

Інвестиції, що спрямовуються на створення (придбання), реконструкцію, технічне переоснащення основних засобів, очікуваний строк корисної експлуатації яких перевищує один рік, здійснюються у формі **капітальних вкладень**.

Відповідно до статті 16 Закону України «Про інвестиційну діяльність», **органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень здійснюють** регулювання інвестиційної діяльності на своїй території, в тому числі шляхом погодження питань про створення виробничих і **соціальних** об'єктів, використання природних ресурсів суб'єктами інвестиційної діяльності.

У ст. 28 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» чітко визначені джерела та повноваження ОМС щодо залучення на договірних засадах інвестиційних ресурсів підприємств, установ та організацій незалежно від форм власності, розташованих на відповідній території, коштів

населення, а також бюджетних коштів на будівництво, розширення, ремонт і утримання на пайових засадах об'єктів **соціальної** і виробничої інфраструктури; сприяння здійсненню інвестиційної діяльності на відповідній території.

Згідно із ч.7 ст.2 ЗУ «Про інвестиційну діяльність»¹ місцеве інвестування та підтримка реалізації інвестиційних проєктів за рахунок коштів місцевого бюджету та/або кредитів (позик), залучених під місцеві гарантії, **здійснюються в порядку, встановленому** органами влади Автономної Республіки Крим, **органами місцевого самоврядування**, відповідно до вимог бюджетного законодавства.

Крім того, (ч. 8 ст. 2 ЗУ «Про інвестиційну діяльність») місцеве інвестування в об'єкти приватної власності здійснюється за умови закріплення в комунальній власності частки у статутному капіталі юридичної особи, яка отримує таке інвестування за рахунок бюджетних коштів, залежно від обсягу вкладених інвестицій.

Отже, інвестиційна діяльність в ТГ провадиться на основі:

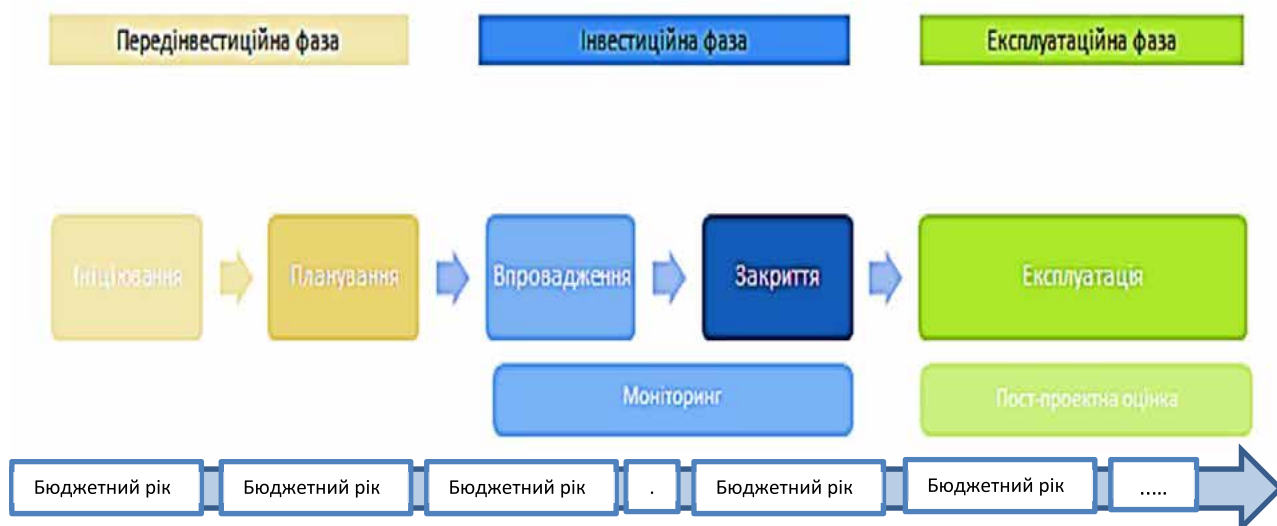
- інвестування, що здійснюється громадянами, недержавними підприємствами, господарськими асоціаціями, спілками і товариствами, а також громадськими та релігійними організаціями, іншими юридичними особами, заснованими на колективній власності;
- місцевого інвестування, що здійснюється ОМС за коштів місцевих бюджетів, позичкових коштів, а також комунальними підприємствами й установами за власні і позичкові кошти;
- державної підтримки для реалізації інвестиційних проєктів;
- іноземного інвестування, що здійснюється іноземними державами, агенціями, юридичними особами та громадянами іноземних держав;
- спільного інвестування, що здійснюється юридичними особами та громадянами України, юридичними особами та громадянами іноземних держав.

ТГ/ОМС самі встановлюють порядок здійснення місцевого інвестування та надання підтримки реалізації інвестиційних проєктів за рахунок коштів місцевого бюджету та/або кредитів (позик), залучених під місцеві гарантії відповідно до вимог бюджетного законодавства.

Інвестиційна діяльність забезпечується шляхом реалізації інвестиційних проєктів. Щоб досягнути бажаного результату необхідно зрозуміти процеси, процедури та дотримуватися їх виконання на кожному етапі життєвого циклу проєкту.

Система управління проєктами включає проєктний цикл в розрізі основних груп процесів (ISO 21500 Guidance on project management) на передінвестиційній, інвестиційній та експлуатаційній фазах проєкту:

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1560-12#Text>



Разом з цим проектний цикл взаємопов'язаний з іншими циклами.

Основний інвестиційний цикл	Базові елементи: (1) Планування і координація, (2) розподіл і фінансування, (3) реалізація, (4) оцінка результатів ПІ	Часовий вимір
Програмний цикл	Система управління національними та/або секторальними (галузевими) та регіональними програмами публічних інвестицій, якими управляють у середньостроковій перспективі та/або на постійній основі.	1-10 років
Бюджетний цикл	Управління бюджетом є важливим в частині координації з середньостроковою системою видатків, якщо країна її адаптувала, гармонізації процесу розподілу капітальних видатків з процесом підготовки і затвердження державного бюджету, та забезпечення поточних видатків на обслуговування та ремонт інфраструктурних об'єктів.	12 місяців
Проектний цикл	Управління публічними (державними та регіональними/місцевими) інвестиційними проектами, включає всі елементи (ініціювання, планування, реалізація, моніторинг, завершення, експлуатація, пост-оцінка) за трьома етапами: передінвестиційний, інвестиційний, експлуатаційний з	1-5 бюджетних циклів = років (інвест-етап), Експлуатаційний етап залежить від життєвого строку експлуатації об'єкта
Будівельний цикл	Управління будівельним процесом має корелюватися з процесом підготовки та реалізації інвестиційного проекту і є важливою складовою інвестиційного етапу	Так само як інвестиційний етап проекту

Отже, підготовка проекту, вибір та залучення фінансування починається вже тоді, коли ви готуєте середньострокову програму розвитку ОТГ/міста/регіону, в якій визначаються довгострокові цілі розвитку сфери охорони здоров'я також.

- **ЩО?** – що потрібно досягнути у сфері охорони здоров'я? Які послуги, який їх обсяг, скільки пацієнтів, потенційних споживачів?

- **НАВІЩО?** – навіщо змінювати послуги? Щоб забезпечити населення, що проживає на території ОТГ чи також залучити клієнтів та нових жителів, створивши умови для надання якісних медичних послуг? – відповідаючи на ці питання ви підходите до рішення щодо параметрів необхідної інфраструктури для надання цих послуг.
- **ЯК?** – як досягнути змін використовуючи наявну інфраструктуру чи потрібна додаткова інфраструктура, обладнання?

Питання здійснення публічних (державних чи місцевих) інвестицій виникає, коли визначено потребу у модернізації, створенні основних засобів, а саме реконструкції будівлі, будівництва нової будівлі, придбання і технічного дооснащення медичним обладнанням для забезпечення якості та доступності медичних послуг для жителів громад(и). тобто, зрозуміла мета змін.

Передінвестиційна фаза є основою успішності наступних кроків, на цьому етапі проводиться аналіз задоволення потреб у послугах, визначаються показники якості та доступності послуг для населення, які бажає громада, ОТГ досягнути, і оцінка наявних матеріальних та людських ресурсів для їх досягнення (приміщення, обладнання, медичний персонал). Маючи таку аналітику, ОТГ/ОМС може визначитися стосовно потенційних проєктів і додаткових ресурсів, які необхідні для досягнення цілей у сфері охорони здоров'я, і розпочати пошук таких джерел.



З іншого боку, коли ви знаєте, які джерела наявні і доступні, їх вартість, напрями і критерії використання, тоді легше визначити складові потенційних проєктів, щоб збільшити ймовірність їх підтримки суб'єктами, які приймають рішення щодо надання фінансування: виділення грантів, надання кредитів, гарантій, підтримки.

Джерела фінансування капітальних інвестицій (капітальних вкладень) у розвиток інфраструктури

Види джерел	Приклади
власні кошти ОТГ (кошти місцевого бюджету):	доходи (податкові надходження, доходи від ОВДП, доходи від передачі корпоративних прав, орендні платежі,
власні кошти КП:	плата НСЗУ за послуги, плата споживачів послуг
підтримка за рахунок державного бюджету:	цільові програми регіонального розвитку, розвитку ОТГ, кошти ДФРР
зовнішні запозичення:	кредити МФО під державні гарантії, кредити МФО, іноземних банків під місцеві гарантії (місцеві запозичення),
внутрішні запозичення:	кредити комерційних банків без/під місцеві гарантії (місцеві запозичення),
безповоротні і безоплатні кошти:	міжнародна технічна допомога (гранти) країн-донорів, міжнародних організацій, фондів ЄС
приватні інвестиції (власні та кредитні)	кошти приватного партнера на умовах державно-приватного партнерства (комунальна форма власності об'єкта)

Кожне з цих джерел має свої особливості, вимоги до документів, розрахунків, планування, реалізації, моніторингу, звітування. При цьому проєктний цикл охоплює декілька бюджетних циклів і має бути гармонізований з циклом джерела фінансування. Фінансовий рік може не співпадати з календарним роком і необхідно уважно узгоджувати і суміщати процедури різних суб'єктів інвестування (позичальник, позикодавець, грантодавець) задля зменшення строків підготовки та реалізації проєктів розвитку.

Довідково. На відміну від України фінансовий (бюджетний) рік Японії, Канади Великобританії 01.04-31.03, Світового банку, Австралії, Швеції, Норвегії 01.07-30.06, Туреччина 01.03-28.02, США 01.10-30.09.



Планування бюджету і напрямів витрат, фінансування, кредитування здійснюється за рік до планового періоду, тому фактично фінансування розпочинається пізніше, а починати перемовини необхідно за 1-2 роки до укладання фінансової угоди та початку реалізації проєкту.

Запозичення

Міські ради, зокрема ради міських ТГ, мають право здійснювати місцеві запозичення (ст. 16 БКУ) до своїх бюджетів – як внутрішні, так і зовнішні, в тому числі шляхом отримання кредитів (позик) від міжнародних фінансових організацій.

Відповідно до ст. 71 і ст. 74 БКУ, запозичення можуть здійснюватися лише на покриття дефіциту бюджету розвитку, що призначений для фінансування **капітальних** видатків. Тобто кошти запозичення не можуть бути використані на фінансування поточної діяльності ОМС. Вони спрямовуються на реалізацію інвестиційних програм (проєктів), метою яких є розвиток комунальної інфраструктури, впровадження ресурсозберігаючих технологій, створення, приріст чи оновлення стратегічних об'єктів довготривалого користування або об'єктів, які забезпечують виконання завдань міських рад, спрямованих на задоволення інтересів населення їх громад.

Основні кроки для здійснення місцевих запозичень (міськими радами):

1. Рішення міської ради про здійснення запозичення, яке має містити інформацію про мету запозичення; форму здійснення запозичення; істотні умови запозичення – вид, розмір, валюта, строк, відсотки за користування запозиченням та строки їх сплати, а також розмір основної суми боргу; майнове або інше забезпечення виконання зобов'язань за запозиченням.
2. Погодження обсягу та умов здійснення запозичення (реструктуризації боргових зобов'язань) з Мінфіном. Для отримання погодження Верховна Рада міська рада надсилає Мінфіну письмове повідом-

лення, до якого додає такі належним чином оформлені документи, відповідно до Постанови КМУ від 16 лютого 2011 р. № 110¹.

3. Мінфін протягом одного місяця з дня надходження документів розглядає їх і перевіряє подані розрахунки.
4. Міська рада надсилає Мінфіну копію рішення про запозичення та копію рішення про внесення змін до бюджету, якими передбачено, зокрема, внесення змін щодо місцевих запозичень (у разі подання попередньо його проєкту), в десятиденний строк після їх прийняття.

Головними перевагами для громад у разі залучення позик є:

- стабілізація необхідних коштів місцевих бюджетів. Потреба в капітальних видатках місцевих бюджетів коливається від одного року до іншого, тоді як бюджетні надходження більш стабільні;
- зменшення операційних витрат. Реалізовані проєкти можуть зменшити споживання енергетичних й інших ресурсів, а також витрати на ремонт, оплату праці тощо;
- прискорення розвитку муніципалітету. Швидше економічне зростання, додаткові податкові надходження, нові робочі місця й інші позитивні ефекти можуть бути значно вищі, ніж витрати на сплату відсотків за позикою;
- зменшення вартості проєктів – чим довше реалізується проєкт (понад терміни будівництва), тим дорожче він коштує для замовника, тим менш ефективними стають витрати на проєкт. Фінансування за рахунок поточних доходів та пошук додаткових коштів впродовж проєкту зазвичай подовжує виконання проєкту на певний період, вимагає потім перерахунок вартості. Це призводить до більших витрат на реалізацію проєктів;
- кращий доступ до грантів від міжнародних фондів та донорів. У багатьох країнах, що розвиваються місцева влада має можливості до залучення інвестиційних грантів від міжнародних донорів і МФО. Зазвичай необхідною умовою їх отримання є забезпечення частки власних коштів в інвестиційних проєктах. Оскільки місцеві бюджети часто не мають достатніх поточних ресурсів для забезпечення необхідної власної частки проєктного фінансування, саме позики дозволяють скористатися грантами і зробити можливою реалізацію проєктів.

ОМС або установа чи організація, утворена в установленому порядку зазначеним органом, чи суб'єкт господарювання комунального сектору економіки (ініціатор) можуть **ініціювати** інвестиційний проєкт, який перед-

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/110-2011-%D0%BF#Text>

бачається фінансувати із залученням позик МФО. Для цього Ініціатор готує проектну пропозицію та направляє до Мінфіну, який після надання позитивного висновку експертизи направляє пропозицію до МФО. Процедура та кроки затверджені постановою КМУ від 27.01.2016 №70¹.

Форма проектної пропозиції наведено у *Додатку 11*.

Кредити МФО на фінансування розвитку регіональної інфраструктури в Україні можуть надавати безпосередньо позичальнику в особі міської ради або КП чи на умовах субкредитування Урядом України бенефіціара кредиту. У першому випадку укладають пряму кредитну угоду між МФО та позичальником. У другому для отримання кредиту укладають такі угоди: угода про позику між МФО та Урядом України (1); угода про впровадження проекту між МФО і позичальником (2); угода про субкредитування між Мінфіном і позичальником (3); угода гарантії між Мінфіном і позичальником (4).

