

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Ступінь вищої освіти Магістр

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

Тамара ЛОЗИНСЬКА

11 грудня 2023 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Організація діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в
умовах децентралізації»

виконав здобувач вищої освіти заочної форми навчання

Мокляк Олександр Геннадійович

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр ГАЛИЧ

Полтава – 2023 року

ВСТУП

Актуальність теми. Одним із головних факторів трансформації соціально-політичного та економічного життя українського суспільства стала реформа системи охорони здоров'я. Значна кількість державних лікарень модернізує форму діяльності комунальних некомерційних підприємств. У сучасній науковій літературі останнім часом посилився інтерес до спільної власності як однієї із засад організації діяльності місцевого самоврядування. З цієї причини актуальним є дослідження специфіки та форм регулювання інституту спільної власності, особливо у сфері функціонування медичних закладів в умовах процесу децентралізації та передачі повноважень державою на регіональний рівень. У результаті реформування медичної галузі діяльність системи охорони здоров'я вийшла на новий рівень, особливостей набули соціально-економічні, кадрові та інноваційні аспекти діяльності охорони здоров'я.

Основними аспектами реформування системи охорони здоров'я є вибір лікаря та закладу охорони здоров'я (принцип «гроші ходять за пацієнтом»), а також фінансування гарантованих медичних послуг згідно з договорами з Національною службою здоров'я України на медичне обслуговування населення; Автономізація закладів охорони здоров'я, цифровізація системи охорони здоров'я. Ці зміни дають поштовх для конкуренції та підвищення якості медичних послуг. Крім того, для закладів охорони здоров'я встановлюються конкретні ролі та маршрути надання медичної допомоги в межах громади.

Питання управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації досліджували такі науковці, як В. Бикова, Е. Борвінко, В. Волчек, Л. Крячкова, В. Лехан, В. Кравченко, Н. Орлова, О. Смирнов, О. Устінов, В. Чебан та ін. Теоретичні та практичні аспекти підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я та їх значення для економічного зростання держави розглядаються в наукових працях багатьох вітчизняних та зарубіжних учених, наприклад, у роботах В. Грабовського, О. Дмитрука, О. Мартинюка, Л. Мельника, Г. Слабкого, С. Смирнова, Л. Стефанишина, Л. Федулової, З. Юринця.

Підвищений інтерес науковців до цього питання зумовлений ще й тим, що охорона здоров'я включає як економічну, так і соціальну складові та є сферою, яка потребує державного регулювання, водночас на первинному рівні медичної допомоги існує підтримується тісний контакт з громадянами регіонів.

Зв'язок роботи з науковими темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавського державного аграрного університету за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2017-2026 рр.).

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є дослідження організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації та визначення напрямів її удосконалення.

- розглянути організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації;
- здійснити аналіз діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації;
- представити пропозиції щодо шляхів удосконалення організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації.

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження виступає процес удосконалення організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації.

Предмет дослідження. Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі удосконалення організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети було використано комплекс загальнонаукових методів: порівняльний аналіз, програмна мета, системна структура, що дало змогу визначити перспективні напрямки подальшого реформування системи територіального управління сферою охорони здоров'я України. За допомогою історико-логічного методу досліджено рівень розробленості проблеми у вітчизняних та зарубіжних джерелах, а також розвиток

державної політики щодо розвитку галузі охорони здоров'я в Україні. За допомогою прогностичного методу сформульовано висновки, рекомендації та пропозиції щодо обґрунтування розвитку первинної медико-санітарної допомоги та визначення напрямів державної політики щодо подальшого реформування сфери охорони здоров'я населення на регіональному рівні в Україні.

Інформаційна база. Інформаційною базою слугували літературні джерела, довідково-нормативні матеріали та теоретичні напрацювання вітчизняних і зарубіжних вчених з питань організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації, інформація з мережі Internet та особисті спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів. Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

набуло подальшого розвитку:

окреслення ключових векторів державного регулювання наданням медичних послуг в Україні в умовах децентралізації;

узагальнення напрямів підвищення результативності діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації.

Практичне значення одержаних результатів. Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення й висновки дослідження розширюють межі наукового аналізу з представленої теми, визначають напрями удосконалення організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації й можуть бути використані в діяльності закладів охорони здоров'я.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

Публікації. За результатами проведеного дослідження опубліковано тези:

– «Застосування інтернет-медіа як інструменту впливу на масову свідомість», яку включено до матеріалів наукових досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування *«ТЕРИТОРІЯ НАУКИ»*.
Випуск 1. Квітень 2023 р.

– «Державне регулювання діяльності закладів охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах децентралізації», яку включено до матеріалів III міжнародної науково-практичної конференції *«Місьцеве самоврядування в Україні та світі: теорія і практика»*, 28 листопада 2023 р. Полтава : ПДАУ, 2023.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 74 сторінках друкованого тексту, робота містить 2 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

1.1. Теоретичні основи організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я

Трансформація охорони здоров'я, яка нині швидкими темпами відбувається в українському суспільному середовищі, базується на підходах і методах, загально визнаних у світовій практиці. Основні напрямки реформування охорони здоров'я передбачають трансформацію системи органів державної влади та, відповідно, зміну координат їх впливу на систему, розширення взаємодії органів державного управління та всіх ланок системи охорони здоров'я з міжнародними організаціями-донорами соціальної сфери, а також сфери охорони здоров'я, удосконалення системи підготовки медичних кадрів, активізація процесів децентралізації в контексті охорони здоров'я, створення нового нормативно-правового середовища охорони здоров'я.

Це далеко не всі сфери трансформації системи охорони здоров'я, функціонування яких впливає на різні сфери національної економіки та ефективну роботу компаній. Одним із найбільших заходів реформування системи охорони здоров'я є трансформація діяльності закладів охорони здоров'я. Донедавна майже весь сектор медичних послуг надавався державними закладами охорони здоров'я. Водночас стрімко розвивався ринок надання приватних медичних послуг, але, як правило, був представлений невеликими лікарнями. Окремий сегмент ринку займали відомчі та корпоративні лікарні та установи. Сьогодні за короткий проміжок часу пайова власність стала основною формою існування закладів охорони здоров'я. Спільна форма власності, природно, пропонує численні переваги при застосуванні на регіональному рівні. Це ближче до потреб місцевих громад. Проте є багато питань щодо впровадження в охорону здоров'я.

В даний час діють нормативно-правові акти, методики та інструкції, що регламентують діяльність муніципальних підприємств. Проте нова форма організації діяльності закладів охорони здоров'я потребує визначення шляхів використання переваг таких закладів та нових можливостей їх співпраці з державним та інституційним середовищем, що їх оточує.

Як уже зазначалося, питанням трансформації діяльності закладів охорони здоров'я все активніше займаються вітчизняні вчені. Виклики сучасної реформи охорони здоров'я спонукають до вирішення складних завдань, які хвилюють кожного громадянина України. Слід зазначити, що трансформація системи управління охороною здоров'я привернула до цього напрямку увагу економістів, спеціалістів у галузі економіки та державного управління. Якщо в роки незалежності України економіка та управління медичною галуззю були фаховими темами суто медичних спеціалістів та управлінців цієї галузі столиці, то на цей час коло дослідників значно розширилося. Практично в кожній області є творчі наукові колективи, які займаються цими проблемами.

Слід зазначити, що такі автори, як О.М. Сазонець та А.М. Алі досліджували теоретичні основи управління закладом охорони здоров'я та розвиток сучасних інформаційних процесів, аналізували діяльність закладів охорони здоров'я на основі використання інформаційних технологій, визначали тенденції та пріоритети впровадження інформаційних технологій у діяльність закладів охорони здоров'я [17; 18; 19].

За результатами проведених досліджень, Сазонцем І.Л. визначено теоретичні основи державного управління охороною здоров'я та тенденції його розвитку в Україні, а також продемонстровано важливість інституційної системи для розвитку соціальних процесів та процесів охорони здоров'я.

Зіма І.Я. розробив цілісну концепцію державного управління інституційною трансформацією системи охорони здоров'я. У кількох його монографіях розглядається вплив процесів інституціоналізації на механізми трансформації державного управління охороною здоров'я, розвиток соціальних процесів, проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я, а також

глобальних соціально-медичних установ, офіси яких розташовані в Україні виявлено проаналізовано. Автором проаналізовано механізми державного управління окремими сферами системи охорони здоров'я, оцінено соціальний рівень трансформації системи державного управління охороною здоров'я за допомогою експертного опитування, проаналізовано реформи в глобальному аспекті [16, 17, 20]. Зокрема, на основі досліджень Зими І.Я. можна побудувати систему нормативних документів, якими користуються комунальні підприємства охорони здоров'я (Додаток А).

Багато вітчизняних науковців шукають шляхи реалізації викладених принципів. Окремо варто відзначити внесок О.В. Басвої й І.М. Солоненка, які досліджували процеси комерціалізації галузі охорони здоров'я за рахунок удосконалення управління підприємницькою діяльністю в цій сфері. Авторами висвітлено загальні засади формування державної політики та економіки охорони здоров'я в Україні, розкрито сутність та принципи підприємницької діяльності, проведено комплексний аналіз нормативно-правової бази здійснення господарської діяльності в медичній практиці. Особливу увагу автори приділили організації лікувальної справи та ролі фінансового менеджменту в організації діяльності лікувально-профілактичного закладу [21].

В одній зі своїх наукових робіт Зима І.Я. розглянув проблеми та напрямки трансформації системи державного управління охороною здоров'я в Україні. Зокрема, досліджував науково-емпіричні проблеми трансформації системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів, проблеми реформування системи державного управління охороною здоров'я в Україні та напрями трансформації системи управління системою охорони здоров'я на опитування експертів – працівників клінічної лікарні Рівненського комунального підприємства області, процес удосконалення системи охорони здоров'я в закладах охорони здоров'я Рівненської області на основі реалізації проекту Світового банку [16].

Солоненко Н.Д. запропонував концепцію мікроорганізаційного механізму публічного управління охороною здоров'я. Такий механізм передбачає

структурну перебудову галузі охорони здоров'я, внутрішнє управління закладами охорони здоров'я та вдосконалення організаційного механізму [29]. Стосовно управління фінансовими ресурсами автор проаналізував договірні відносини як ефективний інструмент розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я, методи оплати надавачів медичної допомоги, особливо методи оплати амбулаторної медичної допомоги та методи оплати стаціонарної медичної допомоги, таблиця 1.1.

Таблиця 1.1

Функції системи охорони здоров'я на різних рівнях децентралізації

Рівень децентралізації	Функції		
	Адміністрування, організація та планування системи охорони здоров'я	Джерела фінансування системи охорони здоров'я та форми збору оплати	Надання медичної допомоги та право власності на ЗОЗ
	Державна система організації, планування та управління системою охорони здоров'я. Офіційне делегування державою прав, обов'язків і повноважень з управління та організації надання медичної допомоги. Централізовані державні закупівлі в галузі охорони здоров'я. Регіональне планування та управління мережею медичних закладів. Міське планування та управління мережею медичних закладів. Механізм непрямого державного регулювання квазіринку в охороні здоров'я. Пряме ринкове регулювання квазіринку в охороні здоров'я з індивідуальним приватним вибором страхових компаній та медичних установ.	Державна податкова система (загальні та/або цільові податки на фінансування охорони здоров'я). Обов'язкові внески до фонду загальнодержавного соціального страхування. Регіональна податкова система. Обов'язкові внески до обласного фонду соціального страхування. Місцева муніципальна податкова система. Обов'язкові внески до муніципальних та/або галузевих медичних страхових компаній або лікарняних кас. Добровільні внески до місцевих приватних медичних страхових компаній або лікарняних фондів. Недержавне фінансування медичних закладів та медичних послуг за рахунок коштів населення.	Державна система охорони здоров'я. Державна власність і контроль. Регіональна власність і контроль. Місцева муніципальна власність і контроль. Приватні медичні заклади мають державне соціальне замовлення або договори з лікарняними касами, іншими закладами медичного страхування, особливо державними та комунальними (внутрішня структура таких закладів може бути централізованою). Приватні автономні медичні установи.

Джерело: [47]

У свою чергу О.В. Баєва пропонує такі практичні пропозиції щодо впровадження принципів реформування системи охорони здоров'я: початок господарської діяльності з медичної практики, виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля, ліцензування господарської діяльності з медичної практики, виробництво медичних засобів, роздрібна та оптова торгівля ними, технологічні принципи забезпечення якісних показників медичної допомоги, сутність та функції системи стандартизації медичної допомоги [30].

