

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я

\_\_\_\_\_ В.А. Огнев

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ  
КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ  
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Освітньо-професійна програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»

Галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-20

С.О. Козирєв

Керівник,

к.держ.упр., доц.

Н.М. Удовиченко

Рецензент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	
	5
1.1 Комунальні некомерційні підприємства сфери охорони здоров'я як об'єкт медичної реформи .....	5
1.2 Методи публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я .....	14
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	
	23
2.1 Вплив медичної реформи на діяльність комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я в Україні .....	23
2.2 Особливості функціонування комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я в умовах медичної реформи .....	33
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	
	42
3.1 Запровадження публічно-приватного партнерства як механізму розвитку комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я .....	42
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я .....	52
ВИСНОВКИ .....	62
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	65

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Медична реформа вносить зміни у функціонування не лише вітчизняної сфери охорони здоров'я загалом, а й окремих її складових. Так, зокрема, комунальні заклади охорони здоров'я отримали статус комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я, що дозволило їм використати переваги автономії та комерціалізації задля функціонування та розвитку у нових умовах формування своїх доходів і витрат. Проте далеко не всі керівники та колективи таких підприємств виявились неготовими до нових умов господарювання (передусім, до скорочення бюджетного фінансування), а чинні методи публічного управління не лише не вирішили наявні, а й сформували нові проблеми для їхнього розвитку. Відтак, питання вдосконалення методів публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Авраменко Н. [1], Долот В. [16], Карлаш В. [21], Кахович О. [22], Кланца А. [23], Короп О. [69], Медяник Г. [30], Мельниченко О. [30–34; 90], Муратов Г. [33; 90], Рожкова І. [62], Сердюк О. [69], Турчак Д. [68], Удовиченко Н. [34; 90], Хвисюк О. [69], Худоба О. [70], Яремчук О. [76] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження діючих в Україні методів публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність і значення розвитку комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я як об'єкту медичної реформи;
- дослідити діючі методи публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я;

– оцінити вплив медичної реформи на діяльність комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я в Україні;

– обґрунтувати доцільність запровадження публічно-приватного партнерства як механізму розвитку комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я;

– запропонувати для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого вдосконалення публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я.

*Об'єктом дослідження* є розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

*Предметом дослідження* є публічне управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я.

*Методи дослідження.* абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку сфери охорони здоров'я; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування методів публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1 Комунальні некомерційні підприємства сфери охорони здоров'я як об'єкт медичної реформи

Підтримка та відновлення здоров'я громадян визначені Конституцією України загальнодержавним пріоритетом [26]. Разом із тим, міжнародні стратегії збереження здоров'я та відповідні їм вітчизняні спрямування вже більш як 20 років націлені не лише на надання медичної допомоги населенню, але й на відповідність запитам суспільства щодо її якості [40; 82].

Висока якість здоров'я населення є важливою конкурентною перевагою держави та потужності її економіки у глобальному світі [23] й забезпечуються наявністю ефективної системи охорони здоров'я та дозволяють людям жити у мирі та злагоді, самостійно визначати та забезпечувати своє гідне майбутнє у контексті формування нового світоустрою, спрямованого на розширення стану національної безпеки, від якого залежить стан міжнародної безпеки [83].

Основним призначенням держави як інституту повинно бути створення ефективної системи захисту та збереження здоров'я людини, яке передусім має стосуватись реалізації чітко визначених життєвих стратегій, позбавлених відповідних соціальних ризиків [85]. Наявність функціонально потужної системи охорони здоров'я є важливим показником національного престижу для кожної країни, стабілізуючим фактором довіри до всіх гілок влади, органів управління та політико-економічної системи загалом, у здоров'ї акумулюється не лише добробут індивідів і сім'ї, воно є необхідною умовою високого трудового потенціалу нації, показником рівня культури, найбільш яскравим критерієм ефективності державного управління [95].

Охорона здоров'я є пріоритетним напрямом і фундаментальним інструментом діяльності держави щодо збереження генофонду нації шляхом забезпечення кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя [4]. Виходячи із цього, в інституційному та функціональному відношенні, держава має гарантовано забезпечувати реалізацію системи заходів, спрямованих на збереження й розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя [31].

Особливу увагу варто звернути на збалансованість компонентів і важелів сфери охорони здоров'я, аби держава відігравала всезагальну, інтегративну та комплексно-функціональну роль. Йдеться про стратегічне поєднання медико-санітарних завдань управлінських, політичних, економічних і соціально-психологічних компонентів, які мають забезпечувати стабільність охорони здоров'я громадян в умовах кризи, відображаючи загальні вимоги соціальних систем у сфері забезпечення якості людського життя [72].

Держава, для якої система охорони здоров'я громадян не є її стратегічним пріоритетом, перетворюється на політично-нігілістичну конструкцію, для якої потреби та інтереси громадян системно недооцінені. Більше за те, деконструкція національних інтересів в умовах глобалізації призводить до структурних змін у розумінні життєвих інтересів людини, які мають забезпечуватись не завдяки практиці публічного управління окремої національної держави, а завдяки новим суб'єктам світової політики, які мають прийти на зміну «держав – націй». Такий контекст характеризує абсолютний розпад систем національних інтересів, які формально підміняються глобальними інтересами розвитку світу, де не має місця для національної практики забезпечення прав та свобод громадян [23].

Хоча потужні глобальні гравці у сфері охорони здоров'я й формують свою політику, але все таки відповідальність стосовно захисту й реалізації прав

свого населення на забезпечення належних умов збереження здоров'я несуть саме національні уряди [70]. Під впливом глобалізації, державні структури та соціальні інститути, проходять через руйнівний процес своїх ціннісних систем, через що підриваються традиційні пріоритети держави, що знецінює їх національну політику [83]. На тлі потужних дезінтеграційних тенденцій після «холодної війни» та некерованої лібералізації, яка пронизала собою всі сфери суспільного життя держав – здоров'я, зберігаючи свої доволі міцні позиції, здатне переформатувати традиційну систему національних інтересів [84].

Формування системи охорони здоров'я кожної країни залежить передовсім від її національних пріоритетів і політичної волі керівництва. З плином часу змінюються стратегічні підходи до збереження здоров'я населення та надання медичних послуг, і все більше відчувається вплив глобальних ініціатив на розвиток сфери охорони здоров'я. Держави з низьким рівнем доходів, до яких належить також Україна, намагаються посилити національні й регіональні заходи щодо подолання інфекційних і неінфекційних захворювань з допомогою різних механізмів, переважно залучаючи міжнародну технічну допомогу та адаптуючи національні підходи до міжнародних вимог [70].

Сучасні держави акумулюють свою політику на розробленні «програм перебудови охорони здоров'я», які враховують усі фактори, що впливають на громадське здоров'я як структурну умову національної безпеки [23].

Подальший розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я відбувається нині в складних умовах системної соціально-економічної кризи, трансформацій у соціально-економічній сфері, скорочення бюджетного фінансування медичної допомоги, формує низку викликів щодо подальшого **реформування** й забезпечення необхідного рівня охорони здоров'я населення України [7].

Переломним періодом у реформуванні сфери охорони здоров'я в Україні можна назвати 2016 р., коли розпочалося впровадження «медичної реформи Гройсмана», на основі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка сприятиме: посиленню спроможності держави забезпечувати фінансовий захист для громадян у випадку хвороби; появі ринку праці

медичних працівників, підвищенню рівня оплати їх праці; реалізації принципу вільного вибору для всіх учасників сфери охорони здоров'я (для пацієнта – лікаря, закладу охорони здоров'я, замовника медичних послуг); створенню умов для інтеграції приватного сектору до сфери охорони здоров'я; скороченню прямих платежів громадян на оплату медичних послуг і лікарських засобів, зменшенню рівня неформальних платежів; виникненню конкуренції постачальників всіх форм власності на ринку медичних послуг; ефективнішому та справедливому розподілу публічних ресурсів у сфері охорони здоров'я; приведенню мережі закладів охорони здоров'я у відповідність з реальними потребами населення у медичних послугах; підвищенню рівня якості надання медичних послуг, їх фізичної та фінансової доступності; підвищенню рівня прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів [59].

Одним з головних чинників трансформації суспільно-політичного та економічного життя українського суспільства стала реформа системи охорони здоров'я. Медична реформа нині стрімкими темпами проводиться й базується на загальноприйнятих в світовій практиці підходах і методах [41].

Основним «провайдером» надання медичних послуг є комунальні заклади охорони здоров'я (далі – КЗОЗ), які надають 100 % ПМСД та більшу частину обсягів спеціалізованих медичних послуг [69]. Варто нагадати, що донині у вітчизняній сфері охорони здоров'я можуть бути виділені такі типи КЗОЗ:

- медичні заклади, які здійснюють амбулаторний прийом;
- медичні заклади, в яких пацієнт отримує медичну допомогу цілодобово;
- станції швидкої допомоги [21].

Дозволені форми закладів охорони здоров'я, що надають ПМСД:

- центр первинної медичної допомоги;
- амбулаторія групової практики;
- амбулаторія моно-практики;
- пункт здоров'я [76].

Параметри розміщення бази (закладу), яка/який надає ПМСД: історична традиційність територіального розташування місця надання первинної



медичної допомоги; усталене транспортне забезпечення, необхідність оптимізації витрат на його утримання і на транспортування пацієнтів до лікаря; наявність кадрового забезпечення надання ПМСД [5].

Донедавна основної формою існування закладів охорони здоров'я – суб'єктів господарювання будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням якого є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії і професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників [6] – є комунальна форма власності, яка за своєю сутністю має значну кількість переваг в застосуванні на регіональному рівні. Вона більш наближена до потреб місцевих громад [41].

Трансформація господарського механізму сфери охорони здоров'я передбачає зміни організаційно-правового статусу медичних закладів, форми власності, характеру взаємовідносин між суб'єктами ринку, фінансових потоків [61]. Відповідно до завдань першого етапу медичної реформи [31], усі КЗОЗ були реорганізовані на комунальні некомерційні підприємства сфери охорони здоров'я (далі – КНП) [90], тобто мала місце зміна статусу медичних закладів завдяки чому зростає ефективність використання ресурсів, поліпшується фінансування, а це дає можливість підвищити якість медичної послуги. Своєчасне та якісне надання медичних послуг безпосередньо пов'язане з ризиками, які залежать від правильності вибраної методики лікування, тривалості його проведення та від того, чи дотримується пацієнт рекомендацій, які йому визначив медичний працівник [19]. Процес перетворення КЗОЗ на КНП вирішальною мірою пов'язаний із розвитком процесу децентралізації. Такий зв'язок можна пояснити низкою чинників: по-перше, в ході децентралізації в системі форм власності все більшої ваги набуває комунальні форма власності в усіх сферах життєдіяльності ОТГ; по-друге заклади охорони здоров'я, які і раніше фінансувалися з бюджетів регіонального рівня отримують новий статус – КНП, який дозволяє раціональніше використовувати отримані від бюджету кошти та надає нові можливості для самостійного поповнення

бюджету підприємства; по-третє – статус КНП значною мірою відповідає соціальному запиту суспільства на отримання якісних медичних послуг на місцях і тільки в крайніх випадках виникає необхідність звертатися в великі центральні спеціалізовані медичні заклади, чи НДІ цієї сфери; по-четверте, функціонування КНП і тісна співпраця з керівниками ОТГ надає більші можливості в питаннях залучення кваліфікованих медичних кадрів, забезпечення їх житлом, відповідною зарплатою, надає більше можливостей для подальшого зростання. Ці питання стають не тільки проблемами головного лікаря, або медичного директора, а й керівництва місцевої громади [41].

Якщо метою КЗОЗ було виключно відтворення здоров'я пацієнтів, то КНП стає окремою господарською одиницею на рівні з цією метою виступає інша мета – це економічна ефективність його діяльності [69; 70]. Специфіка системи охорони здоров'я полягає у тому, що ці дві мети не те, щоб суперечили одна одній, а швидше не сприяють їх досягненню. Відтворення здоров'я вимагає повсякчас більших фінансових затрат, а забезпечення зростання рентабельності за рахунок хворих людей, дуже обмеженого державного забезпечення та вишукування спонсорів дуже проблематичне [70].

КНП є складною системою з багатьма цілями та завданнями:

- підвищення продуктивності та доступності надання медичної допомоги;
- розширення асортименту медичних послуг;
- підвищення рівня якості медичного обслуговування та приведення його до європейських і міжнародних стандартів;
- розширення джерел фінансового забезпечення поточної діяльності та розвитку медичного закладу;
- удосконалення організаційно-управлінської структури та розвиток кадрового потенціалу [63].

Перевагами перетворення КЗОЗ на КНП, зокрема, є такими:

- фінансування КНП здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє КНП бути більш гнучкими та самостійними у прийнятті рішень порівняно із КЗОЗ;

– КНП має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;

– керівник КНП отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу КЗОЗ, свободу в розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури;

– право КНП утворювати об'єднання підприємств з іншими КНП з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів – членів об'єднання;

– КНП може наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики [44].

Забезпечення населення якісними медичними послугами достатнього обсягу залежить від кваліфікації й професіоналізму медичних працівників, адекватності матеріально-технічної бази та фінансового забезпечення КНП [19].

