

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

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

\_\_\_\_\_ В.Г. Нестеренко

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ  
КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»  
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»  
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-24

А.В. Мартинюк

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

ХАРКІВ – 2026

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ .....	5
1.1 Розвиток комунальних некомерційних підприємств як об'єкт публічного управління .....	5
1.2 Механізми публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств .....	11
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ .....	18
2.1 Особливості функціонування та розвитку КНП «Вигодська МБЛ» .	18
2.2 Вплив медичної реформи на розвиток комунальних некомерційних підприємств .....	25
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ .....	36
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку закладів охорони здоров'я .....	36
3.2 Удосконалення підходів до використання механізмів публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств .....	50
ВИСНОВКИ .....	64
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	66

## ВСТУП

*Актуальні теми.* У процесі розробки та реалізації медичної реформи в Україні особливого значення набуває ефективно/результативно функціонування комунальних некомерційних підприємств (далі – КНП), які виконують важливу не лише соціальну функцію – забезпечення населення якісними медичними послугами, а і економічну – упорядкування ресурсних потоків у ланцюгу «НСЗУ – КНП – пацієнти – суб’єкти споріднених галузей/сфер національної економіки». Перехід від бюджетного фінансування до контрактної моделі співпраці з Національною службою здоров’я України (далі – НСЗУ), посилення автономії КНП і впровадження нових підходів до управління їхнім розвитком поставили перед уповноваженими органами публічної влади нові виклики та завдання щодо сприяння подальшого розвитку КНП (зокрема, в умовах надзвичайних ситуацій епідеміологічного характеру та правового режиму воєнного стану). Нині КНП стали об’єктами публічного управління нового типу, де поєднуються стратегічне планування, регіональна політика у сфері охорони здоров’я, державне фінансування та контроль за якістю послуг. Водночас, багато КНП, особливо у сільських і гірських районах, стикаються з проблемами дефіциту кадрів, фінансової нестабільності, зношеності матеріально-технічної бази тощо. У цих умовах особливої актуальності набуває вдосконалення механізмів публічного управління розвитком КНП.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Авраменко Н. [1], Данько В. [10; 11; 21], Карлаш В. [15], Кланца А. [17], Кутязян Ж. [26], Медяник Г. [23], Мельниченко О. [24–25; 57], Муратов Г. [27], Обуховська Л. [33], Рогова О. [45], Худоба О. [52] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління розвитком КНП обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення (зокрема, з урахуванням специфіки КНП «Вигодська міська багатопрофільна лікарня» (далі – КНП «Вигодська МБЛ»)).

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі *завдання*:

- проаналізувати сутність та особливості розвитку КНП як об'єкта публічного управління;
- вивчити механізми публічного управління розвитком КНП;
- проаналізувати результати діяльності КНП «Вигодська МБЛ»;
- дослідити вплив медичної реформи на функціонування КНП;
- запропонувати концептуальні відходи до вдосконалення публічного управління розвитком КНП.

*Об'єкт дослідження* – публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я.

*Предмет дослідження* – публічне управління розвитком комунальних некомерційних підприємств.

*Методи дослідження*: аналіз нормативно-правових актів, порівняльний аналіз, структурно-функціональний підхід.

*Практичне значення* роботи полягає у можливості використання висновків і рекомендацій щодо формування ефективної політики розвитку КНП в діяльності уповноважених органів публічного управління, керівників закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), територіальних громад.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ

#### 1.1 Розвиток комунальних некомерційних підприємств як об'єкт публічного управління

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 [3]. 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 [26].

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 [55].

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 [49].

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 [17].

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 [4].

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, ЗОЗ); створенню умов для інтеграції приватного сектору до сфери охорони здоров'я; скороченню прямих платежів громадян на оплату медичних послуг і лікарських засобів, зменшенню рівня тіньових платежів; виникненню конкуренції постачальників усіх форм власності на ринку медичних послуг; ефективнішому та справедливішому розподілу публічних ресурсів у сфері охорони здоров'я; приведенню мережі ЗОЗ 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 [44].

Донедавна найбільш поширеною формою існування ЗОЗ є комунальна форма власності, яка за своєю сутністю має значну кількість переваг в

застосуванні на регіональному рівні. Вона більш наближена до потреб місцевих громад [33]. Основним сучасним провайдером надання медичної допомоги є комунальні заклади охорони здоров'я (далі – КЗОЗ) та їхні правонаступники КНП, на які припадає переважна більшість як первинної медичної допомоги, так і спеціалізованих медичних послуг [51].

У контексті трансформаційних процесів, що відбуваються у сфері охорони здоров'я України КНП є ключовими суб'єктами надання медичних послуг на місцевому рівні. Відповідно до Закону України «Про особливості провадження діяльності ЗОЗ» [35], КНП – це підприємства, створені органами місцевого самоврядування або державними органами для провадження некомерційної діяльності у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення доступності та якості медичних послуг для населення.

КНП в системі охорони здоров'я були створені в результаті реорганізації комунальних ЗОЗ, що дозволило їм отримати ширшу фінансову і адміністративну автономію. Відповідно до законодавства, зокрема Закону України «Про особливості провадження діяльності ЗОЗ» [35], такі підприємства мають право самостійно укладати договори з НСЗУ, залучати інвестиції, отримувати додаткові джерела фінансування, здійснювати кадрову політику. Таким чином, КНП стали не лише виконавцями державного замовлення на медичні послуги [8], а й суб'єктами господарської діяльності у публічній сфері.

З утвердженням концепції «гроші йдуть за пацієнтом» та запровадженням контрактування з НСЗУ [39], КНП отримали автономію у прийнятті фінансових і кадрових рішень. Водночас, автономія супроводжується необхідністю ефективного/результативного управління, стратегічного планування, пошуку додаткових джерел фінансування, модернізації інфраструктури та залучення кваліфікованого персоналу. Таким чином, розвиток КНП потребує активного публічного управління як на місцевому, так і на національному рівнях.

Процес перетворення КЗОЗ на КНП вирішальною мірою пов'язаний не лише із розвитком процесу децентралізації [33], а з необхідністю виконання

державних (конституційних) фінансових гарантії медичного обслуговування населення [38].

Такий зв'язок можна пояснити низкою чинників:

– у ході децентралізації в системі форм власності все більшої ваги набуває комунальній формі власності в усіх сферах життєдіяльності ОТГ;

– заклади охорони здоров'я, які і раніше фінансувалися з бюджетів регіонального рівня отримують новий статус – КНП;

– статус КНП значною мірою відповідає соціальному запиту суспільства на отримання якісних медичних послуг;

– функціонування КНП і тісна співпраця з керівниками ОТГ надає більші можливості в питаннях залучення ресурсів надає більше можливостей для подальшого зростання [33];

– КНП може наймати за договорами підряду лікарів, які є фізичними особами підприємцями (далі – ФОП);

– КНП має право впроваджувати принципи аутсорсингу;

– КНП має право поєднуватися до існуючих чи створювати нові об'єднання з іншими підприємствами, між якими здійснюється перерозподіл функцій, ресурсів, повноважень і відповідальності [2; 40];

– зміна фінансових механізмів господарювання;

– КНП отримує свободу дій у встановленні форми та методів оплати праці кадрам, механізмів мотивації і стимулювання в рамках чинного законодавства;

– керівник КНП отримує широкі владні повноваження, зокрема свободу у використанні наявних ресурсів, реалізації кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури КНП [2];

– автономія дозволяє, у межах чинного законодавств, самостійно встановлювати розмір і форми оплати праці персоналу КНП;

– фінансування КНП здійснюється на основі власного фінансового плану, що надає більше гнучкості та самостійності у прийнятті управлінських рішень.

На теренах певної об'єднаної територіальної громади (далі – ОТГ) розміщені одне/декілька КНП, кожне з яких є підпорядкованими, підзвітними та підконтрольними відповідним органам місцевого самоврядування [40].

КНП, як і будь-яка інша організація, провадить свою діяльність на підставі статуту (положення), який затверджує його власник (уповноважений орган місцевого самоврядування) [46] і є складною системою з багатьма цілями та завданнями [34]. Мета не одноразова, а постійно тривала в часі. Проте, якщо метою КЗОЗ було виключно відтворення здоров'я пацієнтів (тобто домінувала соціальна функція), то для КНП – економічна ефективність його діяльності (пріоритет економічної функції, а соціальна стає, нібито, другорядною). Специфіка системи охорони здоров'я полягає у тому, що ці дві мети не те, щоб суперечили одна одній, а швидше не сприяють одночасному їх досягненню. Так, відтворення здоров'я населення вимагає повсякчас більших фінансових затрат, а забезпечення зростання економічної ефективності дуже проблематичне за рахунок хворих людей, дуже обмеженого державного забезпечення та вишукування спонсорів [20].

Важливо, що КНП отримали можливість надання платних медичних послуг поза межами державної програми медичного страхування [51].

Публічне управління розвитком КНП розглядається як сукупність управлінських дій, заходів, інституційної та нормативної підтримки з боку уповноважених органів державного управління і органів місцевого самоврядування, спрямованих на забезпечення стабільного функціонування та довгострокового зростання КНП.

Становлення системи охорони здоров'я України в умовах медичної реформи супроводжується суттєвими змінами у підходах до організації медичної допомоги та управління нею на місцевому рівні. У цьому контексті особливого значення набуває діяльність КНП – організаційно-правової форми, що поєднує суспільну функцію і елементи господарської автономії. КНП стали ключовими розвитку цієї сфери на місцях, тому публічне управління їх

розвитком є важливим компонентом загального стратегічного курсу держави на забезпечення доступу до якісних медичних послуг.

Розвиток КНП як об'єкта публічного управління передбачає забезпечення ефективного функціонування таких підприємств, підвищення їх фінансової стабільності, кадрового потенціалу, матеріально-технічної бази, доступності послуг та рівня задоволеності пацієнтів. До основних напрямів розвитку КНП можна віднести:

- впровадження стратегічного планування діяльності закладів охорони здоров'я;
- розвиток кадрового потенціалу через професійне навчання та мотиваційні механізми;
- оновлення інфраструктури та обладнання;
- впровадження цифрових технологій (електронна медична картка, телемедицина тощо);
- розширення спектра послуг відповідно до потреб громади.

Публічне управління розвитком КНП реалізується на кількох рівнях:

- державному – через законодавче регулювання, визначення стратегічних орієнтирів, діяльність НСЗУ, формування загальнонаціональних програм охорони здоров'я;
- регіональному – через участь обласних державних адміністрацій, департаментів охорони здоров'я у розробці та координації регіональних програм;
- місцевому – через рішення органів місцевого самоврядування, засновників КНП, щодо фінансування, реорганізації, підтримки ЗОЗ [42].

Особливу роль у публічному управлінні розвитком КНП відіграють органи місцевого самоврядування [42] — саме вони виступають засновниками підприємств, ухвалюють фінансові рішення щодо утримання, співфінансування та розвитку медичних установ, здійснюють кадрове управління (призначення керівників КНП), сприяють соціальному партнерству на місцевому рівні.

Однак процес розвитку КНП у багатьох громадах залишається нерівномірним. Причини криються в обмежених бюджетних можливостях, кадровому дефіциті, недостатньо розвиненій системі менеджменту, слабкому стратегічному баченні керівництва. Особливої уваги потребує сільська місцевість, де КНП часто функціонують в умовах матеріального виснаження та соціальної вразливості населення.

Таким чином, КНП становлять важливий інститут реалізації державної соціальної політики та забезпечення медичних потреб громади. Розвиток таких підприємств має розглядатися у рамках системного публічного управління, яке поєднує стратегічне бачення, ресурсне забезпечення, інституційну підтримку та залучення громадськості.

## **1.2 Механізми публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств**

Передусім зазначимо, що механізми публічного управління розвитком КНП – сукупність доступних способів, методів і засобів управління, використовуючи які органи публічного управління створюють сприятливі умови для збалансованого розвитку КНП та їхнього персоналу як запоруки доступу населення до якісних медичних послуг і збереження здоров'я нації [30]; система цілеспрямованих взаємодій між суб'єктом управління (органи публічної влади, наділені повноваженнями щодо прийняття управлінських рішень щодо організації діяльності й формування перспективних напрямів розвитку КНП) та об'єктом публічного управління шляхом реалізації функцій управління на основі застосування комплексу підходів, методів, засобів й інструментів дослідження і трансформації взаємопов'язаних процесів забезпечення ефективного функціонування КНП з урахуванням дії численних факторів зовнішнього і внутрішнього середовища [48] – має системоутворююче

значення як ланка, що поєднує елементи й обумовлює функціонування господарського механізму підприємства в цілому.