Як уже зазначалося, законодавча база для діяльності муніципальних підприємств у сфері охорони здоров'я наразі в основному створена. При безпосередньому аналізі діяльності комунальних підприємств важливо визначити їх переваги, які закріплені в законодавчій базі. Отже, перевагами перетворення закладів охорони здоров'я з побутового закладу в комунальне некомерційне підприємство є, зокрема, такі:

- керівник закладу охорони здоров'я, який працює у статусі підприємства, отримує значно більше свободи, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, в управлінні активами, фінансами та формуванні кадрової політики ЗОЗ, визначенні внутрішньої організаційна структура закладу;

- компанія має можливість самостійно визначати всі допустимі законом форми оплати праці працівників;

- фінансування закладу з корпоративним статусом здійснюється не за індивідуальним кошторисом, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому закладу охорони здоров'я приймати більш гнучкі та незалежні рішення порівняно з компаніями зі статусом бюджетна установа;

- право товариства формувати корпоративну групу з іншими закладами охорони здоров'я, які також працюють у корпоративному статусі, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів членів клубу;

- підприємство може за договорами наймати приватних лікарів, які зареєстровані та мають відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності у сфері медицини [23].

Одним із головних факторів удосконалення роботи закладів охорони здоров'я у формі комунальних підприємств має стати система ефективного просування лікарів. Різні автори висловлюють різні думки щодо формування підходів до такого стимулювання [16; 17; 20; 21]. Проте в методичних рекомендаціях щодо перетворення державних медичних закладів у комунальні підприємства наголошується, що конструкція оплати праці має передбачати:

- широке використання індивідуальних трудових договорів, за якими працівнику гарантується певний розмір заробітної плати лише за умови виконання обов'язків, передбачених контрактом;

- систему обґрунтованої та справедливої персоналізації тарифних ставок і посадових окладів працівників відповідно до умов і результатів праці, орієнтуючись не лише на рівень кваліфікації та професійного досвіду, а й на ефективність їх праці;

- залежність заробітної плати лікарів від продуктивності їх праці та залежність керівників і провідних (головних) спеціалістів від ефективності господарсько-комерційної діяльності закладів охорони здоров'я;

- регулярний перегляд тарифів і посадових окладів, встановлених працівникам за показниками оцінки різних характеристик виконуваної роботи з метою стимулювання їх праці [27].

Витрати лікарень на комунальні послуги, обладнання, ремонти та заробітну плату постійно зростають, тому в нових умовах для комунальних підприємств з'являються такі нові джерела залучення коштів:

- оплата від страхових компаній за надані медичні послуги;
- оплата роботодавцем наданих працівникам медичних послуг;
- грошові надходження від благодійних організацій;
- грошові надходження від надання платних послуг відповідно до чинного законодавства України тощо [27].

Повноцінне використання традиційних джерел наповнення бюджету комунальних підприємств – лікарень та інтенсивне залучення коштів з нових джерел допоможе закладам охорони здоров'я усвідомити переваги

функціонування в нових умовах зміненої системи охорони здоров'я. Сьогодні за короткий проміжок часу пайова власність стала основною формою існування закладів охорони здоров'я. Спільна форма власності, природно, пропонує численні переваги при застосуванні на регіональному рівні. Це ближче до потреб місцевих громад. Проте є багато питань щодо впровадження в охорону здоров'я.

У нашій державі створено нормативно-правову базу для реформування системи охорони здоров'я та перетворення закладів охорони здоров'я на комунальні підприємства. Останні закони України, такі як: «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» та «Про лікарські засоби», містять необхідні вимоги для функціонування створених закладів охорони здоров'я. установ у нових соціально-економічних умовах. Нормативними документами та рекомендаціями визначено прямі шляхи передачі лікарень у комунальну власність та організації їх діяльності як підприємств. Ці документи мають включати: Концепцію реформування фінансування системи охорони здоров'я України, Постанову МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», Методичні рекомендації щодо трансформації охорони здоров'я від бюджетних установ до комунальних некомерційних організацій.

Організаційні, правові та економічні переваги мають відображатися в підвищенні якості надання медичних послуг. Витрати лікарень на комунальні послуги, обладнання, ремонти та заробітну плату постійно зростають, тому в нових умовах муніципальним компаніям пропонують розвивати нові джерела фінансування.

На основі розробленої законодавчої бази вітчизняні науковці в галузі державного управління, економіки та медицини пропонують нові шляхи підвищення ефективності функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств. До запропонованих нових перспективних напрямків відносяться: організація медичної справи, роль фінансового менеджменту в організації діяльності лікувально-профілактичного закладу, процес

удосконалення системи охорони здоров'я в комунальних підприємствах охорони здоров'я на основі співпраці з міжнародними медичними та фінансовими організаціями, договірні відносини як ефективний інструмент розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я, методи оплати постачальників медичної допомоги, зокрема методи оплати амбулаторної медичної допомоги та методи оплати стаціонарної медичної допомоги, технологічні принципи забезпечення якісних показників медичної допомоги, сутність та функції системи стандартизації медичної допомоги.

1.2. Механізми забезпечення діяльності комунальних закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації

Реформа децентралізації, яка проводиться в нашій державі, значною мірою спрямована на покращення системи охорони здоров'я в регіонах та закладів охорони здоров'я, які вже функціонують як комунальні підприємства. Значна кількість закладів охорони здоров'я в регіонах та обласних центрах раніше існувала на базі комунальної форми власності, але сьогодні вони еволюціонують із закладів, що функціонують за старими принципами планово-адміністративної економіки, у комунальні підприємства, діяльність яких спрямована на реалізацію своєї соціальної мети – надання якісних медичних послуг на основі нових підходів до управління. Такі нові підходи добре відомі в науці державного управління та менеджменту, але в медичній сфері, в діяльності лікарень вони практично не використовувалися.

Особливо важливим напрямом наших досліджень і напрямком практичного розвитку системи охорони здоров'я є діяльність муніципальних установ – підприємств регіонів – об'єднаних органів місцевого самоврядування. Велика просторова відокремленість цих закладів, слабка матеріально-технічна база, брак будь-якого кваліфікованого персоналу, відсутність обладнання, комунікацій та транспорту роблять їхню діяльність на сьогодні неефективною та не відповідає

європейським та світовим стандартам. Тому в процесі об'єднання місцевих органів влади особлива увага приділяється підвищенню ефективності саме цієї ланки системи охорони здоров'я.

Проблеми створення ефективної системи охорони здоров'я в регіонах у процесі об'єднання територіальних громад досліджували вітчизняні вчені. Наприклад, Сазонець І.Л. з колегами розглянули широке коло питань щодо підвищення ефективності місцевого самоврядування та створення ефективних інструментів управління соціальною сферою в територіальних громадах. Зокрема, вони зазначають, що об'єднання територіальних громад є пріоритетним напрямком удосконалення системи державного управління та місцевого самоврядування, визначено особливості процесу об'єднання територіальних громад (на прикладі Волинської області) та враховує проблеми підготовки кадрів для територіальних утворень Рівненської області [5].

Професор І. Зима проаналізувала нові тенденції розвитку системи охорони здоров'я регіону на прикладі Рівненської області, особливості діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я Рівненської області, вплив світових фінансових інституцій на трансформацію регіональної системи охорони здоров'я, зокрема на прикладі проекту Світового банку в шести областях України, в тому числі і в Рівненській області [7].

Окорським В.П., Суховичем В.М. та Цециком Ю.П. запропоновано ряд рекомендації щодо охорони здоров'я системи управління, зокрема шляхом удосконалення діяльності об'єднаних територіальних громад за такими напрямками як: територіальна громада як суб'єкт управління соціально-економічним розвитком, соціальні питання в системі децентралізації системи державного управління, особливості реформування місцевого самоврядування – органи державного управління та процес об'єднання територіальних громад, ресурсний потенціал ТГ – шляхи його зростання та якісного покращення, напрями сталого соціально-економічного розвитку ТГ в умовах демократичних змін та євроінтеграції України [31].

У свою чергу Безплотний Л.І. розглянув основні напрями розвитку соціальної сфери України, в тому числі на регіональному рівні та визначено

зв'язок форм власності з проведенням реформ соціально-економічної системи України. Ці дослідження ще раз підтверджують ефективність використання комунальної форми власності на регіональному рівні трансформації системи охорони здоров'я [1].

Професор С.Л. Шульц займається питаннями фінансової підтримки соціального розвитку територіальних громад, програмно-цільовими інструментами підтримки соціальної сфери ТГ, інструментами фінансової підтримки розвитку соціальної сфери ТГ [32].

Гострими питаннями функціонування територіальних громад в процесі децентралізації займається М.М. Білинська. Її роботи присвячені змінам, пов'язаним з трансформацією системи охорони здоров'я в регіоні, а саме: загальна характеристика існуючих моделей реформування охорони здоров'я, основні напрями та пріоритети реформування охорони здоров'я, програмне та проектне забезпечення, реформування галузі охорони здоров'я в Україні, забезпечення ресурси для впровадження, реформування галузі охорони здоров'я в Україні, державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я: технології залучення громадськості до реалізації реформи галузі охорони здоров'я в Україні, забезпечення впровадження демократичних засад державного управління реформою охорони здоров'я в Україні моніторинг та прогнозна оцінка результатів реформування охорони здоров'я в Україні [33].

У методичних матеріалах щодо реформування системи охорони здоров'я зазначається, що основними причинами низької ефективності роботи медичних закладів у сільській місцевості є:

- абсолютна централізація всіх управлінських рішень, концентрація повноважень «нагорі»;
- тарифна сітка як принцип мотивації персоналу, згідно з яким сприяє прив'язаність до професії та категорії лікаря, що призводить до компенсації в умовах напівзруйнованої системи підвищення кваліфікації, повністю відірваної від реальної кваліфікації лікаря;
- наслідком перших двох характеристик є надзвичайна пасивність і несамостійність персоналу у вирішенні організаційних проблем;

- наслідком другої ознаки є повна незацікавленість медичного персоналу пацієнтом (у кращому випадку сприймають його як «випадок», хворобу, а не людину зі своїми пріоритетами та бажаннями), що в свою чергу спричиняє низькій якості обслуговування споживачів у закладах охорони здоров'я;

- відсутність власної функції управління: керівником організації є головний лікар, який часто також є практикуючим лікарем, що в більшості випадків призводить до конфлікту між функціями управління та управління; головний лікар часто є радше адміністратором, ніж керівником чи керівником;

- визначення «зверху» окремих параметрів, які встановлюються керівництвом об'єктів для автономних об'єктів (наприклад, принципи та обсяг мотивації персоналу, інвестиції тощо) [34].

Щоб підвищити ефективність цього зв'язку системи охорони здоров'я та всіх інших її складових, МОЗ ухвалив план заходів щодо реформування медицини шляхом децентралізації. Такий план дій до 2020 р. включає такі заходи:

- запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги;

- створення єдиного національного замовника медичних послуг;

- створення правової бази для нової системи фінансування охорони здоров'я;

- створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією;

- огляд уніфікованих клінічних протоколів для перерахування більшості

- поширені медичні захворювання та спрощення вимог до паперової звітності в медичних установах;

- запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- створення госпітальних округів;

- запровадження національної системи відшкодування вартості ліків за певним переліком захворювань;

- автономія державних закладів охорони здоров'я. Цей пункт також стосується громадських закладів охорони здоров'я [35].

Підходи до реформування комунальних медичних закладів викладені в багатьох законодавчих актах і нормативних документах. Проте одним із найважливіших законодавчих актів, які сформували концептуальні підходи до медичної реформи, є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цей закон містить такі важливі методологічні основи медичної реформи, як принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у програмі медичних гарантій, функції уповноваженого органу та істотні договірні умови надання медичної допомоги населення за програмою медичних гарантій та режиму роботи електронної системи охорони здоров'я. Ці положення закону мають загально-нормативний характер, але є обов'язковими до виконання як у великих містах, так і у віддалених селах, тому підвищують стандарти надання медичної допомоги в умовах децентралізації та сприяти ефективному використанню спільного майна територіальних громад у сфері охорони здоров'я.