Видатки КНП на комунальні послуги, обладнання, ремонт, заробітну плату постійно зростають, а тому в нових умовах пропонуються такі нові джерела залучення коштів:

– грошові й матеріальні внески – органу місцевого самоврядування (засновника). Тому участь коштів ОТГ, які спрямовуються на утримання КНП рішенням відповідного органу місцевого самоврядування є обов'язковою;

– майно передане Засновником в користування КНП комплекс споруд, що призначений для лікування хворих. Площа приміщень для лікування та обсяги допоміжних споруд є достатніми для проведення статутної діяльності;

– доходи від цінних паперів. Тимчасово вільні кошти лікарня може вкладати в цінні папери. На теперішній час цей спосіб отримання коштів не є дуже привабливим у силу своєї технологічної незручності для виконання;

– власні надходження КНП, які поки що не є основною статтею для формування його бюджету. Попри отриману господарську самостійність, власні надходження КНП обмежуються: платою за послуги, що надаються лікарнею у відповідності до її основної діяльності, надходження коштів від додаткової

(господарчої діяльності), плата за оренду майна лікарні, надходження лікарні від реалізації в установленому порядку майна, благодійні внески, гранти та подарунки, кошти, що отримуються від інших підприємств, організацій, фізичних осіб чи інших бюджетних установ для виконання цільових заходів;

– капітальні вкладення і фінансування з бюджету. Капітальні вкладення необхідні для створення необхідних умов функціонування КНП. Хоча в КНП не будувалися останнім часом капітальні споруди, нові корпуси, інженерні будівлі, капітальні вкладення здійснювалися у формі придбання сучасного обладнання, коштовного медичного устаткування. Крім того, є доцільним зберігати в обумовленій частині фінансування великих лікарень з бюджету, тому що окремі види медичних послуг, лікування надається пацієнтам з інших регіонів і не можна однозначно встановити обмеження на лікування пацієнта з іншого регіону, особливо, якщо він поступає в лікарню у важкому стані [41];

– цільові, централізовані кошти МОЗ [38];

– майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб. У відповідності до затвердженого Урядом Порядку, благодійні внески можуть надаватися благодійниками набувачам у грошовій формі для потреб їхнього фінансування за напрямами видатків, визначеними благодійником, а також як товари, роботи, послуги. Якщо благодійником конкретні цілі використання коштів не визначено, шляхи спрямування благодійного внеску визначаються керівником установи, закладу – набувачів відповідно до першочергових потреб, пов'язаних виключно з основною діяльністю установи, закладу [45];

– кошти, отримані за договорами з НСЗУ, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Одне з головних джерел доходу від діяльності КНП – «кошти, що пішли за пацієнтом». Чим більше пацієнтів зареєстровано та лікується в КНП, тим більше коштів отримує від МОЗ за лікування хворих [51];

– оплата від страхових компаній за надані медичні послуги;

- оплата від роботодавців за медичні послуги, надані працівникам;
- грошові надходження від благодійних організацій;
- грошові надходження від надання платних послуг, відповідно до чинного законодавства України [15];
- надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку сфери охорони здоров'я.

Реалізація в повному обсязі традиційних джерел поповнень бюджету КНП – лікарень та інтенсивне залучення коштів з нових джерел допоможуть КНП реалізувати переваги функціонування в нових умовах трансформованої сфери охорони здоров'я. У більш вигідному становищі знаходяться КНП у великих містах – обласних центрах [41].

КНП провадить свою діяльність на підставі [статуту \(положення\)](#), який затверджує власник закладу (уповноважений ним орган). Керівник закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності діє на базі вимог, які встановлює центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [4; 31].

Підвищення рівня їхньої адаптації до реформ неминуче пов'язане з комплексним рішенням існуючих нині проблем усіма відомими шляхами: адміністративним, правовим, економічним, інформаційним, психологічним. Однак їх конкретні напрями можуть бути реалізовані тільки на основі логістичного підходу до управління, який включає кілька аспектів; приведення у відповідність реальної структури надання медичної допомоги потребам населення за рахунок ефективного управління потоковими процесами в КНП; широке впровадження в практику охорони здоров'я економічних регуляторів лікувально-діагностичного процесу; розподіл бюджетних ресурсів між КНП відповідно до їх можливостей; формування в КНП релевантної інформації, що забезпечує ефективність управління. Вказана логістична модель організації системи управління КНП дозволить підвищити рівень їх адаптації до роботи за умов реформування і збільшити ефективність діяльності з медичного обслуговування населення [37].

Змінюються ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в сфері охорони здоров'я. Разом з цими змінами має бути впроваджена нова система управління КНП, що приводить до зміни парадигми системи управління персоналом цих інституцій [47].

Держава не може втручатися в організаційну або професійну діяльність КНП, за винятком тих випадків, котрі визначені законодавчо [21], але, разом з уповноваженими органами публічної влади, можуть і мають здійснювати **публічне управління** – діяльність, яка забезпечує ефективне функціонування системи органів державної влади, регіонального врядування, органів місцевого самоврядування, громадських (неурядових) організацій, фізичних осіб та інших суб'єктів громадянського суспільства з метою реалізації державної політики в найрізноманітніших сферах суспільного життя [12] – їхньої діяльності з використанням відповідних методів управління.

## **1.2 Методи публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я**

Система управління КНП дає змогу виділити такі його елементи:

- місія – збереження та зміцнення здоров'я населення країни (регіону);
- ієрархія цілей – забезпечення стійкого розвитку закладу охорони здоров'я; надання високоякісних послуг; забезпечення максимально можливого рівня медичної та соціальної ефективності; економне витрачання ресурсів; нарощування потенціалу закладу охорони здоров'я на основі відкритих інновацій;
- система загальнонаукових (цільова спрямованість; єдиноначальність; ефективність; оптимальність; делегування повноважень; достатність у централізації і децентралізації управління) і специфічних принципів управління (безпека надання медичної допомоги; конституційність прав споживачів; гуманізація);

– функціональна (регулювання, планування, прогнозування, аналіз) та забезпечувальна підсистеми (норми та нормативи; правове забезпечення; інформаційне забезпечення; кадрове забезпечення; фінансове забезпечення; організаційне забезпечення);

– економічні важелі та стимули.

Процесуальний підхід полягає у визначенні управління процесом, у якому діяльність закладу охорони здоров'я розглядається як сума взаємопов'язаних дій – функцій управління, а кожна з яких є комплексом однорідних (елементарних) дій, операцій, процедур. Сутність програмно-цільового підходу полягає у використанні схеми: «проблема – мета – рішення – програма – бюджет – контроль», тобто наявні управлінські проблеми визначають цілі їх вирішення, досягнення яких потребує певного плану заходів, складання і оптимізації бюджету та контролю його виконання. Його реалізація вимагає наявності відповідної методологічної бази, кваліфікованих фахівців і програмно-обчислювальних комплексів, що ускладнює його застосування в умовах приватних закладів охорони здоров'я, проте за певних умов [65].

Системний підхід в управлінні закладами охорони здоров'я розглядає їх як сукупність взаємопов'язаних елементів, має вхід (ресурси та інформація), вихід (надання медичної послуги), зв'язок із зовнішнім середовищем (з урахуванням політичної, економічної, соціально-демографічної, культурної ситуації та інфраструктури конкретного об'єкта) та зворотний зв'язок (у разі зміни вимог користувачів до медичних послуг, параметрів ринку, появи нових технологій система має відреагувати на ці зміни та внести відповідні зміни в параметри функціонування). Особливістю системного підходу в управлінні медичними закладами є відсутність виробництва в технічному розумінні цього слова, оскільки процес надання медичної послуги є комбінацією з праці медичного персоналу та медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги [24]. У сучасних умовах цей підхід є найбільш перспективним і дає змогу реально реалізувати на практиці елементи економічного управління



медичними закладами не лише на мікрорівні, але й у контексті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я [65].

Розвиток КНП, як й інших об'єктів впливу, забезпечується завдяки використанню відповідних **методів управління** – інструментарію, способів і технологій досягнення поставленої мети [22]; надання цілеспрямованого впливу органів влади на окремі сегменти ринку за допомогою мікро- та макроекономічних регуляторів, котрі дозволяють забезпечувати рівноважний рівень зростання всієї системи [21]. Методи прямого регулювання представляються у вигляді дій органів влади із застосуванням прямих бюджетних асигнувань або адміністративного ресурсу для встановлення нормативних актів і правил економічної діяльності. Що стосується методів непрямого впливу, то вони зумовлюють вплив на інтереси суб'єктів господарювання з метою спонукання їх до дії певним чином. Тим самим, такі методи впливають на поведінку економічних агентів [86]. Означені методи управління за способом впливу поділяються на такі: адміністративні; адміністративно-правові; економіко-організаційно-правові; інформаційні; економічні; інституційні; комплексні; медичні; мотиваційні; організаційні; організаційно-економічні; організаційно-правові; політичні; правові; соціальні; соціально-економічні; термінологічні; фінансові; фінансово-економічні [34]. Кожний з вищенаведених методів публічного управління має своєрідний вплив на розвиток КНП, й застосовуються, почасти, одночасно. За конкретної ситуації певний метод управління стає пріоритетним, а згодом, виконавши свою функцію, відходить «на другий план».

Дані методи застосовуються в умовах триваючої медичної реформи (вдосконалення медичного страхування громадян, розмежування функцій виконавчої влади з охорони здоров'я громадян, розмежування за рівнями (регіональний та державний) надання послуг охорони здоров'я, виникнення передумов для розвитку державно-приватного партнерства в цій сфері).

**Адміністративні методи** засновані на силі державної влади і включають себе заходи зобов'язань, дозволу та заборони [21]. Вони передбачають:



– скорочення до мінімуму чисельності працівників, які піддаються впливу канцерогенними речовинами чи агентами на робочому місці, шляхом надання спеціального дозволу на виконання таких робіт;

– маркування речовин, матеріалів, об'єктів та зон виробничої канцерогенної небезпеки;

– забезпечення контролю за санітарно-гігієнічними умовами праці, проведення моніторингу: 1) рівнів у виробничому середовищі канцерогенних речовин та агентів, 2) індивідуальних і популяційних канцерогенних ризиків за критеріями та індикаторними показниками рівнів й ступеня шкідливого впливу;

– скорочення до мінімуму тривалості й ступеня канцерогенного впливу, який відповідає вимогам безпеки, шляхом жорсткої регламентації тривалості та відповідності умов праці;

– попередження працівників про наявність канцерогенної небезпеки на робочому місці та можливі її наслідки для здоров'я, під час працевлаштування, зміни умов праці тощо;

– розробки і поширення письмових інструкцій, протоколів, стандартів щодо правил техніки безпеки при використанні речовин і факторів, які мають канцерогенну небезпеку;

– впровадження програм медико-соціального забезпечення працівників, що зазнають канцерогенної небезпеки на робочому місці, шляхом: 1) реєстрації працівників, які зазнають канцерогенної небезпеки на виробництві; 2) забезпечення проходження працівниками медичних оглядів (до, під час і по закінченню роботи в умовах канцерогенної небезпеки); 3) реєстрації працівників, які захворіли на онкологічну патологію/професійний рак; 4) працевлаштування на інші роботи працівників, які за медичними протипоказаннями не можуть працювати в умовах канцерогенної небезпеки;

– впровадження навчально-тренувальних програм, забезпечення доступними інформаційними матеріалами працівників, з питань канцерогенної небезпеки та заходів її попередження, можливих наслідків для здоров'я та їх профілактики;

- забезпечення проведення епідеміологічних й інших досліджень, щодо оцінки ризику виникнення у працівників професійних ракових захворювань;
- забезпечення контролю за правильним використанням працівниками інженерно-технічного оснащення, дотримання техніки безпеки при виконанні канцерогенно-небезпечних робіт [8].

**Економічні методи регулювання** спираються на матеріальні інтереси, наявні у людей, організацій, фізичних та юридичних осіб, а також у держави, і обумовленість дій суб'єктів цими інтересами [62]. Так унаслідок медичної реформи помітних змін зазнали засоби та принципи фінансування КНП:

- ефективність – максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів;
- вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;
- передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у держбюджеті – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї;
- прозорість і підзвітність – недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів;
- універсальність покриття й справедливість доступу до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує;
- фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;
- субсидіарність – встановлення повноважень щодо фінансування сфери охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість та найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси;

– конкуренція постачальників – залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані й економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів і професійних стандартів [27].

Надання медичної допомоги в межах програми державних гарантій здійснюється з урахуванням концентрації коштів державного бюджету на охорону здоров'я шляхом укладення договорів про медичне обслуговування населення, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги, в межах загального обсягу бюджетних призначень головного розпорядника бюджетних коштів на відповідний рік [41]. Сукупність методів фінансування КНП визначається: поточним станом сфери охорони здоров'я, недостатнім розвитком системи медичного страхування, купівельною спроможністю населення, соціально-демографічними характеристиками й включає: бюджетне, банківське, страхове та добровільне фінансування; самофінансування [30].

Уряд забезпечує урахування реальних можливостей держбюджету щодо фінансування видатків на утримання об'єктів соціальної інфраструктури, які передаються суб'єктами підприємницької діяльності до комунальної власності, формалізує створення сприятливих умов для господарювання суб'єктів підприємницької діяльності, заснованих на комунальній власності, зміцнення економічних основ місцевого самоврядування та збереження функціонального призначення майна об'єктів соціальної інфраструктури [57].

На функціонування більшості суб'єктів господарювання (у т.ч. КНП) значний вплив мають правові методи управління («правила гри»).

Так, зокрема, Господарський кодекс України регламентує порядок створення комунальних підприємств, структуру, органи управління, їх функції в комунальних підприємствах, види діяльності, форми звітності [10].

Об'єктами права комунальної власності є майно, що забезпечує діяльність відповідних Рад і утворюваних ними органів; кошти місцевих бюджетів; майно закладів охорони здоров'я; майно підприємств; майно, необхідне для забезпечення економічного та соціального розвитку відповідної

території [248]. Комунальна власність не входить до складу державної, є самостійним об'єктом права власності, управління якою здійснює безпосередньо територіальна громада або створені нею органи [47]. Комунальна власність не є приватною в її класичному розумінні [41]. комунальна власність на відміну від приватної не може бути орієнтована тільки на отримання доходу. Її розміри мають бути достатніми для нормальної життєдіяльності населення відповідної території. Але це не означає, що місцеві органи влади позбавлені права отримувати економічний ефект від використання комунальної власності [14]. КНП відповідних ОТГ підзвітні, підпорядковані та підконтрольні органам місцевого самоврядування [56]. Метою наділення ОТГ правом комунальної власності є, в першу чергу, використання майнових об'єктів для задоволення нагальних потреб жителів цих громад у невідкладних послугах, і лише в другу чергу право цієї форми власності призначено для економного і ефективного використання майна ОТГ в інших інтересах їхніх жителів [47]. Управління майном КНП здійснюють безпосередньо ОТГ та утворені нею органи місцевого самоврядування [71].

Постановою Кабінету Міністрів від 27.12.2017 р. № 1094 затверджено «Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я», який враховує вагомість даних посад для КНП, у руслі медичної реформи [54].

Методичні рекомендації «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах», які: доводять до рівня конкретних заходів та управлінських процедур процес створення КНП в ОТГ; надають можливість практичного застосування різних норм нових і старих Законів, що діють в сфері реформування медицини в регіонах на різних етапах створення КНП [66].

