

ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ

- ◆ Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні

vol. 14
2018
▶ червень

Aleksandr Kuskov

- ◆ Автономізація: відповіді на поширені питання

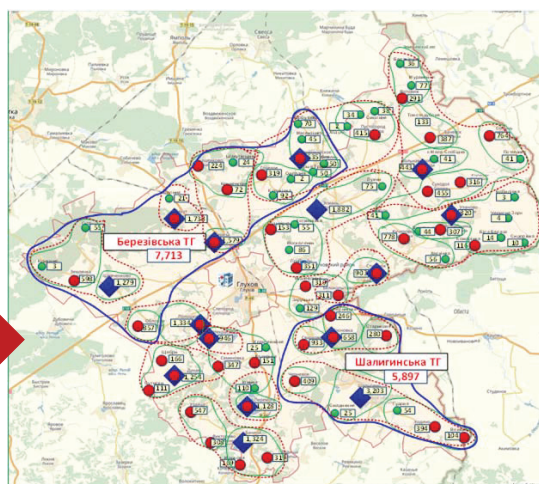
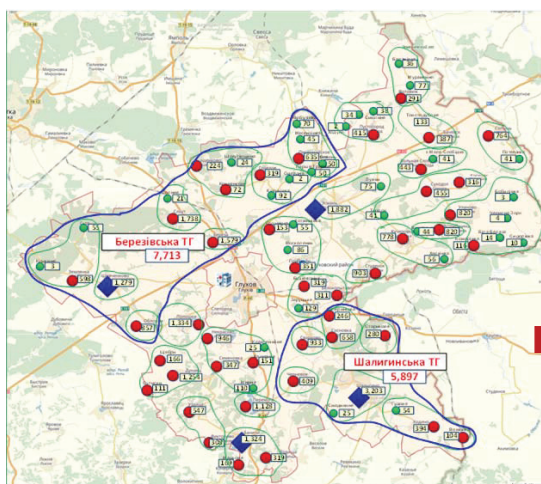
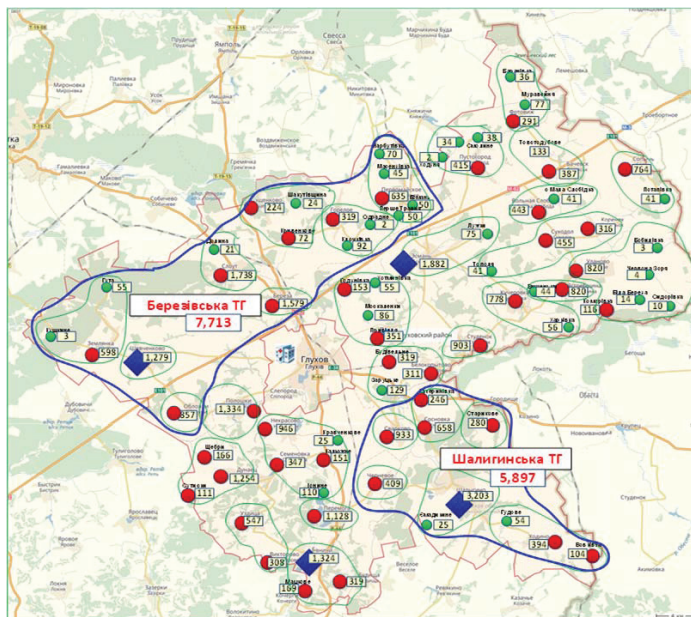
Роздаткові матеріали не є засобом масової інформації. Розповсюджуються безкоштовно під час публічних та навчальних заходів, організованих Сумським "Центром розвитку місцевого самоврядування", створеним за підтримки Програми "U-LEAD з Європою" та Мінрегіоном.

Низька доступність медичної допомоги, 2015-2016, %



Source: State Statistics Agency. 2015, 2016

**Мережа ПМСД
Глухівського
району -
яскравий
приклад причин
поганій
доступності
лікарської
допомоги**



ОТГ	Населення
Глухівський р-н	54 569
Березівська ТГ	7 713
Шалигинська ТГ	5 897

Перетворення у лікарські амбулаторії 11 ФАПів сіл :
 Березівська ТГ: Слоут, Береза, Первомайське
 Шалигинська ТГ: Сосновка
 Поза ОТГ: Полошки, Дунаєць, Перемога, Привілля,
 Некрасове, Студенок, Уланове

Основні законодавчі акти та документи, що є важливими під час та після автономізації

➤ Закон № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»

➤ Закон № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»

➤ Закон № 222-VIII «Про ліцензування видів господарської діяльності»

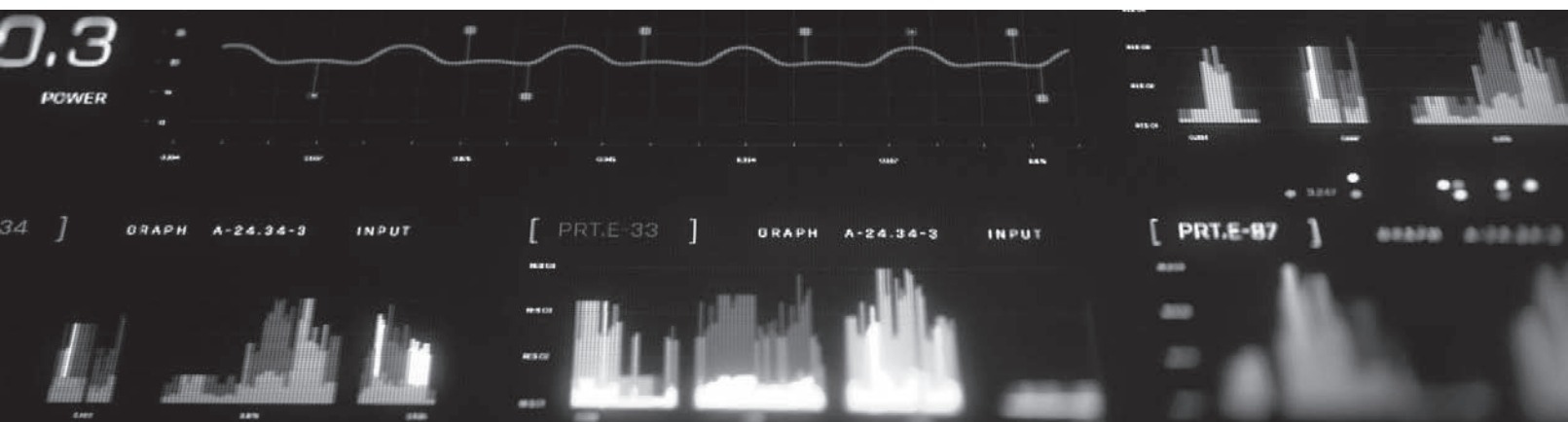
➤ Закон № 755-IV «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»

➤ Господарський кодекс України

➤ Податковий кодекс України

➤ Цивільний кодекс України

➤ Бюджетний кодекс України



*В.о. міністра охорони здоров'я
доктор Уляна Супрун*

Навіщо автономізація лікарям?

Лікарі часто запитують нас: що конкретно нам дасть автономізація? Навіщо вона потрібна? На це запитання є дві відповіді: юридична та світоглядна.

З юридичної точки зору автономізація медичних закладів переводить їх зі статусу бюджетних установ у статус комунальних некомерційних підприємств. Це означає, що замість роботи в межах Бюджетного кодексу вони отримують можливість здійснювати діяльність на підставі Господарського кодексу — тобто так само, як працює будь-яка компанія в Україні.

Це не означає, що пацієнти почнуть за все платити, — медичні послуги в інтересах пацієнтів буде закуповувати держава в особі Національної служби здоров'я України.

Сьогодні медичний заклад може робити тільки те, що прямо дозволено йому законодавством. А ставши підприємством, медичний заклад зможе робити все, що не заборонено. Перш за все відмовитись від тарифної сітки і почати збільшувати зарплати лікарям.

Але головна зміна — світоглядна.

Медичні заклади повинні бути незалежними, як це є в усьому світі. Чинники не мають керувати лікарями.

Якісну послугу повинна оплатити держава, а щодо всього іншого мають самостійно вирішувати лікарі. Якщо пацієнта не задовольняє послуга, він піде до іншого медичного закладу.

Попереду — запровадження професійного ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в лікарнях.

Перше завдання реформи — автономізація

Спільне завдання на перше півріччя 2018 року — реорганізувати заклади ПМД з бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства. Іншими словами — автономізуватися.

Це обов'язкова умова, оскільки лише заклади у статусі комунальних некомерційних підприємств зможуть укласти договори з Національною службою здоров'я України та отримувати пряму оплату з державного бюджету від НСЗУ.

Комунальні некомерційні підприємства мають право на отримання податкового статусу неприбутковості, тобто метою їхньої діяльності є не отримання прибутку, а надання послуг з охорони здоров'я населенню.

Заклади як неприбуткові підприємства не будуть платниками податку на прибуток і зможуть самостійно розпоряджатися отриманими грошима, у тому числі вільно встановлювати розмір заробітної плати для медичних та інших працівників.

ПРОЦЕДУРА АВТОНОМІЗАЦІЇ МЕДЗАКЛАДУ ПЕРЕДБАЧАЄ ТАКІ ДІЇ:

1. Місцева рада приймає рішення про:
 - а) припинення 303 — бюджетної установи шляхом перетворення на 303 — комунальне некомерційне підприємство;
 - б) призначення комісії з реорганізації 303-установи, голови комісії;
 - в) встановлення порядку і строку заявлення кредитором своїх вимог до 303-установи, що припиняється.

2. Державному реєстраторові подаються документи для реєстрації рішення про припинення юридичної особи шляхом реорганізації, на підставі чого вноситься запис до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань.

3. Комісія з реорганізації розглядає вимоги кредиторів 303, а також проводить інвентаризацію*.

** Відповідно до Закону про автономізацію, до 31 грудня 2018 року:*

кредитори державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що реорганізуються, не вправі вимагати від них виконання незабезпечених зобов'язань, припинення або дострокового виконання зобов'язання або забезпечення виконання зобов'язання. Згода кредитора на заміну боржника у зобов'язанні у такому разі не вимагається;

обов'язкова оцінка майна не застосовується.

4. Комісія розробляє передавальний акт, який має містити положення про правонаступництво щодо всіх зобов'язань установи, передачу прав та зобов'язань за формою бухгалтерського обліку.

5. Фінансове управління власника (ОМС) за необхідності розробляє проект змін до бюджетних програм з урахуванням процедури реорганізації 303.

6. Рішенням місцевої ради:
- а) затверджується передавальний акт**;
 - б) приймається рішення про створення 303 шляхом реорганізації;
 - в) затверджується статут.

*** Акт також може затверджувати уповноважений виконавчий орган у випадку делегування права.*

7. Пакет документів про створення 303 — комунального некомерційного підприємства та припинення 303 — бюджетної установи подають державному реєстраторові. Якщо все зроблено правильно, протягом 24 годин з моменту отримання документів державний реєстратор має внести відповідні записи до ЄДР.

8. За необхідності власник приводить у відповідність систему фінансування закладу.

9. До трудових книжок працівників 303 вноситься запис про зміну найменування роботодавця у зв'язку з реорганізацією.

10. 303 — комунальне некомерційне підприємство переоформлює майно, що підлягає державній реєстрації,

зокрема право користування об'єктами нерухомості та земельними ділянками, відкриває рахунки в банку та переоформлює рахунки в казначействі.

11. До МОЗ подається заява про оформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики та до Держлікслужби щодо роботи з наркотичними речовинами, прекурсорами (за необхідності).

12. Підписання договору з НСЗУ, отримання грошей за медичне обслуговування населення — в півтора рази більше за всіх, в середньому вдвічі більше за тих, хто підписав декларацію.



Ключові етапи реформи: терміни

Міністерство багато разів повідомляло про те, що реформа почнеться з 1 січня 2018 року. Водночас великі структурні зміни не можуть відбутися в один день і навіть в один місяць. Медична реформа зачіпає кожну місцеву громаду, сотні медичних закладів, тисячі медичних працівників та кожного пацієнта — фактично у змінах задіяні ми всі. Саме тому команда Міністерства охорони здоров'я розробила детальний план впровадження медичної реформи, де кожен матиме чіткі задачі та достатньо часу для їх виконання на кожному етапі.

Наша спільна задача — у 2018 році закласти міцний фундамент для змін та якісно запустити нову первинну допомогу та показати результат.

Основні дати реформи

Автономізація та підключення до електронної системи охорони здоров'я

Основна задача на **перше півріччя 2018** — реорганізувати заклади

ПМД з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Іншими словами — автономізуватися. Це обов'язкова умова, оскільки тільки медичні заклади у статусі комунальних некомерційних підприємств зможуть укласти договори з Національною службою здоров'я України та отримувати пряме фінансування за надані послуги з Державного бюджету.

Перший квартал 2018 року — час для місцевої влади та медичних закладів первинної ланки на підготовку до впровадження нової моделі фінансування та нових стандартів надання послуг.

Підключення до електронної системи охорони здоров'я

Також для входження в реформу заклад первинної медичної допомоги має обрати медичну інформаційну систему (МІС) та підключитися до електронної системи охорони здоров'я, яка наразі працює в тестовому режимі.

Створення Національної служби здоров'я

Протягом першого кварталу 2018 року буде створюватися Національна служба здоров'я України — центральний орган виконавчої влади, що реалізовуватиме державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. НСЗУ — це національний страховик (оператор), який укласти договори із надавачами медичної допомоги, за якими закуповуватиме у них послуги з медичного обслуговування населення.

Наприкінці грудня 2017 року було прийняте положення про НСЗУ. Цей важливий документ фактично зробив можливим запуск реформи, адже НСЗУ — один із найважливіших її елементів. Із січня 2018 року розпочинається конкурс на посаду Голови НСЗУ. Коли він завершиться, із урахуванням результатів конкурсу будь призначено Голову. Після цього буде можлива реєстрація Національної служби здоров'я і розпочнеться набір персоналу. Тоді відбудеться офіційний запуск Служби, після чого розпочнеться підписання договорів із закладами ПМД.

Старт підписання Декларацій про вибір лікаря

Із квітня 2018 року стартує кампанія з вибору лікаря з надання первинної допомоги, під час якої пацієнти підписуватимуть декларації з обраними лікарями. Пацієнт може обрати для себе будь-якого лікаря, незалежно від місця реєстрації чи проживання. Декларація про вибір лікаря первинної допомоги повідомляє державу, що конкретний лікар буде отримувати гроші за ведення конкретного пацієнта.

До початку кампанії з вибору лікаря підписання Декларацій



Січень 2018
Набули чинності Закони



Квітень 2018
Старт кампанії з вибору лікаря



Травень 2018
Створення НСЗУ

Червень 2018
Старт підписання договорів з НСЗУ



Вересень 2018
Друге «вікно можливостей» для підписання договорів

Грудень 2018
Третє «вікно можливостей» для підписання договорів





про вибір лікаря відбувається у пілотному режимі. Це зроблено для того, щоб лікарі мали час навчитися користуватися функціоналом МІС, а також для тестування центрального компонента електронної системи охорони здоров'я.

У цей же час триватиме підготовка проектів договорів закладів первинної медичної допомоги з Національною службою здоров'я.

Перші прямі виплати від НСЗУ

Із липня 2018 року починає роботу Національна служба здоров'я України. Перші заклади охорони здоров'я у статусі некомерційних комунальних підприємств підпишуть договори з НСЗУ. З цього часу ці медзаклади первинної допомоги почнуть отримувати прямі виплати за конкретних пацієнтів.

У 2018 році буде діяти і медична субвенція, і нова модель. Тому до початку прямих виплат з Державного бюджету за договорами з НСЗУ (середина 2018 року), заклади первинної ланки, в тому числі автономізовані, будуть фінансуватися за рахунок медичної субвенції, як і раніше. Медичні заклади зможуть приєднуватися до реформи **тільки групами** — тобто одразу весь район, місто або ОТГ. Це зумовлено тим, що субвенція виплачується на бюджет, і відповідно зміна фінансування може відбутися повністю для цього бюджету, а не окремого закладу.

Отже, для приєднання до реформи всі заклади охорони здоров'я, які фінансуються з бюджету району, міста або ОТГ мають бути автономізовані, підключені до електронної системи охорони здоров'я і відповідати Табелю оснащення для надання ПМД.

Приватні практики первинної допомоги (лікарі-ФОП та приватні

заклади) можуть укласти договір та розпочати роботу з НСЗУ в будь-який момент від моменту запуску роботи Служби.

Заклади, що до цього часу не встигнуть пройти процедуру автономізації або все ще чекатимуть, поки інші заклади їхнього міста, району чи ОТГ завершать цей процес, будуть і далі фінансуватися за рахунок медичної субвенції.

У цей же час в другому півріччі буде розпочата робота з підготовки переходу закладів спеціалізованого і стаціонарного лікування на нову модель фінансування.

Початок і кінець четвертого кварталу 2018 року — це друге і третє «вікно можливостей» для закладів первинної допомоги укласти контракт з Національною службою здоров'я та перейти з субвенції на прямі виплати за пацієнтів.

Головні задачі на 2018 рік

Комунальному закладу первинної допомоги

1. **Реорганізуватися** у некомерційне комунальне підприємство
2. **Забезпечити комп'ютеризацію**, обрати МІС та підключитися до електронної системи охорони здоров'я, отримати електронні цифрові підписи для закладу та лікарів
3. Привести **матеріально-технічне забезпечення закладу** у відповідність до Табелю технічного оснащення
4. Почати **активне інформування та підписання** з пацієнтами Декларацій про вибір лікаря первинної допомоги
5. **Укласти договір** з Національною службою здоров'я України

Місцевій владі

1. **Ухвалити рішення, необхідні для адміністративної та господарської автономії закладів охорони здоров'я.** Статuti новостворених комунальних некомерційних підприємств мають дозволяти цим закладам самостійно вирішувати питання штатного розпису та розмірів заробітних плат. Це дозволить підвищити заробітну плату медикам на первинній ланці після входження в реформу
2. **Комп'ютеризувати та обладнати медичні заклади, які є майном громади.**
3. На рівні місцевого бюджету **запускати місцеві програми громадського здоров'я для населення.** Адже виконавцями таких програм зможуть бути комунальні некомерційні підприємства.

Триває підписання декларацій про вибір лікаря

З початком квітня розпочалася національна кампанія «Лікар для кожної сім'ї». По всій країні пацієнти підписують декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги.

Декларація — це документ, який підтверджує, що пацієнт хоче обслуговуватись саме у цього лікаря. Підписуючи декларацію з конкретним лікарем, він повідомляє державу в особі Національної служби здоров'я, що плата за обслуговування має знаходитись в медзакладі, де той працює.

Проте декларація не підписується «раз і назавжди»: пацієнт зможе укласти декларацію з іншим терапевтом, педіатром чи сімейним лікарем. У такому випадку не треба скасовувати попередню декларацію: достатньо просто укласти нову декларацію з обраним лікарем, а зміни автоматично зафіксуються в системі.

Пацієнт вільний у своєму виборі: не обов'язково підписувати декларацію за місцем реєстрації чи проживання. Подекуди трапляються випадки, коли пацієнтів схилиють обирати свого дільничного лікаря або й прямо відмовляють у вільному виборі, — це протизаконно.

За неієздатних осіб та дітей до **14-річного** віку вибір робить законний представник.

Лікар може відмовити пацієнтові у підписанні декларації, якщо він уже набрав оптимальну кількість пацієнтів: сімейний лікар може обслуговувати **1 800** пацієнтів, терапевт — **2 000** пацієнтів, педіатр — **900** пацієнтів. Ця цифра може бути дещо більшою для лікарів, які працюють у селах. Наприклад, якщо в селі мешкає **2 000** осіб, то всі вони зможуть

підписати декларацію з сімейним лікарем. Це питання контролюватиме Національна служба здоров'я України.

Керівництво закладу має надати пацієнтові всю інформацію, необхідну для вибору лікаря:

про заклад:

- повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи — підприємця;
- код ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків (для ФОП);
- інформацію про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;

про лікарів, які працюють у цьому закладі:

- прізвище, ім'я, по батькові лікаря;
- освіта;
- лікарська спеціальність;
- стаж роботи за спеціальністю;
- кваліфікаційна категорія;
- місце (адреса) та графік роботи лікаря.

Інформацію про заклад та лікарів краще за все розмістити на стенді в холі закладу і додатково навесити інформацію про кожного лікаря на дверях його кабінету.

Для посвідчення особи, яка укладала декларацію, пацієнт або його законний представник має надати один з таких документів:

- паспорт громадянина України;
- тимчасове посвідчення громадянина України;
- свідоцтво про народження (для дітей до **14** років);
- посвідка на постійне проживання в Україні;

- посвідчення біженця;
- посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

Також слід надати копію довідки про індивідуальний податковий номер і мати при собі мобільний телефон.

Законний представник пацієнта додатково подає документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника відповідно до законодавства.

Заклад повинен визначити особу, уповноважену приймати у пацієнтів декларації та вносити дані до електронної системи охорони здоров'я.

Уповноважена особа заповнює декларацію в електронній формі, роздруковує і дає її пацієнтові або його законному представникові для перевірки. Якщо пацієнт виявив помилки в декларації, уповноважена особа вносить виправлення і знову роздруковує декларацію, доки пацієнт не засвідчить, що всі дані внесені правильно. Далі пацієнт або його законний представник підписує два примірники декларації та надає їх уповноваженій особі, де вона проставляє відмітку з датою отримання та повертає один примірник, а другий залишається в медичному закладі. Після цього уповноважена особа надсилає декларацію до електронної системи охорони здоров'я.

Декларація заповнюється українською мовою.

У разі зміни даних, внесених до декларації при її підписанні, пацієнт або його законний представник повинен звернутися до медзакладу та уточнити змінені дані.

Уляна Супрун

www.facebook.com/ulanasuprun/

Зараз Сумська область остання за показником підписаних декларацій [на ранок 25 травня 2018 року в області підписано трохи більше, ніж 56 тисяч декларацій) і нам дуже цікаво розуміти, у чому причина].

Почали з візиту до єдиного центру первинної медичної допомоги у місті Суми, де декларації підписують [ЦПМСД №3]. Поспілкувалась з пацієнтами, познайомилась з сімейним лікарем і робочим місцем, де підписують декларації.

Далі провела робочі зустрічі з командою губернатора за участі Микола Ключко і міської адміністрації за участі народного депутата Олега Медуниці, де окрім кампанії "Лікар для кожної сім'ї" обговорили ряд напрямків трансформації системи охорони здоров'я. Важливо розуміти, що непідписані декларації – це втрачені додаткові кошти для розвитку медицини в регіоні, гідної оплати праці медиками та підвищення якості первинної медичної допомоги. А затягування з процесом автономізації закладів та зміни їхнього статусу на комунальні некомерційні підприємства – є ознакою гальмування критичних для здоров'я українців змін.

З поганого:

- місто Суми на повну включаться у кампанію лише з середини червня [після завершення автономізації закладів первинної медичної допомоги, які були об'єднані у нову юридичну особу]. Міська адміністрація обіцяє оперативно надолужити відставання. Зараз – вони останні серед міст з населенням понад 100 тисяч
- по області загалом теж спостерігаються дуже повільні темпи підписання декларацій [у відсотковому відношенні до населення області декларації підписали 5,1% населення]
- ОДА необхідно активізуватись щодо встановлення ангиографа придбаного у 2017 році у рамках урядової програми з розвитку мережі кардіоцентрів. Затягування з цим процесом неприпустиме
- також чекаємо на переглянуту пропозицію щодо госпітальних округів від області

З хорошого:

- в області є прекрасні приклади міста Буринь та села Бобрик, де більшість населення уже обрали своїх лікарів. Такі приклади демонструють, що нема проблем, які не можна вирішити за наявності бажання й ефективної організації місцевої влади
- громади відчують гостру потребу в сімейних лікарях, особливо у сільській місцевості, і готові формувати дуже вигідні пропозиції, якими будемо ділитись з іншими регіонами та випускниками університетів
- в області дуже позитивно відгукуються про програму "Доступні ліки" як лікарі з управліннями так і пацієнти, програма також абсолютно ефективно функціонує у сільській місцевості

Завершила день зустріччю з місцевою громадськістю, яка розповіла про успішні кейси взаємодії й роботи з медичною спільнотою регіону й управліннями, і поділилась своїми спостереженнями щодо ризиків у втіленні трансформації системи охорони здоров'я на Сумщині.

"Мисліть послугами, а не закладами" – цінна цитата від Олексій Загребельний про зміну парадигми, яка має відбутися у головах управлінців по всій країні для того, щоб медицина стала дійсно якісною і доступною.

Будемо уважно слідкувати за втіленням озвучених планів



Андрій Букін

www.facebook.com/bukin.andrij

Для тих хто читає мою стрічку у facebook, я хочу розставити всі крапки на "і", щоб закрити тему реформ і перетворень у цій країні. 27 років незалежній країні, і цих 27 років її грабували. Ви [тим кому 45 +] отримали незалежність в 1991 і вам на той час було приблизно по 18-25 років.

І це ваше покоління не змогло справитися з комуністичними по-кидьками при владі, це ваше покоління стріляло один одного в 90-х і нарешті це ваше покоління про...ло частину території України. Де ж були Ваші ініціативи коли ви були при владі? Чому Ви не розпочали процес переходу на "страхову медицину" ще 15 років тому? А я відповім, тому що тоді було ще що допилювати, як в Києві так і на містах.

За цю можливість яка є сьогодні, моє покоління заплатило кров'ю, щоб мати хоча б незначний шанс виправити те що було втрачено Вашим поколінням. Дві революції і війна, і не треба мені тикати популізмом – це як мінімум цинічно з Вашого боку.

Якщо Ви не можете, не хочете, не вмієте робити зміни, а це доведено часом, не заважайте робити, хоча б намагатися зробити ці зміни моему поколінню.

Немає нічого гіршого, а ніж жити в часи змін, і в той же час немає нічого краще ніж творити нову історію. Свого часу відомий палестинський теолог Абдулла Юсуф Аззам, сказав: При захисті своєї країни тримайте пістолет з 10-ма набоями – 1 для загарбників і 9 для зрадників. Так от на сьогоднішній день, колишні депутати, міністри, міські голови, головні лікарі і частина нинішніх чиновників – які саботують проведення реформ, які чіпляються за радянське минуле, які щільно сидять на корупційних схемах і є тими зрадниками.

Час покоління "моїх батьків" минув, і це час втраченої можливості цієї держави. Ви не маєте морального права засуджувати сьогоднішні зміни, які відбуваються в країні. Так як Ви свого часу, просто котилися вздовж корупційної колії – і те що наша країна на сьогодні в такому стані – це результати Вашої роботи. На жаль за це Ви не відчуваєте відповідальності.

"Життя триває – точиться війна" – це життєствердне посилення є найбільш лаконічним, щодо сьогодення.

Насправді, я нікого не переконую, бо тільки час суддя і тільки він здатен вказати хто правий, а хто ні.



Медзаклади почали укладати договори з Національною службою здоров'я України: деталі



27 грудня 2017 року уряд прийняв рішення про створення Національної служби здоров'я, яка є центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через міністра охорони здоров'я. Основні завдання НСЗУ:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [програма медичних гарантій];
- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- внесення на розгляд міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

НСЗУ функціонуватиме в режимі виконання договірних умов з надавачами медичних послуг, які вона НСЗУ повинна контрактувати та оплачувати. Для можливості укладання таких договорів до надавача медичних послуг [простіше кажучи до закладу охорони здоров'я] було висунуто ряд вимог: центр первинної медичної служби чи амбулаторія повинні автономізуватися. Тобто стати комунальним некомерційним підприємством, яке зможе відкрити свій розрахунковий рахунок в банку. У них повинні бути комп'ютери, підключені до електронної системи охорони здоров'я через одну з медичних інформаційних систем [МІС], яка пройшла сертифікацію. Їх список можна подивитись на сайті "Електронного здоров'я". А також заклад повинен забезпечити сучасне оснащення закладу ПМД та запровадити високий рівня сервісу для пацієнтів.

З 24.05.2018 запрацював сайт НСЗУ, на якому розміщено оголошення про старт укладання договорів.

Текст оголошення НСЗУ

Оголошення про укладання договорів про медичне обслуговування населення №1 від 25 травня 2018 року.

Відповідно до Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", пункту 6 Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410, Національна служба здоров'я України (далі — НСЗУ) оголошує про укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [далі — Договір] на умовах, викладених нижче:

Медичні послуги з програми державних гарантій медичного обслуговування населення [далі — програма медичних гарантій], які повинні надаватися згідно з Договором

Медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги [далі — ПМД], передбачені Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я [МОЗ] України від 19 березня 2018 р. № 504.

Спеціальні умови надання медичних послуг за Договором

Особливості реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для ПМД на 2018 рік, застосовані тарифи та коригувальні коефіцієнти, встановлено Порядком реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407. Суб'єкт господарювання, який бажає укласти договір з НСЗУ на визначених в оголошенні умовах (далі — Заявник), має відповідати Вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслугову-

вання населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391.

Спосіб подання заяв про укладення Договору

Заявник подає до НСЗУ заяву та додатки до заяви в електронному вигляді згідно з визначеними формами. Заява та додатки подаються в електронній формі одним файлом у форматі DOC або DOCX із накладеним електронним цифровим підписом. Назва файлу має містити тільки код ЄДРПОУ [або РНОКПП — для фізичних осіб — підприємців [ФОП]] Заявника. Заява та додатки подаються електронним листом на адресу електронної пошти: dohovir@nszu.gov.ua. Тема листа має містити слово "Заява", код ЄДРПОУ [або РНОКПП — для ФОП] та скорочену назву [або прізвище та ініціали ФОП] Заявника.

Строк подання Заяв про укладення Договору

Строк подання Заяви та додатків спливає о 16:00 за Київським часом 1 червня 2018 р. Заяви про укладення Договору, подані після закінчення строку подання, не розглядаються.

Перелік додатків до Заяви

Додаток 1. Скановані копії документів, що підтверджують повноваження особи на підписання Договору від імені Заявника, а саме:

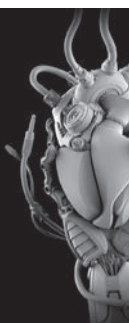
— для юридичних осіб:

- статут;
- рішення [наказ або розпорядження] власника Заявника про призначення на посаду уповноваженої особи;
- витяг з контракту [або додаткова угода до контракту] між власником Заявника та уповноваженою особою з інформацією про термін дії контракту;
- довіреність, видана суб'єктом господарювання на укладення Договору з НСЗУ [за наявності];
- рішення власника юридичної особи про надання права уповноваженій особі підписати Договір [у разі потреби — якщо в статуті є обмеження права укладати договори];

— для ФОП:

- нотаріально посвідчена до-

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – новий орган, який керуватиме фінансовою системою медицини в Україні. На першому етапі реформи через Нацслужбу держава буде фінансувати роботу сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів. Надалі вся система медицини буде оплачуватися через Нацслужбу здоров'я. Фактично створений орган керуватиме всією системою фінансування медицини в Україні.



віреність, видана ФОП на укладення Договору [за потреби].

Додаток 2. Відомості про чинну ліцензію, видану Заявнику на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Додаток 3. Відомості про наявність матеріально-технічної бази, необхідної для надання зазначених у цьому оголошенні медичних послуг [відомості про місця надання медичних послуг та залучених осіб Заявника].

Додаток 4. Листи від органів місцевого самоврядування, з місцевих бюджетів яких здійснюється фінансування Заявника, з переліком усіх закладів охорони здоров'я, які надають ПМД та фінансуються із цих місцевих бюджетів. Додаток 4 подається тільки комунальними закладами охорони здоров'я.

У випадку, якщо Заявник отримує фінансування на забезпечення надання ПМД із кількох місцевих бюджетів, зазначені листи подаються від усіх відповідних органів місцевого самоврядування.

Додаток 5. Лист від органу місцевого самоврядування, з місцевого бюджету якого здійснюється фінансування Заявника, із зазначенням кількості наявного населення на території обслуговування Заявника станом на 01.01.2017 р.

Додаток 5 подається тільки комунальними закладами охорони здоров'я.

Додаток 5 подається тільки у випадку, якщо Заявник є одним з кількох надавачів ПМД у межах однієї адміністративно-територіальної одиниці.

Сумарна кількість наявного населення на територіях обслуговування всіх заявників у межах однієї адміністративно-територіальної одиниці має дорівнювати кількості наявного населення цієї адміністративно-територіальної одиниці.

Важливо:

На виконання пункту 2 Постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407 "Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування

населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік", договори з комунальними закладами охорони здоров'я будуть укладені до 5 червня 2018 р. на строк з 1 липня по 31 грудня 2018 р.

Коментар МОЗ України

У МОЗ України нагадують, що уже з липня 2018 р. заклади охорони здоров'я, які виконали всі умови та уклали договір з НСЗУ, отримуватимуть фінансування за новим механізмом.

У МОЗ України наголошують, що одна з важливих передумов роботи медичних закладів НСЗУ — підключення до електронної системи охорони здоров'я. У системі мають бути відображені всі місця надання медичної допомоги, уповноважені особи та медичні працівники, які будуть залучені до виконання договору. Документообіг між НСЗУ і закладами охорони здоров'я відбуватиметься в електронній формі.

Усі вимоги до закладів надання ПМД ухвалені Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 391. Затверджено вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення. Зокрема, заклад має бути устаткований відповідно до таблиця оснащення, мати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики тощо.

Порядок визначає список документів, які закладу необхідно подати до НСЗУ, а також строки, впродовж яких Служба прийматиме або відхилитиме заяву закладу на підписання договору.

Терміни подання заяв закладів про укладення договорів у 2018 р. визначені у Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 28.05.2018 р. № 407. Так, заклад, який готовий

вступити в реформу з 1 липня, має підписати договір не пізніше 5 червня 2018 р. або не пізніше 15 серпня при вступі в реформу з 1 жовтня.

Заклад може укласти договір з НСЗУ тільки за умови, що всі інші заклади ПМД міста, району або об'єднаної територіальної громади [у межах одного бюджету] також підписали договір.

Капітаційні ставки і коефіцієнти

Нагадаємо, НСЗУ буде оплачувати послуги закладів з надання первинної допомоги за принципом капітації. Капітація — це механізм оплати медичних послуг, коли заклад отримує встановлену суму за кожного пацієнта, незалежно від того, чи звертається він за медичними послугами. Капітація оплачується не з кишені пацієнта, а із загальних податків, які він оплатив у державний бюджет.

Базовий тариф за пацієнта, який підписав декларацію з лікарем, становить 370 грн. До базового тарифу застосовуються вікові коефіцієнти. Для дитини віком до 5 років — коефіцієнт 4, тобто оплата педіатру становитиме 1480 грн. за дитину в рік. Для дітей віком від 6 до 17 років визначено коефіцієнт 2,2 — 814 грн. Для дорослих віком від 18 до 39 років — коефіцієнт 1 [370 грн.]. Для дорослих від 40 до 64 років — коефіцієнт 1,2 [444 грн.], а для людей віком понад 65 років — коефіцієнт 2 [740 грн.].

Подвійне фінансування

До кінця 2018 р. заклади ПМД, які почнуть фінансуватися за договором із НСЗУ, також отримуватимуть по 240 грн. за умовного пацієнта, який теоретично проживає на території обслуговування закладу, але ще не уклав декларацію про вибір лікаря. При цьому від загальної кількості таких пацієнтів щомісячно будуть вираховуватися люди, які вже підписали декларації з лікарями.

Детальніше ознайомитися з умовами та терміном подання заявки на укладення договору та завантажити типову форму заяви медичні заклади можуть на сайті НСЗУ <http://nszu.gov.ua>

Як проходить кампанія "Лікар для кожної сім'ї"

**Наталія Лугова, головний лікар
Центру первинної медико-санітарної
допомоги Решетилівського району
Полтавської області**

На підготовчому етапі (з січня 2018 року) лікарі, медичні працівники центру ПМСД провели широку роз'яснювальну роботу. Під час візитів пацієнтів лікарі інформували їх про порядок підписання декларації, можливість вільного вибору лікаря, важливість мати сімейного лікаря, якому довіряє пацієнт; радили заздалегідь визначитися з лікарем і записували контактні дані тих, хто вже зробив вибір. Коли розпочалася кампанія — телефонували і повідомляли про можливість підписати декларацію. Завдяки цьому одна з лікарів уже набрала оптимальну кількість пацієнтів, а загалом визначилися з лікарем 15% населення.

У закладі облаштовано інформаційний стенд з відомостями про лікарів, які працюють у центрі ПМСД та його сільських структурних підрозділах; щодо кожного лікаря вказано місце роботи, кваліфікаційні характеристики, стаж роботи, а також подано фото лікаря. На цьому стенді розміщено інформацію про порядок вибору лікаря та підписання декларації (маршрут пацієнта), а також наведено перелік документів, які повинна мати особа під час підписання декларації.

Складнощі виникають через те, що деякі літні пацієнти не мають власних мобільних телефонів, не пам'ятають або не знають телефонів рідних або інших осіб, котрі вказуються в декларації як контактні особи на випадок екстреної ситуації з пацієнтом.

Для медичних працівників складнощами при підписанні декларацій є проблеми в роботі електронної системи охорони здоров'я — часте

«зависання» сайту, що значно збільшує час роботи з пацієнтом.

Для оптимізації процесу підписання декларацій у закладі облаштовано окремий робочий кабінет, обладнаний комп'ютерною технікою з доступом до мережі Інтернет; визначено уповноважених осіб, які вносять дані до електронної системи та відправляють декларацію на підпис лікарем ПМД. Крім того, лікар має змогу заповнювати декларації на своєму робочому місці. Але черги з охочих підписати декларацію є. Часто вони зумовлені технічними проблемами в роботі сайту.

**Ольга Заборська, старша медична
сестра амбулаторії загальної
практики — сімейної медицини
Центру первинної медико-санітарної
допомоги № 2 м. Миколаєва**

Роз'яснення щодо підписання декларацій надають працівники реєстратури та безпосередньо лікарі. Біля реєстратури розміщено інформаційні плакати з покроковою інструкцією з укладання декларації, на лікувальному закладі є наліпка «Тут можна обрати свого лікаря».

У центрі на стенді розміщено інформацію про лікарів, з якими можна укласти декларацію, є фото, працює електронний носій інформації про лікарів.

Найчастіше відвідувачі запитують про те, наскільки швидко треба підписати декларацію з лікарем, перш ніж він набере дві тисячі пацієнтів. Черги на підписання декларацій є, але це не натовп пацієнтів за дверима кабінету лікаря.

Під час прийому лікарі ведуть запис охочих підписати декларацію, надають їм консультації з цього питання, а потім запрошують їх для підписання декларації.

**Людмила Фіщенко, головний лікар
Вінницького міського центру первинної
медико-санітарної допомоги № 1**

Вінницький міський комунальний заклад «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» включає три амбулаторії та одну філію. У холі кожної амбулаторії розміщено інформаційні стенди про підписання декларацій з лікарем: тут є вся інформація з алгоритмом дій, яка надходила з Міністерства охорони здоров'я. На цих стендах також розміщено інформацію про кожного сімейного лікаря і його фото. Аналогічна інформація є на сайті Вінницької міської



*Інформаційний стенд у Центрі первинної медико-санітарної
допомоги № 2 м. Миколаєва*

ради. У центрі працюють 19 сімейних лікарів, і всі вони активно підписують декларації з пацієнтами.

Жодних питань про те, навіщо потрібно підписувати декларацію з лікарем, у людей не виникає, тому що ми вже понад півроку ведемо інформаційно-роз'яснювальну роботу з підписання декларацій. Сьогодні запитують, навіщо подавати ксерокопії паспорта і довідки про індивідуальний податковий номер. Майже всі, хто підписує декларації, просять пояснити, хто відповідатиме за збереження персональних даних, чи є гарантія того, що ці дані не буде використано не за призначенням. Пояснюємо, що ми керуємось наказом МОЗ № 503, де підпунктом 8 пункту 3 визначено необхідність подання ксерокопій відповідних документів.