Наступним документом, який визначає та конкретизує реформування системи охорони здоров'я в умовах розширення мережі закладів, створених та функціонуючих на базі співдружності, є Методичні рекомендації «Стратегічне планування у сфері охорони здоров'я в територіях громадах». Зазначені методичні рекомендації виводять процес створення нових типів медичних закладів в об'єднаних органах місцевого самоврядування на рівень конкретних заходів та управлінських процедур. Методичні рекомендації забезпечують можливість практичного застосування різноманітних норм нового та старого законодавства у сфері реформування медицини в регіонах на різних етапах створення лікарняних закладів. Зміст методичних рекомендацій базується на визначенні повноважень муніципальних утворень у сфері охорони здоров'я. Нині такими повноваженнями є:

- управління закладами охорони здоров'я, що належать або передані місцевим органам влади, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;
- забезпечення доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території в межах делегованих повноважень;

- забезпечення розвитку всіх видів медичної допомоги відповідно до законодавства, розвиток та вдосконалення мережі медичних закладів усіх форм власності, визначення потреб та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладання договорів на підготовку спеціалістів, організація працювати над підвищенням кваліфікації своїх кадрів;
- приймає рішення про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ і організацій спільної власності відповідного органу місцевого самоврядування;
- здійснення заходів щодо розширення та вдосконалення мережі таких компаній тощо;
- управління майном, що належить до спільної власності відповідних органів місцевого самоврядування, в межах, встановлених міською радою;
- визначення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків підприємств, установ та організацій спільної власності відповідних територіальних органів;
- заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних органів;
- встановлення тарифів у встановленому законодавством порядку та в межах, встановлених законом;
- об'єднання ресурсів відповідного муніципалітету на договірній основі
- бюджет та інші місцеві бюджети для реалізації спільних проектів або для спільного фінансування муніципальних компаній;
- розгляд проектів планів підприємств і організацій, що є частиною спільної власності відповідних органів місцевого самоврядування, внесення до них зауважень і пропозицій та контроль за їх виконанням [36].

Для якісного та комплексного процесу надання первинної медичної допомоги в регіонах через медичні СП фінансових можливостей об'єднаної громади може бути недостатньо. Тому «Методичні рекомендації щодо укладення договору про міжмуніципальне співробітництво при створенні спільного підприємства (СПП)» регулюють питання створення спільними зусиллями

ефективних підприємств. Відповідно до цих рекомендацій, співпраця має форму, зокрема:

- делегування одного або кількох завдань одному із суб'єктів співробітництва іншими суб'єктами співробітництва з передачею йому відповідних ресурсів;
- реалізація спільних проектів, що передбачає координацію діяльності суб'єктів співробітництва та накопичення ними ресурсів на певний період часу для спільного виконання відповідних дій;
- спільне фінансування (утримання) суб'єктами співробітництва підприємств, установ та організацій спільної форми власності – об'єктів інфраструктури;
- утворення суб'єктами співробітництва спільних комунальних підприємств, установ та організацій – спільних об'єктів інфраструктури;
- утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного здійснення повноважень, встановлених законом [37].

Якщо таке комунальне підприємство створюється в одній територіальній громаді чи на основі об'єднання фінансового потенціалу кількох громад, його наступним пріоритетним завданням є підписання договору з НСЗУ та створення моделі ефективної діяльності. Відповідно до матеріалів щодо методичного забезпечення реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД, для укладення договору з НСЗУ необхідно:

1. Автономізувати установу та перетворити її з комунальної установи на комунальне некомерційне підприємство. Цей етап потребує злагодженої взаємодії органів місцевого самоврядування, які є власниками закладу, та безпосереднього керівництва медичним закладом.
2. Необхідно мати дійсну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та інші повноваження, передбачені законодавством.
3. Виберіть медичну інформаційну систему та підключіть її до електронної системи охорони здоров'я (eHealth). Це дозволить установам вести точний облік пацієнтів і врешті-решт перейти до електронного ведення записів.

4. Забезпечити відповідність матеріально-технічного оснащення об'єкта вимогам паспортів типового обладнання. Для цього необхідно оцінити власну матеріально-технічну базу та розробити поетапний і реалістичний план закупівель [38].

Як видно з представлених заходів, вимоги до якості надання послуг комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я первинної ланки такі ж, як і до великих лікарень великих міст. Тому створення та функціонування медичного закладу у формі комунального підприємства, його діяльність на основі впровадження сучасних інформаційних технологій, наявності мережі Інтернет, оформлення правовстановлюючих документів та ліцензій, сучасного сертифікованого обладнання є основними складовими. Її взаємодії з органами державного управління охороною здоров'я.

Проте від показників його ефективної діяльності залежить подальше функціонування комунального підприємства – закладу охорони здоров'я.

З викладеного матеріалу можна зробити наступні висновки: значна кількість закладів охорони здоров'я в регіонах та обласних центрах раніше існувала на базі комунальної форми власності, а сьогодні із закладів, які функціонують за старими принципами в рамках планової та адміністративної економіки вони стають муніципальними компаніями, діяльність яких спрямована на досягнення соціальної мети – надання якісних медичних послуг на основі нових підходів до управління. Такі нові підходи добре відомі в науці державного управління та менеджменту, але в медичній сфері, в діяльності лікарень вони практично не використовувалися; вітчизняними науковцями широко досліджено науково-методичні підходи до розвитку процесу діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах процесу децентралізації та об'єднання територіальних громад.

У науковій літературі недостатньо поєднувати питання розвитку соціальної сфери та вдосконалення механізмів управління охороною здоров'я з питаннями розвитку транспортної інфраструктури, мобільного зв'язку, Інтернет-технологій та наявності об'єктів технічної інфраструктури та можливість отримати

кваліфіковану медичну допомогу для підбору персоналу. Проте для вирішення практичних завдань у цій сфері надано методичні матеріали, спільно розроблені підрозділами МОЗ України та міжнародними організаціями медико-соціального профілю; підходи до реформування комунальних медичних закладів викладені в багатьох законодавчих та нормативних документах. Проте одним із найважливіших законодавчих актів, які сформували концептуальні підходи до медичної реформи, є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цей закон містить такі важливі методологічні основи медичної реформи, як принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у програмі медичних гарантій, функції уповноваженого органу та істотні договірні умови надання медичної допомоги населення за програмою медичних гарантій та режим роботи електронної системи охорони здоров'я.

Ці норми Закону мають загально-нормативний характер, але є обов'язковими до виконання як у великих містах, так і у віддалених селах, тому підвищують стандарти надання медичної допомоги в умовах децентралізації та сприяють ефективному використанню спільного майна територіальних громад у сфері охорони здоров'я; однією з основних проблем управління комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я – є відсутність достатнього фінансування. Вирішення цієї проблеми полягає в об'єднанні ресурсів співтовариства з метою створення спільних інституцій ПМД. «Методичні рекомендації щодо підписання угоди про міжмуніципальне співробітництво у створенні спільного підприємства» – важливий документ, який дозволяє налагодити співпрацю на регіональному рівні у цій сфері.

Така співпраця ґрунтується на: делегуванні одного або кількох завдань одному з партнерів по співпраці іншими партнерами по співпраці з передачею йому відповідних ресурсів; реалізація спільних проєктів, що передбачає координацію діяльності суб'єктів співробітництва та накопичення ними ресурсів на певний період часу з метою спільної реалізації відповідних заходів; спільне фінансування (утримання) партнерами по співробітництву підприємств, установ та організацій комунальної форми власності – об'єктів інфраструктури;

утворення суб'єктами співробітництва спільних комунальних підприємств, установ та організацій – об'єктів спільної інфраструктури; утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного здійснення повноважень, встановлених законом; вимоги до якості надання послуг комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я на первинному рівні відповідають вимогам до якості у великих лікарнях великих міст.

Отже, створення та функціонування медичного закладу у формі комунального підприємства, його діяльність на основі впровадження сучасних інформаційних технологій, наявності мережі Інтернет, оформлення правовстановлюючих документів та ліцензій, сучасного сертифікованого обладнання – це основні складові взаємодії державного управління системою охорони здоров'я з місцевою владою.

Висновки до розділу 1

Основні напрямки реформування охорони здоров'я передбачають трансформацію системи органів державної влади та, відповідно, зміну координат їх впливу на систему, розширення взаємодії органів державного управління та всіх ланок системи охорони здоров'я з міжнародними організаціями-донорами соціальної сфери, а також сфери охорони здоров'я, удосконалення системи підготовки медичних кадрів, активізація процесів децентралізації в контексті охорони здоров'я, створення нового нормативно-правового середовища охорони здоров'я.

Повноцінне використання традиційних джерел наповнення бюджету комунальних підприємств – лікарень та інтенсивне залучення коштів з нових джерел допоможе закладам охорони здоров'я усвідомити переваги функціонування в нових умовах зміненої системи охорони здоров'я. Сьогодні за короткий проміжок часу пайова власність стала основною формою існування закладів охорони здоров'я. Спільна форма власності, природно, пропонує

численні переваги при застосуванні на регіональному рівні. Це ближче до потреб місцевих громад. Проте є багато питань щодо впровадження в охорону здоров'я.

Створення та функціонування медичного закладу у формі комунального підприємства, його діяльність на основі впровадження сучасних інформаційних технологій, наявності мережі Інтернет, оформлення правовстановлюючих документів та ліцензій, сучасного сертифікованого обладнання – це основні складові взаємодії державного управління системою охорони здоров'я з місцевою владою.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

2.1. Дослідження світового досвіду державного регулювання діяльності закладів надання медичних послуг

Як відомо, існують дві групи методів державного регулювання: прямі (адміністративні) та непрямі (економічні). Особливістю прямих методів є те, що вони являють собою низку обов'язкових для виконання вимог і розпоряджень держави, а непрямі методи дозволяють державі впливати на економічні інтереси. Відомо, що адміністративні методи суттєво обмежують економічну свободу вибору, але є сфери діяльності, в яких адміністративні методи ефективні [16]. До цих сфер діяльності відноситься сфера охорони здоров'я.

В основі державного регулювання лежить, по-перше, функція управління, яка здійснюється прямим і опосередкованим способами, по-друге, функція контролю і по-третє, функція накладення адміністративно-господарських санкцій [16]. Водночас основним засобом адміністративного регулювання можна вважати передбачене ст. 12 Господарського кодексу України означає регулюючий вплив держави на діяльність підприємств, а саме: ліцензування, патентування, сертифікацію, стандартизацію тощо [23]. Крім того, створення суб'єкта підприємницької діяльності або некомерційної форми власності неможливе без застосування громадського впливу, що слугує досягненню суспільних інтересів.

Умови трансформаційного періоду вимагають розробки та впровадження комбінованої моделі організації медичної допомоги з урахуванням специфіки політико-економічної системи, нормативно-правової бази, реальної економічної ситуації та розвитку громадянського суспільства в країні. Тому проблема дослідження функціонування національних систем охорони здоров'я та узагальнення зарубіжного досвіду є надзвичайно актуальною для теорії та практики державного управління.

Історично кожна країна виробила свій шлях залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість ресурсів, що надаються суспільством, а також ефективність їх використання у сфері охорони здоров'я визначаються складною системою економічних, політичних та інших взаємовідносин, що історично склалися в країні [59].

До параметрів, що виражають основні характеристики системи охорони здоров'я та її основні економічні характеристики, належать:

- відносини власності;
- методи фінансування (залучення ресурсів);
- механізми стимулювання медичного персоналу (тих, що надають послуги) і населення (споживачів медичних послуг);
- форми і методи контролю обсягів і якості медичної допомоги.

Так історично склалося, що в кожній країні склався і склався свій спосіб отримання економічних ресурсів для надання медичної допомоги, а також збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість ресурсів, що надаються суспільством, а також ефективність їх використання в охороні здоров'я визначаються складною системою економічних, політичних та інших відносин, що історично склалися в країні.

Наявність належної системи охорони здоров'я в країні визначається багатьма обставинами, але будь-які відмінності в системах охорони здоров'я різних країн залежать від ролі та функцій держави в цих системах. Сьогодні всі існуючі системи охорони здоров'я зводяться до трьох основних економічних моделей. Унікальних, загальноприйнятих назв для цих моделей немає, але описи їх основних параметрів дають фахівці, в цілому одне і те ж. Це:

- платна медицина, заснована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування;
- державна медицина з бюджетною системою фінансування;
- система охорони здоров'я, яка будується на принципах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування.