Постанова Кабінету Міністрів України «Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)» від 25.12.1996 р. № 1548 (зі змінами), обласні, Київська міські державні адміністрації регулюють (встановлюють) тарифи на платні послуги,

що надають КНП [50]. Закон України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності» від 11.09.2003 р. № 1160-IV, сільські, селищні, міські, районні в містах, районні та обласні ради з метою реалізації покладених на них повноважень у здійсненні державної регуляторної політики можуть створювати у своєму складі постійні комісії з питань реалізації державної регуляторної політики або можуть покласти ці повноваження на одну з чинних постійних комісій відповідної ради. Рішення щодо затвердження переліку платних послуг та тарифів на такі послуги може бути прийнято за умови попереднього аналізу регуляторного впливу та належного оприлюднення проекту регуляторного акта [52]. Важливим правовим підґрунтям залучення благодійних внесків у діяльність КЗОЗ стала Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних і фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування» від 4.08.2000 р. № 1222 [53]. «Доля» цієї Постанови не була простою, оскільки згідно Закону України «Про благодійну діяльність та благодійні організації» від 5 липня 2012 р. № 5073-VI, благодійна діяльність – добровільна особиста та/або майнова допомога для досягнення визначених цим Законом цілей, що не передбачає одержання благодійником прибутку, а також сплати будь-якої винагороди або компенсації благодійнику від імені або за дорученням бенефіціара; благодійник – дієздатна фізична особа або юридична особа приватного права (у т.ч. благодійна організація), яка добровільно здійснює один чи декілька видів благодійної діяльності [46].

Наказом МОЗ «Про здійснення заходів з контролю за надходженням і використанням благодійних пожертв у закладах охорони здоров'я» від 25.07.2017 р. № 848 визначено форму для зазначення інформації про надходження і використання благодійних пожертв від фізичних та юридичних осіб, а також встановлено, що з 01.01.2018 р. КНП зобов'язані звітувати за зібрані благодійні внески з фізичних та юридичних осіб [55].

Соціально-мотиваційні методи публічного управління дозволяють зменшувати навантаження на бюджет і надають стимулюючу дію на громадян для підтримки, зміцнення та збереження свого здоров'я і відповідальності за нього. Це в свою чергу дозволяє визначити інструменти соціально-мотиваційних методів державного регулювання сферою охорони здоров'я:

- надання соціальної адаптації та реабілітації;
- проведення роз'яснювальної політики охорони здоров'я;
- ведення державних соціальних програм і гарантій, соціального страхування;
- розміщення в широкому доступі інформації про діяльність медичних установ, стан здоров'я населення та розвиток всієї галузі;
- надання інформації про оцінки ефективності державного регулювання медичної галузі;
- залучення населення до участі в управлінні галуззю, створення взаємних зобов'язань між виробниками і споживачами послуг медицини;
- розвиток телемедицини та методів морального переконання [16].

Отож, розвиток вітчизняних КНП регламентується низкою методів публічного управління, перелік засобів у межах яких зазнав змін унаслідок медичної реформи.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1 Вплив медичної реформи на діяльність комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я в Україні**

Незадоволення функціонуванням вітчизняної сфери охорони здоров'я є фактично перманентним процесом, і спостерігається не лише серед населення, а й політиків і керівників. Медичну реформу у всьому світі вважають однією з найскладніших, оскільки успішність її реалізації передбачає стійку обґрунтовану політичну позицію уряду і залежить від багатьох соціально-економічних чинників та узгодженості дій на різних рівнях управління. Проте програми реформ, які змінювали одна одну, заледве розпочавшись, призводили до супротиву населення й зневіри в успішність їх реалізації. Тому загалом така ситуація не могла кардинально й позитивно змінити сферу охорони здоров'я та сприяти впровадженню альтернативних науково обґрунтованих і менш ресурсозатратних методів покращання здоров'я населення. До того ж, такі політичні заходи обмежували можливості придбання сучасного обладнання для закладів охорони здоров'я і впровадження інноваційних технологій у медичну практику, знижували повагу до медичних працівників та якість фахової підготовки лікарів, середнього медичного персоналу й збільшували їхню еміграції в інші країни [70].

Про міру впливу медичної реформи на діяльність КНП в Україні можна висновувати за результатами соціологічних опитувань. Так, зокрема 200 респондентів (експертів в сфері охорони здоров'я) вказали на таке: вдосконалення діяльності управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації на регіональному рівні; відсутність координації з боку місцевої

влади діяльності співпраці ПМСД і спеціалізованих лікарень; залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їхньої праці, а керівників і провідних (головних) фахівців – від ефективності господарської, комерційної діяльності закладів охорони здоров'я (48 %); недостатня увага з боку органів влади розвитку транспортної інфраструктури, зв'язку Інтернету; підтримка КНП з боку міжнародних організацій медичної та соціальної сфери (47 %); КНП має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством; взаємозв'язок діяльності КНП і всіх соціальних інститутів суспільства; відсутність підтримки КНП з боку регіональних органів влади та керівництва об'єднаних громад; розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів; періодичний перегляд ставок і окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їх праці; об'єднання на договірних засадах коштів відповідного місцевого бюджету та інших місцевих бюджетів для виконання спільних проєктів або для спільного фінансування комунальних підприємств; система обґрунтованої та справедливої, за умовами та результатами праці, персоніфікації тарифних ставок і посадових окладів працівників з орієнтацією не тільки на рівень кваліфікації та стаж роботи, а й на ефективність їх праці (46 %); створення КНП ПМСД зусиллями декількох територіальних громад; вдосконалення системи державного управління розвитком сфери охорони здоров'я; КНП може наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики; надавати достовірні документи та інформацію, необхідні для отримання медичних послуг і лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування; керівник КНП отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики КНП, визначенні внутрішньої організаційної структури КНП, судовий захист своїх прав (45 %); стратегічне управління розвитком інформаційного потенціалу



КНП (42 %). Значний відсоток вибору експертами цих відповідей пов'язані із суттєвим впливом органів державного управління та місцевого самоврядування на процеси реформування діяльності КНП, як складової системи реформування сфери охорони здоров'я в цілому. Наявний результат пов'язаний, скоріше за все, із невідкладним характером медичних послуг. Вони надаються лікарнями незалежно від матеріального стану пацієнта (різниця може бути тільки в якості послуг) і водночас, пацієнти у випадку хвороби мобілізують всі наявні ресурси й отримують необхідне фінансування. До того ж, невеликий діапазон (42–48 %) варіантів відповідей експертів свідчить про тотожність їхнього бачення наявної ситуації, нагальних проблем і ймовірних способів їх вирішення. При цьому простежується доволі чітка закономірність: стан КНП значною мірою залежить не лише від керівництва та колективу КНП, а й від зваженого та послідовного публічного управління сферою охорони здоров'я, яке мінімізує ризики (фактично, негативні наслідки) медичної реформи.

Тому не дивно, що експерти високо оцінили конкретні повноваження органів місцевої влади, які призводять до реорганізації діяльності КНП в сільській місцевості на основі нових соціально-ринкових підходів. Водночас, недостатньо вагомими повноваженнями органів державної влади експерти вважають такі, як: «заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад», «встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків КНП відповідних ОТГ». Ці два пункти мають більшою мірою формальний «бюрократичний» характер і напряду не впливають на ефективність діяльності медичних закладів [41].

Медична реформа по-різному оцінюється стейкхолдерами, які, радше за все, виокремлюють ті її аспекти, що є найважливішими саме для них:

1. Лікарі:

- надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг і лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

- можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;
- оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування;
- розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;
- введення ставок на пролікований випадок;
- реорганізація КЗОЗ у КНП.

## 2. Пацієнти:

- підтримка закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій;
- поширення діяльності міжнародних організацій на територію України;
- розвиток фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку недержавних комерційних форм охорони здоров'я;
- сприяння розширенню матеріальних ресурсів населення;
- розвиток можливостей спеціалізованого лікування в стаціонарі;
- підвищення санітарної культури населення;
- оптимізація мережі установ охорони здоров'я;
- вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні [3; 20].

Доволі інформативними також є офіційна статистика та результати наукових досліджень у цій сфері. Так, зокрема, за даними МОЗ, задля реалізації цільових проєктів у межах медичної реформи МОЗ централізовано виділено кошти: реформа ПМСД – € 15,3 млрд., програма «безкоштовна діагностика» – € 2 млрд., медична субвенція місцевим бюджетам на спеціалізовану амбулаторну, стаціонарну та екстрену медичну допомогу – € 55,5 млрд., реформа екстреної медичної допомоги – € 922,5 млн, державні закупівлі ліків і медичних виробів – € 5,9 млрд., програма «доступні ліки» – € 1 млрд., відшкодування вартості препаратів інсуліну за кошти державного бюджету – € 925 млн, розбудова мережі кардіоцентрів – € 150 млн [38]. До того ж,

державою було реалізовано 795 проєктів в сфері охорони здоров'я, з них – 53 проєкти реконструкція і капітальний ремонт КНП. На ці цілі було використано € 4,5 млрд. Для КНП було придбано 2023 автомобілі на суму € 1,0 млрд., у т.ч. 625 – для нових амбулаторій та 1398 – для існуючих амбулаторій. Також було придбано 3969 медичних комплектів на суму € 413 млн [39].

Одним з важливих елементів реформування КНП – їхнє інформаційне забезпечення. У новостворених ПМСД рівень комп'ютеризації – 100 %. Частину фінансування забезпечено за кошти субпроєкту з обласного бюджету, а решту – місцеві бюджети ОТГ [41].

Завдяки медичній реформі й внесення відповідних змін до колективних договорів в КНП ПМСД середня зарплата лікаря виросла в 2,5 рази, молодшого персоналу з медичною освітою у 2 рази, інший персонал у 1,5 рази. Бюджет КНП зріс удвічі [38]. Водночас, кількість введених штатних осад лікарів ПМСД часто є нижчою за нормативну, а рівень їх укомплектованості становить 76,6 %. Навантаження на лікаря ПМСД у сільській місцевості подекуди сягає 5–6 тис. прикріпленого населення [2].

З 2020 р. КНП отримуватимуть кошти за договорами з НСЗУ з розрахунку 60 % – глобальний бюджет, 40 % – за пролікований випадок (з кожним роком означена пропорція буде змінюватись в бік зростання частки оплати пролікованого випадку) [38]; для отримання коштів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», відповідно до заздалегідь визначених пакетів медичних послуг (до речі, їх перелік допоки є обмеженим і не дозволяє врахувати все розмаїття форм прояву патології), КНП мають внести медичні дані до e-Health та подати електронну звітність до НСЗУ про фактично надані медичні послуги; за підвищеним тарифом будуть оплачуватись медичні послуги, спрямовані на ті стани, які спричиняють найбільшу смертність або суттєво погіршують якість життя (лікування гострого мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, допомога в пологах і неонатальна допомога, рання діагностика онкологічних захворювань), що теж цілком виправдано з точки зору покращення медичного та соціального ефекту в умовах обмеженого ресурсного забезпечення КНП;

водночас, через обмежене фінансування, решта медичних напрямів й надалі перебуватиме в стані стагнації; на окрему увагу заслуговує розмір тарифу НСЗУ за надання медичних послуг, який здебільшого у декілька разів нижчий за фактичну їх вартість, через що пацієнти будуть або «недолікованими», або ж змушені власним коштом «покрити різницю» (останнє певною мірою суперечить декларації про «гарантування безоплатності базових медичних послуг»); крім того, якщо пацієнт звернеться зі скаргою про такий факт до НСЗУ, то ті можуть взагалі відмовити КНП у компенсації за такий клінічний випадок); останнє, до речі, стосується й неналежним чином медичні дані, внесених до e-Health; НСЗУ більш високими тарифами намагається стимулювати КНП до підвищення кваліфікації персоналу та покращення їх матеріально-технічного забезпечення, хоча означене виглядає проблематичним без залучення інвестицій, а інвестиційно привабливими наразі є лише окремі сегменти сфери охорони здоров'я [90].

Попри збільшення обсягів фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я, більшість КНП все ж відчувають дефіцит необхідних ресурсів. Більше за те, комерціалізація їхньої діяльності, як невід'ємний елемент медичної реформи, змушує КНП не лише шукати додаткові джерела надходжень коштів, а й оптимізувати витрати на надання медичних послуг. Особливо це важливо щодо стаціонарів (вторинна, й тим більше, третинна ланка), де вартість лікування клінічних випадків висока (принаймні, порівняно з первинною ланкою) [32]. Систематизовано фактори, які впливають на вартість лікування клінічних випадків в стаціонарах КНП [42] (звісно, без урахування коштів, які пацієнти та їхні родичі додатково витрачають на лікування) [32]:

1. Ланка охорони здоров'я: третинна (високоспеціалізована) медична послуга вирізняється своєю дорожнечею, оскільки є більш ресурсомісткою, складною та унікальною, й, водночас, менш поширеною (середня вартість пролікованого випадку туберкульозу становить € 131494, тоді як масові види медичних послуг (терапія дорослих, педіатрія, неврологія) переважно

«недорогі» – до € 7 тис.); чим менша кількість пролікованих випадків в стаціонарі, тим вища середня вартість пролікованого випадку.

2. Територіальна приналежність КНП: статус населеного пункту (столиця, обласний/районний центр...) обумовлює фінансові можливості КНП щодо капіталовкладення власних і залучених коштів у розвиток матеріально-технічного та кадрового потенціалу, а з тим – розширення переліку й підвищення складності (вартості) медичних послуг (середня вартість пролікованого випадку в міському стаціонарі становить € 9357, перебування в стаціонарі районної лікарні – € 5304).

3. Структура витрат КНП: значна частка адміністративних витрат (СНІД – 27 %), витрат допоміжних медичних підрозділів (кардіологія – 68 %), комунальних платежів (психіатрія – 15 %), а також нераціональний розподіл ресурсів між відділеннями КНП почасти обумовлює завищення вартості пролікованого випадку.

4. Структура бюджету відділень КНП: значна частка заробітної плати (кардіологія; торакальна хірургія – 64 %) і витрат на медикаменти та вироби медичного призначення (нефрологія – 92 %) обумовлює орієнтацією на надання високотехнологічних (дорогих) медичних послугах і пріоритетність витрат, пов'язаних з лікуванням; (найдорожчим є гемодіаліз – € 242455).

Запорукою формування справедливої вартості лікування клінічних випадків в стаціонарах КНП є достатня кількість пацієнтів певної патології на одного лікаря, належне його ресурсне забезпечення та мінімізація частини адміністративних витрат [32].

