

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ОБУХОВСЬКА ЛАРИСА ІВАНІВНА

УДК 351:614.2: 351.773(043.3)(477)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ІНСТИТУТУ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАСНОСТІ В
СИСТЕМУ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність 25.00.04 – місцеве самоврядування

Подається на здобуття наукового ступеня
кандидата наук з державного управління

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Обуховська Л.І.

науковий керівник:
доктор економічних наук,
професор **Сазонець Ігор Леонідович**

Запоріжжя – 2020

АНОТАЦІЯ

Обуховська Л.І. Імплементация інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. – Класичний приватний університет. Запоріжжя, 2020.

Визначено, що державне регулювання інститутом власності проводиться на основі запровадження головного інструменту – системи права. Законодавчі та нормативні акти регулюють систему відносин власності. Законодавчі механізми формують систему власності, захищають її та трансформують. Наявність власності є гарантією заможності населення країни. Система власності щільно пов'язана із інститутом соціальної справедливості. Ця теза знаходить відображення в сучасних концепціях корпоративної соціальної відповідальності, соціального партнерства.

З'ясовано, що серед форм власності найбільш швидкі трансформації на теперішній час в Україні проявляються в сфері комунальної власності. Це пов'язано із проведенням реформи децентралізації та передачею управлінських функцій держави на місця – місцевим органам влади. За короткий час основної формою існування закладів охорони здоров'я стала комунальна форма власності. Комунальна форма власності за своєю сутністю має значну кількість переваг в застосуванні на регіональному рівні. Вона більш наближена до потреб місцевих громад. Однак, виникає багато питань щодо її імплементації в сферу охорони здоров'я.

Значна кількість закладів охорони здоров'я в регіонах, обласних центрах і раніше існували на основі комунальної форми власності. На теперішній час із установ, що функціонують на старих засадах планово-адміністративної економіки, вони перетворюються на комунальні підприємства, діяльність яких спрямована на реалізацію свого соціального

призначення. Їхнє призначення – надання якісних медичних послуг на основі нових підходів до менеджменту. Такі нові підходи добре відомі в науці державного управління та менеджменту, однак в медичній сфері, в діяльності лікарень вони практично не застосовувалися.

Визначено, що в ході процесу децентралізації в системі форм власності все більшої ваги набуває комунальній формі власності в усіх сферах життєдіяльності громад. Заклади охорони здоров'я, отримують новий статус – некомерційних комунальних підприємств. Цей статус дозволяє раціонально використовувати отримані від бюджету кошти та надає нові можливості для самостійного поповнення бюджету підприємства. Статус комунального підприємства значною мірою відповідає соціальному запиту суспільства на отримання якісних медичних послуг на місцях. Функціонування закладів охорони здоров'я у вигляді комунальних підприємств і тісна співпраця з керівниками громад надає більші можливості в питаннях залучення кваліфікованих медичних кадрів.

Доведено, що практично в кожній громаді є можливість відкрити амбулаторію групової практики, або амбулаторію монопрактики, але найбільш ефективним шляхом може стати об'єднання фінансових потенціалів громад з метою створення спільного Центру первинної медичної допомоги, який зможе взяти на обслуговування мешканців двох або більше громад.

Проаналізовано діяльність низки комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я Рівненської області. Визначено, що основні проблеми, що стоять перед цими підприємствами. По-перше, це – матеріально-технічні та фінансові проблеми, зокрема. По-друге, організаційні проблеми. По-третє, проблеми інституційного характеру, По-четверте – кадрові проблеми.

Проведено соціологічне дослідження. В ньому брали участь фахівці, які працюють в управлінських підрозділах закладів системи охорони здоров'я Рівненської області. В опитуванні брали участь керівники районних лікарень Рівненської області, лікарі, що навчалися за магістерською

програмою «Державна служба» спеціальності «Публічне управління та адміністрування». В ході дослідження було виявлено думки практичних фахівців щодо розвитку напрямів діяльності комунальних підприємств в умовах проведення процесу децентралізації. В ході дослідження визначено основні перспективні напрямки розвитку комунальних підприємств закладів охорони здоров'я. Встановлено пріоритетність переваг функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств у відповідності до Методичних рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Визначено пріоритетність складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на державному та регіональному рівні. З'ясовано основні причини низької ефективності державного та регіонального управління роботою медичних установ в сільській місцевості.

Зазначено, що в сфері надання медичних послуг комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» проводить свою діяльність відповідно до положень Програми «Здоров'я 2020». Діяльність відповідає таким пунктам як: проведення заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організацію спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами.

У новому варіанті Статуту комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» з'явився значний перелік нових видів діяльності. Такі види діяльності лікарня проводила і раніше, але це було значною мірою інтегровано в безпосередню діяльність опосередковано через різні поточні, господарчі, лікарняні види діяльності. Відповідно до нової законодавчої бази та у відповідності до Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» лікарня може проводити діяльність, що відповідає вимогам системи охорони здоров'я, що трансформується.

Серед видів діяльності лікарні в Статуті визначено такі, що мають неприбутковий характер. Ці напрями діяльності значною мірою співвідносять з основними положеннями Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020». Перелік можливостей залучення коштів в комунальному підприємстві – закладі охорони здоров'я є дуже широким.

Можемо окреслити основні чинники розвитку діяльності комунальних підприємств в процесі децентралізації: 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, розвиток телемедицини.

Ключові слова: механізми, державного регулювання, комунальні, підприємства, заклади, охорона здоров'я, децентралізації, громади

SUMMARY

Obukhovska LI. Implementation of the institution of state property in the system of local self-government and the activity of health care institutions.– Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for a Candidate of Science Degree in Public Administration, specialty 25.00.02 – mechanisms of public administration. –Classical Private University, Zaporozhye, 2020.

It is determined that state regulation of the property institute is carried out on the basis of introduction of the main tool - the system of law. Legislative and regulatory acts regulate the system of property relations. Legislative mechanisms shape the property system, protect it and transform it. Ownership is a guarantee of the wealth of the country's population. The property system is tightly linked to the social justice institute. This thesis is reflected in the modern concepts of corporate social responsibility, social partnership.

It is determined that among the forms of ownership, the most rapid transformations in the present time in Ukraine are manifested in the sphere of communal property. This is related to the implementation of decentralization reform and the transfer of governmental functions to local authorities. In a short time, the communal form of ownership became the main form of health care facilities. A communal form of ownership by its nature has a significant number of advantages in applying at the regional level. It is closer to the needs of local communities. However, there are many questions regarding its implementation in the healthcare sector.

A significant number of health care facilities in the regions, regional centers, still existed on the basis of communal ownership. At present, from the institutions operating on the old principles of planned and administrative economy, they are being transformed into communal enterprises whose activities are aimed at realizing their social purpose. Their purpose is to provide quality health services based on new approaches to management. Such new approaches are well known in

the science of public administration and management, but in the medical field, they have hardly been applied in the operation of hospitals.

It is determined that during the process of decentralization in the system of ownership forms, communal ownership in all spheres of community life becomes more and more important. Healthcare facilities are getting a new status - non-profit utility companies. This status allows the rational use of the funds received from the budget and provides new opportunities for self-replenishment of the enterprise budget. The status of the utility is largely in line with the social demand of the community to receive quality medical services on the ground. Functioning of public health facilities in the form of public utilities and working closely with community leaders provides greater opportunities in attracting skilled medical personnel.

It has been proven that virtually every community has the opportunity to open a group practice or a monopRACTIC clinic, but the most effective way can be to combine the financial potential of communities to create a joint Primary Care Center that can accommodate residents of two or more communities.

The activity of a number of public utilities - healthcare institutions of Rivne region is analyzed. It is determined that the main problems facing these enterprises. The first is logistical and financial problems, in particular. Second, organizational problems. Third, problems of an institutional nature, Fourth - personnel problems.

A sociological survey was conducted. It was attended by specialists who work in the administrative units of health care institutions in Rivne region. Heads of rayon hospitals of Rivne region, doctors who studied for Master's Degree Program in Public Administration with a degree in Public Administration and Administration. In the course of the research, the opinions of practitioners on the development of directions of activity of utility companies in the conditions of carrying out the process of decentralization were revealed. In the course of the research the main perspective directions of development of communal enterprises of healthcare institutions were identified. The priority of advantages of functioning of health care establishments as communal enterprises in accordance with the

Methodological recommendations on transformation of health care establishments from budgetary institutions into communal non-profit enterprises is determined. The priority of the components of the effective development of public utilities - healthcare institutions at the state and regional level. The main reasons of low efficiency of state and regional management of work of medical institutions in rural areas are identified.

It has been determined that in the sphere of medical services provision, the Rivne Regional Clinical Hospital communal enterprise operates in accordance with the provisions of the Health 2020 Program. The activity corresponds to the following points: carrying out measures for prevention and early detection of diseases, exercising control over the course of diseases and preventing their adverse effects, forming a public health system, motivating the population to a healthy lifestyle, implementing rehabilitation measures, organizing special medical measures provision for individual disease classes and nosological forms.

In the new version of the Charter of the utility enterprise "Rivne Regional Clinical Hospital" a significant list of new activities appeared. Such activities have been carried out by the hospital before, but this has been largely integrated into direct activities indirectly through various current, economic, hospital activities. In accordance with the new legal framework and in accordance with the Concept of the National Health 2020 Program: The Ukrainian Dimension, hospitals can carry out activities that meet the requirements of the transforming healthcare system.

Among the activities of the hospital, the Charter defines those that are not-for-profit. These areas of activity are largely in line with the key elements of the Concept of the National Health 2020 Program. The list of opportunities to raise funds in a utility company - a healthcare facility is very wide.

We can identify the main factors for the development of utility companies in the process of decentralization as: defining the main characteristics of decentralization of the health care management system, determining the advantages and disadvantages of decentralization, improving the legislative and regulatory support of the decentralization process, organizational work on the

practical implementation of best practices of utility companies in the regions, the introduction of a financing system that is adequate to the organizational requirements of the implementation development of telemedicine.

Keywords: mechanisms, government regulation, utilities, enterprises, institutions, health care, decentralization, communities

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографії

1. Зима І.Я., Обуховська Л.І. Механізми забезпечення діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. Рівне : Волинські обереги, 2020, 168 с. *Внесок автора полягає у визначенні теоретичних основ, переваг та перспектив розвитку комунальних підприємств закладів охорони здоров'я (12, 84 д.а).*

Статті у фахових виданнях

2. Сазонець І. Л., Обуховська Л. І. Державне регулювання інституту комунальної власності: особливості та форми. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2019. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1537>. *Внесок автора полягає у визначенні теоретичних основ державного регулювання інституту комунальної власності(0,8 д.а.).*

3. Обуховська Л.І. Теоретичні передумови державного регулювання інституту комунальної власності. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 3–4. С. 21–24. *(0,7 д.а.).*

4. Обуховська Л.І. Трансформація комунальних підприємств охорони здоров'я та особливості їх діяльності в сільській місцевості. *Вісник НУЦЗУ*. 2020. № 1. С. 23–29. *(0,7 д.а.).*

5. Обуховська Л.І. Чинники діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Економіка і право*. 2020. № 1. Т.2. С. 226–232. *(0, 7 д.а.).*

6. Обуховська Л.І. Реалізація Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» у комунальних підприємствах – закладах охорони здоров'я. *Економіка і право*. 2020. № 2. С. 266–273. *(0, 7 д.а.).*

Статті в зарубіжних виданнях

7. Обуховська Л.І. Визначення напрямів діяльності комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Středoevropský věstník provědu avýzkum*. 2020. № 1(36). С. 12–15. (0,7 д.а.).

8. Зима І.Я., Обуховська Л.І. Виявлення переваг нової моделі функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств. *Nauka i studia*. 2020. № 1(59). С. 11–14. *Внесок автора полягає у виявленні особливостей функціонування комунальних підприємств закладів охорони здоров'я* (0,8 д.а.).

Статті в інших виданнях

9. Обуховська Л.І. Виявлення переваг функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств. *Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Серія: Економіка*. 2019. № 4(88). С. 161–172. (0,7 д.а.).

10. Обуховська Л.І. Розвиток процесу децентралізації в Україні та досвід реформи децентралізації в Польщі. *Стратегія і тактика державного управління*. 2019. № 3–4. С. 31–35. (0,7 д.а.).

Публікації за матеріалами конференцій

11. Обуховська Л.І. Потенціал децентралізації та реформування діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я. *Ефективні інструменти сучасних наук* : Матеріали ХVІ Міжн. наук.-практ. конф. Прага, Польща. Освіта і наука : 2020. С. 71–72. (0,3 д.а.).

12. Сазонець І.Л., Обуховська Л.І. Основи нормативно-правового регулювання регулювання комунальної власності в Україні. *Ключевые проблемы современной науки – 2020*: Матеріали ХVІ Міжн. наук.-практ. конф. Софія, Болгарія. Освіта і наука : 2020. С. 23–24. *Особисто автором проаналізовано законодавство та нормативні документи в сфері регулювання комунальної власності* (0,4 д.а.).

13. Сазонець І.Л., Обуховська Л.І. Європейський досвід розвитку процесу децентралізації та визначення основних проблем комунальних підприємств закладів охорони здоров'я. *Актуальні проблеми теорії і практики менеджменту в контексті Євроінтеграції* : матеріали ІХ Міжнар. наук.-практ. конф. вчених, молодих науковців, аспірантів та студентів. Рівне : НУВГП, 2020. С. 456–459. *Особисто автором проаналізовано європейський досвід розвитку процесів децентралізації та проблеми закладів охорони здоров'я. (0,4 д.а).*

14. Сазонець І.Л., Обуховська Л.І. Діяльність комунального закладу охорони здоров'я в умовах реалізації положень Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір». *Передова наука* : Матеріали XVI Міжн. наук.-практ. конф. Шефїлд, великобританія. Освіта і наука : 2020. С. 71–72. (0,3 д.а.). *Особисто автором проведено аналіз діяльності комунального закладу охорони здоров'я (0.4 д.а).*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	14
РОЗДІЛ 1. ТРАНСФОРМАЦІЯ ВЛАСНОСТІ В ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	22
1.1. Теоретичні основи трансформації державної власності в процесі розвитку місцевого самоврядування.....	22
1.2. Теоретичні основи функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств.....	39
1.3. Дослідження механізмів забезпечення діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації..	54
Висновки до першого розділу.....	69
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОЦЕСУ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ТА ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ПІДПРИЄМСТВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	74
2.1. Розвиток процесу децентралізації та аналіз створення комунального підприємства «Центр первинної медико-соціальної допомоги».....	74
2.2. Аналіз діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в Рівненській області та систематизація основних проблем їхнього розвитку.....	90
2.3. Визначення напрямів трансформації управління комунальними підприємствами закладами охорони здоров'я на основі опитування експертів.....	108
Висновки до другого розділу.....	126
РОЗДІЛ 3. ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ПІДПРИЄМСТВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ.....	129

3.1	Визначення напрямів діяльності комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» в умовах реформування системи охорони здоров'я.....	129
3.2.	Реалізація Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» в комунальних підприємствах закладах охорони здоров'я.....	144
3.3.	Визначення чинників діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації.....	158
	Висновки до третього розділу.....	169
	ВИСНОВКИ.....	173
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	177
	ДОДАТКИ.....	199

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Одним з головних чинників трансформації суспільно-політичного та економічного життя українського суспільства стала реформа системи охорони здоров'я. Значна кількість лікарень загальнодержавної власності модернізує форму своєї діяльності як комунальних неприбуткових підприємств. У сучасній науковій літературі останнім часом збільшився інтерес до комунальної власності як однієї з основ організації діяльності місцевого самоврядування. Саме тому актуальним є дослідження особливостей та форм регулювання інституту комунальної власності, особливо у сфері функціонування медичних закладів в умовах проведення процесу децентралізації й делегування державою повноважень на регіональний рівень.

Наукові пошуки щодо вирішення проблем місцевого самоврядування, реформи децентралізації проводить сьогодні багато авторів, а саме: О. В. Алейнікова, О. Ю. Бобровська, Н. В. Дацій, О. І. Дацій, І. Я. Драган, Я. Ф. Жовнірчик, Т. А. Кравченко, Н. С. Орлова, О. І. Пархоменко-Куцевіл, П. С. Покатаєв, О. В. Покатаєва, О. Є. Романенко, І. Л. Сазонець та ін. Це пов'язано з тим, що децентралізація стає все більш вагомим інструментом вирішення завдань державного управління не тільки на регіональному, але й на державному рівні.

На визначенні пріоритетів реформування системи охорони здоров'я загалом і особливо на регіональному рівні та в умовах децентралізації сконцентрували свою увагу такі професори – фахівці з державного управління, як: О. В. Баєва, М. М. Білинська, Р. Ю. Грицко, І. Я. Зима, Н. С. Орловська, О. І. Пархоменко-Куцевіл, І. Л. Сазонець, Н. Д. Солоненко, І. І. Хожило. Підвищений інтерес науковців до цієї теми пов'язаний і з тим, що охорона здоров'я містить у собі і економічні, і соціальні складові та є сферою, яку повинна регулювати держава, одночасно підтримуючи тісний

контакт з громадянами на первинному рівні медичної допомоги в регіонах.

Реформа системи охорони здоров'я та модернізація діяльності підприємств охорони здоров'я відбувається в нашій країні одночасно з процесом децентралізації. Тому потрібно пов'язати алгоритм реформування системи управління в цих двох сферах. Складовою частиною процесу децентралізації державного управління є процес об'єднання територіальних громад.