Успішний розвиток КНП значною мірою залежить від ефективного застосування публічних управлінських механізмів. Ці механізми становлять систему інструментів, методів, важелів і процедур, які використовуються органами державної влади та місцевого самоврядування з метою забезпечення цілеспрямованого функціонування та розвитку КНП. Розуміння, диференціація та належне застосування таких механізмів є критичними для реалізації завдань медичної реформи та підвищення якості медичних послуг.

Основні механізми публічного управління розвитком КНП.

#### 1) Нормативно-правовий механізм.

Цей механізм формує правові рамки функціонування КНП [39; 35]. Він включає закони, підзаконні акти, локальні нормативні документи, що визначають статус, повноваження, структуру, порядок фінансування, звітності та контролю за діяльністю підприємств. Завдяки нормативному механізму закріплюється:

- автономія КНП;
- право укладати договори з НСЗУ;
- умови провадження господарської діяльності;
- ліцензійні вимоги до ЗОЗ.

Правова стабільність і передбачуваність забезпечують довіру працівників і пацієнтів до системи охорони здоров'я та стимулюють розвиток інституційної спроможності закладів.

#### 2) Економічний механізм.

Цей механізм охоплює джерела фінансування, систему оплати праці, інвестиційну політику, економічні стимули та форми фінансової підтримки з боку держави і громади. Основними джерелами фінансування КНП виступають:

- кошти за договорами з НСЗУ;
- місцеві бюджети (утримання, енергоносії, капітальні видатки);

- благодійні внески;
- гранти;
- програми міжнародної технічної допомоги [32];
- власні надходження від надання платних послуг.

Застосування фінансово-економічного механізму має бути орієнтованим на ефективність використання ресурсів, прозорість витрат, формування економічної мотивації керівників і працівників. У цьому контексті особливого значення набуває механізм перехідного фінансування, який дозволяє підтримувати заклади у період адаптації до умов ринку.

### 3) Організаційно-адміністративний механізм.

Він включає управлінські інструменти, що спрямовані на забезпечення злагодженої діяльності КНП: регламентація структурної побудови, кадрової політики, функціонального навантаження, процедур прийняття рішень. В межах цього механізму органи місцевого самоврядування визначають:

- порядок призначення керівників КНП;
- вимоги до формування кадрового резерву;
- умови контрактної роботи;
- систему внутрішнього контролю.

Керівник КНП, у свою чергу, відповідає за розробку стратегічного плану розвитку підприємства, побудову внутрішньої структури, взаємодію з пацієнтами, впровадження стандартів якості.

### 4) Соціально-комунікаційний механізм.

Він передбачає налагодження ефективної комунікації між владою, медичними працівниками, громадою, пацієнтами, громадськими організаціями та ЗМІ. Цей механізм має на меті:

- підвищення рівня довіри до КНП;
- інформування населення про обсяги та якість медичних послуг;
- залучення громадськості до процесу прийняття управлінських рішень;
- розвиток пацієнт-орієнтованої моделі охорони здоров'я.

Інструментами реалізації цього механізму є громадські слухання, відкриті звіти керівників КНП, онлайн-комунікації, платформи зворотного зв'язку (електронна реєстрація скарг, оцінка якості обслуговування тощо).

#### 5) Інформаційно-аналітичний механізм.

Цей механізм забезпечує збір, обробку та аналіз інформації для прийняття обґрунтованих управлінських рішень [31; 32]. У сучасних умовах він пов'язаний із впровадженням цифрових технологій, автоматизації документообігу, електронної охорони здоров'я (eHealth). Основні напрями:

- ведення електронних медичних записів;
- контроль виконання умов договорів з НСЗУ;
- статистичний моніторинг показників діяльності КНП;
- прогнозування потреб населення в медичних послугах.

Аналітика дозволяє оцінити ефективність управлінських рішень, виявляти проблемні зони та коригувати стратегії розвитку КНП.

Важливо розуміти, що жоден із зазначених механізмів не діє ізольовано. Ефективне публічне управління розвитком КНП можливе лише за умови інтегрованого підходу, коли нормативно-правові, фінансові, адміністративні та соціальні важелі працюють у єдиній системі.

Особливого значення набуває планово-прогнозний механізм, який поєднує функції стратегічного планування, програмно-цільового управління, оцінки результативності та формування показників ефективності.

Наприклад, стратегія розвитку КНП може включати:

- аналіз сильних і слабких сторін підприємства;
- оцінку демографічних викликів;
- прогноз потреб у медичних послугах;
- план модернізації матеріально-технічної бази;
- заходи з підвищення мотивації персоналу.

Забезпечення ефективного публічного управління розвитком **КНП** неможливе без чітко сформованого інституціонального та інституційного середовища. Ці два взаємопов'язані елементи створюють основу для

формування політик, прийняття управлінських рішень і реалізації стратегічних цілей у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні.

Під інституціональним забезпеченням розуміється система органів влади, управлінських структур, установ і підприємств, що беруть участь у формуванні, реалізації та контролі політики публічного управління розвитком КНП. Ключовими інституціями в цьому контексті є [2; 18;39]:

1) Національний (центральний) рівень – забезпечує опосередкований вплив на розвиток КНП через прямий вплив на розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я та суміжних до неї галузей/сфер національної економіки:

– Верховна Рада України – визначає законодавчу базу функціонування КНП, зокрема затверджує закони щодо медичної реформи, фінансування охорони здоров'я, адміністративно-територіального устрою, розвитку суміжних галузей/сфер національної економіки;

– Президент України – гарантує доступ населення до якісної медичної допомоги, а також створення сприятливих умов для розвитку сфери охорони здоров'я;

– Кабінет Міністрів України – забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, затверджує державні програми, стандарти медичної допомоги, формує політику фінансування;

2) Національний (галузевий) рівень – забезпечує:

– Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) — головний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, який формує політику галузі, здійснює методичне керівництво, координує роботу підвідомчих органів;

– Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) — є основною фінансовою інституцією в системі охорони здоров'я, укладає договори з КНП, здійснює оплату за медичні послуги, веде облік та контроль їх якості;

3) Регіональний рівень.

– Департамент охорони здоров'я (у нашому випадку – Івано-Франківської обласної державної адміністрації (далі – Департамент ОЗ ОДА);

– Обласна рада;

– Регіональні представництва НСЗУ.

4) Територіальний рівень.

– Управління охорони здоров'я Івано-Франківської міської ради (далі – Управління ОЗ МР) –

– Управління/відділи охорони здоров'я районної державної адміністрації (далі – У/В ОЗ РДА).

– міські/селищна /сільська рада.

Органи місцевого самоврядування виступають засновниками КНП, здійснюють стратегічне планування розвитку медичної інфраструктури, приймають рішення щодо реорганізації, фінансування та кадрового забезпечення.

Також слід враховувати роль регіональних департаментів охорони здоров'я, які забезпечують координацію діяльності ЗОЗ у межах області або територіальної громади, реалізують державну політику на відповідному рівні.

Інституційне забезпечення включає сукупність норм, правил, стандартів, процедур та механізмів, що регулюють діяльність суб'єктів публічного управління у сфері розвитку КНП. Йдеться не лише про правове регулювання, а й про формальні та неформальні механізми взаємодії між владою, медичними установами, населенням, бізнесом, громадськими організаціями.

Основу інституційного середовища становлять такі документи:

– Конституція України, що гарантує право громадян на медичну допомогу;

– Бюджетний кодекс України, що встановлює принципи формування та використання коштів на медичні потреби;

– Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначає механізми фінансування медичних послуг;

– Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні», що регламентує повноваження органів влади у сфері охорони здоров'я;

– Постанови КМУ, накази МОЗ, які деталізують вимоги до діяльності КНП, їх структури, ліцензування, стандартів надання медичної допомоги тощо.

До інституційного забезпечення також належать [31; 41]:

- механізми громадського контролю;
- електронна система охорони здоров'я (eHealth);
- підходи до стратегічного планування (місцеві програми здоров'я, плани розвитку КНП);
- кадрова політика (атестація, безперервний професійний розвиток працівників).

Важливою частиною інституційного забезпечення є розподіл повноважень між різними рівнями влади. Згідно з принципами децентралізації, основна відповідальність за організацію надання первинної та частково вторинної медичної допомоги покладена на громади, які повинні створювати умови для ефективної роботи КНП – включно з матеріально-технічним забезпеченням, розвитком інфраструктури та кадрової підтримки.

Також інституційне середовище має адаптуватися до викликів часу – зокрема, інтегрувати цифрові інструменти, телемедицину, інноваційні форми організації роботи. Гнучкість інституційної системи є критично важливою умовою ефективного публічного управління в динамічному середовищі.

Отож, інституціональне та інституційне забезпечення виступають основою функціонування публічного управління розвитком **КНП**. Їх ефективна взаємодія створює умови для стабільної, якісної та доступної медичної допомоги на місцевому рівні. Удосконалення нормативної бази, посилення інституційної спроможності органів влади та медичних установ, розвиток партнерств і електронного урядування є ключовими векторами підвищення ефективності системи охорони здоров'я в Україні.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ

#### 2.2 Особливості функціонування та розвиток КНП «Вигодська МБЛ» під впливом медичної реформи

КНП «Вигодська МБЛ» є комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної спеціалізованої, первинної медичної допомоги та реабілітаційної медичної допомоги населенню. КНП «Вигодська МБЛ» є одним із ключових ЗОЗ місцевого рівня, що забезпечує надання медичної допомоги населенню Вигодської селищної територіальної громади, а також жителям сусідніх ОТГ. Місцезнаходження Підприємства: 77543, вул. Січових Стрільців, 2, село Старий Мізунь, Калуський район, Івано-Франківської області (рис. 2.1).



Рис. 2.1 – Географічне розташування КНП «Вигодська МБЛ»

Вигодська селищна територіальна громада утворена шляхом об'єднання 17 населених пунктів. Загальна чисельність населення Вигодської ОТГ становить приблизно 18982 осіб.

КНП «Вигодська МБЛ» було реорганізовано з КЗОЗ у 2019 році, відповідно до законодавства про автономізацію медичних установ. З початком медичної реформи в Україні, КНП «Вигодська МБЛ» пройшов низку структурних, організаційних та фінансових трансформацій, які суттєво вплинули на його діяльність, управління ресурсами та якість надання послуг.

При цьому проведено значний обсяг робіт:

- отримано оновлені необхідні ліцензії (зокрема на медичну практику);
- відпрацьовано положення про відділення та посадові інструкції працівників;
- оновлено правила внутрішнього трудового розпорядку та основні регламентуючі накази;
- нормативні документи приведено до вимог чинного законодавства.

У своїй діяльності КНП «Вигодська МБЛ» керується Конституцією України, законами України, постановами Кабінету Міністрів України, указами Президента України, наказами МОЗ, розпорядженнями голови Івано-Франківської обласної державної адміністрації, наказами Департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації, рішеннями Вигодської селищної ради, іншими нормативно-правовими актами.

Відповідно до вимог чинного законодавства України та стандартів ЄС, КНП «Вигодська МБЛ» застосовує методи зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги. Тут затверджено «Політика у сфері якості» та встановлено персональну відповідальність всіх посадових осіб за підтримку високої якості наданих медичних послуг, розроблений порядок контролю якості медичної допомоги. Для стандартизації надання медичної допомоги розроблено й впроваджено клінічні маршрути пацієнтів і протоколи надання медичної допомоги з дотриманням міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Вказані правові акти спрямовані на забезпечення одержання пацієнтами медичної допомоги належної якості та можливості її оцінки.

У 2019 р. отримано нову безстрокову ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та ліцензію на придбання, зберігання, перевезення, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Також КНП «Вигодська МБЛ» має ліцензію Державної інспекції ядерного регулювання України на використання джерел іонізуючого випромінення.

КНП «Вигодська МБЛ» у 2023 році має підтверджену першу акредитаційну категорію. Проходження акредитації є невід'ємною складовою реагування на адміністративні методи публічного управління у сфері охорони здоров'я.

КНП «Вигодська МБЛ» має таку структуру:

- апарат управління;
- інший адміністративно-управлінський персонал;
- інформаційно-аналітичний кабінет;
- консультативно-діагностичне відділення: загально-поліклінічний персонал; клініко-діагностична лабораторія; кабінет сімейного лікаря; фізіотерапевтичний кабінет; кабінет денного стаціонару – 4 ліжка; кабінет УЗД; кабінети рентгенодіагностики;
- терапевтичне відділення – 35 ліжок;
- відділення реабілітації захворювань нервової системи та опорно-рухового апарату – 20 ліжок;
- господарсько-обслуговуючий персонал;
- централізована стерилізаційна;
- харчоблок;
- зуботехнічна лабораторія.