Крім того, пацієнти запитують, з яким лікарем їм краще підписувати декларацію. У перші дні підписання декларацій ми дуже хвилювались, щоб не було великого напливу пацієнтів. Тому я час від часу виходила у фойє і пояснювала пацієнтам, що і як потрібно робити.

На прийом до лікаря для підписання декларації можна записатись заздалегідь. Ми подовжили на дві години



Лікар вносить дані пацієнта в електронну систему охорони здоров'я в Центрі первинної медико-санітарної допомоги Романівської районної ради

робочий час сімейним лікарям, щоб вони могли впродовж цих двох годин підписувати декларації. Втім, пацієнт може також підписати декларацію під час візиту до лікаря зі скаргою на стан здоров'я.

Складнощі в підписанні декларацій нема: лікарі впродовж 5-7 хвилин вносять дані, але доводиться чекати, коли надійде код. Є випадки, коли чекають смс-повідомлення з кодом аж до 20 хвилин. Тобто час від часу виникають проблеми саме з електронною системою охорони здоров'я. Усі сімейні лікарі центру працюють із МІС ще з 2013 року: задовго до підписання декларацій центр працював з електронними картками пацієнтів. Усі лікарі та медичні сестри працюють за комп'ютером і пройшли навчання, яке проводив інженер ІТ-технологій.

Олександр Галяса, головний лікар Центру первинної медико-санітарної допомоги Романівської районної ради Житомирської області

Успішному старту кампанії передувала велика підготовча робота. Насамперед наприкінці минулого року ми провели цикл навчань для медсестер та сімейних лікарів щодо заповнення декларації, правил внесення даних та підпису в декларації. Кожен лікар має свій електронний підпис. Сімейні лікарі забезпечені комп'ютерами, які підключено до Інтернету.

У центрі ПМСД визначено особу, відповідальну за проведення кампанії «Обери свого лікаря». У кожному закладі оформлено стенди з фото і короткою інформацією про кожного сімейного лікаря (ця ж інформація про лікарів з їхніми фото друкувалась в районній газеті), заклади мають відповідні наліпки, які вказують, що тут можна обрати свого лікаря.

Суто технічні проблеми виникали лише в перші дні через збої в системі. Зараз жодних проблем немає.

Ми працюємо на випередження: відповіді на всі запитання люди отримують, починаючи з реєстратури, або в мого заступника. Інколи звертаються до мене з таким провокативним запитанням: «А кого б ви порадили?» Важливу роль також зіграла робота, проведена нами з мережею. Так, наприклад, 4 квітня ми провели велику нараду з головами сільських, селищних рад щодо впровадження кампанії з обрання свого лікаря. Впродовж двох годин я роз'яснював їм, що від того, скільки ми зможемо охопити населення району, залежить, стільки отримаємо за них від держави грошей.

Я підтримав пропозицію сільських голів про те, що у віддалені населені пункти (за наявності інтернет-покриття) для підписання декларацій за потреби виїжджатимуть сімейні лікарі з ноутбуками.

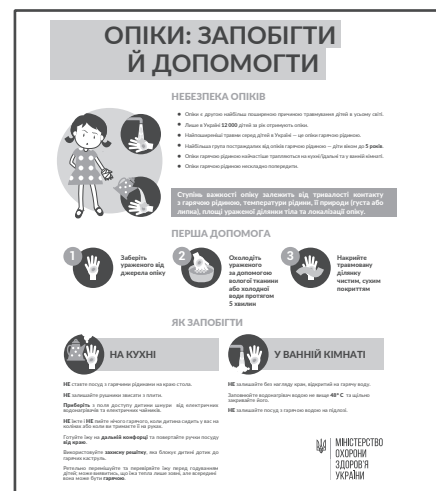
Для пацієнта

До кожного випуску Дайджесту ми додаємо спеціальну вкладку з корисною інформацією для пацієнта.

Рекомендуємо роздруковувати їх та розмішувати на інформаційних дошках у ваших закладах.

У цьому випуску — інформаційна листівка «Опіки: запобігти й допомогти».

Завантажити: <https://goo.gl/5Ek6Kw>



МОЗ скасував морально застарілі форми первинної облікової документації

Шановні медики, ми раді повідомити вам, що Міністерство охорони здоров'я скасувало першу порцію паперових облікових форм, які давно втратили свою актуальність і залишались як рудимент старої (ще радянської) системи паперового документообігу в охороні здоров'я.

Наказом Міністерства № 157 скасовано останні талони та звітність щодо диспансерного нагляду. Чинність втратили такі форми: № 025-2/о «Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів», № 030/о «Контрольна карта диспансерного нагляду», № 025-3/о «Медична карта студента», № 025-4/о «Талон на прийом до лікаря», № 025-6/о «Талон амбулаторного пацієнта», № 026/о «Медична карта дитини (для дошкільного та загальноосвітнього

навчальних закладів)», № 031/о «Книга запису викликів лікарів додому».

Ці облікові форми використовувалися насамперед при наданні первинної медичної допомоги. Як свідчить практика, для обліку лише одного візиту пацієнта до медичного закладу необхідно було зробити майже однакові записи в 5-10 різних паперових документах, поставити значну кількість різних підписів та печаток.

Для подальшої обробки дані з паперових талонів виписувались або переносились у комп'ютер, а медичний персонал повинен був вручну перераховувати значну кількість талонів за різними показниками. Кількість візитів пацієнтів до амбулаторних закладів в Україні сягає сотні мільйонів щорічно. Великі обсяги



Олександр Лінчевський, заступник Міністра охорони здоров'я України

цінного часу лікарі витрачали не на пацієнтів, а на заповнення папірців, яких не переглядав ніхто, крім перевірок.

Ми це змінюємо. З розвитком електронної системи охорони здоров'я Міністерство буде і далі спрощувати і змінювати звітність для лікарів, щоб кожен лікар мав можливість приділяти більше часу пацієнтам і їхнім проблемам.

Наказ МОЗ набув чинності для медичних закладів усіх форм власності і **не потребує жодних підтверджень або роз'яснень з боку місцевих департаментів охорони здоров'я. Ви можете не заповнювати скасовані паперові форми.**

Запитання-відповіді

ЯКИЙ ТЕРМІН ДІЇ ДЕКЛАРАЦІЇ?

Декларація не має терміну дії, тобто укладається безстроково.

ЧИ МОЖЕ ОДИН НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ФІГУРУВАТИ В ДЕКЛАРАЦІЯХ КІЛЬКОХ ПАЦІЄНТІВ?

Такий варіант можливий у випадку, коли опікун чи законний представник надає дані за пацієнта.

ПІСЛЯ ПІДПИСАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ З ПАЦІЄНТОМ ЛІКАР ЗМІНИВ ПРИЗВИЩЕ: ЯК ДІЯТИ?

У такому випадку вносяться зміни в системі. ІПН лікаря не змінюється, тому проблем із перепідписанням декларацій не виникає.

ЯКЩО ПАЦІЄНТ ЗМІНИВ ПРИЗВИЩЕ, НАПРИКЛАД, У ЗВ'ЯЗКУ З ОДРУЖЕННЯМ,

ЧИ ТРЕБА ПЕРЕПІДПИСУВАТИ ДЕКЛАРАЦІЮ?

Перепідписувати декларацію в такому випадку не потрібно, а слід лише оновити дані в системі. Необхідно обов'язково зберегти в медичному закладі копії нового паспорта на випадок перевірки НСЗУ.

ЧИ МОЖЕ ЛІКАР ПІДПИСУВАТИ ДЕКЛАРАЦІЮ САМ ІЗ СОБОЮ?

Міністерство рекомендує лікарям підписувати декларації з іншими фахівцями, щоби вони як громадяни отримували медичну допомогу в повному обсязі. Лікар не зможе повноцінно обстежити сам себе, наприклад, оглянути вухо (видалити стороннє тіло) або очне дно, надати повноцінну невідкладну допомогу або вести власну вагітність, знаходячись у декретній відпустці.

ЧИ ПОТРІБНІ ДОКУМЕНТИ ОБОХ БАТЬКІВ ПІД ЧАС ПІДПИСАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ ДЛЯ ДИТИНИ? ЩО РОБИТИ У ВИПАДКАХ, КОЛИ БАТЬКИ РОЗЛУЧЕНІ, КОЛИ ДИТИНА НАРОДИЛАСЯ В ЦИВІЛЬНОМУ ШЛЮБІ, КОЛИ НЕМАЄ ОДНОГО З БАТЬКІВ?

Потрібен документ тільки одного з батьків.

Під час підписання декларації для дитини, яка проживає з обома батьками, що перебувають в офіційному шлюбі, достатня присутність тільки одного з батьків. Мама чи тато повинні мати з собою свідоцтво про народження дитини, особисті документи (паспорт, ІПН) і телефон.

Якщо дитина проживає з одним з батьків (батьки розлучені або один з батьків відсутній), ці умови не змінюються.

ЯКІ ДОДАТКОВІ ДОКУМЕНТИ ПОТРІБНІ ДЛЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ?

Підписати декларацію з сімейним лікарем, терапевтом або педіатром може кожна людина, яка постійно проживає в Україні, незалежно від місця реєстрації. Для внутрішньо переміщених осіб немає жодної перешкоди, щоби підписати декларацію з вибраним лікарем. Якщо пацієнт має паспорт громадянина України, жодних додаткових довідок, крім довідки про індивідуальний податковий номер, не потрібно.

Якщо у пацієнта немає можливості подати паспорт громадянина України, щоби підписати декларацію про вибір лікаря, але він має право на проживання на території України, тоді він може подати один з таких документів: тимчасове посвідчення громадянина України; посвідку на постійне проживання в Україні; посвідчення біженця; посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

ЩО РОБИТИ, ЯКЩО ПАЦІЄНТ ПОГОДЖУЄТЬСЯ НА ПІДПИСАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ, АЛЕ НЕ ХОЧЕ ЗАЛИШАТИ КОПІЇ СВОЇХ ДОКУМЕНТІВ?

Йому треба пояснити, що медичні заклади вже зберігають персональні (більше того — медичні) дані пацієнтів у паперовому вигляді та відповідальні за їх збереження. На уповноважену особу надавача ПМД покладаються обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю.

ЧИ МОЖЛИВЕ ПІДПИСАННЯ ДЕКЛАРАЦІЙ, ЯКЩО ЗАКЛАД ЩЕ НЕ ПРОЙШОВ ПРОЦЕДУРИ ПЕРЕТВОРЕННЯ НА КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО?

Процедура перетворення юридичної особи не передбачає зміни коду ЄДРПОУ. Тому заклад може починати підписувати декларації. Після зміни форми власності необхідно внести зміни лише в назві закладу.

ЧИ ПОВИННА УПОВНОВАЖЕНА ОСОБА МАТИ СВОЙ ЕЦП, ЧИ ВОНА ВИКОРИСТОВУЄ ЕЦП ЛІКАРЯ ДЛЯ ПІДПИСАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ?

Уповноважена особа повинна мати свій ЕЦП. При використанні ЕЦП іншої людини особа несе кримінальну відповідальність.



Методичні рекомендації



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

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

Схвалено

Робочою групою
з питань реформи фінансування
сфери охорони здоров'я України

від 14 лютого 2018 року



Робоча група з розробки методичних рекомендацій

Гавриш Тетяна Степанівна, к.ю.н., заслужений юрист України, експерт у галузі бізнес-стратегій, планування, міжнародного права, координатор громадської платформи «Харківська експертна група підтримки медичної реформи», керуючий партнер ЮФ ILF.

Зінчук Антон Владиславович, експерт у галузі корпоративного та господарського права, інвестицій, фінансування проектів та договірних права, асоційований партнер ЮФ ILF.

Калініна Олена Олегівна, експерт у галузі податкового права, радник ЮФ ILF.

Пелипенко Олена Сергіївна, к.ю.н., експерт у галузі корпоративного та господарського права, цінних паперів та фондового ринку, радник ЮФ ILF.

Рудий Володимир Мирославович, кандидат наук з державного управління, експерт з політики, законодавства, фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, консультант з координації впровадження нового фінансового механізму Спільного Проекту МОЗ України та Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей».

Селіванова Ірина Анатоліївна, к.ю.н., доцент кафедри господарського права НЮАУ ім. Ярослава Мудрого, експерт у галузі правового забезпечення організації господарської діяльності, державно-приватного партнерства, радник ЮФ ILF.

Сільченко Сергій Олександрович, к.ю.н., експерт у галузі трудового, податкового, медичного та бюджетного права, державних закупівель, експерт групи «Реформа системи охорони здоров'я» Реанімаційного пакету реформ, партнер ЮФ ILF.

Хитрова Олена Миколаївна, експерт у галузі медичного права, адвокат.

Вступ

Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013 та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» одним з основних стратегічних завдань цієї реформи є перехід до оплати діяльності постачальників медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності. Для вирішення цього завдання необхідно змінити характер відносин між постачальником медичних послуг та їх замовником – відповідним розпорядником бюджетних коштів.

На зміну командно-адміністративній моделі взаємовідносин між цими суб'єктами має прийти контрактна модель, у якій взаємовідносини регулюються договорами. За зазначеними договорами розпорядник бюджетних коштів діятиме в інтересах пацієнтів як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я (надалі – ЗОЗ) або лікар фізична особа – підприємець, який одержав ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, виступатимуть як постачальники послуг.

Запровадження такої моделі взаємовідносин потребує надання державним та комунальним ЗОЗ управлінської та фінансової автономії. З урахуванням кращих світових практик цю автономію передбачається забезпечити шляхом реорганізації, зокрема перетворення таких ЗОЗ у повноцінні суб'єкти господарської діяльності – державні та комунальні некомерційні підприємства.

Метою розробки цих методичних рекомендацій є надання методичної допомоги органам місцевого самоврядування, керівникам місцевих органів управління охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я, а також депутатам місцевих рад, відповідальним за підготовку та прийняття рішень щодо зміни господарсько-правового статусу комунальних закладів охорони здоров'я шляхом їх реорганізації (перетворення) з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства в межах чинного законодавства України.

Терміни та скорочення, що використовуються:

ЦК України	Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV
ГК України	Господарський кодекс України від 16.01.2003 № 436-IV
БК України	Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI
ПК України	Податковий кодекс України від 02.12.2010 № 2755-VI
КЗпП України	Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII
Закон про місцеве самоврядування	Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР
Основи	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII
Закон про публічні закупівлі	Закон України «Про публічні закупівлі» від 25.12.2015 № 922-VIII
Закон про реєстрацію	Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань» від 15.05.2003 № 755-IV
Закон про оплату праці	Закон України «Про оплату праці» від 24.03.1995 № 188/95-ВР
Державний реєстратор	орган, що здійснює державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців та громадських формувань
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЄДР	Єдиний державний реєстр юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань
Закон про державні гарантії	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.100.2017 № 2168-VIII
Закон про автономізацію	Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII
Закон про ліцензування	Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 № 222-VIII

Застереження

Рекомендації експертів, наведені у даному документі, відображають правову позицію авторів з питань реорганізації комунальних закладів охорони здоров'я шляхом їх перетворення з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства (надалі – перетворення ЗОЗ у підприємство). Така позиція не може вважатися необґрунтованою, якщо вона відрізняється від позиції окремих органів державної влади та місцевого самоврядування або інших консультантів через неоднозначність положень законодавства України або відсутність практики застосування окремих його норм.

Автори звертають увагу на те, що рекомендації, викладені у даному документі, базуються на положеннях чинного законодавства України та стані практики його застосування на момент розробки і затвердження цих Методичних рекомендацій, і не несуть відповідальності за наслідки дій та/або заходів органів державної влади, місцевого самоврядування та їх посадових осіб, якщо вони були здійснені/вжиті після зміни законодавства або практики його застосування, якими керувалися автори при підготовці цього документу.

Ці Методичні рекомендації стосуються механізмів та процесу зміни господарсько-правового статусу закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної власності, складають більшість наявної в Україні мережі публічних постачальників медичної допомоги та споживають переважну більшість ресурсів національної системи охорони здоров'я. Враховуючи пріоритетність реформи первинної медичної допомоги та її вирішальну роль у забезпеченні успішного реформування системи охорони здоров'я України в цілому, ці механізми та процеси розглядаються на прикладі зміни організаційно-правової форми статусу ЗОЗ, відповідальних за надання населенню первинної медичної допомоги. Однак описані у Методичних рекомендаціях загальні підходи можуть бути використані у процесі підготовки та прийняття рішень щодо зміни господарсько-правового статусу комунальних ЗОЗ, що відповідають за забезпечення населення іншими видами медичної допомоги, зокрема комунальних лікарень закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Під час розробки цих методичних рекомендацій були враховані норми Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», що був прийнятий 06 квітня 2017 року, а також Закону про державні гарантії.

Процес перетворення ЗОЗ державної форми власності має свої особливості та відмінності, які не відображені у цьому документі.

Методичні рекомендації не містять у собі будь-яких правових висновків чи рекомендацій щодо інших форм реорганізації ЗОЗ, окрім перетворення.

Резюме

Чинне законодавство України надає можливість власникам публічних закладів охорони здоров'я (відповідним територіальним громадам, від імені яких право комунальної власності здійснюють відповідні місцеві ради) перетворювати належні їм на підставі зазначеного права ЗОЗ, що нині мають статус бюджетних установ, у комунальні унітарні некомерційні підприємства. Рішення про запровадження таких організаційно-правових змін щодо комунальних ЗОЗ не потребує погодження Кабінету Міністрів України. Міністерства охорони здоров'я України чи інших органів державної влади України.

Перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства сприяє збільшенню господарської та фінансової автономії (самостійності) та управління якості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення і водночас підвищення економічної ефективності використання активів.

Перетворення ЗОЗ на комунальні некомерційні підприємства запобігає можливому надмірному податковому навантаженню на комунальні ЗОЗ та виключає можливість їх банкрутства і скорочення існуючої мережі комунальних ЗОЗ.

Перетворені комунальні ЗОЗ не можуть бути приватизовані, оскільки норми Основ встановлюють пряму заборону на такі дії.

Процес перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство може тривати від 3-х місяців.

Трудові відносини з працівниками реорганізованого ЗОЗ продовжуються, а звільнення можливе лише у випадку скорочення чисельності (штату) перетвореного комунального некомерційного підприємства. Після реорганізації окремі працівники можуть бути переведені на інші посади, переміщені в інші структурні підрозділи у разі необхідності.

Процес перетворення ЗОЗ у комунальне некомерційне підприємство не призводить до виникнення негативних податкових наслідків у вигляді виникнення нових, пов'язаних з перетворенням податкових зобов'язань. Створене (внаслідок перетворення) комунальне некомерційне підприємство не буде платником податку на прибуток й податку на нерухомість. Особливості сплати інших податків наведені у розділі «ПОДАТКИ».

Джерелами фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство ЗОЗ можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб (дивись розділ ФІНАНСУВАННЯ). Також джерелом фінансування реорганізованого ЗОЗ можуть бути кошти, отримані за договорами з органами місцевого самоврядування та іншими ЗОЗ.

Перевагами перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство, зокрема, є наступні:

- керівник ЗОЗ, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики ЗОЗ, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- ЗОЗ (підприємство) має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;

- фінансування 303 зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним коштом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому 303 бути більш гнучким та самостійним у прийнятті рішень порівняно із суб'єктами, що мають статус бюджетної установи;
- право 303 (підприємства) утворювати об'єднання підприємств з іншими 303, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів 303 – членів об'єднання;
- 303 (підприємство) може наймати за цивільно-правовими договорами лікарів фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

1. Створення комунального некомерційного підприємства внаслідок перетворення

1.1. Спрощення процедури перетворення у зв'язку із введенням у дію Закону про автономізацію

Враховуючи ключове значення автономізації¹ 303 для подальшої реалізації реформи фінансування системи охорони здоров'я, з метою стимулювання прийняття відповідними місцевими радами рішень про перетворення існуючих 303 у комунальні некомерційні підприємства, законодавець передбачив можливість тимчасового застосування низки умов, спрямованих на спрощення деяких процедур, пов'язаних із реорганізацією.

Зокрема, пункт 3 розділу «Прикінцеві положення» Закону про автономізацію встановлено, що тимчасово, на період до 31 грудня 2018 року кредитори державних та комунальних 303, що реорганізуються у казенні та комунальні некомерційні підприємства, не вправі вимагати від них виконання незабезпечених зобов'язань, припинення або дострокового виконання зобов'язання або забезпечення виконання зобов'язання. Згода кредитора на заміну боржника у зобов'язанні у такому разі не вимагається². Проте, незважаючи на ці положення під час прийняття рішення про реорганізацію, необхідно все одно встановлювати строк для звернення кредиторів, який не може бути меншим за 2 місяці.

Так само, згідно з Прикінцевими положеннями Закону про автономізацію на період до 31 грудня 2018 року для закладів охорони здоров'я, що реорганізуються у казенні та комунальні некомерційні підприємства, не застосовуватиметься обов'язкова оцінка майна, передбачена Законом України «Про оцінку майна, майнових прав та професійну оціночну діяльність в Україні». Передача нерухомого майна від державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ до казенних підприємств та комунальних некомерційних підприємств, що утворюються у результаті реорганізації таких закладів у казенні та комунальні некомерційні підприємства, здійснюється на підставі даних бухгалтерського обліку відповідних бюджетних установ щодо такого майна та результатів обов'язкової його інвентаризації³.

1. Перетворення бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство.
2. Див. підпункт 1 пункту 3 Прикінцевих положень Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017).
3. Див. підпункти 2 та 5 Прикінцевих положень Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017).

Ще однією передбаченою вказаним вище Законом умовою, яка має стимулювати активізацію прийняття відповідними органами рішень щодо зміни організаційно-правової форми державних та комунальних 303, є обмеження можливості правонаступництва державних і комунальних 303, що реорганізуються з бюджетних установ у казенні та комунальні некомерційні підприємства до 31 грудня 2018 року⁴.

Також на строк до кінця 2018 року Закон передбачає, що кошти, не використані 303 зі статусом казенного чи комунального некомерційного підприємства протягом бюджетного періоду, не вилучаються та можуть бути використані у подальшому виключно з метою фінансування діяльності таких державних чи комунальних 303, у тому числі для оновлення матеріально-технічної бази, з урахуванням вимог законодавства та установчих документів. При цьому невикористання такими 303 бюджетних коштів та/або коштів, отриманих за договорами про медичне обслуговування населення, не може бути підставою для зменшення обсягу бюджетних коштів, що будуть перераховані такому закладу охорони здоров'я у наступному бюджетному періоді, за умови належного виконання договорів про медичне обслуговування населення⁵.

Тобто, чинні положення законодавства дозволяють зменшити фінансові витрати на перетворення 303 на комунальне некомерційне підприємство та мінімізують ризик блокування процедури перетворення з боку існуючих кредиторів.

4. Див. підпункт 4 пункту 3 Прикінцевих положень Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017).

5. Підпункт 6 пункту 3 Прикінцевих положень Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017).

1.2. Порядок ініціювання включення до порядку денного сесії відповідної ради питання щодо перетворення закладу охорони здоров'я у КНП

Рішення про перетворення ЗОЗ, що діють у формі комунальної бюджетної установи, у комунальні некомерційні підприємства приймають ради територіальних громад сіл, селищ, міст, районів, областей, які є власниками майна відповідного ЗОЗ. Це зумовлено тим, що відповідно до п. 30 ст. 26 та ст. 43 Закону про місцеве самоврядування прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та репрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади є виключною компетенцією сільських, селищних, міських, районних, обласних рад.

Рішення про зміну організаційно-правової форми шляхом перетворення закладу з бюджетної установи в комунальне некомерційне підприємство приймає відповідна рада в порядку, визначеному регламентом⁶. Тому доречним буде перед початком ініціювання питання про перетворення ЗОЗ ознайомитись з регламентом ради, яка є власником по відношенню до закладу. Зазвичай регламент ради розміщується на її офіційному сайту в мережі Інтернет.

Суб'єкти подання проектів рішень визначені в регламенті відповідної ради. Зазвичай подати проект рішення можуть: голова, депутати ради, заступники голови ради, постійні комісії ради, виконавчий орган ради (наприклад, міська державна адміністрація), загальні збори громадян, члени територіальної громади (далі – суб'єкт подання).

Тобто, чинним регламентом ради буде передбачено перелік осіб, які можуть винести на сесію питання про перетворення ЗОЗ в комунальне некомерційне підприємство.

Для ініціювання розгляду питання про перетворення ЗОЗ загальними зборами необхідно враховувати, що такі збори проводяться за місцем проживання членів територіальної громади. Рішення загальних зборів громадян оформляються письмово відповідно до Статуту територіальної громади.

Проект рішення ради підписується відповідними особами, визначеними регламентом.

Проекти рішень зазвичай подаються до управління організаційного та документального забезпечення діяльності у паперовому та в електронному вигляді. Регламентом ради може бути передбачено особливості до формату поданих документів (формат, шрифт, кегль та інше). Деякими регламентами передбачено, що разом із проектом рішення необхідно подати пояснювальну записку, а також додатки (у разі наявності).

⁶ Регламент – це документ, який встановлює порядок діяльності ради та її органів, підготовки і розгляду питань на пленарних засіданнях, прийняття рішень, порядок формування і організації роботи постійних та тимчасових контрольних комісій та багатьох інших.

Зазвичай у пояснювальній записці зазначають :

- 1) опис предмету рішення, обґрунтування та способів реалізації рішення, а також актуальності цих проблем для територіальної громади;
- 2) правове обґрунтування необхідності прийняття рішення;
- 3) опис цілей і завдань, а також очікуваних результатів для територіальної громади;
- 4) прізвище або назву суб'єкта подання, прізвище, посаду, контактні дані доповідача проекту рішення на пленарному засіданні.

Після подачі проекту рішення, якщо дотримано вимоги, воно підписується відповідними посадовими особами та подається на розгляд постійним комісіям ради та профільній комісії (з питань охорони здоров'я) ради.

Відповідний орган документального забезпечення ради, після погодження проекту рішення в установленому регламентом порядку, у передбачені строки готує проект порядку денного пленарного засідання ради.

Завершальним етапом у процесі ініціювання питання щодо реорганізації є затвердження порядку денного депутатами на пленарному засіданні ради та перехід до розгляду питання по суті.

1.3. Алгоритм перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство

Крок	Суб'єкт, хто вчиняє дію	Дія	Коментар
1.	Власник (орган, до відання якого належить ЗОЗ)	Прийняття рішення про перетворення	Рішення має містити положення про: Припинення комунальної установи шляхом перетворення у комунальне некомерційне підприємство; Встановлений строк для заявлення вимог кредиторами (від 2-х до 6-ти місяців); Персональний склад комісії з перетворення.
2.	Голова комісії з перетворення	Подача державному реєстратору заяви про початок процедури перетворення (здійснюється протягом трьох днів)	Важливо: До комісії з перетворення переходять повноваження з управління підприємством
3.	Комісія з перетворення	Проведення інвентаризації майна закладу, розгляд вимог кредиторів	В силу перехідних положень закону №2002 діє обмеження на вимоги кредиторів
4.	Комісія з перетворення/ суб'єкт оціночної діяльності	Оцінка майна	Важливо: У період до 31.12.2018 не застосовуються положення про обов'язкову оцінку майна (перехідні положення Закону №2002)
5.	Комісія з перетворення	Підготовка передавального акту	Акт визначає майно, права та зобов'язання, які передаються до підприємства правонаступника

Крок	Суб'єкт, хто вчиняє дію	Дія	Коментар
6.	Власник (уповноважений орган) / виконавчий орган	Прийняття рішення про затвердження: передавального акту; статуту нового підприємства	Рішення може прийматись виконавчим органом відповідної ради, якщо його було на це уповноважено у п. 1. Важливо: Це рішення є за своєю суттю рішенням про створення нового суб'єкта.
7.	Голова комісії з перетворення	Подання державному реєстратору заяви про реєстрацію новоствореної юридичної особи у зв'язку з перетворенням	Разом із подачею відповідних документів щодо перетворення є можливість подати заяву про внесення підприємства до реєстру неприбуткових установ, організацій. З моменту проведення реєстраційної дії, правонаступник є створеним.
8.	Власник (або уповноважений орган)	Внесення статутного капіталу, визначеного рішенням та статутом	
	Фінансове управління Власника	Внесення змін до фінансової документації	За необхідності внесення змін до бюджету власником.
	Відділ кадрів ЗОЗ	Внесення змін до трудових книжок працівників ЗОЗ	Вноситься запис про зміну найменування ЗОЗ у зв'язку із проведенням реорганізації.
	Керівник ЗОЗ	Відкриття рахунків в банках, приведення у відповідність рахунків в державному казначействі	
	Керівник ЗОЗ	Підготовка і подача документів для отримання ліцензії на здійснення медичної практики та роботу з наркотичними речовинами та прекурсорами	Згідно з ч. 4 ст. 15 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» старі ліцензії зберігають свою дію протягом трьох місяців з дня реєстрації правонаступника. За цей час необхідно отримати нові ліцензії.

1.4.Юридичні аспекти та особливості перетворення

Згідно із законодавством України перетворення ЗОЗ, як і перетворення будь-якої іншої юридичної особи, є одним із різновидів реорганізації юридичної особи і полягає у зміні її організаційно-правової форми. Оскільки для сектору охорони здоров'я саме цей вид реорганізації суб'єктів надання медичної допомоги буде найбільш поширеним, інші різновиди реорганізації в даному документі не розглядаються.

У разі застосування такого виду реорганізації як перетворення, має місце правонаступництво – до нової юридичної особи – правонаступника (комунального некомерційного підприємства) переходить усе майно, права та обов'язки юридичної особи-попередника, у даному випадку – майно ЗОЗ–комунальної бюджетної установи (ст. 104-108 ЦК України).

Як вже зазначалося, рішення про перетворення ЗОЗ, що діють у формі комунальної бюджетної установи, у комунальні некомерційні підприємства приймають ради територіальних громад сіл, селищ, міст, районів, областей, які є власниками майна відповідного ЗОЗ.

У рішення ради про перетворення ЗОЗ визначається вид комунального некомерційного підприємства, в яке перетворюється ЗОЗ–бюджетна установа – некомерційне.

Відповідно до статті 78 ГК України та статті 16 Основ майно за комунальним некомерційним підприємством закріплюється на праві оперативного управління.

Рада приймає рішення, зокрема про:

- перетворення ЗОЗ–бюджетної установи в ЗОЗ–підприємство;
- призначення комісії з перетворення ЗОЗ-установи, голови комісії. Виконання функцій комісії з реорганізації може бути покладено на орган управління (керівника) відповідного ЗОЗ–бюджетної установи, що підлягає реорганізації;
- про встановлення порядку і строку заявлення кредиторами своїх вимог до ЗОЗ-установи, що припиняється.

Окрім того, рішенням може бути передбачено делегування повноважень виконавчому органу відповідного власника по затвердженню статуту, передавального акту.

Вказане рішення доцільно приймати в період, коли не передбачається здійснення платежів, розрахунків чи подачі звітності (наприклад 01 чи 15 числа, після виплати заробітної плати (авансу).

Протягом трьох робочих днів з дати прийняття рішення про припинення (перетворення) ЗОЗ-установи державний реєстратор має бути письмово повідомлений про прийняття такого рішення.

Строк заявлення кредиторами своїх вимог до ЗОЗ–бюджетної установи, що припиняється, не може становити менше двох і більше шести місяців з дня оприлюднення повідомлення про рішення щодо припинення ЗОЗ-установи.

Протягом 2018 року кредитори не можуть вимагати виконання незабезпечених зобов'язань ЗОЗ–бюджетної установи, вимагати припинення або дострокового виконання зобов'язань або вимагати забезпечити виконання зобов'язання. Тому, у випадку отримання вимог від кредиторів, комісія має право відмовити у їх виконанні з посиланням на Прикінцеві положення Закону про автономізацію.

З 1 січня 2019 року кредитори знову отримують право вимагати від ЗОЗ–бюджетної установи, що перетворюється у ЗОЗ–комунальне некомерційне підприємство, виконання зобов'язань, напоягати на їх припиненні або достроковому виконанні, крім випадків, передбачених законом. Тому з 1 січня 2019 року кожна окрема вимога кредитора, зокрема щодо сплати зборів, єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, страхових коштів до Пенсійного фонду України, фондів соціального страхування, розглядається комісією з перетворення, після чого приймається відповідне рішення, яке надсилається кредитору не пізніше тридцяти днів з дня отримання ЗОЗ–бюджетною установою, що припиняється, відповідної вимоги кредитора.

Після закінчення строку для пред'явлення вимог кредиторами та проведення інвентаризації майна комісія з перетворення ЗОЗ–бюджетної установи складає передавальний акт, який затверджується органом, який прийняв рішення про припинення ЗОЗ–бюджетної установи.

Із впливом строку на заявлення вимог кредиторами та закінчення процедури припинення (реорганізації) ЗОЗ як бюджетної установи рада приймає рішення про:

- про затвердження передавального акту;
- про припинення ЗОЗ–бюджетної установи та створення ЗОЗ–комунального підприємства;
- про розмір статутного капіталу ЗОЗ – комунального підприємства, його склад та порядок формування (обов'язково зазначається в статуті, та може не визначатись окремо в рішенні власника);
- про закріплення майна на праві оперативного управління;
- про затвердження статуту комунального підприємства. Може бути використаний статут комунального підприємства, що наведений у цих Методичних рекомендаціях;

За наслідком прийняття відповідних рішень радою, керівник ЗОЗ подає державному реєстратору:

- заяву про державну реєстрацію створення юридичної особи. (Форма 1, примірник можна знайти за посиланням: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1500-16>);
- заява про обрання юридичною особою спрощеної системи оподаткування та/або реєстраційна заява про добровільну реєстрацію як платника податку на додану вартість, та/або заява про включення до Реєстру неприбуткових установ та організацій за формами, затвердженими відповідно до законодавства, - за бажанням заявника. В іншому випадку подається до органів ДФС;
- примірник оригіналу (нотаріально засвідчену копію) рішення засновників.
- установчий документ юридичної особи (статут);
- примірник оригіналу (нотаріально засвідчена копія) передавального акту;
- заява про державну реєстрацію припинення юридичної особи в результаті її реорганізації (Форма 8, примірник можна знайти за посиланням: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1500-16>);

Після державної реєстрації ЗОЗ у формі підприємства на це підприємство мають бути переоформлені права щодо майна яке підлягає державній реєстрації, зокрема нерухомості, у тому числі на користування земельною ділянкою.

1.4.1. Яка має бути повна та скорочена назва КНП

Питання визначення назви юридичної особи безпосередньо врегульоване ГК України, ЦК України та наказом Міністерства юстиції України 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», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 05.03.2012 року за № 367/20680 (далі – наказ).

Частина 3 статті 16 Закону про реєстрацію визначає, що назва може містити інформацію про мету діяльності, вид, спосіб утворення, залежність юридичної особи та інші відомості відповідно.

Частиною 3 статті 16 Основ закріплено, що комунальні заклади охорони здоров'я можуть утворюватись та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства.

Тому рекомендуємо назву закладу охорони здоров'я прописувати наступним чином: «Комунальне некомерційне підприємство».

Пункт 5 статті 78 ГК України визначає, що найменування комунального унітарного підприємства повинно містити слова «комунальне підприємство» та вказівку на орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство.

Отже, у назві комунального некомерційного підприємства необхідно також вказати орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство.

Найменування юридичної особи вказується в її установчих документах (статут) і вноситься до єдиного державного реєстру.

Додатково рекомендуємо, щоб скорочена назва комунального некомерційного підприємства містила не більше 38 символів. В іншому випадку можуть виникнути проблеми під час внесення інформації про скорочене найменування до електронних реєстрів.

Наказ Міністерства юстиції України дозволяє додатково викладати найменування юридичної особи англійською мовою (за наявності).

Оскільки перетворене комунальне некомерційне підприємство має отримати статус закладу охорони здоров'я, то його назва має відповідати Переліку закладів охорони здоров'я, що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я № 385 від 28.10.2002.

1.4.2. Статутний капітал КНП та порядок його формування

Статутний капітал – це сума коштів і вартість матеріальних ресурсів, що безоплатно виділені у постійне користування підприємства на праві оперативного управління. Безпосереднім власником такого майна є відповідна територіальна громада.

Положення ГК України не визначають вимог щодо розміру та порядку формування статутного капіталу комунального некомерційного підприємства. Тому рішення про його розмір, склад (грошові кошти та/або інше майно) та порядок формування приймається безпосередньо

власником. Законодавство не встановлює жодних обмежень щодо мінімального або максимального розміру статутного капіталу комунального некомерційного підприємства. Він (розмір статутного капіталу) визначається власником. Наприклад, розмір статутного капіталу може дорівнювати залишковій балансовій вартості майна, що передається за передавальним актом ЗОЗ–комунальному некомерційному підприємству як внесок до статутного капіталу.

1.4.3. Особливості положень Статуту КНП (щодо формування штатного розкладу, оплати праці, предмету діяльності)

Відповідно до частини 3 статті 64 ГК України підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис.

Реорганізований заклад охорони здоров'я зможе отримати право самостійно затверджувати штатний розпис і визначати чисельність найманих працівників, вживати заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу.

Комунальні некомерційні підприємства входять до сфери управління органів місцевого самоврядування, тому для забезпечення реалізації права на формування та затвердження безпосередньо керівником комунального некомерційного підприємства структури та штатного розкладу необхідно відобразити дане положення в статуті закладу.

Можливо передбачити положення на кшталт: **«Підприємство має право визначати свою організаційну структуру, встановлювати чисельність працівників, затверджувати штатний розпис у встановленому порядку».**

Лише закріплення в установчих документах права формування штатного розпису на практиці може обмежити самостійність керівника комунального некомерційного підприємства на реалізацію цього права, у зв'язку з необхідністю затвердження або погодження штатного розпису органом управління.

Щодо встановлення оплати праці в комунальному некомерційному підприємстві слід враховувати положення статті 97 КЗпП, яка надає право підприємствам самостійно встановлювати форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною та галузевими (регіональними) угодами.

Враховуючи вищевикладене, доцільно передбачити в статуті комунального некомерційного підприємства положення щодо визначення форм і систем оплати праці, зокрема встановлення посадових окладів, надбавок, доплат та підвищень, порядку умов заохочення, у тому числі преміювання, розміру премій, інших винагород – здійснюється відповідно до внутрішніх актів підприємства та законодавства України, передбачивши таку можливість у колективному договорі.

Предмет діяльності

Відповідно до ГК України комунальне некомерційне підприємство діє на основі статуту. В статуті є необхідним детальне визначення предмету діяльності для виключення вірогідності виходу за межі статутної діяльності під час проведення господарської діяльності.

Обов'язковим є вдосконалення в статуті:

- здійснення медичної практики;
- рівня надання медичної допомоги (вторинна (спеціалізована) або третинна високоспеціалізована);
- виду медичної допомоги: амбулаторна та/або стаціонарна допомога та інше;
- здійснення всіх інших видів медичної діяльності, передбачених законодавством;
- здійснення зовнішньоекономічної діяльності відповідно до законодавства України (якщо є перспектива здійснення такої діяльності);
- провадження діяльності, пов'язаної з відпуском, використанням, придбанням, зберіганням, перевезенням, знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (при здійсненні такого виду діяльності);
- надання платних медичних послуг населенню згідно із законодавством України;
- надання будь-яких послуг іншим ЗОЗ та будь-яким юридичним особам, фізичним особам—підприємцям та фізичним особам.