Недостатня вирішеність науковцями питань діяльності комунальних підприємств охорони здоров'я в системі місцевого самоврядування та в умовах децентралізації зумовила вибір теми, мету та завдання дослідження, його цільову спрямованість.

Зв'язок з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідних робіт Національного університету водного господарства та природокористування за темою «Інформаційні комунікації в соціокультурній та економічній сферах» (номер держреєстрації 0118U001642, 2018–2022 рр.), в якій авторкою розкрито пріоритетні шляхи вдосконалення системи охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах децентралізації.

Мета й завдання дослідження. *Метою дослідження* є обґрунтування теоретико-методичних засад та розробка науково-практичних рекомендацій щодо державного регулювання діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації.

Для досягнення цієї мети поставлено такі *завдання*:

- розкрити особливості та форми трансформації державної власності в умовах розвитку процесу місцевого самоврядування;
- визначити теоретичні основи функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств;
- теоретично дослідити механізми державного регулювання діяльністю комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації;

– проаналізувати розвиток процесу децентралізації та можливість створення в нових умовах комунального підприємства;

– проаналізувати діяльність комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в Рівненській області та систематизувати основні проблеми їх розвитку;

– визначити напрями трансформації управління комунальними підприємствами закладами охорони здоров'я на основі опитування експертів;

– дослідити напрями діяльності Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» в умовах реформування системи охорони здоров'я;

– визначити відповідність напрямів Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» практичним напрямом діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я;

– виявити та розкрити чинники діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації.

Об'єкт дослідження – процес функціонування комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в системі місцевого самоврядування.

Предмет дослідження – особливості реформування діяльності закладів охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях.

Методи дослідження. Під час роботи над дисертацією використано загальнонаукові й спеціальні методи дослідження: *аналізу, синтезу, індукції, дедукції* – для вивчення сутності й особливостей державного управління системою охорони здоров'я України та регулювання діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації; *еволюційного аналізу* – для дослідження державного регулювання інституту комунальної власності; *теоретичного узагальнення* – для визначення теоретичних основ функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств та дослідження механізмів забезпечення діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації; *класифікації* – для аналізу діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в

Рівненській області та систематизації основних проблем їх розвитку; *порівняння* – для дослідження розвитку процесу децентралізації та аналізу створення комунального підприємства – Центру первинної медико-соціальної допомоги; *статистичного аналізу* – для визначення напрямів діяльності комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» в умовах реформування системи охорони здоров'я; *соціологічні* – для визначення напрямів трансформації управління системою охорони здоров'я на основі опитування експертів; *графічні* – для використання в аналітичних, теоретичних і рекомендаційних положеннях щодо проведення реформи децентралізації та шляхів удосконалення діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я.

Інформаційну базу дослідження становлять законодавчі й нормативні акти України; офіційна інформація Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства розвитку громад та територій України; інформаційні матеріали Рівненського відокремленого підрозділу – Центру розвитку місцевого самоврядування; інформаційні матеріали Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня»; статистичні та аналітичні матеріали Рівненської обласної державної адміністрації; дані мережі Інтернет; монографії, періодичні видання; власні аналітичні розрахунки авторки.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в удосконаленні теоретико-методичних положень і обґрунтуванні практичних рекомендацій щодо державного регулювання діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації. Основні наукові результати, які розкривають особистий внесок автора у розв'язання поставлених завдань, полягають у такому:

вперше:

– запропоновано комплексну систему вдосконалення діяльності комунального підприємства закладу охорони здоров'я відповідно до Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020», яка, на відміну від існуючих,

базується на напрямках Програми: технології, здоров'я населення, фінансування, профілактика та виявлення хвороб, наука і інновації, соціальні складові здоров'я, – що надало змогу сформувати напрями діяльності комунального підприємства як великого регіонального медичного центру;

удосконалено:

– науковий підхід до систематизації процесу розвитку комунального підприємства закладу охорони здоров'я в об'єднаній територіальній громаді, який, на відміну від існуючих, базується на розвитку громади, системи охорони здоров'я в громаді та комунального підприємства закладу охорони здоров'я в громаді, що надає змогу розробити єдину стратегію такого розвитку;

– методи системного порівняння діяльності комунальних підприємств охорони здоров'я регіону, які, на відміну від існуючих, базуються на систематизації спільних проблем, що надало змогу виявити такі з них: матеріально-технічні та фінансові, організаційні, інституційні, кадрові;

– наукові підходи до організації проведення соціологічного дослідження з визначення напрямів трансформації управління комунальними підприємствами закладами охорони здоров'я на основі опитування експертів, яка, на відміну від існуючих, базується на виявленні проблем регіонального характеру, опитуванні практичних фахівців – менеджерів системи охорони здоров'я та надає змогу окреслити перспективні напрями реформування діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я, перш за все в сільській місцевості;

набули подальшого розвитку:

– теоретичні підходи до систематизації еволюції поглядів авторів на інститут власності, які, на відміну від існуючих, базуються на поєднанні поглядів провідних учених минулого та сучасності, розкривають їх основні концепції, що надало змогу створити наукове підґрунтя для ефективного використання комунальної власності в системі місцевого самоврядування;

– механізми державного регулювання діяльності комунальних

підприємств закладів охорони здоров'я, які, на відміну від існуючих, враховують комунальну форму власності як найбільш притаманну розвитку місцевого самоврядування, що надає змогу підвищити якість надання медичних послуг у регіоні;

– сучасна концепція децентралізації на основі використання досвіду Польщі, яка, на відміну від існуючих, базується на підходах спільного фінансування проєктів у сфері охорони здоров'я, що надає змогу вдосконалити співробітництво територіальних громад у форматі створення спільного комунального некомерційного підприємства ЦПМСД;

– наукові підходи до регулювання діяльності комунального підприємства закладу охорони здоров'я на основі проведення статистичного дослідження окремих показників його діяльності, які, на відміну від існуючих, спрямовані на визначення відповідності напрямів розвитку підприємства положенням Програми «Здоров'я 2020» та його інтегрованості в систему охорони здоров'я на місцевому рівні, що дало підстави для висновків про відповідність такого розвитку положенням Програми.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що викладені авторкою в дисертаційній роботі теоретичні положення та практичні рекомендації є основою формування й удосконалення державного регулювання діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації. Основні ідеї та висновки дослідження доведено до рівня конкретних методик, положень та рекомендацій. Вони можуть бути використані в практичній діяльності державними органами управління, органами місцевої влади, комунальними підприємствами, закладами охорони здоров'я.

Проведені дослідження, висновки зроблені за їх результатами, є підставою для подальшого поглибленого наукового вивчення теорії державного управління, розроблення рекомендацій щодо підвищення дієвості та ефективності механізмів державного управління системою охорони здоров'я на основі співпраці з міжнародними інституціями.

Матеріали щодо вдосконалення системи підготовки кадрів для місцевого самоврядування в Рівненській області на основі впровадження світового досвіду було застосовано в діяльності місцевої асоціації органів місцевого самоврядування «Об'єднані територіальні громади Рівненщини» (довідка від 22.04.2020 № 48).

Матеріали дисертації щодо відповідності діяльності закладів охорони здоров'я положенням Програми «Здоров'я 2020» було застосовано в діяльності Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради (довідка від 11.06.2019 № 345/054).

Результати дослідження, спрямовані на визначення та систематизацію проблем комунальних підприємств закладів охорони здоров'я, впроваджено в діяльність Комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної Ради (довідка від 12.05.2019 № 214/89У).

Матеріали дисертаційної роботи було використано в навчальному процесі Рівненського державного гуманітарного університету при викладанні дисциплін «Організація охорони здоров'я» та «Менеджмент охорони здоров'я» (довідка від 18.06.2019 № 01-12-53).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є результатом самостійного тривалого дослідження, здійсненого авторкою. Основні ідеї та наукові результати, одержані під час дослідження, належать здобувачці особисто. У дисертації наведений авторський підхід до вирішення наукового завдання щодо стратегічного управління розвитком інформаційного потенціалу закладу охорони здоров'я. З наукових праць, які видані у співавторстві, у дисертації використано ті ідеї та положення, що є результатом особистої роботи здобувачки й становлять її індивідуальний внесок.

Апробація результатів дисертації. Результати дисертації доповідалися й обговорювалися на науково-практичних конференціях: «Ключові проблеми сучасної науки» (м. Софія, Болгарія, 2020 р.); «Передова наука» (м. Шефїлд, Великобританія, 2020 р.); «Актуальні проблеми теорії і

практики менеджменту в контексті Євроінтеграції» (м. Рівне, 2020 р.); «Ефективні інструменти сучасних наук» (м. Прага, Чехія, 2020 р.).

Публікації. Основні результати дослідження викладено в 14 наукових працях, з яких: 1 – монографія у співавторстві, 5 – статті в наукових фахових виданнях України, 2 – статті в іноземних виданнях, 2 – статті в інших виданнях, 4 – матеріали конференцій. Загальний обсяг публікацій, що належить особисто авторці, становить 12,9 д. а.

Обсяг та структура роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Повний обсяг роботи становить 214 сторінок. Дисертація містить 24 таблиці та 10 рисунків. Список використаних джерел включає 160 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ІНСТИТУТ ВЛАСНОСТІ В СИСТЕМІ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ТА ЙОГО ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ В ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні основи трансформації державної власності в процесі розвитку місцевого самоврядування

Еволюція форм власності доводить, що від ефективної системи функціонування інституту власності, вирішення питань управління правами на їх реалізацію, ефективного застосування законодавства, системи захисту власності значною мірою залежить добробут громадян, процвітання суспільства та перспективи розвитку державності в країні. Серед форм власності найбільш швидкі трансформації на теперішній час в Україні проявляються в сфері комунальної власності. Це пов'язано в першу чергу та проведенням реформи децентралізації та передача частини механізму реалізації власних повноважень від центральних органів влади до регіональних та місцевих. Економічною, матеріальною основою передачі таких повноважень є перерозподіл відносин власності, зокрема передача об'єктів державної власності в комунальну власність. Широкий спектр передачі владних повноважень на місця зумовлює і передачу в комунальну власність об'єктів різного спрямування у використанні та функціонального призначення. Реформування функцій місцевого управління зачіпає виробничу, сільськогосподарську сферу, соціально-культурну сферу, тому і власність об'єктів, що належить до цих сфер трансформується.

Серед класиків наукової думки, що досліджували суспільні процеси які регулюють відносини власності необхідно виділити наступних вчених: Давньогрецький філософ Платон (427–347 рр. до н. е.), Арістотель (384–322 рр. до н. е.), англійський філософ Дж. Локк (1632–1704 рр.), французький

економіст Ф. Кене (1694–1774 рр.), англійський утилітарист І. Бентам (1748–1832 рр.), англійський утилітарист І. Бентам (1748–1832 рр.), Р. Оуен (1771–1858 рр.), французький мислитель П. Прудон (1809–1865 рр.), засновник американського інституціоналізму Т. Веблен (1857–1929 рр.), російський філософ І. Ільїн (1883–1954 рр.)

Ефективне проведення реформ власності може базуватися тільки на основі використання наукових досліджень, що спираються на ґрунтовний аналіз трансформації поняття власності та впливу трансформації інституту власності на суспільно-економічні відносини в країнах світу. Використовуючи дослідження Д. Зюзя «Гене́за інституту власності та роль держави в трансформації відносин власності» можна виокремити наступні етапи розвитку наукової думки в питання трансформації інституту власності (таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

Трансформація інституту власності в контексті досліджень провідних вчених минулого та сучасності [складено автором на основі 15]

№	Вчені	Напрями досліджень, зміст концепції
1	Давньогрецький філософ Платон (427–347 рр. до н. е.)	Виділяв храмове й державне майно, особисте й суспільне. Наголошував на тому, що влада завжди надає великі переваги. І важливо, щоб люди, які очолюють цю владу, були справедливими, адже несправедливий шлях породжує тиранію, яка то нишком, то насильно захоплює те, що їй не належить.
2	Арістотель (384–322 рр. до н. е.)	Розглядав її у площині найкращого державного устрою. Тобто чи повинна власність бути загальною (державною) або не загальною (приватною)?
3	Англійський філософ Дж. Локк (1632–1704 рр.)	Стояв на позиціях приватної власності, але з у мовою того, що людина буде раціонально використовувати природні блага. Наприклад, якщо розглядати власність на землю, то він вважав, що людина може привласнити, таку ділянку, яку зможе самостійно зорати, засіяти, удобрити та спожити вирощений продукт..
4	Французький економіст Ф. Кене (1694–1774 рр.).	Вважав, що забезпеченість власності є основою економічного устрою суспільства. Тобто власність як на нерухомі, так і рухомі багатства повинна бути гарантована (державою) їх законним представникам.
5	Англійський утилітарист І. Бентам (1748–1832 рр.)	Стверджував, що власність і закон разом народжуються, разом і вмирають; поки не було законів, не було і власності; уразі зникнення законів, зникає і власність.
6	Р. Оуен (1771–1858 рр.)	Відстоював правову рівність громадян, наголошував на важливості забезпечити кожного освітою, роботою тощо. Стояв на позиціях

		справедливого перерозподілу благ в суспільстві. Виступав проти приватної власності. Вбачав у ній джерело ворожнечі між людьми, джерело злочинності.
7	Французький мислитель П. Прудон (1809–1865 рр.)	Якщо власність є природним правом, то це право не соціальне, але антисоціальне. Власність і суспільство – дві речі безумовно непоєднувані; змусити з'єднатися двох власників так само важко, як змусити два магніти з'єднатися однаковими полюсами.
9	Засновник американського інституціоналізму Т. Веблен (1857–1929 рр.)	Мотив, який є основою власності – суперництво; цей же мотив суперництва, на базі якого виникає інститут власності, залишається дієвим у подальшому розвитку цього інституту і в еволюції всіх тих рис соціальної структури, до яких власність має відношення.
10	Російський філософ І. Льїн (1883–1954 рр.)	Розглядав власність із духовного боку. Визнавав приватну власність як таку, що відповідає тому індивідуальному способу буття, який дано людині від природи.

З поданого аналізу думок мислителів минулого і сучасності щодо функціонування інституту державної власності необхідно визначити, що практично всі вони наголошували, що інститут власності повинен бути спрямованим на дотримання паритету матеріальної рівності громадян країни (Платон, Аристотель, Дж. Локк). Форми власності повинні бути різноманітними з тією метою, щоб надати доступ до власності всім верствам населення, а також підприємцям. До того ж власність є системою відносин, яка повинна регулюватися державою з метою надання доступу до неї. Держава повинна створити умови для можливого переходу власності із рук в руки та трансформації однієї форми власності в іншу. Тому власність є по суті системою відносин в суспільстві і в економіці, але крім того, що власність є сама по собі системою відносин, вона ще й впливає на відносини в інших сферах економіки, суспільного життя, розвитку країн. Ефективність системи власності є основою ефективного функціонування економіки та соціальної сфери.

Основні висновки з аналізу тез авторів стародавнього світу та Середньовіччя наступні:

1. Державне управління повинно забезпечувати рівність громадян в економічному розвитку та недопускати надлишок власності шляхом її перерозподілу;

2. Зусилля держави повинні бути спрямовані на формування розумних потреб громадян, основною метою яких є духовний, інтелектуальний розвиток за рахунок рівних можливостей та матеріального статку держави;

3. Приватна власність повинна бути домінуючою в державному економічному устрої;

4. Державні інституції формують законодавство, яке сприяє розширенню прав власності громадян за умов виконання ними суспільних потреб та їх ні дії спираються на загальновизнані норми моралі.

К. Маркс (1818–1883 рр.) і Ф. Енгельс (1820–1895 рр.) визначали, що «у кожную історичну епоху власність розвивалася по-різному і при абсолютно різних суспільних відносинах. Прагнути дати визначення власності як незалежного відношення, як особливої категорії, як абстрактної і вічної ідеї значить впадати в метафізичну або юридичну ілюзію. Відповідно власність потрібно розглядати як таку, що утворюється завдяки суспільним відносинам або іншими словами суспільні відносини, утворюють те, що в даний час називають власністю». З даного твердження можна зробити висновок, що внаслідок еволюції відносин у суспільстві (суспільний поділ праці, ступінь розвитку продуктивних сили тощо) відбувається трансформація відносин та форм власності[15].

Державне регулювання інститутом власності проводиться на основі запровадження головного інструменту – системи права. Законодавчі та нормативні акти регулюють систему відносин власності. Про це зокрема, говорили Р. Оуен та І. Бентан. Законодавчі механізми формують систему власності, захищають її та трансформують. Захист власності та її трансформація тісно пов'язані із системою матеріального забезпечення громадян держави. Власність формує статки громадян та підприємців, корпоративних структур, тому чим більше власності знаходиться у населення, тим більш воно заможне. Наявність власності є гарантією заможності населення країни. Такий позитивний момент власності визначив

Т. Веблен. Він був противником концентрації власності і вважав, що її концентрація призведе до збільшення нерівності.

Підходи цих науковців містили в собі наступні актуальні для сучасних економічних процесів та процесів державного управління думки:

1. Інституційної умови вільної конкуренції та прозорості економічної діяльності та прийняття управлінських рішень, як на рівні держави, так і на рівні суб'єктів господарювання можуть забезпечити економічне зростання;

2. Приватна власність є юридичним феноменом, що є можливим тільки в умовах розвинутих суспільно-економічних відносин

3. Важливою альтернативою приватній власності може стати кооперативна організація суспільного виробництва. Ця власність може формуватися на основі об'єднання капіталів, як розвиток інституту приватної власності;

4. Неконтрольовані процеси у сфері регулювання власності можуть привести до знищення держави.