Дослідження досвіду підготовки та реалізації проектів, для здійснення яких українські міста залучали кредити МФО, засвідчує, що їхній ефективності не завжди приділяли достатню увагу, зокрема траплялися порушення графіків реалізації проектів через відсутність проектної документації, відсутність співфінансування з місцевого бюджету, доводилося анулювати частину позик через відсутність спроможності реалізувати в межах строків, визначених у кредитній угоді.

Незадовільний стан реалізації проектів у сфері регіонального розвитку із залученням кредитів МФО в Україні зумовлений низкою проблем, серед яких:

- неналежне обґрунтування проектної пропозиції та планування проектів;
- складні довготривалі процедури набуття чинності угод про позики та внесення змін до них;
- незадовільний фінансовий стан КП, більшість яких є збитковими;
- немає реальної відповідальності українських виконавців і бенефіціарів за несвоєчасне та неякісне впровадження проектів;
- недосконалість механізмів управління проектами, для реалізації яких залучено кредити МФО;
- складні й довготривалі процедури надання державних гарантій за кредитами, які надають муніципалітети.

Численні недоліки на підготовчому етапі та під час реалізації проектів призводять до втрати українськими містами кредитних ресурсів. Досвід

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/70-2016-%D0%BF#Text>

українських міст доводить, що успішнішими виявляються лише ті проекти, які мають чітку інвестиційну спрямованість і потребують обов'язкового співфінансування ОМС або КП.

Упроваджені в Україні проекти свідчать про те, що кредитні кошти МФО можуть стати вагомим джерелом ресурсів для вирішення соціально-економічних та екологічних проблем територіальних громад, упровадження енергоощадних технологій, залучення інвестицій для забезпечення розвитку муніципальної інфраструктури охорони здоров'я.

Переваги й вимоги підтримки від МФО

Які переваги?	Які додаткові вимоги?
Ефективний інструмент залучення «довгих» і «дешевих» коштів для реалізації високовартісних інфраструктурних проектів	Умови фінансування (крім процентних ставок) зазвичай жорсткіші, якщо порівнювати з кредитами «звичайних» банківських установ. Можуть бути додаткові умови щодо заходів з реформування.
Наявність пільгового періоду, що дає змогу відкласти боргове навантаження на місцевий бюджет на майбутні періоди	Складна підготовча стадія проектів, що може тривати багато років перед ухваленням рішення про надання кредиту
Фіксовані процентні ставки (часто прив'язка процентних ставок до ставок за позиченнями центральному уряду)	Можливі додаткові витрати на проведення енергоаудиту, страхування ризиків проекту, його експертизу тощо
Можливість різноманітних додаткових стимулів у формі грантів або технічної допомоги	Часто вимагають співфінансування проекту коштом позичальника (до 10%) або залучення інших кредиторів (МФО)

Надання МГ пов'язане зі значними ризиками, адже в разі настання гарантійного випадку гарантований місцевий борг стає прямим місцевим боргом. Такі ж ризики виникають у проектах, які фінансуються за кредити під державні гарантії, в яких ОМС беруть участь на умовах субкредитного договору з Мінфіном.

Відповідно зростають видатки місцевого бюджету на обслуговування та погашення такого боргу, що, своєю чергою, впливає на можливість повного виконання муніципалітетом своїх повноважень, стратегічних і поточних завдань. Серед основних ризиків надання МГ, які можуть виникнути в муніципалітеті, такі: (1) муніципалітети, які мають вищу кредитоспроможність, можуть більшою мірою використовувати МГ, посилюючи таким чином диспропорції в місцевому розвитку; (2) опосередкований характер гарантійних зобов'язань знижує достовірність бюджетного планування, наслідком чого можуть бути неочікувані потреби у фінансових ресурсах; (3) вартість рішення про надання муніципалітетом МГ стане відомою виборцям тільки після переходу боргу з умовного в прямий місцевий борг.

1. Надавати місцеві гарантії у разі, якщо немає інших, привабливіших із фінансового погляду й прийнятних для кредиторів механізмів гарантування ризиків за договорами позики. Надавати гарантії за позиками КП на фінансування лише тих проєктів, що мають інвестиційну орієнтацію, економічно доцільні й обґрунтовані, відповідають стратегічним пріоритетам ОМС.
2. У рішенні про місцевий бюджет на рік, у якому планують надання МГ, необхідно встановити граничний обсяг надання гарантій, а також визначити уповноважену посадову особу (зазвичай це заступник міського голови) на підписання гарантійних угод і здійснення координації з питань обслуговування гарантійних зобов'язань ОМС.
3. Перед ухваленням рішення про надання МГ слід проаналізувати структуру дохідної частини місцевого бюджету та загальну платоспроможність ОМС, спрогнозувати майбутні надходження (зокрема, до бюджету розвитку) на найближчі бюджетні періоди, за кошти від яких потенційно можливо погашати місцевий борг у разі настання гарантійних випадків.
4. Ретельно оцінювати КП, що є потенційними отримувачами МГ, щодо їх спроможності (фінансовий стан, фінансовий менеджмент) відповідати за своїми зобов'язаннями, а також можливості (матеріальна база, плани розвитку, фінансові плани) у разі настання гарантійного випадку покрити за кошти позичальника свої втрати.
5. Здійснювати регулярний моніторинг стану виконання проєктів, для реалізації яких отримано позики, і фінансового стану КП, за запозиченнями яких надано МГ, для недопущення настання гарантійних випадків.
6. На весь період дії договорів гарантії місцевому фінансовому органу потрібно прогнозувати ймовірні витрати на погашення боргу та передбачати способи акумуляції необхідних додаткових фінансових ресурсів або скорочення інших статей видатків. У разі, якщо в попередні бюджетні періоди вже були гарантійні випадки, доцільно прогнозувати вищу ймовірність настання таких випадків за чинними договорами (більше ніж 50% сум платежів за договорами гарантій, як це передбачено БКУ).
7. Для подолання ризиків і використання потенціалу залучення кредитів і грантів ОМС доцільно розвивати партнерські відносини з міжнародними та національними фінансово-кредитними установами, щоб підвищувати рівень їхньої довіри й розширювати можливості кредитування комунального сектору та місцевого розвитку. Участь в різних проєктах грантових і кредитних поступово створює портфоліо спільно реалізованих проєктів, цим самим підвищуючи кваліфікацію персоналу та довіру з боку міжнародних партнерів.

Міжнародні гранти

Міжнародна технічна допомога - фінансові та інші ресурси та послуги, що відповідно до міжнародних договорів України надаються партнерами з розвитку на **безоплатній та безповоротній основі** з метою підтримки України (постанова КМУ від 15 лютого 2002 р. № 153 «Про створення єдиної системи залучення, використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги»¹).

Чим корисні гранти для розвитку інфраструктури охорони здоров'я?

- додатковий ресурс при підготовці інфраструктурного проєкту;
- додатковий інвестиційний ресурс, що зменшує частку кредитних коштів МФО;
- додатковий ресурс для придбання імпортного обладнання;
- підготувати документацію та запровадити нові стандарти якості послуг в ОТГ;
- можливість отримати навички з підготовки, реалізації (міжнародні закупівлі), моніторингу проєктів;
- можливість провести підготовку персоналу до роботи на новому обладнанні, у нових умовах, за новими стандартами якості та доступності послуг;
- можливість підвищити інституційну спроможність ОТГ (персоналу міської ради, керівників та фахівців медичного закладу).

Інформацію про грантові конкурси слід шукати на офіційних сайтах донорських організацій.

Донори, які на цей час надають фінансову підтримку в Україні громадським, урядовим організаціям, органам місцевого самоврядування для реалізації проєктів у сфері охорони здоров'я:

- **Швейцарська агенція з розвитку та співробітництва (SDC).** Покращення стану здоров'я населення у східних регіонах України, постраждалих від конфлікту²;
- **Програма розвитку ООН в Україні (ПРООН)** допомагає у відновленні критично важливої соціальної і економічної інфраструктури, у підвищенні ефективності роботи місцевих органів влади у східній Україні³;
- **Уряд Японії.** Допомога проєктам людської безпеки «КУСАНОНЕ». МЗС Японії через Посольство Японії в Україні⁴.

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/153-2002-%D0%BF#Text>

²www.eda.admin.ch/deza/en/home/countries/ukraine.html

³www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home.html

⁴https://www.ua.emb-japan.go.jp/itpr_uk/ua_oda.html

Грантоодержувачі: будь-яка некомерційна організація, яка повинна бути неприбутковою організацією, що виконує основні проекти розвитку.

Сфера: постачання медичного обладнання лікарням, при цьому особлива увага приділяється меті проекту, його соціально-економічному впливу та вартості.

Уряд Японії надав Україні безоплатну до-

ПРИКЛАД

помогу в межах Програми безпеки людини КУСАНОНЕ (перша черга 2020 року) на загальну суму майже 350 тис. дол. США для реалізації шести проектів у сфері охорони здоров'я, соціального добробуту та освіти у різних регіонах України. Зокрема:

- Проект Красилівської ОТГ отримає близько 77,8 тис. дол. США та буде співфінансований міською радою в межах 300 тис. грн. В межах проекту буде закуплено відеогастроскоп, відеоколоноскоп та бронхоскоп.
- Проект Славутського МВК. Грантові кошти отримав Міжнародний благодійний фонд «Сприяння розвитку медицини», який і закупив ультразвукову діагностичну систему експертного класу «Xario 200G», вартістю понад 2 млн гривень та передано медичному закладу.
- Проект «Модернізація медичного обладнання у відділенні паліативної допомоги в Первомайській ЦРЛ». За кошти допомоги буде придбано необхідне медичне обладнання. Проект ініційований Благодійною організацією «Первомайський міський благодійний фонд «Джерело» за підтримки Первомайської міської ради.

КНР. Безоплатна допомога КНР з постачання медичного обладнання (через Посольство КНР в Україні). Відповідальний – МОЗ України.

Європейський Союз. Представництво ЄС в Україні¹. Грантові конкурси від ЄС оголошуються постійно.

За підтримки фондів Європейського Інструменту Сусідства та Партнерства (ЄІСП) реалізуються спільні операційні **програми транскордонного (прикордонного) співробітництва** Польща-Білорусь-Україна², Угорщина-Словаччина-Румунія-Україна³, Україна-Румунія⁴, басейн Чорного моря⁵. За спільними проектами обсяг фінансування, який можна запитувати, різна – від 60 тис. до 3,5 млн. євро. Зокрема, проекти стосувалися медичних послуг (наприклад, скорочення часу реагування служб безпеки/охорони здоров'я). Наразі **готуються програми на 2021-2027 рр.**,

www.eeas.europa.eu/delegations/ukraine/index_uk.htm

<https://www.pbu2020.eu/ua>

<http://www.huskroua-cbc.net/ua/>

<https://ro-ua.net/ua/>

<https://blacksea-cbc.net/black-sea-basin-2014-2020/>

де конкурси будуть оголошуватися на офіційних сайтах, і вже ведеться підготовка до формування партнерських зв'язків для подачі майбутніх проєктів на відбір. Координатор від України – департамент з питань міжнародної допомоги Секретаріату КМУ;

Агентство США з міжнародного розвитку (USAID)¹. Програми Агентства надають підтримку Україні передусім у таких сферах, як досконале врядування, економічний розвиток, зміцнення системи охорони здоров'я та надання гуманітарної допомоги;

Український фонд соціальних інвестицій (УФСІ) є неприбутковою організацією, що створена з метою підтримки найменш соціально захищених верств населення, а також ініціатив територіальних громад і громадських організацій². УФСІ фінансується за підтримки міжнародних донорів. При впровадженні проєктів на рівні громад Фонд приділяє особливу увагу сучасним технологіям енергозбереження та енергоефективності. На сьогодні триває реалізація **Проєкту «Сприяння розвитку соціальної інфраструктури – УФСІ.VIII»**. Термін впровадження: 2021-2024 роки. Донор: Уряд Німеччини через KfW. Загальний розмір гранту: 13,10 млн. євро. Територія впровадження: Харківська, Дніпропетровська, Запорізька області, а також підконтрольні Уряду України райони Луганської та Донецької областей. Мета: посилення спроможностей закладів первинної і вторинної медичної допомоги протидіяти COVID-19 та наслідкам пандемії шляхом енергоефективного оновлення приміщень, постачання медичного обладнання та проведення навчальних заходів для медперсоналу та керівників закладів.

1. Для того, щоб взяти участь у грантовій програмі, треба знайти відкриті грантові конкурси. Для цього треба провести моніторинг сайтів донорів, Секретаріату КМУ (відповідального органу за залучення МТД) або відповідних організацій, які узагальнюють та актуалізують грантові конкурси, в яких можна взяти участь на цей час: умови участі, сума гранту, кінцевий термін подання заявки, аплікаційні форми і т. д.
2. Визначившись із переліком найоптимальніших для підтримки ідеї вашого проєкту донорів, необхідно докладно ознайомитись з умовами надання ними фінансової допомоги.
3. Щоб запобігти ситуації, коли проєкт може бути відхилено через недотримання формальних вимог, перед написанням заявки треба уважно вивчити особливості грантових конкурсів, особливу увагу приділяючи наведеним нижче характеристикам:
 - географія конкурсу (грантодавець може оголосити конкурс для певних регіонів України);

ПОРАДИ

- тип одержувачів грантів (органи самоврядування, громадські об'єднання, вищі навчальні заклади, заклади охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, засоби масової інформації, ініціативні групи тощо);
 - пріоритети конкурсу (напрями надання допомоги конкретизуються у пріоритетах конкретних конкурсів);
 - терміни подання заявки та підведення підсумків конкурсу;
 - розмір гранта та розмір власного внеску;
 - термін реалізації проєкту;
 - види діяльності, що фінансуються (у деяких випадках у рамках певного конкурсу донор може фінансувати чітко визначені заходи та відмовлятися фінансувати деякі статті видатків, найчастіше – непрямі видатки та/або оплату праці).
4. Кожен з донорів висуває свої вимоги до проєктів, оформлення заявок та переліку документів, які необхідно додавати до проєкту. Дуже часто до оголошення про конкурс додається форма заявки і бюджету проєкту. Тому треба досить уважно вивчати умови конкурсу і чітко дотримуватися усіх вимог, зазначених в оголошенні.
5. Іншою опцією для залучення міжнародної технічної допомоги – це звернутися до уповноваженого органу (СКМУ) через міністерство, відповідальне за формування політики у сфері охорони здоров'я. У такому випадку готується запит щодо залучення МТД відповідно до постанови КМУ №153. Див. Додаток 11.
6. Зверніть увагу, що донори часто розглядають включення питань прав людини, ґендерної рівності як наскрізне питання. Це означає, що починаючи від визначення проблеми до формування очікуваних показників, бажаним є застосування ґендерного аналізу на всіх етапах розробки заявки. Понад це, врахування ґендерних аспектів і соціальної інклюзії є критерієм оцінювання заявок у багатьох донорів. Таким чином, включення ґендерного підходу допомагає підвищити конкурентноспроможність у процесі подання заявок громади на українські та іноземні грантові програми.