В законодавчій та нормативно-правовій базі в сфері охорони здоров'я України властиві певні недоліки, які суттєво ускладнюють координацію роботи в цій сфері. До таких недоліків ми можемо віднести:

– відсутність єдиного консолідованого законодавчого акту в сфері охорони здоров'я (одні питання охорони здоров'я регламентуються законами, інші – указами Президента України, треті – постановами Уряду, четверті – постановами й наказами МОЗ, внесеними в Єдиний державний реєстр правових

актів, п'яті – неопубліковані накази МОЗ), доступного не тільки керівникам охорони здоров'я, медичним працівникам, але й населенню, ускладнює надання медичної допомоги в межах доказової та правової медицини;

– різноманіття й безліч нормативно-правових актів різного рівня, присвячених одному питанню, але, що не завжди трактуються однаково. Крім того, недоступність їх усіх у зв'язці істотно ускладнює нормативно-правове управління галуззю, вносить у нього протиріччя;

– відсутність галузевого законодавства й відомчих галузевих нормативно-правових актів на місцях, прийняття локальних актів і розпоряджень, що найчастіше розширюють й спотворюють галузеве законодавство, значно ускладнює управління галуззю;

– дуже часто при розгортанні положень закону в підзаконних актах допускаються перекручування, у результаті відбуваються різночитання;

– велика кількість нормативно-правових актів не дозволяє побачити за цією безліччю правові прогалини й протиріччя.

– галузеві закони України не є законами прямої дії, оскільки вони не прописують реальних механізмів їхньої реалізації. Мається на увазі, що це буде зроблено в підзаконних актах, але на практиці часто використовуються різні роз'яснення, інформаційні листи тощо, які взагалі не є нормативно-правовими актами [24].

Також слід зважати, що у процесі переходу з моделі державного фінансування КНП та послуг, які в них надаються до змішаної чи повністю ринкової моделі, зростатиме питома вага скарг пацієнтів на медичних працівників за неякісну (суб'єктивно чи об'єктивно) отриману медичну допомогу чи медичні послуги. Тобто пацієнти стають вимогливішими до отриманих послуг, оскільки вони за них платять гроші (переважно неофіційно). Це спонукає пацієнтів активніше відстоювати свої права у цій сфері [76].

До найважливіших причин низької ефективності державного та регіонального управління роботою КНП в сільській місцевості експертами було віднесено: «відсутність координації з боку місцевої влади діяльності

співпраці ПМСД і спеціалізованих лікарень», «недостатня увага з боку органів влади розвитку транспортної інфраструктури, зв'язку Інтернету», «відсутність підтримки КНП з боку регіональних органів влади та керівництва ОТГ». Значний відсоток вибору експертами цих відповідей пов'язані із суттєвим впливом органів державного управління та місцевого самоврядування на формування нових умов функціонування КНП в сільській місцевості. Реформи, що проголошуються, на практиці не реалізовані в повному масштабі у зв'язку з їхньою великою масштабністю та необхідністю фінансової підтримки. Така підтримка відсутня повною мірою в сільській місцевості, що впливає на якість надання медичних послуг КНП. Означене обумовлене негативним впливом наступних факторів: виняткова пасивність і несамостійність персоналу у вирішенні організаційних питань, цілковита відсутність інтересу медичних працівників до пацієнта (в кращому випадку в ньому бачать «випадок», хворобу, але не людину з її пріоритетами та бажаннями), що, в свою чергу, зумовлює відсутність клієнтського сервісу в закладах охорони здоров'я [41].

Беззаперечно, що для покращання умов функціонування КНП, необхідно вирішити наступні актуальні проблеми.

#### 1. Організаційні проблеми:

- відсутність коштів на впровадження комплексної програми розвитку медико-генетичної служби області;
- забезпечення зворотного зв'язку з КНП області на основі телекомунікаційних технологій з метою якісного надання допомоги;
- забезпечення повного алгоритму надання медичної допомоги згідно з діючими нормативними документами;
- підтримання існуючого парку медичної техніки. Віддаленість КНП від обласного центру загострює такі проблеми як: надійний зв'язок і комунікації, наявність якісного Інтернету, необхідність достатньої кількості комп'ютерів.

#### 2. Матеріально-технічні та фінансові:

- збільшення фінансування на медикаменти та продукти харчування;
- проведення капітальних і поточних ремонтів приміщень;



- необхідність придбання спеціалізованого обладнання нового покоління;
- збільшення кількості ставок лікарів і медичного персоналу.

### 3. Проблеми інституціонального характеру:

- недостатній розвиток співпраці та обміну досвідом з провідними іноземними лікарнями відповідного профілю;
- послаблення механізму диспансеризації населення;
- відсутність постійного контакту з вітчизняними науковими установами відповідного профілю;
- налагодження співпраці з навчальними закладами медичного профілю з метою залучення майбутніх працівників до лікарні та використання стажистів на робочих місцях.

### 4. Кадрові проблеми:

- необхідність збільшення кількості ставок лікарів і медичного персоналу;
- велика кількість персоналу пенсійного віку;
- відсутня система стимулів від місцевої влади щодо заохочення молодих фахівців працювати в регіоні, зокрема, відсутня система доплат від місцевих органів влади, не завжди пропонується житло для фахівців необхідних спеціальностей, відсутні доплати на оздоровлення, транспорт. В цілому відсутні заходи стимулюючого характеру, які в приватному бізнесу консолідуються в систему заохочення «компенсаційний пакет» [41].

Наявна ситуація ставить перед керівниками системи досить складні проблеми, вирішення яких потребує неабияких здібностей і принципово нових знань і вмінь. Керівники КНП повинні володіти комплексом знань і вмінь у сфері менеджменту та маркетингу, економіки та юриспруденції, бути в повному технічному та інформаційному всеозброєнні, бути добрими психологами, щоб володіти високим рівнем кваліфікації у веденні переговорів і врегулюванні конфліктів [28]. З 01.01.2019 р. набрав чинності наказ МОЗ від 31.10.2018 р. № 1977 «Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, а з тим в Україні функції директора та медичного директора КНП будуть чітко розмежовані: директор КНП займатиметься питаннями



господарської діяльності (стратегічним плануванням, формуванням бюджету, координацією роботи КНП, аналізом економічної ефективності його діяльності, організацією роботи та ефективної взаємодії всіх структурних підрозділів, забезпеченням залучення коштів на інвестиційні потреби КНП тощо), а медичний директор – виключно питаннями медицини. До 2022 р. обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент із гуманітарною освітою, управлінець, правознавець, економіст, лікар. З 2022 р. претенденти, які не мають управлінської або менеджерської освіти у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», повинні будуть додатково здобути її [49].

Отож, допоки медична реформа, з одного боку, створила для КНП нові можливості (передусім, мова йде, про автономізацію та комерціалізацію їхньої діяльності), а з іншого – не лише не вирішила наявні («спадкові») проблеми, а й створила нові. За таких умов вкрай важливою убачається консолідація зусиль і ресурсів не лише колективів КНП, а представників органів публічного управління задля забезпечення населення якісними та доступними медичними послугами як запоруки покращання здоров'я нації.

## **2.2 Особливості функціонування комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я в умовах медичної реформи**

В умовах медичної реформи (передусім, зважаючи, що «гроші йдуть за пацієнтом») вагомою запорукою розвитку КНП є наявна демографічна ситуація на відповідній території. Так, зокрема, станом на 17.07.2020 р. загальна чисельність населення Куп'янського району Харківської області складає 137200 осіб (у т.ч. 23180 – неповнолітні), з них: 114020 – містяни.

Система охорони здоров'я Куп'янського району представлена мережею лікувально-профілактичних закладів, а саме: КНП «Куп'янська міська лікарня», КНП «Куп'янська центральна міська лікарня», КНП «Куп'янський Центр

ПМСД», Харківський обласний дитячий протитуберкульозний диспансер № 5, Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової, КНП «Великобурлуцька центральна районна лікарня», КНП «Великобурлуцький Центр ПМСД», КНП «Дворічанська центральна районна лікарня», КНП «Шевченківська центральна районна лікарня», КНП «Центр ПМСД Шевченківського району», КНП «Центр ПМСД Дворічанського району»; 2 медичних пункти тимчасового базування, 78 амбулаторій загальної практики сімейної медицини, 39 фельдшерсько-акушерських пунктів, 52 фельдшерських пунктів; 38 приватних медичних кабінетів (з них 17 – стоматологічних).

Амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню здійснюють структурні підрозділи у складі КНП «Куп'янська центральна міська лікарня» з фактичною потужністю – 3378 відвідувань за зміну, при плановій потужності – 3635. Кількість відвідувань усіх спеціалістів на 1 жителя зменшилась на 14,9 % і склала 8,1 на 1 жителя (9,4). Кількість відвідувань сімейних лікарів залишилась на тому ж рівні й склала 2,5 на 1 жителя. Питома вага відвідувань КНП з приводу профілактичних оглядів зменшилася й склала 19,2 % (28,4 %). Показник флюорографічного обстеження дорослого населення на туберкульоз зменшився й склав 439,0 на 1000 жителів (641,6). Добровільне обстеження населення на ВІЛ-інфекцію збільшилось й склало 3540 осіб (3347).

У складі КНП «Куп'янський Центр ПМСД» функціонує денний стаціонар на 415 ліжок, в т.ч.: 115 – терапевтичного, 80 – хірургічного, 40 – неврологічного, 35 – офтальмологічного, 30 – шкірно-венерологічного, педіатричного, 25 – акушерсько-гінекологічного, травматологічного, 20 – кардіологічного, 15 – оториноларингологічного профілю. Через невиконання плану відвідувань, з 01.10.2019 р. були скорочені ліжка денних стаціонарів офтальмологічного відділення (-35), оториноларингологічного (-15), ендокринологічного (-10). Забезпеченість ліжками денних стаціонарів збільшилася на 0,8 % і склала 36,4 на 10 тис. населення (2018 р. – 36,1). Кількість хворих, пролікованих в денних стаціонарах зменшилось і склала 781,5 на 10 тис. населення (2018 р. – 899). Кількість хворих, пролікованих

вдома зменшилось і склало 3901 чол. чи 342,3 на 10 тис. (2018 р. – 6202 чол. чи 539,2).

В стаціонарах наявно 640 ліжок, або 56,1 на 10 тис. населення (у 2018 р., відповідно, 640 ліжок або 55,6 на 10 тис. населення). В середньому ліжко було зайнято 292 днів (302). Середня тривалість перебування на ліжку збільшилась склала 9,4 дні (9,3). Лікарняна летальність складає 2,2 (2,1). Рівень госпіталізації склав 17,3 на 100 жителів (18,0). Фахівцями швидкої медичної допомоги здійснено 16689 виїздів (20316).

Медичну допомогу населенню надають 347 лікарів або 30,4 на 10 тис. населення без зубних (2018 р. – 348 або 30,2 на 10 тис.) і 711 молодших фахівців з медичною освітою або 62,4 на 10 тис. населення (732 або 63,6 на 10 тис.). Укомплектованість лікарями складає 72,5 % (80 %). Кількість сімейних лікарів – 39 або 3,4 на 10 тис. населення (38 або 3,3 на 10 тис. населення). Питома вага лікарів, що мають атестаційну категорію, склав 79 % або 272 осіб (81,0 % або 244 осіб.) молодших фахівців з медичною освітою – 66,2 % або 471 осіб (64,2% або 422 осіб). Вищу категорію мають 156 лікарів (45 %), першу – 93 (26,8 %), другу – 26 (6,6 %). Кількість осіб пенсійного віку серед працюючих лікарів складає 103 осіб. чи 29,7 % (88 або 29,2 %), а серед молодших фахівців з медичною освітою 86 осіб чи 12,6 % (83 осіб чи 12,6 %). 35 лікарів і 89 молодших фахівців з медичною освітою пройшли курси підвищення кваліфікації. Лікарі відділення пройшли підготовку з інтервенційної кардіології та надають послуги з проведення стентування судин серця у хворих на гострий коронарний синдром і послуги з проведення коронароангіографії.

Питання охорони здоров'я були розглянуті на сесіях міської ради: Про затвердження Міської цільової програми розвитку ендопротезування великих суглобів у м. Куп'янськ на 2019 рік; Про затвердження цільової програми лікування онкологічних захворювань на 2019–2024 роки; Про затвердження цільової соціальної програми «Протидія захворювання на туберкульоз на 2021 рік»; Про затвердження міської цільової комплексної програми «Стоп інфаркт» на 2017–2022 роки; Про затвердження міської комплексної програми

«Сучасна медична діагностика» на 2019–2024 роки; Про затвердження міської цільової програми «Репродуктивне здоров'я нації» на 2017–2021 роки; Про затвердження «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Куп'янська центральна міська лікарня» на 2021 рік; Про затвердження «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Куп'янський Центр ПМСД» на 2021 рік»; «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Куп'янська міська лікарня» на 2021 рік»; «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Великобурлуцька центральна районна лікарня» на 2021 рік»; «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Великобурлуцький Центр ПМСД» на 2021 рік»; «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Дворічанська центральна районна лікарня» на 2021 рік»; «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Центр ПМСД Дворічанського району» на 2021 рік»; «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Шевченківська центральна районна лікарня» на 2021 рік»; «Програми фінансової підтримки розвитку КНП «Центр ПМСД Шевченківського району» на 2021 рік»; Про затвердження програми «Діяльності та розвитку Відділу освіти, культури, охорони здоров'я, спорту та взаємодії з органами місцевого самоврядування Куп'янської районної державної адміністрації Харківської області на 2021 рік.

Вищезгадані регіональні програми з місцевого, обласного та державного бюджетів були профінансовані різною мірою (табл. 2.1). З обласного та місцевого бюджету у 2021 р. повністю профінансовано лише міську програму «Стоп інфаркт» (2017–2022 рр.), тоді як інші міські програми було фактично проігноровано. На противагу, у попередні роки усі чинні регіональні програми отримали лише часткове фінансування.

Також залучено позабюджетних асигнувань всього ₴ 36859,0 тис., що становить ₴ 315 у розрахунку на 1 жителя (у 2017 р. – ₴ 147).

У 2021 р. фінансування лікування одного хворого в стаціонарних умовах з розрахунку на 1 ліжко-день – ₴ 1095, у т.ч. на медикаменти – ₴ 64; на харчування – ₴ 28 (2018 р., відповідно ₴ 736; ₴ 44; ₴ 24). План імунізації населення виконано на: гепатит В – 99,8 %, туберкульоз – 97,6 %, кір, краснуха,

паротит – 154,2 %, дифтерія – 50,8 %, поліомієліт – 24,2 %. З метою виконання плану комплектування резерву донорів крові, було прийнято 2834 донорів, 77,6 % від річного плану (у 2018 р. – 3395 донорів, 93 % від річного плану).