Саме завдяки цьому чиннику система власності щільно пов'язана із інститутом соціальної справедливості. Одним з фундаторів методології державного регулювання соціальних процесів у сфері використання власності був відомий філософ І. Ільїн. Його ідеї знайшли відображення в сучасних концепціях корпоративної соціальної відповідальності, соціального партнерства, які стають основою для практичних заходів зменшення нерівності у статках, доходах людей, яке зумовлюється стрімкими процесами концентрації власності в національних економіках. За думкою цього науковця мета мати приватну власність «йде назустріч інстинктивного та духовного життя людини, задовольняючи її природним правом на самодіяльність і самостійність. Але з поправкою на те, що народ повинен систематично виховуватися до вірного розуміння ідеї приватної власності (обґрунтовував ідеологічний зміст власності). Це виховання повинно зв'язати внутрішнє переживання приватної власності і зовнішнє розпорядження нею з

благородними мотивами і соціальними мотивами людської душі, і відповідно розкривати і знешкоджувати погані мотиви і спонукання. Звертав увагу саме на соціальний бік приватної власності, тобто формацію, що на сьогодні зветься соціально відповідальний бізнес»[15].

Серед сучасних вітчизняних авторів, які досліджували проблеми трансформації державної власності під впливом процесів децентралізації, світовий досвід процесів трансформації слід визначити таких як Безтелесна Л.І.[1] – досліджувала соціальні процеси в розвитку суспільства, що пов'язані із шляхами ліквідації нерівності, розробила соціальний концепт економічного розвитку держави, Валіулліна З.В.[3] – досліджувала форми концентрації власності транснаціональними корпораціями та сучасні напрями розвитку діяльності корпоративного сектору, Гладченко А.Ю.[2; 4] – доводив, що власність як один із чинників формування процесу економічної рівноваги в країнах світової економіки, Гуськова І.Б.[10] – визначала пріоритети розвитку комунальної власності, як форми впровадження елементів соціальної справедливості, Зима І.Я.[16] – визначав напрями розвитку соціальної сфери, зокрема системи охорони здоров'я на основі розвитку комунальної власності, Сазонець І.Л.[1; 2; 5] – досліджував проблеми концентрації капіталу та одночасно розвинув теорію, запровадження інституту комунальної власності в процесі децентралізації, Сазонець О.М. [11] – визначила можливості діяльності підприємств системи охорони здоров'я на основі функціонування їх як комунальних підприємств, Сментина Н.В.[12] – досліджувала ефективність управління комунальною власністю на базі впровадження оціночної діяльності, Тихончук Л.Х.[6] – надала пропозиції щодо удосконалення механізмів державного управління діяльністю корпорацій України.

У своїх працях вітчизняні науковці визначили пріоритети реформи децентралізації влади, сфери першочергової уваги держави в процесі проведення реформи, особливості передачі об'єктів державної власності в комунальну, особливості процедури трансформації власності та переваги для

громад. Однак, ще лишаються не до кінця розкритими питання механізму трансформації, чинників реалізації ключових переваг комунальної власності в регіонах та юридичний та суспільний статус комунальної власності й у зв'язку з цим – механізми державного управління системою власності в регіонах.

Основною метою дослідження є визначення тенденцій та перспектив трансформації державної власності на основі ефективного проведення реформи децентралізації влади. Тенденція до зміни форм власності в Україні не є новою. Під час становлення ринкових відносин та демократичних, ліберальних відносин в сфері державного управління на початку 90-х років структура власності кардинально змінювалася. Вона перетворювалася із державної на інші форми – в першу чергу – приватні. В той час було прийнято цілий ряд законів, що регулювали ці процеси. На теперішній час трансформації власності не є такими масштабними, але вони не можуть проводитися на усталеній методичній основі. Потрібні нові дослідження систем державного управління та визначення на цій основі нових тенденцій в реформуванні законодавчої бази та організаційних процедур.

На теперішній час регулювання процесу реформування комунальної власності проводиться на основі діючих законодавчих актів (таблиця 1.2).

Основи інституту державної та комунальної власності подані у Законі України «Про власність». У відповідності до статті 35 Закону «Об'єкти права комунальної власності» визначено, що «об'єктами права комунальної власності є майно, що забезпечує діяльність відповідних Рад і утворених ними органів; кошти місцевих бюджетів, державний житловий фонд, об'єкти житлово-комунального господарства; майно закладів народної освіти, культури, охорони здоров'я, торгівлі, побутового обслуговування; майно підприємств; місцеві енергетичні системи, транспорт, системи зв'язку та інформації, включаючи націоналізоване майно, передане відповідним підприємствам, установам, організаціям; а також інше майно, необхідне.

**Основні нормативно-правові акти, що регулюють відносини
комунальної власності**

№ з/п	Тип	Назва	Дата прийняття	Власний номер
1	Закон України	Про приватизацію державного майна	4 березня 1992	2163-ХІІ
2	Закон України	Про приватизацію невеликих державних підприємств (малу приватизацію)	6 березня 1992	2171-ХІІ
3	Закон України	Про оренду державного та комунального майна	10 квітня 1992	2269-ХІІ
4	Конституція	Конституція України	28 червня 1996	254к/96-ВР
5	Постанова Кабінету Міністрів України	Про поетапну передачу до комунальної власності об'єктів соціальної інфраструктури	2 грудня 1996	1443
6	Закон України	Про місцеве самоврядування в Україні	21 травня 1997	280/97-ВР
7	Закон України	Про передачу об'єктів права державної та комунальної власності	3 березня 1998	147/98-ВР
8	Постанова Кабінету Міністрів України	Про передачу об'єктів права державної та комунальної власності	21 вересня 1998	1482
9	Кодекс	Земельний кодекс України	25 жовтня 2001	2768-ІІІ
10	Кодекс	Цивільний кодекс України	16 січня 2003	435-ІV
11	Кодекс	Господарський кодекс України	16 січня 2003	436-ІV
12	Закон України	Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо розмежування земель державної та комунальної власності	6 вересня 2012	5245-VI
13	Рішення Конституційного Суду України	у справі за конституційним зверненням відкритого акціонерного товариства «Кіровоградобленерго»	20 червня 2007	5-рп/2007

для забезпечення економічного та соціального розвитку відповідної території». Таким чином, ми можемо побачити, що основними суб'єктами управління державної власності, яка в результаті реформи стає комунальною, є органи місцевого самоврядування, що забезпечують розвиток соціальної

сфери в регіоні, в тому числі й у сфері охорони здоров'я. Частина друга цієї статті Закону «Про власність» визначає, що «У комунальній власності перебуває також майно, передане у власність області, району чи іншої адміністративно-територіальної одиниці іншими суб'єктами права власності». Таке формулювання закладає основи подальшого розвитку комунальної власності й, зокрема, трансформації всієї системи управління соціальною сферою в країні, передачі майнових повноважень на місця разом з управлінськими функціями та відповідальністю. На теперішній час цей Закон не є діючим. Замість нього основним документом цієї сфери став Цивільний Кодекс України, який дуже лаконічно в статті 237 визначає сфери поширення комунальної власності.

У відповідності до статті 1 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» «право комунальної власності – право територіальної громади володіти, доцільно, економно, ефективно користуватися і розпоряджатися на свій розсуд і в своїх інтересах майном, що належить їй, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування»[8]. Таким чином, ми можемо побачити практично повну самостійність місцевих громад в розпорядженні комунальною власністю. Така автономність регіонів в цьому питанні підсилюється статтею 17 цього Закону: «Відносини органів місцевого самоврядування з підприємствами, установами та організаціями, що перебувають у комунальній власності відповідних територіальних громад, будуються на засадах їх підпорядкованості, підзвітності та підконтрольності органам місцевого самоврядування [8]». Органи місцевого самоврядування перебирають на себе не тільки розпорядчі функції управління власністю на своїй території, але й контрольні. Зокрема в тій же статті зафіксовано, що «органи місцевого самоврядування при здійсненні повноважень у сфері контролю за додержанням законодавства про працю та зайнятість населення можуть проводити перевірки на підприємствах, в установах та організаціях, що перебувають у комунальній власності відповідної територіальної

громади» [8]. Напевно, такі функції органів місцевого самоврядування дозволять більш оперативно і з більшою користю для громади вирішувати проблемні питання управління комунальної власністю.

Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» регулює процес набуття права комунальної власності називає наступні. В ньому зазначаються наступні механізми формування комунальної власності.

1. Передача майна територіальним громадам безоплатно державою (тобто «роздержавлення»).
2. Передача майна територіальним громадам безоплатно іншими суб'єктами права власності.
3. Створення майна органами місцевого самоврядування.
4. Придбання майна органами місцевого самоврядування в порядку, встановленому законом[8].

Одним з головних юридичних документів, який роз'яснює статус комунальної власності та сутність його існування в сучасній системі державотворення в Україні є Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням відкритого акціонерного товариства «Кіровоградобленерго» про офіційне тлумачення положень частини восьмої статті 5 Закону України «Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом» (справа щодо кредиторів підприємств комунальної форми власності) від 20 червня 2007 року № 5-рп/2007. Зокрема, в цьому рішенні зазначено: «метою наділення територіальних громад правом комунальної власності є в першу чергу використання майнових об'єктів для задоволення нагальних потреб жителів цих громад у невідкладних послугах, і лише в другу чергу право цієї форми власності призначено для доцільного, економного та ефективного використання майна територіальних громад в інших інтересах їхніх жителів[9]». Таке визначення є повним і ґрунтовним відображення змісту та завдань процесу трансформації власності в Україні та набуття місцевими громадами прав на комунальну власність.

Крім того в цій постанові Конституційного суду зазначається, що «на конституційному рівні принципово відокремлено комунальну власність від державної власності. Комунальна власність не входить до складу державної, є самостійним об'єктом права власності, управління якою здійснює безпосередньо територіальна громада або створені нею органи[9]». Таким чином це є вагомим аргументом самостійності управління громадами комунальною власністю на своїй території та неможливості втручання органів центральної влади в управління комунальним майном.

Однак, такі чіткі юридичні викладення потребують наукової трактовки з точки зору державного управління. В цьому контексті необхідно навести думку Гуськової І.Б. щодо наукового підґрунтя поділу власності за типами та класифікації та призначення комунальної власності:

По-перше, це недержавна форма власності. Відносно відособлення місцевого самоврядування як форми народовладдя породжує необхідність створення відповідних економічних стосунків як економічної основи цієї форми влади. Іноді важко розмежувати державну і комунальну власності, оскільки вони обидві є видами публічної власності. Якщо виникає відповідне питання, то треба подивитись документи або звернутись за консультацією до правоохоронних органів. Ставлення до комунальної власності як до форми державної власності досі залишається дуже поширеним у свідомості громадян.

По-друге, комунальна власність не є приватною в її класичному розумінні. До складу комунальної власності входять соціальний житловий фонд, майно місцевих органів влади, місцеві фінанси, об'єкти, за допомогою яких здійснюється комунальне обслуговування населення, підприємств і організацій території. До неї також належать споруди і мережі водопровідно-каналізаційного господарства, теплопостачання, електропостачання, інженерна інфраструктура, підприємства і організації місцевого підпорядкування тощо.

По-третє, комунальна власність на відміну від приватної не може бути орієнтована тільки на отримання доходу. Її розміри мають бути достатніми для нормальної життєдіяльності населення відповідної території. Але це не означає, що місцеві органи влади позбавлені права отримувати економічний ефект від використання комунальної власності[10].

Різновекторні підходи у трактуванні сутності комунальної власності, її призначенням та функціями можна пояснити значною кількістю форм комунальної власності. Сментіна Н.В. таким чином упорядковує форми комунальної власності (рис.1.1):

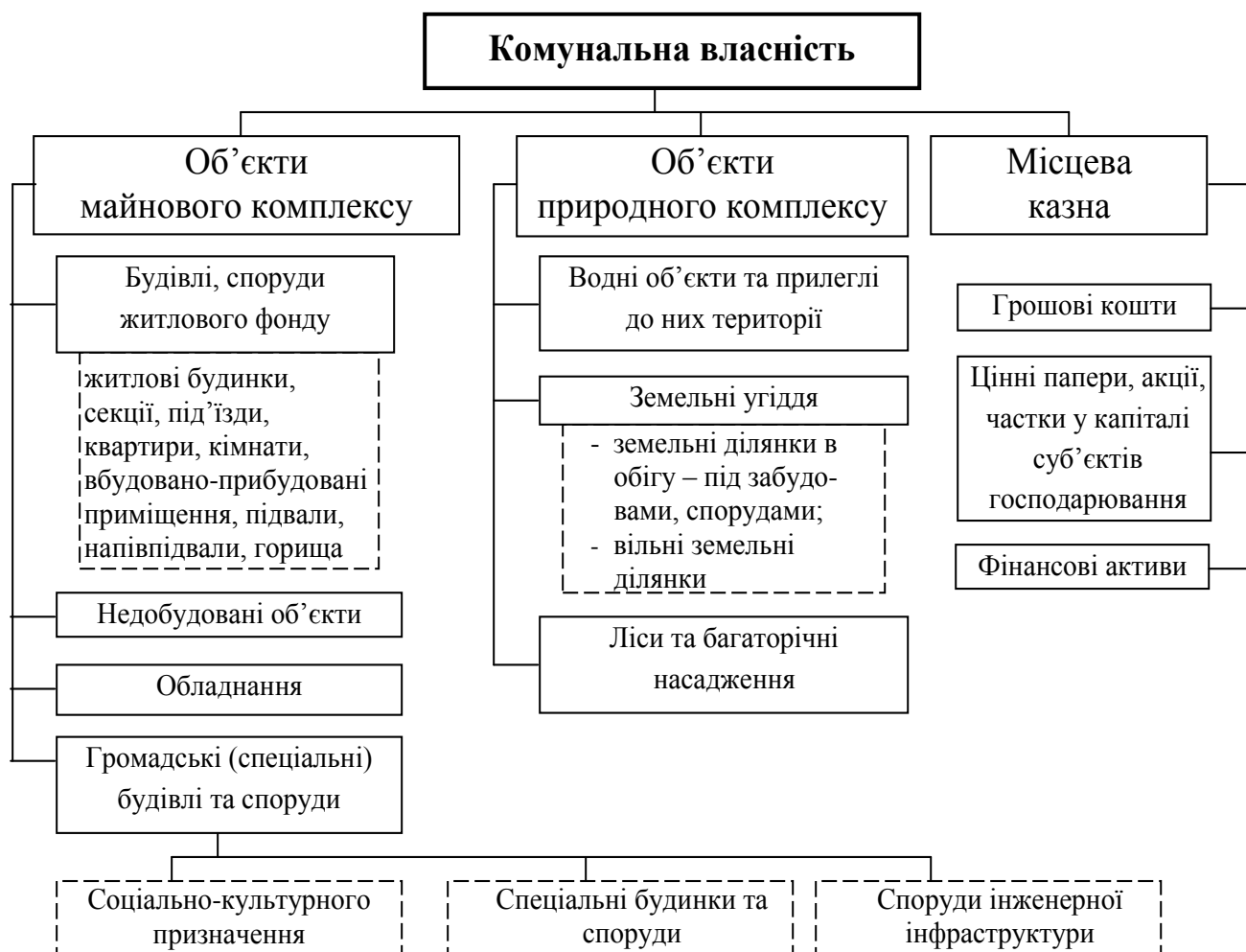


Рис 1.1. Класифікація об'єктів комунальної власності

За думкою цього по-перше, науковця критичний аналіз наукових праць показав відсутність системного підходу до проблеми формування інституту

комунальної власності, що не дозволяє однозначно судити про особливості його виникнення, по-друге, на державному рівні необхідно розробити класифікацію об'єктів комунальної власності малих та середніх міст за їх функціональним призначенням. Вона дозволяє в більш повній мірі врахувати різні види об'єктів, що перебувають у комунальній власності або можуть бути передані до її складу, по-третє: є необхідність визначення ринкової вартості майна комунальної власності для підвищення ефективності засобів управління ним. Знання справжньої ринкової вартості, розрахованої з урахуванням подальшої долі об'єкта, що оцінюється, його комерційних властивостей, соціальної значимості, дозволяє органам виконавчої влади на місцях обґрунтовувати та відстоювати свою позицію у взаєминах з іншими економічними суб'єктами, оцінювати ефективність укладеної угоди та її результат[12].

У відповідності до «Роз'яснення порядку реєстрації прав власності на об'єкти нерухомого майна залежно від форм власності» можна визначити наступні сфери регулювання комунальної власності законодавчими та нормативними документами України (таблиця 1.3).

Таблиця 1.3

Короткий зміст законодавчих актів в сфері комунальної власності(складено автором на основі[14])

№ п/п	Законодавчий акт	Сфера регулювання комунальної власності
1.	Конституції України, ст. 143	Територіальні громади села, селища, міста безпосередньо або через утворені ними органи місцевого самоврядування управляють майном, що є в комунальній власності.
2.	Цивільний кодекс України, ст. 327	У комунальній власності є майно, у тому числі грошові кошти, яке належить територіальній громаді. Управління майном, що є у комунальній власності, здійснюють безпосередньо територіальна громада та утворені нею органи місцевого самоврядування.