Про результати діяльності КНП «Вигодська МБЛ» доволі наочно відображають табл. 2.1–2.3.

За 2024 рік фізіотерапевтична служба КНП «Вигодська МБЛ» провела 3195 процедур.

Таблиця 2.1 – Основні показники діяльності КНП «Вигодська МБЛ» за 2024 рік

Показники	Вид допомоги				
	Стационарна			Реабілітаційна допомога	Всього
	Терапевтичні ліжка	Паліативні ліжка	Неврологічні ліжка		
Проліковано хворих	1093	97	443	26	1659
Фактичне виконання ліжко-днів, %	97,9	73,4	140,6	63,3	93,8
Середній термін перебування	9,1	12,4	10,8	11,4	11

Таблиця 2.2 – Діяльність консультативно-діагностичного відділення КНП «Вигодська МБЛ» за 2024 рік

Кількість відвідувань лікарів консультативно-діагностичного відділення	Кількість відвідувань лікарями консультативно-діагностичного відділення пацієнтів вдома
24930	117

Таблиця 2.3 – Показники діяльності параклінічних служб КНП «Вигодська МБЛ» за 2024 рік

Обстеження	Рентген- обстеження	УЗД- обстеження	ЕК-обстеження	Проведено аналізів
Кількість	4009	5450	882	199878

КНП «Вигодська МБЛ» багато уваги приділяє зміцненню її матеріально-технічної бази, утриманню у належному стані корпусів і території, виконанню капітальних і поточних ремонтів відділень, створенню комфортних умов перебування пацієнтів і роботи персоналу лікарні. Так, зокрема, проведено поточні ремонти з заміни металопластикових конструкцій та облаштування пункту обігріву, проведено капітальний ремонт із встановлення сонячних панелей, придбано кисневий концентратор, апарат для електростимуляції та ультразвукової терапії, електрокардіографі, монітори пацієнта, ЕЕГ, крісло гінекологічне, напівавтоматичний біохімічний аналізатор, насоси інфузійні, дерматоскоп, прилади електротерапії, дефібрилятор, ізотермічні сумки,

гігрометри, імунофлуорисцентний аналізатор та багато іншого. Здійснюються поточні ремонти у відділеннях та оновлюється матеріально-технічна база.

Таблиця 2.4 – Динаміка доходів і витрат КНП «Вигодська МБЛ»

	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Надходження від НСЗУ, тис.грн.	22915,1	21552,5	35641,5
Надходження з обласного бюджету, тис.грн.	-	196,6	-
Надходження з місцевого бюджету на енегроносії, тис.грн.	1421,8	1343,3	1414,7
Надходження з місцевого бюджету на покращення матеріально-технічної бази, тис.грн.	319,2	440,3	-
Надходження від власної діяльності, тис.грн.	447,8	686,7	465,8
Надходження благодійної допомоги, тис.грн.	1570,8	1102,6	1180,9
Надходження від орендарів, тис.грн.	286,1	559,3	962,4
Надходження від лікарняних від ПФУ, тис.грн.	401,6	330,6	395,0
Надходжень всього, тис.грн.	27362,4	26211,9	40060,3
Витрати на ЗП у % від надходжень	72,2	79,3	54,9
Середня ЗП по підприємству штатних працівників	13531,47	16964,65	19207,07
Середня ЗП у лікарів штатних працівників	19874,11	22038,28	24352,07
Сплачено податків, тис.грн. всього:	6734,4	6990,7	7453,4
зокрема ЄСВ	3419,7	3627,2	3847,0
ПДФО	2970,3	3103,9	3269,9
ВЗ	344,4	259,6	336,5
Вартість робіт та придбано для покращення матеріально-технічної бази	2119,9	1486,3	5967,0

Завдяки цьому (табл.2.4) КНП «Вигодська МБЛ» отримав стабільне фінансування. Ці кошти, зокрема, дозволили:

- підвищити заробітну плату медичним працівникам;
- провести косметичні ремонти;
- закупити мінімальний набір медичного обладнання та засобів індивідуального захисту;
- оновити комп'ютерну техніку;
- оновити матеріально-технічну базу.

До медичної реформи КНП «Вигодська МБЛ» фінансувався за рахунок субвенцій з державного бюджету. Після переходу на договірні відносини з НСЗУ фінансова модель змінилася кардинально.

З 2020 року КНП «Вигодська МБЛ» укладає договори з НСЗУ, зокрема законтрактовано за наступними пакетами:

- 9 – пакет медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах»;
- 4 – пакет медичних послуг «Стаціонарна допомога дорослим і дітям без проведення хірургічних операцій»;
- 23 – пакет медичних послуг «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям»;
- 24 – пакет медичних послуг «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям»;
- 54 – пакет медичних послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах»;
- 34 – пакет медичних послуг «Стоматологічна допомога дорослим і дітям»;
- 1 – пакет медичних послуг «Первинна медична допомога»;
- 73.1 – пакет «Розширені послуги з первинної медичної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України».

КНП «Вигодська МБЛ» (табл. 2.5) налічує 109,25 посад працівників, укомплектованість – 97 %. Хоча на період війни атестацію медичних працівників тимчасово припинено, але лікарі та сестри медичні продовжують підвищувати свою кваліфікацію, у т.ч. за допомогою онлайн-сервісів. Щорічно затверджуються плани підвищення кваліфікації медичного персоналу, виконання яких строго контролюється. У відділеннях лікарні проводиться навчання персоналу з різних питань медицини у вигляді семінарів, конференцій, тренінгів, майстер-класів тощо.

Після переходу до статусу КНП керівництво ЗОЗ отримало автономію у прийнятті рішень щодо кадрової політики, розподілу коштів, планування розвитку. Це дозволило:

- оптимізувати штатний розпис;

- розпочати розробку внутрішньої стратегії розвитку ЗОЗ;
- самостійно обирати постачальників медичних товарів;
- формувати фінансові плани на рік.

Таблиця 2.5 – Укомплектованість персоналом КНП «Вигодська МБЛ»

2024 рік	Кількість посад	Фізичних осіб	Укомплектованість	Атестовані
Всього	109,25	117	97 %	96%

Однак обмежені ресурси, як матеріальні, так і кадрові, а також недостатній досвід управління в умовах автономії, стримували повноцінну реалізацію управлінського потенціалу.

Крім того, адміністрація лікарні зіштовхнулася з такими викликами:

- відсутність чіткої стратегії цифрової трансформації;
- обмежені можливості залучення зовнішніх інвестицій чи грантів.

У КНП «Вигодська МБЛ», як і в багатьох сучасних медичних закладах, реалізується перехід до цифрової моделі обліку:

- заклад підключений до eHealth;
- впроваджена медична інформаційна система Health 24;
- лікарі використовують електронні декларації, рецепти та направлення;
- персонал проходить підвищення кваліфікації щодо цифрових інструментів;
- керівництво використовує електронну звітність для аналізу діяльності та взаємодії з НСЗУ [31; 32; 39].

Попри те, що згідно із законодавством орган місцевого самоврядування є засновником та власником майна КНП, реальна участь Вигодської селищної ради у розвитку закладу залишається обмеженою. На практиці співпраця між КНП «Вигодська МБЛ» та селищною радою зводиться здебільшого до фінансування енергоносіїв (теплопостачання, електроенергії), що є мінімально необхідним для забезпечення базового функціонування КНП.

Інші напрями підтримки, такі як:

- оновлення матеріально-технічної бази,

- капітальні ремонти,
- співфінансування медичних програм або придбання обладнання,
- доплати персоналу тощо – нині відсутні.

У такій ситуації КНП вимушене самостійно забезпечувати стабільну роботу та розвиток, зокрема:

- укласти ефективні договори з НСЗУ [31; 32; 39];
- оптимізувати структуру надання послуг;
- залучати позабюджетні кошти (гранти, благодійна допомога);
- підвищувати ефективність управлінських та фінансових процесів.

Незважаючи на обмежену фінансову підтримку з боку органу місцевого самоврядування, заклад демонструє високий рівень самостійності, адаптивності та відповідальності, успішно виконуючи свої зобов'язання перед пацієнтами.

Отож КНП «Вигодська МБЛ» у процесі реформування продемонструвало гнучкість і здатність до адаптації в умовах нової моделі охорони здоров'я. Разом з тим, розвиток підприємства стримується низкою викликів: обмеженим фінансуванням, кадровим дефіцитом. Необхідне посилення партнерства з місцевою владою, розвиток управлінської спроможності та залучення додаткових ресурсів.

## **2.2 Вплив медичної реформи на розвиток комунальних некомерційних підприємств**

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 медичних 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 параметрів 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 [52].

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 КНП; 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 ОТГ; 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 КНП 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 КНП відповідних ОТГ», «встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків КНП відповідних ОТГ». Ці два пункти мають більшою мірою формальний «бюрократичний» характер і на пряму не впливають на ефективність діяльності ЗОЗ [33].

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 [28]. 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 [29].

Медична реформа в Україні, офіційно розпочата у 2017 році з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», докорінно змінила підходи до організації, фінансування та управління ЗОЗ. Одним із ключових інструментів реалізації реформи стала трансформація бюджетних КЗОЗ у КНП, що дозволило їм працювати за новими принципами – автономно, прозоро, ефективно, з орієнтацією на пацієнта [4; 6].

На рівні району ці зміни мали як позитивні, так і проблемні наслідки, що суттєво вплинули на функціонування місцевих закладів первинної та вторинної медичної допомоги. Нижче розглянуто основні вектори цього впливу.

#### 1) Перехід до нової моделі фінансування.

Головним елементом фінансової реформи стало запровадження моделі «гроші йдуть за пацієнтом», що передбачає оплату медичних послуг через укладення договорів між КНП та НСЗУ. Для КНП це означало [31; 32; 39]:

- необхідність реєстрації в системі eHealth;
- укладення декларацій з пацієнтами (для первинної ланки);
- перехід від кошторисного до результативного фінансування;
- отримання коштів за конкретні пакети медичних послуг.

Це дало змогу більш успішним КНП збільшити свої доходи, що позитивно позначилось на їхній матеріальній базі, заробітній платі працівників та якості обслуговування. Водночас ті підприємства, які не змогли адаптуватись до нових умов — втратили частину фінансування, зіштовхнулись із нестачею коштів та вимушені були скорочувати персонал або оптимізувати структуру.

#### 2) Підвищення управлінської автономії.

Трансформація закладів у КНП дозволила їм отримати розширені повноваження щодо:

- використання отриманих коштів;
- кадрової політики;
- укладення договорів;
- господарської діяльності;
- самостійного формування штатного розпису.

Це дало змогу керівництву КНП району впроваджувати гнучкі управлінські підходи, самостійно визначати пріоритети розвитку, оптимізувати надання послуг. У деяких випадках керівники застосовували нові форми мотивації персоналу, інвестували в енергозбереження, модернізували обладнання тощо.

Однак автономія потребувала також нових управлінських компетенцій. Там, де їх не вистачало, управління залишалося формальним, а стратегічного розвитку КНП фактично не відбувалося.

### 3) Виклики для кадрового забезпечення.

Одним із найвідчутніших наслідків медичної реформи стала проблема кадрового дефіциту. Це пов'язано з кількома чинниками:

- міграція медичних працівників у приватний сектор або за кордон;
- нерівномірність заробітних плат (залежно від декларацій чи обсягів послуг);
- недостатність молодих фахівців у районах;
- недостатня мотивація лікарів залишатися в сільській місцевості.

Реформа мала потенціал посилити кадрову мотивацію через диференціацію оплати праці. Проте через несправедливу систему розподілу обсягів пацієнтів, у деяких громадах лікарі виявилися перевантаженими, а в інших – недозавантаженими.

### 4) Впровадження цифрових технологій.

Важливим нововведенням стало запровадження електронної системи охорони здоров'я, яка включає:

- електронні декларації;
- електронні рецепти (е-рецепт);
- електронні медичні картки;
- взаємодію з НСЗУ через електронний кабінет [31; 32; 39].

У багатьох КНП процес цифровізації часто зустрічав опір або технічні труднощі, зокрема:

- нестача обладнання (комп'ютерів, сканерів);
- слабе інтернет-покриття в селах;
- низький рівень комп'ютерної грамотності персоналу;
- відсутність технічної підтримки.

Проте там, де реформа цифровізації реалізовувалася системно, КНП демонстрували кращі управлінські результати та прозорість.