Таблиця 2.1 – Бюджетне фінансування регіональних програм в Куп'янському районі Харківської області

Показники	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Загальний обсяг, тис. ₴	10526,5	10934,7	2389,9
% виконання плану	80,0	83,0	100
Стоп інфаркт (2017–2022 рр.), тис. ₴	2258,0	2547,3	2145,0
% виконання плану	27,0	71,8	100
Репродуктивне здоров'я нації (2017–2021 рр.), тис. ₴	2232,2	2206,4	0
% виконання плану	14,3	64,0	0
Щорічна Програма протидії захворюванню на туберкульоз, тис. ₴	385,1	767,6	0
% виконання плану	8,1	82,6	0

Протягом 2019–2021 рр. в Куп'янському районі Харківської області автономізувалися, підключилися до МІС, комп'ютеризувалися та зареєструвалися в електронній системі охорони здоров'я. Придбано сучасне обладнання. За рахунок усіх джерел фінансування було спрямовано на поліпшення матеріально-технічної бази КНП ₴ 18574,9 тис. (2017 р. – ₴ 18442,2 тис.), в т.ч.: за рахунок місцевого бюджету – ₴ 3196 тис., за рахунок позабюджетних надходжень – ₴ 15378,9 тис. грн. Завдяки цьому було придбано 93 од. медичного устаткування на загальну суму ₴ 14555,75 тис. (2017 р. – 71 од. на загальну суму ₴ 11848,6 тис.), у т.ч. за рахунок місцевого бюджету – 4 од. на суму ₴ 3128 тис. (FIA8000 експрес-аналізатор – 1 од., наркозна станція з монітором – 1 од., лампа операційна LED – 1 од., компресорна станція – 1 од.); позабюджетних надходжень – 89 од. на загальну суму ₴ 11427,75 тис. (касети для рентгенографічних досліджень різних розмірів, міостимулятор, УФ камера для зберігання стерильних інструментів, реноскоп, лампа операційна, УЗС, бронхоскоп, мікроскопи, столи операційні, аналізатори біохімічні, гастроскоп, аналізатор гематологічний, монітори пацієнта, аналізатор

напіваавтоматичний, пульсоксиметри, шафи сушильно-стерилізаційні, стерилізатори повітряні, аквадистилятори, рентгенографічна система з додатковим обладнанням). Також придбано медичне устаткування (електрохірургічний генератор ДТ-400S для пологового відділення. ультразвукова діагностична портативна система, стіл операційний «Біомед» МТ3000) для структурних підрозділів, що надають медичну допомогу матерям і дітям, на загальну суму – € 714 тис. (2017 р. – 5 од. на € 2006,5 тис.). Крім того, проведено поточних ремонтів на загальну суму € 5506,4 тис. За рахунок засобів місцевого бюджету на суму € 5506,4 тис. (ремонт приміщень інфекційного відділення, гараж – комора, гараж на 5 автомобілів, будівлі господарської служби, головного корпусу, відділення профілактики, хірургічного корпусу, будівлі бактеріологічної лабораторії, будівлі дитячого соматичного відділення, протитуберкульозне відділення, харчоблок, терапевтичний корпус, будівлі головного та адміністративного корпусу, будівлі пологового відділення, ремонт тротуарів і доріг). Також проведено капітальних ремонтів на загальну суму € 3170,3 тис., у т.ч. за рахунок: місцевого бюджету € 3170,3 тис. (ремонт будівлі відділення інтенсивної терапії, хірургічного відділення, анестезіології та планової хірургії, будівлі пологового відділення, будівлі амбулаторії). Означене набуває особливої актуальності, оскільки 25 % КНП розміщені у будівлях, термін експлуатації яких складає 50 і більше років. Проте не меншої уваги заслуговує оновлення санітарного автотранспорту, рівень зносу якого складає 90,3 % (23 з 25 автомобілів КНП в експлуатації понад 12 років).

За Програмою медичних гарантій у 2019–2021 рр. КНП Куп'янському районі Харківської області укладено договори з НСЗУ по 19 пакетам медичних послуг: Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах; Стаціонарна допомога дорослим і дітям без проведення хірургічних операцій; Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах; Медична допомога при гострому інфаркті міокарда; Медична допомога при пологах; Мамографія; Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках; Амбулаторна вторинна та третинна медична допомога

дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу; Колоноскопія; Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям; Діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих і дітей; Бронхоскопія; Гістероскопія; Лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах; Психіатрична допомога дорослим і дітям; Езофагогастродуоденоскопія; Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям; Медична допомога, яка надається мобільними медичними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу covid-19; Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою covid-19, спричиненою коронавірусом sars-cov-2.

Медична реформа, окрім іншого, спрямована на підвищення доступності якісних медичних послуг, а з тим – на покращання здоров'я населення. Саме тому доречно проаналізувати динаміку захворюваності населення Куп'янського району Харківської області (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Динаміка захворюваності населення Куп'янського району Харківської області

Показники	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Первинна захворюваність, на 10 тис. населення	51388,3	47299,0	47198,2
Малюкова смертність, на 1000 народжених живими	6,6	4,1	2,6
Первинна захворюваність злоякісними новоутвореннями, на 10 тис. населення	383,6	355,0	373,8
Питома вага активно виявлених випадків онкозахворювань, %	21,4	27,9	26,8
Питома вага виявлених занедбаних випадків онкозахворювань, %	21,4	23,9	21,6
Кількість ВІЛ-інфікованих, осіб	418	382	385
Кількість хворих СНІД, осіб	90	99	99
Захворюваність населення сифілісом, на 100 тис. населення	10,2	10,4	12,2
Первинна захворюваність населення розладами психіки та поведінки, на 100 тис. населення	199,4	278,9	261,1
Первинна захворюваність наркологічними захворюваннями, на 100 тис. населення	144,2	160,1	100,1
Первинна захворюваність алкоголізмом, на 100 тис. населення	127,3	125,0	99,0

Як виявляється, мають місце різновекторні тенденції (табл. 2.2): скоротились первинна захворюваність на 8,2 %, малюкова смертність – у 2,5 рази, кількість ВІЛ-інфікованих – 7,9 %, первинна захворюваність наркологічними захворюваннями – на 30,6 %, первинна захворюваність алкоголізмом – на 22,2 %; зросла кількість хворих на СНІД.

Запорукою збереження наявних позитивних тенденцій є реформування вторинної та третинної ланки. КНП отримуватимуть кошти за договорами з НСЗУ з розрахунку 60 % – глобальний бюджет, 40 % – за пролікований випадок (з кожним роком означена пропорція буде змінюватись в бік зростання частки оплати пролікованого випадку) [38]; для отримання коштів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», відповідно до заздалегідь визначених пакетів медичних послуг (до речі, їх перелік допоки є обмеженим і не дозволяє врахувати все розмаїття форм прояву патології), КНП мають внести медичні дані до e-Health та подати електронну звітність до НСЗУ про фактично надані медичні послуги; за підвищеним тарифом будуть оплачуватись медичні послуги, спрямовані на ті стани, які спричиняють найбільшу смертність або суттєво погіршують якість життя (лікування гострого мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, допомога в пологах і неонатальна допомога, рання діагностика онкологічних захворювань), що теж цілком виправдано з точки зору покращення медичного та соціального ефекту в умовах обмеженого ресурсного забезпечення КНП; водночас, через обмежене фінансування, решта медичних напрямів й надалі перебуватиме в стані стагнації; на окрему увагу заслуговує розмір тарифу НСЗУ за надання медичних послуг, який здебільшого у декілька разів нижчий за фактичну їх вартість, через що пацієнти будуть або «недолікованими», або ж змушені власним коштом «покрити різницю» (останнє певною мірою суперечить декларації про «гарантування безоплатності базових медичних послуг»; крім того, якщо пацієнт звернеться зі скаргою про такий факт до НСЗУ, то ті можуть взагалі відмовити КНП у компенсації за такий клінічний випадок); останнє, до речі, стосується й неналежним чином медичні дані, внесених до e-Health; НСЗУ більш високими тарифами



намагається стимулювати КНП до підвищення кваліфікації персоналу та покращання їх матеріально-технічного забезпечення, хоча означене виглядає проблематичним без залучення інвестицій, а інвестиційно привабливими наразі є лише окремі сегменти сфери охорони здоров'я.

Зрештою слід зазначити, що в умовах медичної реформи вітчизняні КНП змушені пристосовуватись до нових умов функціонування. Ті з них, кому це вдалось краще, мають усі шанси, не лише стати конкурентоспроможними на мінливому ринку медичних послуг, а й створити сприятливі умови для покращання здоров'я населення.

## РОЗДІЛ 3

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1 Запровадження публічно-приватного партнерства як механізму розвитку комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я**

У контексті деконструкції вітчизняної системи охорони здоров'я та переорієнтації її на новітні цивілізаційні пріоритети щодо реалізації системних структурних реформ у сфері охорони здоров'я стратегічним завданням [67] виступає забезпечення розвитку **публічно-приватного партнерства** – юридично закріплена форма взаємодії між публічною владою та приватним сектором стосовно об'єктів державної і муніципальної власності, а також послуг, що виконуються й надаються державними та муніципальними органами, установами і підприємствами з метою реалізації суспільно значущих проєктів у широкому спектрі видів економічної діяльності [11]; конкретні проєкти, що реалізуються спільно органами публічної влади й приватними компаніями на об'єктах державної та муніципальної власності [17]; відносини, які виникають між державою в особі уряду, органів державної влади та самоврядування, державних установ, підприємств, організацій, з одного боку, а з іншого боку – із приватним сектором в особі суб'єктів господарювання недержавної форми власності, громадськими організаціями, місцевими спільнотами з приводу перерозподілу повноважень щодо створення інфраструктури загального користування, виробництва товарів і надання послуг, які традиційно вважалися монополією держави, врегулювання між сторонами у зв'язку з цим таких питань: розподіл відповідальностей, ризиків, зобов'язань щодо фінансового забезпечення, проєктування, будівництва, утримання, експлуатації, права власності, участь в управлінні та розподілі прибутку, що базується на

принципах рівності, відкритості, недискримінації, змагальності, підвищенні ефективності й мінімізації ризиків і витрат [75]; конструктивне співробітництво держави, суб'єктів підприємницької діяльності та громадянських інститутів в економічній, політичній, соціальній, гуманітарній й інших сферах суспільної діяльності для реалізації суспільно значимих проєктів на засадах пріоритетності інтересів держави, її політичної підтримки, консолідації ресурсів сторін, ефективного розподілу ризиків між ними, рівноправності й прозорості відносин для забезпечення поступального розвитку суспільства [43].

Реалізація даного завдання передбачає запровадження інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я шляхом залучення приватного капіталу й інших джерел фінансування [67]. На думку експертів Світового банку, публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я сприяє досягненню таких показників забезпечення громадського здоров'я як: залучення додаткового фінансування у сферу охорони здоров'я та оптимізації витрат із бюджету [87]; розподіл ризиків реалізації проєкту між державою та приватним сектором [81]; інвестування додаткових ресурсів у реконструкцію наявних об'єктів охорони здоров'я [96]; надання доступу до технологічних, технічних і інтелектуальних ресурсів високого професійного рівня (в реалізації проєктів, де беруть участь фахівці від бізнесу із застосуванням новітніх науково-технологічних розробок) [89]; підвищення якості та доступності надання населенню медичних послуг і створення високого рівня медичного сервісу [91].

До специфічних особливостей проєктів **публічно-приватного партнерства** у межах сфери охорони здоров'я зараховують: заборону скорочення мережі КНП (передавання відповідних об'єктів приватним партнерам не має призвести до втрати КНП здатності надавати медичні послуги); особливу структуру суб'єктів взаємовідносин, оскільки державний партнер має бути представлений або місцевою владою (для КНП); необхідну збалансованість соціальної та бізнесової сторони проєкту (повернення вкладених коштів приватних партнерів відбувається, зазвичай, через платні послуги чи виплати з національних українських служб охорони здоров'я); конституційні обмеження щодо

платності послуг у КНП, вичерпність переліку платних послуг, обмежений перелік послуг, що сплачується НСЗУ, які надаються в КНП [29].

Мета **публічно-приватного партнерства** у сфері охорони здоров'я полягає в підвищенні якості медичних послуг, забезпеченні високої ефективності бюджетного фінансування та функціонування за рахунок залучення практики приватних партнерів тощо [68].

Науковці виділяють кілька напрямів роботи у сфері охорони здоров'я державного, муніципального та приватного сектору:

1. У межах виробничої сфери охорони здоров'я у приватному секторі, як і раніше, залишається діяльність фармацевтичного характеру, медобладнання, засоби, технології та форми медичного призначення; додаткові матеріали, що мають таке призначення (меблі, спецодяг та ін.); у КНП вирішуються проблеми, пов'язані з фармацевтикою, інструментами і засобами медичного призначення, медичним обладнанням, устаткуванням, ремонтно-будівельними роботами.

2. У невиробничій галузі охорони здоров'я:

а) за приватною стороною залишається фармацевтичне підприємство; спеціалізовані ЗМІ, які мають медичний профіль; медицина нетрадиційного та народного характеру; первинне медичне обслуговування, представлене приватними медичними кабінетами, інститутом сімейного лікаря; вторинне та третинне медичне обслуговування, що являє собою діагностику, лікарську допомогу приватної практики); установи медичного страхування; фірми, які є посередниками або медичними консультантами.

б) публічно-приватним партнерством забезпечується підтримка вторинної та третинної медицини (діагностики, лікування); санаторно-курортних послуг (оздоровлення та реабілітації); медичних досліджень, науки, освіти (становлення Інституту підготовки управлінських кадрів для сфери охорони здоров'я на основі медичного освітнього напрямку); профілактики (спорту, відпочинку у дитячо-юнацьких таборах, фізкультури, «зеленого» туризму).

в) державним сектором утримується донорська служба (варто зауважити, що у мережі Інтернет оприлюднене повідомлення про Проєкт розпорядження

КМУ «Про схвалення Стратегії розвитку національної системи крові», яким передбачається залучення приватного бізнесу та громадськості для розвитку системи, запровадження інноваційних технологій та промотування донорства крові, включаючи можливість формування публічно-приватного партнерства щодо організації обігу компонентів донорської крові, а також аудиту належного клінічного застосування компонентів донорської крові); ПМСД (медико-санітарне надання допомоги, інститут сімейної медицини), екстрена допомога та медицина катастроф; медичне забезпечення оздоровлення категорій, до яких належать діти, вагітні, пенсіонери та інваліди; санаторно-курортне оздоровлення після складних операцій та хвороб (реабілітація); контролювання та управлінська діяльність в сфері охорони здоров'я [29].