Продовження таблиці 1.3

3.	Господарський кодекс України, глава 8.	Порядок створення комунальних підприємств, структура, органи управління, їх функції в комунальних підприємствах, види діяльності, форми звітності
4.	Закон України «Про місцеве самоврядування», ст. 1	Дає визначення поняття права комунальної власності, а саме, – це право територіальної громади володіти, доцільно, економно, ефективно користуватися і розпоряджатися на свій розсуд і в своїх інтересах майном, що належить їй, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування
5.	Постанова КМ від 19.02.1996 р. № 222 «Про поетапну передачу до комунальної власності об'єктів соціальної інфраструктури, які належать суб'єктам підприємницької діяльності»	Створення сприятливих умов для господарювання суб'єктів підприємницької діяльності, заснованих на загальнодержавній власності, збереження функціонального призначення майна об'єктів соціальної інфраструктури та зміцнення економічних основ місцевого самоврядування
6.	Постанова КМ від 2.12.1996 р. № 1443 «Про поетапну передачу до комунальної власності об'єктів соціальної інфраструктури»	Урахування реальних можливостей державного бюджету щодо фінансування видатків на утримання об'єктів соціальної інфраструктури, які передаються суб'єктами підприємницької діяльності до комунальної власності
7.	Постанова КМ від 21.09.1998 р. № 1482 «Про передачу об'єктів права державної та комунальної власності»	Визначає порядок безоплатної передачі об'єктів права державної власності із сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, Фонду державного майна, інших державних органів, які відповідно до законодавства здійснюють функції з управління державним майном, об'єднань підприємств.

Слід визначити, що ціла низка суб'єктів господарювання має делеговані повноваження від органів державного управління щодо управління об'єктами комунальної власності. Як правило, делеговано функції з управління майном підприємствам і організаціям, заснованим на державній власності, в т.ч. Національної академії наук, галузевих академії наук, іншим установам та організаціям. Такі організації, підприємства отримали майно у безоплатне користування. Крім того окремі самоврядні організації мають функції в сфері управління державним майном, або комунальним майном.

Існує велика кількість наукових праць щодо проблем децентралізації. Це стосується і проблем надання державних та муніципальних послуг на основі зміни форми власності. Структура, функції та роль місцевої влади різняться між собою в кожній країні у відповідності за розміром, функціями, ступенем самостійності та цілями. Різні типи органів місцевого самоврядування можна класифікувати відповідно до наступної типології:

“Клієнтістична / меценатська модель: Місцева політика, заснована на політичних лідерах, які діють за підтримки місцевих громад. Дуже часто в такій системі місцеві лідери є лідерами великих політичних партій або інших інституцій. Місцева влада, як правило, невелика. Така модель притаманна для країн Півдня Європи.

"Модель економічного розвитку»: Основним завданням місцевого самоврядування є сприяти економічному зростанню через партнерські відносини з приватним сектором та через інші союзи; Найближче до цієї моделі Австралія, Канада та США.

"Модель соціальної держави». Основна увага місцевого самоврядування зосереджується на забезпеченні громадян соціальними послугами. Місцева влада, як правило, велика та професійна. До такої моделі можемо віднести системи місцевого самоврядування в Німеччині, Нідерландах, Скандинавії та Великобританії.

"Сприяння ринку". Ця новітня модель відображає вплив "нового" права та ідеології мінімального втручання держави, в якій місцева влада координує функціонування змішаної економіки добробуту.

Спираючись на викладений матеріал, необхідно зробити такі висновки:

– інститут власності повинен бути спрямованим на дотримання паритету матеріальної рівності громадян країни. Форми власності повинні бути різноманітними з тією метою, щоб надати доступ до власності всім верствам населення, а також підприємцям. До того ж власність є системою відносин, яка повинна регулюватися державою з метою надання доступу до неї. Крім того, існує підхід, відповідного до якого відношення до власності є

частиною системи відносин та взаємовідносин у державі. Держава повинна створити умови для можливого переходу власності із рук в руки та трансформації однієї форми власності в іншу. Тому власність є по суті системою відносин в суспільстві і в економіці, але крім того, що власність є сама по собі системою відносин, вона ще й впливає на відносини в інших сферах економіки, суспільного життя, розвитку країн; державне регулювання інститутом власності проводиться на основі запровадження головного інструменту – системи права;

– система власності щільно пов'язана із інститутом соціальної справедливості. Ця теза знаходить відображення в сучасних концепціях корпоративної соціальної відповідальності, соціального партнерства, які стають основою для практичних заходів зменшення нерівності у статках, доходах людей, яке зумовлюється стрімкими процесами концентрації власності в національних економіках;

– законодавчі механізми формують систему власності, захищають її та трансформують. Наявність власності є гарантією заможності населення країни;

– серед форм власності найбільш швидкі трансформації на теперішній час в Україні проявляються в сфері комунальної власності. Це пов'язано у першу чергу і проведенням реформи децентралізації та передачею управлінських функцій держави на місця – місцевим органам влади;

– під час становлення ринкових відносин та демократичних, ліберальних відносин в сфері державного управління на початку 90-х років структура власності кардинально змінювалася. Вона перетворювалася із державної на інші форми – в першу чергу – приватні. В той час було прийнято цілий ряд законів, що регулювали ці процеси. На теперішній час трансформації власності не є такими масштабними, але вони не можуть проводитися на усталеній методичній основі.

Відповідно до статті 1 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» ми можемо побачити практично повну самотійність місцевих

громад у розпорядженні комунальною власністю. Така автономність регіонів у цьому питанні підсилюється статтею 17 цього Закону;

Різновекторні підходи в трактуванні сутності комунальної власності, її призначенням та функціями можна пояснити значною кількістю форм комунальної власності та способів її застосування у формуванні нової моделі соціального розвитку держави і, зокрема, трансформації системи охорони здоров'я в регіоні.

1.2. Теоретичні основи функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств

Будь-яка оцінка впливу децентралізації стосується секторів економіки, а також регіонального та національного контекстів, в якому існує держава. Однак, не менш важливе значення мають адміністративні та інші послуги, що надаються державою та місцевими органами влади. Охарактеризуємо головні з них в процесі децентралізації.

Освіта. Реформи в освітньому секторі часто мають децентралізовані фінансові показники. Децентралізація надала можливості для розширення участі громадськості у покращанні матеріально-технічної бази навчальних закладів та залучення кадрів у місцеві навчальні заклади.

Транспорт. Муніципальні органи сьогодні вирішують проблеми зростаючого дефіциту міського транспорту, неякісних послуг та збільшення кількості пасажирів. Ці проблеми, які вирішуються частково методом приватизації державного та комунального транспорту вплинули на працівників цієї сфери (юридичні статус, безпека права володіння, загальна зайнятість, навантаження, правила роботи), а також на систему трудових відносин.

Комунальні послуги. Вода, газ, електроенергія та поводження з відходами відіграють життєво важливу роль у надання послуг населенню, у зростанні інших економічних секторів та у розвитку суспільства в цілому. Забезпечення універсального доступу до цих послуг залишається світовою проблемою, особливо в країнах, що розвиваються. Реструктуризація та приватизація комунальних послуг впливають на умови зайнятості та умови праці робочої сили в цьому секторі.

Медичні послуги. У контексті переосмислення ролі держави та зменшення її впливу на охорону здоров'я є однією з головних децентралізації охорони здоров'я стає надає сервісних умов для лікування на місцях, зокрема в сільській місцевості. В світі на теперішній час витрати на охорону здоров'я наближаються до 9 % загального світового ВВП – з тенденцією до зростання цього показника. Тому існує нагальна потреба в ефективній децентралізації цього сектору. Один із передбачених способів досягти цієї мети є децентралізація управління та надання медичної допомоги місцевими установами та лікарнями. Тенденції децентралізації мають значний вплив на працівників охорони системи здоров'я (правовий статус, умови найму, порядок роботи, оплата праці, колективних переговорів). Одночасно вони повинні впливати на якість та доступність медичних послуг.

Трансформація охорони здоров'я, яка на теперішній час стрімкими темпами проводиться в українському соціальному середовищі базується на загальноприйнятих в світовій практиці підходах та методах. До основних напрямів реформування системи охорони здоров'я відносяться такі як трансформація системи органів державної влади та, відповідно, зміна координатів їхнього впливу на систему, поширення співпраці органів державного управління та всіх ланок системи охорони здоров'я з міжнародними організаціями соціальної сфери та сфери охорони здоров'я, вдосконалення системи підготовки медичних кадрів, активізація процесів децентралізації в розрізі системи охорони здоров'я, створення нового нормативно-правового середовища системи охорони здоров'я.

Це далеко не всі напрями трансформації системи охорони здоров'я, функціонування якої впливає на різні сфери національної економіки та ефективну діяльність підприємств. Одним з найбільш масштабних заходів реформування системи охорони здоров'я є трансформація діяльності закладів охорони здоров'я. До недавнього часу практично весь сектор медичних послуг надавали заклади охорони здоров'я державної форми власності. Одночасно, стрімкими темпами розвивався ринок надання приватних медичних послуг, але він був представлений, як правило невеликими лікарняними закладами. Окремий сегмент ринку займали відомчі та корпоративні лікарняні установи та заклади. Сьогодні за короткий час основною формою існування закладів охорони здоров'я стала комунальна форма власності. Комунальна форма власності за своєю сутністю має значну кількість переваг в застосуванні на регіональному рівні. Вона більш наближена до потреб місцевих громад. Однак, виникає багато питань щодо її імплементації в сферу охорони здоров'я.

Останнім часом науковці активно досліджують проблеми економіки та організації охорони здоров'я. Серед таких праць ми можемо відзначити дослідження вчених: Безтелесна Л.І., Білоус Н.М., Баєва О.В., Бурачик А.І., Єрошкіна Т.В., Зима І.Я., Солоненко І.М., Сазонець І.Л., Сазонець О.М., Саричев В.І., Шевцов В.Б. У працях цих авторів розглядалися як загальнотеоретичні підходи до реформування всієї системи охорони здоров'я, так і безпосередньо шляхи вдосконалення діяльності закладів охорони здоров'я в умовах трансформації їх форми власності.

На цей час існують нормативно-правові акти, методики, інструкції щодо регламентації діяльності комунальних підприємств. Однак нова форма організації діяльності закладів охорони здоров'я потребує виявлення шляхів реалізації переваг таких закладів та нових можливостей їхньої співпраці з оточуючим державно-інституційним середовищем.

Саме тому основним завданням наукової роботи є виявлення переваг функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств. Для

досягнення такої мети в статті буде проведено аналіз авторських концепцій щодо реформування системи охорони здоров'я та форми діяльності комунальних підприємств охорони здоров'я, визначено основні пріоритети вдосконалення їх діяльності.

Як уже було зазначено, вітчизняні науковці все активніше досліджують питання трансформації діяльності закладів охорони здоров'я. Виклики сучасної реформи медичного забезпечення спонукають до вирішення завдань, що є комплексними та стосуються кожного громадянина України. Слід визначити, що трансформація системи управління охороною здоров'я привернула до цієї сфери увагу вчених-економістів, фахівців з національної економіки та державного управління.

Якщо впродовж років незалежності України економіка та управління медичною сферою були професійними питаннями суто медичних працівників та менеджерів цієї галузі в столиці, то на цей час коло дослідників значно розширилося. Практично в кожному регіоні існують творчі наукові колективи, які досліджують ці проблеми.

Проаналізувавши окремі дослідження науковців в сфері реформування системи охорони здоров'я, зокрема в сфері вдосконалення діяльності закладів охорони здоров'я ми можемо згрупувати напрями їх досліджень таким чином (таблиця 1.4):

Таблиця 1.4

Основні напрями досліджень економіки та управління комунальними підприємствами охорони здоров'я [складено автором]

№	Науковці	Тематика досліджень
1.	Альшаафі Мохамед Алі [3,4]	Стратегічне управління розвитком інформаційного потенціалу закладів охорони здоров'я
2.	Безтелесна Л.І.[5]	Діяльність закладів охорони здоров'я в процесі реалізації соціальної політики держави

Продовження таблиці 1.4

3.	Білоус Н.М. [5]	Співпраця комунальних підприємств охорони здоров'я із страховими компаніями
4.	Баєва О.В., Солоненко І.М.[6]	Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я.
5.	Бурачик А.І. [10; 11]	Механізм функціонування комунальних закладів охорони здоров'я
6.	Єрошкіна Т.В [7]	Менеджмент та маркетинг закладу охорони здоров'я та критерії якості надання медичних послуг
7.	Зима І.Я. [1,2,5]	Напрями вдосконалення діяльності комунальних закладів охорони здоров'я
8.	Поживілова О.В. [8]	Функціонування приватних закладів у сфері охорони здоров'я
9.	Сазонець І.Л. [2,5]	Стратегічні напрямки розвитку закладів охорони здоров'я та методи вимірювання та оцінки ефективності їх діяльності та якості надання медичних послуг
10.	Сазонець О.М. [3,5]	Процеси інформатизації закладів охорони здоров'я та створення інформаційних систем медичної сфери
11.	Саричев В.І. [5]	національні економічні механізми вдосконалення системи охорони здоров'я як складової людського розвитку
12.	Шевцов В.Б.[9]	Заклади охорони здоров'я в системі державного управління розвитком процесу охорони здоров'я

Необхідно зазначити, що такі автори як Сазонець О.М. та АльшаафіМохамед Алі досліджували теоретичні основи управління закладами охорони здоров'я та розвиток сучасних інформаційних процесів, проводили аналіз діяльності закладів охорони здоров'я на основі використання інформаційних технологій, визначали тенденції та пріоритети запровадження інформаційних технологій в діяльність закладів охорони здоров'я[18; 19; 20].

Науковий колектив під керівництвом Сазонця І. Л. в комплексній монографії «Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід» провів наукову роботу, в результаті якої досліджено теоретичні основи державного управління охороною здоров'я та тенденції її розвитку в Україні та виявлено значення

інституційної системи для розвитку соціальних процесів та процесів в сфері охорони здоров'я, проведено огляд соціальних інститутів охорони здоров'я та їхнього впливу на трансформацію системи охорони здоров'я в Україні, визначено напрями трансформації системи державного управління охороною здоров'я.

У монографії проаналізовано інститути, що впливають на підготовку кадрів, створення нормативної бази та медичного забезпечення в корпораціях, розглянуто національні моделі охорони здоров'я та проаналізовано світові тенденції їх трансформацій, проаналізовано механізми діяльності закладів охорони здоров'я [17; 20].

Окремо необхідно визначити внесок Зими І.Я., який розробив цілісну концепцію державного управління інституційною трансформацією системи охорони здоров'я. В кількох його монографіях проаналізовано вплив процесів інституалізації на механізми трансформації державного управління охороною здоров'я, розвиток соціальних процесів, визначено проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я, проаналізовано світові соціальні та медичні інституції, представництва яких зареєстровані в Україні. Автором проведено аналіз механізмів державного управління окремих сфер системи охорони здоров'я, здійснено оцінку рівня соціальності трансформації державної системи управління охороною здоров'я на основі опитування експертів, аналізу реформ в світовому аспекті [16; 17; 20].

Зокрема, на основі досліджень Зими І.Я. ми можемо побудувати систему нормативних документів, що є підґрунтям діяльності комунальних підприємств охорони здоров'я (табл. 1.5).

Серед поданих у таблиці законодавчих та нормативних актів, слід визнати ключовим, таким, що заклав основи трансформації державних лікарень в комунальні підприємства системи охорони здоров'я Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України 30.11. 2016.

**Основні нормативні документи в системі забезпечення реформування
закладів охорони здоров'я в комунальні підприємства**

(складено автором на основі [16])

№	Назва документу	Дата	Основний зміст
1.	ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	19.11.1992	Медична термінологія, регламентація прав та обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я, економічні та спеціалізовані основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форми та способи надання медичної допомоги, забезпечення лікарськими та протезними засобами, охорона здоров'я матері та дитини, медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, медична експертиза, медична і фармацевтична діяльність, міжнародне співробітництво.
2.	ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	19.10.2017	Медична термінологія, принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій, функції уповноваженого органу, умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, функціонування електронної системи охорони здоров'я.
3.	ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	14.11.2017	Регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я громадян, які мешкають в сільській місцевості. Квінтесенцією цього Закону є заходи, які заплановано до реалізації в сільській місцевості.
4.	ЗУ «Про лікарські засоби»	4.04.1996	Медична термінологія, створення лікарських засобів, виробництво лікарських засобів, державний контроль якості лікарських засобів, ввезення в Україну та вивезення з України лікарських засобів, реалізація лікарських засобів.
5.	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр.	24.07.2014	Показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України, цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України,

6.	Розпорядження КМУ «Здоров'я 2020»	31.10.2011	Імплементация європейських стандартів управління охороною здоров'я в Україні.
7.	Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України	30.11.2016	Визначено проблеми, які потребують розв'язання, мета і принципи реалізації Концепції, шляхи і способи розв'язання проблем, завдання реформ, етапи та строки реалізації Концепції, очікувані результати, обсяги і джерела фінансування
8.	Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я»	19.10.2015	Нова термінологія розвитку телемедицини, визначені мета та завдання телемедицини, функції та можливості мереж телемедицини, засоби використання мереж телемедицини, напрями ресурсного забезпечення телемедицини, механізми проведення телемедичного консультування
9.	Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства: оновлена версія	14.02.2018	Метою розробки цих методичних рекомендацій є надання методичної допомоги органам місцевого самоврядування, керівникам місцевих органів управління охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я, а також депутатам місцевих рад, відповідальним за підготовку та прийняття рішень щодо зміни господарсько-правового статусу комунальних закладів охорони здоров'я шляхом їх реорганізації (перетворення) з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства в межах чинного законодавства України.

Основні нормативні документи в системі забезпечення реформування закладів охорони здоров'я в комунальні підприємства являють собою цілий комплекс законодавчо-нормативного забезпечення, що базується на виконанні ст. 49 Конституції України. Основою для такого виконання є Закони України, нормативні акти Кабінету Міністрів та Міністерства охорони здоров'я.