Позики і гранти

В умовах обмеженості місцевих бюджетів найкращим поєднанням різних джерел фінансування для реалізації проєкту є баланс власних коштів (місцевий бюджет) -10-15%, грант та позика (кредит).

На сьогодні такі інструменти доступні у сфері енергоефективних заходів для комунальних будівель, що стосується також медичних закладів комунальної власності:

Північна екологічна фінансова корпорація (NEFCO). НЕФКО фінансує й впроваджує малі та середні екологічні проекти через позики і гранти як для приватного, так і для публічного (державного і комунального) сектора¹. Умови позик програми «Енергозбереження» НЕФКО – проекти тільки в комунальних будівлях. Мінімальний розмір – 350 000 грн. і максимальний – 3 000 000 грн (до 500 000 євро). Позика надається у місцевій валюті і повертається у місцевій валюті. Максимальна сума позики – до 90% від загальної вартості проекту. Відсоток – 3% річних. Тривалість проекту – 4-5 років. **Позичальник:** муніципалітети, ОМС. Типи інвестицій: об'єкти соціальної інфраструктури: дошкільні заклади, школи, **лікарні** та системи вуличного освітлення. Закупівлі: відкриті та прозорі, у відповідності до Керівництва із закупівель NEFCO.

Норвегія. З 2020 року стартувала **Ініціатива з питань енергоефективності Норвегія-Україна (NUEE), що є продовженням** є продовженням успішної норвезької Північної ініціативи з енергоефективності та гуманітарної підтримки Україні².

Нова ініціатива, з грантовим фінансуванням з боку Норвегії у розмірі 20 мільйонів євро, має на меті збільшити муніципальне фінансування для енергоефективності в громадських будівлях, посилити самоврядування в українських муніципалітетах та зосередити увагу на сталих практиках закупівель під час реалізації програми.

Програма NUEE забезпечує сумісне фінансування, що складається з позик та грантів, а також технічної допомоги та підтримки проектів. На додаток до норвезького внеску у розмірі 20 мільйонів євро грантового фінансування, NEFCO балансує кожен проект за рахунок кредитного фінансування.

Програма охоплюватиме як менші демонстраційні проекти (до 10 проектів на рік) з пільговими кредитами до 500 000 євро на кожен проект, так і середні проекти, на які NEFCO може виділяти до 5 мільйонів євро кредитного фінансування. Очікується, що бенефіціари забезпечуватимуть принаймні 10% вартості проекту за рахунок власних коштів.

Впровадження заходів з модернізації енергоефективності **закладів медичного обслуговування та мережі зовнішнього вуличного освітлення у місті Слов'янськ** здійснювалося за рахунок грантових коштів наданих Фондом «Північної ініціативи гуманітарної підтримки та енергоефективності для України (NIU)» та Фондом «Східноєвропейського партнерства з енергоефективності та довкілля (E5P)», що в загаль-

ПРИКЛАД

¹<https://www.nefco.int/>

²<https://www.nefco.int/fund-mobilisation/funds-managed-by-nefco/norway-ukraine-energy-efficiency-initiative/>

ному складають 715 000 євро. Загальна сума інвестицій у проєкт складає приблизно 1 мільйон євро. В рамках проєкту модернізовано будівлі амбулаторій № 1, 2 та 4, включаючи нову вентиляцію та повітрообмін, утеплені фасади та нові вікна, також було здійснено модернізацію мережі міського освітлення у районах, що постраждали під час військових дій.

Данія. Данська Програма фінансування сталої інфраструктури Даніда (DSIF), що фінансується Міністерством закордонних справ Данії¹. Програма пропонує субсидійовані позики для проєктів сталої інфраструктури в країнах, що розвиваються, з доходом на душу населення меншим за 3995 доларів США (2020) на основі стратегій розвитку держави. Проєкти повинні сприяти сталому розвитку в країні, де надаються фінансові ресурси, відповідно до Цілей сталого розвитку ООН.

Типовий кредит має термін погашення 10 років і видається в доларах США або євро.

НЕФКО адмініструє гранти DSIF через угоду про трастовий фонд. **Ініціатори проєктів-ОМС** можуть також звернутися до НЕФКО, яка надає допомогу з розробки інвестиційного проєкту на основі техніко-економічного обґрунтування за фінансового забезпечення від DSIF.

Світовий банк. Реалізується проєкт «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (вибірка 87%) за підтримки МБРР (кредитор), Відповідальний виконавець – МОЗ.

У 2012 році з ініціативи Уряду України, за підтримки МБРР розпочато розробку Проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей».

Проєкт охоплює 8 областей з різних регіонів України.

Угодою між Урядом України та Світовим банком передбачено фінансування проєкту за кошти банку в розмірі 250 млн. дол. з співфінансуванням від України в розмірі 10% від суми позики.

Рівненська область входить до складу учасників Проєкту з субпроєктом «Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області на період з 2015 по 2020 роки».

Фінансування субпроєкту передбачено з двох частин: кошти Світового банку – 25 млн. дол., та кошти обласного бюджету – 2,5 млн. дол. (10%)².

¹<https://www.ifu.dk/en/danida-sustainable-infrastructure-finance-en/>

²<https://wb.moz.gov.ua/>

Субпроект в Рівненській області. Реалізація субпроекту передбачена в 2015-2020 рр. Його цілі:

ПРИКЛАД

1. Покращення функціонування та взаємодії первинної, вторинної та третинної ланок надання допомоги хворим на ХСК (хвороби системи кровообігу).
2. Покращення обізнаності населення щодо профілактики хвороб системи кровообігу.

У рамках субпроекту для досягнення поставлених цілей заплановано:

- провести капітальний ремонт та реконструкцію 105 закладів охорони здоров'я первинного рівня: фельдшерсько-акушерських пунктів в лікарські амбулаторії. Об'єкти розташовані в кожному районі області.
- закупити медичне обладнання для серцево-судинного центру Рівненської обласної клінічної лікарні(РОКЛ), лікарських амбулаторій, центральних районних та міських лікарень.
- закупити вироби медичного призначення для серцево-судинного центру РОКЛ;
- закупівлю 18 автомобілів швидкої медичної допомоги класу В для центральних районних та міських лікарень;
- розробку та запуск програмного забезпечення для супроводу електронного реєстру груп ризику з інтеграцією до державної системи eHealth;
- створення Центру обробки даних закладів охорони здоров'я;
- впровадження комплексної системи захисту інформації;
- розробку та підтримку інформаційного веб-порталу щодо хвороб системи кровообігу;
- розробку мультимедійного навчального курсу «Особливості роботи з групами ризику»;
- проведення інформаційної кампанії щодо популяризації веб-сайту, гарячої лінії та здорового способу життя;
- проведення навчань медичного персоналу (сімейних лікарів, спеціалістів, менеджерів ЗОЗ) щодо профілактики та лікування хвороб системи кровообігу.

ММС і залучення ресурсів

Підписуючи договори міжмуніципального співробітництва, громади отримують доступ до нових ресурсів. Разом можна подаватися на програми та конкурси, створювати спільні комунальні підприємства.

Більший за кількістю споживачів «ринок» сприяє зменшенню витрат; партнерські органи місцевого самоврядування можуть обмінюватись знаннями та досвідом у наданні окремих послуг, що робить їх надання більш ефективною справою; покращується здатність залучати приватні інвестиції та брати участь у проєктах державно-приватного партнерства; стає можливим укладання більш вигідних контрактів з приватними компаніями.

Державно-приватне партнерство (ДПП)

ДПП має перспективу стати одним із ключових механізмів реалізації регіональних інвестиційних, зокрема й інфраструктурних проєктів, а також вирішення важливих соціально-економічних проблем на місцевому рівні.

Державно-приватне партнерство – це засноване на договорі **довгострокове** співробітництво між державою, територіальною громадою (в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування), а також приватними компаніями, спрямоване на фінансування, проєктування, впровадження та управління **публічними об'єктами і публічними послугами** (public facilities and public services), які традиційно забезпечуються державою (публічним сектором).

Правові основи

Відповідно до Закону України «Про державно-приватне партнерство» державно-приватне партнерство - **співробітництво** між державою України, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів, що згідно із Законом України «Про управління об'єктами державної власності» здійснюють управління об'єктами державної власності, **органів місцевого самоврядування**, Національною академією наук України, національних галузевих академій наук (державних партнерів) та юридичними особами, *крім державних та комунальних підприємств*, установ, організацій (приватних партнерів), що здійснюється **на основі договору** в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає **ознакам** державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом.

До ознак державно-приватного партнерства належать:

- 1) **створення** та/або **будівництво** (нове будівництво, реконструкція, реставрація, капітальний ремонт та технічне переоснащення) об'єкта державно-приватного партнерства та/або **управління** (користування, експлуатація, технічне обслуговування) таким об'єктом;
- 2) **довготривалість** відносин (від 5 до 50 років);

- 3) **передача** приватному партнеру частини ризиків у процесі здійснення державно-приватного партнерства;
- 4) внесення приватним партнером **інвестицій** в об'єкт державно-приватного партнерства.

Всі інвестиційні проекти, що відповідають ознакам державно-приватного партнерства, мають бути реалізовані лише із застосуванням вимог згаданого Закону.

Згідно із українським законодавством ДПП може реалізовуватися і у сфері охорони здоров'я та надання відповідних послуг. У цій сфері тільки починають оцінювати можливості для ДПП та визначення джерел окупності.



Покрокова нормативно-правова база впровадження проектів ДПП наведено у *Додатку 12*.

З детальною схемою підготовки ДПП для об'єктів комунальної власності варто ознайомитися на вебсайту координатора з питань ДПП – Мінекономіки¹.

Для реалізації масштабних інвестиційних проектів в різних секторах економіки потрібні значні інвестиційні ресурси, потужним джерелом яких може стати приватний бізнес. Водночас, в умовах післякризового розвитку зростає інтерес бізнесу до державної підтримки та партнерської співпраці, оскільки це дозволяє знизити ризики приватних інвестицій, підвищити надійність інвестиційних проектів для кредитних організацій.

Міжнародна підтримка підготовці проектів ДПП надається Світовим банком (МФК, IFC) та ЄБРР у вигляді консалтингу і супровід всього процесу державно-приватного партнерства з подальшою можливістю надання позики приватному партнеру або квазігарантії тощо.

Слід відзначити, що ключові ризики в інвестиційних проектах часто залишаються за державним сектором та платниками податків, і найвагоміший – ризик попиту. Крім того, для державного партнера оцінити фактичний перехід ризику виявляється проблематично через безліч ризиків, яким піддається ДПП, та через саму складність договорів про ДПП.

¹<https://www.me.gov.ua/Діяльність/Інвестиційна політика та міжнародне інвестиційне співробітництво/Державно-приватне партнерство/Загальний огляд державно-приватного партнерства/Дорожня карта>

1. Сприяти проектам ДПП доцільно, якщо (а) ОМС очікує досягнення кращого співвідношення ціни та якості, використовуючи креативність та ефективність приватного сектору, і (б) ОМС бракує фінансових або людських ресурсів для самостійного здійснення проектів. Ці два обґрунтування ДПП зазвичай наводяться як необхідність підвищення ефективності (або кращого співвідношення ціни та якості) та залучення додаткових ресурсів, фактично є альтернативою традиційному способу публічного інвестування за рахунок коштів місцевого бюджету.
2. Для досягнення ефективності проекту доцільно розглянути можливість об'єднання ресурсів і зусиль декількох ОТГ на умовах ММС задля покращення якості та доступності послуг у сфері охорони здоров'я.
3. Для прийняття рішення щодо моделі фінансування слід порівняти вигоди і втрати обох способів (традиційного та ДПП) фінансування та реалізації проекту, оцінити їх ефективність. Якщо ефективності неможливо досягнути або приватний сектор неготовий до ризиків, то доцільно оптимізувати проект, розглядати традиційні способи його фінансування.
4. Проведення незалежної експертної оцінки може забезпечити додаткові важелі для обмеження будь-яких небажаних ефектів та упередження оптимізму - заниження вартості та завищення вигод. Важливо чітко встановити, як і від кого має бути незалежна структура. Чим більше суб'єкт оцінки незалежний від конкретного методу або агенції, тим більше його судження може бути неупередженим, що сприяє оптимальному партнерству між двома сторонами.
5. Для врахування заходів з управління ризиками має бути підвищена спроможність державного партнера використовувати ризик менеджмент шляхом найму висококваліфікованих фахівців з приватного сектору або ж персонал має оволодіти відповідними навичками. Для підготовки ДПП краще залучати експертів з досвідом підготовки аналогічних проектів у сфері охорони здоров'я та одночасно підвищувати інституційну спроможність фахівців ОМС.
6. Від рівня кваліфікації персоналу та залучених консультантів залежить успішність проекту. Необхідно приділяти постійно увагу кваліфікації персоналу ОМС, який відповідає за підготовку проектів та залучення інвестицій, шляхом участі у семінарах і тренінгах, які проводить Мінекономіки, МОЗ за підтримки донорів.

- Що робити ОМС/ОТГ?

Перетворюйте ідеї вирішення проблем у проекти

ОСНОВНІ КРОКИ

1. Оптимальні кроки з підготовки проекту та залучення необхідного фінансування розроблено на базі досвіду і практики залучення додаткових ресурсів в інфраструктуру, що склалась в Україні за 15 років.

2. Успішність залучення ресурсів залежить від готовності команди ТГ постійно комунікувати з потенційними джерелами фінансування (донорами, банками, інвесторами, партнерами) на основі обґрунтованих пропозицій з розрахунками показників очікуваних результатів та бюджету проекту, а також стратегії розвитку сфери охорони здоров'я в ТГ.

3. Для досягнення результату затвердіть план дій, орієнтуючись на «основні кроки залучення ресурсів для проекту», наведені далі, та встановіть часові строки за етапами та відповідального з керівництва ТГ/ОМС і відповідний підрозділ. Рекомендується щотижня здійснювати моніторинг виконання плану дій та просування до цілі, це допоможе швидко реагувати на проблеми та затримки, які виникають в процесі залучення додаткових ресурсів.

4. Для розробки порядку здійснення місцевого інвестування та підтримка реалізації інвестиційних проектів за рахунок коштів місцевого бюджету та/або кредитів (позик), залучених під місцеві гарантії, слід керуватися інвестиційним та бюджетним законодавством з урахування міжнародних принципів управління публічними інвестиціями, наведеними у *Додатку 13*.

іденти- фікація

1-6
місяців

- аналіз потреб у медичних послугах ОТГ;
- визначення необхідної інфраструктури та підготовка середньострокової програми розвитку (ССПР);
- проведення обговорень з громадою, аналіз та врахування пропозицій при формуванні ССПР;
- огляд доступних джерел фінансування та їх вимог щодо цілей/способу реалізації проекту;
- визначення проектів на основі ССПР та доступних джерел;
- пріоритизація проектів за часовими та вартісними критеріями у відповідності до цілей ССПР.