Деталізація надання виду медичної допомоги відповідно до номенклатури лікарських спеціальностей не потрібна, оскільки заклад охорони здоров'я надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику, яка регламентує зазначене питання. Якщо для провадження певних видів діяльності, передбачених Статутом, потрібен спеціальний дозвіл, заклад отримує його в порядку, визначеному законодавством України.

1.4.4. Повноваження комісії з перетворення

Рада, яка є власником ЗОЗ—бюджетної установи (сільська, селищна, міська, районна у містах, районна, обласна рада) (далі – Рада), при прийнятті рішення про перетворення ЗОЗ—бюджетної установи в ЗОЗ—комунальне некомерційне підприємство повинна призначити комісію з перетворення (далі – Комісія) та голову комісії, а також встановити порядок і строк заявлення кредиторами своїх вимог до ЗОЗ—бюджетної установи, що припиняється.

Після прийняття Радою відповідного рішення, до Комісії переходять повноваження щодо управління справами ЗОЗ—бюджетної установи. Голова Комісії та її члени представляють її у відносинах з третіми особами та виступають у суді від її імені.

З моменту призначення голови комісії з перетворення до нього переходять усі права керівника ЗОЗ. Тобто, якщо замість головного лікаря головою Комісії призначають іншу особу, то інформацію про це необхідно подати до органів Державної казначейської служби України. Будь-яка звітність має подаватися за підписом голови Комісії.

Комісія розглядає вимоги кредиторів ЗОЗ—бюджетної установи, а також проводить інвентаризацію належного останній майна.

Вже зазначалось, що до 31.12.2018 року Комісія не зобов'язана проводити оцінку майна та достроковий розрахунок із кредиторами. Після закінчення строку для пред'явлення вимог кредиторами та проведеної інвентаризації майна Комісія складає передавальний акт, який має містити положення про правонаступництво щодо майна, прав та обов'язків ЗОЗ—бюджетної установи, що припиняється, стосовно всіх її кредиторів та боржників, включаючи зобов'язання, які оскаржуються сторонами.

Враховуючи викладене, до основних повноважень Комісії з реорганізації можна віднести наступне:

1. Управління ЗОЗ—бюджетною установою під час реорганізації;
2. Проведення інвентаризації належного ЗОЗ—бюджетній установі майна;
3. Розгляд вимог кредиторів ЗОЗ—бюджетній установі;
4. Складення передавального акту.

1.4.5. Порядок формування та затвердження передавального акта

Після проведеної інвентаризації майна ЗОЗ—бюджетної установи та закінчення строку для пред'явлення вимог кредиторами і задоволення чи їх відхилення, Комісія складає передавальний акт.

Саме передавальний акт містить положення, які визначають усі права та зобов'язання, які переходять від ЗОЗ—бюджетної установи до ЗОЗ—комунального некомерційного підприємства. Згідно з передавальним актом ЗОЗ—комунальне некомерційне підприємство отримує відповідні активи (нерухоме та рухоме майно) та пасиви ЗОЗ—бюджетної установи.

Комісія передає складений передавальний акт на затвердження до відповідної Ради власника ЗОЗ. У підсумку передавальний акт повинен бути затверджений рішенням сільської, селищної, міської, районної або обласної ради.

Акт повинен відображати актуальну інформацію на момент проведення реєстраційних дій, щодо установи, яка реорганізується та створення підприємства правонаступника. Тобто, період часу між затвердженням передавального акта і проведенням реєстраційних дій має бути мінімальним.

Іноді доцільно делегувати право затвердження передавального акта виконавчому органу відповідної ради. В такому випадку передавальний акт підпише уповноважена особа, якій таке право було делеговано.

1.4.6. Призначення керівника КНП

Факт реорганізації ЗОЗ—бюджетної установи не є підставою для звільнення керівника та припинення укладеного з ним контракту, якщо сторони не домовляться про його дострокове припинення за угодою сторін або він не буде звільнений на підставі, визначеної контрактом. У разі призначення головою Комісії з перетворення керівника ЗОЗ—бюджетної установи трудові відносини з ним продовжуються. У такому разі в рішенні відповідної ради про створення ЗОЗ—комунального некомерційного підприємства може бути

зазначено про призначення керівником ЗОЗ-комунального некомерційного підприємства головного лікаря, подовживши з ним трудові відносини на підставі контракту. Це рішення може бути підставою як для укладення нового контракту, так і для внесення змін до існуючого залежно від домовленості сторін. Якщо в процесі перетворення власник (відповідна рада) прийняв рішення про припинення трудових відносин із керівником ЗОЗ, то призначення нового керівника має відбуватися з урахуванням особливостей, визначених Основами та підзаконними нормативно-правовими актами, що регулюють ці питання. Так, відповідно до статті 16 Основ керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Порядок проведення конкурсу визначений постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27.12.2017 року №1094.

Підставою для проведення конкурсу є рішення органу управління про оголошення конкурсу, яке приймається протягом трьох робочих днів з моменту виникнення вакантної посади. З цього дня і до моменту призначення керівника закладу за результатами конкурсу орган управління тимчасово покладе виконання обов'язків керівника закладу на особу з числа штатних працівників закладу.

Конкурс проводиться поетапно, а його строк не може перевищувати 30 календарних днів із дня проведення першого засідання комісії з проведення конкурсу.

Етап 1. Прийняття рішення органом управління про оголошення конкурсу.

Етап 2. Підготовка до проведення конкурсу (оприлюднення оголошення про проведення конкурсу, прийняття документів від осіб, які бажають взяти участь у конкурсі, перевірка поданих документів на відповідність установленним законом вимогам);

Етап 3. Проведення конкурсу (заслуховування конкурсної пропозиції та проведення співбесіди з особами, які подали необхідні документи для участі у конкурсі, проведення підрахунку результатів конкурсу та обрання переможця конкурсу);

Конкурсна комісія заслуховує на засіданні конкурсні пропозиції учасників конкурсу, проводить із ними співбесіди, оцінює відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам до керівника закладу та враховує відповідність його конкурсної пропозиції встановленим вимогам. Перевага надається кандидату, чия конкурсна пропозиція визнана найкращою.

При прийнятті рішень конкурсна комісія також враховує здатність учасників висловлювати свої думки, уміння викладати інформацію, комунікабельність, тактовність, ділові та вольові якості, готовність брати на себе відповідальність, уміння аналізувати проблеми і налагоджувати ділові зв'язки, виявляти творчий підхід до роботи, добросовісність (у тому числі академічну), емоційну рівноваженість тощо.

Етап 4. Оприлюднення результатів конкурсу.

Результати конкурсу оприлюднюються на офіційному веб-сайті органу управління не пізніше ніж протягом п'яти календарних днів з дати його завершення. Про результати

конкурсу конкурсна комісія повідомляє переможця та інших кандидатів шляхом надіслання їм письмового повідомлення на поштову та електронну адресу протягом п'яти календарних днів з дати його завершення.

Рішення про призначення на посаду та укладення контракту приймається органом управління протягом одного місяця з дня внесення конкурсною комісією відповідного подання.

Зазначений строк може бути продовжено на період проведення спеціальної перевірки стосовно осіб, які претендують на зайняття посади, що передбачають зайняття відповідального або особливо відповідального становища, та посад з підвищеним корупційним ризиком (у випадках, передбачених законодавством) (далі – спеціальна перевірка), інших процедур, передбачених законодавством.

1.4.7. Отримання ліцензії після перетворення в КП

Питання отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики регламентує Закон про ліцензування, постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 № 285 (далі – постанова КМУ).

Пункт 4 статті 15 Закону про ліцензування передбачає, якщо заклад охорони здоров'я припиняється в результаті злиття, приєднання чи перетворення і його правонаступник (створене комунальне підприємство) продовжує здійснювати господарську діяльність з медичної практики. Правонаступник має право для забезпечення завершення організаційних заходів, пов'язаних з одержанням нової ліцензії, проводити господарську діяльність з медичної практики (в рамках попередньої ліцензії) у строк не більше трьох місяців. Після закінчення тримісячного строку правонаступник зобов'язаний отримати нову ліцензію, а раніше видана ліцензія підлягає анулюванню.

Відповідно до постанови КМУ у разі реорганізації юридичної особи (поділ, злиття, приєднання чи перетворення) заклад охорони здоров'я забезпечує належне збереження медичної документації.

Враховуючи положення зазначених нормативних актів, реорганізоване комунальне підприємство протягом трьох місяців після державної реєстрації ЗОЗ-підприємства повинно отримати нову ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики в порядку передбаченому законодавством. Отримання нової ліцензії відбувається в загальному порядку.

Процедура отримання ліцензії визначається Постановою КМУ.

Відповідно до законодавства для отримання ліцензії на здійснення медичної практики до Міністерства охорони здоров'я подаються:

- Заява про отримання ліцензії;
- Відомості про стан матеріально-технічної бази та наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня;
- Опис документів, що подаються для одержання ліцензії, у двох примірниках.

Форми заяви, відомостей та опису можна знайти за посиланням <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016>

Зазначений перелік документів, які подаються для отримання ліцензії, є виключним. Вимагати додаткові документи забороняється.

Перелік необхідної матеріально-технічної бази визначається відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення.

Слід звернути увагу, що вибірочальна техніка має пройти метрологічну повірку. До відомостей також вносяться реквізити документу, на підставі якого здійснюється користування приміщенням та реквізити (повна назва, дата і номер) акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта.

Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом уповноваженої особи та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (за наявності).

У разі створення КНП кількох закладів охорони здоров'я (наприклад, створення відокремлених структурних підрозділів), відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня заповнюються окремо для кожного закладу охорони здоров'я.

1.4.8. Акредитація КНП після його перетворення

Із 30.01.2018 року відповідно до статті 16 Основ проходження акредитації є правом, а не обов'язком ЗОЗ. Порядок проведення такої акредитації буде визначений Кабінетом Міністрів України.

Тому до Порядку акредитації закладів охорони здоров'я, що затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 року № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я», мають бути внесені відповідні зміни.

Чинне законодавство не містить положення, що у разі реорганізації ЗОЗ, його правонаступник має право користуватись попереднім акредитаційним сертифікатом. Тому після завершення процедури перетворення та отримання ліцензії необхідно пройти акредитацію. Перетворення вважається завершеним від дати державної реєстрації новоствореної юридичної особи (стаття 4 Закону про реєстрацію).

Однак відсутність акредитаційного сертифіката, де прямо передбачено наявність окремої категорії закладу, може обмежити заклад у здійсненні певних видів діяльності, зокрема у проведенні медичних оглядів працівників певних категорій

1.4.9. Наглядова рада (коли має створюватись та порядок її створення)

Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності» від 02.06.2016 р. до органів управління державних та комунальних унітарних підприємств включено такий орган корпоративного управління як наглядова рада. До цих змін законодавства єдиним органом управління в унітарних підприємствах був керівник (директор, генеральний директор тощо).

Чинне законодавство не встановлює вимог та критеріїв, в яких саме випадках має створюватися наглядова рада комунального некомерційного підприємства. Кожна територіальна громада має розробити свої умови створення наглядових рад у комунальних некомерційних підприємствах своєї територіальної громади.

Так, рішенням місцевої ради мають бути затверджені критерії, відповідно до яких утворення наглядової ради комунального некомерційного підприємства є обов'язковим, та визначений порядок її утворення, створення комітетів та призначення членів, організації діяльності та ліквідації.

Компетенція наглядової ради, її кількісний склад, порядок скликання, проведення засідання, прийняття рішень та інші питання внутрішньої організації діяльності наглядової ради можуть бути визначені в статуті підприємства та положенні про наглядову раду.

Таким чином, у закладах охорони здоров'я – комунальних некомерційних підприємствах наглядова рада буде створюватися лише в тому випадку, якщо таке підприємство буде відповідати критеріям, прийнятим відповідною територіальною громадою.

1.4.10. Спостережна рада (в яких випадках є обов'язковою, повноваження)

Спостережна рада створюється за рішенням власника закладу охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів. За бажанням власника, спостережна рада може бути створена у закладах, що надають первинну медичну допомогу (ст. 24 Основ).

Порядок утворення, права, обов'язки спостережної ради закладу охорони здоров'я і типове положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України, зокрема до спостережної ради обираються не більше 15 осіб, строком на 2 роки. Спостережна рада закладу охорони здоров'я може складатися з:

одного представника власника ЗОЗ (уповноваженого ним органу);

представників структурних підрозділів із питань охорони здоров'я та соціального захисту населення місцевої державної адміністрації та/або виконавчого органу відповідного органу місцевого самоврядування – від однієї до чотирьох осіб;

депутатів місцевих рад (за згодою) – від однієї до двох осіб;

представників громадськості та громадських об'єднань, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, організації, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я (за згодою) – від однієї до восьми осіб (по одному представнику від кожної організації).

Порядок створення спостережної ради:

Етап 1. Повідомлення.

Власник ЗОЗ (уповноважений ним орган) повідомляє про намір створити спостережну раду при ЗОЗ державної або комунальної форми власності на своєму офіційному веб-сайті та надсилає письмове повідомлення керівнику відповідного ЗОЗ, заінтересованим органам виконавчої влади або органам місцевого самоврядування.

Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування протягом 10 робочих днів з моменту отримання повідомлення про намір створити спостережну раду, а депутати місцевих рад (за їхньою згодою), представники громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, протягом 10 робочих днів з моменту розміщення інформації на веб-сайті власника ЗОЗ (уповноваженого ним органу), направляють власнику ЗОЗ пропозиції щодо включення своїх представників до її складу.

Етап 2. Відбір кандидатів.

Відбір представників громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, проводиться шляхом рейтингового голосування за кандидатів у члени спостережної ради на офіційному веб-сайті власника ЗОЗ.

Для проведення рейтингового голосування та опрацювання його результатів власник ЗОЗ створює комісію у складі від трьох до п'яти осіб.

Комісія забезпечує підготовку електронних бюлетенів для голосування та розміщення їх на веб-сайті власника ЗОЗ.

Рейтингове голосування за кандидатів від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, у члени спостережної ради здійснюється шляхом заповнення електронних бюлетенів. У електронному бюлетені зазначаються в алфавітному порядку прізвища усіх кандидатів від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування.

Електронний бюлетень для голосування заповнюється шляхом обов'язкового виставлення кандидатом від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, рейтингових балів від 1 до 5. Кожен із рейтингових балів виставляється лише один раз незалежно від кількості включених до електронного бюлетеня кандидатів.

Електронний бюлетень, заповнений з порушенням зазначених вимог, є недійсним.

Підрахунок голосів здійснюється комісією.

У разі коли за результатами рейтингового голосування з відбору кандидатів від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, їх кількість перевищує вісім осіб, проводиться повторне рейтингове голосування серед кандидатів, які набрали однакову найменшу кількість балів.

Якщо від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, запропоновано до восьми кандидатів, рейтингове голосування не проводиться.

Комісія перевіряє відповідність кандидатів від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, власника ЗОЗ (уповноваженого ним органу), структурних підрозділів з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення місцевої державної адміністрації та/або виконавчого органу відповідного органу місцевого самоврядування, депутатів місцевих рад вимогам, визначеним в пункті 8 даного Положення. У разі відповідності кандидатів зазначеним вимогам, комісія пропонує власнику ЗОЗ прийняти рішення про обрання їх до складу спостережної ради.

Етап 3. Затвердження.

Власник ЗОЗ (уповноважений ним орган) протягом 10 робочих днів після отримання пропозицій від комісії, приймає рішення про затвердження персонального складу спостережної ради.

Мета діяльності спостережної ради

Метою діяльності спостережної ради є сприяння реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я.

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;
- 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 місцях.

1.4.11. Опікунська рада

(порядок формування та повноваження)

При закладах охорони здоров'я з метою сприяння їх діяльності можуть утворюватися опікунські ради.

Опікунська рада при закладі охорони здоров'я є громадським консультативно-дорадчим органом, створеним з метою забезпечення права громадян на участь в управлінні та здійсненні громадського нагляду в сфері охорони здоров'я.

До складу опікунської ради (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості та громадських об'єднань, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери та інші.

Рішення про створення опікунської ради при закладі охорони здоров'я та положення про неї затверджуються наказом керівника закладу охорони здоров'я або уповноваженого органу.

Порядок функціонування, права та обов'язки опікунської ради визначаються положенням про опікунську раду. Наказом Міністерства охорони здоров'я від 23.02.2014 № 517, примірним положенням про опікунську раду при закладі охорони здоров'я.

Примірним положенням до функцій опікунської ради віднесено:

- сприяння ефективній діяльності закладу охорони здоров'я шляхом участі у визначенні напрямків його розвитку та підготовці пропозицій з удосконалення діяльності закладу;
- участь у плануванні та здійсненні заходів щодо залучення додаткових ресурсів на цільові потреби закладу охорони здоров'я та пацієнтів;
- залучення коштів, які надійшли у вигляді благодійної допомоги та інших ресурсів, залучення яких не заборонено законодавством України;
- здійснення громадського нагляду за використанням коштів, що надійшли до закладу охорони здоров'я у вигляді благодійної допомоги та з інших джерел, не заборонених законодавством України;
- надання потенційним благодійникам об'єктивної та обґрунтованої інформації (рекомендацій) щодо закупівлі медичного обладнання, медикаментів, необхідних для закладу охорони здоров'я;
- встановлення та підтримка взаємодії закладу охорони здоров'я з відповідними структурами, в тому числі закордонними, та сприяння в організації заходів з обміну досвідом;
- інформування громадськості про діяльність закладу охорони здоров'я та опікунської ради;
- представництво інтересів та захист прав пацієнтів та працівників закладу охорони здоров'я відповідно до законодавства України;
- інші завдання, пов'язані з розвитком громадського суспільства, забезпеченням прав на охорону здоров'я та розвитком галузі охорони здоров'я, що мають важливе суспільне значення.

Оскільки положення є примірним, воно має виключно рекомендаційний характер. За необхідності, на опікунську раду можуть бути покладені й інші функції, в межах не заборонених законом.

1.4.12. Особливості закриття та відкриття рахунків в органах Державної казначейської служби України.

Варіанти дій щодо переведення коштів зі спеціального реєстраційного рахунку

Згідно зі статтею 108 ЦК України комунальне некомерційне підприємство є правонаступником усіх прав та обов'язків ЗОЗ–бюджетної установи.

Згідно з п. 8.4 Порядку відкриття та закриття рахунків у національній валюті в органах Державної казначейської служби України⁷, у разі перетворення комунального закладу його чинні рахунки будуть закриті. Залишки коштів на цих рахунках орган казначейства на підставі платіжного доручення має перерахувати на інший рахунок у казначействі або на рахунок, відкритий комунальним некомерційним підприємством у банківських установах.

Рекомендуємо, щоб під час перетворення комунального закладу в комунальне некомерційне підприємство залишки коштів на спеціальних рахунках були відображені в передавальному акті. Це дозволить мінімізувати ризик відмови органів казначейства в переведенні коштів на рахунки реорганізованого комунального некомерційного підприємства.

На практиці також може виникнути ризик відмови органів казначейської служби в переведенні грошових коштів із накопичувального рахунку ЗОЗ–бюджетної установи на рахунки ЗОЗ–комунального некомерційного підприємства. Наведений ризик може бути мінімізований наступними шляхами:

1. До завершення процедури реорганізації обговорити з представниками органів казначейства процедуру закриття рахунків та переведення з них коштів на інші рахунки.
2. Залишок коштів на накопичувальному рахунку можна витратити на потреби реорганізації (наприклад, виготовлення печаток) або на оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ.
3. Передати кошти з накопичувального рахунку ЗОЗ–бюджетної установи у місцевий бюджет, а після проведення реорганізації Рада внесе ці кошти до статутного капіталу новоствореного ЗОЗ–комунального некомерційного підприємства.

⁷ Наказу Міністерства фінансів України «Про затвердження Порядку відкриття та закриття рахунків у національній валюті в органах Державної казначейської служби України» від 22.06.2012 № 758.

1.5. Варіанти вирішення кадрових питань щодо працівників реорганізованого ЗОЗ

Під час реорганізації бюджетних ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства можуть здійснюватися заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу. При цьому варто враховувати наступне.

По-перше, реорганізований ЗОЗ може отримати право самостійно затверджувати штатний розпис і визначати чисельність найманих працівників.

По-друге, реорганізований ЗОЗ з урахуванням ч. 3 ст. 64 ГК після формування нового штатного розпису може здійснити заходи з оптимізації чисельності працівників та скоротити (звільнити) зайвий персонал, відмова від утримання якого не спричинить погіршення якості та доступності медичної допомоги для пацієнтів.

По-третє, сам по собі факт реорганізації ЗОЗ не є підставою для звільнення працівників, якщо це не буде супроводжуватися скороченням їх чисельності або штату (ч. 3 ст. 36 КЗпП України).

У зв'язку з цим може бути використано кілька варіантів вирішення кадрових питань щодо працівників реорганізованого ЗОЗ.

1.5.1. Продовження трудових відносин на попередній посаді

Працівників ЗОЗ, які залишаються працювати на своїх посадах, необхідно проінформувати про факт реорганізації закладу шляхом ознайомлення з відповідним наказом керівника. Цей **наказ необхідно видати для внесення запису** про реорганізацію закладу **до трудової книжки працівника**⁸.

Внесення запису про реорганізацію до трудової книжки здійснюється за аналогією внесення запису про перейменування підприємства⁹. У такому випадку, у графі 3 трудової книжки робиться запис: «КЗОЗ (найменування) з такого-то числа реорганізований (перетворений) на КНП (найменування), а у графі 4 проставляється підстава реорганізації (перетворення)¹⁰. Такий запис вноситься протягом тижня з моменту завершення процедури перетворення.

8 п. 2.15 інструкції про порядок ведення трудових книжок працівників, затвердженої наказом Міністерства праці України, Міністерства юстиції України, Міністерства соціального захисту населення України від 29.07.1993 № 58

9 Лист Міністерства соціальної політики України від 10.05.2012 за №75/06/186-12

10 п. 2.15 інструкції про порядок ведення трудових книжок працівників, затвердженої наказом Міністерства праці України, Міністерства юстиції України, Міністерства соціального захисту населення України від 29.07.1993 № 58

1.5.2. Переведення працівника на іншу посаду

Працівників ЗОЗ, які продовжать трудові відносини з комунальним некомерційним підприємством, можливо перевести на іншу роботу всередині цього підприємства за новим штатним розписом після проведення реорганізації. Оскільки для переведення на іншу роботу відповідно до ч. 1 ст. 32 КЗпП України вимагається згода працівника, **необхідно дотримуватися такого порядку**:

1. Працівник подає письмову заяву на ім'я керівника підприємства з проханням перевести його на нову посаду.
2. Керівник підприємства видає наказ про переведення, з яким працівник має бути ознайомлений під розписку.
3. Протягом тижневого строку з моменту видання наказу та ознайомлення з ним працівника до його трудової книжки слід внести запис про переведення на іншу роботу.

1.5.3. Звільнення працівника за скороченням

Ураховуючи потребу скорочення надлишкового персоналу, **ЗОЗ—комунальне некомерційне підприємство може провести звільнення таких працівників за п. 1 ст. 40 КЗпП України** через скорочення чисельності та штату працівників.

Звільнення працівників за скороченням можна **провести з моменту набрання чинності новим штатним розписом підприємства**, що не передбачатиме посади працівників, які підлягатимуть звільненню. Новий штатний розпис може бути затверджений новопризначеним керівником реорганізованого ЗОЗ—комунального некомерційного підприємства самостійно або за погодженням з органом управління, якщо це буде передбачено статутом.

Звільнення проводиться в такому порядку.

1. Надання первинній профспілкової організації інформації про заплановані звільнення

Якщо у закладі охорони здоров'я діє первинна профспілкова організація, то роботодавець повинен завчасно, **не пізніше як за три місяці** до запланованих звільнень надати профспілці інформацію щодо цих заходів¹¹. Інформація повинна містити **причини наступних звільнень, кількість і категорії працівників, яких це може стосуватися, терміни проведення звільнень**.

Крім того, закон передбачає проведення консультації з профспілкою про заходи щодо запобігання звільненням чи зведенню їх кількості до мінімуму або пом'якшення несприятливих наслідків будь-яких звільнень¹².

На цьому етапі доцільно розробити техніко-економічне обґрунтування, в якому відобразити передумови для проведення змін в організації виробництва і праці.

11 ч. 3 ст. 22 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності»
12 ч. 3 ст. 22 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності»

2. Прийняття рішення про зміни в організації виробництва і праці або про скорочення чисельності й штату працівників¹³

Прийняття рішення про зміни в організації виробництва і праці належить до повноважень керівника закладу.

Процедура затвердження і погодження штатного розпису чітко законом не врегульована і залежить від змісту статуту конкретного підприємства.

3. Вибір кандидатів конкретних працівників, які підлягають звільненню

Як правило, звільненню підлягають працівники, посади яких скорочуються. Водночас під час звільнення керівник підприємства має право в межах однорідних професій і посад роботи перестановку (перегрупування) працівників, перевіривши більш кваліфікованого працівника, посада якого скорочується, за його згодою на іншу посаду, звільнивши з неї менш кваліфікованого працівника.

При скороченні чисельності або штату працівників переважне право на залишення на роботі надається працівникам з більш високою продуктивністю праці й кваліфікацією¹⁴.

Право визначати рівень кваліфікації і продуктивності належить роботодавцю. Доказами більш високої кваліфікації і продуктивності праці є документи про освіту та присвоєння кваліфікаційних розрядів, про підвищення кваліфікації, про навчання без відриву від виробництва, про досвід, стаж тощо. Значну роль також відіграє дисциплінованість працівника, відсутність стягнень.

При рівних умовах продуктивності праці й кваліфікації працівників перевага в продовженні роботи надається:

- 1) сімейним – при наявності двох і більше утриманців;
- 2) особам, в сім'ї яких немає інших працівників із самостійним заробітком;
- 3) працівникам з тривалим безперервним стажем роботи на даному підприємстві, в установі, організації;
- 4) працівникам, які навчаються у вищих і середніх спеціальних навчальних закладах без відриву від виробництва;
- 5) учасникам бойових дій, особам з інвалідністю внаслідок війни та особам, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»;
- 6) авторам винаходів, корисних моделей, промислових зразків і раціоналізаторських пропозицій;
- 7) працівникам, які дістали на цьому підприємстві, в установі, організації трудове каліцтво або професійне захворювання;
- 8) особам із числа депортованих з України, протягом п'яти років з часу повернення на постійне місце проживання до України;
- 9) працівникам із числа колишніх військовослужбовців строкової служби, військової служби за призовом під час мобілізації, на особливий період, військової служби за призовом осіб офіцерського складу та осіб, які проходили альтернативну (невійськову) службу, – протягом двох років із дня звільнення їх зі служби;

¹³ Для скорочення чисельності неособ'язково проводити будь-які інші зміни в організації виробництва і праці, адже скорочення належать до окремого виду змін в організації виробництва і праці

¹⁴ Ст. 42 КЗпП

10) працівникам, яким залишилося менше трьох років до настання пенсійного віку, при досягненні якого особа має право на отримання пенсійних виплат.

Перевага в залишенні на роботі може надаватися й іншим категоріям працівників, зокрема громадянам, постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи, ветеранам військової служби, ветеранам органів внутрішніх справ, дітям війни та іншим категоріям.

Черговість перерахованих категорій зазначених працівників із переважним правом на залишення на роботі юридичного значення не має.

Звертаємо увагу, що при розірванні трудового договору за п. 1 ч. 40 КЗпП України існують певні обмеження на звільнення окремих категорій працівників. Так, не допускається звільнення з ініціативи роботодавця (крім випадків повної ліквідації підприємства) вагітних жінок і жінок, які мають дітей віком до трьох років (до шести років – якщо дитина потребує домашнього догляду), одиноких матерів, які мають дітей до 14 років, дитину з інвалідністю¹⁵.

Таким чином, особи, що належать до цієї категорії, не можуть розглядатися як кандидати на звільнення на підставі п. 1 ст. 40 КЗпП України, крім випадків повної ліквідації юридичної особи.

4. Письмове попередження працівників, що підпадають під скорочення, про майбутнє звільнення

Про майбутнє звільнення працівника персонально попереджають не пізніше ніж за два місяці¹⁶. Таке попередження може здійснюватися і раніше ніж за два місяці до дати звільнення.

Документ про попередження має бути підписаний керівником підприємства, але фактично ознайомити з ним працівника може співробітник відділу кадрів.

Один примірник такого попередження вручають працівникові, а другий (або його копію) з підписом працівника про отримання (і датою отримання) залишається у роботодавця.

Якщо працівник відмовляється отримувати письмове попередження про майбутнє звільнення або давати розписку про його отримання, роботодавець складає відповідний акт.

5. Повідомлення державної служби зайнятості

Відповідно до абз. 3 п. 4 ч. 3 ст. 50 Закону України «Про зайнятість населення» повідомлення державної служби зайнятості здійснюється у випадках масового звільнення¹⁷ працівників шляхом подачі звіту за формою 4-ПН, затвердженого наказом Мінсоцполітики від 31.05.2013 № 317.

¹⁵ Ст. 184 КЗпП України

¹⁶ Ст. 49-2 КЗпП України

¹⁷ Відповідно до ч. 1 ст. 48 Закону України «Про зайнятість населення» масовим звільненням з ініціативи роботодавця є одноразове або протягом:

- 1) одного місяця: вивільнення 10 і більше працівників на підприємстві, в установі та організації з чисельністю від 20 до 100 працівників;
- 2) трьох місяців – вивільнення 10 і більше працівників на підприємстві, в установі та організації незалежно від чисельності працівників.

6. Пропонування працівнику, якого планують звільнити, переведення на іншу роботу

Звільнення за п. 1 ст. 40 КЗпП України допускається, якщо неможливо перевести працівника за його згодою на іншу роботу.

Тому одночасно з попередженням про звільнення роботодавець пропонує працівникові іншу роботу за її наявності. Якщо на момент попередження відсутня можливість запропонувати переведення, а згодом така можливість з'явиться, то пропозицію повинно зробити обов'язково.

При цьому повинні пропонуватися всі наявні вакансії, крім тих, робота на яких не підходить за станом здоров'я, а також вищі посади.

У разі згоди працівника на переведення відразу можливо видати відповідний наказ.

7. Отримання згоди профспілки на звільнення працівника

Якщо на підприємстві діє первинна профспілкова організація, а працівник, який підлягає звільненню, є її членом, то на підставі п. 1 ст. 40 КЗпП України його можна звільнити за попередньою згодою профспілкового комітету.

Рішення профспілки про відмову у звільненні має бути обґрунтованим¹⁸. Відмова профспілки вважається обґрунтованою, якщо вона базується на відповідних нормах трудового законодавства або ділових (професійних) якостях працівника.

Якщо рішення не обґрунтоване, то роботодавець має право звільнити працівника без згоди профспілки.

8. Звільнення працівника і остаточний розрахунок

Звільнення проводиться на підставі наказу керівника підприємства.

Днем звільнення є останній день роботи працівника. Згідно зі ст. 47 КЗпП України роботодавець у день звільнення зобов'язаний видати працівникові належно оформлену трудову книжку і провести розрахунок з ним.

Роботодавець також зобов'язаний у день звільнення видати працівникові копію наказу про звільнення з роботи.

При звільненні працівника на підставах, зазначених у п. 1 ст. 40 КЗпП України, йому передбачена виплата вихідної допомоги в розмірі не менше ніж середньомісячний заробіток.

Також на вимогу працівника підприємство зобов'язане видати на його вимогу довідку про його роботу на даному підприємстві із зазначенням спеціальності, кваліфікації, посади, часу роботи і розміру заробітної плати.

18 Ч. 7 ст. 43 КЗпП України

2. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КНП

2.1. Управління

Управління комунальним некомерційним підприємством здійснює рада територіальної громади села, селища, міста, району, області, яка є власником майна відповідного ЗОЗ. Поточне керівництво (оперативне управління) комунальним некомерційним підприємством здійснює керівник підприємства.

Особливості господарської діяльності комунальних некомерційних підприємств визначаються відповідно до вимог, встановлених ГК України щодо діяльності державних казенних підприємств, а також інших вимог, передбачених законом.

2.1.1. Повноваження керівника щодо розпорядження майном КНП, в тому числі нерухомістю

Повноваження керівника визначаються статутом закладу, тому надзвичайно важливо закласти детальні положення до статуту комунального некомерційного підприємства, які закріплять повноваження керівника ЗОЗ—комунального некомерційного підприємства.

Доречно відмітити, що власник майна здійснює контроль за використанням та збереженням належного йому майна безпосередньо або через уповноважений ним орган, не втручаючись у господарську діяльність підприємства.

Комунальне некомерційне підприємство провадить свою діяльність на засадах господарської самостійності, самофінансування, має розрахунковий та інші рахунки в установах банків. Комунальне некомерційне підприємство має право укладати угоди, набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки.

Однозначно комунальне некомерційне підприємство має ширші повноваження у розпорядженні майна, ніж бюджетна установа.

Майно комунального некомерційного підприємства становлять його основні фонди та обігові кошти, а також інші матеріальні цінності, вартість яких відображається в самостійному балансі.

Кошти комунального некомерційного підприємства використовуються для забезпечення основної діяльності, надання послуг, виконання робіт, оплати праці працівників, вирішення питань соціального розвитку, а також поліпшення умов праці, життя, здоров'я працівників.

Із дозволу власника або уповноваженого ним органу комунальне некомерційного підприємство має право здавати в оренду, надавати іншим підприємствам, організаціям та

установам безоплатно в тимчасове користування майно, устаткування, інвентар, транспортні засоби, а також списувати їх з балансу.

Приймати рішення про передачу в оренду нерухомого майна площею до 200 кв. м може керівник ЗОЗ – комунального некомерційного підприємства, рішення про передачу в оренду нерухомого майна більшої площі – орган місцевого самоврядування¹⁹ за конкурсною процедурою. Вартість оренди визначається відповідно до методики розрахунку орендної плати територіальної громади. Так, відповідно до статті 19 Закону України «Про оренду державного та комунального майна» органи місцевого самоврядування (громади) самостійно встановлюють та затверджують методику розрахунку орендної плати комунального майна.

2.1.2. Чи потрібно переукладати угоди, які були укладені КЗ та є діючими?

Відповідно до частини 1 статті 104 ЦК України, якщо юридична особа припиняється у результаті перетворення, майно, права та обов'язки (в тому числі і право та обов'язок користуватись умовами договорів із своїми контрагентами та виконувати попередньо укладені договори) переходять до правонаступників. Таким правонаступником і буде комунальне некомерційне підприємство.

Тобто, договори укладені ЗОЗ – бюджетною установою будуть діяти і після перетворення ЗОЗ на комунальне некомерційне підприємство.

Проте доречним буде внести зміни до діючих договорів для зазначення актуальної інформації щодо сторін договору та їх реквізитів.

Зміна договору допускається лише за згодою сторін, якщо інше не встановлено договором або законом. Згідно зі статтею 188 ГКУ сторона, яка вважає за необхідне змінити договір, повинна надіслати пропозицію про це другій стороні за договором. Сторона, яка одержала пропозицію про зміну договору, у 20-денний термін після одержання пропозиції повідомляє другу сторону про результати її розгляду.

Зміна договору вчиняється в такій самій формі, що й договір, що змінюється або розривається, якщо інше не встановлено договором або законом.

2.2. Персонал

2.2.1. Рекомендації щодо організації оплати праці персоналу комунального некомерційного підприємства

Після реорганізації ЗОЗ – бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство мають змінитися механізми організації оплати праці. Причиною цього є різні підходи щодо регулювання оплати праці працівників бюджетних установ і організацій та працівників інших підприємств, установ, організацій.

До моменту втрати ЗОЗ статусу бюджетної установи умови оплати праці їх працівників перебувають у сфері державного регулювання і визначаються, зокрема: ст. 98 КЗпП, ст. 8, 13 Закону про оплату праці, постановою Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» (зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 17.10.2005 за № 1209/11489).

Після перетворення ЗОЗ у комунальне некомерційне підприємство організація оплати праці працівників переходить до сфери договірного регулювання, що передбачено ст. 97 КЗпП, ст. 15, 16 Закону про оплату праці, Законом України «Про колективні договори і угоди», положеннями Генеральної угоди про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні від 23.08.2016. Відповідними галузевими та регіональними угодами. За умови отримання реорганізованими ЗОЗ дотацій із бюджету, додатково регулювання оплати праці здійснюється на підставі постанови Кабінету Міністрів України від 31.08.1997 № 948 «Про умови і розміри оплати праці працівників підприємств і організацій, що дотуються з бюджету».

Тому для комунального некомерційного підприємства на перший план виходить необхідність ухвалення колективного договору, у якому мають бути визначені форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат. Ці умови встановлюються підприємствами з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною, галузевими (міжгалузевими) і територіальними угодами.

У випадку, коли колективний договір на підприємстві не укладено, роботодавець зобов'язаний погодити ці питання з виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником), що представляє інтереси більшості працівників, а у разі його відсутності – з іншим уповноваженим на представництво органом.

Сучасна організація оплати праці працівників ЗОЗ може ґрунтуватися на модифікованих системах оплати праці, які б враховували мінімальні умови фінансування та наявність конкуренції на ринку медичних послуг.

Основою реалізації стимулюючої функції заробітної плати у реформованих ЗОЗ має бути особиста зацікавленість лікаря у результатах своєї праці. Так, наприклад, кількість пацієнтів, які обрали лікаря, що надає первинну медичну допомогу, варто враховувати у визначенні розміру його посадового окладу або додаткових виплат у вигляді доплат чи надбавок до посадового окладу.

Основну частку оплати праці варто пов'язувати із наявними результатами індивідуальної праці, виходячи з особистих якостей і результатів праці кожного працівника, а додаткова – в залежності від кінцевих результатів роботи підприємства.

При цьому необхідно суворо дотримуватися державних гарантій у сфері оплати праці, зокрема стосовно забезпечення виплати мінімальної заробітної плати у разі повного виконання працівником місячної (годинної) норми праці. Крім того, з метою забезпечення справедливого підходу до оплати праці у реформованому ЗОЗ його власник (тобто відповідна місцева рада) має забезпечити рівень оплати праці працівників на рівні, не нижче, ніж

¹⁹ ст. 287 Господарського кодексу України

встановлений для бюджетних ЗОЗ²⁰. Відповідні фінансові ресурси мають бути передбачені у місцевому бюджеті. Зокрема, відповідно до частини 5 статті 3 Закону про державні гарантії органи місцевого самоврядування можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки ЗОЗ–комунальне некомерційне підприємство, зокрема щодо підвищення оплати праці медичних працівників. Також, відповідно до підпункту 3 пункту 5 статті 5 Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» органи місцевого самоврядування впроваджують додаткові стимули для залучення на роботу висококваліфікованих медичних працівників шляхом запровадження мотиваційних пакетів, зокрема щодо додаткової оплати праці та інше.

Особисті здібності, кваліфікація, досвід, результати роботи є головними чинниками, що впливають на кінцеві результати роботи ЗОЗ і розмір заробітної плати. Організація оплати праці за цих умов має передбачати:

- широке використання індивідуальних трудових договорів, за якими працівнику гарантується певний розмір заробітної плати лише за умов виконання ним обов'язків, передбачених договором;
- систему об'єктивної та справедливої, за умовами та результатами праці, персоналізації посадових окладів працівників з орієнтацією на ефективність їх праці;
- залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їх праці, а керівників та провідних (головних) фахівців – від ефективності господарської, комерційної діяльності ЗОЗ;
- періодичний перегляд окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їх праці.