##### 5) Посилення ролі громад та органів місцевого самоврядування.

У зв'язку з децентралізацією та реформою вторинної ланки охорони здоров'я значно зросла відповідальність громад за стан місцевої медицини. Саме вони:

- є засновниками КНП;
- затверджують фінансові плани;
- приймають рішення про реорганізацію;
- визначають пріоритети підтримки медичних установ.

Деякі ОТГ активно включилися в модернізацію КНП, інвестували в ремонти, закупівлю обладнання, транспорт, навчання кадрів. В інших громадах ці питання залишилися поза увагою, що призвело до поглиблення проблем.

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 [20]. В Україні функції директора та медичного директора КНП чітко розмежовано: директор КНП займатиметься питаннями господарської діяльності, 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 [43].

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.

Медична реформа відкрила нові можливості для розвитку КНП, однак успіх її реалізації значною мірою залежав від локальних умов: професійності керівництва, спроможності громад, мотивації колективів і рівня управлінської культури. Ті КНП, які адаптувались до змін, отримали змогу покращити фінансову стабільність і якість медичних послуг. Решта – потребують подальшої підтримки з боку держави та місцевої влади.

Розвиток КНП відіграє ключову роль у забезпеченні доступності, якості та ефективності медичних послуг для населення. Водночас, попри значний потенціал і реформаторські зрушення, КНП в Україні, зокрема на районному та сільському рівнях, зіштовхуються з низкою системних проблем, які ускладнюють їх сталий розвиток та інтеграцію в сучасну модель публічного управління охороною здоров'я.

#### 1) Недостатність фінансових ресурсів.

Одна з основних проблем – хронічне недофінансування. Після переходу на контрактну модель із Національною службою здоров'я України (НСЗУ), значна частина фінансування КНП базується на кількості укладених декларацій або наданих послуг за програмою медичних гарантій. Такий підхід має низку недоліків [31; 32; 39]:

– у сільських громадах або малонаселених районах обсяг пацієнтів, а отже і доходи, залишаються невеликими;

– непокриття витрат на енергоносії, капітальні ремонти, закупівлю обладнання та інші потреби;

– обмеження у створенні нових медичних послуг через відсутність коштів на підготовку кадрів і закупівлю обладнання.

Окремим викликом є несвоєчасність перерахування коштів НСЗУ, що створює касові розриви та затримки з виплатою заробітної плати.

#### 2) Застаріла матеріально-технічна база.

Більшість КНП у громадах, особливо в районах, мають обладнання, яке фізично й морально застаріле. У багатьох випадках:

- рентгенапарати, УЗД-апарати, лабораторне обладнання експлуатуються понад 20 років;
- не дотримуються вимоги інфекційного контролю через зношення будівель і санітарно-технічних систем;
- відсутні елементарні засоби автоматизації процесів – сучасні медичні інформаційні системи, електронні картки пацієнтів, інтеграція з системою eHealth.

Це створює не лише ризики для безпеки пацієнтів, а й унеможлиблює отримання деяких пакетів медичних послуг через невідповідність технічним критеріям НСЗУ.

### 3) Кадровий голод і старіння персоналу.

Критичною проблемою є кадрове забезпечення:

- спостерігається відтік кваліфікованих фахівців до міст або за кордон;
- відсутні механізми мотивації молодих спеціалістів залишатися в сільській медицині;
- не оновлюються професійні навички медиків через обмежений доступ до сучасного навчання та підвищення кваліфікації.

У багатьох КНП середній вік лікаря перевищує 50 років. Така ситуація створює ризик унеможливлення надання медичних послуг у найближчому майбутньому.

### 4) Недостатня управлінська спроможність.

КНП – це нова організаційно-правова форма, яка вимагає сучасного менеджменту. Проте:

- керівники КНП часто не мають спеціальної підготовки у сфері публічного управління чи стратегічного планування;
- відсутні системи внутрішнього контролю, менеджменту якості, ризик-менеджменту;
- не ведеться системний облік результативності діяльності;

– не формуються середньострокові чи довгострокові стратегії розвитку КНП.

Як наслідок, розвиток КНП залишається ситуативним і залежним від особистої ініціативи керівника.

#### 5) Обмежена взаємодія з органами місцевого самоврядування.

Хоча КНП перебувають у власності територіальних громад, далеко не всі органи місцевої влади усвідомлюють свою відповідальність за підтримку розвитку медичних підприємств. Відсутність системного підходу проявляється в таких аспектах:

- непередбачуване і недостатнє фінансування з місцевого бюджету;
- формальне залучення КНП до стратегічних планів розвитку громади;
- недостатнє представництво медичних закладів у дорадчих органах при органах місцевого самоврядування.

Це ускладнює вирішення питань ресурсного забезпечення, капітального ремонту, логістики (наприклад, транспорт для пацієнтів) тощо.

#### б) Інституційна слабкість.

Існує загальна слабкість інституційного середовища для розвитку КНП. Зокрема:

- відсутні системні державні програми підтримки КНП у вигляді грантів, субсидій або пільгового кредитування;
- нормативна база часто суперечлива або надмірно зарегульована;
- не розвинуті механізми державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я на локальному рівні.

Ці обмеження знижують інвестиційну привабливість КНП і стримують інноваційні ініціативи.

#### 7) Низький рівень цифровізації.

Попри вимоги реформи, рівень цифрової трансформації КНП залишається низьким. Основні проблеми:

- фрагментарне використання медичних інформаційних систем;
- відсутність єдиної бази даних;

- слабке технічне оснащення;
- брак кваліфікованих ІТ-фахівців.

Це не тільки ускладнює взаємодію з НСЗУ та МОЗ, але й знижує якість управлінських рішень, унеможлиблює аналітику та прогнозування.

Попри формальну наявність механізмів публічного управління, в Україні існують значні проблеми їх реалізації. До основних викликів належать:

- недостатня координація між рівнями управління;
- слабка фінансова автономія КНП;
- брак професійних управлінських кадрів;
- низький рівень цифровізації;
- відсутність чітких показників результативності.

Тому першочерговими напрямками вдосконалення механізмів публічного управління розвитком КНП є:

- посилення автономії та відповідальності керівників КНП;
- розвиток інформаційних систем для моніторингу ефективності;
- активізація участі громади у контролі якості послуг;
- удосконалення підходів до фінансування;
- зміцнення інституційної спроможності органів публічного управління.

Отож, проблеми розвитку КНП носять системний характер і потребують комплексного підходу. Без оновлення матеріально-технічної бази, зміцнення кадрового потенціалу, вдосконалення механізмів управління та активної підтримки з боку держави й місцевої влади, забезпечення стійкого розвитку комунальних некомерційних підприємств є неможливим. Подолання виявлених бар'єрів потребує політичної волі, міжсекторальної взаємодії та застосування кращих практик публічного управління.

## РОЗДІЛ 3

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ

#### **3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку закладів охорони здоров'я**

Невід'ємною складовою ефективного функціонування ЗОЗ є впровадження методики сучасного управління на основі комплексного аналізу зарубіжного досвіду публічного управління розвитком сферою охорони здоров'я і його адаптації до специфіки національної системи охорони здоров'я. Проведений аналіз інформаційних джерел, представлених з цієї тематики, підтвердив актуальність заходів, спрямованих на підвищення ефективності управління як вітчизняними, так і зарубіжними ЗОЗ з метою підвищення якості медичних послуг для споживачів і результативності діяльності ЗОЗ. Основним завданням майже всіх систем охорони здоров'я на сучасному етапі залишається прагнення стримувати неухильно зростаючі витрати на медичне забезпечення за допомогою ефективного контролю над організаційними ресурсами охорони здоров'я за збереження високих стандартів надання медичних послуг. І хоча системи охорони здоров'я різних країн кардинально відрізняються одна від одної, під час їх детального розгляду відзначається наявність загальних характерних особливостей, а багато проблем зарубіжних медичних організацій пов'язані з проблемами, з якими стикаються організації вітчизняної системи охорони здоров'я [54].

Зарубіжний досвід управління ЗОЗ свідчить про ряд тенденцій і ефективних зарубіжних практик, що є найбільш актуальними для забезпечення фінансової стійкості та ефективності функціонування ЗОЗ період фінансово-економічної кризи. У наукових публікаціях з питань закордонних систем

охорони здоров'я велика увага приділяється державній політиці, що стосується організації та фінансування надання медичної допомоги населенню, а також побудови актуальних моделей оптимізації витрат державних і приватних бізнес-структур на медичне обслуговування громадян. На корпоративному й державному рівнях наголошується на необхідності формування реєстра для отримання достовірних даних про захворювання, виявлення закономірностей їх розвитку, розроблення управлінських рішень щодо профілактики і реабілітації. Нині в зарубіжних системах охорони здоров'я з'явилася нова парадигма ціннісно-орієнтованої системи охорони здоров'я, яка фокусується на якості наданих медичних послуг за певного рівня витрат, на засадах якої були реалізовані проєкти щодо широкомасштабного скорочення витрат, забезпечення сталого розвитку й підвищення ефективності у сфері охорони здоров'я, основною метою яких було збереження колишнього обсягу і якості надання медичних послуг без залучення додаткових фінансових ресурсів. У зв'язку з цим важлива проблема була розглянута в звіті, представленому Бостонською консалтинговою групою: зростання рівня витрат на охорону здоров'я часто не пов'язано з результатами лікування пацієнтів, з огляду на це виникає необхідність прозорості даних про результати лікування, що дає змогу прискорити впровадження ефективних клінічних рекомендацій [61]. Основа – орієнтація на результат лікування за допомогою формування реєстрів результатів лікування і необхідних даних щодо захворюваності. Поліпшення результатів лікування і скорочення кількості відхилень призводять до зниження медичних витрат і підвищення якості наданих медичних послуг. У результаті використання реєстру даних, що стосуються інфаркту міокарда, в Швеції за один рік вдалося знизити смертність від цього захворювання на 30 %. Зниження витрат і підвищення якості відбулися не тільки на рівні окремої організації, але й на державному рівні. Були проведені зміни процесів, що стосуються технології лікування, роботи невідкладної допомоги, кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази організацій.

Аналіз досвіду європейських країн також продемонстрував успішність використання технологій розвитку ЗОЗ на основі довгострокового планування, які передбачають оптимізацію бізнес-процесів. Оптимізація передбачає якісну зміну діяльності за рахунок мінімізації та раціонального використання ресурсів, що поширюється на усі його підрозділи. З використанням зазначеної технології вдалося мінімізувати витрати часу та ресурси на розроблення інновацій, що стосуються медичних приладів і послуг нового покоління, і тим самим підвищити якість медичних послуг [54]. Велика увага в зарубіжному досвіді управління ЗОЗ відводиться «реінжинірингу бізнес-процесів». Ряд дослідників стверджує, що зазначена технологія дає змогу медичним закладам досягти значного успіху, принципово змінивши якість самої медичної послуги [37]. Аналіз використання «реінжинірингу бізнес-процесів» у ЗОЗ Великобританії свідчить про позитивні тенденції. Завдяки впровадженню зазначеної технології були досягнуті високі результати за такими показниками:

- зменшення тривалості перебування у стаціонарі;
- скорочення витрат часу на діагностику і лікування пацієнтів;
- підвищення рівня якості медичних послуг і обслуговування;
- зниження витрат операційної діяльності [54].

У результаті проведеного аналізу зарубіжного досвіду можна зробити такі висновки та сформулювати практичні рекомендації щодо його використання в умовах організацій охорони здоров'я України.

1) Створення ефективної системи управління неможливо без організації єдиного інформаційного простору на основі впровадження медичної інформаційно-аналітичної системи і моделювання бізнес-процесів основної медичної діяльності (досвід компанії «Asklepios» в Німеччині). Однак, попри те, що медичні інформаційні системи є широким спектром різних модифікованих варіантів, досить часто вони неповною мірою адаптовані до особливостей конкретного середовища застосування (сфера охорони здоров'я) і не завжди відповідають вимогам користувачів.

2) Використання електронної системи охорони здоров'я дає реальні можливості для чіткого структурування та формування реєстрів захворюваності пацієнтів і результатів лікування і профілактики, що приведе до зниження витрат з боку підприємств медичних послуг і підвищення якості медичного обслуговування за рахунок поліпшення рівня діагностики та лікування (досвід Сербії з впровадження електронної системи охорони здоров'я).

3) Відсутність досвіду роботи з аналогічними практиками та професійних знань в області управлінських технологій у більшості керівників ЗОЗ, недостатні ресурси (матеріальні, фінансові, людські), особливості менталітету співробітників і недостатньо високий рівень корпоративної культури медичних працівників є обмежуючими факторами застосування міжнародного досвіду. Ці проблеми загалом можна нівелювати, якщо проєкт починати з детального навчання керівників і персоналу організацій корпоративного менеджменту.