Слід виокремити серед документів Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. В цій стратегії закладена нова архітектура системи охорони здоров'я в Україні та стратегічні можливості, які надає побудова такої архітектури, сфера

надання послуг, сфера фінансування охорони здоров'я, сфера управління, інституційне перепрофілювання діяльності системи охорони здоров'я.

Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Конкретизує завдання та напрями Національної стратегії. Зокрема в цьому розпорядженні наведені: організація системи охорони здоров'я, заходи боротьби з передчасною смертністю, урахування соціально-економічного стану країни, культурно-етнічних та історичних традицій, стан медико-демографічної ситуації, розвиток системи охорони здоров'я і визначення впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення, здійснення заходів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, а також підвищення ефективності лікування та реабілітації.

Відповідно до документа, нова модель фінансування має базуватися на таких принципах:

- фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;

- універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує;

- прозорість і підзвітність – недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів;

- ефективність – максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів;

- вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;

- конкуренція постачальників – залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги,

впроваджувати науково обґрунтовані й економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів;

– передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї;

– субсидіарність – встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість та найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси[28].

Шляхи реалізації проголошених принципів досліджуються багатьма вітчизняними вченими. Слід виокремити внесок Баєвої О.В. та Солоненко І.М. [21], які досліджували процеси саме комерціалізації галузі охорони здоров'я за рахунок вдосконалення управління підприємницькою діяльності в цій сфері.

Авторами висвітлено загальні принципи формування державної політики і економіки охорони здоров'я в Україні, розкрито сутність та принципи підприємницької діяльності, подано комплексний аналіз нормативно-правової бази здійснення господарської діяльності з медичної практики. Особливу увагу автори приділили організації медичного бізнесу, ролі фінансового менеджменту в організації діяльності лікувально-профілактичного закладу[там само].

Учений Зима І.Я. в монографії «Механізми інституційної трансформації державного управління охороною здоров'я» досліджував проблеми та напрями трансформації системи державного управління охороною здоров'я в Україні. Зокрема, він досліджував наукові та емпіричні проблеми трансформації системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів, проблеми реформування системи державного управління охороною здоров'я в Україні, напрями трансформації управління системою охорони здоров'я на основі опитування експертів – працівників

комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня», процес вдосконалення системи охорони здоров'я в закладах охорони здоров'я Рівненської області на основі впровадження проекту Світового банку[16].

Дослідниця Солоненко Н.Д. в науковій роботі «Економіка охорони здоров'я» сформувала концепцію мікроорганізаційного механізму державного управління охороною здоров'я. Такий механізм містить в собі структурну перебудову галузі охорони здоров'я, внутрішнє управління закладами охорони здоров'я, удосконалення організаційного механізму. Щодо управління фінансовими ресурсами, авторка проаналізувала договірні відносини як ефективний інструмент розподілу ресурсів в системі охорони здоров'я, методи оплати надавачів медичних послуг, зокрема, методи оплати амбулаторної медичної допомоги та методи оплати стаціонарної медичної допомоги[29].

У праці Баєвої О.В. «Основи менеджменту охорони здоров'я» запропоновано наступні практичні пропозиції щодо реалізації принципів реформування системи охорони здоров'я: започаткування господарської діяльності з медичної практики, виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі ними, ліцензування господарської діяльності з медичної практики, виробництва лікарських закладів, оптової та роздрібною торгівлі ними, технологічні принципи забезпечення високих показників якості медичної допомоги, сутність та функції системи стандартизації медичної допомоги [30].

Як уже було відзначено, на теперішній час значною мірою сформовано нормативно-правову базу діяльності комунальних підприємств в сфері охорони здоров'я. Переходячи до безпосереднього аналізу діяльності комунальних підприємств, необхідно визначити їх переваги, які закріплені в нормативно-правовій базі. Так, перевагами перетворення закладів охорони здоров'я із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство, зокрема, є такими:

– керівник закладу охорони здоров'я, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу в розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики закладу охорони здоров'я, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;

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

– фінансування закладу зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому закладу охорони здоров'я бути більш гнучкими та самостійними у прийнятті рішень порівняно із суб'єктами, що мають статус бюджетної установи;

– право підприємства утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів – членів об'єднання;

– підприємство може наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики[23].

Можна кваліфікувати такі переваги, як переваги за рахунок більш ефективної організаційно-правової форми підприємства. Однак, організаційно-правові, економічні переваги повинні відображатися на підвищення якості надання медичних послуг.

Дослідниця Сазонець О.М. проаналізувала із співавторами очікування пацієнтів та лікарів, щодо поліпшення роботи комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я, які повинні бути реалізовані в процесі реформи системи охорони здоров'я. В таблиці 1.6 подано основні результати досліджень з цієї проблеми[18; 19; 20].

Таблиця 1.6

Очікування пацієнтів та лікарів, щодо поліпшення роботи комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я

Порівняльні критерії оцінки розвитку закладів охорони здоров'я (за думкою лікарів)	Порівняльні критерії оцінки розвитку закладів охорони здоров'я (за думкою пацієнтів)
<ol style="list-style-type: none"> 1. можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством; 2. оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування; 3. надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування; 4. розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів; 5. введення ставок на пролікований випадок; 6. реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. підтримку закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій 2. поширення діяльності міжнародних організацій на територію України; 3. розвиток фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку недержавних комерційних форм охорони здоров'я; 4. сприяння розширенню матеріальних ресурсів населення; 5. розвиток можливостей спеціалізованого лікування в стаціонарі; 6. підвищення санітарної культури населення; 7. оптимізація мережі установ охорони здоров'я; 8. вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні.

Одним з головних чинників покращання роботи закладів охорони здоров'я у формі комунальних підприємств повинна стати система ефективного стимулювання лікарів. Різні автори мають різні думки щодо формування підходів до такого стимулювання[16; 17; 20; 21]. Однак Методичні рекомендації з перетворення державних медичних закладів на комунальні підприємства наголошують на тому, що організація оплати праці за цих умов має передбачати:

– широке використання індивідуальних трудових договорів, за якими працівнику гарантується певний розмір заробітної плати лише за умов виконання ним обов'язків, передбачених договором;

– систему обґрунтованої та справедливої, за умовами та результатами праці, персоніфікації тарифних ставок і посадових окладів працівників з

орієнтацією не тільки на рівень кваліфікації та стаж роботи, а й на ефективність їх праці;

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

– періодичний перегляд ставок і окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їхньої праці[27].

Видатки лікарень на комунальні послуги, обладнання, ремонт, заробітну плату постійно зростають, тому в нових умовах для підприємств комунальною власності пропонуються такі нові джерела залучення коштів:

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

Реалізація в повному обсязі традиційних джерел поповнень бюджету комунальних підприємств – лікарень та інтенсивне залучення коштів з нових джерел допоможуть закладам охорони здоров'я реалізувати переваг функціонування в нових умовах трансформованої системи охорони здоров'я.

До основних напрямів реформування системи охорони здоров'я відносяться такі як трансформація системи органів державної влади та, відповідно, зміна координат їх впливу на систему, поширення співпраці органів державного управління та всіх ланок системи охорони здоров'я із міжнародними організаціями соціальної сфери та сфери охорони здоров'я, вдосконалення системи підготовки медичних кадрів, активізація процесів децентралізації в розрізі системи охорони здоров'я, створення ново нормативно-правового середовища системи охорони здоров'я.

Сьогодні за короткий час основної формою існування закладів охорони здоров'я стала комунальна форма власності. Комунальна форма власності за

своєю сутністю має значну кількість переваг в застосуванні на регіональному рівні. Вона більш наближена до потреб місцевих громад. Однак, виникає багато питань щодо її імплементації в сферу охорони здоров'я.

У нашій країні створено законодавчу та нормативну базу проведення реформи охорони здоров'я та трансформації діяльності закладів охорони здоров'я в комунальні підприємства. Останні Закони України, такі як: «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», «Про лікарські засоби» створили необхідні передумови для функціонування закладів охорони здоров'я в нових соціально-економічних умовах. Нормативні документи, рекомендації вказали безпосередні шляхи переведення лікарень у комунальну форму власності та організацію з діяльності як підприємств. До таких документів слід віднести: Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства оновлена версія.

Організаційно-правові, економічні переваги повинні відобразитися на підвищенні якості надання медичних послуг. Видатки лікарень на комунальні послуги, обладнання, ремонт, заробітну плату постійно зростають, тому в нових умовах для підприємств комунальною власності пропонуються залучати нові джерела залучення коштів.

На основі напрацьованої законодавчої бази вітчизняні науковці в сфері державного управління, економіки, медицини пропонують нові напрями пошуку підвищення дієвості функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств. До запропонованих нових перспективних напрямів слід віднести наступні: організація медичного бізнесу, роль фінансового менеджменту в організації діяльності лікувально-профілактичного закладу, процес вдосконалення 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 в системі охорони здоров'я, методи оплати надавачів медичних послуг, зокрема, методи оплати амбулаторної медичної допомоги та методи оплати стаціонарної медичної допомоги, технологічні принципи забезпечення високих показників якості медичної допомоги, сутність та функції системи стандартизації медичної допомоги.

1.3. Дослідження механізмів забезпечення діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації

Реформа децентралізації, яка проводиться в нашій країні значними чином спрямована на вдосконалення діяльності системи охорони здоров'я в регіонах та закладів охорони здоров'я, які вже на цей час функціонують як комунальні підприємства. Значна кількість закладів охорони здоров'я в регіонах, обласних центрах і раніше існували на основі комунальної форми власності, однак на теперішній час із установ, що функціонують на старих засадах планово-адміністративної економіки, вони перетворюються на комунальні підприємства, діяльність яких спрямована на реалізацію свого соціального призначення – надання якісних медичних послуг на основі нових підходів до менеджменту. Такі нові підходи добре відомі в науці державного управління та менеджменту, однак в медичній сфері, в діяльності лікарень вони практично не застосовувалися.

Особливо важливим напрямом нашого дослідження та напрямом практичного розвитку системи охорони здоров'я є діяльність комунальних установ – підприємств в регіонах – об'єднаних територіальних громадах. Значна територіальна віддаленість цих установ, слабка матеріально-технічна

база, відсутність кваліфікованих і будь-яких кадрів, відсутність обладнання, зв'язку, транспорту робить їхню діяльність на теперішній час мало ефективною та такою, що не відповідає європейським та світовим стандартам. Тому в ході проведення процесу об'єднання територіальних громад особлива увага приділяється підвищенню ефективності діяльності саме цієї ланки системи охорони здоров'я.

Проблеми створення ефективної системи охорони здоров'я в регіонах в процесі об'єднання територіальних громад досліджували вітчизняні науковці. Зокрема колектив авторів під керівництвом проф. Сазонця І.Л. в монографії «Наукові основи та імплементація світових практик місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад». В цій монографії науковці розглянули широке коло питань щодо підвищення ефективності місцевого самоврядування та створення дієвих інструментів управління соціальної сферою в об'єднаних територіальних громадах. Зокрема, в монографії визначено, що об'єднання територіальних громад – пріоритетний напрям вдосконалення системи державного управління та місцевого самоврядування, визначено особливості процесу об'єднання територіальних громад (на прикладі Волинської області), розглянуто проблеми підготовки кадрів для об'єднаних територіальних громад Рівненщини[5].

В колективній монографії «Інституційний вплив на трансформацію державного управління системою охорони здоров'я» проф. Зима І.Я проаналізував нові тенденції розвитку системи охорони здоров'я в регіоні на прикладі Рівненської області, особливості діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я Рівненської області, вплив Світових фінансових інститутів 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].

Монографія Окорського В.П., Суховича В.М., Цецика Я.П. «Організаційно-економічні засади реформування інститутів місцевого самоврядування та їх вплив на сталий розвиток об'єднаних територіальних

громад (на прикладі Рівненської області)» надає рекомендації, що стосуються системи управління охороною здоров'я, зокрема шляхом вдосконалення діяльності об'єднаних територіальних громад в таких сферах як: об'єднана територіальна громада як об'єкт управління соціально-економічним розвитком, соціальні питання в системі децентралізації системи державного управління, особливості реформування органів місцевого самоврядування та процес об'єднання територіальних громад, ресурсний потенціал ОТГ – шляхи його зростання та підвищення якості, напрями сталого соціально-економічного розвитку ОТГ за умов демократичних змін та європейської інтеграції України[31].

У колективній монографії «Соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку» під загальною редакцією професора Безтелесної Л.І. було розглянуто основні напрями розвитку соціальної сфери України, в тому числі і на регіональному рівні, визначено взаємозв'язок форм власності із 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].

Науковий колектив ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долишнього» під керівництвом професора Шульц С.Л. підготував монографію «Розвиток соціальної сфери територіальних громад в умовах адміністративно-фінансової децентралізації». Серед багатьох питань, що досліджувалися в монографії, найбільш дотичними до досліджуваних нами питань є наступні: фінансове забезпечення соціального розвитку територіальних громад, програмно-цільовий інструментарій підтримки соціальної сфери ОТГ, інструменти фінансового забезпечення розвитку соціальної сфери ОТГ[32].

Одним з фундаментальних досліджень, що стосуються взаємозв'язку процесів децентралізації, об'єднання територіальних громад є монографія «Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні»

за редакцією професора М. М. Білинської. Серед питань, що досліджують науковці і які стосуються трансформації системи охорони здоров'я в регіоні наступні: загальна характеристика існуючих моделей реформування сфери охорони здоров'я, основні напрями та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я, програмно-цільове та проектне забезпечення, реформування сфери охорони здоров'я в Україні, ресурсне забезпечення проведення, реформування сфери охорони здоров'я в Україні, державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я: технології залучення громадськості до здійснення реформування сфери охорони здоров'я в Україні, забезпечення реалізації демократичних принципів державного управління реформуванням сфери охорони здоров'я в Україні, моніторинг і прогностична оцінка результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні[33].

У методичних матеріалах з проведення реформи системи охорони здоров'я визначаються основні причини низької ефективності роботи медичних установ в сільській місцевості, окреслені нижче.

1. Абсолютна централізація всіх управлінських рішень, концентрація повноважень «нагорі».

2. Тарифна сітка як принцип визначення мотивації персоналу, за яким стимулюються лояльність до професії та категорія лікаря, що за умов напівзруйнованої системи підвищення кваліфікації веде до «зрівнялівки», повністю відірваної від реальної кваліфікації лікаря.

3. Наслідком перших двох рис є виняткова пасивність і несаможиттєвість персоналу у вирішенні організаційних питань.

4. Наслідком другої риси є цілковита відсутність інтересу медичних працівників до пацієнта (в кращому випадку в ньому бачать «випадок», хворобу, але не людину з її пріоритетами та бажаннями), що, у свою чергу, зумовлює відсутність клієнтського сервісу в закладах охорони здоров'я.

5. Відсутність виокремленої управлінської функції: директором організації є головний лікар, який часто є ще й практикуючим лікарем, що в

більшості випадків призводить до конфлікту між управлінською та виконавчою функціями; головний лікар часто є радше адміністратором, ніж менеджером або лідером.

6. Визначеність «згори» певних параметрів, які для автономних закладів встановлює керівник закладу (наприклад, принципи та розмір мотивації персоналу, інвестиції тощо)[34].

З метою підвищення ефективності діяльності саме цієї ланки системи охорони здоров'я та всіх інших її компонентів Міністерством охорони здоров'я було погоджено план дій реформування медицини в процесі децентралізації. Такий план дій до 2020 року містить в собі наступні заходи:

- запровадження нової моделі фінансування для первинної медичної допомоги;
- створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я;
- створення єдиного національного замовника медичних послуг;
- створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією;
- перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів і спрощення вимог до ведення паперової звітності у медичних закладах;
- запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- створення госпітальних округів;
- запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів;
- автономізація бюджетних закладів охорони здоров'я. Цей пункт відноситься і до комунальних закладів охорони здоров'я[35].

Підходи щодо реформування комунальних лікувальних закладів закладено в багатьох законодавчих актах та нормативних документах, однак

одним з головних законодавчих актів, який сформував концептуальні підходи до проведення медичної реформи є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». В цьому Законі містять такі важливі методичні основи проведення медичної реформи як принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у програмі медичних гарантій, функції уповноваженого органу, істотні умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Ці положення Закону мають загальний регулюючий характер, але вони є обов'язковими для виконання як у великих містах, так і у віддалених селах, тому підіймають стандарти медичного обслуговування в умовах децентралізації та сприяють ефективному використанню комунальної власності місцевих громад в сфері охорони здоров'я.

У таблиці 1.7 за матеріалами аналізу основних положень Закону подано його змістовну архітектуру.

Таблиця 1.7

Архітектура системи реформування охорони здоров'я у відповідності до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»(розроблено автором на основі [7])

Принципи програми медичних гарантій			
Законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України;	Надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я;	Забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;	Цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів;
Універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій	Передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів	Гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб	Конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг

Продовження таблиці 1.7

Права пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій				
Отримання необхідних медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету	Безоплатне отримання інформації від Уповноваженого органу або надавачів медичних послуг про програму медичних гарантій	Можливість вибору лікаря у порядку, встановленому законодавством;	Надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я,	
Отримання від Уповноваженого органу інформації про пацієнта;	Оскарження рішень, дій чи бездіяльності надавачів медичних послуг або Уповноваженого органу	Судовий захист своїх прав;	Звернення до Ради громадського контролю щодо дій чи бездіяльності Уповноваженого органу;	
Функції уповноваженого органу				
Реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;	Здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій;	Проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;	Розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;	
Укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування	Отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів;	Виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів;	Забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;	Здійснення інших повноважень, визначених законом.
Істотні умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій				
Перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів;	Умови, порядок та строки оплати тарифу;	Фактична адреса надання медичних послуг;	Права та обов'язки сторін;	
строк дії договору;	звітність надавачів медичних послуг;	відповідальність сторін;		
Функціонування електронної системи охорони здоров'я				

В новій системі правам пацієнтів приділяється першочергове значення. В бюджеті України закладаються кошти на виконання програми медичних гарантій і ці кошти «йдуть» за пацієнтом у ті лікарні, які надають послуги, що мають попит. Це буде мати вплив на якість надання медичних послуг.