Під час розробки і укладення колективних договорів або положень про оплату праці необхідно передбачати, щоб система оплати праці ЗОЗ була чітко сформульована і обов'язково визначала:

- мету та основні завдання діяльності ЗОЗ, які повинні вирішувати його працівники;
- структуру основної заробітної плати за елементами, з яких вона складається;
- показники, за якими певним групам та категоріям працівників нараховується заробітна плата;
- умови, за яких основна заробітна плата працівників може бути підвищена або знижена до рівня, передбаченого законом, із визначенням показників та умов діяльності, за якими це підвищення або зниження може бути застосовано, та розмірів такого підвищення або зниження;
- показники та умови нарахування додаткової оплати праці: премій, доплат, надбавок або інших заохочувальних та компенсаційних виплат.

20 Встановлених відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», а також наказу Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впровадження умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» (zareestrovanim в Міністерстві юстиції України 17.10.2005 за № 1209/11489).

2.2.2. Чи буде заробітна плата після зміни бюджетної установи в КНП розраховуватися захищеною статтею?

Відповідно до ч. 1 ст. 55 БК України захищеними видатками бюджету визнаються видатки загального фонду бюджету, обсяг яких не може змінюватися при здійсненні скорочення затверджених бюджетних призначень.

У ч. 2 зазначеної статті визначено вичерпний перелік видатків загального фонду, які визнаються захищеними. У переліку зазначено, в тому числі, «оплата праці працівників бюджетних установ».

У пункті 12 ч. 1 ст. 2 БК України зазначено, що бюджетні установи – органи державної влади, органи місцевого самоврядування, а також організації, створені ними у встановленому порядку, що повністю утримуються за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевого бюджету. Бюджетні установи є неприбутковими.

Виходячи із зазначеного, видатки на заробітну плату в ЗОЗ–комунальному некомерційному підприємстві не вважатимуться видатками загального фонду бюджету, а тому вона (заробітна плата) не буде розраховуватись захищеною статтею.

2.2.3. Яку максимальну заробітну плату має встановлювати КНП?

Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати.

Як вже зазначалось, після перетворення бюджетного закладу у комунальне некомерційне підприємство організація оплати праці працівників переходить у сферу договірної регулювання.

Чинним законодавством України не встановлено обмежень щодо максимального розміру заробітної плати в ЗОЗ–підприємстві.

Тому у визначенні розміру заробітної плати (відповідно і фонду оплати праці персоналу) комунальне некомерційне підприємство має виходити з показників господарської діяльності, розміру відповідних доходів, а також показників фінансового плану, затвердженого власником у встановленому порядку.

Алгоритм реорганізації (перетворення) закладу охорони здоров'я з бюджетної установи у комунальне підприємство

ЕТАПИ	СТРОКИ	ПРИМІТКИ / РИЗИКИ
1. Прийняття відповідною радою територіальної громади рішення про припинення ЗОЗ шляхом його реорганізації з бюджетної установи у комунальне підприємство, яке має містити, зокрема, наступні відомості: • порядок і умови здійснення припинення шляхом перетворення, у т.ч. відомості про персональний склад комісії з реорганізації, її голову, реєстраційні номери облікових карток платників податків • порядок та строки заявлення кредиторами своїх вимог до ЗОЗ; • розмір статутного капіталу (але не обов'язково) та найменування новоствореного ЗОЗ; • передання повноважень щодо контролю за виконанням цього рішення виконавчому комітету відповідної ради або іншому уповноваженому органу.		
2. Передача державному реєстратору документів для державної реєстрації рішення про припинення ЗОЗ. Документи, які надаються державному реєстратору – див. примітки.	Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати прийняття рішення (ч. 1 ст. 105 ЦК України)	Державному реєстратору надаються (ч. 9 ст. 17 Закону про реєстрацію): а) оригінал або нотаріально засвідчена копія рішення про припинення ЗОЗ; б) документи, які підтверджують особистість та повноваження особи, яка надає документ (паспорт, нотаріально засвідчена копія довіреності, якщо документи подаються представником за довіреністю).
3. Державна реєстрація в ЄДР рішення про реорганізацію ЗОЗ.	Протягом 24 годин після надходження документів, крім вихідних та святкових днів – див. пункт 2 алгоритму (п. 1 ч. 1 ст. 26 Закону про реєстрацію)	
4. Оприлюднення державним реєстратором рішення про реорганізацію (перетворення).	Протягом 24 годин після надходження документів, крім вихідних та святкових днів – див. п. 2 алгоритму (п. 9) ч. 2 ст. 25, п. 1 ч. 1 ст. 26 Закону про реєстрацію)	У день проведення реєстраційної дії технічний адміністратор ЄДР забезпечує передачу відповідних даних до інформаційних систем Пенсійного фонду України, податкового органу та статистики (ч. 2 ст. 13 Закону про реєстрацію). Реорганізація шляхом перетворення на відміну від інших видів реорганізації юридичних осіб не є підставою для проведення позапланової перевірки органами доходів і зборів та органами Пенсійного фонду юридичної особи, що перетворюється (п. 78.1.7. ПК України).
5. Розробка статуту комунального некомерційного підприємства ЗОЗ.	1 тиждень (орієнтовний строк)	Рекомендується затвердити статут разом із передавальним актом (див. п. 9 Алгоритму).
6. Прийняття та розгляд вимог кредиторів ЗОЗ (задоволення або відхилення вимог кредитора).	Надання відповіді кредиторам за результатами розгляду – протягом 30 днів з дня отримання вимоги. Задоволення вимог – протягом строку, визначеного рішенням про реорганізацію ЗОЗ (від 2 до 6 місяців)	Кожна окрема вимога кредитора, зокрема щодо сплати податків, зборів, єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, страхових коштів до Пенсійного фонду України, фондів соціального страхування, розглядається, після чого приймається відповідне рішення, яке надсилається кредитору не пізніше тридцяти днів з дня отримання юридичною особою, що припиняється, відповідної вимоги кредитора (ч. 6 ст. 105 ЦК України). Кредитор може вимагати від юридичної особи, що припиняється, виконання зобов'язань якої не забезпечено, припинення або дострокового виконання зобов'язання, або забезпечення виконання зобов'язання, крім випадків, передбачених законом (ч. 1 ст. 107 ЦК України).
7. Інвентаризація та оцінка майна ЗОЗ.	1 місяць (орієнтовний строк)	Оцінка майна ЗОЗ є обов'язковою згідно з ч. 2 ст. 7 Закону України «Про оцінку майна, майнових прав та професійну оціночну діяльність в Україні» (далі – Закон про оцінку).
8. Складення комісією з реорганізації передавального акту, який має містити положення про правонаступництво щодо всіх зобов'язань установи, що припиняється, стосовно всіх її кредиторів та боржників, включаючи зобов'язання, які оскаржуються сторонами.	Після закінчення строку для пред'явлення вимог кредиторами (ч. 2 ст. 107 ЦК України)	У разі реорганізації усе майно, усі права та обов'язки ЗОЗ-установи переходять до його правонаступника – ЗОЗ-підприємства (ч. 1 ст. 104 ЦК України, ч. 2 ст. 108 ЦК України).

ЕТАПИ	СТРОКИ	ПРИМІТКИ / РИЗИКИ
9. Затвердження передавального акту, підготовленого комісією з реорганізації, радою територіальною громади – органом, який прийняв рішення про припинення ЗОЗ (бюджетної установи) (ч. 3 ст. 107 ЦК України) та статуту ЗОЗ – підприємства. Затверджений передавальний акт підписується головою і членами комісії з реорганізації.		
10. Подання документів для державної реєстрації створення ЗОЗ-комунального підприємства та державної реєстрації припинення ЗОЗ (бюджетної установи) (ч. 1 ст. 17 Закону про реєстрацію), пакети документів подаються одночасно – див. примітки. <i>Документи для державної реєстрації новоствореного ЗОЗ:</i> • заява про державну реєстрацію створення ЗОЗ; • заява про обрання юридичною особою спрощеної системи оподаткування та/або реєстраційна заява про добровільну реєстрацію як платника податку на додану вартість, та/або заява про включення до Реєстру неприбуткових установ та організацій за формами, затвердженими відповідно до законодавства, – за бажанням заявника; • примірник оригіналу (нотаріально засвідчену копію) рішення про створення ЗОЗ-підприємства; • примірник статуту ЗОЗ-підприємства; • довіреність, інший документ, який підтверджує повноваження представника ЗОЗ подати документи на реєстрацію; • передавальний акт (примірник оригіналу, нотаріально засвідчена копія). <i>Документи для державної реєстрації припинення ЗОЗ:</i> • заява про державну реєстрацію припинення юридичної особи в результаті її реорганізації; • примірник оригіналу (нотаріально засвідчена копія) передавального акта; • довіреність інший документ, який підтверджує повноваження представника ЗОЗ подати документи на реєстрацію.	Після закінчення процедури припинення, але не раніше закінчення строку заявлення вимог кредитором (ч. 13 ст. 17 Закону про реєстрацію)	Згідно з підп. 5 ч. 13 ст. 17 Закону про реєстрацію пакет документів для державної реєстрації припинення ЗОЗ (бюджетної установи) та державної реєстрації новоствореного ЗОЗ (комунального підприємства) подається одночасно. У той же час за змістом положень Закону про реєстрацію першим до ЄДР вноситься запис про припинення ЗОЗ (установи), і потім – про створення нового ЗОЗ (підприємства). Вимоги до оформлення документів передбачено ст. 15 Закону про реєстрацію, зокрема: статут ЗОЗ викладається у письмовій формі, прошивається, пронумеровується та підписується засновниками (учасниками), уповноваженими ними особами, при цьому справжність підписів на статуті нотаріально засвідчується; справжність підписів на передавальному акті також мають бути нотаріально посвідчені.
11. Унесення до ЄДР запису про проведення державної реєстрації новоствореного ЗОЗ (у формі підприємства) внаслідок перетворення ЗОЗ-бюджетної установи та про проведення державної реєстрації припинення ЗОЗ (бюджетної установи).	Протягом 24 годин після надходження документів, крім вихідних та святкових днів (п. 1 ч. 1 ст. 26 Закону про реєстрацію)	Дата внесення відповідного запису до ЄДР є датою державної реєстрації ЗОЗ-підприємства.
12. Оприлюднення державним реєстратором результатів державної реєстрації припинення ЗОЗ, (що діяло як бюджетна установа) та державної реєстрації новоствореного ЗОЗ (у т.ч. оприлюднення статуту новоствореного ЗОЗ).	Протягом 24 годин після надходження документів, крім вихідних та святкових днів (п. 9) ч. 2 ст. 25 Закону про реєстрацію)	У день проведення реєстраційної дії технічний адміністратор ЄДР забезпечує передачу відповідних даних до інформаційних систем Пенсійного фонду України, податкового органу та статистики (ч. 2 ст. 13 Закону про реєстрацію). Відомості з ЄДР про державну реєстрацію створення ЗОЗ є підставою для взяття ЗОЗ на облік в органах державної статистики, державної фіскальної служби та/або вчинення інших дій відповідно до законодавства (ч. 3 ст. 13 Закону про реєстрацію).
13. Повідомлення трудового колективу про реорганізацію ЗОЗ (скорочення або переведення на іншу посаду у разі необхідності)	Після державної реєстрації припинення ЗОЗ-установи та створення ЗОЗ-підприємства	
14. Оформлення та реєстрації за ЗОЗ у формі комунального підприємства права користування об'єктами нерухомості (будівлями). Реєстрація проводиться відповідними державними реєстраторами.	1,5-2 місяці	Переоформлення прав на будівлі за ЗОЗ-підприємством здійснюється після його державної реєстрації.
15. Оформлення та реєстрація за ЗОЗ- підприємством права користування земельними ділянками (в тому числі оренди).	4-9 місяців	
16. Подання до Міністерства охорони здоров'я заяви про переоформлення ліцензії на здійснення господарської діяльності з медичної практики згідно з діючими Ліцензійними умовами.	Протягом 3 місяців	
17. Переоформлення акредитаційного сертифікату закладу охорону здоров'я.		



Автономізація: відповіді на поширені питання

Питання – відповіді щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства.

1. Якщо припиняється ЗОЗ і утворюється новий, то певний час буде відсутня ліцензія на медичну практику та роботу з прекурсорами та наркотичними препаратами. Як бути без ліцензії?

Ліцензія на медичну практику, ліцензія на роботу з наркотичними речовинами та прекурсорами має бути отримана наново протягом трьох місяців з моменту реєстрації нової юридичної особи внаслідок реорганізації.

Протягом цього строку, стара ліцензія зберігає свою силу.

(Пункт 4 статті 15 Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності")

Готуються зміни до Кабінету Міністрів України "Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики". Проектом спрощується процедура отримання ліцензії у випадку зміни організаційно-правової форми ліцензіата.

2. Якщо припиняється ЗОЗ і утворюється новий, то перша акредитація можлива лише через 2 роки, тому до цього часу висновки судово-медичних і наркологічних експертиз будуть вважатися недійсними.

Акредитація проводиться через 2 роки після створення нового суб'єкта.

У випадку наявності вимоги щодо зазначення акредитаційного сертифіката у певних формах документації, необхідно зазначати, що ліцензія на здійснення медичної практики отримана менш ніж два роки тому, а тому акредитація ЗОЗ не проводилась.

Відсутність акредитаційного сертифіката може обмежити заклад у здійсненні певних видів діяльності, де прямо передбачено

наявність окремої категорії закладу, зокрема у проведенні медичних оглядів працівників певних категорій.

Обмеження для надання висновків судово-медичних і наркологічних експертиз у випадку відсутності акредитаційного сертифіката у нормативних актах, які регламентують надання вказаних висновків – відсутні.

Відповідно до проекту закону Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення (№6327) "Заклади охорони здоров'я можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України"

3. Передавальний акт. Хто кому передає майно? В більшості прийнятих обласною радою рішень не визначено, хто буде керівником новостворених підприємств, тому невідомо, хто буде приймати майно та документи згідно з передавальним актом.

Передавальний акт є формальним етапом здійснення реорганізації та засвідчує яке майно передається до правонаступника.

Акт має скласти комісія з припинення, а затвердити Власник. Новоствореним суб'єктом акт не підписується.

(частина 3 статті 107 Цивільного кодексу України)

4. За якими КЕКВ має фінансуватися КНП?

Комунальний некомерційний підприємства фінансуються за КЕКВ:

– 2282 "Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку";

– 3210 "Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)".

(Наказ Міністерства фінансів від 14.02.2017 р. № 135)

5. Який має бути розмір статутного капіталу?

Обмежень щодо розміру статутного капіталу для КНП не встановлено. Власник, який створює ЗОЗ визначає його на власний розсуд.

(Частина 4 статті 78 Господарського кодексу України)

6. Є ризики по переукладенню договорів та проведенню процедур згідно ЗУ "Про публічні закупівлі" у зв'язку з утворенням нового суб'єкта – правонаступника.

Новостворене підприємство є правонаступником установи по всім правам та зобов'язанням (у тому числі і договори), а тому користується тими самими правами та обов'язками як і перетворена установа.

Відповідно ризики відсутні у разі належного оформлення правонаступництва, у тому числі під час проведення процедур закупівлі комунальним закладом в межах Закону України "Про публічні закупівлі".

Проте, з метою впорядкування правовідносин, рекомендується укласти додаткові угоди до договорів з метою зазначення правильного найменування суб'єкта.

(Роз'яснення Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 16.03.2017 на запит 388/2017)

7. За яким КОПФГ має реєструватися новостворене підприємство?

За загальним правилом, суб'єкт має реєструватися за кодом 150 КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО, оскільки КНП є видом комунального підприємства.

Проте, у зв'язку із технічними

складнощами в роботі реєстру не-прибуткових організацій, установ, виникають проблеми із внесенням відповідних підприємств до реєстру.

А тому, до усунення технічних прогалин необхідно застосовувати код 430 (КОМУНАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ (УСТАНОВА, ЗАКЛАД)), з мотивів, що Комунальне підприємство є заклад охорони здоров'я.

8. Можливість отримання медичної субвенції після зміни статусу з КУ в КНП (Зміна з розпорядника на отримувача бюджетних коштів). Як буде фінансуватися в поточному році і як буде фінансуватися після 01.01.2018?

Отримання медичної субвенції можливе та здійснюється через місцевий бюджет за відповідними напрямками видатків за програмно-цільовим методом.

У 2018 році передбачається можливість (закон не набрав сили) оплати медичних послуг населенню централізовано через новоутворений орган – Національну службу здоров'я України за принципом капітації.

В той же час, не забороняється здійснення фінансування із місцевих бюджетів за програмно-цільовим методом з метою реалізації певних місцевих програм.

9. Чи потрібно вносити в статут пункти про створення Спостережної ради та її повноваження?

Пункти вносяться за рішенням Власника. Імперативна вимога, щодо створення відповідного органу відсутня.

(стаття 24 Закону України "Про основи законодавства України про охорону здоров'я" в редакції станом на 06.11.2017)

10. Чи збережуться кошти в КНП після зміни форми з КУ при наявності коштів на спец рахунок?

Кошти зберігаються в залежності від положень статуту Комунальної установи яка перетворюється (залежно чи передбачена передача грошових коштів неприбутковому підприємству).

В той же час, можливі альтернативні варіанти. Наприклад формування статутного капіталу КНП в розмірі спеціального фонду КУ, після переведення коштів спеціаль-

ного фонду в дохід бюджету Власника.

11. На момент попередження трудового колективу КУ не зареєстрована нова установа КНП до якої трудовий колектив буде переведений.

У випадку реорганізації дія трудових договорів зберігає свою силу за згодою працівника.

До трудової книжки лише вноситься запис про правонаступництво новоствореної юридичної особи.

(Стаття 36 Кодексу законів про працю України)

12. Заробітна плата після зміни з КУ в КНП буде рахуватися незахищеною статтею?

Захищеними видатками бюджету визнаються видатки загального фонду бюджету, обсяг яких не може змінюватися при здійсненні скорочення затверджених бюджетних призначень.

До захищених видатків Державного бюджету України відносяться видатки загального фонду на оплату праці працівників бюджетних установ.

Комунальні підприємства не входять до даного переліку.

13. Наказ МОЗ України №33 скасовано. Чим керуватися під час розрахунку штатного розкладу підрозділів закладу з урахуванням вимог колективного договору та тісного зв'язку навантаження на співробітника з ціною тарифу на послугу?

Наразі відсутній нормативний акт, який би регламентував кількість штату в лікарні. Штатний розпис формується самостійно відповідними департаментами охорони здоров'я та медичними закладами (залежно від розподілу компетенцій) виходячи із потреб населення у отриманні медичної допомоги, відповідного навантаження на лікарів і бюджету.

14. Питання фінансування клінічного закладу: чи статус клінічного закладу передбачає фінансування видатків клінічного закладу за рахунок коштів місцевого бюджету, а статус комунального некомерційного підприємства передбачає отримання бюджетних коштів, які можуть витратитися ним тільки за договорами про медичне об-

слуговування населення, укладеними з відповідним розпорядником бюджетних коштів та не можуть витратитися на інші цілі?

У положеннях чинного законодавства відсутні норми, які б встановлювали, що комунальне некомерційне підприємство може отримувати бюджетні кошти лише за договорами про медичне обслуговування. Комунальне некомерційне підприємство може бути одержувачем бюджетних коштів місцевого бюджету і забезпечувати фінансування клінічного закладу.

Таким чином, підстав щодо зміни статусу клінічного закладу немає.

15. У частини керівників закладів охорони здоров'я закінчується контракт у листопаді 2017 року. Проте, наразі відсутній порядок проведення конкурсу для керівників ЗОЗ. Як призначити керівника?

Порядок призначення керівників ЗОЗ наразі не визначений, проте проходить формальну процедуру затвердження.

До моменту прийняття відповідного регулювання доцільно призначати Директорів ЗОЗ у статусі тимчасово виконуючих обов'язків до встановлення процедури конкурсу.

Окрім того, рекомендуємо звернути увагу, що Листом Міністерства юстиції України від 30.01.2009 №Н-35267-18 вказано на можливість застосування аналогії у випадку наявності прогалин у правовому регулюванні певних суспільних відносин.

16. Чи потрібно вносити в Статут пункти про створення спостережної Ради і їх повноваження?

Власник наразі має право (але не зобов'язаний) вносити положення до статуту про створення спостережної ради, врахувавши, що типові положення про спостережну раду буде прийняте пізніше, або внести відповідні зміни до статуту щодо створення спостережної ради після набуття чинності законом 06.11.2017.

Матеріал підготовлено у співпраці з проектом USAID "Реформа ВІЛ-послуг у дії" [компонент підтримки медичної реформи], який впроваджує компанія "Делойт" за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку [USAID].

Чи дасть свободу лікарням новий "закон про автономізацію"

Олена Хитрова,
юридична експертка МОЗ, юристка Харківської експертної групи підтримки медреформи

Як експертка міжнародних програм з трансформації охорони здоров'я USAID, "U-LEAD з Європою" і МФ "Відродження". Олена Хитрова щорічно проводить навчальні тренінги для громад та головних лікарів в різних регіонах України. Вона консультує з питань автономізації і фінансування лікарень, нової організації системи охорони здоров'я на місцях, оптимізації та мотивації медичного персоналу.

Входить до ТОП-20 провідних юристів України в сфері медицини за рейтингом Ukrainian Law Firms 2017.



<http://www.ilf-ua.com>

Стандартний український медзаклад – це бюджетна установа, де центр прийняття рішень перенесений на чиновника, а сам керівник закладу, за великим рахунком, ні на що не впливає.

Кошторис обмежує його можливість розпоряджатися грошима, і навіть обсяг свого штату головлікар не може самостійно змінити (навіть після відміни так званого 33-го наказу Міністерства охорони здоров'я, головлікар не може змінювати штат лікарні без рішення сесії ради місцевого рівня).

В партнерство з такими формаціями цивілізований донор вступати не готовий. Інша справа – некомерційні комунальні підприємства, що належать громадам, з прозорою звітністю, прозорими формами роботи та свободою (під наглядом громади) у розпорядженні своїми коштами.

Неможливість залучати інвестиції – лише один із багатьох недоліків нинішньої несвободи медичних закладів.

Органи місцевого самоуправління могли й раніше автономізувати свої медичні заклади. Цей порядок передбачений цивільним законодавством.

Та практично ніхто йти на цей крок не хотів. Керівників лікарень при реорганізації найбільше лякає необхідність заново переоформлювати ліцензію, оскільки вони вже стикалися з непрозорістю цієї процедури, виникненням нових вимог і додаткових витрат.

Закон не скорочує строки процесу реорганізації і не встановлює пільгових положень для переоформлення ліцензії.

Єдині пільги при реорганізації – це можливість **відмовити кредиторам у достроковому погашенні боргів**.

Крім того, за новим законом, **не обов'язково проводити оцінку акти-**

вів, котрі будуть передані автономізованому медзакладу. І це добре, оскільки такі пільги частково скорочують терміни автономізації десь на 2 тижні і економлять кошти місцевого самоуправління на переоцінку активів.

Закон суперечливий і ще в одному моменті. З одного боку, це спроба надати лікарням можливість стати самостійними. А з іншого – **закон передає Кабміну ряд повноважень, які мали б належати органам місцевого самоуправління і профільним органам центральної влади.**

Наприклад, закон установлює, що керівник державної або комунальної лікарні призначається за конкурсом – і це добре, адже в минулому мають лишитися часи непрозорих призначень і "вічних" головлікарів.

Але порядок проведення цього конкурсу і типова форма контракту з головлікарем затверджуються не громадою, а – Кабміном. Хоча у кожній громаді, як у власника, можуть бути свої важливі особливості, які варто було б враховувати.

Позитивний момент закону – в ньому нарешті надане визначення "послуги з медичного обслуговування населення".

Зазначено, що це послуги, котрі надаються лікарням будь-якої форми власності та оплачуються замовниками.

Замовником може бути держава, органи місцевого самоуправління, юридичні та фізичні особи, у тому числі – сам пацієнт.

Все це прибере суперечки про те, хто й які медичні послуги може закуповувати у лікарень за договорами.

Та все ж таки, перетворившись на комунальне некомерційне підприємство, медичний заклад (лікарня, поліклініка, центр та інші) зможе:

Замовником може бути держава, органи місцевого самоуправління, юридичні та фізичні особи, у тому числі – сам пацієнт.

– **Самостійно розпоряджатися своїми активами.** Скажімо, сьогодні велика кількість лікарень жаліється на старий автопарк і відсутність можливості його оновити. Лікарні в формі підприємств зможуть орендувати потрібний автотранспорт коли і який необхідно. Це вирішить проблему і не вимагатиме значних додаткових витрат (купувати теж зможуть, але це дорожче).

– **Залучати кошти від національних та міжнародних інвесторів, міжнародних донорів.** Наприклад, на впровадження нових методик діагностики і лікування.

– Отримувати **фінансування на придбання необхідного обладнання** або саме обладнання завдяки участі в грантових і міжнародних проектах. Зможуть оновити свою матеріальну базу, в тому числі – комп’ютерну.

– **Самостійно вирішувати – варто утримувати свою лабораторію** чи вигідніше закупити ці послуги на аутсорсингу в приватній лабораторії чи іншій лікарні.

– **Змінити систему оплати праці медичних працівників** і таким чином створити додаткові умови для їх мотивації.

Може скластися хибне враження, що автономізація створить можливості для безконтрольних дій з боку керівника лікарні.

Для нівелювання таких ризиків при всіх медичних закладах мають бути створені **Спостережні ради**. Вони складатимуться з представників не лише органів місцевого самоуправління, а й громадських організацій із захисту прав пацієнтів. Їх повноваження – контроль за розподілом коштів і використанням матеріально-технічної бази, а також за дотриманням прав пацієнтів.

Разом із Наглядовими радами можуть створюватись і так звані **Опікунські ради**. В них можуть входити представники благодійних і громадських організацій, представники релігійних організацій і засобів масової інформації тощо. Задача Опікунських рад – сприяння діяльності лікарень (наприклад, залучення коштів).

Якщо подивитись на автономізацію очима пацієнта, то найголовнішим, певно, є те, що, завдяки реорганізації лікарень на некомерційні комунальні підприємства:

– має покращитись якість і рівень медичного обслуговування завдяки оновленню матеріальної бази та нової системи мотивації медпрацівників;

– пацієнти зможуть брати участь в керівництві і контролі за роботою лікарні через наглядові та опікунські ради, створені при закладах.

Змінити систему оплати праці медичних працівників і таким чином створити додаткові умови для їх мотивації.



№ _____ місто (село, селище) _____ 2018 року

« _____ »
в Комунальне некомерційне підприємство

На виконання п. ____ рішення ____ ради від ____ року
№ ____ «Про припинення юридичної особи Комунальний заклад охорони здоров'я ____ шляхом реорганізації
« ____ » ____ (перетворення) у комунальне некомерційне підприємство»:

НАКАЗУЮ

1. _____ (ПБ особи та її посада (начальник відділу кадрів, головний бухгалтер тощо)):

1.1. Повідомити працівників Комунального закладу охорони здоров'я «_____» про його реорганізацію (перетворення) в Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги _____».

1.2. Оформити повідомлення працівників Комунального закладу охорони здоров'я
«_____» _____ » відповідно до Додатку №1,
який додається до цього Наказу.

2. Контроль за выполнением данного Наказа залишаю за собою.

Голова комісії з реорганізації (перетворення) _____ (підпис) _____ (ПІБ)
 Комунального закладу охорони здоров'я _____
 « _____ » _____

»
«
**Про повідомлення працівників
про початок процесу реорганізації (перетворення) КЗОЗ**

Своїм підписом нижчезазначені працівники підтверджують, що ____ 2018 року їх було повідомлено про початок реорганізації (перетворення) Комунального закладу охорони здоров'я «_____» у _____ медико-санітарної допомоги _____».

[illegible]

(Посада особи,

якій доручено проведення повідомлення)

Голова комісії з реорганізації (перетворення) _____ (підпис) _____ (ПІБ)

Комунального закладу охорони здоров'я _____

« _____ » _____

_____ (назва КП _____)

НАКАЗ (А)

_____ (дата)

Про проведення організаційно-штатних заходів зі скорочення чисельності працівників

У зв'язку із необхідністю затвердження штатного розпису КП _____, необхідністю оптимізації чисельності працівників колишнього КЗОЗ _____ і забезпечення ефективного використання фонду оплати праці підприємства,

НАКАЗУЮ

1. Затвердити штатний розпис КП _____ з кількістю посад _____ і фондом оплати праці _____ тис. грн (Додаток №1).
2. Надати первинний профспілковій організації інформацію щодо можливого скорочення чисельності працівників у строк не пізніше ніж за три місяці до моменту їх звільнення.

3. Начальнику відділу кадрів _____ (ПІБ):

3.1. Не менше ніж за два місяці персонально повідомити кожного з працівників, які займають посади, визначені штатним розписом КЗОЗ _____ і посади яких не передбачені штатним розписом КП _____, про їх майбутнє звільнення за формою, визначеною Додатком №2 до цього наказу.

- 3.2. Скласти перелік вакантних посад відповідно до штатного розпису КП _____ з метою пропонування їх працівникам, що підлягають скороченню.

- 3.3. Запропонувати працівникам, що підлягають скороченню, переведення за їх згодою на вакантні посади. У разі відмови від переведення або відсутності вакантних посад здійснити заходи щодо звільнення працівників за п. 1 ст. 40 КЗпП України.

- 3.4. У випадку наявності вакантних посад та згоди працівника на переведення згідно п. 3.3 цього наказу, здійснити заходи щодо їх переведення відповідно до законодавства.

- 3.5. Повідомити у строк до _____ року територіальну службу зайнятості про майбутнє скорочення чисельності працівників за формою 4-ПН, затвердженою Наказом Міністерства соціальної політики України від 31.05.2013 року № 317.

4. Контроль за виконанням цього Наказу залишаю за собою.

Керівник КП _____

Додаток №1
до Наказу № _____ від _____ року

ЗАТВЕРДЖУЮ

штат у кількості _____ штатних одиниць
з фондом оплати праці _____ тис. грн

ШТАТНИЙ РОЗПИС

на _____ (вказати період)
КП _____

№	Посада (професія)	Код за класифікатором професій ДК	Кількість штатних одиниць	Посадовий оклад	Надбавки (доплати) грн	Фонд заробітної плати
1						
2						
3						
4						

Головний бухгалтер _____ (ПІБ)

Керівник КП _____ (ПІБ)

Додаток №2
до Наказу № _____ від _____ року

_____ року
(ПІБ працівника та його поточна посада)

Шановний _____, повідомляємо Вас про наступне вивільнення з посади _____, яку Ви займаєте. Трудовий договір з Вами припиняється _____ року за п. 1 ст. 40 КЗпП України у зв'язку із скороченням чисельності працівників.

Одночасно доводжу до Вашого відома, що на день повідомлення про скорочення Вашої посади вакантні посади у штатному розписі Комунального підприємства «_____» відсутні (Водночас пропонуємо Вам вакантну посаду _____)

Керівник КП _____ (ПІБ)

З попередженням про звільнення за скорочення чисельності означмлений(а).

_____ року
(дата ознайомлення) _____ (ПІБ)

(назва КП)

НАКАЗ

Про проведення організаційно-штатних заходів зі скорочення чисельності працівників

(дата)

У зв'язку із необхідністю затвердження штатного розпису КП, необхідністю оптимізації чисельності працівників колишнього КЗОЗ і забезпечення ефективного використання фонду оплати праці підприємства,

НАКАЗУЮ

1. Затвердити штатний розпис КП тис. грн (Додаток №1), з кількістю посад і фондом оплати праці

2. Надати первинній профспілковій організації інформацію щодо можливого скорочення чисельності працівників у строк не пізніше ніж за три місяці до моменту їх звільнення.

3. Начальнику відділу кадрів (ПІБ):

3.1. Не менше ніж за два місяці персонально повідомити кожного з працівників, які займають посади, визначені штатним розписом КЗОЗ і посади яких не передбачені штатним розписом КП, про їх майбутнє звільнення за формою, визначеною Додатком №2 до цього наказу.

3.2. Скласти перелік вакантних посад відповідно до штатного розпису КП з метою пропонування їх працівникам, що підлягають скороченню.

3.3. Запропонувати працівникам, що підлягають скороченню, переведення за їх згодою на вакантні посади. У разі відмови від переведення або відсутності вакантних посад здійснити заходи щодо звільнення працівників за п. 1 ст. 40 КЗпП України.

3.4. У випадку наявності вакантних посад та згоди працівника на переведення згідно п. 3.3 цього наказу, здійснити заходи щодо їх переведення відповідно до законодавства.

4. Контроль за виконанням цього Наказу залишаю за собою.

Керівник
Комунального підприємства

Додаток №1
до Наказу № від року

ЗАТВЕРДЖУЮ
штат у кількості
штатних одиниць
з фондом оплати праці
тис. грн

ШТАТНИЙ РОЗПИС
на (вказати період)
КП

№	Посада (професія)	Код за класифікатором професій ДК	Кількість штатних одиниць	Посадовий оклад	Надбавки (доплати) грн	Фонд заробітної плати
1						
2						
3						
4						

Головний бухгалтер (підпис) (ПІБ)

Керівник КП (підпис) (ПІБ)

Додаток №2
до Наказу № від року

року (ПІБ працівника та його поточна посада)

Шановний, повідомляємо Вас про наступне вивільнення з посади, яку Ви займаєте. Трудовий договір з Вами припиняється року за п. 1 ст. 40 КЗпП України у зв'язку із скороченням чисельності працівників.

Одночасно доводжу до Вашого відома, що на день повідомлення про скорочення Вашої посади вакантні посади у штатному розписі Комунального підприємства «» відсутні (Водночас пропонуємо Вам вакантну посаду).

Керівник КП (підпис) (ПІБ)

З попередженням про звільнення за скорочення чисельності ознайомлений(а).

року (дата ознайомлення) (підпис) (ПІБ)

РАДА _____ ОБЛАСТІ
сесія _____ скликання

Р І Ш Е Н Н Я

від " _____ " 201 _____ року

Про припинення юридичної особи
Комунальний заклад охорони здоров'я

_____ шляхом
реорганізації (перетворення) у некомерційне
комунальне підприємство

Керуючись статтями 43, 59, 60 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», Господарським кодексом України, Цивільним кодексом України, Законом України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань» з метою покращення якості медичних послуг в місті (селі, селищі) шляхом зміни системи організації та фінансування первинної медичної допомоги, _____ рада

ВИРІШИЛА:

1. Припинити юридичну особу Комунальний заклад охорони здоров'я « _____ » шляхом реорганізації (перетворення) у некомерційне Комунальне підприємство « _____ »

2. Утворити комісію з _____ перетворення КЗОЗ _____

шляхом реорганізації (перетворення) у некомерційне комунальне підприємство у наступному складі (Додаток 1).

3. Визначити, що строк заявлення вимог кредиторами до КЗОЗ складає 2 (два місяці) з дня оприлюднення повідомлення про рішення щодо припинення КЗОЗ « _____ » шляхом реорганізації (перетворення) у некомерційне комунальне підприємство.

4. Голові комісії з перетворення КЗОЗ « _____ » у встановленому чинним законодавством України порядку забезпечити вжиття всіх необхідних заходів щодо реорганізації та державної реєстрації припинення діяльності КЗОЗ « _____ » шляхом реорганізації (перетворення) у некомерційне комунальне підприємство, в тому числі:

4.1. Повідомлення в установленому чинним законодавством України порядку працівників КЗОЗ « _____ » про припинення шляхом реорганізації (перетворення) останнього. Забезпечення дотримання соціально-правових гарантій працівників КЗОЗ « _____ » у порядку та на умовах, визначених чинним законодавством України;

4.2. Складання передавального акту та надання його для затвердження до КЗОЗ органу після закінчення строку для пред'явлення вимог кредиторами до КЗОЗ « _____ »;

4.3. Надання за запитом голови _____ звіту про стан виконання заходів з припинення шляхом реорганізації (перетворення) КЗОЗ « _____ »;

4.4. Організація державної реєстрації рішення про припинення юридичної особи КЗОЗ (перетворення) у некомерційне комунальне підприємство шляхом реорганізації припинення юридичної особи КЗОЗ « _____ » шляхом реорганізації (перетворення) у некомерційне комунальне підприємство та державної реєстрації припинення юридичної особи КЗОЗ « _____ »

5. Контроль за виконанням рішення покласти на _____.

Голова _____ ради

Додаток 1
до рішення _____
ради _____
сесія _____ скликання
від " _____ " 201 _____ року

С К Л А Д комісії з перетворення комунального закладу охорони здоров'я

« _____ »

Голова Комісії:

_____ (ПІБ) – _____ (посада),
ідентифікаційний номер _____, паспорт _____

Члени Комісії:

_____ (ПІБ) – _____ (посада)
ідентифікаційний номер _____, паспорт _____

_____ (ПІБ) – _____ (посада),
ідентифікаційний номер _____, паспорт _____

Голова _____ ради

Голова _____ ради _____
РАДА _____ ОБЛАСТІ
_____ сесія _____ скликання

РІШЕННЯ

від “ ” _____ 201_ року

Про затвердження Передавального акту балансових рахунків, матеріальних цінностей та активів Комунального закладу охорони здоров'я « _____ » _____
Комунальному підприємству « _____ » _____

На підставі вимог ст. 107 Цивільного Кодексу України, керуючись ст. ст. 43, 59, 60 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», _____ рада

ВИРІШИЛА:

1. Затвердити Передавальний акт балансових рахунків, матеріальних цінностей та активів Комунального закладу охорони здоров'я « _____ » _____
підприємству « _____ » _____
_____ (подається).
2. Головному лікарю Комунального підприємства « _____ » _____ (ПІБ)
забезпечити взяття на бухгалтерський облік майна та активів згідно з Передавальним актом.
3. Контроль за виконанням рішення покласти на _____

Голова _____ ради _____

Додаток до

рішення _____ сесії _____ ради _____ скликання
_____ року

«Про затвердження передавального акта Комунального закладу охорони здоров'я
« _____ » _____»

ПЕРЕДАВАЛЬНИЙ АКТ БАЛАНСОВИХ РАХУНКІВ, МАТЕРІАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ ТА АКТИВІВ КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
« _____ »

ДО ПРАВОНАСТУПНИКА КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ _____ »

Ми, що нижче підписалися, члени комісії з проведення реорганізації (перетворення) Комунального закладу охорони здоров'я
« _____ » _____ створеної згідно з рішенням _____ сесії _____ ради _____ скликання від _____ 201_ року, у складі:

_____ (зазначити ПІБ всіх членів комісії)

керуючись статтею 107 Цивільного кодексу України, склали цей акт про те, що всі зобов'язання Комунального закладу охорони здоров'я
« _____ » _____ перед кредиторами, усі права та обов'язки, а також всі активи і пасиви Комунального закладу охорони здоров'я
« _____ » _____ переходять до правонаступника - Комунального підприємства « _____ », а саме:

	Рахунки спеціального фонду			
	Рахунки в іноземній валюті			
19	Рахунки в казначействі загального фонду			
20.	Рахунки в казначействі спеціального фонду			
	Спеціальні реєстраційні рахунки для обліку коштів отриманих як плата за послуги			
21.	Інші рахунки в казначействі			
	325 Спецреєстр.рах. для обліку депозитів в нац.валюті			
	328 Депонентний рахунок			
	Видатки загального фонду			
22.	Видатки спеціального фонду			
	Видатки за коштами,отриманими як плата за послуги			
23.	Фонд у необоротних активах рах. 401			
24.	Фонд у малоцінних та швидкозношуваних предметах рах. 411			
25.	Результат виконання кошторису за загальним фондом рах. 431			
26.	Результат виконання кошторису за спеціальним фондом рах.432			
27.	Кредиторська заборгованість рах. 631			

13.	Матеріали і продукти харчування			
	в тому числі по рахунках:			
	234 Господарські матеріали і канц. приладдя			
	235 Паливо, горючі і мастильні матеріали			
	238 Запасні частини до машин та обладнання			
14.	Малоцінні та швидкозношувані предмети			
	в тому числі по рахунках:			
	221 МПП			
15.	Дебіторська заборгованість			
	Розрахунки з поставальниками, підрядниками за товари, роботи й послуги			
	Розрахунки із податків і зборів			
	Розрахунки із страхування			
	Розрахунки з підзвітними особами			
	Розрахунки за іншими операціями			
16.	Розрахунки за операціями з внутрішньої передачі майна			
17	Інші кошти			
	в тому числі по рахунках:			
	331 Грошові документи			
18.	Рахунки в банках			
	Рахунки загального фонду			

№ п/п	Назва рахунку балансу	Дані балансу Комунального закладу охорони здоров'я «_____» (грн., коп.)		Примітка (розшифровки статей в розрізі бухгалтерських рахунків в окремих додатках)
		Актив	Пасив	
1	2	3	4	5
1.	Нематеріальні активи			
2.	Балансова вартість (залишкова)			
3.	Знос			
4.	Первісна вартість			
5.	Основні засоби			
6.	Балансова вартість (залишкова)			
7.	Знос			
8.	Первісна вартість			
	в тому числі по рахунках:			
	105 Транспортні засоби			
9.	Інші необоротні матеріальні активи			
10.	Балансова вартість (залишкова)			
11.	Знос			
12.	Первісна вартість			
	в тому числі по рахунках:			
	113/1 Малоцінні необоротні активи			
	113/2 Малоцінні необоротні активи			

	Розрахунки поставальниками, підприємствами за товари, роботи й послуги	3			
	Розрахунки із заробітної плати				
	Розрахунки за іншими операціями				
	в тому числі по рах.:				
28.	Доходи загального фонду				
29.	Доходи спеціального фонду				
	Разом				

Розшифрування позабалансових рахунків

№ з/п	Назва рахунку позабалансового обліку	Дані балансу Комунального закладу охорони здоров'я «_____» _____» (грн., коп.)	Примітка (розшифровки в окремих додатках)
1	01 "Орендовані необоротні активи"		
2	02 "Активи на відповідальному зберіганні"		
3	04 "Непередбачені активи і зобов'язання"		
4	05 "Гарантії та забезпечення"		
5	07 "Списані активи та зобов'язання"		
6	08 "Бланки суворого обліку"		
7	09 "Призначення та зобов'язання"		
	Разом		

Примітка: додатки № _____, до передавального акта додаються.