Значну методологічну цінність становить модель **публічно-приватного партнерства** у сфері охорони здоров'я «Альзіра» [79], відповідно до якої між органи державного управління та/або органом місцевого самоврядування й приватною компанією укладається угода, яка врегульовує зобов'язання клініки обслуговувати пацієнтів, які переживають у межах території, де вона безпосередньо розміщена (приблизно 245 тис. мешканців). За умови звернення пацієнтів в іншу клініку La Ribera фінансує лікування хворих у розмірі 100 % від суми чеку. При зверненні сторонніх пацієнтів у шпиталь держава покриває вартість їх лікування у розмірі 80 % від загальної вартості послуги. Такий підхід є функціональною умовою забезпечення зацікавленості шпиталю в обслуговуванні пацієнтів, які проживають у межах певного округу. Дана модель підтверджує високу результативність публічно-приватного партнерства як гностичного показника громадського здоров'я, оскільки функціонально й стратегічно вона забезпечила економію бюджетних коштів з € 811 в попередній період до € 597 у 2017 р. Це дозволило скоротити час перебування пацієнтів у стаціонарі, в результаті чого загальний індекс споживчого задоволення пацієнтів склав 8,51 бала із 10 [94]. Аналіз різних моделей публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я різних країн світу, дозволяє класифікувати методологію функціонування таких підходів:

- DBFO (проєктування – будівництво – фінансування – управління);
- BOO (будівництво – володіння – управління);
- BOOT (будівництво – володіння – управління – передача);
- BOLB (купівля – володіння – передача в лізинг) [77].

Переважна більшість моделей публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я різних держав світу, не зважаючи на свою високу результативність, стикається також з певними труднощами, які згодом екстраполюються в недоліки. До них, зокрема, належать:

- висока затратність: вартість тендеру та загальна затратність певних проєктів для приватного сектору є доволі високою на відміну від вартості подібних проєктів, які реалізуються державою самостійно, оскільки тут закладені операційні ризики [92];

- недостатня гнучкість проєктів: часто-густо контракт на будівництво та експлуатацію медичних закладів за моделлю державно-приватного партнерства хоча і детально прописаний, однак будь-який відступ від умов контракту карається штрафом (у переважній більшості випадків це призводить до застосування застарілих медичних технологій, що уповільнює динамічний розвиток сфери охорони здоров'я);

- не достатньо висока якість створених об'єктів сфери охорони здоров'я (досить часто будівництво певних інфраструктурних об'єктів не відповідає належним стандартам, що й знижує якість надання медичних послуг) [80];

- складність в управлінні: здебільшого запровадження публічно-приватного партнерства супроводжується відсутністю ефективних механізмів взаємодії його суб'єктів (пацієнтів, лікарів, адміністрацій, дослідницьких інститутів, університетів) [93].

Модель публічно-приватного партнерства передбачає схему, відповідно до якої КНП продаються приватним компаніям за невелику вартість в обмін на інвестиції та зобов'язання обслуговувати пацієнтів у межах державного замовлення [78]. На реалізацію проєктів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Великобританії за рік залучається в середньому від \$ 8

до 10 млрд, які призначаються на будівництво на управління шпиталями. Відтак, держава укладає контракти з приватним компаніями на 30 років, у результаті чого останні здобувають право на володіння та експлуатацію медичних закладів, а також вносити узгоджену оплату за доступність медичної допомоги [94]. На особливу увагу заслуговує модель публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Австрії, де типовою є схема управління лікарнями, яка будується за кошти приватних інвесторів, при цьому 75 % ліжок перебувають у протектораті держави, а 25 % тимчасово (на період до 40 років) передаються в управління приватного інвестора [88].

Світовий досвід доводить, що найбільш поширені форми залучення приватних структур до партнерства у сферу охорони здоров'я включають:

– контракти, які держава дає приватним компаніям з метою виконання робіт і надання суспільних послуг, поставки продукції для державних потреб тощо. Найпоширеніша у міжнародній практиці контрактна форма партнерських відносин між державним і приватним секторами, яку використовують, реалізуючи масштабні проекти, – це надання об'єкта в концесію;

– систему орендних/лізингових відносин, яка виникає, коли держава передає в оренду приватним бізнес-структурам свою власність: будівлі, виробниче устаткування тощо, а за використання державного майна приватними компаніями сплачується орендна плата;

– створення публічно-приватних компаній. Участь приватного сектору в капіталі КНП може передбачати акціонування (корпоратизацію) і створення спільних підприємств. Ступінь свободи приватного сектору у прийнятті адміністративно-господарських рішень визначається в такому випадку його часткою в акціонерному капіталі. Чим меншу частку мають приватні інвестори порівняно з державою, тим менший у них діапазон для самостійного ухвалення рішень, в які не втручатиметься держава [13].

З метою розуміння питань розмежування фінансових потоків, які направляються з різних джерел (секторів медичної допомоги) і чіткого визначення організаційної форми навести такі поняття:

– суспільно-солідарний сектор охорони здоров'я – добровільне некомерційне громадське об'єднання, створене на основі єдності інтересів для спільної реалізації громадянами, які утворили його, своїх прав і свобод у сфері охорони здоров'я, надання медичної допомоги особам, які її потребують, згідно із затвердженими медико-технологічними стандартами, які визначаються членськими комплексними медичними програмами;

– приватно-солідарний сектор охорони здоров'я – сектор, де грошова компенсація витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг застрахованим особам, здійснюється страховими компаніями на підставі укладених раніше угод про добровільне медичне страхування;

– державно-солідарне фінансування охорони здоров'я (держбюджет України, загальний бюджет органу місцевого самоврядування, загальнообов'язкове соціальне медичне страхування);

– суспільно-солідарне фінансування охорони здоров'я – фінансове забезпечення медичних послуг в сфері охорони здоров'я солідарно накопиченими коштами членів громадських організацій, основними статутними напрямками діяльності яких є проведення оздоровчих і лікувальних заходів членам організації в рамках затверджених членських комплексних медичних програм, а також надання заходів сприяння розвитку охорони здоров'я (лікарняна каса, Червоний Хрест, громадські організації та фонди за підтримки охорони здоров'я, релігійні організації, добровільні пожертвування, місцеві збори на підтримку охорони здоров'я територіальної громади).

– приватно-солідарне фінансування охорони здоров'я – фінансове забезпечення застрахованим особам повної або часткової компенсації страховою компанією страхових виплат солідарно накопиченими коштами застрахованих осіб за надання лікувальними установами медичних послуг, покриття яких передбачено договорами про добровільне медичне страхування (приватні страхові компанії, особисті кошти фізичних та юридичних осіб);

Отож, надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я необхідно організаційно розділити на три сектори, кожному з яких надаватиметься



медична допомога з чітко вираженим поділом потоків фінансування (державно-солідарне, суспільно-солідарне або приватно-солідарне фінансування). Таким чином формується багатоканальна система фінансування КНП [21].

На сучасному етапі соціально-економічного розвитку України виникає потреба створення нової організаційної моделі системи охорони здоров'я, яка б поєднувала приватну медицину і бюджетні медичні установи. В основу даної моделі покладено єдині принципи вітчизняної системи охорони здоров'я, які були сформовані й реалізовані на всіх етапах історичного розвитку країни. До них необхідно зарахувати такі принципи:

- доступності медичної допомоги незалежно від територіальної, відомчої, віково-статевої і расової приналежності пацієнта;
- висококваліфікованої медичної допомоги, що забезпечує відповідну якість на основі медико-економічних стандартів;
- превентивної спрямованості лікувально-оздоровчих і реабілітаційних програм і дотримання технології диспансеризації окремих категорій населення;
- розробки та використання високих медичних, організаційних та інформаційних технологій;
- досягнення найвищого рівня здоров'я та якості життя популяції;
- здійснення стратегічного управління сферою охорони здоров'я на основі пріоритетних цільових комплексних програм [60];
- домінування медико-демографічних завдань, що визначає націленість узгоджених дій державних і приватних партнерів на досягнення соціальної та медичної ефективності, яка проявляється у підвищенні доступності та якості медичної допомоги, попередженні хвороб і зниженні смертності, збереженні й відновленні здоров'я населення, подовженні тривалості життя тощо;
- принцип неприпустимості зменшення (погіршення) існуючого рівня забезпеченості населення медичною допомогою. Це означає, що приватне партнерство повинне доповнювати, а не замінювати державні зобов'язання щодо надання населенню медичних послуг, збільшуючи, таким чином, їх спектр, доступність та якість;

– принцип досягнення синергійного (мультиплікативного) ефекту [68].

Розвиток публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я потребує вирішення ряду невідкладних завдань:

– сформуванню стратегічний підхід до втілення проєктів публічно-приватного партнерства в українській системі охорони здоров'я;

– визначити сектори із найвищим потенціалом для втілення проєктів державно-приватного партнерства на базі аналітичного дослідження, націленого на структурні особливості функціональної діяльності системи охорони здоров'я України;

– вдосконалити нормативно-законодавчу базу здійснення державно-приватних партнерських відносин, беручи за основу методичні рекомендації, надані міжнародними організаціями;

– визначити перелік послуг у рамках різних секторів сфери охорони здоров'я, які може надавати (контролювати) приватний сектор в межах публічно-приватного партнерства;

– розробити типові договори для різного роду обслуговування і напрямів у роботі КНП та співпраці між різними державними партнерами, чітко визначивши їхні функції та відповідальність;

– розробити пілотні проєкти публічно-приватного партнерства [74];

– здійснюючи бюджетне планування, оцінювати перспективні витрати для проєктів публічно-приватного партнерства і встановити граничних рівні таких витрат як при середньостроковому плануванні, так і в довгострокових бюджетних прогнозах відповідно до головних розпорядників бюджетного фінансового ресурсу;

– ввести до переліку показників довгострокових економічних і бюджетних прогнозів показники державних зобов'язань стосовно проєктів публічно-приватного партнерства й заміни бюджетного фінансування приватною інвестиційною складовою під час фінансового забезпечення проєктів публічно-приватного партнерства; фіксувати в договорах про публічно-приватне партнерства довгострокові зобов'язання, які має бюджет

перед приватним інвестором, разом із низкою зобов'язань, які мають приватні інвестори й оператори перед державою, щоб створити відчуття взаємодовіри стосовно втілення і успіху проектів загалом;

- розрахувати загальні державні витрати і доходи продовж усього часу існування проекту публічно-приватного партнерства, коли ухвалюватиметься рішення щодо його реалізації;

- обмежити гранично допустимий обсяг річних витрат стосовно проектів публічно-приватного партнерства як процент від загальнодержавних;

- розробити незалежну від бюджетних процесів процедуру, згідно з якою перевірятиметься доцільність витраченого бюджетного ресурсу під час реалізації проектів публічно-приватного партнерства;

- розробити порядок, за яким реєструватимуться об'єкти, які реалізують на принципах публічно-приватного партнерства, в реєстраційних списках, куди заносять об'єкти капітальних вкладень і держконтрактів; такі реєстри можуть формуватися Державним казначейством України з метою створити єдину інтегровану систему управління фінансовими ресурсами держави, що дасть можливість забезпечення обліку і моніторингу видаткової частини бюджету щодо проектів і контрактів публічно-приватного партнерства;

- розкрити у бюджетній документації і звітних матеріалах стосовно того, як виконується бюджет в кожному проекті публічно-приватного партнерства чи в групі з аналогічними проектами, наступну інформацію [68].

Отож, розвиток публічно-приватного партнерства цілком виправдано можна вважати дієвим механізмом подальшого розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я, оскільки ні власне КНП, ні його засновники (органи місцевого самоврядування) навряд чи спроможні самотужки профінансувати докорінне оновлення своєї матеріально-технічної бази, а тому актуалізується питання залучення приватного капіталу, а з тим – активнішого використання публічно-приватного партнерства у цій сфері.

### **3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я**

Підґрунтям підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності функціонування сфери охорони здоров'я є раціональне впровадження інноваційних технологій лікування, діагностики, профілактики та реабілітації захворювань, вдосконалення менеджменту та професійної підготовки медичних кадрів КНП. Інноваційні підходи відіграють вирішальну роль у поступальному розвитку будь-якого сектору економіки, у т.ч. й сфери охорони здоров'я [12]. Необхідність придбання й впровадження технологій для підтримки успішного розвитку країн підкреслює ООН, що особливо важливо для країн із перехідною економікою та низькими доходами на душу населення [22]. Це повною мірою стосується й сфери охорони здоров'я, тому що саме технологічні поліпшення дозволять забезпечити значні позитивні зрушення в розвитку вітчизняної медицини. Впровадження теоретичних знань і розроблених технологій у практичну охорону здоров'я стають вирішальними чинниками для поліпшення показників здоров'я населення та отримання максимальної користі для пацієнтів від сучасних досягнень медицини [12].

Для розвитку КНП в умовах реформування необхідно провести певні дії.

1. Здійснити фінансове планування діяльності КНП ПМСД в умовах нової моделі фінансування. Для цього заклади, замість отриманого «згори» кошторису повинні розробити власний фінансовий план, тобто визначити всі свої доходи і видатки та визначити чіткі пріоритети для інвестицій в розвиток закладу, персоналу та покращання якості надання послуг ПМСД.

2. Розпочати кампанію «Лікар для кожної сім'ї», створити умови для пацієнтів обирати для себе лікаря та укладати декларації. Завдяки підписанню декларацій, «гроші підуть за пацієнтом» у той заклад, який він обрав.

3. Сформуванню спроможну мережу надання ПМСД, шляхом оптимізації структурних підрозділів КНП ПМСД.

4. Здійснювати стратегічний та операційний менеджмент (впроваджувати нові підходи до управління КНП – стратегічне планування, розвиток персоналу, управління сервісом, зовнішні та внутрішні комунікації, пошук інвестицій) [18].