4) До числа основних факторів, що сприяють успіху ЗОЗ, входять побудова і розвиток послідовної концепції, створення необхідних умов, що стосуються підготовки кадрових ресурсів, плавний еволюційний перехід від однієї стадії оптимізації діяльності до іншої, ефективна взаємодія між керівництвом і персоналом, створення механізмів оцінки результатів, наділення відповідних осіб необхідними повноваженнями, активна участь медичних працівників та особливо старшого медичного персоналу. Для успішного досягнення стратегічних цілей ЗОЗ вищевказані фактори повинні бути інтегровані, забезпечуючи тим самим системний підхід [54].

Узагальнення закордонного досвіду дає змогу виділити найбільш перспективні шляхи реалізації патерналістської концепції. Один із таких шляхів – внутрішньо-організаційний патерналізм. Суть цих відносин полягає у створенні умов постійного міцного захисту прав та інтересів найманого працівника у сфері праці, контролі над реалізацією розроблених разом з організацією соціальних завдань і планів та наданні всілякої допомоги в їх здійсненні. Усе частіше організації намагаються не лише декларувати, а й реалізовувати базові принципи соціальної відповідальності, зокрема щодо

економічної активності капіталу та участі в капіталі працівників. Нова місія організацій на практиці проявляється в різних формах: у турботі про надання найманому працівнику місця роботи, поліпшенні умов праці і побуту, пом'якшенні проблем наймання та звільнення, зростанні доходів, підвищенні кваліфікації і перепідготовці, врегулюванні конфліктів між різними соціальними групами найманого персоналу всередині організації.

Теоретичне дослідження партисипації дає змогу виділити кілька послідовних ступенів патерналізму.

Перший ступінь може бути пов'язаний із наданням визначених умов праці найманому працівникові, включаючи місце роботи, зміст, норми праці, можливість росту кваліфікації і т.д., забезпечуючи його інтереси і потреби у сфері зайнятості.

Другий ступінь зумовлений коректуванням умов праці на підставі потреб та інтересів самого працівника, що концентрується на специфічних проблемах праці і повсякденного життя. При цьому намагаються гармонізувати інтереси організації та найманого на роботу персоналу поза контрактними відносинами.

Третій ступінь патерналізму характеризується встановленням самим найманим працівником умов своєї праці, включаючи рівень заробітної плати, тривалість робочого дня, зайнятість протягом тижня і місяця, перелік обов'язків, а також системи пільг. Організація, як і раніше, забезпечує роботу, місце праці і т. д., однак частина умов визначається самим працівником.

Четвертому ступеню патерналізму властиві надання широкої соціальної підтримки працівникам, постійне розширення переліку турбот і відповідальності за найманий персонал, не обмежуючись сферою праці.

Нарешті, існує «нульова» ступінь патерналізму, за якого рівень заробітної плати й умови праці такі, що не існує ніяких претензій із боку найманого працівника і він не потребує підтримки й турботи організації.

Упровадження партисипативних програм і методів залучення працівників, які належно спроектовані й інтегровані з організаційними і управлінськими процесами, здатні призвести не лише до оптимізації процесів

прийняття управлінських рішень, а й забезпечити ефективніше їх виконання. Залучення й участь працівників до розроблення та ухвалення управлінських рішень мають такі характеристики:

- голос під час вирішення проблем;
- консультації, пошуки згоди;
- прийняття остаточного рішення на виконання;
- цілеспрямовані, систематизовані спроби виявити й використовувати індивідуальні та колективні знання й навички;
- спільне прийняття рішень;
- діюче делегування повноважень;
- спільне виявлення проблем і відповідних дій;
- можливість створити належні умови й установки;
- механізм для поліпшення співпраці працівників та адміністрації.

Використання переваг партисипативного управління також передбачає участь працівників в управлінні капіталом і розподілі прибутку організації.

Для підвищення ефективності управлінських рішень у медичних закладах використання переваг партисипативного управління також є доцільним, особливо з огляду на наростаючий вплив різноманітність чинників, що зумовлюють розвиток таких організацій у сучасних умовах. Особливість рішень у галузі є їх соціальна значимість. Тут першочерговим є не лише задоволення потреб клієнтів, а й питання етики, відповідального ставлення до життя і здоров'я клієнта, встановлення доцільності, обсягу й матеріального еквіваленту медичних послуг. Отже, управлінські рішення в медичних закладах мають структуру і особливості, типові й для інших організацій, що функціонують у ринкових умовах. Водночас першочерговим під час надання медичних послуг є принцип не нашкодити, а створити умови для збереження й поліпшення здоров'я клієнта [50].

Запропоновано запозичити для України досвід акредитації Чехії із заснуванням в Україні Єдиного комітету з акредитації із включенням до його складу не тільки представників державних органів управління сферою охорони

здоров'я, але й представників медичної громадськості – членів незалежних лікарняних асоціацій. Іншим напрямом удосконалення системи вітчизняної акредитації є децентралізація прийняття рішень за досвідом Португалії, де акредитаційні комісії створені на рівні адміністративно-територіальних одиниць [5]. В. Дудка у своєму дослідженні обґрунтовує формування цілісного механізму державного управління сферою охорони здоров'я на місцевому рівні через поєднання трьох основних інструментів: децентралізації управління охороною здоров'я на рівні місцевих органів влади, законодавчого закріплення самостійності в діяльності закладів і широкого залучення громадських організацій до розв'язання проблем охорони здоров'я через їх активну взаємодію з органами місцевого самоврядування [13]. О. Худошина у своїй роботі вважає за необхідне внести зміни до чинного законодавства України в частині залишення за медичними закладами акредитації без попереднього ліцензування закладів. Ліцензування слід запровадити тільки для професійної діяльності медичних працівників (лікарів) [53].

Основні характеристики акредитації медичних закладів за стандартами ISQua. ISQua або Міжнародне товариство якості у сфері охорони здоров'я (Дублін, Ірландія) – організація, що об'єднує незалежні організації з різних країн, які беруть участь в оцінці та акредитації клінічних аспектів діяльності закладів охорони здоров'я та медичних працівників. Крім того, ISQua є також самостійною незалежною системою акредитації, яку воно здійснює на підставі власних розроблених стандартів [56]. QHA Trent Accreditation, Велика Британія (далі – QHA Trent) є повністю незалежною клінічною схемою акредитації. Відповідність схем акредитації QHA підтверджена сертифікатом акредитації ISQua. QHA Trent є приватною незалежною компанією, яка об'єднує визнаних у Великобританії клініцистів та інших експертів, що працюють у різних секторах сфери охорони здоров'я. QHA Trent повністю незалежна від Національної служби охорони здоров'я (National Health Service). Основними принципами схеми акредитації QHA Trent є культура неупередженості, незалежність від будь-яких урядових та комерційних організацій. QHA Trent

сприяє підвищенню професіоналізму медичних працівників, ця схема акредитації спрямована в першу чергу на покращення благополуччя пацієнтів і медичних працівників. Традиційна методика QHA Trent базується на комплексних, заснованих на доказовій базі, інструментах, які ретельно розглядають загальну ситуацію в галузі управління та клінічного управління закладу, а також якість роботи клінічних служб закладу. Усі оцінки є неупередженими і практичними, а також забезпечуються системою попередніх обстежень та опитувань. Там, де можливо, QHA Trent вважає за краще слідувати розвитку, а не дидактичному підходу при проведенні акредитації, а також працювати поруч із постачальниками медичних послуг для досягнення найкращого рівня безпеки та якості не тільки для пацієнтів, а й для персоналу, керівництва та громадськості. Акредитація за схемою QHA Trent, як і переважна більшість інших загальновизнаних схем акредитацій, є добровільною. Стандарти QHA Trent розподілені за 3-ма основними групами: загальні, специфічні (клінічні напрями), додаткові. Загальні стандарти передбачають оцінку діяльності закладу у таких сферах: клінічне управління; операційна політика та процедури; управління послугами; догляд за хворими; засоби та обладнання; розвиток персоналу, освіта та навчання; оцінка якості; духовне благополуччя; етика, сумлінність, страхування, відшкодування збитків і право; конфіденційність. Одним з основних умов успішного проходження акредитації є створення в закладі дієвого органу клінічного управління, одним із основних завдань якого забезпечення процесу є реєстрації, ідентифікації та попередження ризиків для пацієнтів і медичного персоналу. Процедура акредитації може тривати декілька місяців і проходити до 20 послідовних стадій: ініціація, підписання меморандуму про співпрацю, проведення попереднього опитування та попереднього навчання медичного персоналу, забезпечення доступу персоналу до стандартів QHA Trent, підписання угоди про проходження акредитації, підготовка медичного персоналу, підготовка документів, проведення практичного огляду досягнутих стандартів (у будь-який час, спілкування з будь-яким з медичного персоналу, обов'язкові візити в

нічний час), підготовка попереднього звіту, розгляд попереднього звіту комісією і закладом, обговорення рекомендацій закладу, прийняття комісією рішення про результати проходження закладом акредитації. Акредитація QNA Trent є чинною 2 роки. Тому система міжнародних стандартів якості медичної допомоги передбачає в першу чергу зосередження уваги на потребах і безпеці пацієнта, а саме: на готовність закладу забезпечувати найвищий рівень якості медичної допомоги, спроможності знаходити та утримувати найбільш кваліфікований персонал, функціонувати у складних і непередбачуваних умовах, попереджувати ризики та миттєво на них реагувати [59]. Таким чином, з метою забезпечення підвищення ефективності та безпеки для пацієнтів медичної допомоги в медичних закладах, потребує змін існуюча система акредитації закладів. Головні напрями удосконалення системи акредитації медичних закладів полягають у передачі повноважень по проведенню акредитації від державних органів до неурядових професійних організацій за стандартами, що відповідають міжнародним схемам акредитації, і які спрямовані, передусім, на вивчення процесів надання медичної допомоги в закладі з визначенням рівня забезпечення потреб і безпеки пацієнтів [7].

У країнах з бюджетною моделлю більшість лікарень перебуває у державній власності. Однак ситуація змінюється. У Великобританії в останні роки з'явилися приватні лікарні, які працюють в системі NHS. В Італії та Іспанії, де переважають державні лікарні, ряд приватних некомерційних установ також активно бере участь в наданні медичної допомоги в рамках державної системи охорони здоров'я. В країнах зі страховою моделлю частка приватних некомерційних і комерційних лікарень значна й може становити 50 % а то й навіть досягати 100 %. Так, в Нідерландах практично всі лікарні приватні, але вони займаються наданням медичних послуг в рамках системи обов'язкового медичного страхування. В США на приватні некомерційні лікарні доводиться 70 % всього ліжкового фонду, на приватні комерційні та державні – по 15 %. Державні лікарні мають право обслуговувати приватних пацієнтів. Послуги лікарень незалежно від форми власності оплачуються

однаковим чином – методом плати за послугу або за день перебування на ліжку. Універсальний доступ до послуг охорони здоров'я в поєднанні з незалежністю та ініціативою приватних постачальників не тільки сприяє розвитку конкуренції та підвищенню якості послуг, але й дозволяє країнам з бюджетною та страховою моделями домагатися збалансованості витрат на охорону здоров'я й скорочувати управлінські витрати. Однак в умовах переважання якогось одного каналу фінансування нерідко виникає проблема зайвої бюрократизації, що в ряді країн (Канада, Великобританія) призводить до невиправдано великих черг на отримання медичних послуг й тим самим стимулює попит на приватне страхування [62].

Дедалі більшого поширення в світі отримує стратегія інституційних перетворень систем охорони здоров'я на основі використання різних форм власності. В зарубіжних країнах останнім часом чітко проглядається тенденція збільшення частки приватного сектора в наданні стаціонарної допомоги, який досить активно конкурує з державними лікарнями, надаючи якісні послуги та більш комфортні умови перебування. Використання різних форм власності сприяє впровадженню ринкових стимулів, підвищенню якості та ефективності управління ними. Причому характер державно-приватної взаємодії істотно різниться [36].

Нині за видами права власності на ЗОЗ та своїми особливостям управління вони поділяються на:

- ЗОЗ, що знаходяться у власності держави й керовані ним (Центральна та Східна Європа);
- автономні ЗОЗ державного сектора (Великобританія, Центральна і Східна Європа);
- комерційні ЗОЗ, що знаходяться у власності держави (Казахстан);
- державні некомерційні ЗОЗ;
- ЗОЗ, що знаходяться у власності благодійних груп (релігійних організацій, профспілок та ін.);
- акціонерні ЗОЗ (Грузія),

– приватні комерційні ЗОЗ (США, Франція, Португалія, Іспанія).