Виходячи з аналізу таблиці 1.7, ми можемо побачити, що Центри надання первинні допомоги в об'єднаних територіальних громадах повинні спиратися в своїй діяльності на такі положення Закону України «Про

державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» як: принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій, функції уповноваженого органу, істотні умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, функціонування електронної системи охорони здоров'я. Безумовно, ці положення стосуються всіх рівнів державного управління системою охорони здоров'я, але ми розглянемо більш ретельно первинний рівень, який значною мірою пов'язаний із системою функціонування закладів охорони здоров'я на основі комунальної власності.

Наступним документом, який визначає та конкретизує реформу системи охорони здоров'я в умовах поширення мережі закладів, що створюються та працюють на основі комунальної є Методичні рекомендації «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах». Названі методичні рекомендації доводять до рівня конкретних заходів та управлінських процедур процес створення медичних закладів нового типу в об'єднаних територіальних громадах. Методичні рекомендації надають можливість практичного застосування різних норм нових і старих Законів, що діють в сфері реформування медицини в регіонах на різних етапах створення лікарняних установ. По-перше, зміст Методичних рекомендацій ґрунтується на визначенні повноважень органів місцевої влади в сфері охорони здоров'я. Такими повноваженнями на теперішній час є:

- управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;

- забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;

- забезпечення, відповідно до закону, розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для

цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів;

- прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади;

- здійснення заходів щодо розширення та вдосконалення мережі таких підприємств тощо;

- управління в межах, визначених радою, майном, що належить до комунальної власності відповідних територіальних громад;

- встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад;

- заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад;

- встановлення в порядку і межах, визначених законом, тарифів;

- об'єднання на договірних засадах коштів відповідного місцевого бюджету та інших місцевих бюджетів для виконання спільних проєктів або для спільного фінансування комунальних підприємств;

- розгляд проєктів планів підприємств і організацій, які належать до комунальної власності відповідних територіальних громад, внесення до них зауважень і пропозицій, здійснення контролю за їх виконанням [36].

По-друге, на основі аналізу змісту Методичних рекомендацій виявляється можливим згрупувати окремі загальні та конкретні законодавчі акти України та їхні положення з метою використання конкретних стратегічних напрямів розвитку медицини в об'єднаній територіальній громаді. Такі результати представлено в таблиці 1.8.

Таблиця 1.8

**Нормативно-правове та методичне забезпечення процесу стратегічного розвитку комунального некомерційного підприємства з медичного обслуговування населення в об'єднаній територіальній громаді
(розроблено автором на основі [37])**

№	Напрямок	Закони та нормативні документи, що формують загальні напрями вирішення питань	Науково-методичні праці щодо вирішення конкретних завдань
1	Стратегічні напрями розвитку громади	Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. Закон України «Про засади державної регіональної політики» від 05.02.2015 №156-VIII. Закон України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 5.02.2015 № 157-VIII.	Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР: • підпункт 1 пункту «а» частини першої статті 27; • пункт 2 частини другої статті 52; • стаття 59.
2	Стратегія розвитку сфери охорони здоров'я в громаді	Закон України «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України» Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013.	Порядок розроблення регіональних стратегій розвитку і планів заходів з їх реалізації, а також проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених регіональних стратегій і планів заходів. Постанова КМУ від 11.11.2015 № 932. Постанова КМУ України від 06.08.2014 № 385 «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року». Наказ Міністерства України від 30.03.2016 № 75 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування і реалізації прогнозних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади
3	Стратегічний план розвитку комунального некомерційного підприємства з медичного обслуговування населення	1. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР 2. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР. 3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. 4. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. 5. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII.	Примірний статут для комунального Некомерційного підприємства, яке надає первинну медичну допомогу. / Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства оновлена версія, 2018 р.: Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013.

Для якісного та всебічного процесу надання первинної медичної допомоги в регіонах лікувальними комунальними підприємствами фінансова спроможність однієї об'єднаної громади може виявитися недостатньою. Тому «Методологічні рекомендації щодо підписання угоди про міжмуніципальне співробітництво щодо створення спільного підприємства ПМД» регулюють питання створення потужних підприємств об'єднаними зусиллями. Зокрема, у відповідності до цих Рекомендацій співробітництво здійснюється у формі:

1) делегування одному із суб'єктів співробітництва іншими суб'єктами співробітництва виконання одного чи кількох завдань з передачею йому відповідних ресурсів;

2) реалізації спільних проектів, що передбачає координацію діяльності суб'єктів співробітництва та акумулювання ними на визначений період ресурсів з метою спільного здійснення відповідних заходів;

3) спільного фінансування (утримання) суб'єктами співробітництва підприємств, установ та організацій комунальної форми власності – інфраструктурних об'єктів;

4) утворення суб'єктами співробітництва спільних комунальних підприємств, установ та організацій – спільних інфраструктурних об'єктів;

5) утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного виконання визначених законом повноважень[37].

Якщо таке комунальне підприємство створено в об'єднаній територіальній громаді, або на основі об'єднання фінансового потенціалу декількох громад його наступними першочерговими завданнями є підписання угоди із НСЗУ та створення моделі ефективної діяльності.

У відповідності із матеріалами методичної підтримки реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД з метою підписання угоди із НСЗУ необхідно провести низку заходів.

1. Здійснити автономізацію закладу та перетворитися із комунальної установи у комунальне некомерційне підприємство. Даний етап вимагає

злагодженої командної роботи органів місцевого самоврядування, які є власником закладу та безпосередньо керівництва медичної установи.

2. Мати діючу ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, інших дозвільних документів, передбачених законом.

3. Обрати медичну інформаційну систему та підключитися до електронної системи охорони здоров'я (e-Health). Це дозволить закладам вести точний облік пацієнтів, які отримують послуги та із часом перейти на електронний документообіг.

4. Забезпечити відповідність матеріально-технічного оснащення закладу вимогам примірних табелів оснащення. Для цього слід оцінити власну матеріально-технічну базу та розробити покроковий та реалістичний план закупівель[38].

Як можна побачити з поданих заходів, вимоги до якості надання послуг комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я на первинному рівні такі ж самі як і до великих лікарень у великих містах. Тому створення та функціонування лікувального закладу у формі комунального підприємства, його діяльність на основі запровадження сучасних інформаційних технологій, наявність Інтернету, оформлення статутних документів та ліцензій, сучасне сертифіковане обладнання є головними складовими його співпраці з органами державного управління системою охорони здоров'я.

Однак, подальше функціонування комунального підприємства – закладу охорони здоров'я пов'язано показниками його ефективної діяльності. Тому відповідно до матеріалів методичної підтримки для ефективного управління закладом в умовах реформування необхідно провести певні дії.

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

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

3. Сформувані спроможну мережу надання ПМД, шляхом оптимізації структурних підрозділів закладу ПМД.

4. Здійснювати стратегічний та операційний менеджмент (впроваджувати нові підходи до управління закладом – стратегічне планування, розвиток персоналу, управління сервісом, зовнішні та внутрішні комунікації, пошук інвестицій тощо)[38].

Забезпечення ефективного функціонування комунальних підприємств ПМД в сільській місцевості повинно спиратися на відповідність європейським стандартам, зокрема, Центр первинної медичної допомоги повинен мати в своєму складі не менше семи лікарів та обслуговувати приблизно 15000 осіб, амбулаторія групової практики налічує від 2 до 6 лікарів та обслуговує близько 3000 осіб, амбулаторія одиночної практики складається з одного лікаря та обслуговує 2000 осіб, медичний пункт, в якому є фельдшер, медична сестра або лікар повинен обслуговувати 750 осіб. Більш детально це подано в таблиці 1.9.

Таблиця 1.9

Стандарти обслуговування хворих на первинному рівні[39]

Вид закладу	Кількість населення (осіб)	Кількість сімейних лікарів(осіб)	Кількість середнього та молодшого медичного персоналу(осіб)	Допоміжний персонал (осіб)
Центр ПМД	15000 і більше	7 і більше	1–2 медсестри на сімейного лікаря	Управлінська структура
Амбулаторія групової практики	3000 і більше	2 і більше	1–2 медсестри на сімейного лікаря	Рецепція
Амбулаторія монопрактики	2000 і більше	1	1–2 медсестри	–
Медичний пункт	750 і більше	–	Медсестра або фельдшер	–

Нові комунальні підприємства в об'єднаних територіальних громадах мають більш високий рівень автономії в роботі. Не дивлячись на свої невеликі розміри, вони самостійно підписують контракти з НЗСУ. НЗСУ в свою чергу закуповує ліки за контрактом для застрахованих осіб. Підприємство ПМД працює автономно, не підпорядковуючись місцевій бюрократії та відповідає за якість наданих медичних послуг у відповідності до контрактів з населенням. Місцеві жителі мають нагоду обирати лікаря самостійно – незалежно від свого місця проживання та «прикріплення» до лікарні та фінансувати своє лікування на основі страхових схем.

Із наведеного матеріалу необхідно зробити такі висновки:

– значна кількість закладів охорони здоров'я в регіонах, обласних центрах і раніше існували на основі комунальної форми власності, однак на теперішній час із установ, що функціонують на старих засадах планово-адміністративної економіки, вони перетворюються на комунальні підприємства, діяльність яких спрямована на реалізацію свого соціального призначення – надання якісних медичних послуг на основі нових підходів до менеджменту. Такі нові підходи добре відомі в науці державного управління та менеджменту, однак в медичній сфері, в діяльності лікарень вони практично не застосовувалися;

– вітчизняними науковцями значною мірою досліджено науково-методичні підходи розгортання процесу діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах процесу децентралізації та об'єднання територіальних громад. В науковій літературі недостатньо поєднанні питання розвитку соціальної сфери та вдосконалення механізмів управління охороною здоров'я із питаннями розвитку транспортної інфраструктури, мобільного зв'язку, Інтернет-технологій, наявності об'єктів інженерної інфраструктури, можливістю залучення кваліфікованих медичних працівників. Однак, для вирішення практичних питань в цій сфері надаються методичні матеріали, розроблені спільно підрозділами МОЗ України та міжнародними організаціями медичного та соціального профілю діяльності;

– підходи щодо реформування комунальних лікувальних закладів закладено в багатьох законодавчих актах та нормативних документах, однак одним з головних законодавчих актів, який сформував концептуальні підходи до проведення медичної реформи є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». В цьому Законі містять такі важливі методичні основи проведення медичної реформи як принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у програмі медичних гарантій, функції уповноваженого органу, істотні умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, функціонування електронної системи охорони здоров'я. Ці положення Закону мають загальний регулюючий характер, але вони є обов'язковими для виконання як у великих містах, так і у віддалених селах, тому підіймають стандарти медичного обслуговування в умовах децентралізації та сприяють ефективному використанню комунальної власності місцевих громад в сфері охорони здоров'я;

– однією з головних проблем управління комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я є відсутність достатнього фінансування. Вирішення цього питання полягає у об'єднанні коштів громад з метою створення спільних закладів ПМД. «Методологічні рекомендації щодо підписання угоди про міжмуніципальне співробітництво щодо створення спільного підприємства ПМД)» є важливим документом, який дозволяє налагодити співпрацю на регіональному рівні в цій сфері. Така співпраця ґрунтується на наступному: делегування одному із суб'єктів співробітництва іншими суб'єктами співробітництва виконання одного чи кількох завдань з передачею йому відповідних ресурсів; реалізація спільних проектів, що передбачає координацію діяльності суб'єктів співробітництва та акумулювання ними на визначений період ресурсів з метою спільного здійснення відповідних заходів; спільне фінансування (утримання) суб'єктами співробітництва підприємств, установ та організацій комунальної форми власності – інфраструктурних об'єктів; утворення суб'єктами

співробітництва спільних комунальних підприємств, установ та організацій – спільних інфраструктурних об'єктів; утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного виконання визначених законом повноважень;

– вимоги до якості надання послуг комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я на первинному рівні такі ж самі як і вимоги до якості у великих лікарнях у великих містах. Тому створення та функціонування лікувального закладу у формі комунального підприємства, його діяльність на основі запровадження сучасних інформаційних технологій, наявність Інтернету, оформлення статутних документів та ліцензій, сучасне сертифіковане обладнання є головними складовими співпраці органів державного управління системою охорони здоров'я із місцевою владою.

Висновки до першого розділу

1. Інститут власності повинен бути спрямованим на дотримання паритету матеріальної рівності громадян країни. Форми власності повинні бути різноманітними з тією метою, щоб надати доступ до власності всім верствам населення, а також підприємцям. До того ж, власність є системою відносин, яка повинна регулюватися державою з метою надання доступу до неї. Держава повинна створити умови для можливого переходу власності із рук в руки та трансформації однієї форми власності в іншу. Тому власність є, по суті, системою відносин в суспільстві і в економіці, але крім того, що власність є сама по собі системою відносин, вона ще й впливає на відносини в інших сферах економіки, суспільного життя, розвитку країн.

2. Державне регулювання інститутом власності проводиться на основі запровадження головного інструменту – системи права. Законодавчі та нормативні акти регулюють систему відносин власності. Законодавчі

механізми формують систему власності, захищають її та трансформують. Наявність власності є гарантією заможності населення країни.

3. Система власності щільно пов'язана із інститутом соціальної справедливості. Ця теза знаходить відображення в сучасних концепціях корпоративної соціальної відповідальності, соціального партнерства, які стають основою для практичних заходів зменшення нерівності у статках, доходах людей, яке зумовлюється стрімкими процесами концентрації власності в національних економіках.

4. Серед форм власності найбільш швидкі трансформації на теперішній час в Україні проявляються в сфері комунальної власності. Це пов'язано у першу чергу і проведенням реформи децентралізації та передачею управлінських функцій держави на місця – місцевим органам влади;

5. Під час становлення ринкових відносин та демократичних, ліберальних відносин в сфері державного управління на початку 90-х років структура власності кардинально змінювалася. Вона перетворювалася із державної на інші форми – в першу чергу – приватні. В той час було прийнято цілий ряд законів, що регулювали ці процеси. На цей час трансформації власності не є такими масштабними, але вони не можуть проводитися на усталеній методичній основі.

6. Відповідно до статті 1 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» ми можемо побачити практично повну самостійність місцевих громад у розпорядженні комунальною власністю. Така автономність регіонів в цьому питанні підсилюється статтею 17 цього Закону.

7. Різновекторні підходи у трактуванні сутності комунальної власності, її призначенням та функціями можна пояснити значною кількістю форм комунальної власності та способів її застосування у формуванні нової моделі соціального розвитку держави і, зокрема, трансформації системи охорони здоров'я в регіоні.

8. Сьогодні за короткий час основною формою існування закладів охорони здоров'я стала комунальна форма власності. Комунальна форма

власності за своєю сутністю має значну кількість переваг в застосуванні на регіональному рівні. Вона більш наближена до потреб місцевих громад. Однак, виникає багато питань щодо її імплементації в сферу охорони здоров'я.

9. У нашій країні створено законодавчу та нормативну базу проведення реформи охорони здоров'я та трансформації діяльності закладів охорони здоров'я в комунальні підприємства. Останні Закони України, такі як : «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», «Про лікарські засоби» створили необхідні передумови для функціонування закладів охорони здоров'я в нових соціально-економічних умовах. Нормативні документи, рекомендації вказали безпосередні шляхи переведення лікарень у комунальну форму власності та організацію їх діяльності як підприємств. До таких документів слід віднести: Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства оновлена версія.

10. Організаційно-правові, економічні переваги повинні відобразитися на підвищенні якості надання медичних послуг. Видатки лікарень на комунальні послуги, обладнання, ремонт, заробітну плату постійно зростають, тому в нових умовах для підприємств комунальною власності пропонуються залучати нові джерела залучення коштів.

11. На основі напрацьованої законодавчої бази вітчизняні науковці в сфері державного управління, економіки, медицини пропонують нові напрями пошуку підвищення дієвості функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств. До запропонованих нових перспективних напрямів слід віднести такі: організація медичного бізнесу, роль фінансового менеджменту в організації діяльності лікувально-

профілактичного закладу, процес вдосконалення 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 в системі охорони здоров'я, методи оплати надавачів медичних послуг, зокрема, методи оплати амбулаторної медичної допомоги та методи оплати стаціонарної медичної допомоги, технологічні принципи забезпечення високих показників якості медичної допомоги, сутність та функції системи стандартизації медичної допомоги.

12. Значна кількість закладів охорони здоров'я в регіонах, обласних центрах і раніше існували на основі комунальної форми власності, однак на теперішній час із установ, що функціонують на старих засадах планово-адміністративної економіки, вони перетворюються на комунальні підприємства, діяльність яких спрямована на реалізацію свого соціального призначення – надання якісних медичних послуг на основі нових підходів до менеджменту. Такі нові підходи добре відомі в науці державного управління та менеджменту, однак в медичній сфері, в діяльності лікарень вони практично не застосовувалися.