Забезпечення ефективного функціонування КНП ПМСД повинно спиратися на відповідність європейським стандартам, зокрема, Центр ПМСД повинен мати в своєму складі не менше семи лікарів та обслуговувати приблизно 15000 осіб, амбулаторія групової практики налічує від 2 до 6 лікарів та обслуговує близько 3000 осіб, амбулаторія одиночної практики складається з одного лікаря та обслуговує 2000 осіб, медичний пункт, в якому є фельдшер, медична сестра або лікар повинен обслуговувати 750 осіб [36].

Нині практично в кожній ОТГ є можливість відкрити амбулаторію групової практики або амбулаторію монопрактики, але найбільш дієвим варіантом може стати об'єднання фінансових потенціалів громад з метою створення спільного Центру ПМСД, який зможе взяти на обслуговування мешканців двох або більше ОТГ. Нові КНП в ОТГ мають більш високий рівень автономії в роботі. Попри свої невеликі розміри, вони самостійно підписують контракти з НСЗУ, яка, в свою чергу, закупає ліки за контрактом для застрахованих осіб. КНП ПМСД працює автономно, не підпорядковуючись місцевій бюрократії та відповідає за якість наданих медичних послуг у відповідності до контрактів з населенням. Місцеві жителі мають нагоду обирати лікаря самостійно – незалежно від свого місця проживання й фінансувати своє лікування на основі страхових схем [41].

Виокремлено наступні пропозиції щодо покращання економічних результатів діяльності КНП, які можна поєднати у такі групи:

1. Оптимізація (мінімізація) витрат:

– завершення термоізоляції будівлі лікарняного та лабораторного корпусів;

– створення електронної бази пацієнтів КНП для якісного диспансерного нагляду за станом здоров'я дітей з хронічними соматичними захворюваннями (автоматизований клієнтський сервіс);

– ремонт системи теплопостачання, заміна люмінесцентного освітлення, холодильного обладнання, ліфтів;

– інвестування у створення палат підвищеної комфортності (ремонт приміщень; придбання меблів, телевізорів, холодильників, мікрохвильових печей...), забезпечення сталого WI-FI; встановлення банкомату та терміналу; організація буфету...;

– забезпечення лікарні достатньою кількістю комп'ютерного обладнання (комп'ютерів, планшетів, смартфонів, принтерів, тощо) на які встановлено програмне забезпечення Windows 10 Pro для стійкого доступу до системи центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я (ЦБД ЕСОЗ), роботі в медичній інформаційній системі, контрахуванні з НСЗУ; створення локальної комп'ютерної мережі для стійкого електронного зв'язку між усіма структурними підрозділами КНП і центральним, регіональним офісом НСЗУ, ЦБД ЕСОЗ;

– забезпечення відділення лікарні наступним медичним обладнанням: стаціонарний та портативний ультразвуковий доплерівський апарат, тредміл-тест, тілт-тест, апарати добового моніторингу артеріального тиску, лабораторний біохімічний аналізатор, портативний рентгенівський апарат, апарати штучної вентиляції легенів, система енцефаловідеомоніторингу;

– проведення аналізу доцільності утримання автопарку та зайвого адміністративно-господарського персоналу;

– задача приміщення в оренду для створення центру МРТ, КТ-діагностики з можливістю безкоштовного обстеження 150 пацієнтам лікарні протягом року (соціальна квота);

– переведення на аутсорсинг деяких видів лабораторних, інструментальних та інших досліджень, а також харчування пацієнтів стаціонару;

– коригування системи стимулювання персону з урахування результатів їх діяльності;

– просування бренду КНП;

– розроблення матриці розподілу функцій між підсистемами бренду КНП та визначення взаємозалежності між ними.

## 2. Збільшення доходів:

– детінізація фінансових потоків у межах КНП;  
 – розвиток маркетингу медичних і супутніх медичних послуг;  
 – виконання умов і вимог у межах пакетів медичних послуг;  
 – використання «Положення про надання платних послуг» за рахунок надання профільних і дотичних медичних, а також супутніх платних послуг; підвищення якості надання таких послуг тощо [33].

Модель системи впровадження медичних інноваційних технологій в КНП була сформована, орієнтуючись на основні складові компоненти громадсько-орієнтованої ПМСД, спрямованої на задоволення потреб громад, а саме:

1) Забезпечення доступу пацієнтам до ПМСД та всієї необхідної для них інформації, що включає швидке реагування на потреби пацієнта, надання медичної допомоги поза робочі години, доступну інформацію як про пацієнта, так й про дані лабораторних досліджень, Інтернет-сервіс, групові візити пацієнтів, рівну допомогу для громад різних культур і віросповідань.

2) Холістичний підхід, або допомога, орієнтована на пацієнта, що включає всебічну медичну допомогу як для хронічних, так й гострих станів, запобігання захворюваності та проведення скринінгів, хірургічні втручання в межах компетенції лікарів ЗПСЛ, доступ до високотехнологічної діагностичної і лабораторної діагностики.

3) Сучасні технології управління ПМСД, професійний менеджмент, що включає використання фінансового менеджменту для практики ПМСД, збільшення заробітної плати (за критеріями роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік і аудит, оптимізацію кадрового забезпечення, обслуговування медичного устаткування, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами.

4) Використання медичних інформаційних систем, що включає електронні медичні записи, електронні рахунки та звіти, електронні рецепти,

підтримку з боку доказової медицини, електронний реєстр хворих, веб-сторінку закладу охорони здоров'я, портал пацієнта, єдиний інформаційний медичний простір.

5) Просування здорового способу життя, охорона здоров'я, що включає популяційний менеджмент, заохочення й просування здорового способу життя, запобігання захворюваності, лікування хронічних захворювань, заохочення хворих до змін способу життя та їх санітарну просвіту.

6) Координація медичної допомоги, що включає використання ресурсів громади, формування взаємовигідних відносин, роботу у відділенні невідкладної допомоги, забезпечення стаціонарного лікування, психологічну допомогу, координацію акушерсько-гінекологічної допомоги, координацію вузькоспеціалізованої допомоги, підтримку діяльності з боку фармацевтів, реабілітаційну і фізіотерапевтичну допомогу, консиліумний розгляд випадків, транспортне забезпечення.

7) Командна медична практика, що включає лідерство провайдера/конкуренцію надавачів медичних послуг, формування спільної місії та бачення, ефективні комунікації, окреслення завдань відповідно до професійних вмінь і навичок, активну і повноцінну роботу сімейних медсестер, активне залучення пацієнтів, формування додаткових можливостей для родин пацієнтів.

8) Якість і безпека діяльності, що включає практику застосування найкращої доказової медицини, керування лікуванням, зворотний зв'язок щодо вивчення задоволеності пацієнтів, аналіз клінічної діяльності, підтримку належної якості, управління ризиками, відповідність діяльності чинному законодавству [64].

Одним з головних чинників покращання роботи саме КНП повинна стати система ефективного стимулювання лікарів [41]. 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 обґрунтованої та справедливої, за умовами та результатами праці, персоніфікації тарифних ставок і посадових окладів працівників з орієнтацією не тільки на рівень кваліфікації та стаж роботи, а й на продуктивність їхньої праці;

– залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їх праці, а керівників і провідних (головних) фахівців – від ефективності господарської, комерційної діяльності закладів охорони здоров'я;

– періодичний перегляд ставок і окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їхньої праці [36].

Для формування дієвої моделі управління розвитком КНП необхідно:

– оцінити забезпеченість організації медичними кадрами відповідно до нормативів;

– проаналізувати діючу нормативно-правову базу з питань праці та можливості її повноцінного використання в практиці охорони здоров'я;

– впровадити ефективні методи управління кадрами й розрахунку потреби в працівниках з урахуванням ролі медичного персоналу в лікувально-діагностичному процесі, програми державних гарантій, видів і умов пропонованої установою медичної допомоги населенню;

– визначити роль і місце штатного розкладу при введенні ефективного контракту, організувати сучасний підхід до організації системи нормування праці в лікувально-профілактичному закладі;

– ознайомитися із сучасною номенклатурою посад медичних працівників, кваліфікаційними вимогами, професійними стандартами і новою системою акредитації;

– визначити пріоритети діяльності медичної організації в умовах економічної кризи, розробити програми мотивації працівників [61].

Водночас, для забезпечення подальшого розвитку КНП необхідна реалізація за пріоритетними напрямками комплексу заходів, як-от:

– створення цільових проєктів і програм розвитку КНП;

- удосконалення системи фінансування КНП, формування нових джерел фінансування;
- розробку індикативних показників, які дозволять визначати рівень розвитку КНП;
- створення інноваційних структур, активізація взаємодії наукового потенціалу сфери охорони здоров'я із КНП;
- технічна модернізація КНП [9];
- оптимізація структури й фінансування програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню;
- моніторинг руху основних фондів, розробка, реалізація програми модернізації основних фондів;
- формування щорічних планів-завдань на закупівлю медичного обладнання й медикаментів, ремонт і реконструкцію будівель;
- розробка вимог до оснащення КНП різного рівня;
- маркетингові дослідження ринку медичного обладнання;
- розробка й реалізація програми з енергозбереження;
- створення обласної служби з технічного обслуговування;
- ремонт і метрологічний контроль за медичною технікою;
- моніторинг технічного стану медичного обладнання, формування планів його заміни;
- організація контролю за капітальними ремонтами будівель установ закладів охорони здоров'я [1];
- інноваційно-технологічне забезпечення КНП;
- підвищення фінансової та організаційної незалежності КНП;
- збільшення чисельності високотехнологічних КНП у регіонах;
- сприяння широкому впровадженню сучасних інформаційно-комунікативних технологій у розвиток системи охорони здоров'я;
- більш ретельний контроль за якістю надання медичних послуг [78];
- забезпечення доступу пацієнтам до ПМСД та всієї необхідної для них інформації, що включає швидке реагування на потреби пацієнта, надання

медичної допомоги поза робочі години, доступну інформацію як про пацієнта, так і про дані лабораторних досліджень, Інтернет-сервіс, групові візити пацієнтів, рівну допомогу для громад різних культур і віросповідань;

– холістичний підхід, або допомога, орієнтована на пацієнта, що включає всебічну медичну допомогу як для хронічних, так і гострих станів, запобігання захворюваності та проведення скринінгів, хірургічні втручання в межах компетенції лікарів ЗП-СЛ, доступ до високотехнологічної діагностичної і лабораторної діагностики;

– сучасні технології управління ПМСД, професійний менеджмент, що включає використання фінансового менеджменту для практики ПМСД, збільшення заробітної плати (за критеріями роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік і аудит, оптимізацію кадрового забезпечення, обслуговування медичного устаткування, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами;

– координація медичної допомоги, що включає використання ресурсів громади, формування взаємовигідних відносин, роботу у відділенні невідкладної допомоги, забезпечення стаціонарного лікування, психологічну допомогу, координацію акушерсько-гінекологічної допомоги, координацію вузькоспеціалізованої допомоги, підтримку діяльності з боку фармацевтів, реабілітаційну і фізіотерапевтичну допомогу, консиліумний розгляд випадків, транспортне забезпечення;

– використання медичних інформаційних систем, що включає електронні медичні записи, електронні рахунки та звіти, електронні рецепти, підтримку з боку доказової медицини, електронний реєстр хворих, веб-сторінку закладу охорони здоров'я, портал пацієнта, єдиний інформаційний медичний простір;

– командна медична практика, що включає лідерство провайдера/конкуренцію надавачів медичних послуг, формування спільної місії та бачення, ефективні комунікації, окреслення завдань відповідно до професійних умінь і навичок, активну й повноцінну роботу сімейних медсестер, активне залучення пацієнтів, формування додаткових можливостей для родин пацієнтів;

– просування здорового способу життя, охорона здоров'я, що включає популяційний менеджмент, заохочення і просування здорового способу життя, запобігання захворюваності, лікування хронічних захворювань, заохочення хворих до змін способу життя та їх санітарну просвіту;

– якість і безпека діяльності, що включає практику застосування найкращої доказової медицини, керування лікуванням, зворотний зв'язок щодо вивчення задоволеності пацієнтів, аналіз клінічної діяльності, підтримку належної якості, управління ризиками, відповідність діяльності чинному законодавству [15];

– обґрунтування шляхів вирішення проблеми щодо забезпечення ефективного управління грошовими потоками установ на основі використання раціональних облікових технологій є дослідження сутності категорії «грошові потоки»

– раціональне управління їх грошовими потоками на основі використання адекватних облікових технологій [6].

За кожним стратегічним пріоритетом КНП має бути запланована система конкретних заходів із зазначенням термінів і виконавців:

– розвиток інфраструктури КНП (будівництво та введення в експлуатацію нових приміщень і корпусів, проведення поточного й капітального ремонту, придбання лікувально-діагностичного обладнання, модернізація технічного оснащення КНП, реалізація програм енергозбереження, забезпечення сучасною комп'ютерною технікою та програмними продуктами);

– розвиток інноваційного потенціалу (створення умов для проведення науково-дослідних робіт, запровадження у практичну діяльність нових медичних технологій, стимулювання інноваційних процесів у медицині);

– розвиток кадрового потенціалу КНП (оптимізація структури персоналу, планування заходів атестації та підвищення кваліфікації кадрів, запровадження ефективної системи оплати праці і мотивації персоналу);

– підвищення рівня фінансового забезпечення КНП (диверсифікація джерел фінансування (платні медичні послуги, розвиток медичного

страхування), оптимальне використання фінансових ресурсів, розвиток проєктів публічно-приватного партнерства та аутсорсинг);

– розвиток матеріально-технічного забезпечення КНП (забезпечення необхідними лікарськими препаратами й медичними виробами, інструментами та інвентарем, організація харчування пацієнтів) [63].

Зрештою слід зазначити, що запорукою подальшого розвитку КНП є реалізація комплексу заходів за такими пріоритетними напрямками: підвищення рівня фінансового забезпечення КНП, розвиток інфраструктури, інноваційного та кадрового потенціалу, матеріально-технічного забезпечення КНП.

## ВИСНОВКИ

1. З'ясування сутності комунального некомерційного підприємства сфери охорони здоров'я – суб'єкта господарювання комунальної форми власності, основним завданням якого є забезпечення населення доступом до якісних медичних послуг на основі відповідної ліцензії і професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників – дозволило конкретизувати його суспільну значущість та особливості функціонування та розвитку в умовах медичної реформи.

2. Дослідження діючих методів публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я – інструментарію, способів і технологій досягнення поставленої мети – дозволяє стверджувати, що органи публічної влади використовують (почасти одночасно) адміністративні, економічні, правові та соціально-мотиваційні методи управління. Кожному з цих методів притаманний відповідний перелік засобів впливу та їхню пріоритетність залежно від конкретної ситуації.