підго- товка

3-6
місяців

- створення робочої групи щодо підготовки проекту (під керівництвом голови/заступника ОМС)
- попередні переговори з потенційними джерелами фінансування;
- розробка ТЕО/предТЕО/ІП дає можливість оцінити технічні варіанти і визначитися щодо можливої самокупності проекту з урахування експлуатаційних витрат (здійснюється за кошти ОМС або грант);
- залучення гранту для підготовки ТЕО за вимогами МФО/донора з урахуванням українського законодавства.

вибір
фінан-
сування

6
місяців

- вибір джерел відповідно до економічних показників проекту;
- проходження процедур відповідно до моделі фінансування (кредит МФО, кредит іноземного банку під державні гарантії, МТД/грант, ДПП)
- переговори з фінансовим партнером;
- укладання договорів відповідно до національних процедур та процедур кредитора/донора;
- створення групи управління проектом (ГУП), служби замовника;
- набуття чинності фінансовими договорами.

реалі-
зація

1-2
роки

- закупівельник з ГУП відповідно до вимог кредитора/донора готує тендерну документацію;
- проведення закупівель відповідно до вимог джерела фінансування, укладання контрактів;
- для проектів будівництва/реконструкції доцільно залучити інженера з нагляду за виконанням робіт (FIDIC) – окремий тендер;
- нагляд за виконанням контрактів-підряду, поставок;
- ГУП здійснює моніторинг та звітування ОМС, кредитор/донору;
- результати моніторингу оприлюднюються на сайті ОМС;
- введення в експлуатацію згідно з українським законодавством.

Детальніше про інструменти причинно-наслідкового аналізу та побудову цілей при підготовці проектів в Розділі 3 Посібника.

9

Розробка моделі корпоративного управління закладами охорони здоров'я в рамках міжмуніципального співробітництва

Теоретико-правова основа

Фактичним власником закладу охорони здоров'я (лікарні) в статусі КНП є громада. Через делеговані повноваження раді громади або виконавчому органу громада здійснює управління цим закладом.

Реформа охорони здоров'я встановлює деякий ступінь інституційної автономії (напівавтономії) для публічних лікарень, яка необхідна для вирішення проблем і, разом з тим, створює обмеження адміністративної моделі управління з боку власника або держави.

Процеси децентралізації та автономізації закладів охорони здоров'я супроводжуються становленням менш жорстких моделей управління лікарнями, переходом від адміністрування до корпоративного управління.

Хоча лікарні залишаються в публічній власності, але як і приватні компанії, використовують системи стимулювання і можуть мати умовно незалежні органи врядування (рада лікарні). Лікарні публічної власності отримують більшу частину своїх доходів за рахунок бюджетного фінансування, але принцип «замовник-виконавець» все глибше розділяє платника та надавача послуг, тим самим прив'язуючи оплату до результатів. Розвиток електронного середовища сприяє складному аналізу економічної ефективності надавачів послуг, так як і нові формули оплати на основі пролікованих випадків (як правило, це DRG модель оплати), що вимагає в свою чергу кращого ведення записів, кодування та аналізу витрат діяльності.

У міжнародній практиці корпоративне управління медичними закладами (**ради правління**) має довгу історію. В різних країнах ці ради можуть дещо по-іншому називатися (health care/hospital/supervisory/oversight boards) та частково відрізнятися за повноваженнями. В будь-якому випадку орган врядування лікарнею несе повну або часткову відповідальність за розвиток закладу, економічну та клінічну ефективність, безпеку пацієнтів. Тому основною метою та пріоритетами в діяльності таких рад правління є безпека пацієнтів, запровадження інновацій, посилення репутації та стійкості медичного закладу у довгостроковій перспективі.

Для досягнення цих цілей ради можуть використовувати такі інструменти як контроль/аудит діяльності виконавчого директора/директорату, надання рекомендацій, адвокацію, залучення інших зацікавлених сторін тощо.

Як і інші терміни англійською мовою (наприклад, *stewardship* та *accountability*) управління в сенсі «*governance*» по різному інтегрується в різні національні контексти. В умовах тенденції до автономізації, врядування означає стирання меж між державним і приватним секторами та зменшення можливості уряду (національного, регіонального) або власника безпосередньо керувати установами-надавачами медичних послуг.

Поняття та визначення мезо- (інституційного) рівня *hospital governance* врядування лікарнями

Тоді як політики і економісти традиційно розглядають ключові елементи роботи лікарні через простіше поняття управління (*management*), процес-орієнтоване поняття врядування лікарнею (*hospital governance*) охоплює три взаємопов'язані рівні прийняття рішень, кожен з яких має свої відмінні характеристики та представлений окремими особами, що приймають рішення *Governing Public Hospitals, 2011*¹:

- на макрорівні – державна підтримка системи охорони здоров'я - рішення національного уряду визначають структуру, організацію та фінансування лікарень.
- мезорівень зосереджується на прийнятті рішень в установах, і саме це було зроблено в Європі в процесі реформ. Багато країн делегували повноваження на мезорівні в окрему інституційну **Supervisor board (Наглядову Раду)**, яка включає головного виконавчого директора (CEO). В українському контексті ця посадова особа - генеральний директор або директор КНП-ЗОЗ.
- мікрорівень традиційно відомий як **hospital management (управління лікарнею)**, зосереджуючись на операційній діяльності, включаючи забезпечення якості на рівні клініки. управління фінансами / персоналом. А також послуги з прибирання, харчування та прання. В українському контексті – це адміністрація лікарні.

Наглядова рада лікарні в залежності від країни може налічувати від 5-6 членів (Чехія, Голандія, Португалія) до 10 і більше (Англія, Норвегія). Визначення оптимального розміру ради залежить від багатьох факторів, зокрема розміру лікарні, її стадії розвитку, а також спеціалізації. Як правило це 9-17 членів. Збільшена кількість членів ради покращує функції моніто-

¹https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf

рингу та консалтингу, але існує межа (близько 19 осіб), після якої проблеми координації, контролю та прийняття рішень починають переважати вигоду від такої великої ради. (Беннедсен, Конгстед та Нільсен, 2008)¹. Участь лікарів у радах правління позитивно корелює із кращими показниками результативності лікарень, зокрема асоціюється із кращими показниками надання медичної допомоги та меншою смертністю (Веронезі, 2014)². Важливим фактором ефективності ради як органу корпоративного управління лікарнею є компетентність членів ради та розподіл функцій і повноважень між членами ради та операційним менеджментом (директором) лікарні (приклад розподілу ролей в Додатку 14).

Залежно від форми власності заклади охорони здоров'я в Україні утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати шляхом здійснення співробітництва територіальних громад у формах, передбачених законом, у тому числі як спільне комунальне підприємство.

У червні 2016 р набув чинності закон України № 1405 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності»³, яким були внесені зміни до статті 78 Господарського кодексу України, що регулює питання утворення та діяльності комунальних підприємств. Якщо раніше кодекс містив норму, що комунальне підприємство очолює керівник підприємства, то тепер ГКУ визначає: «Органами управління комунальним підприємством є:

- керівник підприємства, який призначається (обирається) органом, до сфери управління якого належить підприємство, або наглядовою радою цього підприємства (у разі її утворення) і є підзвітним органу, який його призначив (обрав);
- наглядова рада підприємства (у разі її утворення), яка в межах компетенції, визначеної статутом підприємства та законом, контролює і спрямовує діяльність керівника підприємства».

¹http://www.kaspermeisnienielsen.com/BS_JBF.pdf

²<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540962.2014.865932>

³<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1405-19#Text>



Наглядова рада підприємства (у випадку її створення) визначена на рівні закону як орган управління, альтернативний керівнику підприємства (стаття 78 Господарського кодексу України). Власник наділений правом максимально делегувати свої повноваження наглядовій раді підприємства.

ПОРАДИ

Наглядова рада комунального унітарного підприємства утворюється за рішенням органу, до сфери управління якого належить комунальне унітарне підприємство. Критерії, відповідно до яких утворення наглядової ради комунального унітарного підприємства є обов'язковим, а також порядок утворення, організації діяльності та ліквідації наглядової ради та її комітетів, порядок призначення членів наглядової ради затверджуються рішенням відповідної місцевої ради (стаття 78 Господарського кодексу України).

Алгоритм дій при створенні Наглядової ради КНП:

1. Рада ОМС визначає критерії створення наглядової ради КНП та порядок утворення такого органу.
2. Орган, до сфери управління якого належить комунальне підприємство, приймає рішення про створення наглядової ради у КНП, що відповідає визначеним критеріям. У разі відсутності профільного органу, до сфери управління якого належить комунальне підприємство, таким органом є місцева рада, яка це підприємство утворила.
3. Внесення змін до статуту КНП.
4. Внесення змін до Положення про орган, до сфери управління якого належить комунальне підприємство (у випадку, якщо такий орган створений).

У випадку створення Наглядової ради лікарні в умовах міжмуніципального співробітництва в рамках діючого законодавства можливе спіфінусування такого спільного органу корпоративного управління використовуючи інструмент ММС – Договір про співробітництво територіальних громад у формі утворення спільного органу управління (*Детальніше про Договори ММС в розділі 6 Посібника*).

Приклад положення про Наглядову раду лікарні в Додатку 15.

У діючому національному законодавстві існують ще дві моделі рад (спостережна та опікунська) лікарні, які з різним ступенем повноважень можуть впливати на стратегічні рішення щодо розвитку лікарні. Хоча максимальних повноважень, аналогічних з наглядовою радою, вони не мають.

Зокрема, у своїй діяльності спостережна рада:

- розглядає питання щодо дотримання вимог законодавства під час здійснення медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я;
- розглядає питання щодо дотримання закладом охорони здоров'я прав та забезпечення безпеки пацієнтів під час здійснення медичного обслуговування, в тому числі питання щодо належного розгляду скарг пацієнтів (їх законних представників, членів сім'ї та родичів) та реагування закладу охорони здоров'я на такі скарги;
- розглядає питання щодо результатів фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я;
- вносить керівнику закладу охорони здоров'я пропозиції з питань діяльності закладу охорони здоров'я, покращення якості забезпечення населення медичним обслуговуванням, дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів;
- бере участь у підготовці пропозицій щодо розвитку матеріально-технічної бази та інфраструктури закладу охорони здоров'я;
- подає пропозиції керівнику закладу охорони здоров'я щодо оптимізації організаційної структури такого закладу за напрямками його діяльності;
- розглядає інші питання, пов'язані з фінансово-господарською діяльністю закладу охорони здоров'я, здійсненням медичного обслуговування, дотриманням прав та забезпеченням безпеки пацієнтів;
- інформує власника закладу охорони здоров'я (уповноважений ним орган) про недоліки діяльності такого закладу, випадки недодержання вимог законодавства під час здійснення медичного обслуговування населення; у подає пропозиції власнику закладу охорони здоров'я (уповноваженому ним органу) та керівнику закладу охорони здоров'я щодо вжиття заходів для усунення виявлених порушень та підвищення рівня забезпечення безпеки пацієнтів у закладі охорони здоров'я;
- з урахуванням вимог законодавства щодо інформації з обмеженим доступом висвітлює свою діяльність у засобах масової інформації, на зборах, конференціях тощо, оприлюднює результати своєї роботи на офіційних веб-сайтах закладів охорони здоров'я (за наявності) і власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу), розміщує інформацію про діяльність спостережної ради на інформаційних стендах у закладах охорони здоров'я в доступних для пацієнтів місцях¹ (Постанова КМУ від 27.12.2017 р. № 1077).

¹<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF#Text>

Опiкунська рада при закладi охорони здоров'я є громадським консультативно-дорадчим органом, створеним з метою забезпечення права громадян на участь в управлiннi та здiйсненнi громадського нагляду в сферi охорони здоров'я¹ (наказ МОЗ України вiд 23.07.2014 р. № 517).

Висновки

- Створювати наглядову раду підприємства та надiляти її повноваженнями – виключне право власника.
- Наглядова рада підприємства є органом управлiння (не дорадчим чи консультативним).
- До повноважень наглядової ради (у разi її утворення) належить призначення керiвника підприємства.
- Наглядова рада (у разi її утворення) контролює i спрямовує дiяльнiсть керiвника підприємства, але в межах визначеної статутом компетенції.

У будь-якiй формi орган корпоративного управлiння лiкарнею публiчної власностi є порiвняно нова форма управлiння в бiльшостi країн. В Україні для ефективного функцiонування такого органу необхідно пройти шлях вдосконалення законодавства в цiй сферi, глiбшого розумiння призначення i змісту подiбної форми управлiння та набути успішного досвiду впровадження.

iснуюча на сьогодні модель управлiння закладами охорони здоров'я має ряд серйозних недолiкiв:

- 1) недостатнє розумiння функції корпоративного управлiння лiкарнею. Як наслiдок, пiдміна вiдповiдальностi органу управлiння за результати функцiями контролю;
- 2) численi (обовязковi та можливи) моделi рад лiкарнi (спостережна, наглядова, опiкунська) з невизначеними критерiями та вимогами їх дiяльностi;
- 3) вiдсутня практика розподiлу (делегування) повноважень мiж власником, керiвництвом (директоратом) лiкарнi та iншими зацiкавленими сторонами, включаючи iншi громади, якi є сторонами мiжмунiципального спiвробiтництва;
- 4) вiдсутнiсть вимог до членiв органу корпоративного управлiння обмежує залучення фахiвцiв з високим рiвнем експерти до участi в управлiннi закладами охорони здоров'я.

¹<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0517282-14#Text>

План заходів на рік (2021)

Лютий

- Обговорити варіанти та передумови співробітництва з потенційними учасниками.
- Визначитись з принципом розрахунку міжбюджетних трансфертів для договору ММС.
- Визначитись з дольовою участю ОТГ на основі даних про пролікованих в 2020 року.
- Прийняти рішення про розробку бюджетної програми з участю декількох головних розпорядників
- Прийняти рішення про підготовку договору ММС (спільне фінансування, створення спільного підприємства і т. д.).
- Обговорити модель спільної участі в звітності і управлінні лікарнею в складі наглядової ради.
- Ініціювати створення госпітальної ради в області.

Березень-квітень

- Участь в планування розподілу договорів та пакетів з НСЗУ на 2021 рік в області (через госпітальну раду).
- Прогноз фінансових результатів лікарень на тарифах і пакетах ПМГ 2021.
- Реорганізаційні рішення власників лікарень і на основі аналізу 2021 року, обговорення з учасниками ММС.
- Перегляд бюджетних програм і договорів ММС на нових даних на перспективу.

Квітень-червень

- Активна участь в плануванні нової лікарняної мережі на період 2021-23 роки в області (госпітальна рада, ОДА).
- Аналіз участі первинної ланки в госпіталізації пацієнтів. Аналіз випадків госпіталізацій, які могли бути проліковані на первинному рівні або в амбулаторних умовах. Управління керованими випадками госпіталізації.

Червень-грудень

- Активні зміни лікарень, розрахунок додаткових інвестицій, подальші рішення про нові форми спільного управління локальною мережею лікарень (створення спільного органу управління, створення спільного підприємства і т. д.).