13. Вітчизняними науковцями значною мірою досліджено науково-методичні підходи розгортання процесу діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах процесу децентралізації та об'єднання територіальних громад. В науковій літературі недостатньо поєднанні питання розвитку соціальної сфери та вдосконалення механізмів управління охороною здоров'я із питаннями розвитку транспортної інфраструктури, мобільного зв'язку, Інтернет-технологій, наявності об'єктів інженерної інфраструктури, можливістю залучення кваліфікованих медичних працівників. Однак, для вирішення практичних питань в цій сфері надаються методичні матеріали, розроблені спільно підрозділами МОЗ України та міжнародними організаціями медичного та соціального профілю діяльності.

14. Підходи щодо реформування комунальних лікувальних закладів закладено в багатьох законодавчих актах та нормативних документах, однак одним з головних законодавчих актів, який сформував концептуальні підходи до проведення медичної реформи є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». В цьому Законі містять такі важливі методичні основи проведення медичної реформи як принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у програмі медичних гарантій, функції уповноваженого органу, істотні умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, функціонування електронної системи охорони здоров'я. Ці положення Закону мають загальний регулюючий характер, але вони є обов'язковими для виконання як у великих містах, так і у віддалених селах, тому підіймають стандарти медичного обслуговування в умовах децентралізації та сприяють ефективному використанню комунальної власності місцевих громад в сфері охорони здоров'я.

15. Вимоги до якості надання послуг комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я на первинному рівні такі ж самі як і вимоги до якості у великих лікарнях у великих містах. Тому створення та функціонування лікувального закладу у формі комунального підприємства, його діяльність на основі запровадження сучасних інформаційних технологій, наявність Інтернету, оформлення статутних документів та ліцензій, сучасне сертифіковане обладнання є головними складовими співпраці органів державного управління системою охорони здоров'я із місцевою владою.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРОЦЕСУ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ТА ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ПІДПРИЄМСТВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Розвиток процесу децентралізації та аналіз створення комунального підприємства «Центр первинної медико-соціальної допомоги»

Процес перетворення закладів охорони здоров'я України в комунальні некомерційні підприємства вирішальною мірою пов'язаний із розвитком процесу децентралізації. Такий зв'язок з наукових позицій можна пояснити низкою чинників: по-перше, в ході процесу децентралізації в системі форм власності все більшої ваги набуває комунальна форма власності в усіх сферах життєдіяльності громад; по-друге заклади охорони здоров'я, які і раніше фінансувалися з бюджетів регіонального рівня отримують новий статус – некомерційних комунальних підприємств, який дозволяє раціональніше використовувати отримані від бюджету кошти та надає нові можливості для самостійного поповнення бюджету підприємства; по-третє – статус комунального підприємства значною мірою відповідає соціальному запиту суспільства на отримання якісних медичних послуг на місцях і тільки в крайніх випадках виникає необхідність звертатися в великі центральні спеціалізовані медичні заклади, або наукові-дослідні інститути цієї сфери; по-четверте, функціонування закладів охорони здоров'я у вигляді комунальних підприємств і тісна співпраця з керівниками громад надає більші можливості в питаннях залучення кваліфікованих медичних кадрів, забезпечення їх житлом, відповідною заробітною платою, надає більше можливостей для подальшого зростання. Ці питання стають не тільки

проблемами головного лікаря, або медичного директора, а й керівництва місцевої громади.

Тому дослідження процесу діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я щільно пов'язано з дослідженням стану процесу децентралізації. З початку проведення процесу децентралізації в нашій країні було створено 1029 об'єднаних територіальних громад і на початок 2020 року 49 громад, що вирішили об'єднатися чекають на затвердження свого рішення. З 1029 об'єднаних територіальних громад 44 ОТГ з адміністративними центрами у містах обласного значення, що свідчить про укрупнення міських громад і приєднання приміських населених пунктів до міст. В таблиці 2.1. представлено основні показники процесу об'єднання територіальних громад в Україні.

Таблиця 2.1

**Основні показники процесу об'єднання територіальних громад
в Україні(розроблено автором на основі [40])**

Показник	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Кількість об'єднаних територіальних громад (од.)	159	366	665	806	1029
Кількість жителів в об'єднаних територіальних громадах (млн осіб)	1,4	3,1	5,6	8,3	11,7
Площа об'єднаних територіальних громад (тис. кв км)	36,8	89,6	167,5	193,5	246,8
Кількість об'єднаних територіальних громад, що об'єдналися та приєдналися (од.)	814	1782	3176	3738	4968
Кількість необ'єднаних та неприєднаних територіальних громад (од.)	10147	9179	7785	7223	6263

Необхідно наголосити, що 11,7 млн осіб на цей час проживають в ОТГ, що складає 33,3 % від загальної чисельності населення України (без урахування тимчасово окупованої території – 246, 8 тис. км кв. – площа ОТГ), що складає 44,2 % від загальної площі України (без урахування

тимчасово окупованої території), 4698 територіальних громад об'єдналися, приєдналися, що складає 42,9 % від загальної кількості рад базового рівня (без урахування тимчасово окупованої території), 6263 територіальні громади залишаються необ'єднаними, що складає 57,1 % від загальної кількості рад базового рівня (без урахування тимчасово окупованої території)[40].

Слід зазначити, що за показником концентрації об'єднання громад, на теперішній час 4,6 місцеві громади об'єднанні в одну. З роками тенденція була іншою. У 2015 році в середньому об'єднувалися 5,1 громади, у 2016 році – 4,7, у 2017 році – 4,7, у 2018 році – 4,0, у 2019 році – 4,3. Це може свідчити про той факт, що невеликі, неспроможні громади вже об'єдналися, а громади, що є самодостатніми не достатньо активно йдуть на об'єднання. В той же час середня чисельність населення однієї громади складає за п'ять років створення об'єднаних громад 11388 осіб. По роках цей показник має такий вигляд: 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 вищу кількість жителів в нових об'єднаних громадах, що зумовлено розвитком процесу приєднання ОТГ до міст обласного значення[40].

Якщо врахувати, що для відкриття Центру первинної медичної допомоги, за нормативами кількість населення, який він має обслуговувати повинна складати 15000 осіб, а середня кількість об'єднаної громади складає 11388 осіб, то можна зробити висновок, що не у всіх громадах будуть відкриті такі центри. Невелика кількість найбільш великих громад в регіонах зможе мати свій Центр первинної медичної допомоги. Безумовно, практично в кожній громаді є можливість відкрити амбулаторію групової практики, яка може взяти на обслуговування 3000 осіб і мати в своєму складі двох сімейних лікарів, або амбулаторію монопрактики, яка розрахована на обслуговування 2000 осіб та може містити в своєму складі одного сімейного лікаря, але найбільш ефективним шляхом може стати об'єднання фінансових потенціалів громад з метою створення спільного Центру первинної медичної

допомоги, який зможе взяти на обслуговування мешканців двох або більше громад.

Процес об'єднання територіальних громад проходить нерівномірно за регіонами України. Якщо проаналізувати статистичні матеріали щодо об'єднання територіальних громад, то можна побачити, що впродовж п'яти років є області – лідери які проводять цей процес більш активно. В таблиці 2.2. подано результати рейтингування областей України міністерством розвитку громад і територій за показником створення об'єднаних територіальних громад.

Таблиця 2.2

Рейтинг областей України щодо формування спроможних громад[40]

Область	ЗР	1	2	3	4	5	6	7
Житомирська	1	5	3	3	1	11	3	3
Дніпропетровська	2	2	2	2	1	16	7	1
Чернігівська	3	4	4	4	1	14	2	4
Хмельницька	4	8	5	5	2	9	4	1
Запорізька	5	3	1	1	1	19	9	1
Волинська	6	10	6	6	1	12	6	1
Сумська	7	9	12	12	3	10	1	2
Донецька	8	1	11	11	16	5	9	1
Чернівецька	9	14	8	10	7	6	2	11
Тернопільська	10	16	9	8	4	17	2	6
Миколаївська	11	6	7	9	8	15	9	12
Луганська	12	12	10	7	10	22	11	1
Рівненська	13	21	15	14	9	8	2	1
Ів.-Франківська	14	22	17	18	5	3	2	8
Харківська	15	12	19	19	18	1	5	1
Полтавська	16	11	16	16	6	18	4	7
Херсонська	17	17	14	13	13	20	2	10
Черкаська	18	15	13	15	2	21	10	15
Одеська	19	13	18	17	16	6	8	17
Київська	20	18	22	20	15	4	4	16
Львівська	21	20	21	22	12	7	11	13
Закарпатська	22	24	24	24	14	2	9	9
Вінницька	23	23	23	21	11	13	2	14
Кіровоградська	24	19	20	23	17	23	11	5

У наведеній таблиці показники рейтингу означають наступне: ЗР – загальний показник рейтингу, 1 – кількість населення ОТГ, 2 – площа ОТГ,

3 – кількість територіальних громад, що не об'єдналися, 4 – райони, що не охоплені об'єднанням, 5 – кількість ОТГ з чисельністю менше 5000 осіб, 6 – ОТГ з адміністративними центрами у містах обласного значення, 7 – покриття перспективними планами.

Ці рейтингові показники та інші показники свідчать, що процес децентралізації та об'єднання територіальних громад проходить в Україні нерівномірно. Аналізуючи першу п'ятірку регіонів, можна відзначити, що тільки Дніпро і Запоріжжя є великими містами, які є центрами відповідних областей, Житомир, Чернігів та Хмельницький значно менші за кількістю жителів. Крім того, ці області мають різний промисловий потенціал та спеціалізацію в народному господарстві (Дніпропетровська та Запорізька – індустріальні, інноваційні центри, Житомирська – аграрно-промислова область, Хмельницька та Чернігівська – аграрні області). Крім того, ці області різні за природно-кліматичними умовами та географічно знаходяться в різних куточках країни. Тому, мабуть основною причиною дієвості проведення процесу приватизації є організаційні чинники, що пов'язані з проведенням процесу об'єднання територіальних громад на регіональному рівні.

Необхідно відзначити і перші кроки реформи децентралізації в сфері охорони здоров'я. Так, за часи проведення реформи децентралізації, перетворення лікарняних закладів у комунальні некомерційні підприємства державою було реалізовано 795 проектів в сфері медицини, з них – 153 проекти – реконструкція і капітальний ремонт лікарняних закладів в країні. На ці цілі було використано 4, 55 млрд грн. Було придбано 2023 автомобілі для лікарень на суму 0,99 млрд грн. З цих автомобілів – 625 – для нових амбулаторій та 1398 – для існуючих амбулаторій. Крім автомобілів було придбано 3969 медичних комплектів на суму 0,413 млрд грн. [40].

У зв'язку з цим, актуальним є порівняння умов проведення процесу об'єднання територіальних громад в Україні та Польщі. Україна та Польща мають схожий політико-адміністративний устрій – тому досвід Польщі,

особливості реорганізації регіональних систем, сприйняття реформ в польському суспільстві є важливим для аналізу процесу в Україні. В таблиці 2.3. представлено порівняльні характеристики основних передумов проведення реформи децентралізації в Україні та в Польщі.

З поданого в таблиці матеріалу можна побачити, що Україна є дещо більшою за площею та кількістю населення країна, ніж Польща. Однак, населення Польщі проживає у 923 містах та 52,5 тисяч селах, в той час, як населення України проживає тільки у 457 містах та 28,6 тисяч селах. Це зумовлює додаткові складності для населення в отриманні різного виду публічних послуг, а особливо послуг в системі медичного обслуговування.

Таблиця 2.3

Порівняння умов проведення реформ України та Польщі[41]

№	Параметри	Польща	Україна
1	Площа, тис. км ²	312,7	603,5
2	Населення, млн. чол.	38,5	42,5
3	Густота населення (чол. 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%

Крім того, ми можемо побачити, Польща є Парламентською республікою, а Україна Парламентсько-Президентською республікою. Різниця є і в Устрої Парламенту (Сейму та Верховної Ради). В Польщі він – двопалатний, а в Україні – однопалатний. Однак, ці фактори не повинні суттєво впливати на реформу децентралізації, якщо її проведення вже схвалено.

Таким чином, можна визначити відповідність польської моделі децентралізації українським реаліям. В обох країнах інститут самоврядування є основою політичної системи, елементом громадянського суспільства. У кожному випадку єдиним суб'єктом місцевого самоврядування є громада / гміна. Адміністративно-територіальна структура обох країн складається з 3 рівнів: область / воєводство, район / повіт, громада / гміна. У той же час, у Польщі є додаткові утворення «міста на правах округу» та поселення у містах та солецтва у сільській місцевості.

Окремі чинники може бути використаними для визначення різниці між початковими умовами та впровадженням реформ в Україні та Польщі. Ключова відмінність місцевого самоврядування в Україні та Польщі полягає у існуванні в Україні державної адміністрації (префектської установи) на рівні як області, так і району. Хоча в Польщі на рівні округу немає державної адміністрації, на регіональному рівні функціонує інститут воєвод. На відміну від Польщі, де реформи адміністративно-територіального та місцевого самоврядування на базовому рівні (комуни) були розділені в часі (1970 та 1990 рр.), в Україні ці реформи розпочалися одночасно.

Основна відмінність процесу реформ в Україні та Польщі - це підходи до організації реформи, які визначали успішне проведення реформи децентралізації в Польщі, значною мірою сприяючи єдиному «штабу реформ» з боку представників парламенту, уряду, експертів та неурядових організацій, в Україні існує значна кількість центрів контролю у центрі та недостатній рівень управління реформою на регіональному рівні.

З метою детальнішого ознайомлення порівняльних характеристик проведення процесу об'єднання територіальних громад пропонуємо матеріали таблиці 2.4, що підготовлені на основі Аналітично записки «Порівняльний аналіз процесу децентралізації України та Польщі», громадською організацією «Європейський діалог» на замовлення Міжнародного фонду «Відродження».

Таблиця 2.4

Порівняльна характеристика процесу децентралізації в Польщі та в Україні, складено автором на основі [41]

№	Характеристики	Аргументація	Можливі наслідки
1	Недостатня відповідність польської моделі децентралізації українським реаліям	Інститут самоврядування є основою політичного устрою, елементом громадянського суспільства. При цьому, єдиним суб'єктом місцевого самоврядування є громада/гміна; Адміністративно-територіальний устрій обох країн складають 3 рівні: область/воєводство, район/повіт, громада/гміна. При цьому, в Польщі наявна додаткові ланки: «міста на правах повіту» та поселення/ ділянки у містах та солецтва у сільській місцевості; Як у Польщі, так і в Україні реформа децентралізації на початковому етапі перебувала під сильним політичним впливом	Необхідно враховувати недостатню відповідність моделей децентралізації з метою усунення дисбалансу у проведенні реформи; Всі Уряди України, що працювали після 2014 року підтримували реформу децентралізації
2	Відмінність стартових умов проведення реформ в Україні і Польщі	На відміну від Польщі, де реформи адміністративно-територіальна та місцевого самоврядування на базовому рівні (гміни) були рознесені в часі (1970 та 1990 роки), в Україні ці реформи стартували одночасно; Суттєвою відмінністю країн є те, що Польща – парламентська, а Україна – парламентсько-президентська республіка, у якій до сьогодні йде боротьба за більші повноваження, зокрема між Президентом і парламентом; Ключовою відмінністю системи місцевого самоврядування в Україні та Польщі є наявність державної адміністрації (інститут префекта) в Україні на рівні, як області, так і району. У той час як у Польщі державної адміністрації на рівні повіту не має, лише на рівні воєводства функціонує інститут воєводи Перший етап реформи децентралізації у Польщі (1990 рік, запровадження місцевого самоврядування на рівні гмін) проходив у таких же складних економічних умовах, як і в Україні (падіння ВВП, інфляція)	Форма державного устрою Може мати вплив на способи і механізми прийняття рішень під час проведення реформ, та впливати на те, де знаходиться центри прийняття рішень; Запровадження інституту префекта в системі державного управління, що викликає гострі суперечки в суспільстві, побоювання щодо концентрації надмірних повноважень префектів (президентської адміністрації) та навіть централізацію влади; Затягування процесу децентралізації на базовому рівні призводить до затримки децентралізації на рівні районів, областей та в цілому, що вже викликає певне розчарування в суспільстві і посилює позиції її противників
3	Відмінності процесу	На відміну від Польщі, де успішне впровадження реформи	Без єдиного центру реформи вирішувати

	<p>проведення реформ в Україні і Польщі</p>	<p>децентралізації значною мірою завдячувало наявності єдиного «штабу реформ» із представників парламенту, уряду, експертів та неурядових організацій, в Україні наявна значна кількість центрів управління реформами в центрі та недостатній рівень забезпечення управління на регіональному рівні; Запровадження самоврядування в гміні розпочалось в Польщі у 1990 року на основі Закону «Про територіальне самоврядування». А нова Конституція, яка закріпила децентралізацію місцевої влади була прийнята у 1997 році. Проект Закону про внесення змін до Конституції України щодо децентралізації влади (прийнятий у першому читанні Верховною радою 31 серпня 2015 року) блокує пункт, який не має безпосереднього відношення до реформи – про особливості здійснення місцевого самоврядування в окремих районах Донецької та Луганської областей</p>	<p>проблеми достатньо складно. Внаслідок незбалансованості реформи не все зроблено у передачі повноважень громадам, спостерігається відставання галузевих реформ, наростає втома громадян від затягування процесу. Особливо гостро це відчувається в регіонах</p>
4	<p>Програми українсько-польської співпраці не в повній мірі орієнтовані на передачу Україні польського досвіду в сфері децентралізації</p>	<p>Польща в достатній мірі надає підтримку (фінансову, експертну) в сфері децентралізації як через міжнародні програми, так і через власні програми, лідерами серед яких є програми Міністерства закордонних справ Польщі</p>	<p>Фінансова підтримка без широкої роз'яснювальної роботи може призвести до несприйняття основних цінностей реформи і всі недоліки в проведенні та реалізації реформи будуть списуватися на невдале копіювання польської моделі</p>
5	<p>Недостатнє поширення в Україні інформації щодо польського досвіду реформ</p>	<p>Інформація щодо досвіду польських реформ в питаннях децентралізації з боку провідних польських експертів, урядовців та громадських діячів в українському медіа-просторі представлена достатньо широко і доступно для різних категорій користувачів. Важливим елементом такої інформації є експертна оцінка перебігу реформ в Україні, порівняння окремих аспектів реформи в Україні та Польщі, демонстрація практичних результатів спільних проектів в Україні</p>	<p>Відповідні порівняння та демонстрації повинні бути орієнтовані на випереджаючи темпи децентралізації в Україні та на нову якість проведення реформи децентралізації без сліпого копіювання</p>

Необхідно визначити, що в Польщі трансформація відбулася відповідно до західноєвропейського зразку, тоді як окремі елементи старої моделі місцевого самоврядування також використовувались. Як результат, така реформа тривала набагато довший проміжок часу, ніж у інших країнах Східної Європи і була менш динамічною. Це стосується великого політичного компромісу, який було досягнуто між комуністичною владою, що представляла проросійську еліту. Переговори між прокомуністичними та опозиційними демократичними силами відбувалися у фазі протестів у формі Круглого столу. Процеси реформування системи місцевого самоврядування та перетворення системи управління на місцях залишалися під впливом проросійських сил довгий час. Однак це мало ключове значення для просування всього процесу. Проводилась широка модернізація міст, сіл і регіонів, а також виведення членів комуністичної партії та їх місцевих активістів з влади та створення нових місцевих політичних еліт.