Виділяється також приватне управління ЗОЗ, що знаходяться в державній власності (Португалія), державне управління ЗОЗ, що знаходяться в приватній власності (Великобританія).

Стримуючим фактором розширення приватизації стаціонарних ЗОЗ стає ослаблення соціальної ролі охорони здоров'я особливо щодо найбільш вразливих груп населення. Приклади такого негативного досвіду є в Ізраїлі, Чехії, Угорщині, Нідерландах, США, Швеції та інших країнах [30].

Результатом виправлення становища, що склалося, стало введення в деяких країнах фінансових стимулів для ЗОЗ і пацієнтів, спрямованих на підвищення економічної ефективності діяльності установ. У ході реалізації цієї стратегії певна частина або всі кошти ЗОЗ передавалися в розпорядження структур первинної допомоги, і вони вирішували не тільки клінічні, але й бюджетні питання. Це наочно показують приклади діяльності фондів первинної допомоги в Англії, муніципальних рад охорони здоров'я та соціальних питань в Фінляндії, районних рад охорони здоров'я в Швеції. Введена в Англії практика оформлення «замовлень» на надання послуг сприяла передачі бюджету лікарям загальної практики. Метою такого нововведення стало зміщення акцентів зі стаціонарної допомоги пацієнту на первинну, а також поліпшення координації між рівнями [49].

Особливої уваги заслуговує досвід США. Процес горизонтальної інтеграції, що набув широкого поширення в США, проводився в кілька етапів (фаз). Спочатку зростання мультилікарняних мереж відбувалося головним чином на національному рівні на основі об'єднання регіональних і національних католицьких систем. Потім, з середини 1980-х рр. отримали розвиток порівняно невеликі місцеві лікарняні мережі. Їх формування здійснювалося в основному за рахунок приєднання районних лікарень до некомерційних систем шляхом передачі у володіння, в оренду або спонсорування батьківською холдинговою компанією. У цей же час формувалися вертикально інтегровані мережі, створювані ЗОЗ. Управління

таких організацій включало укладання контрактів, а також розробку й використання механізмів регулювання через систему стандартів надання допомоги. Якщо говорити в цілому про регіональну інтеграцію, то Американська асоціація лікарень (далі – ААЛ) та інші автори ідеї створення інтегрованих регіональних мереж впевнені, що практично всі ЗОЗ зацікавлені у входженні в регіональні мережі. Лише окремі спеціалізовані ЗОЗ, наприклад, дитячі, отримували б пацієнтів від декількох мереж відразу, формально залишаючись за рамками інтегрованих систем. ААЛ, закликаючи до формування регіональних медичних мереж, вказує на необхідність створення незалежного органу, який встановлював би нормативи подушного фінансування медичних мереж [58]. Досвід функціонування інтегрованих мереж в США, медичних трастів Великобританії розглядається експертами як спроба самоорганізації в системі охорони здоров'я. Разом з тим цей підхід вимагає виваженого ставлення, тому що вже практикою доведено, що великі мережі часто складні в управлінні і чим більше високо організована система, тим більше вона прагне до руйнування та вимагає підвищених витрат для забезпечення стабільності. Крім основних форм медичної інтеграції значне місце в наукових публікаціях приділяється структурам, що об'єднують страховиків і постачальників медичних послуг. Так, в США за пропозицією ААЛ, страховики стають партнерами медичним мереж. Страховики привносять в мережу цінні навички, особливо в управлінні ризиками, в забезпечення повторного страхування, аналіз й використання даних про витрати та результати. Працюючи разом, страховик й постачальник створюють систему паралельних стимулів, яка підігріває зацікавленість в наданні якісної і рентабельної допомоги. Для України проблема інтеграції установ зі страховими організаціями не є актуальною через обмеженість розвитку страхового бізнесу та фактичної відсутності конкуренції на ринку медичних послуг [60].

У сучасному глобалізованому світі розвиток систем охорони здоров'я є предметом постійної уваги з боку урядів, міжнародних організацій і експертних спільнот. Різні країни, з урахуванням власних економічних, соціокультурних і

політичних умов, напрацювали унікальний досвід модернізації ЗОЗ. Для України надзвичайно важливим є вивчення й адаптація кращих світових практик до національного контексту, особливо з урахуванням обмежених ресурсів, демографічних викликів та децентралізації влади [10].

Отож, наразі в світі накопичено значний позитивний досвід розвитку сфери охорони здоров'я, але його необхідно, передусім, адаптувати до соціально-економічних, демографічних, політичних й інших умов, притаманних сучасній Україні. При цьому також слід враховувати ймовірні зміни у цій сфері.

У країнах ЄС (зокрема, в Польщі, Чехії, Естонії, Словаччині), успішно функціонує модель комунальних медичних підприємств як важливої частини системи охорони здоров'я [22; 39]. Основними характеристиками таких моделей є:

- фінансова автономія закладів, яка супроводжується чіткою системою контролю та оцінки результативності;
- активна участь місцевих органів влади у фінансуванні, модернізації інфраструктури та кадровому забезпеченні;
- інтегровані системи надання послуг — поєднання первинної, вторинної та соціальної допомоги на базі одного закладу;
- електронне урядування в медицині, включаючи електронні рецепти, історії хвороби, єдину базу пацієнтів.

Особливо показовим є досвід Польщі, де реформування лікарень відбувалося через корпоратизацію та створення повноцінних медичних підприємств на комунальній основі [22]. Вони мають чітко визначену місію, фінансову відповідальність і стратегію розвитку.

#### Скандинавська модель

Скандинавські країни (Швеція, Норвегія, Данія) демонструють успішні приклади високого рівня доступності та якості медичних послуг [6], забезпечених за рахунок:

- державної або муніципальної власності закладів охорони здоров'я при збереженні повної автономії у прийнятті управлінських рішень;

- високого рівня цифровізації: електронні амбулаторні картки, онлайн-консультації, телемедицина;
- потужної системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів, що дозволяє уникати дефіциту лікарів у сільських територіях;
- акценту на профілактиці захворювань і роботі з громадами.

Ці країни активно впроваджують управління на основі результатів, що дозволяє не лише відстежувати ефективність закладу, а й формувати довіру громадськості до системи охорони здоров'я.

#### Велика Британія та NHS

Система National Health Service (NHS) у Великій Британії ґрунтується на принципі загального доступу до медичних послуг, що фінансуються з державного бюджету. Водночас багато лікарень функціонують як Foundation Trusts – автономні неприбуткові організації, які:

- укладають контракти з місцевими комісіонерами (структурами, які закупають послуги);
- мають повну відповідальність за використання бюджетних коштів;
- можуть залучати додаткове фінансування з різних джерел (гранти, благодійність, платні послуги) [22].

Це забезпечує гнучкість і можливість адаптації до потреб конкретної громади, при цьому дотримуючись загальнонаціональних стандартів якості.

#### США: модель партнерства та інновацій

У США переважає модель приватної або змішаної власності, проте існує багато кейсів співпраці між громадськими організаціями, муніципалітетами та неприбутковими лікарнями. Основні уроки для України [19]:

- залучення громад до процесів управління закладом – участь у наглядових радах, публічні обговорення;
- розробка деталізованих стратегій розвитку закладів охорони здоров'я, орієнтованих на результат;
- грантове фінансування інновацій через благодійні фонди та міжнародні організації;

– активне використання державно-приватного партнерства (далі – ДПП).

З урахуванням вітчизняної ситуації, адаптація світового досвіду повинна відбуватися вибірково та з урахуванням національного контексту [4]. Можна виділити кілька ключових аспектів:

1) Розширення автономії КНП у межах публічно-правового поля – надання права самостійно формувати політику розвитку, розпоряджатися фінансами, планувати капітальні інвестиції.

2) Запровадження механізмів стратегічного планування – кожен заклад має мати 3–5-річну стратегію розвитку, затверджену засновником.

3) Інституційне зміцнення – формування ефективних управлінських структур, спроможних реагувати на виклики зовнішнього середовища.

4) Цифровізація управлінських і медичних процесів – перехід до електронного документообігу, автоматизація обліку, моніторинг показників ефективності.

5) Професійний розвиток управлінського персоналу – навчання в сфері управління охороною здоров'я, фінансів, комунікації, проєктного менеджменту.

б) Формування партнерств – активна співпраця з громадами, місцевими радами, благодійниками, приватним сектором.

Впровадження цих підходів дозволить трансформувати комунальні некомерційні підприємства з формальних структур надання послуг у сучасні, ефективні організації, які відповідають потребам пацієнтів і громади.

### **3.2 Удосконалення підходів до використання механізмів публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств**

Публічне управління розвитком **КНП** є складним і багатограним процесом, що вимагає системного підходу, ефективної взаємодії всіх зацікавлених сторін і постійного вдосконалення механізмів управління [4; 6]. В

умовах медичної реформи особливої актуальності набуває питання переосмислення та оптимізації існуючих підходів до публічного управління розвитком КНП з метою підвищення їх ефективності, фінансової стабільності, прозорості та орієнтації на потреби громади.

Механізми публічного управління охоплюють сукупність організаційно-правових, економічних, адміністративних, соціально-психологічних та інформаційно-аналітичних інструментів, за допомогою яких здійснюється вплив на розвиток КНП. Удосконалення цих механізмів передбачає як структурні зміни, так і зміни у процесах, пріоритетах та підходах до управління.

#### 1) Організаційно-правовий механізм.

Важливим напрямом удосконалення є перегляд та оптимізація організаційно-правового забезпечення діяльності КНП [4; 8]:

- уточнення правового статусу КНП, що дозволяє уникати неоднозначного тлумачення норм щодо фінансування, звітності, використання майна;

- посилення ролі засновника (органу місцевого самоврядування) у стратегічному управлінні без втручання у поточну діяльність;

- закріплення стандартів корпоративного управління – запровадження наглядових рад, кодексів етики, політик прозорості;

- регламентація механізмів підзвітності та оцінки діяльності КНП не лише з боку НСЗУ, а й громади.

#### 2) Економічний механізм.

Фінансова автономія КНП має підкріплюватися належними економічними інструментами, які забезпечують стабільність і можливість розвитку:

- диференціація джерел фінансування – не лише НСЗУ, а й місцеві бюджети, гранти, цільові програми, платні послуги [32];

- запровадження середньострокового фінансового планування – прогнозування доходів і витрат, формування резервів;

- формування прозорої системи фінансового контролю – обов’язкові аудити, внутрішній фінансовий моніторинг;

- механізми мотивації персоналу – надбавки, премії, участь у прибутках, що базуються на результативності діяльності [19].

### 3) Інформаційно-аналітичний механізм.

Ефективне публічне управління неможливе без якісної інформації та систематичного аналізу даних:

- розвиток системи медичної статистики та управлінської звітності, яка дозволяє обґрунтовано приймати рішення;

- використання електронного документообігу, медичних інформаційних систем (МІС), інтеграція з системами НСЗУ;

- публічне представлення ключових показників діяльності КНП – відкритість інформації про фінанси, обсяги послуг, якість надання допомоги [13; 12; 32];

- аналітика зворотного зв’язку від пацієнтів та персоналу — анкетування, скарги, онлайн-відгуки.

### 4) Адміністративно-управлінський механізм

Потребує переосмислення система управління самими КНП:

- професійний відбір та оцінка керівників КНП – відкриті конкурси, контракти з чіткими КРІ, оцінка результатів діяльності.

- планування і оцінка ефективності управлінських рішень – впровадження принципів менеджменту якості, управління проектами [47].

- підвищення кваліфікації управлінського персоналу – навчання з питань стратегічного управління, фінансів, HR, комунікацій.

- формування ефективної внутрішньої організаційної структури — департаменти розвитку, планування, PR, фінансового контролю.

### 5) Соціально-комунікаційний механізм.

Удосконалення передбачає активізацію взаємодії між КНП і громадськістю:

- розвиток партнерств з громадськими організаціями, фондами, бізнесом, що дозволяє залучати ресурси та впроваджувати соціальні проєкти [10].

- створення громадських рад при КНП, які можуть виступати як дорадчі органи з питань стратегії, якості послуг, соціальної відповідальності.

- зворотний зв'язок з пацієнтами – ефективна робота зі скаргами, проведення регулярних опитувань.

- прозорі інформаційні кампанії про діяльність КНП, досягнення, інновації.

#### б) Інноваційний механізм.

Необхідно також впроваджувати інноваційні підходи:

- телемедицина, особливо для сільських районів;

- автоматизовані системи контролю якості медичних послуг;

- використання big data у прогнозуванні захворюваності та плануванні ресурсів;

- платформи для онлайн-запису, оцінки лікарів, консультацій [31].