ДОДАТОК 2

Фінансові результати відділень

Аналіз витрат
Costing

Назва відділення	Затрати відділень, грн	Доходи відділень, грн	Результати
Хірургічне відділення з урологічними ліжками	6 104 815,50	7 393 302,17	+
Ортопедо-травматологічне відділення	2 434 107,00	3 609 381,74	+
Гінекологічне відділення	3 571 395,00	3 462 793,06	-
Акушерське відділення з ліжками патології вагітності	3 693 944,25	5 779 780,01	+
Офтальмологічне відділення з отоларингологічними ліжками	2 830 415,25	3 787 911,33	+
Інфекційне боксоване відділення з дитячими та дорослими ліжками	2 802 804,00	2 410 372,04	-
Терапевтичне відділення з кардіологічними та паліативними ліжками	3 959 601,75	5 455 191,57	+
Неврологічне відділення з паліативними ліжками	3 032 166,00	5 345 259,03	+
Педіатричне відділення	2 277 333,00	2 768 940,65	+
Поліклінічне відділення	15 193 820,25	9 297 527,47	-
Всього	45 900 402,00	49 310 459,06	3 410 057,06

ДОДАТОК 4

НАЗВА ВІДДІЛЕННЯ	к-ть госпіталізації/амбулаторних послуг	тариф/базова ставка	ВК/коэф інфляції	альний коефіцієнт COVID	коригувальний коефіцієнт амб	очікувані доходи	СМІ вділення/пакету	Розподіл госпіталізації за стаціонарними пакетами
терапевтичне						4 240 620,14 €	0,79	Відділення статистика пакет
пакет 4	866	4 896,79 €						терап 866 пакет 4
неврологічне						4 569 941,13 €	0,79	неврол 447 пакет 4
пакет 4	447	4 896,79 €						неврол 207 пакет 5
пакет 5	162	14 698,00 €						хірур 510 пакет 3
хірургічне						4 598 085,81 €	1,36	хірур 429 пакет 4
пакет 3	510	4 896,79 €					0,79	травм 316 пакет 3
пакет 4	429	4 896,79 €						травм 224 пакет 4
травматологічне						2 644 266,60 €	1,36	інф дит 610 пакет 4
пакет 3	316	4 896,79 €					0,79	інф дор 882 пакет 3
пакет 4	224	4 896,79 €						пологове 460 пакет 4
інфекційне для дітей						2 987 041,90 €	0,79	пологове 401 пакет 4
пакет 4	610	4 896,79 €						пологове 410 пакет 7
інфекційне для дорослих						4 318 968,78 €	0,79	
пакет 4	882	4 896,79 €						
пологове						7 486 466,19 €	1,36	
пакет 3	460	4 896,79 €					0,79	
пакет 4	401	4 896,79 €						
пакет 7	315	10 382,00 €						
стац пакет COVID						6 585 960,00 €	0	
Відділення стаціонарної паліативної медичної допомоги дорослим та дітям								
пакет Паліативна стаціонарна допомога		13 129,00 €		1,2				
Відділення медичної реабілітації								
пакет стац реабілітація ІС старше 3 років		7 729,00 €		1,2				
пакет стац реабілітація опорно-рухова старше 3 років		7 729,00 €		1,2				
Кількість госпіталізації, всього	5622							
Поліклініка, денний стаціонар						8 405 603,00 €		КІЛЬКІСТЬ за місяць (дані РМЗ)
пакет амб-поліклін (кількість за місяць)								
консультації		143,24 €		1,2	0,371	- €		
лаб дослідження осн		143,24 €		1,2	0,721	- €		
лаб дослідження спец		143,24 €		1,2	1,412	- €		
лаб дослідження інші		143,24 €		1,2	2,165	- €		
інструмент дослідження (рентген, скелі, узд)		143,24 €		1,2	1,174	- €		
інструмент дослідження (КТ, МРТ, радіоізотопні)		143,24 €		1,2	3,935	- €		
інструмент дослідження інші		143,24 €		1,2	2,236	- €		
амбулаторні хірургічні операції		143,24 €		1,2	3,379	- €		
інші лікувально-профілактичні процедури		143,24 €		1,2	1,298	- €		
інші лікувально-діагностичні процедури		143,24 €		1,2	0,823	- €		
інші діагностичні процедури		143,24 €		1,2	5,628	- €		
пакет амб 2								
пакет амб 3								
Кількість амбулаторних послуг та денного стаціонару, всього за місяць	0							
інші пакети								
Всього доходи лікарні						39 250 993,55 €		

ДОДАТОК 5

Бюджет Больница	Сумма к распределению	Кервништ во	Видли кадрів	Інші рам. (орпис конулі)	АЧ (сантехнік и, елс)	Бухгалтері я	Харчоблок	Пражня	Централіз ована стери	Котельня	лаб. Клініко- діагнос	УЗД	Рентген+ф люорогра фія	Функциона льна діагно	Ендоскопі я	Фізотерап ія	Відлішня переливан ня	Операційн ий блок	Патологіч не	Відлішня екстренно	Анестезіол огія	Інші та ін	Стоимість Одленн и
58 681 681	58 681 681	463,75																					
1 720 059	1 720 059	1 720 059	461,75																				
120 347	120 347	7 418	127 765	449,75																			
751 232	751 232	44 508	3 320	799 060	11 976																		
2 909 763	2 909 763	103 853	7 748	49 747	3 071 110	39 883 256																	
986 095	986 095	48 217	3 597	23 097	29 901	1 090 907	68 435																
681 144	681 144	25 963	1 937	12 437	72 674	15 510	809 665	8 144															
104 075	104 075	3 709	277	1 777	19 258	2 182	0	131 278	8 144														
291 438	291 438	11 127	830	5 330	11 822	7 101	0	0	327 648	11 274													
468 840	468 840	26 890	2 006	12 881	46 312	10 581	0	0	0	567 511	354 388												
3 798 184	3 798 184	89 017	6 641	46 640	71 212	65 811	0	132	330	13 978	4 087 946	32 893											
523 283	523 283	15 763	1 176	7 551	25 362	12 557	0	0	0	4 978	0	590 670	96 124										
2 334 421	2 334 421	65 835	4 911	31 536	83 368	50 350	0	3 100	7 736	16 364	0	0	2 597 622	12 556									
638 122	638 122	21 327	1 591	10 216	26 336	15 076	0	719	1 794	5 170	0	0	0	720 350	445								
127 231	127 231	5 564	415	2 665	2 872	2 813	0	0	0	564	0	0	0	0	0	142 124	24 672						
655 063	655 063	20 400	1 522	9 772	31 029	15 916	0	3 873	9 667	6 091	0	0	0	0	0	0	753 333	169					
513 762	513 762	14 836	1 107	7 107	50 980	10 712	0	769	1 919	10 007	46 625	0	0	0	0	0	0	657 823	1 531				
1 678 870	1 678 870	41 727	3 113	19 988	69 802	37 991	0	18 613	46 455	13 702	0	0	0	0	0	0	0	1 930 259	230				
646 388	646 388	20 400	1 522	9 772	38 132	14 895	0	2 673	6 670	7 485	0	0	0	0	0	0	0	0	747 936	7 081			
1 993 863	1 993 863	58 417	4 358	27 983	181 198	44 209	0	6 757	16 865	35 568	51 124	323	190 057	6 885	1 278	0	0	0	0	0	0	2 618 885	1 531
3 287 949	3 287 949	80 671	6 018	38 643	67 725	67 154	12 446	7 075	17 657	13 294	118 213	0	5 810	13 769	0	0	3 892	0	302 426	40 683	4 083 427	39 389 569	
487 606	487 606	11 127	830	5 330	10 514	7 694	79 434	0	2 064	0	0	0	0	39 012	0	0	0	0	0	0	0	324 725	968 337
155 297	155 297	2 782	208	1 333	4 616	1 924	33 009	1 760	4 393	906	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	116 872	323 098
3 405 955	3 405 955	101 071	7 540	48 414	123 064	58 005	119 483	12 365	30 861	24 157	368 562	56 925	52 453	79 057	1 278	45 465	19 462	0	55 282	330 273	0	4 939 672	
2 606 308	2 606 308	73 253	5 465	35 089	96 471	51 785	57 748	5 885	14 688	18 937	155 933	7 345	26 132	0	0	56 610	0	0	0	225 607	0	3 437 256	
4 584 898	4 584 898	131 670	9 823	68 072	367 192	95 365	130 947	17 970	44 849	72 077	530 713	62 689	73 856	39 184	0	40 305	202 407	765 295	9 756	471 555	1 618 968	9 332 590	
4 682 872	4 682 872	108 489	8 093	51 968	333 060	103 385	111 343	10 558	26 351	65 377	574 143	57 535	49 129	71 714	17 566	52 152	58 387	0	100 809	320 287	0	6 803 217	
2 498 040	2 498 040	74 180	5 534	35 534	149 990	52 699	89 905	14 207	35 459	29 442	98 061	2 855	59 425	20 080	0	73 556	93 419	480 358	19 511	199 717	1 016 189	5 048 163	
749 296	749 296	52 854	3 943	25 318	78 521	9 222	69 118	7 028	17 541	15 413	83 527	7 111	32 753	24 096	0	51 602	0	136 580	241 880	0	0	1 605 800	
3 319 750	3 319 750	88 089	6 572	42 196	164 581	71 717	106 232	12 921	32 249	32 306	277 215	14 384	27 051	13 195	14 691	46 167	58 387	684 605	123 572	347 286	1 448 270	6 931 436	
11 961 528	11 961 528	370 902	27 670	177 668	915 120	266 254	0	4 873	12 162	179 631	1 783 880	381 503	2 080 956	413 358	107 312	387 476	221 869	0	0	0	0	19 292 112	
0	58 681 681	1 720 059	127 765	799 060	3 071 110	1 090 907	809 665	131 278	327 648	567 511	4 087 946	590 670	2 597 622	720 350	142 124	753 333	657 823	1 930 259	747 936	2 618 885	4 083 427	58 681 681	

	витрати (бюджет) лікарні	адміністративні витрати (бюджет) лікарні	адміністративні витрати (бюджет) лікарні*100%	11%
	повні витрати (вартість) поліклініки	адміністративні витрати в структурі послуг поліклініки-розподілені витрати (вартість) усіх адміністративних підрозділів/повні витрати (вартість)	поліклініки*100%	9%
	повні витрати (вартість) стаціонару	адміністративні витрати в структурі стаціонарної послуги - розподілені витрати (вартість) усіх адміністративних підрозділів/повні витрати (вартість)	стаціонару*100%	7%
	витрати (вартість) адміністративних підрозділів			
	власні витрати клінічних відділень			
	розподілені витрати клінічних відділень			
	витрати (вартість) допоміжних підрозділів			

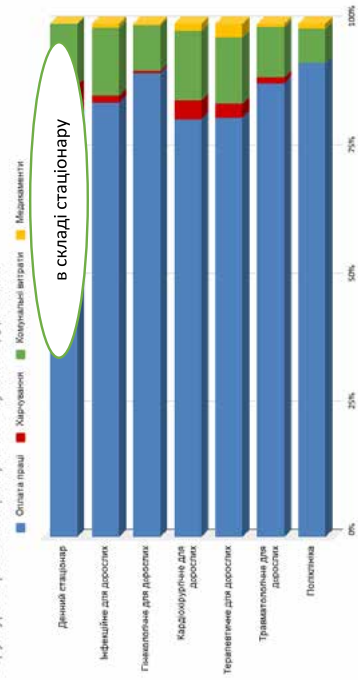
ДОДАТОК 6

№ з/п	Найменування медичної послуги	Всього загальна вартість послуги (к.4+к.8), грн.	Тариф за одиницю послуги (к.5+к.6+к.7)	Складові тарифу за одиницю послуги, грн.			Витрати на дороговартісні медичні вироби, грн.
				ДАНІ TOP DOWN (БЕЗ ЛІКВ)	Прямі витрати на лікарські засоби для надання однієї послуги	Прямі витрати на медичні вироби, крім дороговартісних, для надання однієї послуги	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Супракоронарне протезування висхідної аорти + коронарне шунтування	149 662	88 628	15 815	47 824	24 990	61 033
2	Стентування коарктації аорти у дітей	140 103,62	24 723,62	15 913,62	2 308,42	6 501,58	115 380,00
3	Закриття дефекту міжпередсердної перегородки оклюдером у дітей	137 365,49	29 598,19	15 913,62	6 149,76	7 534,81	107 767,30
4	Закриття дефекту міжшлуночкової перегородки оклюдером у дітей	122 589,68	23 312,68	15 913,62	1 701,55	5 697,51	99 277,00
5	Закриття дефекту спіральною системою у дітей	149 805,08	24 145,08	15 913,62	1 703,23	6 528,23	125 660,00

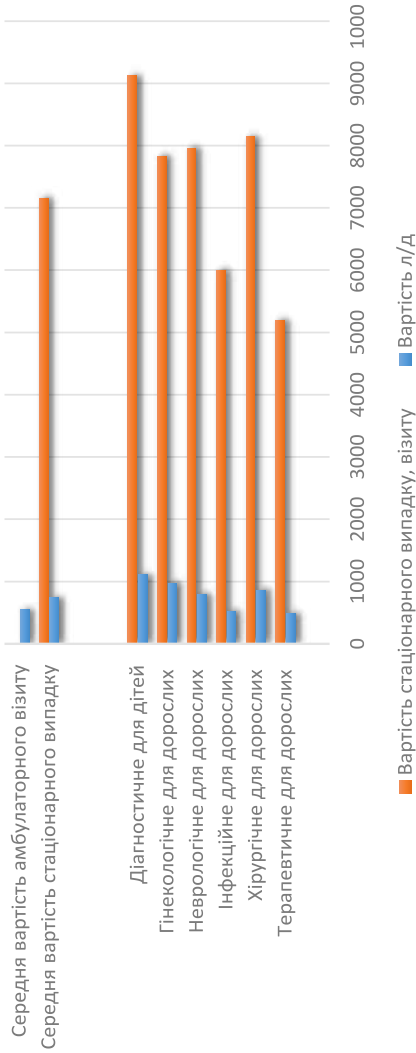
*Дані НІССХ ім. М. М. Амосова. Пілотний проект, затверджений постановою КМУ від 14.06.2017 № 425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук»

ДОДАТОК 7

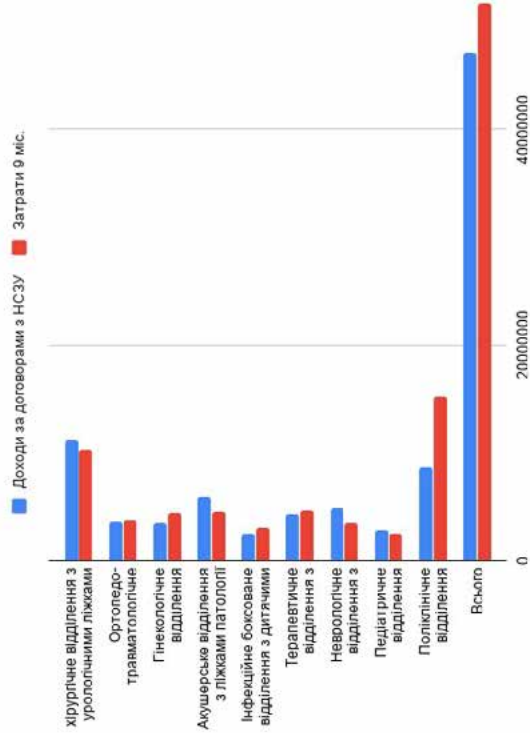
Структура вартості стаціонарної послуги по відділеннях



