

# ЗДІЙСНЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРИ РЕФОРМУВАННІ ГАЛУЗІ

**Віталій Пашков,**

*д-р юрид. наук, доцент  
Полтавського юридичного інституту  
Національного університету  
«Юридична академія України» ім. Ярослава Мудрого*

*У статті досліджуються проблеми здійснення господарської діяльності закладами охорони здоров'я у контексті програми економічних реформ на 2010–2014 рр., а також нової редакції Бюджетного кодексу України.*

**Ключові слова:** економічні реформи, господарська діяльність, фінансування охорони здоров'я, медичні послуги.

Питання реформування сфери охорони здоров'я залишається відкритим з моменту проголошення незалежності нашої держави і цілком відповідає реаліям суспільного життя як відповідної реакції на стагнацію адміністративно-правової моделі системи охорони здоров'я. При цьому внутрішня еволюція системи охорони здоров'я та методи регулювання її життєдіяльності підпорядковані законам суспільного розвитку. Виходячи із цих об'єктивних законів, що, з одного боку, визначають сутність системи охорони здоров'я як специфічної галузі державного устрою, а з іншого – формують науково обгрунтовані методи її регулювання, забезпечення та практичне здійснення конкретних планів розвитку системи можливе. Нагальною для України є потреба формування науково обгрунтованої правової політики держави. А формування державної політики зумовлене визнанням незмінної актуальності національної системи охорони здоров'я як важливої складової забезпечення життєдіяльності суспільства. Але на сучасному етапі спостерігається суперечність і непослідовність державної політики щодо регулювання сфери охорони здоров'я. Держава, з одного боку, приділяє недостатньо уваги забезпеченню конституційних прав громадян на охорону здоров'я, прагнучи майже цілком перекласти свої функції щодо надання безоплатної медичної допомоги на громадян та органи місцевого самоврядування, з іншого – не створила відповідних умов щодо правової, економічної й організаційної свободи суб'єктів господарювання, що надають медичні послуги.

Слід зазначити, що останнім часом на рівні органів законодавчої та виконавчої влади спостерігається інша картина, яка свідчить про реальне бажання запровадити реформи в окремих галузях народного господарства. Так, знаковою подією можна вважати прийняття Комітетом з економічних реформ при Президенті України «Програми економічних реформ України на

2010–2014 роки» від 02.06.2010 р. Запропонована Програма реформ розроблена на виконання поставленого Президентом України завдання з відновлення економічного зростання та модернізації економіки країни. Саме наслідками цієї Програми можна вважати прийняття Податкового та Бюджетного кодексів України.

Дослідження проблем здійснення господарської діяльності в різних галузях економіки займають вагомe місце в роботах науковців усіх напрямів права, а саме – О. Вінник, Д. Задохайло, І. Замоїського, В. Мамутова, О. Подцерковного, В. Устименко, В. Щербини та ін. У той самий час у роботах українських правознавців розгляд проблем здійснення господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, у тому числі у контексті Програми економічних реформ та останніх змін законодавства, не знайшла достатньо повного висвітлення.

**Метою цієї статті** є дослідження проблем здійснення господарської діяльності закладами охорони здоров'я у контексті програми економічних реформ на 2010–2014 рр. та нової редакції Бюджетного кодексу України.

Вважається, що реформи, передбачені у Програмі будуть спрямовані на побудову сучасної, стійкої, відкритої та конкурентоспроможної у світовому масштабі економіки, формування професійної й ефективної системи державного управління, врешті-решт – на підвищення добробуту українських громадян.

Програма охоплює широкий набір стратегічних перетворень. Серед інших у цій Програмі заслуговують на увагу розділи, присвячені реформі медичного обслуговування та реформі міжбюджетних відносин. На перший погляд не дивно, що з моменту опублікування Програми на її виконання Верховна Рада України прийняла низку законодавчих актів. Найбільш вагомим серед них є нова редакція Бюджетного ко-

дексу України. Але прийняття цих документів передувало прийняттю Постанови Верховної Ради України «Про основні напрями бюджетної політики на 2011 рік» від 04.06.2010 р. У цьому документі зазначається про необхідність внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я з метою визначення на законодавчому рівні понять «медична допомога» та «медична послуга» для формування переліку гарантованих державою безоплатних медичних послуг, послуг, які повинні надаватися на платній основі, та стандартів медичної допомоги. Хоча, на нашу думку, в контексті ст. 904 Цивільного кодексу (далі – ЦК) України це не має ніякого значення, оскільки будь-які безоплатні послуги передбачають відшкодування витрат. Заслужують на увагу пропозиції здійснення заходів щодо запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування та забезпечення стимулюючої ролі державного заволодіння при розподілі бюджетних коштів.