Для першої моделі характерне надання медичної допомоги переважно на платній основі за рахунок самого споживача медичних послуг, відсутність єдиної системи державного медичного страхування. Головним інструментом задоволення потреб у медичних послугах є ринок медичних послуг. Ту частину потреб, яка не задовольняється ринком (малозабезпечені верстви населення, пенсіонери, безробітні) бере на себе держава шляхом розробки й фінансування суспільних програм медичної допомоги. Найяскравіше вона представлена охороною здоров'я США, де основою організації охорони здоров'я є приватний ринок медичних послуг, що доповнюється державними програмами медичного обслуговування бідних «Medicaid» і пенсіонерів «Medicare». Таку модель зазвичай називають платною, ринковою, американською, іноді – системою приватного страхування.

Друга модель характеризується значною роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється головним чином з держбюджету, за рахунок податків з підприємств і населення. Населення країни отримує медичну допомогу безкоштовно (за винятком невеликого набору медичних послуг). Таким чином, держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги й забезпечує задоволення більшої частини суспільної потреби в послугах охорони здоров'я. Ринку тут відведена другорядна роль, як правило, під контролем держави. Ця модель з 1948 р. існує у Великобританії. Вона характерна також для Данії (1973 р.), Ірландії (1971 р.), Італії (1980 р.), Португалії (1979 р.), Іспанії (1986 р.) та Греції (1983 р.). Її називають державною, бюджетною, держбюджетною.

Третю модель визначають як соціально-страхову, або систему регульованого страхування здоров'я. Ця модель охорони здоров'я спирається на принципи змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання та соціальних гарантій, доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Вона характеризується в першу чергу наявністю обов'язкового медичного страхування всього або майже всього населення країни за певної участі держави у фінансуванні страхових фондів. Держава тут відіграє роль гаранта в задоволенні

суспільно необхідних потреб усіх громадян або їх більшості в медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг. Роль ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантований рівень із забезпеченням свободи вибору та суверенітету споживачів. Багатоканальна система фінансування (з прибутку страхових організацій, відрахувань від зарплати, державного бюджету) створює необхідну гнучкість і стійкість фінансової бази соціально-страхової медицини. Найбільш яскраво ця модель представлена охороною здоров'я ФРН, Франції, Нідерландів, Австрії, Бельгії, Голландії, Швейцарії, Канади та Японії.

У соціально-страхову модель включені ознаки як державної, так і ринкової моделей. Залежно від того, які параметри переважають, соціально- страхова модель може бути ближче або до державної, або до ринкової. Так, соціально- страхові моделі систем охорони здоров'я країн Скандинавії та Канади мають багато загального з державною моделлю, а система охорони здоров'я Франції близька до ринкової. Проте в основі виділення перелічених моделей лежить не тільки роль держави, але й розуміння та визначення «товару» у сфері охорони здоров'я. Слід зазначити, що однозначної думки з приводу того, що ж є товаром у цій сфері життєдіяльності до цих пір не існує, хоча ще з найдавніших часів на це питання намагалися відповісти і єгипетські жриці, і лікарі китайських імператорів. Хоча основною метою охорони здоров'я є саме здоров'я людини, розглянути його як товар проблематично. І перш за все тому, що воно важко піддається оцінці в грошах. Проте найголовніше, що якби така оцінка здоров'я людини в грошовому виразі була знайдена, то саме вона визначала б ціну людського життя. У зв'язку з цим як товар пропонується розглядати медичні послуги, а систему охорони здоров'я визначити як організовану діяльність, у ході якої здійснюється виробництво цих послуг.

В описаних вище моделях організації охорони здоров'я специфіка медичної послуги як продукту враховується по-різному. І цей фактор не менш важливий, ніж роль держави в розмежуванні різних форм організації системи охорони здоров'я. Тому в ринковій моделі медичні послуги розглядаються як будь-який

інший товар, який можна купити або продати за класичними законами ринку (тобто з мінімальним урахуванням його соціальної специфіки). Як уже наголошувалося, типовим прикладом ринкової моделі є ринок медичних послуг США [61]. Сфера охорони здоров'я тут представлена розвиненою системою приватних медичних установ і комерційного медичного страхування, де лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти - їх покупцями. Такий ринок найбільш наближений до вільного і має всі його переваги та недоліки [62].

Жорстка конкуренція створює умови для якісного зростання, пошуку нових продуктів і технологій, суворого усунення економічно неефективних стратегій і учасників ринку. Це визначає позитивні сторони моделі ринку охорони здоров'я. З іншого боку, недостатнє врахування специфіки даного виду продукції (необмежений попит, монополія продавця тощо) призводить до відомих негативних моментів:

- надмірне збільшення витрат на лікування;
- неможливість державного контролю і тому труднощі у встановленні пріоритетів між охороною здоров'я та іншими секторами економіки;
- можливість виникнення криз перевиробництва та стимулювання надання невиправданих послуг;
- вимоги до методів недобросовісної конкуренції;
- надмірний вплив моди та реклами;
- і перш за все, нерівний доступ до медичної допомоги.

Наявність комерційного страховика, зацікавленого у збереженні свого доходу, може зменшити обсяг послуг (через експертну оцінку), ціну медичної послуги (тендер) і, отже, саму оплату медичної допомоги. Зниження загальних витрат розширює коло потенційних пацієнтів на ринку медичних послуг і збільшує обсяг попиту.

В умовах ринкової організації системи охорони здоров'я пацієнту постійно доводиться вирішувати дилему: на якому ринку – фінансовому чи страховому – інвестувати свої заощадження. Ви повинні вирішувати між вигідною інвестицією та ризиком захворіти та не мати можливості оплатити медичне обслуговування.

Зазвичай діють такі правила: чим більший ризик захворювання і чим більший страх перед фінансовими витратами на ліки, тим сильнішим повинен бути захист і тим вищими його витрати (по відношенню до потенційного доходу).

Ринкова модель організації системи охорони здоров'я є однією з найякісніших, але водночас і найдорожчих моделей. Так, суто економічний внесок здоров'я як одного з найважливіших робочих параметрів в економіку США оцінюється в 10% ВВП, сотні мільярдів доларів, але витрати на охорону здоров'я ще вищі, становлять 14% ВВП. Тому з економічної точки зору ця модель є неефективною і потребує надмірних витрат коштів. Крім того, ринкова система охорони здоров'я не надає населенню жодних соціальних гарантій при користуванні медичними послугами. Ринкова модель доступна не всім верствам населення. Існує також надзвичайна нерівність у використанні медичних послуг, яка тісно пов'язана з диференціацією доходів. У 2008 році на 10% населення припадало 70% усіх використаних медичних послуг.

Якщо основним параметром медичних послуг вважати соціальну специфіку, то купівля або продаж медичної допомоги є непрямою покупкою національного здоров'я. У цьому випадку принцип рівного доступу до медичних послуг стає найважливішим аспектом у побудові системи охорони здоров'я. Найпростіший спосіб забезпечити це – встановити державний контроль над системою охорони здоров'я.

Тож у бюджетній системі охорони здоров'я переважають соціальні пріоритети. Типовим прикладом державної моделі є британський ринок охорони здоров'я, в основі якого лежить державна система охорони здоров'я. Ця система охорони здоров'я була названа Беверіджем на честь лорда Беверіджа, який у 1942 році оприлюднив ідеї, що стали основою моделі домашнього господарства: багаті платять за бідних, здорові платять за хворих. За такого підходу суспільство намагається фінансувати здоров'я нації, оплачуючи медичні послуги, призначені для його підтримки. На цьому ринку набагато легше пов'язати національні пріоритети охорони здоров'я з іншими національними економічними пріоритетами. Ця організаційна модель системи охорони здоров'я орієнтована на

ринок централізованої, планової та розподіленої економіки та має позитивні та негативні характеристики, відповідні цим економікам.

Відсутність природних факторів стимулювання розвитку зумовлена недоліками цієї моделі. Це призводить до повільного зростання якості медичної допомоги, недостатньої гнучкості організаційних структур, можливості довготривалої реалізації неефективних стратегій та використання старих медичних технологій. Однак є й очевидні переваги. Основна увага приділяється профілактиці захворювань. Оскільки за здоров'я в кінцевому підсумку платять, то лікар об'єктивно зацікавлений у зниженні захворюваності, зменшенні обсягу медичних послуг, а на вільному ринку він об'єктивно зацікавлений у зворотному.

Рівний доступ до медичної допомоги часто досягається шляхом різкого обмеження свободи вибору пацієнта щодо лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) чи лікаря. В даний час у багатьох країнах, що використовують державну модель, робляться спроби усунути такий очевидний недолік в організації системи охорони здоров'я. Однак цей процес тільки почався. У Швеції, наприклад, лише в 1991 році після експериментального випробування було вирішено надати кожному шведу право вільно обирати медичний заклад чи лікаря на всій території країни. Подібне рішення ухвалили в Данії, але у Фінляндії пацієнт може вибрати будь-якого лікаря загальної практики або спеціаліста лише в конкретному медичному центрі чи лікарні.

Історично перша національна система медичного страхування в Німеччині була запроваджена під час правління канцлера Отто Бісмарка (1883–1889), тому її назвали системою Бісмарка. Це була серія спеціальних законів, призначених для страхування працівників на випадок хвороби, інвалідності, старості та нещасних випадків. В основу цих нормативно-правових актів було покладено принцип: здоров'я – це капітал, який підвищує ефективність соціальної роботи, тому основною характерною межею медичних послуг у цій моделі вважається випадковий потенційний попит, пов'язаний із ризиком втрати здоров'я та працездатності. При цьому праця розуміється як один із найважливіших факторів виробництва («гвинт» суспільного виробництва), ймовірність «розвалу» якого

має бути мінімізована. І саме це є основним завданням медичного страхування.

Таким чином, у моделі Бісмарка здоров'я відіграє ту ж роль, що й капітал, по відношенню до праці. Здоров'я підвищує ефективність праці, цінність так званого «людського капіталу». Модель Бісмарка орієнтована насамперед на вирішення виключно економічних завдань: забезпечення зростання продуктивності праці та зниження економічних втрат. Проте, окрім покриття ризиків здоров'я як таких, система державного медичного страхування також забезпечувала перерозподіл доходів шляхом оплати медичних послуг через страхові фонди. Це дозволило пом'якшити гостроту соціальних проблем, які створюють ризик втрати працездатності для малозабезпечених верств населення.

Сучасне медичне страхування на всій території Німеччини зберегло основні принципи бісмарківської організації системи охорони здоров'я. Фінансування здійснюється шляхом об'єднання коштів з різних джерел: 60% коштів, отриманих ЛПУ, становлять державні медичні страхові компанії, з них 25% – страхування членів сімей працівників; 10% – кошти добровільного медичного страхування (ДМС), 15% – державні кошти від податків, 15% – особисті кошти громадян. Фонди соціального страхування, у свою чергу, формуються за рахунок трьох джерел: державного бюджету та внесків працівників і роботодавців. Середній рівень внесків на медичне страхування в 1990-х роках становив 13% по відношенню до фонду оплати праці. Внески сплачуються роботодавцями та працівниками порівну, тобто по 6,5%.

У Німеччині діє продумана система ціноутворення на медичні послуги. Одиницею фінансових розрахунків є «бал». Кількість балів відображає складність послуги. Загальна кількість балів за кожну послугу є стабільною та відомою всім учасникам медичного обслуговування та страхування. Виписка вартості медичних послуг в балах опублікована в спеціальних довідниках. Ціна ока в німецьких марках коригується щорічно, іноді навіть частіше, залежно від того, чи змінюється рівень цін або медичне обслуговування в країні. Ця система дозволяє без особливих зусиль своєчасно змінювати ціни та реагувати на певні економічні умови, наприклад інфляцію [14].

Канада є однією з країн, яка використовує модель соціального забезпечення. Як уже наголошувалося, незважаючи на те, що це система соціального страхування, канадська система охорони здоров'я нагадує державну модель. З одного боку, це пов'язано з орієнтацією системи охорони здоров'я Канади на соціальні характеристики медичних послуг. Увага медичних працівників до цієї системи зросла після того, як Канада досягла значного прогресу в забороні медичних витрат. У 1965 році частка витрат на охорону здоров'я у ВВП у цій країні становила 6,5%, тобто дорівнювала витратам у США, а в 90-х роках ця величина становила близько 8,7%, тоді як у США близько 8,7% і було трохи менше 12%. У Канаді діє національна система медичного страхування. Ця система державного соціального страхування гарантує медичне страхування практично всім громадянам країни. Крім того, обсяг отриманої медичної допомоги не залежить від розміру страхового внеску. Особі не можна відмовити у страхуванні через вік або стан здоров'я [53].