Удосконалення підходів до використання механізмів публічного управління розвитком КНП є запорукою створення ефективної, сучасної та соціально відповідальної мережі медичних закладів. Це потребує комплексних рішень на всіх рівнях – від законодавчого забезпечення до щоденного менеджменту в кожному закладі. Впровадження системного, результативного управління на засадах прозорості, підзвітності, участі громади й інновацій дозволить забезпечити сталість розвитку комунальної медицини як базового елемента охорони здоров'я в Україні.

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 [9]. 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 [16]. 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 і отримання максимальної користі для пацієнтів від сучасних досягнень медицини [9].

Для розвитку КНП в умовах реформування пріоритетними напрямками та засобами подальшого розвитку КНП у першу чергу є здійснення стратегічного та операційного менеджменту (впровадження нових підходів до управління КНП – стратегічне планування, розвиток персоналу, управління сервісом, зовнішні та внутрішні комунікації, пошук інвестицій) [14].

При усвідомленні адміністрацією та колективом КНП «Вигодська МБЛ» необхідності збереження позитивних тенденцій та, за можливості, створення сприятливих умов для подальшого його розвитку, актуалізує питання розробки відповідної стратегії – моделі певних рішень, дій, довгострокового плану (шляху) розвитку. При цьому слід дотримуватися наступних вимог:

- містити чіткі, досяжні та значущі цілі, а також прийнятну візію;
- бути гнучкими;
- підтримувати громадську ініціативу;
- забезпечити скоординоване керівництво;
- концентрувати основні зусилля у потрібний час і у потрібному місці;
- використовувати логічно-послідовну й захищену базу для ухвалення рішень;
- залучити та розподілити необхідні ресурси, використати мінімум ресурсів для досягнення максимального результату;
- формалізувати коректний порядок дій.

Етапи формування та реалізації стратегії:

1) Формування стратегії:

- визначення суспільних потреб та інтересів (у т.ч. шляхом проведення референдумів, виборів, переговорів, вивчення громадської думки...);

- узгодження інтересів і конкретизація (ранжування) пріоритетних (стратегічних, тактичних і оперативних) цілей стейкхолдерів, а також положень інших політик, програм, стратегій, планів...;

- узгодження кількості, видів і джерел залучення ресурсів (власних і сторонніх), необхідних для досягнення спільних цілей, з використанням сучасних методів дослідження середовища прийняття управлінських рішень (SWOT-аналіз; PEST-аналіз; побудова «дерева проблем» і «дерева цілей»...);

- використання сучасних методів (SMART-технологія; діаграма Ганна; AGILE; каскадна модель управління; «петля якості»; цикли Демінга...) для прийняття зважених управлінських рішень;

- оцінка нинішніх рішень стосовно майбутніх змін і перспективи підвищення ефективності/результативності використання наявного ресурсного потенціалу;

- формалізація та затвердження стратегії;

- підготовка плану дій («дорожньої карти») для реалізації стратегії;

- правове забезпечення реалізації стратегії;

- інституціональне забезпечення реалізації стратегії.

## 2) Реалізація стратегії:

- залучення, розподіл і використання ресурсів необхідних, для реалізація стратегії;

- моніторинг/контроль результатів реалізації стратегії;

- аналіз проміжних/кінцевих результатів реалізації стратегії;

- коригування положень стратегії.

## Критерії потенційної успішності реалізації стратегії:

- стратегія має відповідати загальним цілям і стратегії, забезпечуючи рух у заданому напрямі;

- стратегія має інтегрувати всі функції організації, кожна з яких має мати чітке розуміння майбутніх цілей та їхнього впливу;

- стратегія має досягати поставлених цілей простим і зрозумілим чином. Непотрібне ускладнення тільки збільшить імовірність стратегічної невдачі;
- вартість упровадження стратегії має бути адекватною і забезпечувати фінансову вигоду від реалізації;
- потреби споживачів послуг мають бути задоволені;
- стратегічний план має бути вивірений за часом, правовими аспектами, соціальною відповідальністю й реалізованістю [60].

Стратегія подальшого розвитку КНП «Вигодська МБЛ» (далі – Стратегія) має ґрунтуватися на підставі аналізу результатів економічної ефективності, медичної та соціальної результативності його діяльності, а також опитувань стейкхолдерів (передусім, лікарів, медперсоналу й пацієнтів), чиї інтереси мають бути враховані при формуванні та реалізації означеної Стратегії.

Передусім, слід сформулювати візію стратегії, у якій буде конкретизовано омріяний образ предмета/об'єкта у майбутньому. Стосовно КНП – створення простору для високо результативної взаємодії отримувачів і надавачів медичних послуг.

Надалі слід сформулювати місію – опис поточних дій, що надихають майбутні зрушення; загальні орієнтири, напрями функціонування території/галузі, що виражають сенс їхнього існування, то конкретні кінцеві бажані параметри фіксуються у вигляді його цілей. Стосовно КНП «Вигодська МБЛ» – це розбудова ресурсного забезпечення, підвищення вмотивованості персоналу та розвиток співпраці з партнерами як запорука розширення доступу пацієнтів до якісної медичної допомоги.

Наступним «кроком» є формулювання стратегічних цілей – довгострокових бажаних результатів діяльності, що досягаються у майбутньому, зважаючи на наявні умови, засоби й потреби. До них належать:

- формування колективу з тих, хто хоче та може надавати якісну медичну допомогу;
- спонукання населення до більш дисциплінованого і бережного ставлення до власного здоров'я;

- оновлення та осучаснення наявної матеріально-технічної бази;
- зміцнення своєї присутності на певних сегментах ринку медичних послуг;
- встановлення з партнерами взаємовигідних відносин.

При формуванні візії, місії та цілей стратегії необхідно зважати на наявні цінності – будь-які матеріальні/ідеальні явища, які мають значення для людини/суспільства, заради якого вона живе, діє, витрачає сили, час, гроші, здоров'я тощо. Цінність стратегії обумовлена мірою сприйняття її положень (цілей, способів їх досягнення, імовірних результатів...) більшістю стейкхолдерів, а саме:

- безпека – створення безпечних умов для персоналу та надання безпечних медичних і супутніх послуг пацієнтам;
- висока якість – прагнення надати найкращу можливу (доступну) медичну допомогу пацієнтам;
- відкритість і конфіденційність – дотримання принципу публічності (звісно, з дотриманням вимог до збереження лікарської таємниці) при взаємодії у ланцюгу «пацієнти – лікарі та медперсонал КНП «Вигодська МБЛ» – його адміністрація – бізнес-партнери – органи публічного управління»;
- відповідальність – необхідність обов'язково відповідати за свої дії та чи бездіяльність;
- колегіальність – залучення колективу до прийняття доленосних рішень;
- надійність – спроможність за будь-яких (навіть, форс-мажорних) обставин виконувати свої зобов'язання перед стейкхолдерами;
- пацієнто-орієнтовність – спрямування доступних сил і зусиль на захист інтересів пацієнтів і їх сімей як партнерів в процесі лікування;
- професіоналізм – високий рівень знань, практичного досвіду та професійних навичок, які постійно вдосконалюються;
- розвиток та інновації – використання оновленої та модернізованої матеріально-технічної бази і безперервного розвитку персоналу задля розширення переліку та підвищення якості доступної медичної допомоги;

- робота в команді – вміння поєднувати належне виконання власних посадових обов’язків зі взаємодією з колегами, пацієнтами та їхніми родичами;
- рівність – тотожне ставлення до кожного стейкхолдера, незалежно від статі, віку, національності, мови спілкування, раси, добробуту.

Для досягнення спільних цілей при прийнятті управлінських рішень використовують сучасні методи дослідження середовища, серед яких SWOT-аналіз КНП «Вигодська МБЛ»:

Сильні сторони:

- зручне територіальне розташування;
- наявні – ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики та ліцензія на придбання, зберігання, перевезення, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- присвоєно першу акредитаційну категорію;
- наявно поліклінічної служби і 2 стаціонарні відділення;
- високий рівень кваліфікації персоналу, кадрова укомплектованість і обмежена кількість сумісників;
- умілий менеджмент і натхненна робота колективу;
- зміцнена матеріально-технічна база, утримання у належному стані корпусів і території, виконуються капітальні та поточні ремонти відділень;
- розроблено й впроваджено клінічні маршрути пацієнтів і протоколи надання медичної допомоги з дотриманням міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я;
- мультидисциплінарний підхід до лікування пацієнта;
- гарантія якості медичних послуг базується на використанні безпечних методів діагностики та лікування, які пройшли ретельну наукову перевірку, і є доречними для визначеного медичного випадку;
- надання як унікальних (зокрема, для регіону) медичних послуг, так і усіх тих, котрі визначені МОЗ і НСЗУ як пріоритетні.

Слабкі сторони:

- обмежена кількість складських приміщень для зберігання лікарських засобів та інших господарських товарів, а також місць для паркування авто;
- повільні темпи нарощування обсягів надання платних медичних і супутніх послуг; складнощі з виконання вимог НСЗУ щодо пакетів медичних послуг;
- значні поточні витрати; брак фінансових ресурсів для придбання сучасного обладнання та належного стимулювання персоналу;

#### Можливості:

- розширення програми медичних гарантій за певними напрямками;
- приєднання/поглинання інших КНП;
- оновлення/модернізація наявної матеріально-технічної бази;
- отримання матеріальних ресурсів (обладнання, лікарські засоби, медичні вироби, витратні матеріали...) як гуманітарної допомоги (у т.ч. з-за кордону), благодійних пожертв і цільового бюджетного фінансування;
- наявність достатнього ресурсного потенціалу для збереження та зміцнення своєї присутності на ринку медичних послуг;
- розширення присутності на ринку медичних послуг;
- старіння населення, збільшення числа осіб з хронічними захворюваннями, а також тих, хто потребує реабілітації;

#### Загрози:

- надзвичайні ситуації політичного (повномасштабне вторгнення РФ, відкритий конфлікт серед інституцій публічної влади), епідеміологічного (пандемія COVID-19), економічного (циклічні кризи), соціального (масове збідніння населення та загострення суперечностей між окремими стратами), демографічного (старіння нації, масштабна внутрішня та зовнішня міграція) характеру;
- суперечність правових норм; правова невизначеність взаємодії в системі охорони здоров'я між окремими КНП і лікарями;
- підвищення конкуренції на ринку медичних послуг через збільшення частки приватного (передусім, іноземного) сектора;

- небажання або нездатність держави генерувати достатню кількість ресурсів для виконання конституційних зобов'язань у сфері охорони здоров'я;
- недостатність підтримки КНП з боку регіональних органів влади та керівництва ОТГ;
- низька ефективність ставок базового тарифу медичних послуг для визначення вартості державних гарантій;
- об'єктивна розбіжність поглядів на споживчі властивості медичної послуги в уявленнях її виробників і споживачів;
- приєднання економічно неспроможних КНП;
- пасивне ставлення громадян до власного здоров'я, що призводить до несвоєчасного звернення до лікаря та розвитку тяжких резистентних форм захворювань; самолікування пацієнтів;
- постійні зміни у правилах внесення електронних медичних записів до електронної системи охорони здоров'я, які призводять до помилок і невчасного отримання коштів від НСЗУ; підвищення її вимог до надавачів медичних послуг у межах програм медичних гарантій.

Стратегія має бути реалізована у три етапи, кожний з яких передбачає досягнення відповідних цілей, а саме:

- перший (2025–2026 р.) – запровадження сучасних технологій діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів, а також менеджменту КНП «Вигодька МБЛ»; подолання опору таким змінам; отримання порівняно швидких позитивних результатів у окремих сегментах ринку медичних послуг; ліквідування наслідків повномасштабної агресії РФ;
- другий (2027–2028 рр.) – закріплення позитивних результатів як важливої складової спроможної мережі закладів охорони здоров'я у межах госпітального округу; робота «над помилками»; зміна організаційно-правової форми господарювання (з КНП та акціонерне товариство (далі – АТ));
- третій (2029–2030 рр.) – збереження позитивної динаміки та пошук способів подальшого розвитку КНП; залучення інвестицій для докорінного

оновлення та модернізації матеріально-технічної бази, а також підвищення кваліфікації та вмотивованості персоналу.

Принагідно відзначимо, часові рамки та конкретні заходи можуть бути навіть докорінно змінені, залежно від не лише тривалості та руйнівних наслідків повномасштабної військової агресії РФ, а і від економічних, соціальних, політичних та інших факторів [27].