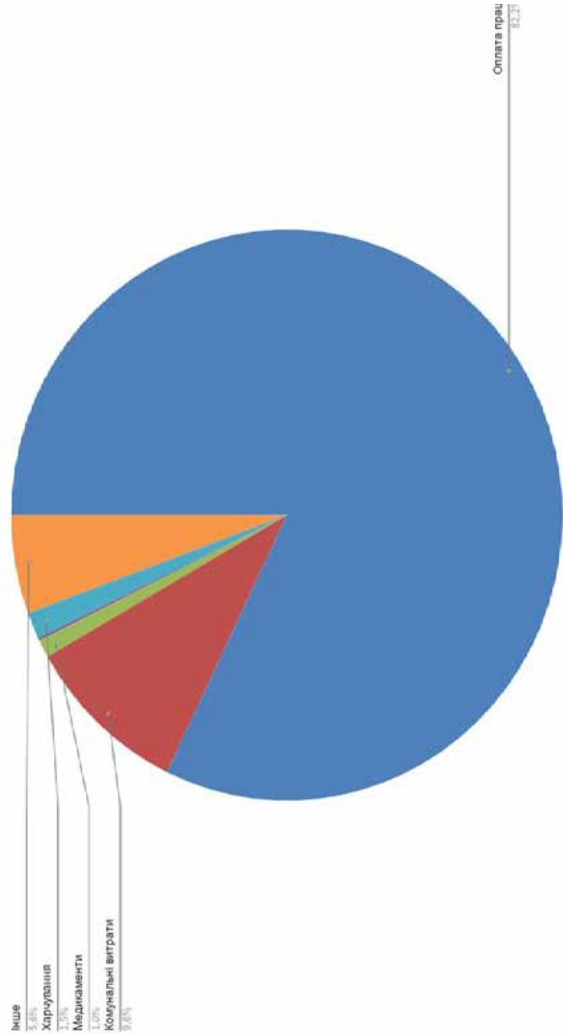
Вартість візиту, ліжко-дня і стаціонарного випадку по відділеннях



Фінансові результати



По лікарні



ДОДАТОК 8

Прогноз основних показників фінансового плану			
НАЗВА ВІДДІЛЕННЯ	Витрати 2020 року	Доходи договорів з НСЗУ 2021, 12 міс.	інші джерела фінансування
інфекційне для дор	4 939 672,00 €	5 398 710,00 €	459 038,00 €
інфекційне для дітей	3 437 256,00 €	3 733 801,25 €	296 545,25 €
пологове	9 332 590,00 €	9 358 082,50 €	25 492,50 €
терапевтичне	6 803 217,00 €	5 300 775,00 €	- 1 502 442,00 €
травматологічне	5 048 163,00 €	3 305 332,50 €	- 1 742 830,50 €
неврологічне	1 605 800,00 €	5 712 426,25 €	4 106 626,25 €
хірургічне	6 931 436,00 €	5 747 606,25 €	- 1 183 829,75 €
Денний стаціонар 1	968 337,00 €		- 968 337,00 €
Денний стаціонар 2	323 098,00 €		- 323 098,00 €
доходи за пакетом COVID		6 585 960,00 €	6 585 960,00 €
Поліклініка	19 292 112,00 €	8 405 603,00 €	- 10 886 509,00 €
ВСЬОГО	58 681 681,00 €	46 962 336,75 €	- 5 133 384,25 €

Рекомендації

Для прогнозу планових витрат на рівні відділень в 2021 році застосувати розрахункову частку витрат відділень в 2020 році отриману за результатами аналізу витрат Costing (при умові, що не було кардинальних змін в організаційній структурі лікарні в 2021 році).

Прогноз планових витрат лікарні передбачає орієнтовну кількість послуг, надану лікарнею в 2020 році.



ПРОЄКТ

У К Р А Ї Н А
ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛАСТЬ
МУКАЧІВСЬКА МІСЬКА РАДА
ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ

Р І Ш Е Н Н Я

Дата

Мукачево №

Про схвалення проєкту Програми медичного обслуговування населення Мукачівської міської об'єднаної територіальної громади в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України» на 2020 рік

Розглянувши проєкт Програми медичного обслуговування населення Мукачівської міської об'єднаної територіальної громади в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України» на 2020 рік, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 14.06.2017 року №425 “Деякі питання реалізації пілотного проєкту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук” (зі змінами), Постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2019 року №1161 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України з питань реалізації пілотного проєкту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги», враховуючи Порядок розроблення місцевих цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання, затверджений рішенням 66-ї сесії 7 скликання Мукачівської міської ради від 31.10.2019 року №1574, керуючись п.п.1 п.а ст. 27, п.1 ч.2 ст.52, ч.6 ст.59 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», **виконавчий комітет Мукачівської міської ради вирішив:**

1. Схвалити проєкт Програми медичного обслуговування населення Мукачівської міської об'єднаної територіальної громади в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України» на 2020 рік згідно з додатком до цього рішення.

2. Начальнику відділу охорони здоров'я Мукачівської міської ради подати схвалений проєкт Програми на затвердження Мукачівській міській раді.

3. Контроль за виконанням даного рішення покласти на начальника відділу охорони здоров'я Мукачівської міської ради.

Міський голова

**І. Паспорт програми медичного обслуговування населення
Мукачівської міської об'єднаної територіальної
в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії
імені М. М. Амосова НАМН України»
на 2020 рік**

1.	Ініціатор розроблення програми	КНП «Мукачівська ЦРЛ», КНП «ЦПМСД Мукачівської міської ОТГ»
2.	Підстава для розроблення програми	Програма розроблена відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 14.06.2017 року №425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук» (зі змінами), Постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2019 року №1161 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України з питань реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги» враховуючи Порядок розроблення місцевих цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання затверджений рішенням 66-ї сесії 7 скликання Мукачівської міської ради від 31.10.2019 року №1574, керуючись п.п.1 п. а ст. 27, п.1 ч.2 ст.52, ч.6 ст.59 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні»
3.	Розробник програми	Відділ охорони здоров'я Мукачівської міської ради
4.	Співрозробники програми	
5.	Головний розпорядник коштів	Відділ охорони здоров'я Мукачівської міської ради
5.1	Відповідальний виконавець програми	КНП «Мукачівська ЦРЛ», КНП «ЦПМСД Мукачівської міської ОТГ», Відділ охорони здоров'я Мукачівської міської ради
6.	Учасники програми	КНП «Закарпатський обласний клінічний центр кардіології та кардіохірургії Закарпатської обласної ради», ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України»
7.	Термін реалізації програми	2020 рік
8.	Перелік міських бюджетів, які беруть участь у виконанні програми (для комплексних програм)	Бюджет Мукачівської міської об'єднаної територіальної громади
9.	Загальний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації програми, всього, у тому числі:	2000,0 тис. грн.
9.1.	коштів міського бюджету	2000,0 тис. грн.
10.	коштів інших джерел (медична субвенція – державний бюджет)	-

Залучення коштів: ДФРР.

Інвестиційна програма та проєкт регіонального розвитку.

НПА: Наказ Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України 24.04.2015 № 80.

Структура форми програми\проєкту:

1. Анотація проєкту.
 2. Детальний опис проєкту.
 - 2.1. Опис проблеми, на розв'язання якої спрямований проєкт.
 - 2.2. Мета та завдання проєкту.
 - 2.3. Основні заходи проєкту.
 - 2.4. План-графік реалізації заходів проєкту.
 - 2.5. Очікувані кількісні та якісні результати від реалізації проєкту.
 - 2.6. Інновації проєкту.
 - 2.7. Заходи з інформування громади/громад про проєкт та/або участь громади/громад в його розробленні.
 4. Бюджет проєкту.
 - 4.1. Загальний бюджет проєкту.
 - 4.2. Розклад за статтями видатків.
 - 4.3. Очікувані джерела фінансування.
 - 4.4. Локальний кошторис.
- Загальний обсяг опису проєкту не може перевищувати 14 сторінок.

Залучення коштів: кредит МФО (МБРР, ЄБРР, ЄІБ, НЕФКО, КфВ).

Проєкт соціально-економічного розвитку, що підтримується МФО.

НПА: постанова КМУ від 27.01.2016 №70, положення міжнародних договорів між Україною та МФО.

Проєктна пропозиція має містити:

- опис цілей і завдання проєкту та проблеми, на розв'язання якої спрямований проєкт;
- очікувані результати проєкту та орієнтовні показники, що дадуть змогу їх оцінити;
- попередні розрахунки оціночної вартості проєкту;
- джерела його фінансування; передбачуване джерело повернення позики;
- очікуваний строк підготовки та реалізації проєкту;
- інформацію про речові права на нерухоме майно (земельну ділянку, будівлю, споруду тощо), що надають право на виконання будівельних робіт, та стан розроблення проєктної документації на будівниц-

тво для проєктів, які передбачають нове будівництво або реконструкцію, капітальний ремонт, технічне переоснащення. Обсяг пропозиції становить не більш як 15 аркушів.

Міжнародна технічна допомога (гранти).

НПА: постанова КМУ від 15.02.2002 №153 «Про створення єдиної системи залучення, використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги».

Запит щодо залучення МТД складається із супровідного листа, проєктної пропозиції, листа підтримки.

Проєктна пропозиція складається у довільній формі українською та англійською мовами (або мовою, прийнятною для партнера з розвитку) та повинна містити:

- аналіз проблеми, розв'язання якої потребує залучення міжнародної технічної допомоги;
- посилання на завдання та заходи, визначені Програмою діяльності Кабінету Міністрів, Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, Цілями сталого розвитку, схваленими резолюцією Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй від 25 вересня 2015 р. № 70/1, регіональними стратегіями розвитку, іншими стратегіями, відповідно до яких планується залучення міжнародної технічної допомоги;
- мету та завдання проєкту (програми);
- перелік видів діяльності, що здійснюватимуться за рахунок міжнародної технічної допомоги;
- стислу інформацію про потенційного реципієнта;
- очікувану вартість проєкту (програми) і строк його реалізації;
- очікувані результати від реалізації проєкту (програми) та вплив проєкту (програми) на розвиток відповідної галузі або регіону;
- аналіз впливу проєкту (програми) на досягнення гендерної рівності та принципів інклюзії.

Державно-приватне партнерство.

НПА: постанова КМУ від 11.04.2011 №384 «Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства».

Концептуальна записка містить таку інформацію:

- мета проєкту, що здійснюється на умовах державно-приватного партнерства (далі - проєкт), та її обґрунтування;
- проблеми, які передбачається розв'язати у результаті реалізації проєкту;

- результати аналізу попиту на товари (роботи і послуги), виробництво (виконання і надання) яких передбачається забезпечити в результаті реалізації проекту;
- результати попереднього аналізу можливих альтернативних варіантів розв'язання зазначених проблем;
- відповідність мети проекту пріоритетам державної політики та Цілям сталого розвитку України на період до 2030 року, визначеним Указом Президента України від 30 вересня 2019 р. № 722 (далі - Цілі сталого розвитку);
- прогнознi обсяги витрат, а саме:
 - розрахункова вартість проекту, включаючи витрати на його розроблення та реалізацію, обґрунтування вибору можливих джерел фінансування;
 - інформація про наявність земельної ділянки, прав, пов'язаних з нею, та план заходів щодо оформлення прав на таку ділянку (у разі потреби);
 - інформація про оціночну вартість експлуатації (утримання) об'єкта державно-приватного партнерства та джерела фінансування його експлуатації (утримання);
 - результати попереднього аналізу ефективності реалізації проекту;
 - очікуваний вплив (екологічні, соціальні, економічні вигоди і наслідки його реалізації);
 - інформація щодо вигодоотримувачів;
 - результати попередньої оцінки ризиків реалізації проекту;
 - строк та етапи реалізації проекту, результати попередньої оцінки можливостей його реалізації, організації та управління виконанням робіт;
 - обґрунтування заходів щодо розроблення проекту (дослідження, проектування).

Концептуальна записка готується українською мовою разом із складеним у довільній формі супровідним листом.

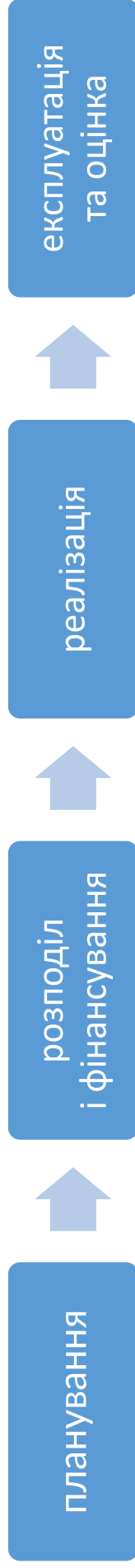
Нормативно-правова база впровадження проєктів ДПП



<p>Постанова КМУ від 11.04.2011 № 384</p> <p>Визначення об'єкту ДПП та подання Концептуальної записки органу управління</p>	<p>Наказ Мінекономіки від 27.02.2012 № 255</p> <p>Підготовка пропозиції ДПП, яка складається з ТЕО</p>	<p>Наказ Мінекономіки від 27.02.2012 № 255</p> <p>Здійснюється аналіз ефективності проєкту</p>	<p>Мінекономіки розглядає і погоджує висновок за участі Мінфіну (якщо передбачається підтримка за рахунок ДБ)</p>	<p>1. Утворення Конкурсної комісії</p> <p>2. Проведення конкурсу з визначення приватного партнера</p>	<p>Впровадження відповідно до договору ДПП</p>
<p>Проведення аналізу КЗ ініціатором та місцевим виконавчим комітетом відповідної ради, прийняття рішення про доцільність підготовки ТЕО</p>	<p>Методика виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними</p>	<p>Складається висновок про доцільність прийняття рішення про здійснення ДПП – здійснюється місцевим виконавчим комітетом відповідної ради</p>	<p>Приймається рішення про доцільність або недоцільність здійснення ДПП місцевим виконавчим комітетом відповідної ради</p>	<p>3. Затвердження результатів конкурсу/визначення переможця</p> <p>4. Укладення договору</p> <p>5. ДПП</p>	<p>Порядок подання державними партнерами (концесідавцями) щорічного звіту про виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства, у тому числі концесійного договору</p>

ДОДАТОК 13

Модель принципів управління публічними інвестиціями



інституційні принципи адміністрування циклом УПІ

I.1. наявність стратегічних керівництв щодо інвестицій, ініціювання проекту (концептуалізація) та проведення попереднього відсіву;	II.5. проведення прозорого відбору проектів і забезпечення зв'язку з процесом складання бюджету (капітальні вкладення, запозичення держави і під державні гарантії);	III.7. прозорі публічні закупівлі на конкурсній основі; III.8. належне управління реалізацією інвестиційного проекту (закупівлі, будівельний процес, моніторинг); III.9. забезпечення процедур внесення змін до інвестиційного проекту; III.10. управління портфелем на основі постійного нагляду (моніторингу) і процедура перерозподілу коштів;	IV.11. належна експлуатація та утримання об'єктів інвестування; IV.12. проведення оцінки після завершення реалізації інвестиційного проекту
I.2. проведення оцінки та підготовка ТЕА інвестиційного проекту;	II.6. забезпечення багаторічного фінансування відібраних проектів;		
I.3. проведення незалежної перевірки (експертизи) оцінки інвестиційного проекту і можливостей альтернативного фінансування;			
I.4. скринінг щодо альтернативного фінансування (порівняння традиційного з кредитами або ДПП);			

Наскрізьні інституційні функції:

- (а) інформаційно-технічне забезпечення;
- (в) законодавча база і правила;
- (с) спроможність персоналу з чітким визначенням ролей (функцій), обов'язків та зон відповідальності за кожним компонентом фази

Наскрізьні принципи ефективності:

- (1) координація публічного інвестування на всіх рівнях врядування і політики, і стратегічного планування
- (2) зміцнення спроможності публічного інвестування і підтримка навчання на досвіді на всіх рівнях врядування;
- (3) забезпечення відповідних рамок-вих умов публічного інвестуванню на всіх рівнях врядування
- (4) дотримання прозорості процесів, відкритість і доступності звітної інформації задля контролю ефективності процесів на всіх рівнях врядування

Голова ради правління	Рада правління (члени)	Керівник медичного закладу
<ul style="list-style-type: none"> ▪ сильне лідерство; ▪ фасилітація / ведення переговорів; ▪ відповідальність за ефективне функціонування та контроль належної культури в раді; ▪ ефективні професійні відносини із керівником медичного закладу; ▪ консультування щодо балансу навичок та планування наступності; ▪ оцінки роботи ради. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ розробка та контроль за впровадженням стратегії закладу; ▪ командна робота та ефективне прийняття рішень в інтересах закладу; ▪ зосередження на належних процесах та діяльності як команда; ▪ налагодження дієвих механізмів звітування раді, щоб забезпечити ефективний зворотний зв'язок; ▪ моніторинг діяльності закладу. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ знання своїх обов'язків перед радою; ▪ залученість у обговорення для дискусії з метою побудови ефективної внутрішньої культури в раді; ▪ сприяти прийняттю рішень, спираючись на всі наявні ресурси та дані.