Яку проблему в системі охорони здоров'я вбачають автори Програми? Це, по-перше, низька якість медичних послуг. Очікувана тривалість життя населення України, зазначено в обґрунтуванні Програми, становить 68,2 роки, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує аналогічний у країнах ЄС; рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий. По-друге, нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу. Існують диспропорції з доступу до медичних послуг на рівні міських і сільських територій. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно з даними офіційної статистики, витрати населення перевищують третину від загального обсягу фінансування галузі (40 % у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг.

Причинами виникнення зазначених проблем, на думку авторів Програми, є: відсутність зв'язку між якістю отриманих медичних послуг та видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці; низький рівень профілактики та частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг; неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я. На 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень (у ЄС-10 цей показник – 2,6); кількість ліжок – 868 на 100 тис. населення (в ЄС-10 – 644); кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні – 302 (у ЄС-10 – 261), 86 % бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів; дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомо-

ги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг; низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів.

Основною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного та справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості. Для досягнення цього необхідно підвищити якість медичних послуг, доступність медичних послуг, поліпшити ефективність державного фінансування, створити стимули для здорового способу життя населення та здорових умов праці.

Автори Програми вважають, що здійснення реформ у бюджетній моделі фінансування охорони здоров'я України дозволить підготувати умови для переходу до страхової моделі (соціального медичного страхування). Але для підвищення якості медичних послуг необхідно забезпечити перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі, тобто на первинному рівні – оплата за кількість осіб, які мешкають у межах певної території; на вторинному, третинному – залежно від обсягів, структури й якості наданої медичної допомоги (закупівля обладнання й інших матеріально-технічних засобів здійснюватиметься у тому числі і за рахунок цільових бюджетних програм); повсюдне запровадження клінічних протоколів; розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг; зміна системи оплати праці медичних працівників шляхом виділення двох складників: постійного (на основі єдиної тарифної сітки), змінного – залежно від обсягу й якості наданої медичної допомоги.

Підвищення доступності медичних послуг досягатиметься таким чином: чітке структурне розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги в нормативних актах; структурна реорганізація сфери шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (*медичні заклади з правами юридичної особи, до складу яких входять амбулаторії загальної практики/сімейної медицини та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста з кількістю населення від 30 до 100 тис. осіб*), госпітальних округів (*функціональне об'єднання кількох адміністративно-територіальних одиниць, населення яких забезпечено вторинною медичною допомогою з боку комплексу медичних закладів, що спеціалізуються залежно від інтенсивності наданої допомоги*) з урахуванням радіуса доставлення пацієнтів; розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги; підтримка розвитку приватного сектора медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі.

Для поліпшення ефективності фінансування сектора охорони здоров'я необхідними є:

• скорочення 4-рівневої системи фінансування до 2-х, 3-х рівнів на основі об'єднання фінансових ресурсів: для первинної медико-санітарної допомоги – на районному й міському рівнях, для вторинної й третинної – на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік НДІ – на державному);

• зміна адміністрування витатків медичних закладів на основі розроблення та запровадження єдиної методики розрахунків медичних послуг, формування системи єдиних національних тарифів, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів (глобальний бюджет);

• підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів.

Підготовка умов для переходу на страхову модель охорони здоров'я (систему соціального медичного страхування) забезпечуватиметься за рахунок досягнення фінансової стійкості медичних закладів, оптимізації їх мережі, збільшення самостійності керівників медичних закладів щодо управління фінансовими коштами, підвищення конкуренції у системі охорони здоров'я.