Крім того, до правонаступника – Комунального підприємства «_____» _____, передається організаційно-розпорядча документація, яка вела в Комунального закладу охорони здоров'я «_____» _____, а саме бухгалтерські та податкові документи в папках :

ОПИСАННЯ ДОКУМЕНТІВ

№/п	Назва документів	Період	Кількість папок
	Меморіальний ордер №		
	Оборотні відомості по рах.		
	Облік отриманих асигнувань, касових та фактичних видатків		
	Табель обліку використання робочого часу		
	Зведена по з/платі		
	Дорожні листи		
	Меню - вимоги		
	Рух хворих		
	Зведена відомість по ГСМ		
	Звіти по 1 Дф		
	Інвентаризація		
	Картки обліку автомобільних шин		

- Розшифровка залишків коштів Комунального закладу охорони здоров'я «_____» на реєстраційних рахунках станом на __. __. 201_ р. Додаток №__ до передавального акта .
- Інформація щодо діючих угод Комунального закладу охорони здоров'я «_____» станом на __. __. 201_ р. Додаток №__ до передавального акта.
- Оборотний баланс Комунального закладу охорони здоров'я «_____» станом на __. __. 201_ р. Додаток №__ до передавального акта.
- Передавальний баланс Комунального закладу охорони здоров'я «_____» станом на __. __. 201_ р. Додаток №__ до передавального акта.

Комісією з припинення юридичної особи вчинено всі передбачені законодавством дії стосовно порядку припинення юридичної особи – Комунального закладу охорони здоров'я «_____».

Голова Комісії : _____

Члени комісії : _____

	лікарняні		
	персоніфікація		
	Звіти по фондам та податковій		
	Місячні фінансові звіти		
	Квартальні фінансові звіти		
	Головна книга		
	Особові рахунки працівників		
	Книги наказів		
	Договори з організаціями		
	Книга реєстрації вхідних документів		
	Книга реєстрації вихідних документів		
	Штатний розпис		
	Кошториси		
	Вхідні документи		
	Вихідні документи		
	Відомість нарахування зносу		
	Акти приймання-передавання		
	Акти ревізій		
	Установчі документи санаторію «Тростянець»		
	Медична карта стаціонарного хворого		

РАДА _____ ОБЛАСТІ _____
_____ сесія _____ скликання

РІШЕННЯ

від “ ” _____ 201__ року

Про затвердження Статуту
Комунального підприємства
« _____ »
_____»

На підставі вимог ст. ст. 57, 78 Господарського Кодексу України, керуючись ст. ст. 59, 60 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», _____ рада

ВИРІШИЛА:

1. Затвердити Статут Комунального підприємства « _____ » (додається).
2. Доручити _____ (ПІБ) голови комісії з перетворення _____ або керівника, _____ (ПІБ) ради _____) _____ зареєструвати Статут в установленому законом порядку в місячний строк.
3. Контроль за виконанням рішення покласти на _____ (_____ (ПІБ)).

Голова ради _____

_____ (назва КП _____)

НАКАЗ

Про внесення записів
до трудових книжок
працівників
про перейменування
підприємства

У зв’язку реорганізацією Комунального закладу охорони здоров’я _____ шляхом перетворення у Комунальне підприємство _____ НАКАЗУЮ

1. Начальнику відділу кадрів _____ (ПІБ) внести до трудових книжок працівників запис про перейменування Комунального закладу охорони здоров’я _____ у _____ Комунальне підприємство _____ протягом семи днів з дня видачі цього наказу.

2. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

Керівник _____

Комунального підприємства _____

” _____

_____ РАДА _____ ОБЛАСТІ
_____ сесія _____ скликання

РІШЕННЯ

від “ _ ” _____ 201_ року

Про створення Комунального підприємства

« _____ » _____ шляхом
реорганізації (перетворення) Комунального закладу
охорони здоров'я _____

« _____ » _____

_____, відповідно до затвердженого в установленому
порядку передавального акту.

3. Призначити _____ на посаду головного лікаря
Комунального підприємства « _____ »
шляхом переведення з посади головного лікаря Комунального закладу охорони здоров'я
« _____ » _____ на
термін визначений у контракті від _____ року № ____.

4. Доручити голові _____ ради _____ внести до контракту з
_____ зміни, пов'язані зі створенням Комунального підприємства
« _____ » _____.

5. Головному лікарю Комунального підприємства
« _____ » _____ вжити всіх необхідних
заходів щодо державної реєстрації створення Комунального підприємства
« _____ » _____.

6. Контроль за виконанням рішення покласти на _____.

Голова _____ ради

На підставі вимог ст. ст. 106, 108 Цивільного Кодексу України, Господарського Кодексу України, Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань» з метою покращення якості медичних послуг в місті (селі, селищі) _____ шляхом зміни системи організації та фінансування первинної медичної допомоги, _____ рада, керуючись ст. ст. 43, 59, 60 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», _____ рада

ВИРІШИЛА:

1. Створити Комунальне підприємство « _____ »
_____ шляхом реорганізації (перетворення) Комунального
закладу охорони здоров'я « _____ » _____.

2. Визначити Комунальне підприємство « _____ »
_____ і» правонаступником майна, прав та
обов'язків Комунального закладу охорони здоров'я « _____ » _____.

Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні

Операційне керівництво

Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін.
Міністерство охорони здоров'я України



Deloitte



**МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ**



Операційне керівництво "Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні" присвячено практичним аспектам впровадження реформи первинної медичної допомоги (ПМД) на рівні об'єднаних територіальних громад, міст і районів України. У 2017 році для вироблення політики у сфері охорони здоров'я відбулися всеукраїнські регіональні тури "ЗміниТи" і "ЗміниТи-2" за участі Міністерства охорони здоров'я України, ГО "Центр UA" і коаліції ГО "Реанімаційний пакет реформ". Матеріали, зібрані під час публічних консультацій з медиками, керівниками медичних закладів та органами місцевого самоврядування, стали мотивацією та основою для створення цієї публікації.

Керівництво розроблено Міністерством охорони здоров'я України за технічної підтримки міжнародних організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я. Воно надає практичні рекомендації щодо організації системи ПМД на місцевому рівні та відповідає на найбільш поширені запитання закладів ПМД, зібрані по всій Україні протягом 2017 року. Керівництво охоплює питання зміни принципів фінансування сфери, надання послуг та планування мережі ПМД, юридичні питання та організаційно-правові моделі надання ПМД, управління закладами ПМД в нових умовах, організації системи комунікацій. Операційне керівництво призначене для органів місцевого самоврядування, районів та міст, які відповідають за надання первинної медичної допомоги, а також для керівників закладів охорони здоров'я, які надають допомогу первинного рівня.

Цю публікацію було підготовлено завдяки фінансовій підтримці Невідкладного плану Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) у рамках Угоди за Проектом "Реформа ВІЛ-послуг у дії" № AID-121-A-13-00007. Зміст цієї публікації, за яку несуть відповідальність винятково ТОВ "Делойт Консалтінг" та партнери-виконавці, не обов'язково є відображенням поглядів PEPFAR, USAID або Уряду США.

Сфера охорони здоров'я України розпочинає системні зміни, які, серед іншого, включають зміну принципів фінансування галузі. Засади реформи фінансування системи охорони здоров'я викладено у відповідній Концепції, яку схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. У грудні 2017 року Президент України підписав прийняті Верховною Радою України закони, які започаткували реформу охорони здоров'я в Україні: "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення"¹ та "Про внесення змін до Бюджетного кодексу України"².

Реформа має на меті вирішити гострі проблеми сфери охорони здоров'я, такі як низька якість та ефективність надання медичних послуг, неефективне витрачання бюджетних коштів і, як наслідок, катастрофічні витрати домогосподарств на охорону здоров'я.

Основою для нової системи є пацієнт-центрична модель, що ґрунтується на таких принципах:

- ◆ забезпечення доступу до медичної допомоги;
- ◆ координація та інтеграція надання медичної допомоги;
- ◆ повага до потреб та очікувань пацієнтів;
- ◆ надання пацієнтам інформації щодо діагнозу та процесу лікування;
- ◆ емоційна підтримка;
- ◆ залучення сім'ї до процесу надання медичної допомоги.

Нова система зосереджена на чіткому визначенні ролей та відповідальності Уряду, місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я.

Відповідно до законодавства України, до повноважень місцевого самоврядування належать управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації спеціалістів.

Зараз органи місцевого самоврядування стикаються з низкою перешкод для розвитку закладів охорони здоров'я: значні кошти з місцевих бюджетів спрямовуються на фінансування поточних видатків, а не на розвиток закладів та їхнього персоналу. Запровадження нової моделі дасть місцевому самоврядуванню можливості

для повноцінного виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я.

Передусім це буде досягнуто шляхом прозорого розмежування: з національного рівня фінансуватиметься програма медичних гарантій, тоді як кошти місцевих бюджетів буде спрямовано на покращення якості роботи закладів охорони здоров'я та впровадження місцевих програм.

Для запровадження реформи принциповим є забезпечення достатнього рівня управлінської та фінансової автономії закладів охорони здоров'я. На зміну командно-адміністративній моделі приходить контрактна модель, у рамках якої відносини замовника і надавача послуг (медичного фахівця) регулюються договорами про стратегічне замовлення медичної допомоги з визначеними параметрами фінансування та результату. Особлива увага приділяється професійному розвитку й забезпеченню гідних умов роботи медичного персоналу.

Це Операційне керівництво розроблено Міністерством охорони здоров'я України для підтримки впровадження реформи первинної медичної допомоги (ПМД) на рівні об'єднаних територіальних громад (ОТГ), міст і районів. Керівництво розроблено за технічної підтримки міжнародних організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я.

Керівництво розроблено у відповідь на запит організаторів охорони здоров'я та представників органів місцевого самоврядування щодо практичних аспектів впровадження реформи охорони здоров'я. У ньому узагальнено відповіді на найбільш поширені запитання і надано практичну інформацію щодо впровадження реформи.

Зокрема, охоплено таке коло питань:

- ◆ Огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я: стратегічне замовлення медичних послуг, впровадження програми медичних гарантій, фінансування ПМД, забезпечення роботи ПМД, виконання програм громадського здоров'я на рівні ПМД.
- ◆ Планування мережі закладів ПМД на рівні ОТГ, міст і районів.
- ◆ Організація надання послуг ПМД та звітності.
- ◆ Юридичні аспекти роботи мережі закладів, які надають ПМД.
- ◆ Управління мережею закладів, які надають ПМД: робота з персоналом, вимоги та забезпечення надання послуг, якість надання послуг, фінансові аспекти, робота в системі eHealth.
- ◆ Розбудова системи комунікації з медичним персоналом, пацієнтами, ЗМІ.

Операційне керівництво розроблено для органів місцевого самоврядування ОТГ, районів та

¹ Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення". URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

² Закон України від 07.12.2017 № 2233-VIII "Про внесення змін до Бюджетного кодексу України". URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

міст, які відповідають за надання ПМД, а також для керівників закладів охорони здоров'я, які надають ПМД.

Ця версія Операційного керівництва є першою і базується на наявній нормативно-правовій базі станом на січень 2018 року. Видання оновлюватиметься з урахуванням відповідних змін у нормативно-правовій базі.

1. РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я

Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я схвалено Урядом України в листопаді 2016 року. Метою цієї реформи є запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращій фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний і справедливий розподіл ресурсів та скорочення платежів пацієнтів.

Міжнародно прийнятий підхід – розглядати системи фінансування в розрізі трьох основних функцій.

Три основні функції фінансування охорони здоров'я

Функція 1. Збір коштів

До реформи	Після реформи
Через загальні податки	Через загальні податки

Ця функція визначає, яким саме способом кошти надходять до системи охорони здоров'я. Зазвичай говорять про такі основні джерела: загальні податки, кошти соціального [обов'язкового] або приватного [добровільного] страхування, особисті кошти домогосподарств, кошти донорів.

До сильних сторін української системи охорони здоров'я належить її фінансування за рахунок загальнодержавних податків. Податки є однією з форм передоплати медичного обслуговування та розподілу фінансових ризиків між великою кількістю осіб. Кожен громадянин заздалегідь сплачує до бюджету відносно невеликий податковий платіж, і натомість держава зобов'язується оплатити його лікування у випадку настання хвороби. По суті, така організація оплати медичних послуг втілює страховий принцип, причому "застрахованими" крізь систему загальнодержавних податків є всі без винятку громадяни. Це повинно забезпечувати універсальність покриття і рівність доступу до медичної допомоги незалежно від виду зайнятості, матеріального забезпечення і стану здоров'я. Фінансування медицини через державні податки поширене в багатьох європейських країнах, наприклад, у Великій Британії, Іспанії, Італії, Ірландії, усіх Скандинавських країнах. Така модель набуває дедалі більшої популярності.

Функція 2. Акумуляція та пулінг коштів

До реформи	Після реформи
Розподіл коштів на різні рівні бюджетів (національний, обласний, районний/міський/ОТГ)	Єдине джерело розподілу коштів на національному рівні + Можливості додаткового фінансування з місцевих бюджетів

Ця функція визначає, на якому рівні відбуваються об'єднання та розподіл зібраних коштів. У 2017 році кошти охорони здоров'я було розподілено на 953 бюджети. Тобто більшість коштів розподіляється через бюджети на рівні міст, районів та об'єднаних територіальних громад, обсяг населення яких є недостатнім для ефективної консолідації [пулінгу] фінансових ризиків.

Кількість осіб, ризик хвороби яких покривається з єдиного страхового пулу, є дуже важливим критерієм його фінансової стійкості. Чим більшу кількість страхових внесків об'єднано в один нефрагментований бюджет (тобто в єдиний пул, з якого оплачуються страхові випадки), тим більша ймовірність того, що страховик зможе профінансувати кожен випадок хвороби, не банкрутуючи. Якщо кількість людей, чиї внески об'єднуються в один бюджет, є недостатньою, відповідний бюджет або потрапляє в дефіцит, або змушений недоплачувати за лікування пацієнтів, порушуючи взяті зобов'язання.

Наслідком цих слабкостей у розподілі бюджетних коштів є ситуація, коли більшість платників податків не може розраховувати на вчасне і якісне безкоштовне лікування в комунальних лікарнях та поліклініках. Вони змушені доплачувати за медичну допомогу з власної кишені: сьогодні майже половину всіх видатків у цій галузі фінансують пацієнти шляхом додаткової оплати в момент отримання послуги. Це призводить до катастрофічних фінансових наслідків для домогосподарств, які стикаються з хворобами.

Функція 3. Замовлення медичних послуг

До реформи	Після реформи
Пасивне замовлення послуг: фінансування закладів на основі кошторисів. Фінансування не засноване на кількості та якості наданої допомоги.	Стратегічне замовлення послуг: рішення про закупівлю послуг приймається на основі даних про потреби пацієнтів та спроможність закладів надавати такі послуги.

Термін "замовлення медичних послуг" застосовується на позначення різних підходів до фінансування/оплати медичних послуг.

У світовій практиці є дві основні моделі замовлення медичних послуг: пасивне і активне (стратегічне).

Модель, що використовується в Україні, є пасивною і полягає в утриманні наявної мережі медичних закладів незалежно від кількості та якості фактично наданих ними послуг. Іншими словами, "гроші ходять за інфраструктурою", а не "за пацієнтом". Такий підхід не формує стимулів для

покращення якості на рівні закладів, а також пояснює неефективність їх мережі (більшість закладів мають недостатнє навантаження, зношені основні фонди, застаріле медичне обладнання).

На противагу такому підходу, модель стратегічного замовлення медичних послуг полягає в тому, що держава в особі органів управління охороною здоров'я чи державного страхового фонду витрачає кошти платників податків, купуючи у медичних закладів, лікарів, аптек послуги та ліки за допомогою публічних контрактів. Модель стратегічних закупівель передбачає відповідь на три основні запитання:

- ◆ **Які послуги мають закуповуватися на кошти державного бюджету?** Ці рішення приймають на основі потреб пацієнтів, пріоритетів політики охорони здоров'я, даних про ефективність і результативність послуг.
- ◆ **У яких надавачів/закладів ці послуги мають закуповуватися?** Ці рішення приймають на основі даних про якість роботи закладів, їхню спроможність надавати такі послуги, забезпечення доступу населення до послуг.
- ◆ **Якими будуть механізми оплати послуг?** Ці рішення засновані на ефективності різних методів оплати для забезпечення якісних послуг для населення. Ці рішення також включають умови замовлення послуг.

У рамках реформи всі заклади охорони здоров'я зможуть укласти договори та отримувати кошти з державного бюджету. Проте обсяг договорів, перелік медичних послуг, які мають бути надані пацієнтам, та умови фінансування чітко визначатимуться цими договорами.

Основні принципи запровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я

Реанімація української системи охорони здоров'я для досягнення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг з гарантією фінансової безпеки вимагає комплексної реформи. Ключовими елементами цієї реформи мають бути зміна механізмів фінансування та усунення описаних вище недоліків. Для ефективного результату нова модель повинна відповідати таким вимогам:

1. Визначення предмету закупівлі – переліку та обсягу медичних послуг та лікарських засобів, визначених програмою медичних гарантій, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України. Цей перелік включає послуги первинної, вторинної, третинної, екстреної, реабілітаційної та паліативної допомоги і необхідних медикаментів. Програма медичних гарантій, зокрема склад, обсяг та розмір фінансування, щорічно затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України.

2. Універсальність покриття: доступ до послуг повинні мати всі громадяни країни незалежно від віку, статі, рівня достатку, стану здоров'я та місця проживання.
3. Консолідація в єдиний пул для оплати страхових внесків коштів від якомога більшої кількості застрахованих громадян.
4. Консолідація коштів для закупівлі послуг на такому рівні, який забезпечить замовнику (розпоряднику бюджетних коштів) достатню ринкову силу, щоб отримувати найкращу ціну за послуги та медикаменти.
5. Запровадження чітких правил здійснення оплати за кожним страховим випадком (методів оплати, стандартів надання послуг, медичних протоколів, механізмів контролю якості).
6. Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб їх замовник (розпорядник бюджетних коштів), що діє від імені застрахованих громадян, був зацікавлений діяти в найкращих інтересах пацієнта, а не в найкращих інтересах надавача (закладу, лікаря).
7. Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб їх замовник (розпорядник бюджетних коштів), що діє від імені застрахованих громадян, не мав фінансового інтересу відмовляти застрахованим особам у виплаті.
8. Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб після політичного затвердження програми медичних гарантій подальші рішення щодо виплат за цією програмою на лікування за окремими випадками приймалися винятково на основі технічних критеріїв (медичних підстав, стандартів, правил оплати) і не залежали від політичного вибору на жодному рівні врядування.
9. Забезпечення прозорості та суворої підзвітності у використанні бюджетних коштів.
10. Забезпечення можливості вільного вибору закладів пацієнтом та конкуренції надавачів, яка мотивуватиме їх надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи.

Для досягнення зазначеної мети реформа передбачає запровадження таких елементів:

1. Єдиний національний замовник медичних послуг: центральний орган виконавчої влади (Національна служба здоров'я України, НСЗУ), що виконує функції страховика та єдиного стратегічного замовника/закупівельника медичних послуг і лікарських засобів у рамках програми державних гарантій. НСЗУ утворюється Кабінетом Міністрів України.

2. Програма медичних гарантій: чітко визначений обсяг медичних послуг та лікарських засобів, які будуть оплачуватись за рахунок державного бюджету. Конкретний перелік послуг та лікарських засобів, що входять до програми медичних гарантій, і тарифи для їх оплати щорічно затверджуватимуться в рамках Державного бюджету України.
3. Нові механізми оплати медичних послуг за принципом "гроші ходять за пацієнтом": перехід до фінансування медичних послуг і результатів наданої допомоги. Нові механізми запроваджуються поступово, починаючи з первинної медичної допомоги, яка переходить на фінансування за капітальною ставкою з липня 2018 року.

Кожен з цих елементів детально описано у відповідних розділах Операційного керівництва.

2. ПЛАНУВАННЯ МЕРЕЖІ АМБУЛАТОРІЙ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1. Основні завдання первинної медичної допомоги

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала первинну медичну допомогу (ПМД) найбільш важливим елементом національних систем охорони здоров'я (ОЗ). Доведено, що диспропорції між ПМД і спеціалізованою допомогою (стаціонари лікарень) у країнах з низьким і середнім рівнем доходів залишаються джерелом неефективності й нерівності в охороні здоров'я населення. В багатьох країнах стаціонари продовжують домінувати в наданні медичної допомоги. Диспропорції в системі охорони здоров'я (ОЗ) України призводять до переважного використання більш вартісної спеціалізованої допомоги в лікарнях, наслідком чого стає зниження якості медичних послуг при одночасному збільшенні суспільних витрат. Виходом з цієї ситуації ВООЗ визнала створення інтегрованої системи надання медико-санітарної допомоги, де на ПМД покладається функція вирішення всіх проблем, які можливо вирішити на її рівні, а стаціонарна допомога надається лише за умови неможливості вирішення проблем на рівні ПМД.

Моделі організації ПМД розрізняються в різних країнах, що зумовлено історичним розвитком національних систем ОЗ в різних соціальних, економічних і культурних обставинах. Однак єдиним для більшості систем ПМД базовим елементом була і залишається загальна практика – сімейна медицина (ЗП-СМ), яка найбільше відповідає змісту і функціям ПМД.

Визнано, що в рамках ПМД саме ЗП-СМ може забезпечити доступні і прийнятні послуги для пацієнтів; справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я; інтегроване і координоване надання комплексних лікувальних, реабілітаційних, паліативних та профілактичних послуг; раціональне

використання технологій і ресурсів наступних ланок охорони здоров'я; рентабельність ПМД. Окремі елементи ЗП-СМ у системному поєднанні можуть значно підвищити ефективність ПМД завдяки ефекту синергії. Тому при розробці моделі ПМД на локальному рівні та її адаптації до місцевих умов необхідно передбачити всі необхідні елементи, навіть якщо на цьому етапі відсутні можливості для їх реалізації. Створення умов і пошук ресурсів під конкретні завдання наявної моделі ПМД (з усіма необхідними елементами) є основою її подальшого розвитку. Щоб визначити складові елементи моделі ПМД на місцевому рівні, необхідно знати **основні характеристики ЗП-СМ**, що притаманні високоефективним системам ОЗ.

Загальність (general) медичної допомоги, яку забезпечує ЗП-СМ, передбачає вирішення проблем зі здоров'ям усього населення незалежно від віку, статі, релігії, соціального стану чи інших особливостей пацієнта. Медична допомога надається за всім спектром розладів здоров'я чи захворювань і є легкодоступною з мінімальною втратою часу, без географічних, культурних, адміністративних або фінансових бар'єрів. У цьому контексті ПМД розглядається як ділянка системи медичної допомоги, розташована в районі проживання (перебування) пацієнта, де відбувається його перший контакт із системою охорони здоров'я.

Комплексність (comprehensive) послуг сімейного лікаря забезпечує інтегровану допомогу, яка включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та підтримку. Комплексність ЗП-СМ також забезпечує оцінку не тільки фізичних, але й психологічних та соціальних аспектів стану пацієнта.

Безперервність і тривалість (longitudinal and continuity) медичної допомоги в ЗП-СМ вказують, що допомога орієнтована на пацієнта (пацієнт-орієнтованість) в контексті його життєвих обставин, а взаємодія лікаря і пацієнта не обмежується окремим епізодом захворювання. Сфера діяльності сімейного лікаря охоплює час від народження (а іноді й від допологового періоду) до смерті пацієнта. Тим самим забезпечується безперервність медичної допомоги протягом усього життя пацієнта.

Координація (coordination) передбачає, що сімейний лікар є для пацієнта координатором і провідником у системі охорони здоров'я (на ринку медичних послуг).

Співробітництво (collaboration) – одна з найважливіших характеристик інтегрованої системи охорони здоров'я. Сімейні лікарі повинні бути готові працювати з іншими працівниками лікарень, центрів здоров'я, соціальних служб, за потреби делегуючи їм (з відповідною повагою до них) піклування про своїх пацієнтів.

Орієнтація на сім'ю підкреслює важливість впливу близького оточення пацієнта на його здоров'я. Сімейна медицина вирішує проблеми людей в контексті їхніх сімейних обставин, соці-

альної та культурної мережі, а також умов, у яких вони живуть і працюють. У своїй діяльності сімейний лікар враховує багато сімейних чинників, серед яких може бути форма сім'ї – повна сім'я, неповна сім'я, сім'я із трьох поколінь, одинаки, що втратили свою половину. Одним із найважливіших факторів є також ставлення сім'ї до здоров'я, що впливає в тому числі на прогноз дотримання пацієнтом лікарських призначень (compliance – готовність пацієнта до співробітництва). Сім'я, що нормально функціонує, є найкращим джерелом підтримки і найкращою групою самодопомоги у випадку хвороби когось із її членів.

Орієнтація на громаду передбачає участь сімейного лікаря у вирішенні питань громадського здоров'я спільно та із залученням інших агенцій, секторів, груп самодопомоги та громадських організацій.

Команда ПМД і список пацієнтів

При наданні традиційної амбулаторної допомоги надавач послуг (заклад в особі його медичних працівників) приймає на себе відповідальність за особу, що прийшла на консультацію. Однак залишаються пацієнти, які страждають від захворювання, але відкладають відвідування закладу ПМД. З різних причин такі пацієнти не мають доступу до медичної допомоги або, перебуваючи у групах ризику, не усвідомлюють цього та не звертаються до медичних закладів. Не беруться до уваги місцеві фактори, що сприяють погіршенню здоров'я, – соціальні, екологічні або пов'язані з умовами праці. Все це – втрачені можливості успішної охорони здоров'я.

Альтернативний підхід передбачає, що на кожну **команду ПМД** покладено чітко сформульовану відповідальність за певну громаду або групу населення. Найпростішим способом визначення такої відповідальності є виділення населення за територіальним принципом – класичний підхід у сільських районах. Однак попри простоту цього принципу, він має суттєві недоліки: не враховується наявність альтернативних надавачів послуг; адміністративна територія може не збігатися із соціологічною реальністю, особливо в міських районах, жителі яких відрізняються високою мобільністю і працюють зовсім не там, де живуть, що робить медичний центр поблизу дому незручним для відвідування; пацієнти цінують можливість вибору і можуть виражати невдоволеність прикріпленням до певного медичного закладу. Визначати групи населення для медичного обслуговування доцільніше на основі поєднання критеріїв територіальної близькості, принципу активної реєстрації (вибір лікаря і складання списків пацієнтів) та гарантій, що жоден з членів громади не залишиться поза увагою медичного закладу.

Встановлена і чітко сформульована всебічна відповідальність команди ПМД за стан здоров'я

конкретної групи населення за наявності відповідних механізмів фінансової та адміністративної звітності приводить до зміни діяльності закладів ПМД. Центри (амбулаторії) ПМД розширюють спектр пропонованої допомоги, розробляючи заходи й програми, спрямовані на підвищення результативності, якими в інших випадках вони могли б знехтувати. Виникає необхідність інвестицій у профілактичні й оздоровчі заходи, а також охоплення сфер, яким звичайно не приділяється увага, наприклад охорона здоров'я в школах і на виробництві. Це змушує центри (амбулаторії) ПМД підтримувати зв'язок з організаціями та приватними особами в місцевій громаді, які служать посередниками між лікарями й пацієнтами, або мобілізувати групи активістів, соціальних працівників, групи самодопомоги тощо.

Команді ПМД також доведеться надавати адресну допомогу в співпраці з іншими секторами, щоб охопити маргіналізовані й неохоплені групи населення, а також вирішувати більш широке коло проблем, пов'язаних з погіршенням громадського здоров'я. Як для окремих пацієнтів, так і для громади загалом формальний зв'язок з місцевим центром (амбулаторією) ПМД підвищує ймовірність формування довгострокових відносин, посилення уваги медичних закладів до дотримання основних принципів ПМД.

ПМД та спеціалізована допомога

Аналіз переорієнтації системи ОЗ на ПМД у пострадянських країнах засвідчує факт того, що, попри задекларовані принципи, системи ОЗ залишаються орієнтованими на надання спеціалізованої допомоги в лікарнях. В українському суспільстві закріпилася думка, що "по-справжньому" лікуватися можна лише в лікарні, де надають більш кваліфіковану медичну допомогу. Така теза віддзеркалює реальний стан справ в українській системі ОЗ, який не відповідає тенденціям розвитку медичної допомоги в розвинених країнах.

Найвідоміше дослідження, присвячене оцінці впливу системи первинної допомоги на різні показники здоров'я населення у 18 економічно розвинених країнах Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) протягом трьох десятиліть, виявила, що чим вищий рівень розвитку системи ПМД в країні, тим нижчі такі показники, як смертність від усіх причин, передчасна смертність від усіх причин, а також передчасна смертність від основних захворювань органів дихання й серцево-судинної системи³. Чим вищу оцінку країна отримала за розвиток ПМД, тим кращі показники здоров'я населення вона мала. І навпаки, системи охорони здоров'я, більш орієнтовані на спеціалізовану допомогу (лікарні), характеризуються вищою загальною вартістю та зниженим рівнем доступу уразливих груп населення до послуг охорони здоров'я.

3 Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health services research, 2003, 38(3):831-865.

Тому головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і пацієнт-орієнтованої ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в госпіталізації та покращення якості життя.

Первинна медико-санітарна допомога потребує менших ресурсів порівняно зі спеціалізованою допомогою. Лікарі ПМД дотримуються тих самих принципів клінічної практики, що й вузькопрофільні фахівці, але рідше вдаються до високотехнологічних методів діагностики й лікування. Вони призначають менше інвазивних процедур із застосуванням високо-вартісних технологій, рідше і на менш тривалі строки госпіталізують пацієнтів, приділяючи набагато більшу увагу профілактичним заходам. Це приводить до зниження загальних витрат на медичні послуги на тлі однакових результатів лікування та вищої задоволеності пацієнтів.

Порівняння даних щодо країн з високим рівнем доходів показує, що збільшення числа лікарів загальної практики (сімейних лікарів), які працюють в амбулаторних закладах, супроводжується зниженням витрат громад і підвищенням якості послуг. У країнах, де акцент робиться на спеціалізовану допомогу, фрагментація допомоги посилює незадоволеність пацієнтів та збільшує й без того великий розрив між закладами охорони здоров'я й соціальними службами. Переміщення точки входу в систему охорони здоров'я зі спеціалізованих лікарень в амбулаторні заклади загального профілю створює передумови для всебічної, безперервної та пацієнт-орієнтованої допомоги, збільшуючи переваги такого переміщення. Особливо це стосується випадків, коли послуги надаються на базі мережі невеликих пунктів, розташованих у безпосередній близькості від населення, наприклад, у сільській місцевості.

Сучасна модель ПМД

Узагальнення світового досвіду реформування ПМД дозволяє виявити загальні тенденції розробки сучасної моделі ПМД, які відображають зміни практично всіх основних компонентів ПМД у прагненні до надання найбільш якісної та водночас економічно ефективної допомоги населенню у збереженні й відновленні здоров'я.

ВООЗ визначає 4 основні напрями розвитку первинної допомоги⁴:

1. Сприяння досягненню рівності, солідарності та соціальної справед-

ливості щодо здоров'я населення за рахунок забезпечення універсального доступу та соціального захисту здоров'я.

2. Забезпечення людино-орієнтованого підходу, що враховує потреби та очікування людей, з метою підвищення результативності та ефективності медичних послуг для населення.

3. Підвищення рівня здоров'я громад шляхом інтеграції ПМД і заходів громадського здоров'я.

4. Зміна принципів управління закладами ПМД шляхом відмови від командно- адміністративних методів управління та впровадження гармонізованого, репрезентативного, соціально інтегрованого, заснованого на переговорах методу управління.

Тому головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і пацієнт-орієнтованої ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в госпіталізації та покращення якості життя.

Організація та надання послуг з ПМД спирається на такі **принципи**:

безпечність – надання послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдати шкоди пацієнтові, зокрема ту, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;

результативність – досягнення найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та принципів доказової медицини;

своєчасність – зниження затримок у наданні послуг ПМД;

економічна ефективність – надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;

недискримінація – надання послуг ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, гендеру, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;

орієнтованість на людину – надання послуг ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються.

Найбільш важливі тенденції реформування ПМД наведено в **Таблиці 2.1.1.**

Таблиця 2.1.1. Світові тенденції в розробці сучасної моделі ПМД

Аспекти	Традиційна модель ПМД	Сучасна модель ПМД
Основна діяльність	Діагностика і лікування гострих випадків захворювань Епізодична медична допомога	Профілактика, нагляд та підтримка при хронічних захворюваннях Всеохоплююча, безперервна допомога
Контакт	Реактивний (ініційований пацієнтом)	Більше проактивний (ініційований мед-працівником)
Фокус уваги	На хворобі пацієнта	На потребах пацієнта і громади у здоров'ї
Принцип виділення ресурсів на ПМД	Залежно від попиту на певні медичні послуги	Відповідно до потреб громади у здоров'ї ("Здоров'я для всіх")
Підхід до надання ПМД	Уніпрофесійний (заснований лише на лікарській допомозі)	Мультипрофесійний (заснований на роботі команди різних фахівців)
Організація	Окремий лікар в амбулаторії	Команда професіоналів з надання ПМД
Стосунки "лікар-пацієнт"	Обмежуються епізодом звернення і часом консультації	Довгострокові особисті стосунки
Стиль консультування	Патерналістський, центрований на лікарі	Партнерський, центрований на пацієнті, інформована згода
Прийняття клінічних рішень	Клінічна "свобода" лікаря	Дотримання стандартів і протоколів Доказова медицина
Мета ведення медичної документації	Паперові нотатки для лікарів про надану медичну допомогу	Електронні бази даних щодо здоров'я пацієнтів з можливістю їх агрегації відносно цілої громади для роботи різних фахівців
Роль громадян	Пасивні споживачі медичних послуг	Громадяни є партнерами у вирішенні питань, що стосуються їхнього власного здоров'я і здоров'я громади загалом
Відповідальність за здоров'я громади	Покладається на медичний сектор	Застосовується міжсекторальний підхід із активним залученням самої громади.

У розробці сучасної моделі ПМД необхідно враховувати наведені тенденції як адаптацію найкращого світового досвіду до конкретних умов існування національної системи охорони здоров'я.

Особливості розвитку ПМД в сільській місцевості

Організація медичної допомоги в сільській місцевості має кілька особливостей: по-перше, мала кількість прикріпленого населення, яке проживає на значній території і з низькою щільністю, що не дозволяє населенню повною мірою реалізувати своє право вибору медичного закладу і лікаря; по-друге, способу життя сільських мешканців: ненормована в часі виробнича зайнятість; відсутність соціальних умов для повноцінного та здорового відпочинку і, як наслідок, значна поширеність вживання алкоголю та інших шкідливих звичок, низька санітарна культура, більш часте використання методів самолікування і самопризначення лікарських засобів, ігнорування факторів ризику розвитку хронічних захворювань (наприклад, вживання жирної їжі або наявності зайвої ваги) та більш пізнє звернення по медичну допомогу в разі виникнення розладів здоров'я.

Реорганізація системи ПМД в сільській місцевості передбачає насамперед зміну її організаційної структури з закладів від фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень та лікарських амбулаторій на амбулаторії сімейного лікаря та групові практики. Такі зміни взаємопов'язані не тільки із суто медичними, але й з правовими, економічними та соціальними аспектами функціонування системи ПМД, врахування яких є основою комплексного підходу до реформування мережі сільської ОЗ.

Доступність первинної медичної допомоги

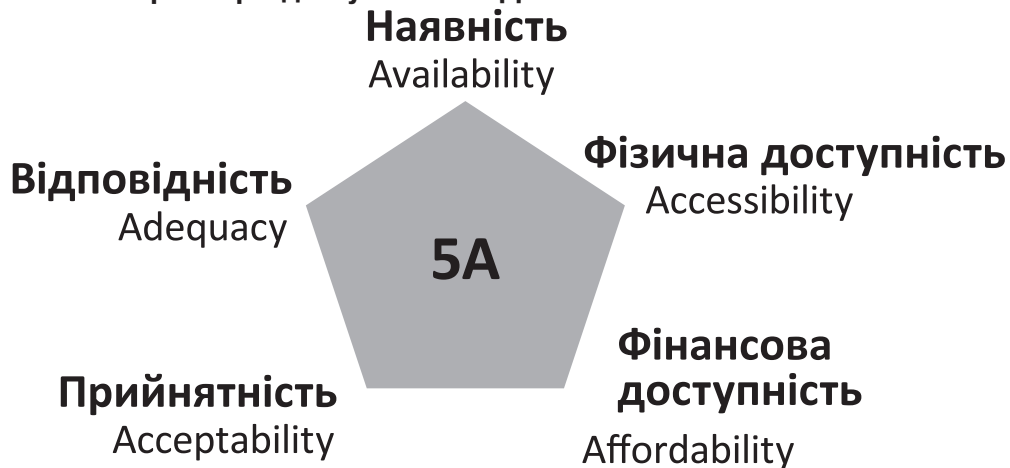
Доступність першого контакту визначається як можливість для пацієнта отримати медичну допомогу протягом часу, адекватного його стану. Саме сімейні лікарі можуть оцінити стан пацієнта і його потреби в медичній допомозі з урахуванням його особистих інтересів.

Доступність ПМД визначається такими параметрами:

- достатня кількість лікарів та медсестер (фельдшерів);
- територіальне розташування закладів ПМД відповідно до щільності проживання населення;
- години роботи закладу ПМД;
- можливості відвідування медперсоналом пацієнтів удома;
- відсутність фінансових бар'єрів для населення при відвідуванні закладів ПМД тощо.