Фінансування постачальників медичних послуг у Канаді відбувається з одного джерела – національної системи страхування, яка збирає кошти з трьох фондів:

- федеральні фонди та кошти державного бюджету;
- кошти приватних страхових компаній;
- добровільні пожертвування [68].

Сфера діяльності приватних страхових компаній обмежена; їм дозволено страхувати лише послуги, які не входять до обов'язкового медичного страхування (OMS), наприклад, палати приватних лікарень, косметична хірургія. Загалом провінції накопичують свої фонди охорони здоров'я із загальних провінційних податків, але в ряді провінцій (Альберта, Британська Колумбія) мешканці сплачують спеціальний страховий внесок, у провінції Квебек роботодавці та працівники сплачують спеціальний податок із заробітної плати для цілей медичного страхування [62].

Перевага надається фінансуванню за рахунок місцевих податків, оскільки збір спеціальних страхових внесків може збільшити адміністративні витрати. Як

правило, витрати на охорону здоров'я становлять одну третину загальних річних витрат провінції. Зібрані кошти будуть спрямовані на фінансування обов'язкового страхування та розширення системи охорони здоров'я провінції. Щоб провінція отримала доступ до федерального фінансування, плани мають відповідати таким умовам:

- загальне охоплення населення (98-99%);
- універсальність (страховка повинна покривати всі необхідні медичні послуги);
- державне управління програмою на комерційній основі;
- доступність послуг, коли людина подорожує.

У Канаді існує два плани медичного страхування. До першої належать стаціонарні послуги, до другої – послуги лікарів. Більшість лікарень і лікарів у Канаді є приватними і отримують оплату за послуги. Однак тарифи на медичні послуги регулюються урядом і переглядаються щорічно. Держава не зацікавлена у підвищенні тарифів на медичні послуги, оскільки підвищення вартості лікування потребуватиме збільшення державного фінансування, а отже, і податків, що є непопулярним заходом. У Канаді існує фінансовий штраф для провінцій, лояльних до лікарів, які стягують із своїх пацієнтів додаткові ресурси понад встановлені ставки [69]. Суворий контроль витрат на медицину уповільнює темпи впровадження новітніх медичних технологій. У Канаді ретельно та всебічно зважують переваги та недоліки нових медичних технологій, щоб прийняти остаточне рішення щодо доцільності та наслідків їх використання з точки зору ефективності використання та навантаження на бюджет країни. Однак, оскільки значна частка бюджетних ресурсів становить загальну вартість медичної допомоги, канадський уряд зміг забезпечити чітку координацію програм охорони здоров'я та скоротити адміністративні витрати шляхом створення єдиного фінансиста в особі Національної системи страхування (сьогодні це 1-2% від загальних витрат на охорону здоров'я). Таким чином, кожна з розглянутих моделей організації системи охорони здоров'я базується на різному розумінні того, що являє собою продукт охорони здоров'я [68].

Ставлення до медичних послуг як до приватного, суспільного чи квазісуспільного блага визначає роль держави в системі охорони здоров'я, формування цін на ринку медичних послуг та оплату праці тих, хто працює в цій сфері. Застосування досягнень кожної з моделей неможливе без урахування специфіки перехідної економіки України, а саме дефіцитності державного бюджету; спад виробництва; високий рівень безробіття; низький рівень доходів населення; швидкі темпи інфляції. В умовах спаду виробництва та зростання безробіття, що тягне за собою погіршення якості життя, зростає потреба в медичних послугах, тому функціонування лікувально-профілактичних закладів потребує, перш за все, безперебійного фінансування.

Тому в перехідний період із характерним для нього дефіцитом державного бюджету розраховувати на ефективність державної моделі організації системи охорони здоров'я не доводиться. Низький рівень доходів населення та високі темпи інфляції суттєво обмежуватимуть платоспроможний попит фізичних осіб на медичні послуги. Падіння виробництва та націленість на виживання не дозволять компаніям добровільно страхувати своїх працівників, тому використання ринкової моделі в перехідний період призведе до того, що значна частина населення не зможе отримати необхідне для отримання медичної допомоги. догляд. Особливо це стосується соціально незахищених груп населення, таких як люди похилого віку, інваліди та діти, оскільки це групи з найнижчими доходами, але й найбільше потребують медичних послуг. Такі негативні наслідки в період економічних і політичних реформ можуть призвести до соціального вибуху.

Для забезпечення необхідного мінімального обсягу фінансування лікувально-профілактичних закладів необхідно поєднати всі можливі джерела фінансування. В умовах дефіциту державного бюджету та низьких доходів населення вирішити цю проблему може лише модель соціального страхування з багатоканальною системою фінансування (за рахунок прибутків страхових компаній, відрахувань із заробітної плати, державного бюджету).

2.2. Розвиток процесів децентралізації та їхній вплив на діяльність комунальних закладів охорони здоров'я

Процес перетворення закладів охорони здоров'я України на комунальні некомерційні підприємства суттєво пов'язаний з розвитком процесу децентралізації. З наукової точки зору такий зв'язок можна пояснити такими чинниками: по-перше, у процесі децентралізації в системі форм власності все більшого значення в усіх сферах життя громади набуває колективна форма власності, а по-друге, заклади охорони здоров'я, які раніше фінансувалися з бюджетів обласного рівня, набувають все більшого значення, новий статус некомерційних комунальних підприємств, що дозволяє більш раціонально використовувати кошти, отримані з бюджету, і відкриває нові можливості для самозайнятості, поповнення корпоративного бюджету, по-третє, статус комунального підприємства значною мірою відповідає соціальній потребі суспільства в якісних місцевих медичних послугах і лише в крайніх випадках виникає потреба звертатися до великих централізованих спеціалізованих медичних закладів або наукових у цій сфері, по-четверте, функціонування закладів охорони здоров'я у формі муніципальних підприємств та тісна співпраця з керівництвом громад дає більше можливостей у залученні кваліфікованого медичного персоналу, забезпеченні житлом та гідною оплатою праці та відкриває більше можливостей для подальшого зростання. Ці питання стають проблемою не лише для головного лікаря чи медичного директора, а й для керівництва громади.

Тому дослідження процесу діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я тісно пов'язане з дослідженням стану процесу децентралізації. З початку процесу децентралізації в нашій країні було створено 1029 об'єднаних територіальних громад, а на початок 2020 року – 49 громад, які вирішили об'єднатися, очікують на затвердження свого рішення. Із 1029 об'єднаних територіальних утворень 44 ТГ мають адміністративні центри в містах обласного значення, що свідчить про укрупнення міських утворень та приєднання приміських селищ до міст.

Слід підкреслити, що наразі в ТГ проживає 11,7 млн осіб, що становить 33,3% від загальної чисельності населення України (без урахування тимчасово окупованої території) та 246,8 тис. км. До складу області ТГ, яка займає 44,2% від загальної площі України (без урахування тимчасово окупованої території), входять 4698 територіальних громад, що відповідає 42,9% від загальної кількості рад базового рівня (без урахування тимчасово окупованої території). Неуніфікованими залишаються 6263 територіальні громади, що становить 57,1% від загальної кількості рад базового рівня (без урахування тимчасово окупованих територій) [40].

Слід зазначити, що за показником концентрації громад наразі в одне об'єднані 4,6 місцевих утворень. З роками тенденція була іншою. У 2015 році в середньому об'єднувалося 5,1 муніципалітету, у 2016 році – 4,7, у 2017 році – 4,7, у 2018 році – 4,0, у 2019 році – 4,3. Це може свідчити про те, що малі, нежиттєздатні громади вже об'єдналися, а самодостатні громади недостатньо активні, щоб об'єднатися. При цьому середня чисельність населення муніципалітету за п'ять років створення унітарних муніципалітетів становить 11388 осіб. За рік цей показник такий: 2015 рік – 8711 осіб, 2016 рік – 8359 осіб, 2017 рік – 8417 осіб, 2018 рік – 18964 особи, 2019 рік – 15269 осіб. Останні два роки показують значно більшу кількість жителів у нових унітарних містах, що пов'язано з розвитком процесу приєднання ТГ до міст обласного значення [40].

Якщо врахувати, що для відкриття центру первинної медико-санітарної допомоги відповідно до нормативу чисельність населення, яке має обслуговуватись, має складати 15 тис. осіб, а середньооблікова чисельність усієї громади – 11 388 осіб, то можна зробити висновок: не всі громади відкриють такі центри. Невелика кількість найбільших громад у регіонах зможе мати свій центр первинної медико-санітарної допомоги. Звичайно, майже в кожному муніципалітеті є можливість відкрити громадську аптеку, яка може обслуговувати 3000 осіб і в якій можуть працювати два сімейні лікарі, або відкрити аптеку однієї практики, яка може обслуговувати 2000 осіб і в якій може працювати один сімейний лікар. Але найефективнішим шляхом може бути

об'єднання фінансового потенціалу громад з метою створення спільного центру первинної медико-санітарної допомоги, який зможе обслуговувати жителів двох і більше громад.

В регіонах України процес об'єднання територіальних громад відбувається нерівномірно. Якщо проаналізувати статистичні матеріали щодо об'єднання територіальних громад, то можна побачити, що за п'ять років є області – лідери, які активніше здійснюють цей процес.

Ці оціночні та інші показники свідчать про нерівномірність процесу децентралізації та об'єднання місцевих органів влади в Україні. Аналізуючи перші п'ять регіонів, можна побачити, що лише Дніпро та Запоріжжя є великими містами, які є центрами відповідних областей, Житомир, Чернігів та Хмельницький значно менші за чисельністю населення. Крім того, ці регіони мають різний промисловий потенціал та спеціалізацію національного господарства (Дніпропетровська та Запорізька – індустріально-інноваційні центри, Житомирська – аграрно-індустріальний регіон, Хмельницька та Чернігівська – аграрні області). Крім того, ці регіони відрізняються своїми природно-кліматичними умовами і географічно розташовані в різних частинах країни. Тому основною причиною ефективності процесу приватизації можуть бути організаційні чинники, пов'язані з процесом об'єднання місцевих органів влади на регіональному рівні.

Слід виділити перші кроки в реформі децентралізації в системі охорони здоров'я. Так, у ході реалізації реформи децентралізації, перетворення лікарень на комунальні некомерційні підприємства, держава реалізувала 795 проектів у сфері медицини, з яких 153 проекти передбачали реконструкцію та реконструкцію лікарень країни. На ці цілі використано 4,55 млрд грн. Для лікарень придбали 2023 автомобілі на 0,99 млрд грн. З них 625 автомобілів призначені для нових аптек і 1398 для діючих аптек. Крім автомобілів, було закуплено 3969 аптек на суму 0,413 млрд грн [40].

У цьому контексті актуальним є порівняння умов об'єднання територіальних громад в Україні та Польщі. Україна та Польща мають схожу

політико-адміністративну систему, тому досвід Польщі, особливості реорганізації регіональних систем та сприйняття реформ у польському суспільстві є важливими для аналізу процесу в Україні. У таблиці 2.1 подано порівняльну характеристику основних вимог до реформи децентралізації в Україні та Польщі. З поданого в таблиці матеріалу видно, що за площею та чисельністю населення Україна дещо більша за Польщу. Однак населення Польщі проживає в 923 містах і 52,5 тис. сіл, тоді як населення України проживає лише в 457 містах і 28,6 тис. сіл. Це створює додаткові труднощі для населення у користуванні різними видами державних послуг, особливо послугами в системі медичного обслуговування.

Таблиця 2.1

Порівняння параметрів умов проведення реформ в Україні та Польщі

№	Параметри	Польща	Україна
1	Площа, тис. км ²	312,7	603,5
2	Населення, млн осіб	38,5	42,5
3	Густота населення (осіб на км ²)	122	77,8
4	Кількість населених пунктів	923 міста, 52,5 тисяч сіл	457 міст, 886 селищ міського типу, 28,6 тисяч сіл
5	Форма державного устрою	Унітарна держава	Унітарна держава
6	Форма державного правління	Республіка	Республіка
7	Різновид форми правління	Парламентська республіка	Парламентсько-президентська республіка
8	Гомогенність населення	Мононаціональна (93,5%)	Мононаціональна (77,8%)
9	Парламент	Двопалатний	Однопалатний
10	Виборча система	Пропорційна	Змішана
11	Виборчий поріг	5%	5%

Джерело: [42; 45]

Крім того, ми бачимо, що Польща є парламентською республікою, а Україна – парламентсько-президентською. Також є відмінності в структурі парламенту (Сейму та Верховної Ради). У Польщі – двопалатна система, в Україні – однопалатна. Однак ці два чинники не повинні суттєво вплинути на реформу децентралізації, якщо її впровадження вже затверджено.