*Аналіз обгрунтування поставлених проблем і необхідних кроків свідчить про оптимізацію перш за все медичних закладів, зокрема ФАПів і сільських амбулаторій, а потім вже й аптечних закладів. Безумовно, оптимізація потягне за собою скорочення штатної чисельності лікарів, що є зрозумілим у порівнянні з кількістю фахівців у країнах ЄС.*

Які етапи впровадження реформи? Перший етап: внесення змін до Бюджетного кодексу (далі – БК), Закону України «Про засади законодавства про охорону здоров'я» та прийняття Закону України «Про лікувально-профілактичні заклади й медичне обслуговування населення», що забезпечують: об'єднання коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району або міста, на надання вторинної (спеціалізованої) та швидкої медичної допомоги на обласному рівні, для надання третинної (високоспеціалізованої високотехнологічної) допомоги – на обласному й державному рівнях; перерозподіл фінансування на користь первинної медичної допомоги й профілактичної медицини; перехід від бюджетного фінансування комунальних і державних лікувально-профілактичних установ на кошторисній основі до контрактної форми; *перегляд умов ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів і атестації медичного персоналу.* Створення незалежних центрів (агентств) оцінювання відповідності медичних установ ліцензійним і акредитаційним вимогам.

Другий етап: проведення з 2011 р. апробації пропонованих змін на 2-х пілотних регіонах (на сьогодні йдеться про Дніпропетровську, Донецьку, Луганську, Полтавську та Львівську області); розроблення комплексу законодавчих і нормативних документів для формування оп-

тимальної територіальної мережі медичних закладів, створення госпітальних округів, оплати праці медичного персоналу, виходячи з обсягу й якості виконаної роботи; розроблення й прийняття комплексної програми «Здорова нація».

Третій етап: переведення всіх медичних закладів на систему контрактних відносин між замовником і постачальником медичних послуг; запровадження єдиної методики розрахунків вартості медичних послуг, що оплачуються державою; підготовка до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування.

Слід зазначити, що нова редакція Бюджетного кодексу України набула чинності з 01.01.2011 р., а в ньому вже враховані всі питання, пов'язані з оптимізацією медичних закладів та їх фінансуванням. Так, згідно із ст. 88 БК України наголошує, що до витатків, які здійснюються з бюджетів сіл, їх об'єднань, селищ, міст районного значення і враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, належать витатки на: органи місцевого самоврядування сіл, селищ, міст районного значення; освіту; сільські, селищні та міські палаци і будинки культури, клуби, центри дозвілля, інші клубні заклади та бібліотеки. Під поняттям «міжбюджетні трансферти» законодавець (ст. 2 БК) розуміє кошти, які безоплатно та безповоротно передаються з одного бюджету до іншого, а під поняттям «витатки бюджету» (ст. 2 БК) – кошти, спрямовані на здійснення програм і заходів, передбачених відповідним бюджетом. Як бачимо із ст. 88 БК України *ніякого фінансування охорони здоров'я на рівні бюджетів сіл, їх об'єднань, селищ, міст районного значення не передбачено.*

У свою чергу, ст. 89 БК України фактично передбачає фінансування діяльності комунальних медичних закладів на рівні районів і міст республіканського значення в обсязі первинної медико-санітарної, амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги. А вже на рівні області та АРК (ст. 90 БК) передбачено фінансування в обсязі консультативної амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, санаторно-курортної допомоги тощо. При цьому згідно з ч. 5 ст. 93 БК, фактично, при недостатньому фінансуванні діяльності комунальних медичних закладів з державного бюджету обов'язки їх фінансування покладаються на місцеві бюджети.