Для комплексної оцінки доступності ПМД можна використати **інструмент 5А (Рис. 2.1.1)** (від англійських слів *availability, accessibility, affordability, adequacy, acceptability*). Оцінка доступності ПМД за всіма наведеними параметрами дозволить спланувати спроможну і дієву мережу надавачів послуг первинної ланки.

Рисунок 2.1.1. 5 параметрів доступності ПМД



Фактична наявність (availability) показує, наскільки система задовольняє потреби людей через забезпечення місцями надання послуг (закладами, приміщеннями, персоналом) та самими послугами. Це не лише кількість пацієнтів на одного лікаря а й доступність медичного працівника конкретної статі, доступ до аптеки, лабораторних досліджень чи іншого додаткового обстеження тощо.

Фізична доступність (accessibility) відображає зіставлення географічного розташування пацієнтів та місць розташування закладів ПМД. Для оцінки фізичної доступності використовують такі характеристики, як просторова відстань, час проїзду, спосіб транспортування, тип доріг тощо. Фізична доступність стосується здатності людей подолати бар'єри дистанції, щоб скористатися послугами в закладі ПМД (нерухомій точці). Оцінка фізичної доступності в основному складається з трьох компонентів: людей (пацієнтів), місця надання послуг та способу транспортування, щоб пов'язати їх. Фізична доступність залежить від характеристик кожного з цих компонентів, а також від соціально-економічних характеристик людей та просторових вимірів.

Фінансова доступність (affordability) характеризує рівень витрат пацієнтів при отриманні ПМД. Це не лише прямі витрати (плата лікареві або неофіційні платежі), але й непрямі витрати (наприклад, вартість ліків або проїзду до амбулаторії). Якщо пацієнт знає, що призначене лікарем лікування потребуватиме придбання ліків в аптеці а він не має достатніх коштів, то це може

призводити до відкладення необхідного візиту до закладу ПМД, отже попри фізичну доступність послуг ПМД, існує фінансовий бар'єр в їх отриманні. Для підвищення фінансової доступності мають значення програми (в т. ч. місцеві) реімбурсації вартості ліків, пільги для певних категорій населення, соціальний транспорт, різні види страхування.

Відповідність (adequacy) характеризує те, яким чином організація надання ПМД відповідає потребам людей. Доступність на рівні практики визначається насамперед годинами її роботи, зручністю запису на прийом, управлінням чергами, тривалістю часу перед призначенням консультації лікаря та часом очікування перед кабінетом лікаря. Наприклад, якщо години роботи закладу ПМД (прийому лікаря) та години роботи прикріплених до нього людей не збігаються, то це є додатковим бар'єром для отримання ПМД. Відповідність послуг потребам передбачає також організацію домашніх візитів та телефонних консультацій. Сучасні системи комунікацій між медперсоналом і пацієнтами, які включають мобільний зв'язок, електронну пошту, месенджери в смартфонах, дозволяють значно підвищити відповідність послуг ПМД.

Відповідність можна розглядати як субкомпонент наявності: навіть якщо люди мають достатній фізичний доступ до об'єкта, можуть існувати інші чинники, що створюють перешкоди (наприклад, мовний бар'єр).

Прийнятність (acceptability) стосується соціальних, культурних, релігійних особливостей

людей. Такі фактори, як вік, стать, рівень освіти, раса чи етнічність, визначають рівень прийнятності надання послуг у великому діапазоні. Для людей, що сповідують певну релігію, може бути, наприклад, неприйнятним надання медичних послуг лікарем іншої статі, ніж пацієнт. Іншим прикладом може бути неприйнятність повідомлення або обговорення з лікарем ПМД симптомів психічного захворювання чим статевих проблем. Це залежить від особистого сприйняття людей, яке може варіювати в рамках однієї релігії або статі. Під час оцінки цього виміру доступності слід враховувати переконання та очікування різних груп людей, для яких планується мережа ПМД.

Безперервність первинної медичної допомоги

На відміну від інших видів медичної допомоги, взаємодія лікаря і пацієнта в ПМД не обмежується окремим епізодом захворювання. Охоплення ПМД конкретної людини має бути постійним: з моменту її народження (а іноді й раніше – наприклад, у випадку ведення вагітної) і до смерті (а іноді й пізніше – наприклад, до моменту виписки довідки про смерть). Це забезпечує безперервність догляду за пацієнтами впродовж усього їхнього життя.

Для кращого розуміння значення безперервності в ПМД виділяють окремі її аспекти.

Організаційна безперервність забезпечує найбільш ефективно надання допомоги конкретному пацієнтові з урахуванням усіх його наявних проблем зі здоров'ям. Це можливо за умови персонального закріплення пацієнта за конкретним лікарем, який добре знає і пацієнта, і місцеву систему охорони здоров'я (в тому числі кваліфікацію медичних працівників, котрі там працюють). Персональний лікар може забезпечувати доступність медичної допомоги пацієнтові, організовуючи та координуючи діяльність інших служб охорони здоров'я, коли не в змозі надати допомогу особисто.

Інформаційна безперервність забезпечує накопичення інформації про конкретного пацієнта як документованої (амбулаторна карта), так і в пам'яті сімейного лікаря, а також можливість передачі та отримання такої інформації за потреби (наприклад, при направленні пацієнта на стаціонарне лікування, на консультацію до інших фахівців або на проведення лабораторних та діагностичних досліджень).

Безперервність і тривалість стосунків "лікар–пацієнт" в умовах вільного вибору лікаря ЗП-СЛ часто розглядається як важливий терапевтичний чинник, а також свідчить про наявність довіри у взаєминах, що є запорукою успішного лікування. Амбулаторна карта містить об'єктивні дані про проведені консультації, але це тільки

частина історії взаємин лікаря і пацієнта. Сімейні лікарі надають допомогу протягом значної частини життя своїх пацієнтів через багато окремих епізодів захворювань.

Координація з іншими ланками системи охорони здоров'я

Координаційна функція ПМД передбачає, що сімейний лікар є для пацієнта координатором і провідником у системі охорони здоров'я. Це пов'язано зі стримуванням надмірних витрат в системах охорони здоров'я, причиною яких є дублювання функцій різними ланками ОЗ, адже саме вільний доступ пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги призводить до такої ситуації. Надмірні витрати стосуються не тільки публічних коштів в ОЗ, але й насамперед витрат самих пацієнтів, які часто є катастрофічними для сімейних бюджетів.

З одного боку, пацієнт не є достатньо компетентним у виборі найбільш адекватної медичної допомоги відповідно до свого стану, а з іншого боку, найбільш вартісна допомога сприймається ним як найбільш бажана. Тому виконання лікарем ПМД функції "воротаря" (gatekeeper) забезпечує вертикальну інтеграцію первинного та інших рівнів медико-санітарної допомоги, сприяючи наданню допомоги на тому рівні і тим фахівцем, які найкращим чином відповідають захворюванню і стану пацієнта. Водночас, щодо інших надавачів соціальної та медичної допомоги сімейний лікар може виконувати функції менеджера, який координує їхню діяльність.

Співробітництво – одна з найважливіших характеристик інтегрованої системи охорони здоров'я. Сімейні лікарі мають бути підготовлені працювати з іншими працівниками лікарень, діагностичних центрів, соціальних служб, делегуючи їм за потреби піклування про своїх пацієнтів з відповідною повагою до компетентності інших дисциплін. Вони можуть зробити важливий внесок – узяти активну участь у міждисциплінарній команді і бути готовими брати на себе керівництво її роботою. В моделі групової роботи можуть бути різні ступені взаємодії медичних працівників: від паралельної діяльності до повністю інтегрованої медичної допомоги. Завдяки такій оптимізації шляхів пацієнтів знижується загальне навантаження на систему ОЗ і більш раціонально використовуються системні ресурси.

2.2. Законодавча база

Діяльність з надання ПМД регламентується такими законодавчими та нормативними актами:

1. Конституція України⁵.
2. Господарський кодекс України⁶.

⁵ URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

⁶ URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/436-15>.

3. Цивільний кодекс України⁷.
4. Податковий кодекс України⁸.
5. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я"⁹.
6. Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення"¹⁰.
7. Закон України "Про ліцензування видів господарської діяльності"¹¹.
8. Закон України "Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань"¹².
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики"¹³.
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 "Про утворення Національної служби здоров'я України"¹⁴.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1094 "Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я"¹⁵.
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1077 "Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я"¹⁶.

Окрім того, на час розробки цього Керівництва перебувають на громадському обговоренні для подальшого затвердження такі проекти нормативних актів:

- проект наказу Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України "Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надавачів первинної медичної допомоги";
- проект наказу Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги";
- проект наказу Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження табеля матеріально-технічного оснащення місця надання ПМД";
- проект наказу Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження переліку скринінгових обстежень у межах ПМД";
- проект постанови Кабінету Міністрів України "Про внесення змін до Порядку ліцензування діяльності з медичної практики".

2.3. Перелік послуг ПМД та організація їх надання

Перелік послуг ПМД, правила та способи організації їх надання населенню регламентує Порядок надання ПМД (**Додаток 1**).

Порядок визначає поняття надавача ПМД як заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі, але не виключно, комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи – підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД.

Основними послугами ПМД є:

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізичальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.
3. Динамічне спостереження за пацієнтами з діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів з хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.
4. Надання медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які у зв'язку з таким розладом не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
5. Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
6. Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.

⁷ URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/435-15>.

⁸ URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/2755-17>.

⁹ URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

¹⁰ URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19>.

¹¹ URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.

¹² URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/755-15>.

¹³ URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>.

¹⁴ URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>.

¹⁵ URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF>.

¹⁶ URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF>.

7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань відповідно до цього Порядку.
8. Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовку та надсилання до закладів громадського здоров'я екстрених повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.
9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (вживання алкоголю, тютюну, інших психоактивних речовин, ризиковані статеві стосунки, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.
10. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та організація необхідних оглядів акушером-гінекологом.
11. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною відповідно до вікових особливостей та потреб.
12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеню болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха та ін.); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, соціальних, психологічних та духовних потреб пацієнта.
13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.
14. Призначення лікарських засобів та медичних виробів з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства для можливості отримання пацієнтами лікарських засобів в аптеках.
15. Ведення первинної облікової документації, оформлення затверджених форм довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть (крім випадків обов'язкового проведення патологоанатомічного розтину відповідно до законодавства).
16. Взаємодія з соціальними службами для

пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я або здоров'я яких позначається на їхньому соціальному статусі.

17. Взаємодія з суб'єктами системи громадського здоров'я та іншими державними службами, діяльність яких може впливати на стан здоров'я населення.

Крім того, в рамках медичного обслуговування населення надавач ПМД повинен організовувати забезпечення пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями відповідно до переліку в Порядку надання ПМД, а в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, внаслідок якого той потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД, цей лікар повинен викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття надати пацієнту відповідну медичну допомогу.

Незалежно від моделі створення та функціонування надавача ПМД, обсяг послуг ПМД та вимоги до їх надання населенню є однаковими.

Послуги ПМД надаються пацієнтам безпосередньо лікарем з надання ПМД відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Окремі послуги ПМД можуть надаватися іншими медичними працівниками, що входять до складу команди з надання ПМД, самостійно, спільно або під керівництвом лікаря з надання ПМД відповідно до рівня кваліфікації таких медичних працівників.

Наявність кваліфікованого медичного персоналу є важливою умовою формування суб'єктів надання ПМД та повинна розглядатися одночасно з прийняттям рішення про розбудову мережі ПМД.

Надавачі ПМД можуть утворювати групові практики ПМД для координації надання ПМД, забезпечення безперервності надання ПМД, раціонального та ефективного використання ресурсів на здійснення медичного обслуговування з надання ПМД. Надавач ПМД, незалежно від його організаційно-правової форми (ЗОЗ чи ФОП) має право залучати на підставі трудового або цивільно-правового договору третіх осіб для забезпечення надання ПМД. Кількість третіх осіб, які залучаються, та вимоги до їхньої кваліфікації визначаються самостійно надавачем ПМД. Організаційно-правові форми суб'єктів надання ПМД детально описано в **Розділі 2.5**.

Оптимальний обсяг практики ПМД становить дві тисячі осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря або лікаря-терапевта; одну тисячу осіб на одного лікаря-педіатра. Обсяг практики може відрізнятися від оптимального з урахуванням соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики.

Надання ПМД може здійснюватися в окремій

Надавач ПМД може самостійно або спільно з іншим (іншими) надавачами ПМД утворити черговий кабінет ПМД для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями (командами) з надання ПМД, а також надання ПМД у вихідні, святкові та неробочі дні. Ця умова є дуже важливою, оскільки вона є обов'язковою для переходу на нову систему фінансування ПМД та укладання договорів з НСЗУ.

будівлі чи у приміщеннях, що належать надавачу ПМД на праві власності, праві оренди чи на інших підставах, не заборонених законодавством, відповідно до переліку місць провадження господарської діяльності, зазначених в отриманій надавачем ПМД ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Послуги ПМД надаються в години прийому пацієнтів лікарем під час особистого прийому пацієнта за місцем надання ПМД. Лікар також може прийняти рішення про надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації. В той же час, медичний персонал не повинен відвідувати пацієнтів удома для їхньої зручності. Домашні візити є неефективним використанням часу лікарів, що призводить до збільшення черг у медичних закладах.

З іншого боку, надавач ПМД повинен забезпечити географічну доступність для віддалених територій та населених пунктів, зокрема організувати:

- ◆ доїзд населення до сімейного лікаря;
- ◆ доїзд лікаря (наприклад, формування мобільної амбулаторії);
- ◆ роботу ФАПів/ФП, які є відокремленими структурними підрозділами амбулаторій;
- ◆ роботу медичного пункту тимчасового базування.

Години прийому пацієнтів лікарем з надання ПМД визначає надавач ПМД самостійно з урахуванням вимог законодавства. Населення повинно бути поінформоване про режим роботи лікарів загалом, а також щоразу, у випадку зміни графіка роботи або тимчасової заміни лікарів ПМД у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем з надання ПМД.

Надавач ПМД може самостійно або спільно з іншим (іншими) надавачами ПМД утворити черговий кабінет ПМД для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями (командами) з надання ПМД, а також надання ПМД у вихідні, святкові та неробочі дні. Ця умова є дуже важливою, оскільки вона є обов'язковою для переходу на нову систему фінансування ПМД та укладання договорів з НСЗУ.

Крім того, надавач ПМД повинен забезпечити можливість записатися на прийом до лікаря з надання ПМД особисто, телефоном, електронною поштою або іншими доступними засобами телекому-

нікації (онлайн-запис через інтернет-сайт надавача ПМД) і наявність переліку обладнання, устаткування та засобів, необхідних для забезпечення надання ПМД, визначеного відповідним табелем матеріально-технічного оснащення, що також є обов'язковими умовами МОЗ для укладання договорів з НСЗУ.

У разі зміни місця надання ПМД або припинення діяльності надавач ПМД зобов'язаний поінформувати про це як осіб, що входять у практику, так і населення, яке він обслуговує, в терміни та способи, регламентовані проектом Порядку надання ПМД.

2.4. Принципи планування мережі ПМД

Зараз структура закладів ПМД визначається наказом МОЗ України від 29.07.2016 № 801, яким затверджено:

1. Положення про центр ПМД.
2. Положення про амбулаторію.
3. Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт.
4. Положення про медичний пункт тимчасового базування.

Центр ПМСД має у своєму складі:

- 1) адміністративну частину/управління;
- 2) господарську частину;
- 3) лікувально-профілактичну службу, що складається з амбулаторій, які є структурними або відокремленими структурними підрозділами ЦПМД;
- 4) у сільській місцевості та в окремих випадках у містах долікарську медичну допомогу можуть надавати ФАПі/ФП, які є відокремленими структурними підрозділами амбулаторій.

Порядком формування спроможних мереж ПМД (**Додаток 3**) впроваджуються нові підходи до формування спроможних мереж ПМД, зміни до назв та переліку можливих структурних підрозділів мережі ПМД (місць надання ПМД). Зокрема, пропонується встановити такі типи місць надання ПМД:

1. Центр ПМД.
2. Амбулаторія групової практики.
3. Амбулаторія монопрактики.
4. Пункт здоров'я.

Перші три типи належать до **регулярних місць надання ПМД**, де прийом пацієнтів лікарем ПМД відбувається в робочі дні. Різниця між ними в кількості лікарів, які працюють в амбулаторіях, та, відповідно, кількості населення, яке вони обслуговують (**Табл. 2.4.1**).

Таблиця 2.4.1. Порівняння типів амбулаторій ПМД

Тип амбулаторії	Кількість населення, що обслуговується	Кількість лікарів ПМД	Територія доступності
Центр ПМД	15 000 і більше	7 і більше	Центральна
Амбулаторія групової практики	3 000 і більше	2 і більше	Центральна, периферійна першого порядку
Амбулаторія монопрактики	2 000	1	Периферійна другого порядку

Пункт здоров'я (зараз ФАП, ФП) – нерегулярне місце надання ПМД, у якому прийом пацієнтів лікарем ПМД відбувається менше ніж п'ять робочих днів, але не менше двох повних робочих змін лікаря на тиждень. Пункт здоров'я може розташовуватись у населеному пункті з чисельністю наявного населення не менше 750 осіб.

Відповідно до Порядку формування мережі ПМД, **спроможна мережа надання ПМД** – це сукупність закладів охорони здоров'я всіх форм власності та фізичних осіб

підприємств, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що на певний момент часу перебуває в динамічному стані спроможності, забезпечуючи надання всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до потреб населення, зумовлених його епідеміологічними і соціально-демографічними характеристиками та особливостями його розселення на відповідній території планування.

Головна мета, якою повинні керуватись власники закладів ПМД при плануванні спроможної мережі ПМД, є забезпечення пацієнтам максимальної доступності до всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта кваліфікованої ПМД в умовах ефективного використання ресурсів. Саме ці фактори повинні братися до уваги для визначення місць надання ПМД і забезпечення формування спроможної мережі ПМД.

Формування спроможних мереж надання ПМД здійснюється, **з урахуванням наявних мереж надання ПМД** та визначення територій доступності ПМД (ТД) сукупності територій населених пунктів у межах однієї території планування, відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів, відповідно до якої розрізняють центральну ТД і периферійні ТД першого та другого порядків (див. **Додаток 3**).

При визначенні територіального розташування місць надання ПМД насамперед визначають територіальне розташування **регулярних місць надання ПМД**, а після цього – нерегулярних місць надання ПМД як додаткової інфраструктури, що дозволяє забезпечити доступність ПМД для населення відповідної ТД.

Регулярні місця надання ПМД визначаються в

межах визначеної ТД ПМД, де амбулаторії відповідного типу (див. **Табл. 2.4.1**) розміщуються в найбільшому населеному пункті певної ТД та обслуговують населення цього населеного пункту і населення в радіусі 7 км.

При визначенні територіального розташування регулярних місць надання ПМД додатково враховуються такі параметри:

- перспектива наявності кваліфікованого персоналу ПМД (лікаря ПМД);
- необхідність оптимізації сукупних витрат на транспортування пацієнтів до місць надання ПМД у межах ТД;
- наявність усталених маршрутів громадського транспорту;
- історична традиційність територіального розташування місця надання ПМД.

При прийнятті рішення про утворення **нерегулярних місць надання ПМД** треба враховувати економічну доцільність їх утримання, зокрема порівняти вартість утримання конкретного нерегулярного місця надання ПМД у відповідному населеному пункті з вартістю транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до найближчих регулярних місць надання ПМД в інших населених пунктах за методикою, яку наведено в Порядку формування мережі ПМД.

При прийнятті рішень про створення мережі закладів ПМД важливо пропонувати і розглядати **альтернативні варіанти**.

Наприклад, при вирішенні питання розміщення двох амбулаторій (на одного лікаря кожна) слід розглядати альтернативний варіант: створення однієї амбулаторії на двох лікарів у більшому (з кращою інфраструктурою) селі і запуск соціального транспорту з іншого села. Необхідно враховувати не тільки поточну ситуацію, але й динаміку розвитку населених пунктів, зміни в чисельності населення, зміни умов проживання для медичного персоналу та ін. Такі альтернативні варіанти дозволяють обрати найкращий з них з урахуванням як соціальних, так і економічних перспектив.

Інвестиції в соціальну інфраструктуру повинні виходити із забезпечення **максимальної ефективності** таких вкладень.

Тому, наприклад, недоцільно вкладати кошти в будівлю амбулаторії, яка не укомплектована медичним персоналом або не має прогнозу своєї роботи на найближчі роки. Якщо протягом останніх 10 років у населеному пункті не було лікаря, марно сподіватися, що він з'явиться лише завдяки ремонту амбулаторії. Отже, укомплек-

тованість амбулаторії і бачення керівництвом її перспектив мають бути важливими критеріями вибору місця її розташування.

Зовнішня **експертна оцінка** планування мережі закладів ПМД є суттєвим чинником зменшення ризиків та помилок.

Прийняття рішень на основі наведених принципів потребує максимального залучення місцевих лідерів суспільної думки, постійного обговорення планів реорганізації з місцевими громадами та внесення коректив з метою **знаходження балансу** між інтересами всіх сторін.

Проведення таких консультацій потребує наявності у місцевих керівників знань щодо організації надання ПМД населенню і навичок прийняття рішень з використанням громадських консультацій. Відсутність таких знань і навичок може вказувати на недостатню компетентність керівників і є ризиком розвитку ПМД неналежної якості. Усвідомлення місцевими керівниками цих ризиків наснажить їх до залучення зовнішньої експертної оцінки та вивчення досвіду. Іншою перевагою зовнішньої експертизи є отримання місцевими керівниками різних альтернативних варіантів, які може надати "погляд збоку".

Карта мережі: принципи, приклади

Для того щоб правильно спланувати спро-

можну мережу ПМД, необхідно використовувати картування наявної мережі. Це унаочнює наявну мережу, прогалини в покритті послугами ПМД певного населеного пункту чи території та спрощує процес побудови проекту спроможної мережі.

Є багато програмних продуктів, за допомогою яких можна виконати картування. Це можна також зробити у безкоштовних та доступних всім програмах, таких як Google Maps (maps.google.com).

Що для цього необхідно?

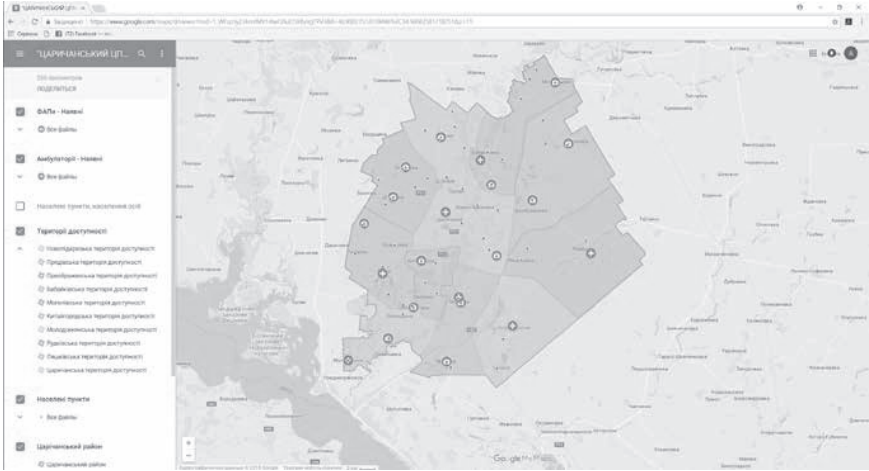
- 1) Контур визначеного населеного пункту чи території (шар даних).
- 2) Населені пункти з кількістю населення (шар даних).
- 3) Сформувати таблицю Excel з переліком усіх структурних підрозділів мережі ПМД з їхніми точними адресами та координатами (широта і довгота), а також з переліком населених пунктів та кількістю населення, що обслуговує кожний структурний підрозділ (див. **Табл. 2.4.1**).
- 4) Завантажити цю таблицю у програму в Google Maps, після чого структурні підрозділи зі всіма даними буде відображено на карті.

Таблиця 2.4.1. **Орієнтовний формат даних про мережу ПМД для нанесення на карту**

№	Назва території доступності (ТД)	Повна назва структурного підрозділу	Тип (ЦПМД, АМ, АГ, ПЗ)	Адреса	Довгота	Широта	Обслуговує к-сть населення	Обслуговує населені пункти	Кількість лікарів	Кількість середнього та молодшого медичного персоналу

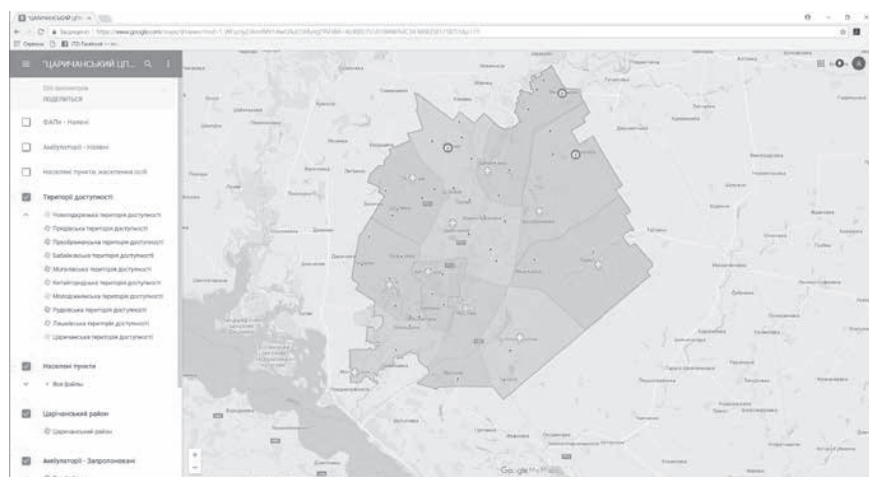
На **Рис. 2.4.1** наведено приклад картування мережі ПМД Царичанського району Дніпропетровської області (наявна мережа). **Рис. 2.4.2** відображає проект спроможної мережі ПМД цього самого району, сформованої згідно з Порядком формування спроможних мереж ПМД (**Додаток 3**).

Рисунок 2.4.1. **Карта наявної мережі КНП "Царичанський ЦПМСД" Царичанської селищної ради Дніпропетровської області**



- ➕ Амбулаторія
- ➕ ФАП

Рисунок 2.4.2. Карта проекту спроможної мережі КНП "Царичанський ЦПМСД" Царичанської селищної ради Дніпропетровської області



- ➕ Амбулаторія
- ➕ Пункт здоров'я

У **Додатку 11** подано приклад аналізу наявної мережі КНП "Царичанський ЦПМСД" Царичанської селищної ради та рекомендації щодо формування спроможної мережі. У **Додатку 12** міститься інструкція про те, як працювати з інтерактивною картою мережі КНП "Царичанський ЦПМСД" Царичанської селищної ради.

2.5. Організаційно-правові моделі надання ПМД

Порядок надання ПМД (**Додаток 1**), що передбачає викладення наказу МОЗ України № 801 "Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи"¹⁷ у новій редакції, визначає, що суб'єктом надання ПМД є заклад охорони здоров'я або фізична особа – підприємець, яка одержала відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

Статтю 16 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" встановлено, що залежно від форми власності, заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи; заклади охорони здоров'я комунальної власності – як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи.

Заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі ор-

ганізаційно– правової форми. Також медична практика може здійснюватися фізичною особою

підприємцем за умови отримання відповідної ліцензії. Така особа не має статусу закладу охорони здоров'я.

Сьогодні більшість закладів охорони здоров'я, які існують у формі бюджетних установ, не мають достатнього рівня самостійності при прийнятті рішень з питань поточного управління та діяльності закладу. Вони обмежені в можливості самостійного визначення цілей та пріоритетів для використання бюджетних ресурсів. Напрями використання бюджетних коштів жорстко регламентовано кошторисом. Навіть у разі екстреної необхідності заклади охорони здоров'я не можуть перерозподіляти кошти з однієї статті бюджету на іншу (наприклад, придбати додаткові ліки за рахунок економії на комунальних послугах). Це не стимулює керівників закладів охорони здоров'я до економії та оптимізації процесу надання медичної допомоги населенню.

При побудові мережі комунальних суб'єктів надання ПМД за організаційно-правовою формою доцільно створювати **комунальні некомерційні підприємства**. Це дозволить їм самостійно вирішувати всі питання організації власної діяльності, починаючи від визначення організаційної структури, штатів, потужності ліжкового фонду тощо.

Існують три основні моделі організації ПМД, які може використовувати місцеве самоврядування. Крім того, можливі варіанти поєднання цих моделей.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи; заклади охорони здоров'я комунальної власності – як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи.

17 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>.

МОДЕЛЬ № 1. КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО (РИС. 2.5.1)

Опис моделі

Територіальна громада може створити власний заклад охорони здоров'я у формі комунального некомерційного підприємства (КНП). Наявні центри первинної медико-санітарної допомоги або амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, які існують у формі комунальних установ, доцільно перетворити на комунальні некомерційні підприємства (інформацію про порядок перетворення наведено в **Розділі 3.2** цього Керівництва та Методичних рекомендаціях з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства, що були схвалені робочою групою з питань реформи фінансування МОЗ 14.04.2017).

У наведеній моделі КНП виступає надавачем ПМД на підставі укладеного з НСЗУ договору про медичне обслуговування населення. КНП може надавати ПМД будь-якій особі, а не лише мешканцям своєї територіальної громади. Тому в розділі

"Предмет діяльності КНП", що зазначається в його статуті, рекомендовано не встановлювати обмежень щодо надання ПМД тільки жителям своєї територіальної громади. Це дозволить збільшити обсяг фінансування цього КНП, не втративши при цьому статусу неприбутковості.

Територіальна громада, яка не має наміру створювати власне КНП, може домовитися з КНП сусідньої громади про надання первинної медичної допомоги мешканцям своєї громади (за потреби КНП може відкрити структурний підрозділ або амбулаторію на її території).

Джерела фінансування

КНП отримуватиме кошти від НСЗУ на підставі укладеного договору про медичне обслуговування населення.

Обсяг фінансування залежатиме від кількості пацієнтів, які виберуть лікарів цього закладу шляхом подання декларації. Тобто плата за медичні послуги, надані лікарями КНП пацієнтам, які їх обрали, буде основним джерелом фінансування КНП.

Додатковими джерелами фінансування КНП можуть бути:

- кошти цільової програми органу місцевого самоврядування щодо підтримки надання медичної допомоги в частині профілакти-

ки або лікування окремих захворювань, властивих населенню цієї територіальної громади;

- кошти місцевої програми громадського здоров'я, за якою КНП призначать отримувачем коштів;
- кошти за договором про медичне обслуговування населення, який територіальна громада може укласти з КНП. За цим договором територіальна громада закупить у КНП надання додаткових медичних послуг, які не включено до програми медичних гарантій¹⁸;
- кошти за цільовими програмами інших територіальних громад;
- кошти за договором про медичне обслуговування населення між КНП та іншою територіальною громадою (додаткові медичні послуги поза межами програми медичних гарантій);
- дотації з місцевого бюджету;
- оплата надання медичних послуг на підставі укладених договорів з юридичними особами, страховими компаніями (в межах виду допомоги, на яку отримано ліцензію);
- надання фізичним особам тих платних медичних послуг, які не увійшли до програми медичних гарантій (в межах ліцензії). Слід пам'ятати, що до 2024 року обсяг платних медичних послуг КНП не може бути більше 20% послуг, наданих у рамках програми державних медичних гарантій (ч. 10 ст. 10 Закону України
- "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення").

Чинне законодавство дозволяє КНП отримувати благодійні внески та кошти від благодійних організацій.

Окремим джерелом фінансових надходжень КНП можуть бути кошти від надання послуг іншим закладам охорони здоров'я або фізичним особам – підприємцям (ФОП), які надають первинну або іншу медичну допомогу. Наприклад, КНП може вести бухгалтерський облік діяльності ФОП, продавати лікарям-ФОП лабораторні та діагностичні послуги.

Також джерелом фінансування КНП можуть бути кошти від передачі нерухомого або рухомого майна¹⁹ в оренду або від надання послуг з тимчасового користування рухомим та нерухомим майном²⁰. Можливість надання КНП зазначених послуг має бути передбачена в статуті (в розділі "Мета і предмет діяльності"), інакше існує ризик втрати КНП статусу неприбутковості.

¹⁸ Така можливість буде реалізована після прийняття відповідної постанови Кабінету Міністрів України, що регламентує порядок укладання і типову форму договору про медичне обслуговування населення між головними розпорядниками бюджетних коштів та надавачами послуг ПМД.

¹⁹ Відповідно до статті 287 Господарського кодексу України, керівник КНП може самостійно передавати в оренду до 200 кв. м нерухомого майна.

²⁰ Детальну інформацію наведено в розділі "Можливі варіанти поєднання моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в територіальній громаді та оптимізації витрат на її надання".

Рисунок 2.5.1. Схематичне зображення Моделі № 1



Персонал

У цій моделі працівники перебувають у трудових відносинах з КНП. Керівник КНП повинен самостійно визначати структуру і штат закладу, виходячи з потреб господарської діяльності підприємства та з урахуванням вимог, які можуть бути викладені власником у статуті КНП.

Зауважимо, що у питаннях організації оплати праці КНП має право не дотримуватися вимог, передбачених чинним законодавством для бюджетних закладів охорони здоров'я. Тому на КНП не поширюється вимога статті 98 Кодексу законів України про працю (КЗпП) і статей 8, 13 Закону України "Про оплату праці". Відповідно, воно може не використовувати під час організації оплати праці постанову Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 "Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери" та наказу Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005

№ 308/519 "Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення". Підприємство розробляє власну систему оплати праці, спираючись на вимоги ст. 96, 97 КЗпП, ст. 15, 16 Закону України

"Про оплату праці". Вона фіксується в укладеному колективному договорі, а якщо він не приймається, то слід розробити положення про оплату праці, узгодивши його з уповноваженими представниками трудового колективу, у т. ч. виборним органом первинної профспілкової організації, що представляє більшість найманих працівників.

У колективному договорі можливо встановити залежність конкретних розмірів заробітної плати лікарів, іншого медичного персоналу від кількості пацієнтів, які їх обрали, визначити формулу розрахунку заробітної плати, систему доплат, надбавок, премій тощо. Також у колективному договорі закріплюються інші питання організації використання найманої праці, визначені ст. 13 КЗпП, ст. 7 Закону України "Про колективні договори і угоди".

У разі необхідності КНП може співпрацювати з лікарем – фізичною особою – підприємцем, який має необхідну спеціалізацію та ліцензію, уклавши про це цивільно-правовий договір (підряду або про надання послуг). Укладаючи цивільно-правовий договір, КНП має враховувати, що на ФОП не поширюються правила трудового розпорядку і гарантії щодо надання оплачуваних відпусток, інакше такі відносини можуть визнаватися трудовими і на КНП може бути накладено штраф за неоформленого працівника.

Місце надання ПМД

Відповідно до проекту Порядку надання первинної медичної допомоги, що на момент розробки цього Керівництва перебуває на громадському обговоренні, ПМД надається під час особистого прийому за місцем провадження господарської діяльності надавача ПМД.

У момент утворення КНП або внаслідок перетворення комунального закладу на комунальне підприємство КНП за рішенням органу місцевого самоврядування отримує нерухоме майно на праві оперативного управління, яке може використовуватись для господарської діяльності з надання ПМД.

КНП також може отримати право користуван-

ня нерухомістю, що перебуває у власності територіальної громади, шляхом укладення договору оренди. Відповідно до статті 19 Закону України "Про оренду державного та комунального майна", органи місцевого самоврядування (громади) самостійно встановлюють і затверджують методику розрахунку орендної плати за комунальне майно. В цій методиці може встановлюватися пільгова орендна ставка для закладу охорони здоров'я комунальної форми власності, що здійснює медичне обслуговування населення за договором з НСЗУ, наприклад, на рівні 0,1%, або за рішенням органу місцевого самоврядування може бути встановлено розмір орендної ставки 1 грн. Укладення договорів оренди такого майна відбуватиметься на конкурсній основі в порядку, передбаченому органом місцевого самоврядування.

Крім того, орган місцевого самоврядування не обмежений у своєму праві приймати цільові програми щодо капітального ремонту та реконструкції приміщень, переданих КНП в користування.

Обладнання

КНП може отримати інвентар, обладнання та інше рухоме майно на праві оперативного управління. З метою оновлення матеріально-технічної бази КНП громада може придбати обладнання та автотранспорт, необхідні для надання ПМД, та передати їх КНП на праві оперативного управління або за договором оренди.

Цивільна відповідальність

Відповідно до статті 1172 Цивільного кодексу України, юридична особа відшкодовує шкоду, завдану працівником під час виконання своїх трудових обов'язків. Тому в цій моделі відповідальність за матеріальну та моральну шкоду, спричинену лікарем пацієнтові, несе КНП. КНП має право зворотної вимоги (регресу) до працівника, з вини якого було завдано шкоду²¹. Але розмір відповідальності працівника перед КНП обмежується його середньомісячною заробітною платою, крім випадків, передбачених статтею 134 КЗпП (наприклад, якщо під час нанесення шкоди працівник перебував у нетверезому стані).

Якщо ж цивільна відповідальність КНП виникла на підставі неправомірних дій лікаря-ФОП, з яким КНП уклало цивільний договір, відповідальність перед особою, якій було завдано шкоду, також може нести КНП. Наприклад, КНП для надання ПМД уклало договір з лікарем-акушером-ФОП. Цей лікар надавав консультації щодо ведення неускладненої вагітності. Внаслідок таких консультацій вагітній було завдано шкоду. Оскільки вагітна отримувала допомогу в рамках договору, укладеного між КНП та НСЗУ, то нести відповідальність за завдану шкоду буде КНП. КНП має право регресу до ФОП щодо стягнення завданої шкоди в обсязі, передбаченому договором між ФОП та КНП.

МОДЕЛЬ № 2. ФІЗИЧНА ОСОБА – ПІДПРИЄМЕЦЬ (ФОП) (РИС. 2.5.2)

Опис моделі

За цією моделлю надавачем ПМД є фізична особа – підприємець, яка має відповідну ліцензію (далі – ФОП). Використання цієї моделі дозволяє оптимізувати податкове навантаження на лікаря, його витрати на утримання адміністративно-господарського персоналу та інше. Робота в якості ФОП також дає можливість підвищити його дохід.

За цією моделлю ФОП самостійно укладає договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ.

ФОП надає ПМД населенню територіальної громади та будь-яким іншим особам, які виберуть його лікарем, що надає ПМД.

Джерела фінансування

Джерелом фінансування ФОП будуть кошти, отримані від НСЗУ в рамках договору про медичне обслуговування. Обсяг цих коштів залежатиме від кількості пацієнтів, які обрали ФОП або його працівників як лікаря.

Усі витрати, пов'язані з господарською діяльністю, ФОП несе самостійно.

Як і в Моделі № 1, ФОП може бути отримувачем коштів за цільовими програмами фінансування медичної допомоги, громадського здоров'я та інших програм, які приймає орган місцевого самоврядування, а також може отримувати кошти за договором про надання медичних послуг юридичним особам і страховим компаніям.

ФОП також може отримувати оплату від фізичних осіб за надані медичні послуги, що не передбачені державною програмою медичних гарантій.

Чинне законодавство дозволяє ФОП отримувати кошти від благодійних організацій.

Персонал

Надання первинної медичної допомоги, відповідно до проекту Порядку надання ПМД, має забезпечувати команда, яка складається з лікаря та мінімум одного фахівця (сестри медичної, акушерки, фельдшера) і за потреби – інших медичних працівників. ФОП, який обрав третю групу платників податку або є платником податку на загальних підставах, може найняти необмежену кількість працівників за трудовим договором.