Таким чином, можна визначити відповідність польської моделі

децентралізації українським реаліям. В обох країнах інститут самоврядування є основою політичної системи, елементом громадянського суспільства. Єдиним суб'єктом місцевого самоврядування є муніципалітет/муніципалітет. Адміністративно-територіальний устрій обох країн складається з трьох рівнів: область/провінція, район/повіт, муніципалітет/муніципалітет. Водночас у Польщі існують інші утворення «районних міст» і поселень у містах та окремих міст у сільській місцевості.

За певними факторами можна визначити різницю між початковими умовами та впровадженням реформ в Україні та Польщі. Основна відмінність місцевого самоврядування в Україні від Польщі полягає в тому, що в Україні існує державна адміністрація (інститут префекта) як на обласному, так і на районному рівнях. Хоча в Польщі немає державної адміністрації на районному рівні, Воєводський інститут діє на регіональному рівні. На відміну від Польщі, де реформи адміністративно-територіального та місцевого самоврядування на базовому рівні (муніципалітетах) були розділені в часі (1970 і 1990 рр.), в Україні ці реформи розпочалися одночасно.

Основна відмінність процесу реформ в Україні та Польщі полягає в підходах до організації реформи, що зумовило успішне впровадження реформи децентралізації в Польщі та значною мірою сприяло створенню єдиного «штабу реформ» з представників парламенту та уряду, експертів та неурядових організацій, в Україні існує значна кількість контрольних центрів у центрі та неадекватне управління реформою на регіональному рівні.

Слід визнати, що в Україні недостатньо вичерпної інформації про реформу децентралізації в Польщі та об'єднання місцевих органів влади в її рамках. Виходячи з матеріалів таблиці, також бачимо, що на реалізацію реформи децентралізації на території України значною мірою впливає невирішення проблем, пов'язаних із тимчасово непідконтрольними територіями та анексованою територією в Криму.

Загалом шляхи та методи реалізації реформи децентралізації та процесу об'єднання територіальних громад в Україні відповідають польській моделі та

спрямовані на суттєве покращення якості життя в регіонах і особливо в сільській місцевості.

Зробимо порівняльну характеристику системи охорони здоров'я в Польщі та Україні, зокрема:

1. Україна схожа на Польщу тим, що страждає від застарілої системи Семашка. У минулому Польща пройшла довгий шлях, щоб вийти з системи Семашка. Зросли зарплати медичних працівників. Змінилася бюджетна система, а також проведена реорганізація лікарень (зменшення кількості підрозділів або зміна профілю лікарні).

2. Приватний сектор домінує в більшості сфер охорони здоров'я, тоді як державний сектор переважно охоплює стаціонарну допомогу. Це дає змогу підвищити ефективність управління лікарнею та покращити розподіл методів лікування. Це приклад, який показує, що приватна медицина не тільки виходить за рамки потреб пацієнтів, але й забезпечує ефективну довгострокову допомогу.

3. Медичний туризм – ще один перспективний напрямок, в якому Польща активно розвивається. Оскільки вартість лікування в Польщі нижча, ніж у більшості країн ЄС, багато іноземців приїжджають до польських медичних закладів для лікування або відновлення. Цей вид туризму є дуже сучасним і має великий потенціал в Україні.

4. Змінилося також уявлення пацієнтів про систему охорони здоров'я та лікарів. Тепер громадяни Польщі мають більше шансів зустрітися з кваліфікованим лікарем у клініці з високою якістю обслуговування, ніж просто звернутися до будь-якого лікаря [45; 42, с. 13-18].

Висновки до розділу 2

Аналіз розвитку процесу децентралізації та можливості створення комунального медичного підприємства в нових умовах дав змогу застосувати сучасну концепцію децентралізації на основі підходів до спільного фінансування з урахуванням досвіду польських проектів у сфері охорони здоров'я, що дозволяє

співпрацювати місцевій владі у форматі створення спільного комунального некомерційного підприємства. Основна відмінність процесу реформування в Україні та Польщі полягає в підходах до організації реформи, що зумовило успішне впровадження реформи децентралізації в Польщі та суттєво сприяло створенню єдиного «штабу реформ» у складі представників парламентського уряду.

Процес перетворення закладів охорони здоров'я України на комунальні некомерційні підприємства суттєво пов'язаний з розвитком процесу децентралізації. Такий зв'язок можна пояснити такими чинниками:

- у процесі децентралізації в системі форм власності все більшого значення в усіх сферах життя громади набуває колективна форма власності;
- заклади охорони здоров'я, які раніше фінансувалися з бюджетів обласного рівня, набувають все більшого значення, новий статус некомерційних комунальних підприємств, що дозволяє більш раціонально використовувати кошти, отримані з бюджету, і відкриває нові можливості для самозайнятості, поповнення корпоративного бюджету;
- статус комунального підприємства значною мірою відповідає соціальній потребі суспільства в якісних місцевих медичних послугах і лише в крайніх випадках виникає потреба звертатися до великих централізованих спеціалізованих медичних закладів або наукових у цій сфері,
- функціонування закладів охорони здоров'я у формі муніципальних підприємств та тісна співпраця з керівництвом громад дає більше можливостей у залученні кваліфікованого медичного персоналу, забезпеченні житлом та гідною оплатою праці та відкриває більше можливостей для подальшого зростання.

Ці питання стають проблемою не лише для головного лікаря чи медичного директора, а й для керівництва місцевої громади.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

3.1. Ключові вектори державного регулювання наданням медичних послуг в Україні в умовах децентралізації

Відповідно до проекту Закону України «Про стратегію сталого розвитку України на період до 2030 року» однією із визначених стратегічних цілей розвитку держави є забезпечення охорони здоров'я населення. Згідно з джерелом, основними принципами державного контролю в охороні здоров'я є принципи верховенства права; законність; публічність; поєднання централізації та децентралізації; системи. Водночас децентралізацію влади можна пояснити детермінацією процесів взаємодії децентралізованих органів управління, які забезпечуються моніторингом та оцінкою системи охорони здоров'я з метою всебічного задоволення потреб суспільства в цілому, особливо кожного громадянина в наданні якісної медичної підтримки та допомоги

Реформа децентралізації передбачає відповідальність органів місцевого самоврядування за ефективність роботи та її виконання відповідно до норм законодавства. В Україні процес децентралізації було започатковано прийняттям Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, Законів України «Про співробітництво територіальних громад», «Про добровільне об'єднання територіальних громад» тощо.

Реалізація медичної реформи в Україні в умовах децентралізації потребує внесення відповідних законодавчих змін та передбачає можливість перетворення комунальних закладів охорони здоров'я, які мають статус бюджетних установ, у комунальні некомерційні підприємства з автономним статусом. Медичні заклади здатні генерувати економічні результати та мають право самостійно розпоряджатися отриманими доходами. Держава через органи виконавчої влади,

місцевого самоврядування чи інші уповноважені нею органи має здійснювати функції з організації медичного обслуговування та фінансової компенсації вартості медичних послуг, забезпечуючи тим самим реалізацію очікувань, прав і законних інтересів всіх груп учасників системи охорони здоров'я та баланс між ними. З іншого боку, необхідно забезпечити контроль за витратами та раціональним використанням державних фінансових ресурсів, що виділяються на сферу охорони здоров'я. Тому держава, забезпечуючи, з одного боку, доступність і якість медичної допомоги населенню та прийнятний рівень доходів медичного персоналу, з іншого боку, має створити умови, які стимулюватимуть постачальників надавати більш якісні послуги медичного персоналу. необхідних типів і у відповідних кількостях за найнижчої можливої вартості. Ці умови покликані забезпечити запровадження децентралізації та автономії в управлінні системою охорони здоров'я.

У демократичній державі зазвичай формується децентралізована модель державного управління системою охорони здоров'я з широким делегуванням повноважень вищим органам влади відповідно до існуючої ієрархічної структури. Із зростанням децентралізації зростає і прозорість процесів управління. Коли є ознаки публічності, державне управління стає більш відкритим, вводяться характеристики державного управління. Основними завданнями механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я є: забезпечення високого рівня якості медичних послуг; гарантії надання безоплатної медичної допомоги окремим групам населення; раціональне та адресне фінансове забезпечення; інноваційний розвиток; ефективне управління системою охорони здоров'я; управління кадровим потенціалом; сприяння добросовісній конкуренції на ринку медичних послуг тощо.

Таким чином, учасниками процесу управління охороною здоров'я можуть бути органи державної влади, де чітко визначену роль відіграють насамперед законодавчий орган (парламент), органи виконавчої влади (уряд та інші центральні органи виконавчої влади) та органи судової влади. Однак до децентралізованого процесу управління охороною здоров'я залучені також інші

державні та неурядові установи та організації. У деяких країнах держава делегує частину функцій регіональним або місцевим органам влади, в інших повноваження щодо саморегулювання делегуються різним неурядовим організаціям (наприклад, ліцензування медичним асоціаціям, страхування асоціаціям медичного страхування тощо). У ряді країн існують національні органи, незалежні від уряду, масштаб і сфера діяльності яких залежить від багатьох факторів, включаючи характер діяльності, що регулюється, конкретний сегмент системи охорони здоров'я, що підлягає регулюванню, тощо, а також взаємні дії різних елементів, від інституційної структури всієї системи охорони здоров'я, від національних культурних традицій тощо.

Реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні має здійснюватися в рамках загальновизнаних у Європі принципів соціальної рівності, справедливості та солідарності в організації та наданні медичних послуг, оскільки саме такий підхід дозволив європейським країнам досягти високих показників стану здоров'я своїх громадян. Досвід країн Європейського Союзу та країн Центрально-Східної Європи, які нещодавно стали на шлях реформ, доводить, що механізм фінансування охорони здоров'я можна успішно вдосконалювати в рамках бюджетного фінансування та соціального медичного страхування. У багатьох країнах Європейського Союзу держава так чи інакше (або від імені окремих категорій громадян, або у вигляді капітальних вкладень) бере участь у розвитку страхової медицини.

Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України визначено необхідність вжиття низки заходів щодо реформування економічних основ системи охорони здоров'я та, зокрема, покращення її фінансування. Концепція передбачає створення багатогалузевої системи громадського здоров'я з координуючою роллю МОЗ України; встановлення пріоритетів громадського здоров'я для забезпечення їх пріоритетного фінансування та створення механізмів фінансування системи громадського здоров'я для забезпечення прозорості та підзвітності у використанні наявних ресурсів.

Сутністю медичної реформи в Україні є перехід на оплату діяльності медичних працівників за конкретними результатами їх діяльності. Для вирішення цієї проблеми необхідно змінити характер взаємовідносин між надавачем медичних послуг та його клієнтом – відповідальним розпорядником бюджетних коштів. На зміну командно-адміністративній моделі відносин між цими суб'єктами повинна прийти договірна модель, відповідно до якої відносини регулюються договорами. При цьому розпорядник бюджетних коштів має діяти в інтересах пацієнтів як сторонній платник, а заклад охорони здоров'я чи лікар як фізична особа-підприємець, яка отримала дозвіл на провадження господарської діяльності з медичної практики, як постачальник послуг.

Медична реформа охоплює всі медичні заклади незалежно від форм власності. Однак процеси реформування значною мірою стосуються комунальних медичних закладів, які наразі набувають статусу некомерційних підприємств. Загалом, розглядаючи механізми державного управління недержавною сферою охорони здоров'я в умовах децентралізації, вважаємо за доцільне більш детально зупинитися на вдосконаленні таких механізмів у зв'язку з розвитком муніципальних закладів як елемента недержавного сектора. Така увага в основному пов'язана з тим, що на дане з'єднання, як на первинне і допоміжне, покладено завдання медичного обслуговування населення. Якість цих послуг, що, зрештою, є одним із головних завдань реформи, залежить від організації та умов діяльності муніципальних підприємств, їх кадрового забезпечення, відповідного фінансування тощо.

Правовою основою перетворення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) із комунальної організації (закладу, установи) у ЗОЗ став Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення Законодавство про діяльність закладів охорони здоров'я», яким внесено зміни до Закону України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я», зокрема визначено заклад охорони здоров'я як юридичну особу будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що

здійснює медичне обслуговування населення на основі відповідної реєстрації та професійної діяльності медичного (фармацевтичного) персоналу. Для реорганізації ЗОХ в КНП необхідно пройти офіційну процедуру реструктуризації відповідно до закону.