ДОДАТОК 15

Проект

Додаток
до рішення _____ сесії
міської ради
_____ скликання
від _____ року № _____

ПОЛОЖЕННЯ ПРО НАГЛЯДОВУ РАДУ
КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА
«N-СЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» N-СЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ	3
3. СКЛАД ТА ПОРЯДОК ОБРАННЯ ЧЛЕНІВ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ	3
4. ГОЛОВА НАГЛЯДОВОЇ РАДИ	4
5. КОМПЕТЕНЦІЯ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ	5
6. ПОРЯДОК СКЛИКАННЯ, ПРОВЕДЕННЯ ЗАСІДАНЬ ТА ПРИЙ- НЯТТЯ РІШЕНЬ НАГЛЯДОВОЮ РАДОЮ	6
7. РАДНИКИ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ	7
8. КОМІТЕТИ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ	7
9. ПОРЯДОК НАДАННЯ НАГЛЯДОВІЙ РАДІ ІНФОРМАЦІЇ	8
10. КОНТРОЛЬ ЗА ВИКОНАННЯМ УХВАЛЕНИХ НАГЛЯДОВОЮ РАДОЮ РІШЕНЬ	8
11. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЧЛЕНІВ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ	8
12. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ	9

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Це положення про наглядову раду комунального некомерційного під-приємства «N-ська міська лікарня» N-ської міської ради(надалі по тексту відповідно – **Положення, Наглядова рада**) розроблене на підставі законодавства України, зокрема, Господарського кодексу України, Закону України «Про місцеве самоврядування», інших законодавчих актів, Договору про співробітництво територіальних громад у формі спільного фінансування комунального некомерційного підприємства «N-ська міська лікарня» N-ської міської ради від [·] (надалі по тексту – **Договір**) та Статуту комунального некомерційного підприємства «N-ська міська лікарня» N-ської міської ради (надалі по тексту **Лікарня**) і визначає правовий статус, порядок обрання скла-ду Наглядової ради, повноваження та порядок припинення повноважень членів Наглядової ради, їх права та обов'язки, відповідальність Наглядової ради, порядок організації роботи, проведення засідань Наглядової ради, прийняття нею рішень тощо.

1.2. Це Положення є обов'язковим до виконання всіма особами, які беруть участь у голосуванні на засіданнях Наглядової ради, а також усіма присутніми на її засіданнях.

1.3. У випадку, якщо будь-яка норма цього Положення не відповідає положенням Статуту Лікарні, застосуванню підлягають положення Статуту. Якщо будь-яка норма цього Положення не відповідатиме положенням діючого законодавства України, застосуванню підлягає діюче законодавство України до внесення відповідних змін до цього Положення. Якщо в процесі діяльності Наглядової ради виникнуть правовідносини, не врегульовані цим Положенням, до таких правовідносин застосовуватиметься діюче законодавство України.

1.4. Положення затверджується N-ською міською радою і може бути змінено та доповнено лише нею.

2. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ

2.1. Наглядова рада – колегіальний орган управління Лікарні, який контролює і спрямовує діяльність її керівника, здійснює контроль та нагляд за фінансово-господарською діяльністю Лікарні.

2.2. Наглядова рада не бере участі в поточному управлінні Лікарнею.

2.3. Основними завданнями Наглядової ради є:

2.2.1.розгляд фінансових звітів Лікарні;

2.2.2.ініціювання позачергових ревізій та аудиторських перевірок фінансово-господарської діяльності Лікарні;

2.2.3.аналіз результатів перевірок діяльності Лікарні;

2.2.4.внесення N-ської міській раді, та керівнику Лікарні пропозицій щодо покращення діяльності Лікарні у вигляді конкретних заходів пов'язаних із господарською діяльністю Лікарні.

2.2.5.внесення N-ської міській раді пропозицій щодо щорічних планів розвитку Лікарні, внесення до них змін та доповнень, та здійснення контролю й нагляду щодо їх виконання;

2.2.6.звітування перед N-ською міською радою щодо ефективності діяльності Лікарні, виконання фінансових планів та використання її майна.

2.2.7. здійснення контролю за виконанням рішень N-ської міської ради щодо Лікарні.

2.2.8.[може бути доповнено]

2.4. Наглядова рада у своїй діяльності підзвітна та підконтрольна N-ській міській раді.

3. СКЛАД ТА ПОРЯДОК ОБРАННЯ ЧЛЕНІВ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ

3.1. Наглядова рада Лікарні складається із [•] осіб:

- ... особи делегуються N-ською міською радою і є представниками N-ської міської об'єднаної територіальної громади;

- ... особи делегуються V-ською сільською радою і є представниками V-ської сільської об'єднаної територіальної громади;

- ... особи делегуються M-ською сільською радою і є представниками M-ської сільської об'єднаної територіальної громади;

- ...**[може бути доповнено]**

3.2. Членом Наглядової ради Лікарні може бути фізична особа, яка відповідає наступним критеріям:

3.2.1. має повну цивільну дієздатність;

3.2.2. має вищу освіту;

3.2.3. не є депутатом місцевої ради, службовцем органу місцевого самоврядування, членом виконавчого комітету місцевої ради N-ської об'єднаної територіальної громади, державним службовцем, народним депутатом України, помічником-консультантом депутата місцевої ради чи народного депутата України;

3.2.4. не є та не була кінцевим бенефіціаром, засновником чи членом органу управління юридичних осіб або фізичною-особою підприємцем, які мали договірні відносини протягом останніх 5 років з Лікарнею;

3.2.5. не є та не була протягом останніх 5 років посадовою особою комунальних підприємств N-ської міської ради, V-ської та M-ської сільських рад або їхніх дочірніх підприємств;

3.2.6. не є близькою особою для посадових осіб підприємства, депутатів N-ської міської ради, V-ської та M-ської сільських рад та членів їх виконавчого комітету, та інших службових і посадових осіб;

3.2.7. не є та не була протягом попередніх 5 років працівником поточного або колишнього аудитора Лікарні;

3.2.8. не отримувала та не отримує винагороди від третіх осіб за виконання обов'язків члена Наглядової ради Лікарні;

3.2.9. є незалежною у своїх рішеннях, добропорядною, неупередженою та має бездоганну ділову репутацію.

3.3. Строк повноважень кожного члена Наглядової ради складає [•].

3.4. Особа, з урахуванням обмежень передбачених цим Положенням може бути членом Наглядової ради Лікарні необмежену кількість разів.

3.5. Члени Наглядової ради здійснюють свою діяльність на підставі цивільно-правового договору.

3.6. Повноваження члена Наглядової ради з одночасним припиненням укладеного з ним цивільно-правового договору припиняються у випадку:

3.6.1. подання членом Наглядової ради заяви про дострокове припинення повноважень за власною ініціативою – з моменту прийняття заяви N-ською міською радою, або радою представником якої є член Наглядової ради Лікарні (з урахуванням положень, передбачених цивільно-правовим договором);

3.6.2. прийняття радою, яка делегувала свого представника до Наглядової ради рішення про припинення його повноважень – з моменту прийняття такого рішення;

3.6.3. неналежного виконання своїх обов'язків – з моменту прийняття відповідного рішення Гуляйпільською міською радою;

3.6.4. неможливості виконання обов'язків члена Наглядової ради за станом здоров'я – через два тижні з моменту надання ним або його законним представником письмового повідомлення про це Гуляйпільській міській раді;

3.6.5. притягнення до відповідальності за вчинення злочину – з моменту набрання законної сили вироку суду;

3.6.6. смерті – з моменту настання юридичного факту смерті;

3.6.7. визнання його недієздатним або обмежено дієздатним, безвісно відсутнім чи померлим – з моменту набрання законної сили рішення суду;

3.6.8. ліквідації наглядової ради – з моменту державної реєстрації відповідних змін до статуту Лікарні;

3.6.9. закінчення строку, на який члена наглядової ради було призначено – з наступного дня після закінчення відповідного строку.

3.7. Член Наглядової ради зобов'язаний невідкладно подати заяву про дострокове припинення своїх повноважень у разі виявлення обставин невідповідності вимогам, встановленим цим Положенням та статутом Лікарні.

3.8. У разі дострокового припинення повноважень Члена Наглядової ради, призначається новий член Наглядової в порядку та на умовах, що передбачені цим Положенням та діючим законодавством України.

3.9. Член Наглядової ради повинен виконувати свої обов'язки особисто і не може передавати власні повноваження іншій особі.

3.10. Членам Наглядової ради можуть компенсуватись, за рахунок Н-ської міської ради, понесені ними витрати при виконанні своїх завдань та функцій.

3.11. Членам Наглядової ради забороняється розголошувати конфіденційну інформацію, яка стала їм відома у зв'язку із виконанням ними своїх завдань та функцій відповідно до Статуту Лікарні, цього Положення та діючого законодавства України.

4. ГОЛОВА НАГЛЯДОВОЇ РАДИ

4.1. Голова Наглядової ради обирається членами Наглядової ради з їх числа одноголосно.

4.2. У разі неможливості виконання Головою Наглядової ради своїх повноважень його повноваження здійснює Заступник Голови Наглядової ради, який обирається Наглядовою радою з членів Наглядової ради одноголосно.

4.3. Член Наглядової ради може бути обраний Головою Наглядової ради/заступником Голови Наглядової ради необмежену кількість разів.

4.4. Голова Наглядової ради:

4.4.1. організовує роботу Наглядової ради;

4.4.2. забезпечує ефективне функціонування Наглядової ради

4.4.3. розподіляє обов'язки між членами Наглядової ради;

4.4.4. скликає та організовує проведення засідань Наглядової ради, визначає порядок денний засідання;

4.4.5. головує на засіданнях Наглядової ради;

4.4.6. організує прийняття найбільш ефективних рішень з питань порядку денного засідання Наглядової ради та вільне обговорення цих питань, визначає необхідність невідкладного розгляду питань на засіданні Наглядової ради;

4.4.7. забезпечує контроль за виконанням Наглядовою радою рішень Н-ської міської ради;

4.4.8. не рідше одного разу в рік звітує перед Н-ською міською радою про роботу Наглядової ради, виконання планів розвитку Лікарні, фінансо-

вих планів, ефективного використання його майна. Звіт оприлюднюється на офіційному веб-сайті N-ської міської ради;

4.4.9. висуває членів Наглядової ради до складу комітетів, а також координує діяльність, зв'язки комітетів між собою та з посадовими особами N-ської міської ради;

4.4.10. затверджує порядок денний і форму засідання Наглядової ради, якщо форма засідання не встановлена раніше рішенням Наглядової ради чи планом проведення засідань Наглядової ради; визначає необхідність невідкладного розгляду питань на засіданні Наглядової ради;

4.4.11. організує ведення протоколів засідань Наглядової ради, а також, при необхідності, фіксування засідання Наглядової ради технічними засобами;

4.4.12. за рішенням Наглядової ради порушує перед N-ською міською радою питання щодо внесення змін до її складу;

4.4.13. представляє Наглядову раду у відносинах з третіми особами;

4.4.14. здійснює інші функції, необхідні для організації діяльності Наглядової ради в межах її повноважень, що передбачені Статутом Лікарні, цим Положенням, рішеннями та діючим законодавством України.

4.4.15. [може бути доповнено]

5. КОМПЕТЕНЦІЯ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ

5.1. Наглядова рада вправі приймати до розгляду та вирішувати будь-які питання, які віднесені до її компетенції відповідно до Статуту, цього Положення та діючого законодавства України.