Згідно із ст. 86 БК України витатки на функціонування бюджетних установ і реалізацію заходів, які забезпечують необхідне першочергове надання гарантованих послуг і розташовані найближче до споживачів, здійснюються з бюджетів сіл, їх об'єднань, селищ, міст; витатки на функціонування бюджетних установ і реалізацію заходів, що забезпечують надання основних гарантованих послуг для всіх громадян України, здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та міст обласного значення, а також районних бюджетів;

видатки на функціонування бюджетних установ і реалізацію заходів, які забезпечують гарантовані послуги для окремих категорій громадян, або реалізацію програм, потреба в яких існує в усіх регіонах України, здійснюються з бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів. У пункті 5 ч. 3 ст. 101 БК України уточнюється: «якщо на території села, селища, міста районного значення недостатньо бюджетних установ, які забезпечують надання гарантованих послуг, визначених п. 1 ч. 1 ст. 86 цього Кодексу, в обсязі, визначеному фінансовими нормативами бюджетної забезпеченості, обсяг міжбюджетного трансферту для відповідного бюджету місцевого самоврядування визначається з урахуванням перерахунку кількості споживачів гарантованих послуг, здійсненого на підставі рішень відповідних місцевих рад, прийнятих кожною із сторін, і укладання договору».

Іншими словами, законодавець все підготував для оптимізації медичних закладів, структурної реорганізації шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги та створення госпітальних округів, що передбачає припинення прямого фінансування сільської медицини через сільські та селищні ради.

У новій редакції БК України передбачені всі необхідні заходи до запровадження державного замовлення медичних послуг на підставі контракту. Так, в БК України (ст. 2) чітко визначено таке поняття, як «одержувач бюджетних коштів» – суб'єкт господарювання, громадянка чи інша організація, яка не має статусу бюджетної установи, уповноважена розпорядником бюджетних коштів на здійснення заходів, передбачених бюджетною програмою, та отримує на їх виконання кошти бюджету, тобто з 01.01.2011 р. фактично головні розпорядники повинні припинити фінансування комунальних медичних закладів, які надають медичні послуги, у тому числі в межах Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955. Реалізація цієї Програми передбачає здійснення заходів, передбачених бюджетною програмою, отримання на їх виконання коштів бюджету.

Фактично при здійсненні господарської діяльності щодо надання медичних послуг медичні заклади повинні діяти в межах державного

контракту, як це й передбачено Програмою економічних реформ України на 2010–2014 роки. Хоча на сьогодні державні та комунальні медичні заклади, які одночасно мають статус бюджетних установ і суб'єктів господарювання, враховуючи визначення в БК України (ст. 2) поняття «бюджетної установи» – органи державної влади, органи місцевого самоврядування, а також організації, створені ними в установленому порядку, що повністю утримуються за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевого бюджету (бюджетні установи є неприбутковими), обов'язково повинні будуть провести реорганізацію бюджетних установ в неприбуткові підприємства.

У цьому контексті ст. 22 БК України визначає, що розпорядник бюджетних коштів може уповноважити одержувача бюджетних коштів на виконання заходів, передбачених бюджетною програмою, та надати йому кошти бюджету (на безповоротній чи поворотній основі) в межах відповідних бюджетних асигнувань. Одержувач бюджетних коштів використовує такі кошти на підставі плану використання бюджетних коштів, що містить розподіл бюджетних асигнувань, затверджених у кошторисі цього розпорядника бюджетних коштів.

Аналіз Програми економічних реформ України на 2010–2014 роки та Бюджетного кодексу України дозволяє зробити такі **висновки**. По-перше, з метою подальшого забезпечення сільського населення медичною допомогою, в контексті припинення фінансування сільських і селищних ФАПів і амбулаторій необхідно провести їх реорганізацію для включення у відповідні госпітальні округи, які повинні отримати права господарських об'єднань. По-друге, виникає необхідність термінової зміни організаційно-правової форми медичних закладів, що фінансуються з бюджету та на сьогодні фактично здійснюють свою діяльність як суб'єкти некомерційного господарювання, у некомерційні підприємства, що діють за контрактною формою за державним замовленням. Незважаючи на те, що перехід на контрактну систему згідно з Програмою економічних реформ передбачений лише у 2014 р., вимоги БК України потребують негайної реорганізації лікувально-профілактичних та інших медичних закладів, що фінансуються з бюджету у некомерційні підприємства.

*This article investigates the problems of implementation of economical activity by health care establishments in context of economic reform program from 2010 to 2014 as well as the new version of Budget Code of Ukraine.*

*В статье исследуются проблемы осуществления хозяйственной деятельности учреждениями здравоохранения в контексте программы экономических реформ на 2010–2014 гг., а также новой редакции Бюджетного кодекса Украины.*