3. За результатами оцінювання впливу медичної реформи на діяльність комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я в Україні виявлено таке: на тлі істотного скорочення бюджетного фінансування, стає більш актуальним формування додаткових джерел фінансування (у т.ч. отримання коштів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», відповідно до заздалегідь визначених пакетів медичних послуг; гроші та матеріальні внески засновників; кошти цільових програм МОЗ; благодійні внески); необхідність внесення медичних даних до e-Health та подання електронної звітності до НСЗУ про фактично надані медичні послуги. Медична реформа, з одного боку, створила для КНП нові можливості (передусім, мова йде, про автономізацію та комерціалізацію їхньої діяльності), а з іншого – не лише не вирішила наявні («спадкові») проблеми, а й створила нові. За таких умов вкрай важливою

убачається консолідація зусиль і ресурсів не лише колективів КНП, а представників органів публічного управління задля забезпечення населення якісними та доступними медичними послугами як запоруки покращання здоров'я нації.

4. Обґрунтування доцільності запровадження публічно-приватного партнерства – юридично закріплена форма взаємодії між публічною владою та приватним сектором стосовно об'єктів державної і муніципальної власності, а також послуг, що виконуються й надаються державними та муніципальними органами, установами і підприємствами з метою реалізації суспільно значущих проєктів у широкому спектрі видів економічної діяльності – як механізму розвитку комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я цілком виправдано, оскільки ні власне комунальні некомерційні підприємства сфери охорони здоров'я, ні його засновники (органи місцевого самоврядування) навряд чи спроможні самотужки профінансувати докорінне оновлення своєї матеріально-технічної бази, а тому актуалізується питання залучення приватного капіталу.

5. Запропоновано для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я:

– розвиток інфраструктури (будівництво та введення в експлуатацію нових приміщень і корпусів, проведення поточного й капітального ремонту, придбання лікувально-діагностичного обладнання, модернізація технічного оснащення, реалізація програм енергозбереження, забезпечення сучасною комп'ютерною технікою та програмними продуктами);

– розвиток інноваційного потенціалу (створення умов для проведення науково-дослідних робіт, запровадження у практичну діяльність нових медичних технологій, стимулювання інноваційних процесів у медицині);

– розвиток кадрового потенціалу (оптимізація структури персоналу, планування заходів атестації та підвищення кваліфікації кадрів, запровадження ефективної системи оплати праці і мотивації персоналу);

– підвищення рівня фінансового забезпечення (диверсифікація джерел фінансування (платні медичні послуги, розвиток медичного страхування), оптимальне використання фінансових ресурсів, розвиток проєктів публічно-приватного партнерства та аутсорсинг);

– розвиток матеріально-технічного забезпечення (забезпечення необхідними лікарськими препаратами й медичними виробами, інструментами та інвентарем, організація харчування пацієнтів).



## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... ддерж.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2011. 40 с.
2. Авчухова А.М., Кочемировська О.О. Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів: аналітична записка. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/1132>. (дата звернення: 01.10.2021).
3. Альшаафі Мохамед Алі, Сазонець О.М. Іноземний досвід управління медичними закладами в інформаційно-комунікаційному середовищі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 14. С. 18–22.
4. Бахтеєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до «кращих» часів. *Ваше здоров'я*. 2009. 29 травня. С. 3–4.
5. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво. Київ, 2018. 368 с.
6. Бенько І.Д. Методика обліку фінансово-господарської діяльності закладів охорони здоров'я. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 27. С. 121–125.
7. Бойко С.Г. Особливості державної політики охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2016. № 1. URL: [http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/1\\_2016/11.pdf](http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/1_2016/11.pdf). (дата звернення: 01.10.2021).
8. Варивончик Д.В., Шевченко В.І., Еджибія О.М. Система управління виробничими канцерогенними ризиками в закладах охорони здоров'я. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика*. 2016. Вип. 25. С. 104–110.
9. Головаш О.В. Концептуальні положення розвитку закладів охорони здоров'я АТ «Українська залізниця». *Вісник економіки транспорту і промисловості*. 2019. № 67. С. 248–254.
10. Господарський кодекс. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

11. Государственно-частное партнерство: теория и практика: учебное пособие. Минск, 2010. 287 с.
12. Грицяк І.А. Публічне управління в Україні: становлення за європейськими стандартами. *Вісник Академії митної служби України. (Серія: Державне управління)*. 2010. № 2. С. 5–11.
13. Грищенко С. Підготовка та реалізація проєктів публічно-приватного партнерства: практичний посібник. Київ, 2011.
14. Гуськова І.Б. Комунальна власність як ресурс місцевого самоврядування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2013. № 21. С. 144–147.
15. Данько В.В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. (Серія: Економіка і управління)*. 2019. Т. 30. № 2. С. 102–110.
16. Долот В.Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2.
17. Дубок І.П. Сутність та особливості державно-приватного партнерства. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. Вип. 2. С. 139–149.
18. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році. URL: [https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID\\_2018\\_interactiv\\_1.pdf](https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactiv_1.pdf) (дата звернення 10.02.2020).
19. Єгупова Л.О. Аналітичне забезпечення формування та виконання кошторису закладу охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2019. № 11. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek\\_2019\\_11\\_85](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2019_11_85) (дата звернення: 01.12.2020)
20. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід: монографія. Рівне, 2019. 396 с.
21. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
22. Кахович О.О. Державне регулювання структурно-інвестиційної політики в Україні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2010. 21 с.

23. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
24. Клименко О.В. Обґрунтування необхідності систематизації законодавчих актів України в сфері охорони здоров'я громадян і розробки медичного кодексу. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 1. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=679> (дата звернення 10.10.2019).
25. Клименко П.М., Грабовський В.А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ*. 2014. № 3. С. 136–141.
26. Конституція України. Закон України від 28 червня 1996 р. № 30. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.08.2019).
27. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 10.02.2020).
28. Литвинова О.Н., Панчишин Н.Я., Юрїїв К.Є., Зінчук А.М. Аналітичні дослідження інноваційного підходу до управління комунального некомерційного закладу охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 3. С. 29–35.
29. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2011. № 1. С. 37–43.
30. Медяник Г.Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.
31. Мельниченко О.А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання: монографія. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2008. 232 с.
32. Мельниченко О.А., Кутязян Ж.М. Фактори впливу на вартість лікування клінічних випадків в стаціонарах КНП. *Пріоритетні напрями досліджень в науковій та освітній діяльності: проблеми та перспективи*: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 12–13 жовтня 2021 р. Рівне: КЗВО «Рівненська медична академія», 2021. С. 231–233.

33. Мельниченко О.А., Муратов Г.Р. Пропозиції щодо поліпшення економічних показників діяльності КНП ХОР «ОДКЛ». *Актуальні проблеми та перспективи розвитку обліку, аналізу та контролю в соціально-орієнтованій системі управління підприємством*: матеріали IV всеукр. наук.-практ. конф., 31 березня 2021 р. Полтава: Вид-во ПДАУ, 2021. Ч. 2. С. 130–132.

34. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. (Серія: Державне управління)*. 2018. № 1. С. 154–162.

35. Методичні рекомендації для державних і комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>. (дата звернення: 01.10.2021).

36. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz\\_metod\\_recomendations\\_autonomization\\_2018\\_ua\\_final\\_web.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf) (дата звернення: 10.02.2020).

37. Михальчук В.М., Коломоець А.В., Гбур З.В. Медико-соціальне обґрунтування логістики в управлінні комунальним неприбутковим підприємством закладу охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 1. С. 67–74.

38. Міністерства охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/> (дата звернення: 01.10.2021).

39. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування. URL: <https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/regional-dev/rozvytokmistsevoho-samovryaduvannya/> (дата звернення 10.02.2020).

40. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення: 05.08.2019).

41. Обуховська Л.І. Імплементация інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 214 с.

42. Оцінка ефективності стаціонарного сектору на основі аналізу витрат в поєднанні з клінічною інформацією. Полтава, 2021. 21 с.

43. Павлюк К.В., Павлюк С.М. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави. *Наукові праці КНТУ. (Серія: Економічні науки)*. 2010. № 17. URL: <http://www.nbu.gov.ua/>

44. Поживілова О.В. Функціонування приватних закладів у сфері охорони здоров'я. URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01\(5\)/11povsoz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01(5)/11povsoz.pdf) (дата звернення: 10.02.2020).

45. Порядок отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних і фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування від 04.08.2000 р. № 1222. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1222-2000-%D0%BF> (дата звернення 10.10.2019)

46. Про благодійну діяльність та благодійні організації. Закон України від 05.07.2012 р. № 5073-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.12.2020)

47. Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом. Закон України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

48. Про власність. Закон України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

49. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Наказ МОЗ від 31 жовтня 2018 р. № 1977. URL: <https://1med-vip.expertus.ua...> (дата звернення: 01.12.2020)

50. Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів). Постанова Кабінету Міністрів України від 25.12.1996 р. № 1548. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.12.2020)

51. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

52. Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності. Закон України від 11.09.2003 р. № 1160-IV. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1160-15>. (дата звернення: 01.12.2020)

53. Про затвердження Порядку отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування. Постанова Кабінету Міністрів України від 04.08.2000 р. № 1222. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.12.2020)

54. Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1094. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.12.2020)

55. Про здійснення заходів з контролю за надходженням і використанням благодійних пожертв у закладах охорони здоров'я. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2017 р. № 848. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20170725\\_848.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20170725_848.html) (дата звернення: 01.12.2020)

56. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

57. Про поетапну передачу до комунальної власності об'єктів соціальної інфраструктури. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.12.1996 р. № 1443. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

58. Про схвалення Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Розпорядження Кабінету Міністрів України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

59. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2021)

60. Разумовский А.В., Полина Н.А., Коптева Л.Н. Перспективы развития государственно-частного партнёрства в здравоохранении. *Медицинский альманах*. 2013. № 2. С. 19–23.

61. Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. № 3. С. 162–168.

62. Рожкова І.В., Солоненко І.М. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні: монографія. Київ: Фенікс, 2008. 160 с.

63. Сабецька Т.І., Стефанишин Л.С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56–62.

64. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. 2015. № 1. С. 7–13.

65. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

66. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. Методичні рекомендації. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

67. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим: Amutah for Education and Health, 1999. 1049 с.

68. Турчак Д.В. Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2019. 240 с.

69. Хвисьюк О.М., Сердюк О.І., Короп О.А., Рогожин Б.А., Новікова В.А. Особливості діяльності органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я в умовах моделі медичного страхування. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2018. № 4. С. 5–9.

70. Худоба О.В. Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації: дис... д.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2019. 535 с

71. Цивільний кодекс України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)
72. Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь. 2017. URL: [http://www.idss.org.ua/monografii/2017\\_SDGs\\_NationalReport.pdf](http://www.idss.org.ua/monografii/2017_SDGs_NationalReport.pdf). (дата звернення: 01.10.2021).
73. Шевченко В.А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2016. Вип. 6. С. 9–13.
74. Шевчук Ю.В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. *Економічний вісник університету*. 2017. Вип. 33. С. 416–428.
75. Шилепницький П.І. Державно-приватне партнерство: теорія і практика: монографія. Чернівці, 2011. 455 с.
76. Яремчук О.В. Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 208 с.
77. Alger J et al. National health research systems in Latin America: a 14-country review. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009. № 26. P. 447–457.
78. Barrows D., McDonald H.I., Susapol A.B., Dalton-Jez O., Harvey-Rioux S. Public-private partnership in Canadian health care: a case study of the Brampton Civic Hospital. *OECD Journal on Budgeting*. 2012. № 12/1. P. 1–4.
79. De Rosa Toner A. Lessons from Spain: the Alzira Model. *The King's Fund International Integrated Care Summit*. 2016. May 1.
80. Dujardi J.C. et al. Research priorities for neglected infectious diseases in Latin America and the Caribbean region. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2010: URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000780> (дата звернення: 01.10.2021).
81. Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness. Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation, 2011. URL: [www.aideffectiveness.org/busanhlf4](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4). (дата звернення: 01.10.2021).



82. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO, 2018. 88 p.

83. Harris R., Marks W. Compact Ultrasound for Improving Maternal and Prenatal Care in Low-Resource Settings: Review of Potential Benefits, Implementation Challenges and Public Health Issues. *Journal of Ultrasound Medicine*. 2016. № 28. P. 1067–1076.

84. Impact of the global economic crisis on selected SADC countries. URL: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/...> (дата звернення: 01.10.2021).

85. Kasper Anne S., Susan J. Ferguson. Breast Cancer: Society Shapes an Epidemic. N.Y.: St. Martin's Press, 2010. 378 p.

86. Kozierkevich A. Benefit package and cost of services Health Bascet. Krakow-Warshava, 2005. Report 1. URL: [http://www.ehma.org/files/Benefit\\_Report\\_Poland.pdf](http://www.ehma.org/files/Benefit_Report_Poland.pdf). (дата звернення: 01.10.2021)

87. Lippoldt D. (Ed.). Policy Priorities for International Trade and Jobs. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2012. URL: <https://www.oecd.org/site/tadicite/50258009.pdf>. (дата звернення: 01.10.2021).

88. McKee M., Edwards N., Atun R. Public-private partnership for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016. Vol. 84. P. 890–96.

89. McKee M., Stuckler D., Basu S. Where there is no health research: what can be done to fill the global gaps in health research? *PLoS Medicine*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001209> PMID:22545025. (дата звернення: 01.10.2021).

90. Melnychenko O., Udovychenko N., Muratov G., Kravchenko Zh. The medical reform as a method of public management of healthcare development: realities and prospects for Ukraine. *Wiadomosci Lekarskie*. 2020. T. LXXIII. № 9. P. 1450–1458.

91. Pacheco Santos L.M. et al. Fulfillment of the Brazilian agenda of priorities in health research. *Health Research Policy and Systems*. 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-35> (дата звернення: 01.10.2021).

92. Ranson K., Law T.J., Bennett S. Establishing health systems financing research priorities in developing countries using a participatory methodology. *Social Science & Medicine*. 2010. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.01.051> (дата звернення: 01.10.2021).

93. Ranson M. Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010. № 88. P. 435–443.

94. Roerich J., Lewis M.A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systemic literature review. *Social Science and Medicine*. 2015. Vol. 13. P. 110–19.

95. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin, 2016. 656 p.

96. Tomlinson M et al. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Research Policy and Systems*. 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-19> (дата звернення: 01.10.2021).