На правовому рівні прямого визначення комунального некомерційного підприємства немає, але аналіз норм Господарського кодексу України (ГК) дає змогу сформулювати особливості такої організаційно-правової форми господарювання. Так, згідно зі ст. 52 ГКУ ведення некомерційної діяльності – це самостійна систематична господарська діяльність, що здійснюється суб'єктами господарювання і спрямована на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Некомерційна господарська діяльність може провадитися суб'єктами господарювання на праві власності чи праві оперативного управління в організаційно-правових формах, що встановлюються власником або відповідним органом управління чи місцевого самоврядування з урахуванням вимог, передбачених ГК та інші закони.

Важливо підкреслити, що некомерційний характер товариства полягає в тому, що кошти, отримані від його діяльності, використовуються виключно для виконання завдань, визначених статутом. Придбання нового медичного обладнання або наймання працівників такими медичними закладами не суперечить статусу неприбутковості. Однією з головних переваг перетворення (реструктуризації) медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства є підвищення їх самостійності в господарсько-управлінській діяльності, що, відповідно, стимулюватиме підвищення якості надання медичних послуг та підвищення економічної ефективності використання існуючих активів.

До інших істотних переваг можна віднести наступне:

- розширення повноважень керівника інституту щодо управління фінансовими ресурсами, організації кадрової політики та визначення внутрішньої структури закладу;
- право адміністрації на вільний вибір форми оплати праці працівників у рамках чинного законодавства;

- регулювання видатків відповідно до власного фінансового плану, в межах якого самостійно розпоряджається власними коштами, отриманими від Національної служби здоров'я України;
- право здійснювати операції через банківський рахунок;
- право на об'єднання з іншими лікувальними закладами – некомерційними комунальними установами – з метою оптимізації використання кадрового потенціалу, коштів, матеріально-технічної бази;
- право залучати в рамках договору підряду медичних працівників, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я.

Реформа фінансування системи охорони здоров'я, яка розпочалася в Україні у 2017 р., передбачає централізацію видатків на закупівлю пакету основних медичних послуг та виділення єдиного національного платника – НСЗУ: видатки на первинну медичне обслуговування – з 2018 р.; витрати на весь пакет, включаючи спеціалізовану та екстрену допомогу, станом на квітень 2020 р. Реалізація медичної реформи звільнила органи місцевого самоврядування від відповідальності за фінансування основних послуг (крім оплати комунальних та капітальних витрат), що дозволило їм зробити це перенаправлення коштів із охорони здоров'я в інші сфери. Водночас для досягнення компенсаційного ефекту уряд збільшив номінальні витрати на фінансування системи охорони здоров'я у 2018-2021 рр.

До реформи системи охорони здоров'я витрати домогосподарств на охорону здоров'я становили в середньому 51% від загальної суми (приблизно 4% ВВП). Видатки бюджету склалися переважно з видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%). За таких обставин було дуже мало фінансових можливостей для реального надання послуг, тобто на лікування хворих, придбання медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних засобів тощо.

Для вирішення зазначених проблем в Україні запроваджується перехід на нову систему фінансування всіх закладів усіх рівнів надання медичної допомоги

за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Тобто заклади стають автономними суб'єктами господарювання, які отримують компенсацію за фактично надану пацієнтам медичну допомогу. Укладаючи договір з НСЗУ, кожен заклад отримує фінансування відповідно до кількості пацієнтів, які уклали декларації з лікарями, а також додатково для пацієнтів, які проживають у зоні обслуговування закладів, але ще не обрали лікаря.

Бюджетні витрати на охорону здоров'я в Україні постійно зростають. Зі 128 млрд грн у 2019 р. вони зросли до 198 млрд грн у 2021 р., а у 2022 р. очікувалося збільшення цих витрат до 224 млрд грн. Крім того, протягом 2015-2021 рр. уряд поступово розширив систему фінансового вирівнювання, яка дає змогу підтримувати громади з обмеженими економічними можливостями шляхом безумовного збільшення їхніх доходів та опосередковано отримувати вигоду від медичних закладів. Проте обсяг цієї допомоги все ще недостатній для покриття витрат окремих громад. Порівняно із середнім показником у країнах-членах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), в Україні на покриття витрат на охорону здоров'я виділяється значно менша частка бюджетних ресурсів, але водночас значно більша частка йде на безпеку і правосуддя, соціальний захист і освіту.

Із впровадженням страхової медицини та появою великої кількості приватних медичних закладів на ринку медичних послуг виникла конкуренція, відповідно зросла увага до їх якості. Досягнення та підтримання високої конкурентоспроможності медичних закладів є одним із найважливіших завдань менеджменту закладів охорони здоров'я, реалізація якого можлива на основі інноваційних технологій управління та впровадження їх у функціональну діяльність медичних закладів. Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є медична, адміністративна та економічна ефективність, а одним із основних напрямків ефективного управління медичним закладом можна вважати формування ефективної кадрової політики.

Сьогодні в Україні відчувається гостра нестача професійних організаторів охорони здоров'я, здатних приймати відповідальні, незалежні та ефективні

рішення стратегічного характеру. Це пов'язано з відсутністю ефективної системи підготовки керівників сфери охорони здоров'я та потребує створення якісної освітньої бази, що враховує найкращі досягнення провідних країн світу та реалії української системи охорони здоров'я. Керівниками в розвинутих країнах світу є спеціалісти з економічною чи юридичною підготовкою – медичні менеджери, а в Україні більша частка менеджерів у сфері охорони здоров'я – спеціалісти без управлінського досвіду та навичок, які мають медичну освіту (практики), а не юридичну чи мають економічну освіту. Від початку медичної реформи точиться активна дискусія щодо статусу керівників медичних закладів та необхідності спеціальної підготовки для обіймання цієї посади. Раніше як адміністративні, так і лікувальні функції в медзакладах України виконував головний лікар. У розвинутих країнах ці функції розмежовані: адміністративні питання знаходяться в управлінні головного менеджера, а медичними процесами керує медичний директор. З 2019 р. Україна також почала впроваджувати світовий досвід у чіткому розмежуванні сфер компетенції для підвищення ефективності управління медичними закладами. Крім того, з 2022 р. претенденти на керівні посади в закладах охорони здоров'я мають пройти навчання за спеціальністю «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» (затверджено Рішення від 31.10.2018 № 1977 МОЗ України).

Функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг у сучасних умовах має враховувати внутрішні та зовнішні виклики, пов'язані з впровадженням медичної реформи та процесів децентралізації, зокрема: використання нових моделей управління; нові методи оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою; удосконалення планувальних та організаційних форм медичних закладів; професіоналізація кадрового забезпечення медичних закладів; інноваційне інформаційно-аналітичне забезпечення; розмежування джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг; проведення аудиту якості медичної допомоги та постійний моніторинг конкурентоспроможності медичних послуг.

Передумовою надання медичних послуг малобюджетним медичним закладам було їх автономізацію та перетворення на комунальні некомерційні підприємства. Автономізація медичних закладів передбачає формування потужних пулів фінансових ресурсів для надання вторинної, третинної та екстреної допомоги на регіональному рівні, для надання первинної медико-санітарної допомоги – на рівні району/міста; зміна підходів до кадрового плану закладів охорони здоров'я – виходячи з обсягів і складності робіт, а не потенційних показників; формування підходів до оплати праці з урахуванням обсягу та якості роботи.

Удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів має відбуватися за трьома напрямками: вдосконалення державного управління в організаційно-правовому напрямі; удосконалення державного управління кадровою політикою автономних медичних закладів; удосконалення державного управління в напрямку ресурсозабезпечення шляхом впровадження державно-приватного партнерства. В умовах реформування та автономізації закладів охорони здоров'я важливою є взаємодія державних та комунальних медичних закладів із приватним сектором та бізнесом у різних формах співпраці з різним ступенем участі. Кооперацію доцільно будувати з урахуванням специфіки прояву попиту кінцевого споживача на послуги, що виникає на основі дії стимулів відповідних потреб.

3.2. Напрями підвищення результативності діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації

Існуючі в країні механізми державного та регіонального управління мають визначальний вплив на сформовані управлінські процедури управління охороною здоров'я в територіальних громадах та процедури управління комунальними некомерційними підприємствами – закладами охорони здоров'я. Система, яка нині склалася в управлінні комунальними підприємствами – закладами охорони

здоров'я – не ізольована від світу. Він відповідає європейським аналогам і базується на відомих світових моделях охорони здоров'я.

Порівняльний аналіз закордонного досвіду децентралізації в охороні здоров'я дозволяє зробити висновок, що такі процеси є складним завданням і залежать від:

- тип державного устрою країни, кількість рівнів управління;
- ступінь участі центральних органів влади у фінансуванні та управлінні системою охорони здоров'я на місцевому рівні;
- переважаючий механізм фінансування охорони здоров'я (бюджетний чи страховий);
- розподіл відповідальності та повноважень щодо надання різних видів медичної допомоги між рівнями влади та суб'єктами сектору (парламент, центральні органи влади, місцеві органи влади, медичні страхові компанії, медичні установи тощо) [51].

Слід мати на увазі, що система управління закладами охорони здоров'я на основі форм власності громади визначається не лише законами України у сфері регулювання системи охорони здоров'я. Важливою складовою системи регулювання діяльності закладів охорони здоров'я – муніципальних підприємств – є закони, що регулюють життєдіяльність країни на регіональному та субрегіональному рівнях. Одним із таких законів є Закон України «Про місцеве самоврядування». Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» регулює порядок набуття права спільної власності. Він встановлює наступні механізми формування спільного майна:

- безоплатна передача державою майна місцевим органам влади (тобто «роздержавлення»);
- безоплатна передача майна місцевим органам влади іншими суб'єктами власності;
- створення власності органами місцевого самоврядування;
- придбання у власність органами місцевого самоврядування в установленому законом порядку [8].

Встановлені в Законі України «Про місцеве самоврядування» механізми формування спільної власності останніми роками активно впроваджуються в господарську практику. Набуття установами та організаціями статусу комунального підприємства відбувалося і відбувається в рамках відомого процесу децентралізації. Безсумнівно, процес децентралізації має численні переваги, але й недоліки. Переваги процесу децентралізації включають:

- фінансова незалежність місцевої влади в забезпеченні своїх жителів суспільними благами;
- створення умов для більш повного задоволення потреб місцевого населення;
- підвищення відповідальності громад перед населенням ТГ;
- стимулювання державного сектору реагувати на запити громадян;

Формування конкурентного середовища на різних локальних рівнях

- органи влади, відповідальні за працю, інші фактори виробництва та споживачів суспільних благ;
- формування ефективної системи вирівнювання, спрямованої на сприяння розвитку територій;
- підвищення компетенції та кваліфікації органів місцевого самоврядування у вирішенні проблем розвитку відповідних територій;
- динамічність систем, здатність до експериментів та інновацій у наданні державних послуг;
- збалансування влади на різних рівнях управління.

До недоліків процесу децентралізації можна віднести:

- ускладнення процесу перерозподілу фінансових ресурсів через бюджет та управління та управління бюджетним процесом у цілому;
- складність узгодження місцевих потреб місцевої влади з макроекономічними потребами країни;
- виникнення регіональних податкових відмінностей;
- зменшення централізованого бюджетного контролю за формуванням та ефективним розподілом бюджетних коштів;

– обмеження централізованого збалансування дохідної та видаткової частин бюджетів місцевого самоврядування [52].

На підставі аналізу нормативно-правової бази та вивчення досвіду європейських країн можна зробити висновок, що система охорони здоров'я в цілому та діяльність комунальних закладів охорони здоров'я регулюється дуже складним інституційним регулюванням. Нормативно-правова база у сфері охорони здоров'я в Україні має певні недоліки, які суттєво ускладнюють координацію роботи у цій сфері. Ці дефекти включають:

– галузеві закони України не є законами прямої дії, оскільки не прописують реальних механізмів їх реалізації. Пропонується це зробити в статуті, але на практиці часто використовуються різні декларації, інформаційні листи тощо, які взагалі не є НПА;

– різноманітність і множинність НПА різного рівня, присвячених одній темі, але не завжди однаково трактованих. Крім того, відсутність усіх з них суттєво ускладнює нормативно-правове управління галуззю та призводить до протиріч;

– дуже часто при реалізації законодавчих положень у статутах допускаються спотворення, що призводять до різного прочитання;

– велика кількість НПА не дозволяє зазирнути за межі цієї безлічі правових прогалин і протиріч;

– відсутність галузевих законів та НПА місцевих управлінь, а також прийняття місцевих законів та нормативних актів, які здебільшого розширюють та спотворюють галузеве законодавство, значно ускладнює управління галуззю.