Такий трудовий договір відповідно до ст. 24 КЗпП повинен укладатися у письмовій формі. Під час його укладення слід використовувати Форму трудового договору між працівником і фізичною особою, яка використовує найману працю, затверджену наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 08.06.2001 № 260. У трудовому договорі ФОП за домовленістю з працівником визначає розмір оплати праці з утриманням мінімальних гарантій оплати праці,

²¹ Див. статтю 1191 Цивільного кодексу України.

встановлених законом. ФОП, який використовує працю найманих працівників, забезпечує сплату податків та зборів, обов'язкових відрахувань з виплаченої (нарахованої) заробітної плати працівників.

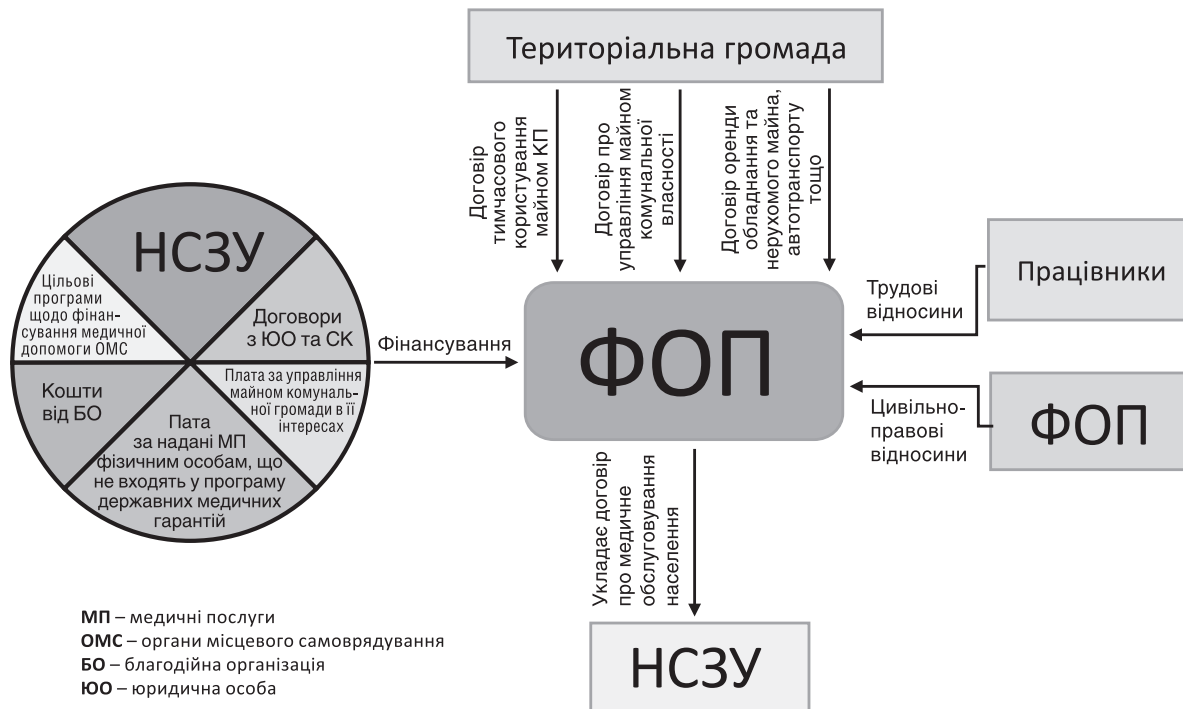
Окрім середнього медичного персоналу, ФОП може найняти лікаря для надання ПМД. Цей лікар також зможе отримувати декларації пацієнтів та заміщувати ФОП на період його відпустки або хвороби.

Якщо ФОП недоцільно створювати постійне місце роботи для лікаря, для вирішення питання надання ПМД на період його відсутності ФОП може: 1) укласти строковий трудовий договір з лікарем або 2) укласти цивільний договір з іншим лікарем-ФОП, який має відповідну ліцензію (договір підряду чи договір з надання медичних послуг).

ФОП, який сплачує єдиний соціальний внесок, не втрачає статусу застрахованої особи за Законом України "Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування", йому продовжує нараховуватися страховий стаж. Тому при досягненні пенсійного віку ФОП матиме право на отримання пенсії, допомоги по безробіттю, тощо.

Працівники, за яких ФОП сплачує єдиний соціальний внесок, також зберігають статус застрахованої особи, їм продовжує нараховуватися страховий стаж. Відповідно, вони мають усі трудові й соціальні права, закріплені за працівниками закладів охорони здоров'я.

Рисунок 2.5.2. Схематичне зображення Моделі № 2



Місце надання ПМД

ФОП самостійно організовує процес надання ПМД відповідно до умов договору з НСЗУ та Порядку надання ПМД.

Орган місцевого самоврядування, передаючи приміщення в оренду на пільгових умовах, може мотивувати лікаря-ФОП обслуговувати мешканців громади. Для цього, як і в моделі № 1, орган місцевого самоврядування може затвердити методику розрахунку орендної плати, в якій встановити ставку оренди для ФОП, що здійснює медичне обслуговування населення за договором з НСЗУ, наприклад, на рівні 0,1% від вартості орендованого майна, або за рішенням органу місцевого самоврядування може бути встановлено розмір орендної ставки 1 грн. Укладення договорів оренди такого майна буде відбуватися на конкурсній основі в порядку, передбаченому органом місцевого самоврядування.

Альтернативним варіантом, за яким ФОП може отримати право користування нерухомістю, може бути договір про надання права тим-

часового користування рухомим та нерухомим майном КНП. Детальну інформацію про цей договір наведено у варіанті № 2 підрозділу "Можливі варіанти поєднання моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в громаді та оптимізації витрат на її надання" цього розділу.

Ще один варіант, за яким ФОП може отримати право користування приміщенням, це укладення договору про управління відповідним майном комунальної власності (ст. 1029–1045 Цивільного кодексу України).

За цим договором управління ФОП бере на себе зобов'язання управляти нерухомим майном комунальної громади в її інтересах. Наприклад, частину майна, що перебуває в його управлінні, він передає в оренду, а на іншій частині майна може організувати місце надання ПМД. За управління таким майном ФОП має отримувати оплату. Договір управління нерухомим майном підлягає нотаріальному посвідченню та державній реєстрації.

Для укладення договору управління майном

законом не встановлена обов'язкова конкурсна процедура. Порядок укладення договору управління має регулюватися локальними нормативними актами територіальної громади²².

Обладнання

ФОП також самостійно організовує надання ПМД відповідно до умов договору з НСЗУ та Порядку надання ПМД, у тому числі самостійно вирішує питання щодо приміщення, обладнання, автотранспорту, необхідних для надання ПМД. Додатково територіальна громада може придбати та передати в оренду такому ФОП обладнання, автотransпорт, необхідні для надання ПМД. Ставка орендної плати за договором оренди обладнання такого майна може визначатися на мінімальному рівні згідно з методикою.

Аналогічно до організації місця надання ПМД, ФОП може отримати право тимчасового користування обладнанням на праві договору з КНП (див. підрозділ

"Можливі варіанти поєднання моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в громаді та оптимізації витрат на її надання").

Цивільна відповідальність

ФОП самостійно відповідає за шкоду, яку він або його працівники завдали пацієнтові (ст. 1172 Цивільного кодексу України).

Аналогічно до Моделі № 1, ФОП має право зворотної вимоги (регресу) до працівника, з вини якого було завдано шкоду²³. Розмір матеріальної відповідальності працівника перед ФОП обмежується його середньомісячною заробітною платою, крім випадків, передбачених статтею 134 КЗпП (наприклад, якщо під час завдання шкоди працівник перебував в нетверезому стані, та інші).

Якщо підставою для притягнення ФОП до цивільної відповідальності є дії іншого лікаря, з яким ФОП уклав цивільний договір, то ФОП може стягнути з лікаря, що завдав шкоду пацієнтові, розмір відшкодованої шкоди пацієнтові в порядку та обсязі, передбачених цим цивільним договором. Наприклад, ФОП для надання ПМД уклав договір з лікарем офтальмологом-ФОП. Цей лікар надавав консультації з перевірки гостроти зору в рамках ПМД. Внаслідок таких консультацій пацієнтові було завдано шкоду. Оскільки пацієнт отримував допомогу за договором між ФОП та НСЗУ, то нести відповідальність за завдану шкоду буде ФОП. Але ФОП має право регресу до лікаря-офтальмолога щодо стягнення завданої шкоди в обсязі, передбаченому договором між цими лікарями-ФОП.

МОДЕЛЬ № 3. ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (РИС. 2.5.3)

Опис моделі

Обслуговування населення громади за цією моделлю здійснює заклад охорони здоров'я приватної форми власності, який укладе відповідний договір з НСЗУ.

Територіальна громада може не створювати власного комунального підприємства – закладу охорони здоров'я, а домовитися з приватним закладом охорони здоров'я про обслуговування населення громади за договором з НСЗУ.

Аргументами у переговорах з боку територіальної громади можуть бути пільговий режим оренди комунального майна (приміщень та обладнання), додаткове фінансування з місцевого бюджету та інше.

Джерела фінансування

Аналогічно до попередніх моделей, джерелом фінансування приватного закладу охорони здоров'я, що надає ПМД, будуть кошти, отримані в рамках договору з НСЗУ. Також джерелом фінансування можуть бути власні кошти засновників цього приватного закладу.

Чинне законодавство не забороняє приватному закладу охорони здоров'я бути отримувачем коштів за місцевими бюджетними програмами територіальних громад (наприклад, щодо підтримки надання медичної допомоги, громадського здоров'я тощо).

Приватний заклад охорони здоров'я також може отримувати:

- кошти за договором про медичне обслуговування населення, укладеним з будь-якою територіальною громадою;
- кошти за договором про надання медичних послуг юридичним особам та страховим компаніям.

Приватний заклад охорони здоров'я також може отримувати плату від фізичних осіб за надані медичні послуги, що не входять до програми державних медичних гарантій.

Також не забороняється отримання приватним закладом охорони здоров'я коштів від благодійних фондів.

Персонал

Приватний заклад охорони здоров'я вільний у формуванні свого штату і встановлення рівня заробітної плати.

Але для укладення договору з НСЗУ штат приватного закладу охорони здоров'я має відповідати вимогам Порядку надання ПМД. Тобто первинну медичну допомогу має забезпечувати команда, яка складається з лікаря та мінімум однієї медичної сестри, а за потреби – інших медичних працівників.

²² Для розробки локального порядку передачі майна в управління може використовуватись за аналогією постанови Кабінету Міністрів України від 11.04.2012 № 296 "Про затвердження Порядку укладення державними підприємствами, установами, організаціями, а також господарськими товариствами, у статутному капіталі яких частка держави перевищує 50 відсотків, договорів про спільну діяльність, договорів комісії, доручення та управління майном".

²³ Див. статтю 1191 Цивільного кодексу України.

Також приватний заклад охорони здоров'я повинен забезпечити мінімальні гарантії, встановлені для всіх працівників (немедичних), зокрема щодо оплати праці, робочого часу та часу відпочинку, надання відпусток тощо.

Рисунок 2.5.3. Схематичне зображення Моделі № 3



Місце надання ПМД

Для забезпечення надання ПМД приватний заклад охорони здоров'я може придбати, взяти в оренду або управління відповідне приміщення.

Територіальна громада може стимулювати приватний заклад обслуговувати її жителів шляхом надання приміщення в оренду на пільгових умовах. Для цього, як зазначалось у Моделі № 1, орган місцевого самоврядування має затвердити методику розрахунку орендної плати, в якій встановити ставку оренди для закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності, що здійснює медичне обслуговування населення за договором з НСЗУ, наприклад, на рівні 0,1% від вартості орендованого майна, або за рішенням органу місцевого самоврядування може бути встановлено орендну ставку в розмірі 1 грн. Укладення договорів оренди такого майна буде відбуватися на конкурсній основі в порядку, передбаченому органом місцевого самоврядування.

Інший варіант, за яким приватний заклад охорони здоров'я може отримати право користування приміщенням, – це укладення договору про управління відповідним майном комунальної власності. Договір управління нерухомим майном підлягає нотаріальному посвідченню та державній реєстрації.

За цим договором управління приватний заклад охорони здоров'я бере на себе зобов'язання управляти нерухомим майном комунальної громади в її інтересах. За управління приватний заклад охорони здоров'я має отримувати плату, яка може

формуватися з доходу від управління майном.

Для укладення договору управління майном відсутня обов'язкова конкурсна процедура. Порядок укладення договору управління має регулюватися локальними нормативними актами територіальної громади²⁴.

Обладнання

Аналогічно до місця надання ПМД, приватний заклад охорони здоров'я може придбати за власні кошти, взяти в оренду або управління рухоме майно, необхідне для надання ПМД.

Алгоритм отримання майна в оренду може бути аналогічним до алгоритму, описаного в моделях № 1 і № 2.

Алгоритм отримання рухомого майна в управління аналогічний до алгоритму отримання нерухомого майна в управління.

Цивільна відповідальність

Приватний заклад охорони здоров'я має відшкодовувати шкоду, яку його працівники завдали пацієнтові (ст. 1172 Цивільного кодексу України).

Аналогічно до Моделі № 1, розмір матеріальної відповідальності працівника перед приватним закладом охорони здоров'я обмежується його середньомісячною заробітною платою, крім випадків, передбачених статтею 134 КЗпП (наприклад, у разі наявності договору про повну матеріальну відповідальність або якщо під час завдання шкоди працівник перебував у нетверезому стані тощо).

²⁴ Для розробки локального порядку передання майна в управління може використовуватись за аналогією постанова Кабінету Міністрів України від 11.04.2012 № 296 "Про затвердження Порядку укладення державними підприємствами, установами, організаціями, а також господарськими товариствами, у статутному капіталі яких частка держави перевищує 50 відсотків, договорів про спільну діяльність, договорів комісії, доручення та управління майном".

Можливі варіанти поєднання моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в територіальній громаді та оптимізації витрат на її надання

ВАРІАНТ № 1. СПІЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ ФОП (РИС. 2.5.4)

Ця модель передбачає, що ФОП, які уклали договір зНСУ про медичне обслуговування населення і працюють на території однієї територіальної громади, домовляються спільно діяти для ефективного надання ПМД шляхом об'єднання (або без об'єднання) внесків (майна), певних професійних знань, досвіду роботи без створення юридичної особи. Ці домовленості закріплюють у письмовому договорі про спільну діяльність.

Внесками ФОП можуть бути право користування нерухомістю, обладнанням, грошові кошти на щомісячне відшкодування експлуатаційних витрат тощо. Право користування майном, яке ФОП отримав в оренду від територіальної громади, може бути передано у спільну діяльність. З метою уникнення конфлікту варто про факт передачі права користування майном у спільну діяльність повідомити власника майна – відповідну територіальну громаду. В будь-якому разі, право користування за договором про спільну діяльність не може бути передано на строк, що перевищує строк дії договору оренди між ФОП та громадою.

Сторони договору самостійно оцінюють внесок кожної сторони у спільну діяльність.

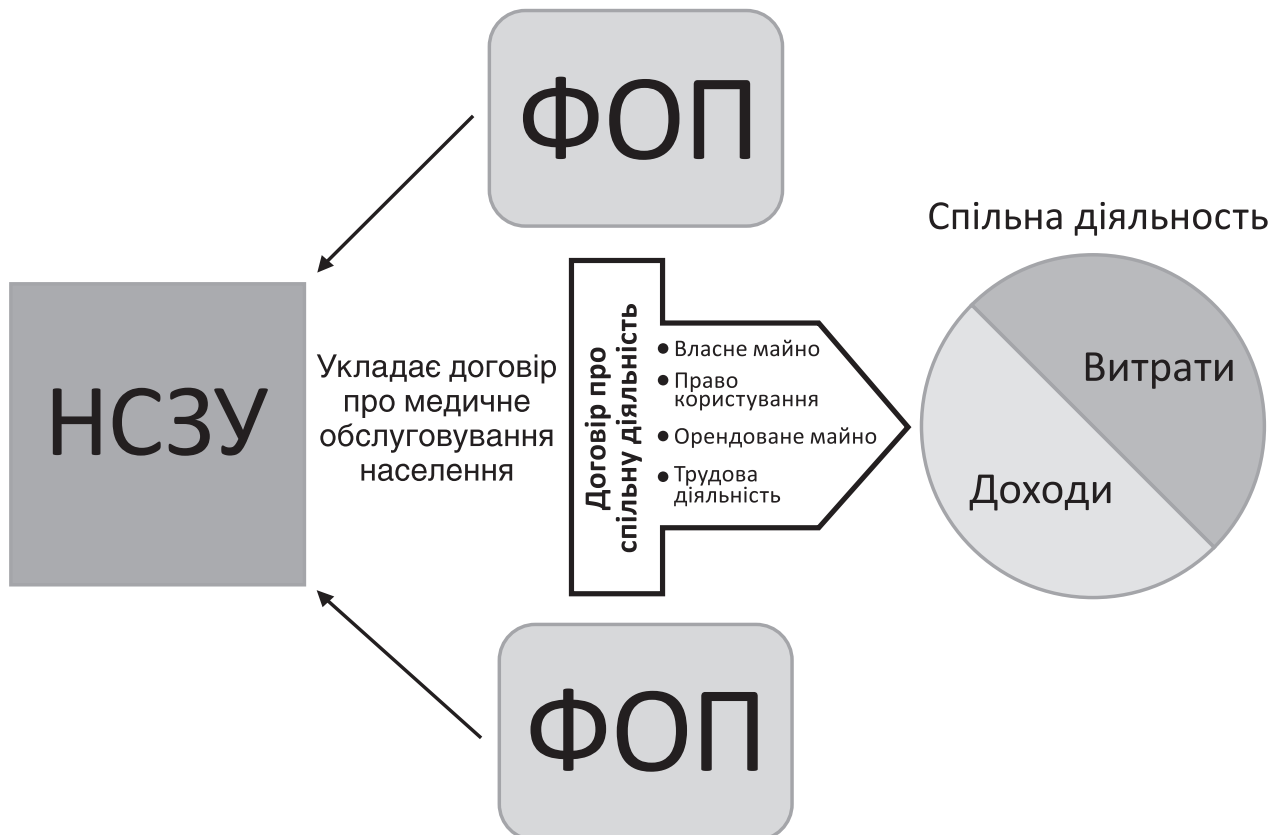
Договір може визначати порядок поділу між ФОП витрат і доходів від спільної діяльності, наприклад, залежно від розміру внеску кожної сторони. Для цього в договорі слід визначити частку кожного ФОП в отриманні прибутку.

Описана модель дозволяє забезпечити доступність і безперервність ПМД для пацієнтів лікаря-ФОП на час його відпустки, хвороби або відрядження: інший ФОП, з яким він укладе договір про спільну діяльність, надаватиме ПМД його пацієнтам у цей період.

Така модель дозволяє економити на витратах. Наприклад, після укладення договору лікаря-ФОП можуть наймати реєстратора в рамках спільної діяльності та ділити витрати на нього в порядку, передбаченому договором. Витрати на утримання іншого персоналу, який бере участь у спільній діяльності, можуть ділитись між лікарями-ФОП у порядку, визначеному договором про спільну діяльність.

У договорі про спільну діяльність можна не встановлювати управителя спільної діяльності: якщо такий договір не містить інформації про управителя, він не обліковується в контролюючих органах, а кожен учасник такого договору перебуває на обліку в контролюючих органах і виконує обов'язки платника податків самостійно. У цьому випадку учасник спільної діяльності – ФОП повинен враховувати дохід від провадження такої діяльності у загальному порядку разом з результатами діяльності від провадження власної господарської діяльності, тобто оподатковувати отриманий дохід єдиним податком за відповідною ставкою.

Рисунок 2.5.4. Схематичне зображення Варіанта № 1



КНП в особі керівника укладає в письмовій формі з лікарем-ФОП договір про послуги з організації робочого місця на базі нежитлових приміщень та рухомого майна, які перебувають в оперативному управлінні КНП, у тій частині, які фактично ним не використовуються.

Існує ризик, що такий договір оплатного тимчасового користування нежитловим приміщенням та рухомим майном суд може визнати удаваним правочином, оскільки містить ознаки договору оренди комунального майна. Звернутися до суду з таким позовом може особа, яка вважає, що такі договори порушують її права (наприклад, особа, яка претендує на отримання в оренду таких приміщень).

Щоб запобігти цьому ризику, в статуті КНП необхідно зазначити право його керівника надавати послуги з організації робочих місць для надання медичних послуг (укладати договори тимчасового користування майном).

Також рада територіальної громади під час перетворення закладу охорони здоров'я на КНП (автономізації) може прийняти рішення про погодження права передачі комунального майна, яке перебуває в оперативному управлінні КНП та не використовується цим підприємством, у тимчасове користування лікарям-ФОП, які уклали договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ або надають платні медичні послуги фізичним чи юридичним особам.

Слід зазначити, що описані варіанти співпраці ФОП та КНП щодо надання майна в оренду або тимчасове користування можуть бути елементом моделі, яка дозволяє оптимізувати податкове навантаження та підвищити дохід лікаря. Наприклад, частина лікарів може залишатися в трудових відносинах з КНП, а частина, яка виявила

бажання, може зареєструватись ФОП, укласти зазначені вище договори оренди або користування майном, отримати відповідну ліцензію, а також замовити у КНП платні бухгалтерські та юридичні послуги.

ВАРІАНТ № 3. КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ПЕРЕДАЄ МАЙНО В УПРАВЛІННЯ (РИС. 2.5.6)

Якщо КНП тільки частково використовує нежитлові приміщення, якими володіє на праві оперативного управління, то з метою ефективного використання комунального майна такі приміщення може бути передано в управління будь-якій юридичній особі чи фізичній особі – підприємцю.

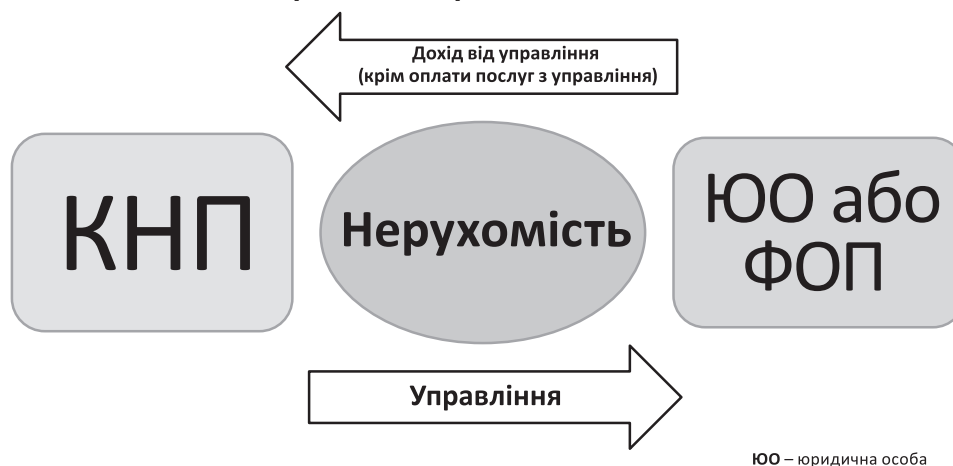
За договором управління особа, яка прийняла майно в управління, зобов'язана управляти ним в інтересах власника, за що управитель має отримувати плату, яка може формуватися з доходу, отриманого від управління майном. Розрахунки, пов'язані з управлінням майном, здійснюються на окремому банківському рахунку.

Договором управління можуть передбачатися обмеження щодо управління. Наприклад, управитель майном може відкрити на базі цього нерухомого майна спортивний зал, послугами якого на платній основі будуть користуватися мешканці громади.

Договір управління нерухомим майном підлягає нотаріальному посвідченню та державній реєстрації. Для укладення договору управління майном закон не вимагає обов'язкової конкурсної процедури. Порядок укладення договору управління має регулюватися локальними нормативними актами територіальної громади²⁶.

²⁶ Для розробки локального порядку передачі майна в управління може використовуватись за аналогією постанова Кабінету Міністрів України від 11.04.2012 № 296 "Про затвердження Порядку укладення державними підприємствами, установами, організаціями, а також господарськими товариствами, у статутному капіталі яких частка держави перевищує 50 відсотків, договорів про спільну діяльність, договорів комісії, доручення та управління майном".

Рисунок 2.5.6. Схематичне зображення Варіанта № 3



ЮО – юридична особа

Наведений перелік варіантів взаємодії моделей не є вичерпним, можливі інші варіанти поєднання: наприклад, спільна діяльність КНП та ФОП чи приватного закладу охорони здоров'я, укладення територіальною громадою на конкурсній основі договору про державно-приватне партнерство з приватним закладом щодо приміщень КНП – закладів охорони здоров'я, які не використовуються за цільовим призначенням.

2.6. Джерела фінансування центрів ПМД

Заклади охорони здоров'я, що надають ПМД, матимуть різні джерела фінансування, але основними будуть оплата за договорами з НСЗУ та кошти місцевих бюджетів.

1. Надходження за принципом капітації в конкретний період

(кошти бюджетної програми "Фінансування первинної медичної допомоги" за принципом капітації).

Розмір надходжень залежить від таких факторів (див. **Табл. 2.6.1, 2.6.2**):

- розмір тарифу за надання медичних послуг ПМД у вигляді капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року з відповідними коефіцієнтами, які регламентуються постановою Кабінету Міністрів України "Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги" та переглядаються щороку. Передбачається, що на першому етапі впровадження реформи коефіцієнти будуть різнитись тільки для вікових категорій пацієнтів, а також буде виділено коефіцієнт для населених пунктів, яким надано статус гірських; надалі очікується впровадження більш комплексного підходу для визначення коефіцієнтів, який також враховуватиме стать пацієнта, показники його здоров'я та результативності;
- кількість осіб, приписаних до цього закладу в "зеленому списку";
- кількість осіб, приписаних до цього закладу в "червоному списку".

Таблиця 2.6.1. **Прогноз надходжень практики сімейного лікаря²⁷ (приклад таблиці)**

Вік	Населення, осіб	Коефіцієнт при фінансуванні за принципом капітації	Ставка капітації ("зелений список")	Населення, яке підписало декларації, осіб	Надходження за "зеленим списком", грн	Ставка капітації ("червоний список")	Населення, яке не підписало декларації, осіб	Надходження за "червоним" списком, грн	Загальна сума, грн
0–5 років									
6–17 років									
18–39 років									
40–65 років									
Від 65 років									
ЗАГАЛОМ									

Таблиця 2.6.2. **Приклад прогнозу надходжень практики сімейного лікаря**

У прикладі використовується базова ставка 370 гривень. Тут також припускається, що всі пацієнти в "зеленому" списку.

Категорія населення	Кількість, осіб	%	Віковий коефіцієнт	Капітаційна ставка, грн	Надходження за місяць, грн	Частка категорії в надходженнях
0–5 років	111	6%	4	1 480	13 690	15%
6–17 років	196	10%	2,2	814	13 295	14%
18–39 років	587	29%	1	370	18 099	19%
40–65 років	776	39%	1,2	444	28 712	31%
65+ років	320	16%	2	740	19 733	21%
Загалом	1 990	100%			93 530	100%

²⁷ Тариф капітаційної ставки та коефіцієнти є орієнтовними та регламентуються Порядком реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на кожен окремий рік.

Варто врахувати, що сума надходжень може змінюватись протягом року, оскільки пацієнти можуть змінювати свого сімейного лікаря і обирати тих, хто працює в інших закладах. Причинами зміни лікаря можуть бути як зміна місця проживання, так і переорієнтація на інших сімейних лікарів у випадку невдоволення обслуговуванням лікарями закладу.

2. Інші цільові програми національного та регіонального рівнів

Приклади програм національного рівня:

- Урядова програма "Доступні ліки" (реімбурсація), запроваджена з 1 квітня 2017 року;
- бонусні доплати за досягнення певних, встановлених договором про надання первинної медичної допомоги, результатів, зокрема за певні значення показників, які належать до сфери громадського здоров'я (передбачені Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, яку схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р).

Прикладом програми регіонального рівня є програма "Здоров'я Слобожанщини" на 2017–2018 роки.

3. Надходження з місцевих бюджетів

Прикладом місцевого бюджету може бути міська цільова програма "Здоров'я киян". Зараз бюджет громад також відшкодовує видатки на комунальні послуги ЗОЗ.

4. Надходження від платних послуг для пацієнтів

Додаткові надходження можливі для автономізованого закладу за надання медичних послуг, що не входять у програму медичних гарантій. Варто вивчати попит мешканців на додаткові медичні послуги, сприяти розвитку нового портфеля послуг на платній основі.

5. Добродійна допомога, гранти

Існують широкі можливості залучення ресурсів з міжнародних фондів. Гранти та технічна допомога (консалтинг, експертиза, дослідження, надання обладнання та інше) надаються на безоплатній основі. Грантодавці завчасно оголошують конкурс, його умови, у тому числі терміни. При цьому заявник повинен якісно підготувати заявку. Наявність стратегії розвитку закладу, погодженої з громадою, дасть можливість бути більш успішними в конкурсах на отримання грантів.

Серед найкращих джерел інформації:

- ◆ Ресурсний центр "Гурт": <http://gurt.org.ua/>;

- ◆ Ініціатива "Децентралізація влади": <http://decentralization.gov.ua/>;
- ◆ Всеукраїнська асоціація сільських та селищних рад: <http://vassr.org/grants>.

Каталог донорських організацій розміщено на сайті: <http://sbiz.club/8252/granty2017>.

Залучення ресурсів буде можливим для автономізованого закладу. Варто розвивати стосунки з бізнесом та громадянами, які небайдужі до розвитку медицини, і визначити особу, відповідальну за цей напрям роботи у вашому закладі ПМД.

2.7. Розвиток інфраструктури: будівлі, транспорт, зв'язок, дороги, медичне обладнання

Велика кількість міжнародних досліджень показує, що успіх громади у покращенні здоров'я свого населення безпосередньо залежить від якості життя цієї громади. Отже, для того щоб населення стало більш здоровим фізично, психологічно та морально, необхідно не тільки покращувати доступність і якість медичних послуг, але й забезпечити всі умови якісного життя в громаді, покращувати інфраструктуру, будувати дороги, розвивати транспорт не сполучення, створювати нові робочі місця тощо.

Доступні спортивні майданчики, паркові зони, басейни, велодоріжки тощо, які населення може використовувати для занять спортом, – це вже частина заходів з формування прихильності до здорового способу життя та профілактики хронічних захворювань. Мережа якісних доріг та регулярного розвиненого транспортного сполучення, зокрема зі стратегічно важливими населеними пунктами, де розташовано медичні центри, школи, адміністративні служби, наявність якісного інтернет-зв'язку, телекомунікаційних мереж і техніки, сучасного медичного обладнання покращать не тільки доступність, оперативність отримання, якість та ефективність медичних і важливих немедичних послуг, але й задоволеність населення та якість його життя, а також зменшать витрати громади. Це, у свою чергу, слугуватиме "візитною карткою" громади, привертатиме увагу і залучатиме нову робочу силу з інших громад/населених пунктів. Крім того, для посилення ефекту і залучення якомога більшої кількості сімейних лікарів можна розробити "мотиваційний пакет", який громада пропонуватиме сімейним лікарям (наприклад, безкоштовне житло, професійний розвиток, залучення до наукових досліджень та розробок, участь у міжнародних наукових та професійних конференціях). Належні умови праці (кондиціонована будівля, зручний кабінет, наявність якісних санітарних вузлів у середині будівлі, водопостачання та каналізація тощо), якісна медична апаратура та обладнання, з якими лікар працює, також є досить значущим важелем для прийняття лікарем рішення щодо переїзду.

Держава усвідомлює важливість розвитку інф-

раструктури громад, тому існує низка державних програм, що підтримують громади, їх розбудову та покращення якості життя. Одним з нещодавно прийнятих законів є Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII "Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості"²⁸, в рамках якого держава виділяє у вигляді додаткової субвенції місцевим бюджетам 5 млрд гривень на 2017–2018 рр. для покращення інфраструктури ЗОЗ у сільській місцевості, зокрема на:

- будівництво, реконструкцію, капітальний ремонт комунальних закладів охорони здоров'я;
- придбання медичного обладнання, устаткування та засобів відповідно до таблиця матеріально-технічного оснащення;
- транспортну і телекомунікаційну інфраструктуру, в т. ч. Інтернет, комп'ютери, програми (транспортне сполучення, eHealth, телемедицина);
- службове житло (будівництво, придбання), службовий автотранспорт (у т. ч. для обслуговування мешканців віддалених населених пунктів).

Розподіл субвенції на місцеві бюджети відбувається згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 06.12.2017 № 983 "Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості"²⁹. При виділенні субвенції місцевим бюджетам беруться до уваги досвід та спроможність місцевої влади використати кошти за призначенням, а також забезпечити життєву стійкість впроваджених змін.

2.8. Моніторинг і оцінка мережі ПМД

Моніторинг і оцінка діяльності окремого надавача та/або мережі ПМД є невід'ємною складовою управлінського циклу (Рис. 2.8.1).

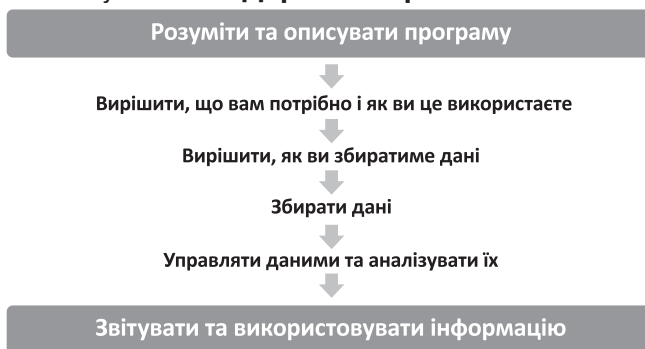
Рисунок 2.8.1. Цикл управління



Управляти можна тільки тим, що можна ВИМІРЮВАТИ, тому невід'ємним першочерговим

завданням керівника мережі є постановка цілей (визначення очікуваного результату) на певний період діяльності. Важливими є також інші елементи організації роботи: наявність плану (стратегічного, операційного) діяльності та чіткої системи відстеження та оцінки результатів (система МІО); налагодження чіткого розподілу обов'язків та існування системи комплементарності та взаємодоповнення/заміщення функціоналу; письмово закріплена відповідальність і система винагород та покарань; для кожного завдання чітко визначений очікуваний результат та індикатор, за яким вимірюється цей результат; критерії оцінки ефективності зрозумілі та діяльність регулярно оцінюється; проблеми, які виявляються, своєчасно вирішуються; налагоджена система внутрішньої та зовнішньої комунікації. Основні кроки організації системи МІО зображено на **Рис 2.8.2**.

Рисунок 2.8.2. Дорожня карта МІО



Система моніторингу та оцінки виконує функції управління, вдосконалення та забезпечення підзвітності за такими позиціями:

- ◆ **ресурси/внески** (персонал, фінанси, обладнання та інші внески в діяльність закладу/мережі);
- ◆ **заходи** (безпосередня діяльність закладу/мережі);
- ◆ **результати** (наслідки діяльності закладу/мережі – те, що відбувається внаслідок вкладення ресурсів та виконання роботи в рамках проекту чи програми);
- ◆ **якість** даних та надання послуг.

Моніторинг – це процес відстеження того, наскільки заплановані зміни відбуваються згідно з планом і наскільки вони відповідають очікуваним результатам та цілям діяльності. Дієвий моніторинг дає змогу виявити труднощі, які виникають, достатньо рано для того, щоб ужити заходів для виправлення ситуації. У моніторингу діяльності окремого проекту/програми і мережі ПМД використовуються різні підходи та інструменти, зокрема логічні моделі, плани діяльності, графіки, фінансовий моніторинг.

Цілі та очікувані результати мають бути чіткими та вимірюваними, прив'язаними до певного періоду та відповідати критеріям SMART (Табл. 2.8.1). Важливо розробити ключові показники ефективності (КПЕ), або індикатори, і системно відстежувати їх досягнення, коригуючи діяльність.

28 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

29 URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF>.

Таблиця 2.8.1. Критерії SMART для цілей

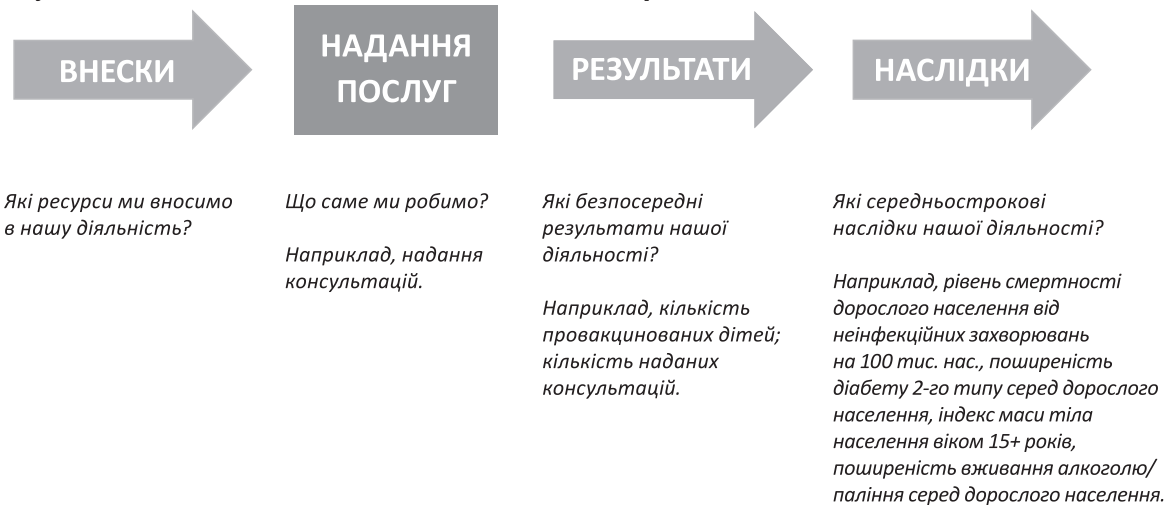
S (Specific) – конкретна	Ціль має бути чітка, нерозпливчаста і чітко сформульована. Ви маєте чітко знати: • Хто має її виконувати і кого слід залучити до цього? • Що я хочу виконати і чому? • Вибрати місцезнаходження.
M (Measurable) – вимірювана величина	Потрібно визначити критерії, за якими буде визначатися, чи досягнуто цілі. Завжди має бути можливість проконтролювати прогрес виконання, в іншому випадку ціль втрачає сенс.
A (Achievable) – досяжна	При постановці цілі ви маєте бути впевнені в тому, що вона досяжна. Але потрібно ставити ціль таким чином, щоб вона була на грані можливості, щоб ви весь час виходили зі своєї зони комфорту. Стисло кажучи, "Важко, але можливо". Ви повинні психологічно погодитися з ціллю та прийняти її.
R (Result-oriented) – орієнтована на результат	Ціль має бути орієнтована на результат, а не на зусилля, які ви будете витрачати для її досягнення. Результат – це ваша мотивація, це те, чого ви прагнете!
T (Timed) – орієнтована на певний термін	Зафіксуйте час, до якого ціль має бути виконана. Не перебільшуйте і не недооцінюйте часу!

Продуктивність/результативність та ефективність мережі залежать від результативності й ефективності кожної з амбулаторій та визначаються навичками організовувати роботу персоналу та управляти зусиллями інших людей, тому оцінку результативності та ефективності варто проводити на кількох рівнях:

- на індивідуальному рівні;
- на рівні командної роботи.

Система пов'язаних між собою індикаторів, що дають розуміння реалізації мережею своєї цілі та завдань, доповнює логічну модель реалізації проекту чи програми. Іншим дієвим підходом є побудова логічної моделі реалізації стратегії та формування системи показників для моніторингу та оцінки реалізації кожного зі структурних елементів моделі (**Рис. 2.8.3**).