З огляду на виклики сьогодення, запорукою досягнення вищенаведених цілей Стратегія є реалізація комплексу заходів за наступними напрямками:

1) Вдосконалення менеджменту доходів і витрат:

- запровадження сучасних технологій діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів;

- оптимізація витрат на надання медичних послуг, а також загальновиробничих і загальногосподарських витрат;

- перегляд (з дотримання принципу узгодження у ланцюгу «можливості – дохід – витрати») переліку пакетів медичних послуг, а також переліку платних медичних і супутніх послуг (зокрема, впровадження послуги перевезення хворого спеціалізованим транспортом), й цін на них;

- трансформація КНП на АТ як запорука залучення інвестицій.

2) Розвиток матеріально-технічної бази:

- проведення поточних і капітальних ремонтів приміщень, а також благоустрою території;

- проведення технічних оглядів і дрібного ремонту обладнання;

- підвищення міри автономності щодо енерго- та водопостачання, облаштування та укомплектування укриттів, збільшення частки мобільного обладнання;

- поновлення: запасів медикаментів і витратних матеріалів відповідно до вимог для надання медичної допомоги; запасів пального для спеціалізованого автотранспорту та роботи генераторів;

- оновлення сайту КНП «Вигодька МБЛ»; впровадження сучасних інформаційних технологій для розширення переліку та покращання якості

медичних послуг, а також для вдосконалення взаємодії зі стейкхолдерами (передусім, НСЗУ);

- організація контакт-центру для надання пацієнтам усієї необхідної інформації (у т.ч. засобами зв'язку) та поліпшення навігації за допомогою розміщення додаткових покажчиків й інформаційних стендів, у т.ч. шрифтом Брайля;

### 3) Розвиток кадрової політики:

- створення гарного мікроклімату в колективі та сприяння формуванню індивідуальних траєкторій професійного розвитку;

- доукомплектування штату лікарями та медперсоналом відповідного профілю та кваліфікації, які хочуть і можуть розвиватися;

- спонукання та стимулювання до підвищення кваліфікації (не лише лікарів і медперсоналу, а й менеджерів) за рахунок участі у стажуваннях, а також отримання знань і навичок у формальній та неформальній освіті;

- комплексне вдосконалення системи мотивації персоналу за рахунок прозорого поєднання моральних і матеріальних стимулів як для усього колективу, так і окремих співробітників;

- підготовка нового колективного договору.

### 4) Вдосконалення співпраці з органами публічного управління:

- вдосконалення співпраці з НСЗУ щодо наявних і перспективних пакетів медичних послуг;

- активніше використання переваг публічно-приватного партнерства;

- співпраця з Вигодською селищною радою та Департаментом охорони здоров'я щодо зміни організаційно-правової форми господарювання (з КНП на АТ), приєднання інших КНП...;

- здійснення постійного контролю за призначенням лікарських засобів і лікувально-діагностичних маніпуляцій з доведеною ефективністю;

- проведення внутрішнього та зовнішнього контролю якості медичних послуг;

- запровадження дієвого інфекційного контролю.

Також варто конкретизувати:

- методи та засоби управління процесом реалізацією Стратегії, а також форми та способи реагування на нові виклики і можливості;
- перелік виконавців, стейкхолдерів і груп опору;
- обсяг, форму, терміни і джерела ресурсного (передусім, фінансового) забезпечення;
- показники за кожним з критеріїв оцінювання економічної ефективності, а також медичної та соціальної результативності.

Пропонований варіант Стратегії має пройти процедуру громадського слухання: спочатку бути оприлюдненим на сайті КНП «Вигодька МБЛ», а потім – обговореним на загальних зборах трудового колективу. За необхідності Стратегія допрацьовується.

Після затвердження Стратегії, слід розробити й ресурсно забезпечити План реалізації Стратегії, який затверджується на кожний рік і має містити чіткий перелік заходів, терміни їх реалізації, обсяги ресурсів і джерела їх надходження, виконавців та очікувані результати.

Під час реалізації Стратегії проводитиметься моніторинг ефективності і результативності здійснюваних заходів, підсумки якого слід використовувати для реагування на нові виклики та можливості [27].

Зрештою, пропонована Стратегія є методологічним інструментом, належне використання якого (за умови достатнього ресурсного забезпечення, а також умотивованості та професійності виконавців) спроможне уможливити подальший розвиток КНП «Вигодька МБЛ», а з тим – істотною мірою покращити стан здоров'я населення регіону. Розвиток КНП потребує системного підходу, орієнтованого на ефективність, інновації, кадрову стійкість, прозорість і активну участь громадян. Пріоритети мають визначатися з урахуванням локального контексту, ресурсного потенціалу та потреб громади. Саме таке бачення дозволить КНП трансформуватися в сучасні, гнучкі та результативні структури, які спроможні забезпечити якісну медичну допомогу та підтримати реформу системи охорони здоров'я на місцях.

## ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що КНП є особливою організаційно-правовою формою, яка поєднує суспільно значущу функцію надання публічних послуг і необхідність забезпечення ефективного, економічно обґрунтованого управління. КНП в медичній сфері стали результатом структурної трансформації системи охорони здоров'я, зумовленої запровадженням концепції автономізації та державного замовлення через НСЗУ.

2. З огляду на публічний інтерес у сфері охорони здоров'я, розвиток КНП вимагає системного управління з боку органів державної влади та місцевого самоврядування. Основними завданнями такого управління є створення сприятливих умов для забезпечення населення якісними медичними послугами, підтримка інституційного середовища, належне нормативно-правове регулювання, розробка стратегій розвитку галузі.

3. До ключових механізмів публічного управління віднесено: адміністративно-організаційний, нормативно-правовий, фінансово-економічний, стратегічного планування, механізм моніторингу та оцінки, комунікаційний, партнерський. Особливу увагу приділено значенню електронного урядування та цифровізації в оптимізації управлінських процесів.

4. Медична реформа суттєво змінила умови функціонування місцевих закладів охорони здоров'я. Зокрема, перехід на нову модель фінансування через договори з НСЗУ сприяв підвищенню фінансової самостійності, але також висунув нові вимоги до якості послуг, кадрового складу та матеріально-технічного забезпечення. КНП «Вигодська МБЛ» зіткнулося з низкою викликів – від кадрового дефіциту до проблем із забезпеченням сучасного обладнання. Водночас, заклад виявив потенціал для розвитку, зокрема в напрямі профілактики, телемедицини та роботи з громадою.

5. Запропоновано комплексну модель удосконалення публічного управління розвитком КНП, яка включає: адаптацію кращих світових практик

(наприклад, досвіду Польщі, Чехії, Естонії); розробку місцевих стратегій розвитку галузі охорони здоров'я; посилення ролі органів місцевого самоврядування у формуванні здоров'язбережного середовища; розвиток механізмів ДПП; підвищення управлінської компетентності керівників КНП.

6. Визначено пріоритетні напрями подальшого розвитку КНП: цифрову трансформацію; запровадження сучасних управлінських інструментів; розширення переліку послуг; розвиток кадрового потенціалу; залучення додаткових джерел фінансування; формування системи моніторингу ефективності; посилення прозорості діяльності та залучення громадськості до прийняття управлінських рішень.

## СПИСОК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2011. 40 с.
2. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я. URL: <http://healthreform.in.ua/autonomization> (дата звернення: 05.12.2023).
3. Бахтеєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до «кращих» часів. *Ваше здоров'я*. 2009. 29 травня. С. 3–4.
4. Бойко А.М. Комунальні некомерційні підприємства як суб'єкти публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 5. URL: <https://www.dy.nayka.com.ua>
5. Бутенко С. Порівняльний аналіз зарубіжних моделей акредитації лікувально-профілактичних закладів. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2012. Вип. 2. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp#content/uploads/2013/11/2012#2#13.pdf> (дата звернення: 01.12.2020)
6. Васильченко А. Публічне управління медичною сферою в умовах реформи: виклики та перспективи. *Ефективність державного управління*. 2020. № 2(63). С. 55–63.
7. Віленський А.Б. Сучасний стан та перспективи розвитку державного регулювання акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 6. С. 61–65.
8. Господарський кодекс України від 16.01.2003 № 436-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 18–22. Ст. 144.
9. Грицяк І.А. Публічне управління в Україні: становлення за європейськими стандартами. *Вісник Академії митної служби України. (Серія: Державне управління)*. 2010. № 2. С. 5–11.

10. 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.
11. Данько В.В. Управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах: теоретичний аспект. *Вісник ХНАУ. (Серія: Економічні науки)*. 2017. № 4. С. 225–233.
12. Державна служба статистики України. Охорона здоров'я України: статистичний щорічник. Київ: ДССУ, 2023. 204 с.
13. Дудка В.В. Розвиток державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2013. 20 с.
14. 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).
15. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
16. Кахович О.О. Державне регулювання структурно-інвестиційної політики в Україні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2010. 21 с.
17. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
18. Конституція України: Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.
19. Кравченко В.В. Менеджмент у сфері охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: ЦУЛ, 2021. 228 с.
20. 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.

21. Макаренко С.М., Данько В.В., Олійник Н.М. Оцінювання ефективності управління підприємством: на прикладі закладів охорони здоров'я. *Причорноморські економічні студії*. 2019. Вип. 48. С. 77–81.

22. Мартинюк О.І. Реформа системи охорони здоров'я України: проблеми та перспективи розвитку комунальних медичних закладів. *Збірник наукових праць НАДУ*. 2022. № 1. С. 102–110.

23. 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.

24. Мельниченко О.А., Косілова О.Ю., Нестеренко В.Г. Полеміка щодо сутності поняття «механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я». *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали III наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 05 листопада 2020 р.* Харків: Вид-во ХНМУ, 2020. С. 88–89.

25. 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.

26. Мельниченко О.А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання: монографія. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2008. 232 с.

27. Мельниченко О.А., Лобойко К.М., Старусева В.В. Концептуальні засади стратегії подальшого розвитку обласної клінічної лікарні. *Acta Academiae Beregsasiensis. Economics*. 2024. № 5. С. 96–108.

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

29. 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).

30. Москаленко В.Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ: Книга+, 2008. 320 с.
31. Національна стратегія реформування системи. URL: <https://moz.gov.ua/strategija-2030>
32. Національна служба здоров'я України. Аналітичні звіти про фінансування КНП. URL: <https://nszu.gov.ua>
33. 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.
34. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801#12> (дата звернення: 01.12.2023)
35. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. Ст. 19.
36. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... д.ю.н.: 12.00.04. Харків, 2010. 20
37. Притула М. Удосконалення державно-управлінського механізму охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. Вип. 4. С. 107–117.
38. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2023)
39. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31.
40. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2023)

41. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075. *Офіційний вісник України*. 2018. № 3. Ст. 107.
42. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1997. № 24. Ст. 170.
43. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Наказ МОЗ від 31.10.2018. № 1977. URL: <https://1med-vip.expertus.ua...> (дата звернення: 01.12.2020)
44. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2021)
45. Рогова О.Г. Державна політика фінансування діяльності закладів охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2017. Вип. 4. С. 107–113.
46. Сабецька Т.І., Стефанишин Л.С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56–62
47. Сало І.М. Організаційно-правові аспекти діяльності КНП у сфері охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2023. № 1(42). С. 77–82.
48. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.
49. Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: НАДУ, 2015. 416 с.
50. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Економіка та підприємництво)*. 2019. № 3. С. 160–166.
51. Хвисяк 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.

52. 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.

53. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 9–14.

54. Шевченко В.А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2016. Вип. 6. С. 9–13.

55. Цілі сталого розвитку: Україна. 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)

56. ISQua. 2017. URL: <https://isqua.org/who...> (дата звернення: 01.12.2020)

57. Melnychenko O., Nesterenko R., Kosilova O., Kravchenko Zh. Discussion of the essence of the concept of «Public administration of healthcare development». *Priority Areas of Science Research: The 10 st International scientific and practical conference, October 26–27, 2020. Washington. 2020. P. 28–32.*

58. Motschman T., Bales C., Timmerman L. A Hospital–Based Healthcare Quality Management System Model: Improving Healthcare Monograph Series. *Healthcare Technical Committee*. 2016. Vol. 1. № 1. P. 2–22.

59. QHA Trent Accreditation. 2018. URL: <https://www.qha#trent.co.uk> (дата звернення: 01.12.2020)

60. Rosamond R., Battin M., Silvers A. Medicine and social justice: essays on the distribution of health care. New York: Oxford University Press, 2012.

61. The Boston Consulting Group: Health Care Payers & Providers. Managing Health Care Costs and Quality. URL: <http://on.bcg.com/1dvxtwA>. (дата звернення: 01.12.2020)

62. WHO. Health – 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing. Copenhagen: WHO, 2013.