5.2. До компетенції Наглядової ради належить:

5.2.1. затвердження річного, стратегічного та інвестиційного планів та/або програм Лікарні;

5.2.2. затвердження фінансових та інших показників ефективності управління Лікарнею;

5.2.3. затвердження умов контракту з керівником Лікарні, встановлення розміру винагороди керівника, здійснення контролю за дотриманням умов контракту;

5.2.4. затвердження ринкової вартості майна у разі прийняття рішення про вчинення господарського зобов'язання згідно з ст. 78-1 Господарського кодексу України в межах своїх повноважень;

5.2.5. погодження організаційної структури Лікарні, пропозицій змін до Статуту та положень, якими регулюються питання, пов'язані з діяльністю Лікарні;

5.2.6. погодження розміщення Лікарнею цінних паперів;

5.2.7. погодження Лікарнею рішень про вчинення значних правочинів, сума або вартість майна яких становить більше [•] гривень;

5.2.8. прийняття рішення про обрання оцінювача майна Лікарні та затвердження умов договору, що укладатиметься з ним, встановлення розміру оплати його послуг;

5.2.9. прийняття рішення про надання згоди на вчинення Лікарнею господарського зобов'язання, щодо вчинення якого є заінтересованість, крім господарських зобов'язань, рішення про вчинення яких приймається N-ською міською радою;

5.2.10. здійснення контролю за поточною діяльністю керівника Лікарні, інформування сторін Договору про заходи та результати контролю;

5.2.11. подання пропозиції N-ській міській раді щодо звільнення керівника Лікарні. Прийняття рішення про тимчасове відсторонення керівника Лікарні від здійснення повноважень одночасно із призначення особи, яка тимчасово виконуватиме повноваження керівника Лікарні;

5.2.12. обрання незалежного аудитора Лікарні та визначення умов договору, що укладається з ним, встановлення розміру оплати його послуг;

5.2.13. залучення суб'єкта оціночної діяльності для проведення оцінки господарського зобов'язання Лікарні на відповідність його умов звичайним ринковим умовам;

5.2.14. здійснення контролю за своєчасним, достовірним і повним публічним розкриттям інформації, яка підлягає оприлюдненню підприємством відповідно до вимог діючого законодавства України;

5.2.15. контроль за виконанням Лікарнею рішень N-ської міської ради;

5.2.16. формування антикорупційної політики Лікарні;

5.3. Члени Наглядової ради мають право:

5.3.1. отримувати, ознайомлюватися з будь-якими документами та інформацією про діяльність Лікарні, робити виписки, здійснювати копіювання;

5.3.2. безперешкодно отримувати доступ до всіх приміщень Лікарні;

5.3.3. позачергово записуватися на прийом у посадових осіб Лікарні;

5.3.4. брати участь у всіх офіційних нарадах, зустрічах, засіданнях та комісіях в Лікарні;

5.3.5. отримувати інформацію про порядок денний, матеріали, дату, час та місце проведення засідання Наглядової ради не пізніше як за 3 дні до визначеної дати проведення засідання;

5.3.6. вносити пропозиції до плану роботи Лікарні;

5.3.7. розглядати фінансові звіти Лікарні;

5.3.8. ініціювати позачергові ревізії та аудиторські перевірки фінансово-господарської діяльності Лікарні;

5.3.9. подавати керівнику Лікарні обов'язкові для розгляду пропозиції щодо діяльності Лікарні;

5.3.10. вносити питання, проекти документів, рішень, пропозиції та зауваження до порядку денного засідання Наглядової ради;

5.3.11. подати письмово оформлену окрему думку щодо питання порядку денного та проекту рішення Наглядової ради, яка додається до протоколу засідання Наглядової ради;

5.3.12. вимагати скликання засідання Наглядової ради відповідно до вимог цього Положення;

5.3.13. порушувати питання про звільнення посадових осіб Лікарні;

5.3.14. порушувати питання про звітування посадових осіб Лікарні перед Наглядовою радою.

5.4. Члени Наглядової ради зобов'язані:

5.4.1. діяти в інтересах Лікарні та сторін Договору;

5.4.2. керуватися у своїй діяльності діючим законодавством України, статутом Лікарні та цим Положенням;

5.4.3. не розголошувати, не поширювати та не передавати третім особам персональних даних, отриманих в ході роботи або які містяться в документах, окрім випадків, передбачених діючим законодавством;

5.4.4. не розголошувати конфіденційну інформацію та комерційну таємницю про діяльність Лікарні, яка стала відомою у зв'язку із виконанням функцій члена Наглядової ради, особам, які не мають доступу до такої інформації, а також не використовувати її у своїх інтересах або в інтересах третіх осіб, окрім випадків, передбачених діючим законодавством;

5.4.5. брати участь у засіданнях Наглядової ради та засіданнях її комітетів. Завчасно повідомляти голову Наглядової ради про неможливість участі у засіданнях Наглядової ради із зазначенням причини відсутності;

5.4.6. виконувати рішення Наглядової ради.

6. ПОРЯДОК СКЛИКАННЯ, ПРОВЕДЕННЯ ЗАСІДАнь ТА ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ НАГЛЯДОВОЮ РАДОЮ

6.1. Основною формою роботи Наглядової ради є засідання. Засідання наглядової ради проводяться у міру необхідності, але не рідше одного разу на квартал і вважаються правомочними, якщо на них присутня більшість від затвердженого складу. Члени Наглядової ради можуть брати участь в засіданні за допомогою відеозв'язку у разі завчасного повідомлення голови Наглядової ради та письмового обґрунтування.

6.2. Рішення Наглядової ради приймаються більшістю голосів від загального складу наглядової ради. Кожен член Наглядової ради має один голос.

Рішення Наглядової ради на засіданні приймається способом відкритого голосування. У випадку розподілу голосів порівну (при рівній кількості голосів) голос голови Наглядової ради є вирішальним.

6.3. Наглядова рада не пізніше ніж на другому засіданні обирає свого голову та його заступника.

6.4. Засідання Наглядової ради скликаються головою Наглядової ради або на вимогу:

6.4.1. N-ської міської ради;

6.4.2. члена Наглядової ради;

6.4.3. керівника Лікарні.

6.5. Вимога про скликання засідання Наглядової ради складається у письмовій формі із зазначенням підстав і подається на ім'я голови Наглядової ради.

6.6. У випадку, якщо Голова Наглядової ради відмовляється скликати засідання Наглядової ради, засідання скликається і проводиться заступником голови Наглядової ради або в порядку, визначеному цим Положенням.

6.7. Засідання Наглядової ради має бути скликане головою Наглядової ради не пізніше 5 (п'яти) робочих днів після отримання відповідної вимоги.

6.8. Порядок денний засідання визначається головою Наглядової ради, а у випадку настання обставин, зазначених у пункті 6.6 цього Положення, заступником голови Наглядової ради.

6.9. Про порядок денний, дату, час та місце проведення засідання Наглядової ради її члени повідомляються головою Наглядової ради персонально не пізніше як за 3 (три) календарних дні до засідання. Не пізніше ніж за 2 (два) календарні дні до засідання інформація про порядок денний, час та місце засідання Наглядової ради оприлюднюється на офіційному веб-сайті N-ської міської ради.

6.10. Під час засідання заступник голови Наглядової ради або інша уповноважена наглядовою радою особа веде протокол. Протокол засідання наглядової ради підписується головуючим на засіданні та присутніми членами ради. Підписаний протокол протягом 5 робочих днів оприлюднюється на офіційному веб-сайті N-ської міської ради.

6.11. Протокол засідання Наглядової ради оформлюється у двох оригінальних примірниках протягом 5 (п'яти) робочих днів після проведення засідання. Один з примірників протоколу передається на ознайомлення керівнику Лікарні. Копії протоколу засідання Наглядової ради надсилаються всім її членам. Оригінальні примірники протоколів засідання Наглядової ради зберігаються в голови Наглядової ради.

6.12. Рішення Наглядової ради доводяться до відома N-ської міської ради, N-ського міського голови та керівника Лікарні у вигляді виписок (витягів) із протоколу або з кожного питання та оприлюднюються на офіційному веб-сайті N-ської міської ради як додаток до протоколу.

8. РАДНИКИ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ

7.1. Кожен з членів Наглядової ради може мати одного радника.

7.2. Радник здійснює свої повноваження безоплатно, затверджується на посаду Наглядовою радою одногolosно за письмовим клопотанням відповідного члена Наглядової ради.

7.3. Радник має право бути присутнім на всіх засіданнях Наглядової ради.

7.4. На засіданнях Наглядової ради радник має дорадчий, але не вирішальний голос.

7.5. Радник має право на ознайомлення із будь-якими матеріалами, які надаються членам Наглядової ради для підготовки до засідання або на засіданнях.

7.8. При виконанні своїх обов'язків Радники зобов'язані діяти на користь та в інтересах Лікарні та ставити інтереси Лікарні вище власних. Зокрема, Радники зобов'язані:

7.8.1. ставитися з відповідальністю до виконання своїх обов'язків;

7.8.2. не використовувати своє становище у власних інтересах або інтересах третіх осіб;

7.8.3. не використовувати з вигодою для себе чи для третіх осіб конфіденційну та/або іншу інформацію з обмеженим доступом, яка стала відома їм при виконанні своїх повноважень;

7.8.4. виконувати інші обов'язки та дотримуватися вимог діючого законодавства України, Статуту Лікарні, цього Положення.

7.9. Наглядова рада укладає з Радником договір про нерозголошення конфіденційної та/або іншої інформації з обмеженим доступом, в якому передбачаються штрафні санкції за таке розголошення.

9. КОМІТЕТИ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ

8.1. Наглядова рада може утворювати постійні чи тимчасові комітети з числа її членів для вивчення і підготовки питань, що належать до компетенції Наглядової ради.

8.2. У Наглядовій раді можуть створюватися будь-які постійно діючі комітети.

8.3. У разі необхідності Наглядова рада може створювати тимчасові комітети для вивчення та підготовки матеріалів з окремих питань діяльності Лікарні.

8.4. Рішення про утворення відповідного комітету Наглядової ради та про перелік питань, які передаються йому для вивчення і підготовки, приймаються членами Наглядової ради.

8.5. Висновки комітетів розглядаються Наглядовою радою в порядку, передбаченому цим Положенням, Статутом Лікарні, та діючим законодавством України для прийняття Наглядовою радою рішень.

8.6. Функції та повноваження постійних та тимчасових комітетів, їх структура, порядок залучення інших осіб до роботи комітету, а також інші питання, пов'язані з діяльністю комітетів, визначаються Наглядовою радою в Положенні про відповідний комітет при прийнятті рішення про створення такого комітету.

10. ПОРЯДОК НАДАННЯ НАГЛЯДОВІЙ РАДІ ІНФОРМАЦІЇ

9.1. Керівник Лікарні забезпечує членам Наглядової ради та радникам членів Наглядової ради доступ до будь-якої інформації про діяльність Лікарні у робочі години у приміщенні Лікарні.

9.2. Члени Наглядової ради та радники членів Наглядової ради зобов'язані не розголошувати конфіденційну інформацію, яка містить комерційну таємницю, а також інформацію, яка стала їм відома під час виконання своїх повноважень.

9.3. При одержанні інформації, яка містить комерційну таємницю, член Наглядової ради та радник члена Наглядової ради зобов'язується докладати максимальних зусиль для забезпечення належного зберігання і захисту такої інформації та її носіїв в недоступному для третіх осіб місці, а також для її захисту від крадіжки, пошкодження, втрати чи від несанкціонованого доступу до неї зі сторони третіх осіб.

9.4. Після закінчення строку своїх повноважень член Наглядової ради та радник члена Наглядової ради протягом 10 (десяти) років зобов'язується не використовувати і не розповсюджувати конфіденційну інформацію, яка містить комерційну таємницю, що стала йому відома у зв'язку з виконанням своїх обов'язків.

11. КОНТРОЛЬ ЗА ВИКОНАННЯМ УХВАЛЕНИХ НАГЛЯДОВОЮ РАДОЮ РІШЕНЬ

10.1 Контроль за виконанням рішень Наглядової ради здійснює Голова Наглядової ради.

10.2. Голова Наглядової ради здійснює реєстрацію рішень Наглядової ради із зазначенням відповідальних посадових осіб Лікарні та строків виконання.

10.3. Посадові особи лікарні, відповідальні за виконання рішень Наглядової ради, несуть персональну відповідальність за своєчасне і якісне виконання ухвалених рішень.

10.4. Інформація про виконання рішення Наглядової ради доводиться відповідальною особою до відома Наглядової ради на черговому засіданні, якщо рішенням Наглядової ради не встановлено іншого порядку та терміну.

10.5. У разі виникнення причин, що перешкоджають своєчасному виконанню рішення Наглядової ради, посадова особа Лікарні, відповідальна за виконання рішення зобов'язана завчасно звернутися до Наглядової ради з проханням винести на розгляд Наглядової ради питання про встановлення іншого строку виконання завдання.

10.6. Голова Наглядової ради несе персональну відповідальність за:

10.6.1. своєчасну підготовку матеріалів засідань Наглядової ради;

10.6.2. своєчасне складання та підписання протоколів засідань Наглядової ради;

10.6.3. надання протоколів засідань або витягів з них органам посадовим особам Лікарні та іншим зацікавленим особам в межах їх повноважень;

10.6.4. зберігання протоколів засідань Наглядової ради та матеріалів засідань тощо.

12. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЧЛЕНІВ НАГЛЯДОВОЇ РАДИ

11.1. Відповідальність членів Наглядової ради визначається законодавством України, цим Положенням, Статутом Лікарні, цивільно-правовим договором, а також договором про нерозголошення конфіденційної та/або іншої інформації з обмеженим доступом, що укладається з членом Наглядової ради.

11.2. Наглядова рада несе відповідальність перед Н-ською міською радою за виконання її рішень та результати діяльності Лікарні. На сесію Н-ської міської ради Голова Наглядової ради зобов'язаний надати звіт про діяльність Наглядової ради за встановлений період.

11.3. При виконанні своїх обов'язків члени Наглядової ради зобов'язані діяти на користь та в інтересах Лікарні та ставити інтереси Лікарні вище власних. Зокрема, члени Наглядової ради зобов'язані:

11.3.1. ставитися з відповідальністю до виконання своїх обов'язків;

11.3.2. приймати рішення в межах наданих повноважень;

11.3.3. не використовувати своє становище у власних інтересах або інтересах третіх осіб;

11.3.4. не використовувати з вигодою для себе чи для третіх осіб конфіденційну та/або іншу інформацію з обмеженим доступом, яка стала відома їм при виконанні своїх повноважень;

11.3.5. забезпечити збереження та передачу майна та документів N-ській міській раді при звільненні з посади;

11.3.6. виконувати інші обов'язки та дотримуватися вимог діючого законодавства України, Статуту Лікарні, цього Положення.

11.4. Кожен член Наглядової ради несе персональну відповідальність за невиконання або неналежне виконання своїх функціональних обов'язків та покладених на нього завдань. В разі невиконання чи неналежного виконання членом Наглядової ради своїх обов'язків Голова Наглядової ради уповноважений інформувати по це N-ську міську раду та ставити перед нею питання про припинення повноважень члена Наглядової ради.

11.5. Голова та члени Наглядової ради несуть відповідальність за збитки, завдані Лікарні своїми діями (бездіяльністю), в межах і порядку, передбачених законодавством України, Статутом Лікарні, цим Положенням, та цивільно-правовими договорами, укладеними з членами Наглядової ради.

11.6. Члени Наглядової ради, які голосували «проти», «утримались», або не брали участі в голосуванні щодо рішення, яке завдало збитків Лікарні, не несуть відповідальності за таке рішення.

11.7. З кожним членом Наглядової ради укладається договір про нерозголошення конфіденційної та/або іншої інформації з обмеженим доступом.

13. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

12.1. Це Положення затверджується рішенням N-ської міської ради та набирає чинності з моменту його затвердження і діє до моменту його скасування або до затвердження Положення в новій редакції.

12.2. Зміни до цього Положення затверджуються N-ською міською радою та оформлюються викладенням Положення у новій редакції.

12.3. Прийняття нової редакції Положення автоматично призводить до припинення дії попереднього документа.

12.4. У випадках внесення змін до діючого законодавства України чи прийняття N-ською міською радою внутрішніх документів Лікарні, пункти цього Положення діють в частині, що не суперечить таким змінам. У разі невідповідності будь-якої частини цього Положення діючому законодавству України, або діючій редакції Статуту Лікарні, в тому числі у зв'язку з прийняттям нових актів законодавства України, це Положення діятиме лише у тій частині, яка не суперечитиме діючому законодавству України, або чинній редакції Статуту Лікарні.

[Посада особи,
уповноваженої на підпис]

[П.І.Б.] _____

 **LEAD**
З Е В Р О П О Ю