Рисунок 2.8.3. Рівні логічної моделі та її індикаторів



Основні зусилля, спрямовані на розробку нових практичних способів вимірювання послуг ПМД, фокусуються на таких аспектах (**Рис. 2.8.4**):

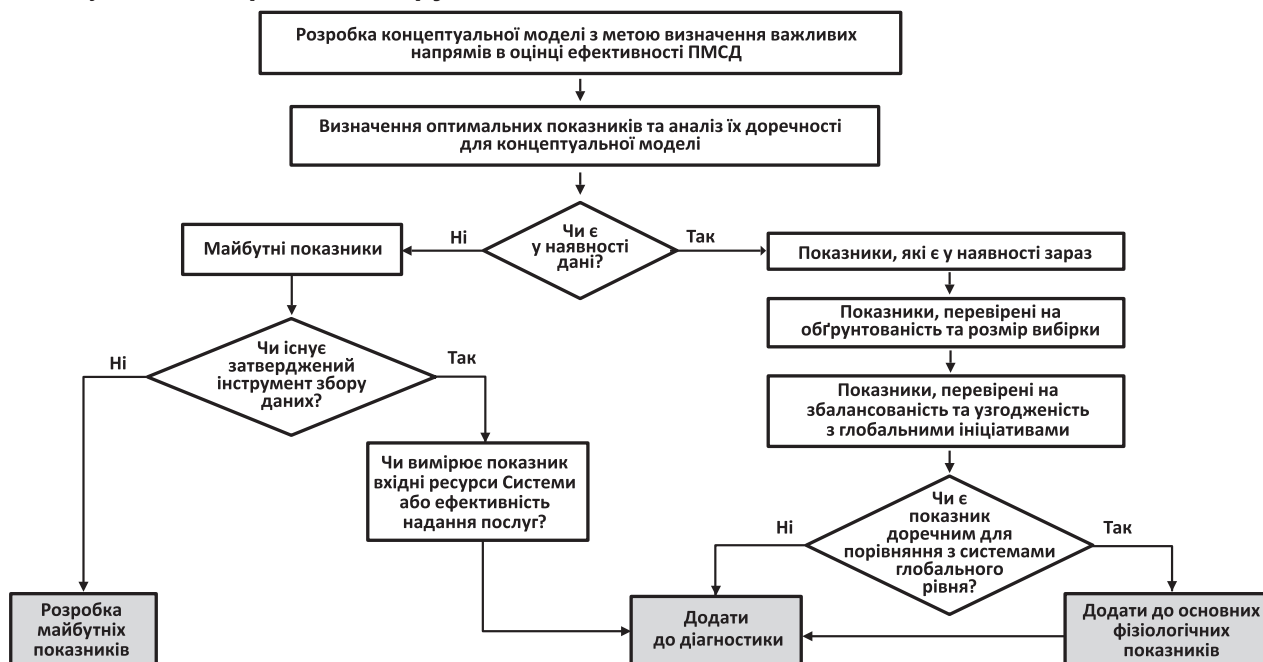
- **доступність**: чи мають пацієнти доступний та своєчасний доступ до ПМД, який є географічно зручним?
- **наявність ефективних послуг ПМД**: чи функціонують заклади ПМД з мотивованими, компетентними працівниками та чи достатньо вони оснащені для надання ПМД?
- **орієнтована на людину допомога**: чи пропонує система добре налагоджені основні функції ПМД, включаючи доступність з першого контакту (з точки зору користувача), координацію, повноту, безперервність і безпеку?
- **організація та управління**: чи належним чином система організовує важливі елементи надання ПМД та управляє ними, включаючи командну допомогу, підтримувальний нагляд, управління здоров'ям населення території та використання інформаційних систем, які допомагають проводити моніторинг послуг і постійно покращують якість?

Рисунок 2.8.4. Концепція моделі моніторингу діяльності мережі ПМД³⁰



Алгоритм формування системи показників для оцінки ефективності діяльності закладу/мережі наведено на **Рис. 2.8.5**.

Рисунок 2.8.5. Процес підбору показників МІО



У контексті трансформаційних процесів, які відбуваються в ході реформування, необхідно насамперед відстежувати реалізацію ключових принципів реформи на рівні мережі за індикаторами, які використовуються в тому числі на загальнодержавному рівні для моніторингу реформи фінансування охорони здоров'я, затвердженими Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я (**Табл. 2.8.2**).

³⁰ PHCPI, 2008.

Таблиця 2.8.2. Індикатори прогресу впровадження ключових принципів реформи

Індикатор	Ключові принципи реформи
Частка витрат на медичне обслуговування, яка покривається самими пацієнтами під час отримання медичних послуг або придбання ліків	Фінансовий захист
Частка населення, яка повідомила про відмову від лікування через брак фінансових ресурсів (відсоток домогосподарств, де будь-який член потребував медичної допомоги протягом останніх 12 місяців, але не мав доступу до неї)	Універсальне охоплення медичними послугами та рівний доступ до медичної допомоги
Частка населення, яка уклала особисту угоду (підписала декларацію) про надання первинної медичної допомоги з лікарем загальної практики	Універсальне охоплення медичними послугами та рівний доступ до медичної допомоги
Відсоток населення, яке проживає в межах 60-хвилинного доїзду до лікарні інтенсивного лікування, що відповідає Рамковим вимогам до закладів вторинної медичної допомоги, затвердженим Міністерством охорони здоров'я	Універсальне охоплення медичними послугами та рівний доступ до медичної допомоги
Показники смертності від серцево-судинних захворювань, смертей на 100 тис. населення	Результативність
Раннє виявлення раку, відсотків	Результативність
Охоплення вакциною АКДП (коклюш, дифтерія, правець), відсотків Охоплення вакцинацією проти поліомієліту, відсотків	Результативність
Середня тривалість перебування в лікарні, днів	Результативність
Рівень задоволеності населення вітчизняною системою охорони здоров'я	Результативність
Рівень доходу працівників медичної сфери, грн	Результативність
Рівень задоволеності медичних працівників умовами роботи	Результативність
Кількість лікарів загальної практики у приватній практиці	Конкуренція між надавачами послуг
Кількість медичних закладів приватної форми власності	Конкуренція між надавачами послуг

Для моніторингу діяльності мережі ПМД на перших етапах функціонування варто зосередити увагу на тих ключових критеріях та принципах, які лягли в основу Порядку формування спроможних мереж надавачів ПМД (**Додаток 3**). Зокрема, індикатори можуть бути такі такими:

- ◆ обсяг практики ПМД з дезагрегацією на лікаря загальної практики – сімейного лікаря або лікаря-терапевта і на лікаря-педіатра;
- ◆ кількість відмов від надання ПМД пацієнтам;
- ◆ кількість випадків надання послуг ПМД за місцем проживання пацієнта з дезагрегацією за кожною окремою практикою ПМД;
- ◆ кількість та відсоток надавачів ПМД мережі з повним укомплектуванням згідно з переліком обладнання, устаткування і засобів, необхідних для забезпечення надання ПМД, визначеним відповідним табелем матеріально-технічного оснащення.

Індикатори для моніторингу діяльності та оцінки ефективності мережі ПМД на чотирьох рівнях логічної моделі можуть формуватися для конкретної мережі ПМД відповідно до пріоритетності (див. **Табл. 2.8.3**).



Таблиця 2.8.3. Індикатори ефективності мережі ПМД на чотирьох рівнях логічної моделі МІО

Рівень логічної моделі МІО	Напрямок	Індикатор
Внески	В1. Лікарські засоби та витратні матеріали	Наявність базового обладнання
		Наявність основних лікарських засобів
		Наявність вакцин
	В2. Інфраструктура закладу	Щільність закладів ПМД на 100 тис. населення
		Кількість незаповнених вакансій через дефіцит штатних працівників за рік
	В4. Робочі кадри	Щільність лікарів, медсестер та акушерів на 1 тис. населення
Надання послуг	С1. Доступ	Бар'єр у доступі у зв'язку з витратами на лікування
	С2. Наявність ефективних послуг ПМД	Рівень відсутності надавача послуги
		Діагностична точність: кількість правильно діагностованих випадків серед усіх обстежених пацієнтів
		Робоче навантаження на одного надавача послуги
	С3. Допомога, орієнтована на людину	Відсоток дітей 2-4-місячного віку, які не отримали трьох доз АКДС (дифтерія– правець-коклюш)
Результати	D1. Ефективне охоплення послугами	Охоплення вакцинацією АКДС
		Відсоток дітей, які отримали коректне лікування діареї
		Відсоток жінок репродуктивного віку, які використовують будь-який сучасний метод контрацепції
		Охоплення послугою скринінгу шийки матки, % жінок віком 20–69 років
		Охоплення послугою скринінгу молочної залози, % жінок віком 50–69 років
		Середня тривалість перебування в лікарні, днів
Наслідки	Е1. Стан здоров'я	Материнська смертність, на 100 тис. дітей, народжених живими
		Смертність дорослих від неінфекційних захворювань, на 100 тис. населення
		Смертність дітей віком до 5 років, на 1 тис. дітей, народжених живими
	Е4. Ефективність	Смертність дітей віком до 5 років у співвідношенні з витратами ПМД на душу населення

Для моніторингу діяльності доцільно обирати індикатори, які є унікальними та уніфікованими до використання як на національному, так і на міжнародному рівнях. Це дозволяє порівнювати заклади, мережі ПМД, територіальні об'єднання, області та країни між собою. Переглянути та обрати індикатори для моніторингу та оцінки здоров'я можна на ресурсі електронної бібліотеки Організації економічного співробітництва та розвитку (OECD³¹).

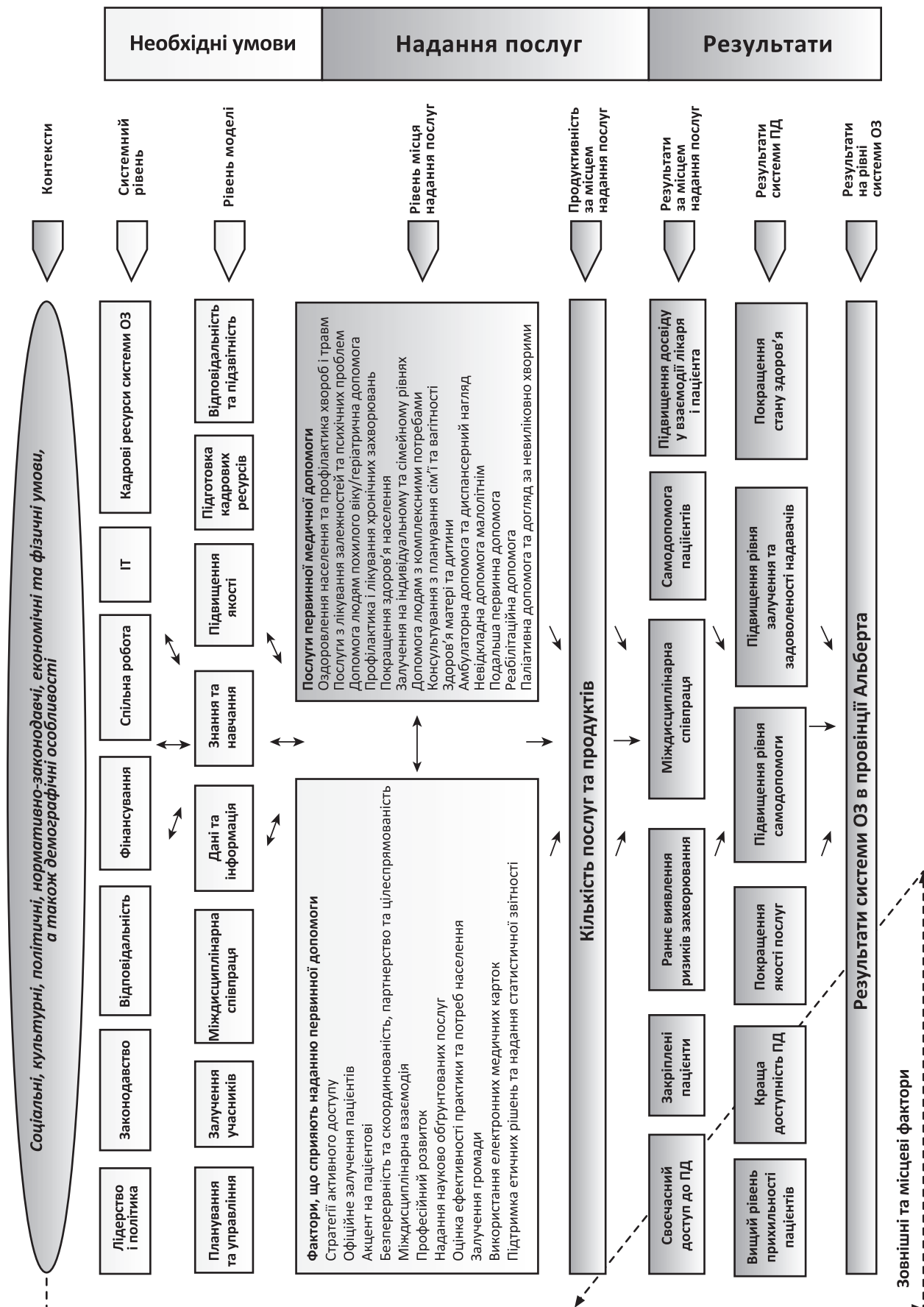
Приклад системи індикаторів діяльності за різними компонентами наведено на Рис. 2.8.6.

Рисунок 2.8.6. Приклад системи індикаторів діяльності за різними компонентами

КЛІЄНТИ та ПОСЛУГИ	КЛІЄНТИ та ПОСЛУГИ
- Цільова кількість пацієнтів, осіб - Задоволеність клієнтів, % - Інформаційні кампанії щодо здорового способу життя, кількість	- Цільова кількість пацієнтів, осіб - Задоволеність клієнтів, % - Інформаційні кампанії щодо здорового способу життя, кількість
БІЗНЕС-ПРОЦЕСИ ОРГАНІЗАЦІЇ	БІЗНЕС-ПРОЦЕСИ ОРГАНІЗАЦІЇ
- Впровадження системи управлінського обліку - Розробка операційних планів діяльності та системний контроль за ними	- Впровадження системи управлінського обліку - Розробка операційних планів діяльності та системний контроль за ними

У **Додатку 13** наведено моделі оцінки діяльності закладу/мережі ПМД за вісьмома напрямками. Для оцінки ефективності діяльності мережі ПМД можна використовувати також комплексну логічну модель функціонування мережі ПМД з урахуванням факторів, що сприяють діяльності, надання послуги ПМД і наслідків від провадження медичної діяльності³² (**Рис 2.8.7**).

Рисунок 2.8.7. Логічна модель мережі ПМД



32 Primary Health Care Evaluation Framework, Branch 2013.

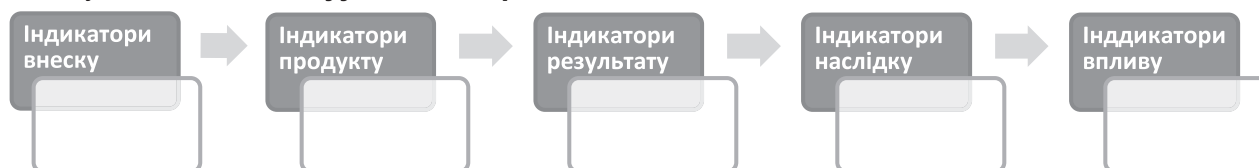
У наведеному підході до оцінки ефективності ключовими питаннями/критеріями оцінки є такі:

1. Чи мають жителі території поліпшений доступ до ПМД?
2. Чи мають жителі території прихильність отримувати ПМД у цьому закладі/ мережі?
3. Чи отримують жителі території якісну допомогу?
4. Чи покращився стан здоров'я жителів території?
5. Чи покращились практики мережі для жителів території?
6. Чи стали жителі території практикувати більш здоровий спосіб життя та зменшили практики ризикованої поведінки?
7. Чи має мережа повну укомплектованість кадрами відповідно до потреби та нормативів?
8. Чи є використання виділених ресурсів економічно ефективним?
9. Чи збільшилась підзвітність закладу/мережі?

Двома основними компонентами стратегії оцінки за такого комплексного підходу є вимірювання основних індикаторів результатів діяльності та факторів, що сприяють/дозволяють діяльності закладу/мережі. Домени, ідентифіковані в логічній моделі для сприятливих факторів та наслідків, узагальнюють компоненти, які можна оцінити індивідуально або комплексно. Індикатори результату діяльності повинні відображати сукупність кількісних та якісних підходів до оцінки, які мають відношення до вимірювання критичних структур, процесів та результатів у трансформованій системі ПМД.

Відповідно, обравши одну з моделей підходів до оцінки ефективності, варто розробити континуум індикаторів для відстежування прогресу та оцінки ефективності (Рис. 2.8.8).

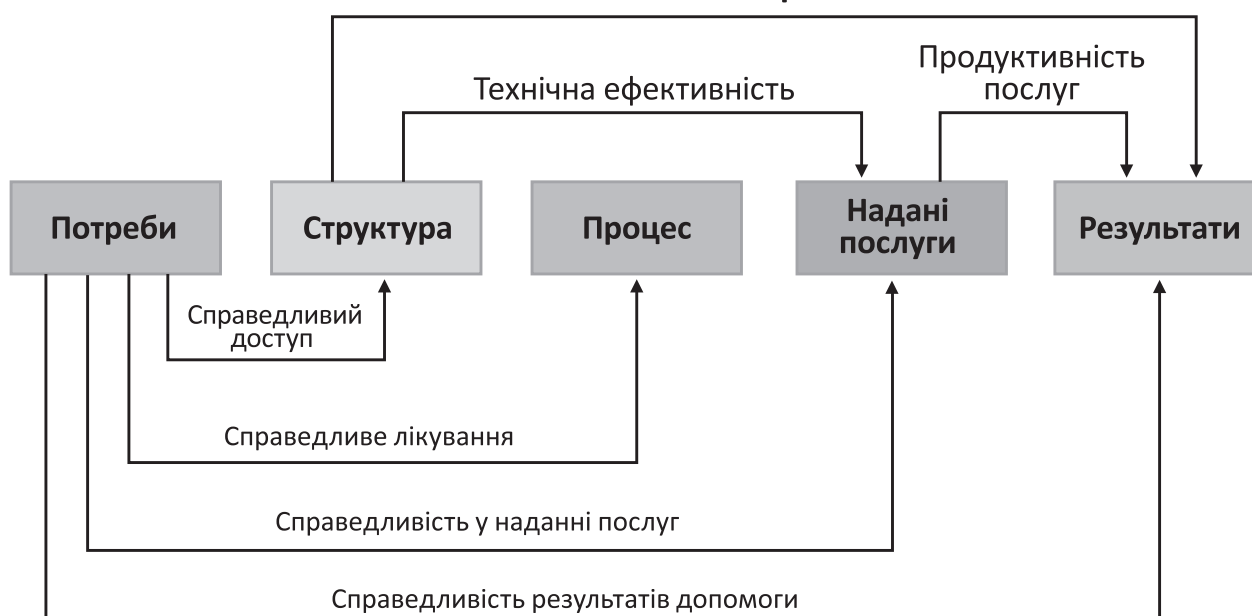
Рисунок 2.8.8. Континуум індикаторів відповідно до логічної моделі



Традиційно моніторинг відповідає за відстеження індикаторів внеску, продукту та результату, а індикатори рівня наслідків та впливу використовуються для оцінки довготривалого непрямого ефекту від діяльності. Таким чином, на етапі формування спроможної мережі ПМД варто зосередити увагу на розробці та моніторингу прямих індикаторів на рівнях внеску, продукту та результату діяльності для розуміння того, чи впроваджується діяльність належним чином та відповідно до запланованих масштабів, темпів тощо.

Для подальшої оцінки економічної ефективності діяльності мережі ПМД на наступних етапах можна використовувати концептуальну модель оцінки результативності надавачів ПМД (Рис. 2.8.9)

Рисунок 2.8.9. Концептуальна модель оцінки результативності мережі надавачів ПМД
Економічна ефективність



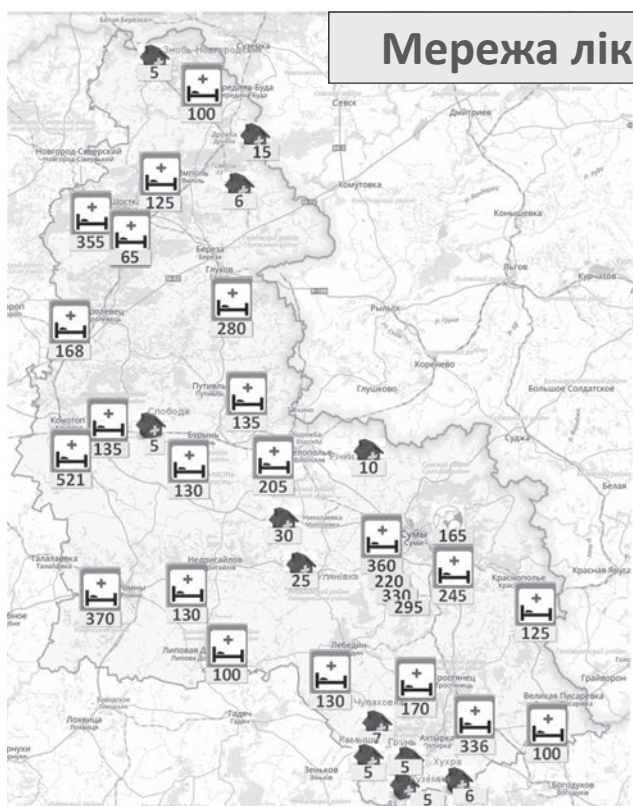
Сумська область: госпітальні округи та фокус на пацієнта



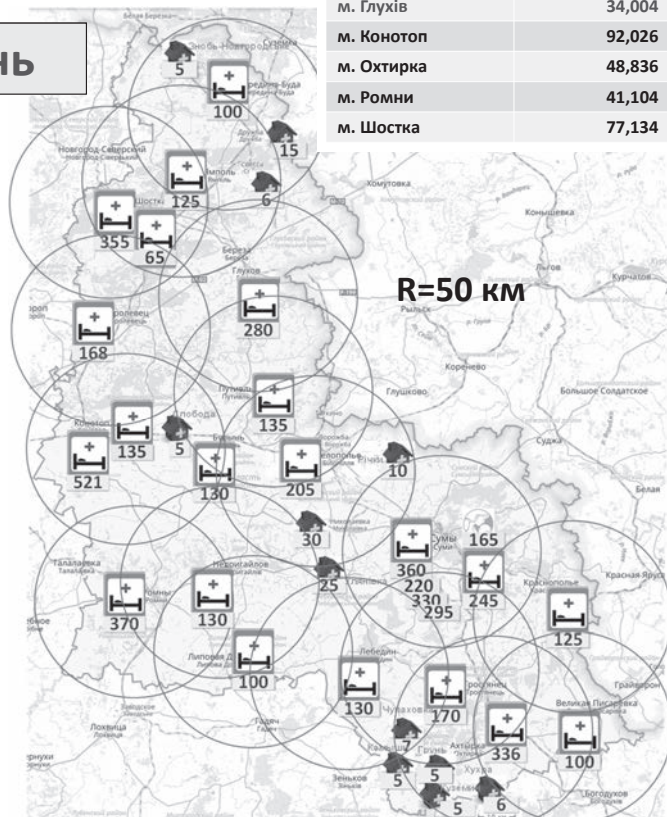
Госпітальний округ – це інструмент співробітництва громад, щоб ухвалювати рішення стосовно закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та ОТГ.

Нінель Кадирова, радник з фінансування охорони здоров'я МОЗ України [USAID], 2017 р.

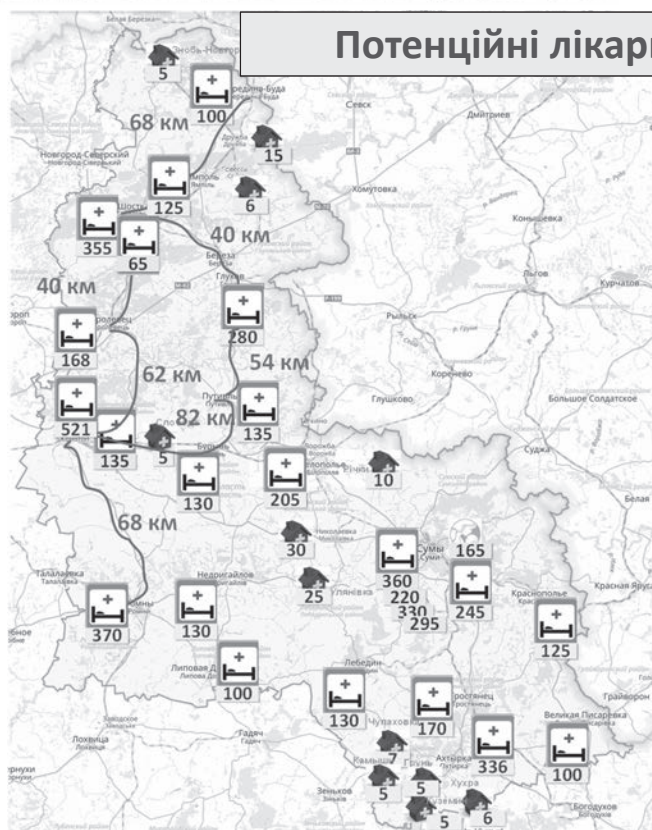
Місто	Населення
м. Суми	268,642
м. Глухів	34,004
м. Конотоп	92,026
м. Охтирка	48,836
м. Ромни	41,104
м. Шостка	77,134



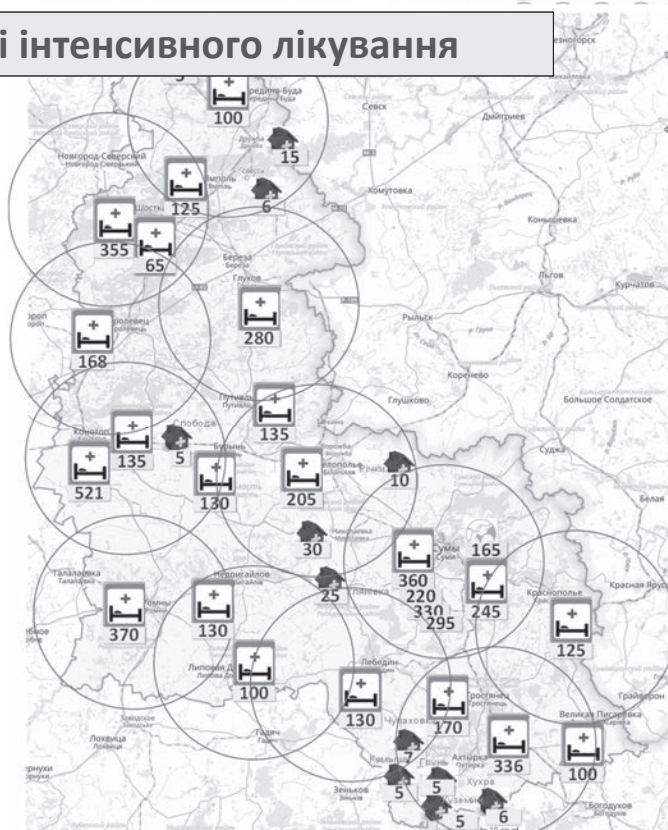
Мережа лікарень



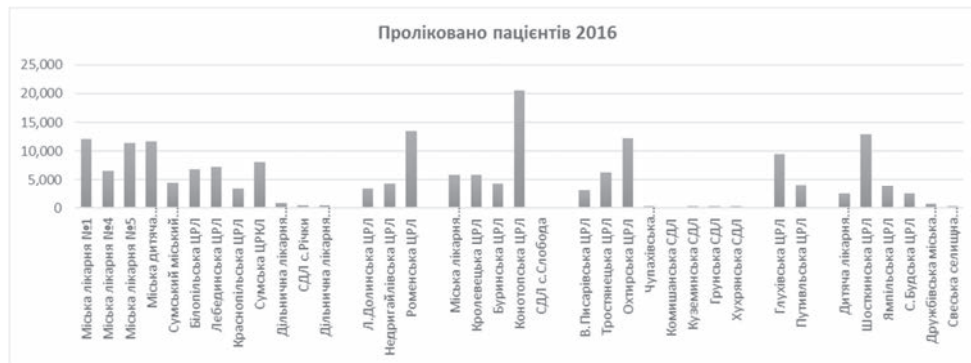
R=50 км



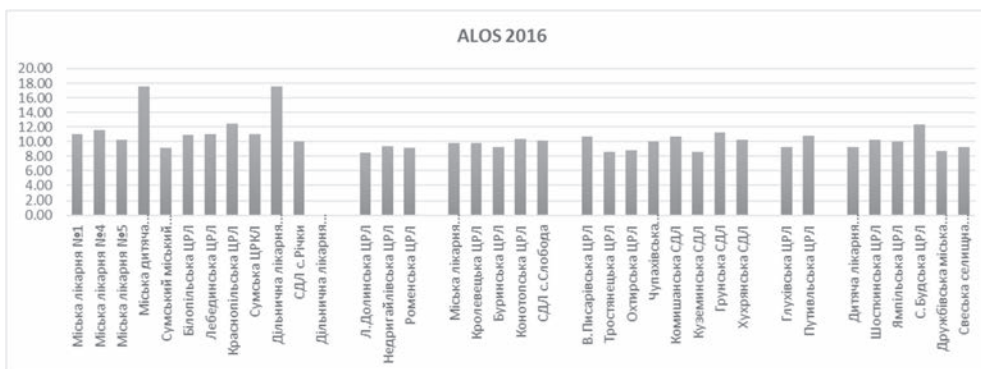
Потенційні лікарні інтенсивного лікування



Показники діяльності



Показники діяльності



Показники діяльності



Показники діяльності



Показники діяльності

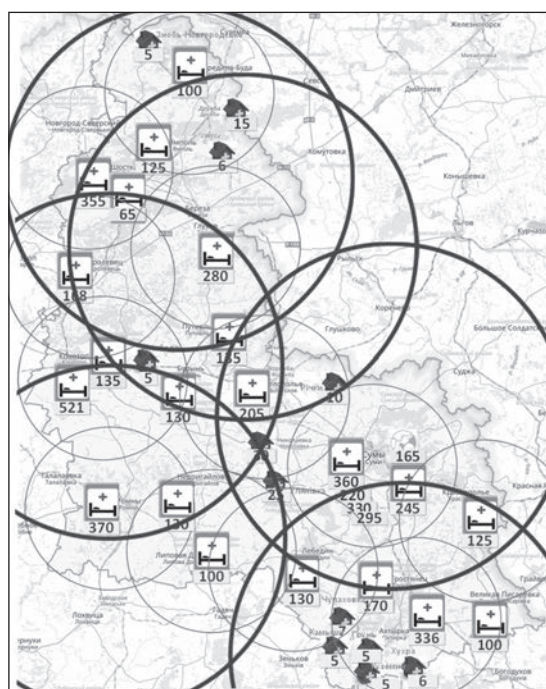


Продуктивність



Ефективність:

Чи потрібні 6
госпітальних округів і 6
ЛІЛ 2-го рівня?

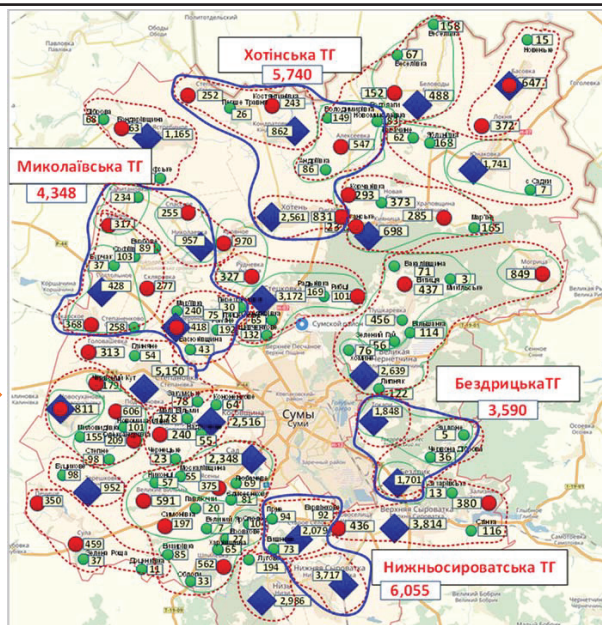
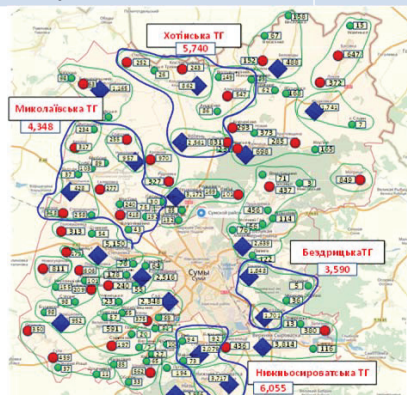


Сумська область: модель реформи охорони здоров'я на первинному рівні

Нінель Кадирова, радник з фінансування охорони здоров'я МОЗ України (USAID), 2017 р.

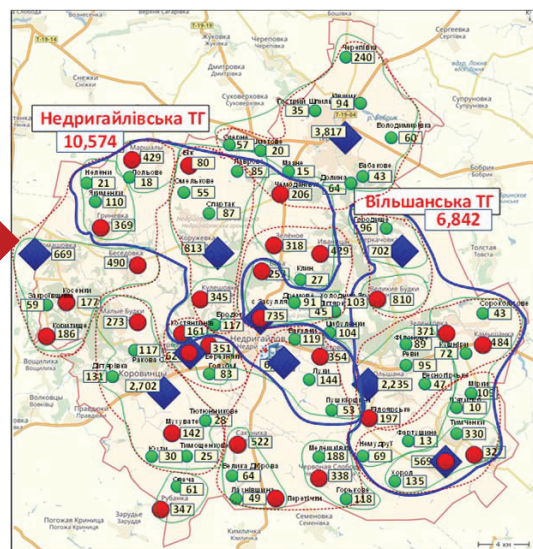
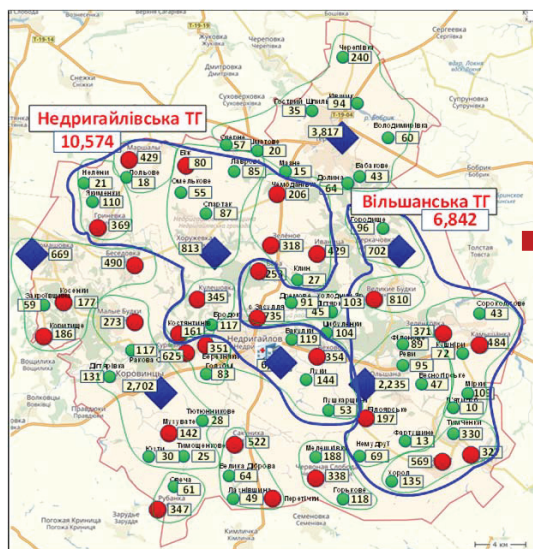
Сумський р-н, Сумська область

ОТГ	Населення
Сумський р-н	54 569
Хотінська ТГ	5 740
Нижньосироватська ТГ	6 055
Миколаївська ТГ	4 348
Бездрицька ТГ	3 590



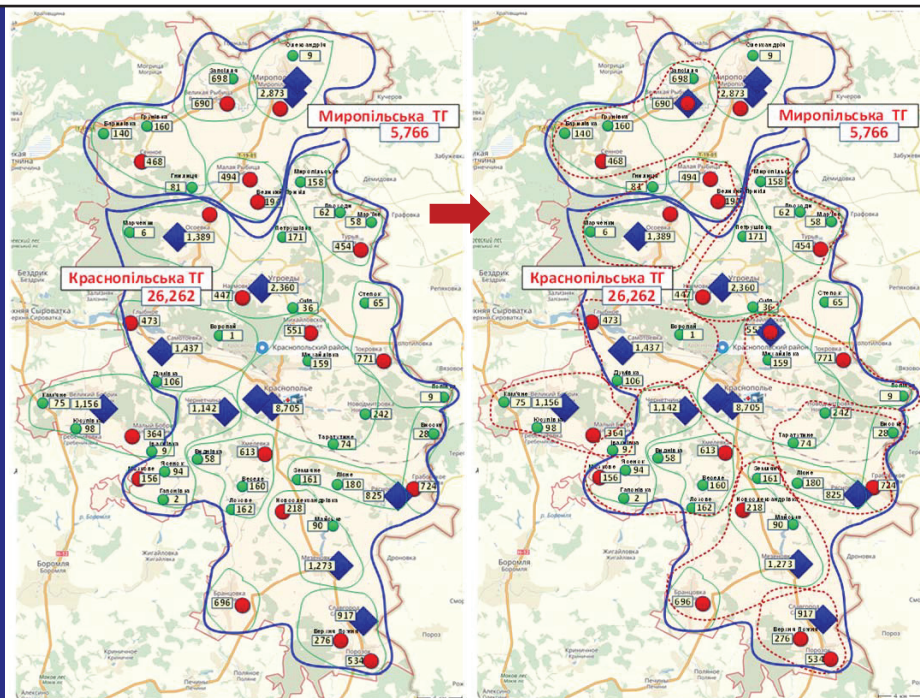
Охоплення ПМСД добре сформовано. Додатково рекомендується перетворити в лікарські амбулаторії три ФАПі сіл Северинівка, Басівка

Недригайлівський р-н, Сумська область



Зони обслуговування ПМСД не збігаються з межами ТГ і сільських рад. Населенню деяких сіл зручніше звертатися до лікарів амбулаторій поза ОТГ. І навпаки, жителям сіл, які не входять в ОТГ - ближче до амбулаторій на території громади. Необхідно перетворити в лікарські амбулаторії три ФАПі - сіл Засулля, Козельне, Курмани

Краснопільський р-н, Сумська область



- Необхідно:
- Автотранспорт для обслуговування віддалено розташованих сіл
 - Спільне обслуговування населення лікарськими амбулаторіями жителів населених пунктів, розташованих на території різних ТГ
 - Розглянути можливість перетворення у лікарські амбулаторії двох ФАПів сіл Велика Рибиця і Михайлівське

**Сумський
"Центр розвитку
місцевого
самоврядування"**

www.facebook.com/lgdc.sumy
40000, м. Суми, пл. Незалежності 3/1, 1 поверх. Бізнес-центр "Акрополь"

www.decentralization.gov.ua
www.minregion.gov.ua
www.ulead.org.ua

Роздаткові матеріали не є засобом масової інформації. Розповсюджуються безкоштовно під час публічних та навчальних заходів, організованих Сумським "Центром розвитку місцевого самоврядування", створеним за підтримки Програми "U-LEAD з Європою" та Мінрегіоном.

Видавець: ФОП Наталуха А.С.
Свідectво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців серія
СМв № 034 від 28.04.09, видане Державним Комітетом телебачення та радіомовлення України.

Друк: ФОП Барабанцева С.Г.

Наклад 500 прим. Підписано до друку 4.06.2018р.

Ця публікація підготовлена за підтримки Європейського Союзу та його країн-членів Данії, Естонії, Німеччини, Польщі та Швеції.

Зміст цієї публікації є виключною відповідальністю її авторів та не може жодним чином сприйматися як такий, що відображає погляди Програми "U-LEAD з Європою", Європейського Союзу та його країн-членів Данії, Естонії, Німеччини, Польщі та Швеції.

За підтримки Програми "U-LEAD з Європою"



Funded by the European Union



МІНІСТЕРСТВО РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ
БУДІВНИЦТВА
ТА ЖИТЛОВО-КОМУНАЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА
УКРАЇНИ