– відсутність єдиного зведеного нормативно-правового акту у сфері охорони здоров'я (одні питання охорони здоров'я регулюються законами, інші – указами Президента України, інші – рішеннями уряду, четверті – рішеннями та наказами міністерства). Органи охорони здоров'я України внесені до Єдиного державного реєстру нормативно-правових актів (це неопубліковані накази МОЗ України), які доступні не лише керівникам охорони здоров'я, медичному персоналу, а й населенню, ускладнюють надання медична допомога в рамках доказово-правової медичної допомоги [53].

Як уже зазначалося, основний напрямок системи нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я спрямований на посилення процесу децентралізації в медицині. Практична реалізація цих законів вже призвела до суттєвих змін в управлінні закладами охорони здоров'я в регіонах. Це підтверджують деякі висновки соціологічного опитування, наведені вище. У відповідях на запитання експерти високо оцінили особливі повноваження місцевої влади, які призводять до реорганізації діяльності медичних закладів у сільській місцевості на основі нових соціальних та ринкових підходів. Експерти вважають недостатніми повноваження органів державної влади: «заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної форми власності відповідних територіальних органів влади» та «встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутку підприємств», установи та організації спільної власності відповідних органів місцевого самоврядування». Ці два моменти мають більш формальний, «бюрократичний» характер і не мають прямого впливу на ефективність роботи медичних установ.

Суто організаційні заходи не зможуть привести до позитивного ефекту від діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в регіонах, якщо не буде налагоджена якісна та реальна організація фінансового розподілу між центром та регіонами. Одним із документів, що регулюють розподіл фінансових повноважень у процесі децентралізації, є Концепція реформування фінансування системи охорони здоров'я України, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. Згідно з документом, нова модель фінансування базуватиметься на таких принципах:

- фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у разі хвороби або відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неспроможність оплатити її на момент отримання;
- загальне охоплення та справедливий доступ до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує;
- прозорість та підзвітність – неприпустимість використання корупційних

схем, чіткість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні державних ресурсів;

- ефективність – максимальна віддача кожного бюджету, вкладеного в систему охорони здоров'я, краща якість і доступність послуг для пацієнтів, кращі умови праці та доходи для лікарів;

- вільний вибір – можливість пацієнта отримати допомогу в закладі охорони здоров'я, який найбільше відповідає його потребам;

- конкуренція постачальників – залучення постачальників усіх форм власності, формування мотивації до надання послуг більш високої якості, впровадження науково обґрунтованих та економічно ефективних методів роботи та забезпечення дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів;

- прогнозованість обсягів фінансування медичних послуг у державному бюджеті – комплексне стратегічне планування медичної допомоги та її витрат;

- субсидіарність – встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на найнижчому рівні управління, що дає змогу забезпечити відповідну доступність, відповідну якість та найкращу економічну ефективність цієї допомоги [54].

Розвиток закладів охорони здоров'я в регіонах і великих громадах стикається з рядом проблем, які наразі потребують невідкладного вирішення. Основними проблемами в діяльності підприємств є: проведення капітального та поточного ремонту приміщень, необхідність закупівлі спецобладнання нового покоління, збільшення коштів на закупівлю медикаментів та витратних матеріалів, збільшення чисельності лікарів та медичних кадрів, необхідність оновлення кадрів та залучення молодих спеціалістів.

Лікарні – комунальні підприємства у великих містах – обласних центрах знаходяться у більш вигідному місці. Однією з вузьких тем, яка ще потребує розробки, є розвиток телемедицини. Практичні переваги телемедицини при її більш широкому впровадженні в медичну практику полягають у наступному:

- повсюдно суттєво підвищити якість надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги хворим;

- надання консультативної допомоги медичному персоналу, який працює в центральних районних лікарнях, розташованих на відстані від обласних діагностичних центрів та клінічних лікарень;

- зменшення періодів тимчасової непрацездатності та кількості випадків втрати працездатності шляхом своєчасного надання медичної допомоги. Аналітичний огляд загальнодоступних моделей використання телемедицини в охороні здоров'я дав змогу зробити висновок, що в Україні доцільно використовувати західноєвропейську модель телемедицини для регулярного проведення різноманітних видів телеконсультацій у повсякденній клінічній практиці;

- організація спеціальних форм телеконсультування (телеконсультація, дистанційне відвідування) раціонально використовує досвід російської (багатоточкова відеоконференція) та північноамериканської (спеціальні заходи для медичних сестер) моделей телемедицини;

- ефективний розвиток та впровадження принципів доказової медицини буде ефективним завдяки використанню систем телемедицини та Інтернету, які дають змогу об'єднувати досвід спеціалістів багатоцентрових досліджень та проводити спільну роботу;

- важкодоступні, сільські та інші райони з недостатньо розвиненою інформаційною інфраструктурою повинні надавати перевагу мобільному та бездротовому доступу до Інтернету та його послуг (успішно перевірено в рамках африканської та «дешевої» моделей);

- успішне реформування амбулаторно-поліклінічної сфери та ефективний розвиток сімейної медицини вимагають реального впровадження підходів та ідей концепції «громадяниноцентрованої допомоги» та домашньої телемедицини за північноамериканським зразком;

- вирішення специфічних завдань відомчої медицини (військова медицина, медицина катастроф, допомога ізольованим групам населення тощо) потребує використання мобільних і стаціонарних телемедичних систем, які мають створюватися за моделлю «двох островів» [57, с. 65-66].

Розвиток телемедицини поки що не є головним пріоритетом у реформуванні системи охорони здоров'я, але таке нововведення стане дієвим доповненням до основних реформаторських заходів. Щоб підвищити ефективність цього зв'язку системи охорони здоров'я та всіх інших її складових, МОЗ ухвалив план заходів щодо реформування медицини шляхом децентралізації. Такий план дій до 2025 р. включає наступні заходи:

- запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги;
- створення правової бази для нової системи фінансування охорони здоров'я;
- створення єдиного національного замовника медичних послуг;
- створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією;
- огляд уніфікованих клінічних протоколів для перерахування більшості
- поширені медичні захворювання та спрощення вимог до паперової звітності в медичних установах;
- запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- створення госпітальних округів;
- запровадження національної системи відшкодування вартості ліків за певним переліком захворювань;
- автономія державних закладів охорони здоров'я. Цей пункт також стосується громадських закладів охорони здоров'я [35].

Таким чином, можна визначити основні чинники розвитку діяльності комунальних підприємств у процесі децентралізації як: визначення основних особливостей децентралізації системи управління охороною здоров'я, визначення переваг та недоліків децентралізації, удосконалення законодавства та нормативного забезпечення процесу децентралізації, організаційна робота щодо практичного впровадження кращих практик комунальних підприємств у регіонах, запровадження системи фінансування, що відповідає організаційним вимогам децентралізації.

Висновки до розділу 3

Удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів має відбуватися за трьома напрямками: вдосконалення державного управління в організаційно-правовому напрямі; удосконалення державного управління кадровою політикою автономних медичних закладів; удосконалення державного управління в напрямку ресурсозабезпечення шляхом впровадження державно-приватного партнерства. В умовах реформування та автономізації закладів охорони здоров'я важливою є взаємодія державних та комунальних медичних закладів із приватним сектором та бізнесом у різних формах співпраці з різним ступенем участі. Кооперацію доцільно будувати з урахуванням специфіки прояву попиту кінцевого споживача на послуги, що виникає на основі дії стимулів відповідних потреб.

Виявлення та розкриття чинників діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації надало змогу сформулювати основні проблеми створення ефективної управлінської системи діяльності комунальних підприємств у процесі децентралізації, а саме: визначення основних характеристик децентралізації системи управління охороною здоров'я, виявлення переваг і недоліків децентралізації, удосконалення законодавчого та нормативно-правового забезпечення процесу децентралізації, організаційна робота з практичного втілення кращих практик діяльності комунальних підприємств у регіонах, запровадження системи фінансування, що є адекватною організаційним вимогам проведення децентралізації, розвиток телемедицини.

Основними чинники розвитку діяльності комунальних підприємств в процесі децентралізації є: визначення основних характеристик децентралізації системи управління охороною здоров'я, визначення переваг та недоліків децентралізації, вдосконалення законодавчого та нормативно-правового забезпечення процесу децентралізації, організаційна робота щодо практичного втілення кращих практик діяльності комунальних підприємств в регіонах, запровадження системи фінансування, що є адекватною організаційним вимогам проведення децентралізації.

ВИСНОВКИ

1. У процесі визначення теоретичних основ функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств набули подальшого розвитку механізми державного регулювання діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я, які враховують комунальну форму власності як найбільш притаманну розвитку місцевого самоврядування, що допомагає підвищити якість надання медичних послуг у регіоні. Переваги організації первинної медичної допомоги на основі комунальної власності пояснюються значною кількістю її форм та способів її застосування у формуванні нової моделі соціального розвитку держави, зокрема, організаційними можливостями трансформації системи охорони здоров'я в регіоні.

2. На основі теоретичного дослідження механізмів державного регулювання діяльністю комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації визначено підходи до систематизації процесу розвитку комунального підприємства закладу охорони здоров'я в об'єднаній територіальній громаді, які базуються на розвитку громади, системи охорони здоров'я в громаді та комунального підприємства закладу охорони здоров'я в громаді. Створення та функціонування лікувального закладу у формі комунального підприємства, його діяльність на основі запровадження сучасних інформаційних технологій, оформлення статутних документів та ліцензій, сучасне сертифіковане обладнання є головними складовими співпраці органів державного управління системою охорони здоров'я з місцевою владою.

3. Аналіз розвитку процесу децентралізації та можливості створення в нових умовах комунального підприємства охорони здоров'я надав змогу застосувати з урахуванням досвіду Польщі сучасну концепцію децентралізації, яка базується на підходах до спільного фінансування проєктів у сфері охорони здоров'я, що надає змогу вдосконалити співробітництво територіальних громад у форматі створення спільного комунального некомерційного підприємства. Основна відмінність процесу реформ в Україні та Польщі полягає в підходах до

організації реформи, які визначили успішне проведення реформи децентралізації в Польщі, великою мірою сприяючи єдиному «штабу реформ» з боку представників парламенту, уряду, експертів та неурядових організацій, в Україні існує значна кількість центрів контролю на центральному та недостатній рівень управління реформою на регіональному рівні.

4. Аналіз діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в Херсонській області та систематизація основної проблеми їх розвитку дозволив виявити такі проблеми: по-перше, матеріально-технічні та фінансові; по-друге, організаційні; по-третє, інституційні; по-четверте, кадрові. Досліджуючи кадрові проблеми, слід визначити, що в цілому відсутні заходи стимулювального характеру, які в приватному бізнесу консолідуються в систему заохочення під назвою «компенсаційний пакет».

5. Удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів має відбуватися за трьома напрямками: вдосконалення державного управління в організаційно-правовому напрямі; удосконалення державного управління кадровою політикою автономних медичних закладів; удосконалення державного управління в напрямку ресурсозабезпечення шляхом впровадження державно-приватного партнерства. В умовах реформування та автономізації закладів охорони здоров'я важливою є взаємодія державних та комунальних медичних закладів із приватним сектором та бізнесом у різних формах співпраці з різним ступенем участі. Кооперацію доцільно будувати з урахуванням специфіки прояву попиту кінцевого споживача на послуги, що виникає на основі дії стимулів відповідних потреб.

6. Виявлення та розкриття чинників діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації надало змогу сформулювати основні проблеми створення ефективної управлінської системи діяльності комунальних підприємств у процесі децентралізації, а саме: визначення основних характеристик децентралізації системи управління охороною здоров'я, виявлення переваг і недоліків децентралізації, удосконалення законодавчого та нормативно-правового забезпечення процесу децентралізації, організаційна

робота з практичного втілення кращих практик діяльності комунальних підприємств у регіонах, запровадження системи фінансування, що є адекватною організаційним вимогам проведення децентралізації, розвиток телемедицини.

7. Основними чинники розвитку діяльності комунальних підприємств в процесі децентралізації є: визначення основних характеристик децентралізації системи управління охороною здоров'я, визначення переваг та недоліків децентралізації, вдосконалення законодавчого та нормативно-правового забезпечення процесу децентралізації, організаційна робота щодо практичного втілення кращих практик діяльності комунальних підприємств в регіонах, запровадження системи фінансування, що є адекватною організаційним вимогам проведення децентралізації.