В польській науковій літературі є численні дослідження, які аналізують розвиток подій у кожному конкретному напрямку проведення реформ, трансформації державного устрою з авторитарного в демократичний, перетворень економічної моделі від центрального планування до ринкової економіки.

У Польщі довгий час зберігався старий територіальний поділ. Існували структури двох рівнів - воєводство (воєводзво) та муніципалітет (гміна). Воєводства були за змістом елементом центральної влади, мали урядовий характер своєї діяльності, тоді як муніципалітети представляли свої інтереси як органи місцевого самоврядування. Запровадження ще одного рівня – повітового (повіту), було предметом численних дискусій. Крім того, воєводські структури також необхідно було реформувати. Було доцільним розробити нову концепцію щодо зменшення чисельності воєводств і, як наслідок, розглядалося питання створення великих регіонів. Реформу відклали протягом чотирьох років, хоча після зміни центрального уряду в 1993 р. Такі політичні сили як Альянс демократичних лівих та Польська

народна партія не бажали децентралізуватися влади та створювати органи самоврядування на інших рівнях. Дебати стосувались кількості, розмірів та потенціалу майбутніх воєводств. Найбільш екстремальні рішення включали залишення 49 воєводств і округів, а контрпропозиція включала 12 великих регіонів та присутність повіту як структурного елементу місцевого самоврядування.

У 1998 році після вето Президента на чергову пропозицію Сейму було досягнуто компромісне рішення. Цим рішенням передбачалося створення 16 воєводств з повітами, які мали рівень трохи вище муніципалітету. Таких повітів було спочатку 308 спочатку, а пізніше – 314 округів, крім того, визначили 66 міст із статусом повіту). Пілотна програма за цієї новою структурою розпочалася в 1994 р. В пілотній програмі було надано нові функції для місцевого самоврядування з для найбільших міст, що стало вступом до створення округу Завдяки реалізації цього пілотного проекту та апробації актуальних питань, поступово система самоврядування в Польщі остаточно сформувалася у 1999 році.

Польське воєводство має подвійний характер, причому урядові структури управління та структури місцевого самоврядування функціонують поруч. Уряд представлений воєводою, який є головою адміністрації воєводства та спільної справи органами, а також виконує наглядову роль над органами самоврядування. Воєводи призначаються Урядом і закінчують свої повноваження разом з Урядом. Головним центральним органом державного управління, який відповідає за процес функціонування цієї гілки влади є Воєводське зібрання. Воєводське зібрання (*sejmik województwa*) є законодавчим органом, який обирає виконавчий орган у формі воєводської ради (*zarząd województwa*). Маршалком воєводства (*marszałek województwa*) є керівник правління. Термін повноважень триває чотири.

Необхідно визначити, що система місцевого самоврядування Польщі має наступні характеристики:

- в обмеженому вигляді існує вертикаль владні відносини в політико-адміністративній системі. Місцеві владні органи вже не входять до складу органів державного управління і є незалежними органи самоврядування;

- змінилися пріоритети в системі регіонального управління. Регіональні органи державного управління(воєводи) відіграють реальну роль нагляду та адміністраторів, і вже не є фасадом, як це було в комуністичні часи;

- ринково-ліберальна система відносин відносини між органами місцевого самоврядування та місцевою економікою. Функції виконання планів та управління місцевими промисловими підприємствами було вилучено із функцій органів місцевого самоврядування; нова роль місцевого самоврядування полягає у забезпеченні належних умов для розвитку приватного бізнесу та підприємництва. Місцеве самоврядування також визначає місцеву фінансово-податкову політику та визначає обсяги комунальних послуг відповідно до правил вільного ринку;

- демократична система відносин в політичній сфері на рівні місцевого самоврядування. Раніше місцева адміністрація була орієнтована на виконання настанов і накази комуністичної партії та урядових органів. В теперішній час вони діють на основі пошуку компромісів між інтересами політичних еліт лише для того, щоб вирішити проблеми місцевих громад, врахувати їх інтереси;

- широке народовладдя. Відносини між адміністрацією та громадянами в комуністичні часи були офіційним та носили формальний характер. Після трансформації системи місцевого самоврядування діяльність місцевої адміністрації спрямовано на участь громадян у вирішення питань регіону та громади;

- законодавчі основи місцевого самоврядування. До демократичних реформ місцева влада виконувала резолюції комуністичної партії та органів, які були вище в ієрархії, в той час як після трансформації системи, вони мають функціонували незалежно від органів центральної влади в межах законодавчої та інституційної бази держави;

- оцінка праці та компетенції працівників. До демократичних реформ у Польщі лояльність до системи та належний ідеологічний напрям були головним критерієм оцінки. Після реформи децентралізації ключову роль в оцінці та стимулюванні працівників органів місцевого самоврядування відіграють їх професійна компетентність та якість праці.

Слід визнати, що в Україні є недостатньо поширеною інформація щодо проведення реформи децентралізації в Польщі та проведення об'єднання територіальних громад, як її складової частини. Виходячи з матеріалів таблиці, ми можемо визнати також, що на проведення реформи децентралізації на території всієї України значною мірою впливають не вирішення питань щодо тимчасово невідконтрольних територій та анексованої території в Криму.

В цілому шляхи та методи проведення реформи децентралізації, процес об'єднання територіальних громад в Україні відповідає польському зразку і спрямований на суттєве підвищення якості життя в регіонах та особливо в сільській місцевості.

У роботі «Аналіз системи охорони здоров'я в Польщі» можна знайти порівняльну характеристику системи охорони здоров'я Польщі й України.

1. Україна схожа на Польщу в тому, що вона страждає від застарілої системи Семашка. Польща пройшла довгий шлях, щоб залишити систему Семашка в минулому. Заробітна плата працівників сфери охорони здоров'я збільшилася. Зазнала змін бюджетна система, а також були реорганізовані лікарні (скорочення кількості підрозділів або зміна профілю лікарні).

2. Приватний сектор домінує у більшості сфер медичного обслуговування, а державний сектор в основному покриває стаціонарне лікарняне обслуговування. Це дозволяє поліпшити управління ефективністю лікарень і поліпшити розподіл методів лікування. Це приклад, який показує, що приватна медицина не тільки перевищує потреби пацієнтів, а також забезпечує ефективний довготривалий догляд.

3. Медичний туризм є ще однією перспективною сферою, в якій Польща активно розвивається. Оскільки вартість лікування в Польщі нижча, ніж у більшості країн ЄС, велика кількість іноземців приїжджають лікуватися або відпочивати до медичних установ Польщі. Такий вид туризму є дуже сучасним і має великий потенціал в Україні.

4. Також зазнало змін сприйняття сфери охорони здоров'я і лікарів пацієнтами. Тепер громадяни Польщі мають більше шансів побачити кваліфікованого лікаря у клініці з високою якістю обслуговування, ніж просто звернутися до випадкового лікаря [42, с. 13–18].

Слід визначити, що останнім часом в Україні робляться дієві кроки в ході реформування системи охорони здоров'я в регіональному розрізі. Як ми вже зазначали, одним з інструментів формування нової системи охорони здоров'я є об'єднання коштів громад з метою відкриття спільних лікувальних закладів первинної медичної допомоги. Один з перших в Україні договір про співробітництво територіальних громад у формі утворення спільного комунального некомерційного підприємства центром якого є ЦПМСД Млинівської селищної ради. Відповідно до договору створено комунальне некомерційне підприємство для обслуговування населення всього району. Сторонами договору є шість місцевих рад Млинівського району, які представляють ОТГ: Млинівська селищна, Бокійнівська, Острожецька і Ярославичська сільські ОТГ та ще не об'єднані громади: Мальованська та Підгаєцька сільські ради. Головна мета співпраці – забезпечення наданням первинної медичної допомоги максимально зручною для мешканців району.

На балансі ОТГ знаходиться Комунальне некомерційне підприємство(КНП) «Млинівський ЦПМСД». Окрім Млинівської ОТГ у територію обслуговування КНП входять ще 3 ОТГ та 2 сільські ради, які ще залишились в районі. Надання медичних послуг відбувається за міжмуніципальним договором. Кількість населення, що обслуговує КНП – 35 тисяч осіб. Радіус обслуговування до 45 км. Договір з НСЗУ підписаний у другій хвилі з 01.10.2018 року[43].

Структура закладу: 7 амбулаторій та 33 ФАПи. У закладі працює 146 працівників, 131 штатна одиниця (в тому числі 20 сімейних та 1 педіатр). 100% укомплектованість лікарським та середнім медичним персоналом. У Центрі є своя клініко-діагностична лабораторія. Прийнято програму спільного фінансування КНП ЦПМСД Млинівської ОТГ – 3,5 млн грн [43].

На території району 83% населення уклало декларації з сімейними лікарями, зменшились показники госпіталізації на вторинну ланку на 22 %, зменшилась кількість викликів екстреної допомоги до хронічних хворих до 13%, на 30% збільшились відвідування до сімейних лікарів, покращилась рання діагностика хвороб системи кровообігу, розроблено наказ про створення комісії по контролю якості надання ПМСД. У ЦПМСД Функціонує кабінет цілодобової невідкладної допомоги. За 8 місяців 2019 року отримали допомогу 600 жителів[43].

Використовуються телефонні консультації (наявні три номери: стаціонарні та двох операторів мобільний). Пацієнти мають можливість телефонувати цілодобово. Кількість викликів сімейних лікарів додому зменшилась. Використовується консультування пацієнтів по телефону. Заклад зберіг виїзну допомогу, оскільки навколишні села мають погану транспортну доступність. На всіх ФАПах 1 раз на місяць лікар веде прийом пацієнтів при необхідності частіше. У вівторок, середу та четвер виїзні дні прийомів та консультування[43].

Одним з важливих елементів реформування закладів охорони здоров'я в некомерційні комунальні підприємства – інформаційне забезпечення. У новоствореному ЦПМСД рівень комп'ютеризації – 100%: Частину фінансування забезпечено за кошти субпроекту «Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області», частково кошти надали Млинівська та Острожецька ради. В наявності повне забезпечення електрокардіографами (в тому числі портативними), пульсоксиметрами, тонометрами, дитячими та дорослими

вагами. Амбулаторії забезпечені згідно 148 наказу МОЗ України. Транспортне забезпечення достатнє – 6 автомобілів[43].

Відповідно до підписаного колективного договору середня зарплата лікаря виросла в 2,5 рази, молодшого персоналу з медичною освітою у 2 рази, інший персонал у 1,5 рази. Бюджет закладу зріс у 2,0 рази[43].

На основі проведених досліджень необхідно зробити висновки:

– зв'язок з наукових позицій можна пояснити наступними чинниками: ході процесу децентралізації в системі форм власності все більшої ваги набуває комунальна форма власності в усіх сферах життєдіяльності громад, заклади охорони здоров'я, які і раніше фінансувалися з бюджетів регіонального рівня отримують новий статус – некомерційних комунальних підприємств, який дозволяє раціональніше використовувати отримані від бюджету кошти та надає нові можливості для самостійного поповнення бюджету підприємства, статус комунального підприємства значною мірою відповідає соціальному запиту суспільства на отримання якісних медичних послуг на місцях, функціонування закладів охорони здоров'я у вигляді комунальних підприємств і тісна співпраця з керівниками громад надає більші можливості в питаннях залучення кваліфікованих медичних кадрів;

– практично в кожній громаді є можливість відкрити амбулаторію групової практики, яка може взяти на обслуговування 3000 осіб і мати в своєму складі двох сімейних лікарів, або амбулаторію монопрактики, яка розрахована на обслуговування 2000 осіб та може містити в своєму складі одного сімейного лікаря, але найбільш ефективним шляхом може стати об'єднання фінансових потенціалів громад з метою створення спільного Центру первинної медичної допомоги, який зможе взяти на обслуговування мешканців двох або більше громад;

– основна відмінність процесу реформ в Україні та Польщі - це підходи до організації реформи, які визначали успішне проведення реформи децентралізації в Польщі, значною мірою сприяючи єдиному «штабу реформ» з боку представників парламенту, уряду, експертів та неурядових

організацій, в Україні існує значна кількість центрів контролю у центрі та недостатній рівень управління реформою на регіональному рівні;

– одним з інструментів формування нової системи охорони здоров'я є об'єднання коштів громад з метою відкриття спільних лікувальних закладів первинної медичної допомоги. Один з перших в Україні договір про співробітництво територіальних громад у формі утворення спільного комунального некомерційного підприємства центром якого є ЦПМСД Млинівської селищної ради. Відповідно до договору створено комунальне некомерційне підприємство для обслуговування населення всього району. Воно буде обслуговувати мешканців шести місцевих рад Млинівського району, які представляють ОТГ: Млинівська селищна, Бокіймівська, Острожецька і Ярославичська сільські ОТГ та ще не об'єднані громади: Мальованська та Підгаєцька сільські ради. Головна мета співпраці – забезпечення наданням первинної медичної допомоги максимально зручною для мешканців району.

2.2. Аналіз діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в Рівненській області та систематизація основних проблем їхнього розвитку

Трансформація системи охорони здоров'я, поширення комунальної власності як основної форми функціонування закладів охорони здоров'я в Україні впливає на якість надання медичних послуг. Разом з тим, як і в будь-якому процесі, що знаходиться в стані змін виникає багато проблемних питань, що на теперішній час не знаходять відповіді. З метою виявлення цих проблемних, системних питань діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я доцільно провести аналіз діяльності цих підприємств на прикладі Рівненської області.

Одним з комунальних підприємств охорони здоров'я Рівненської області є Острозька обласна психіатрична лікарня. Лікарня відкрита у жовтні 1953 року відповідно до постанови виконкому Рівненської обласної ради. З 15.03.2011 року набула статусу – комунальний заклад «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради. Комунальний заклад «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради надає спеціалізовану стаціонарну допомогу населенню, а також хворим наркологічного профілю. Обслуговує населення міста Рівне та населення Гошанського, Дубенського, Здолбунівського, Корецького, Млинівського, Острозького, Радивилівського, Рівненського, Демидівського районів, населення в кількості 641,7 тис.

Основний напрями діяльності комунального підприємства – стаціонарна установа охорони здоров'я, яка здійснює лікування і реабілітацію осіб з психічними розладами. Стаціонарна психіатрична допомога включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених Законом України «Про психіатричну допомогу та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади.

На виконання Закону України «Про психіатричну допомогу», який визначає правові та організаційні засади, з метою покращення надання психіатричної і наркологічної допомоги населенню, визначаються основні напрями діяльності лікарні:

- в досконалення лікувально-діагностичного процесу згідно клінічних протоколів;
- впровадження нових методик лікування, нових технологій психотерапії, трудо- та арттерапії;
- поетапне впровадження відновлювального лікування та реабілітаційних заходів для пацієнтів, які повернулися з зони АТО та переселенців з Криму та Сходу;

- взаємодія з соціальними службами, недержавними організаціями, будинками-інтернатами з метою проведення соціальної реабілітації хворих;
- налагодження правових взаємовідносин між пацієнтом, психіатром та судовими органами;
- забезпечити загальну доступність кваліфікованої психіатричної і наркологічної допомоги та ефективного використання ліжок для лікування і оздоровлення пацієнтів, особливу увагу приділити особам, які повернулися з зони АТО;
- ефективніше проводити роботу з використання бюджетних та залучених спонсорських коштів. Залучені кошти спрямовувати на зміцнення матеріально-технічної бази лікарні, придбання медикаментів для невідкладної допомоги, медичної апаратури, одягу, продуктів харчування.

Організаційна структура медичного закладу: стаціонар на 355 ліжок, в склад якого входять відділення і структурні підрозділи: психіатричних відділень - 8; наркологічне відділення – 1; клінічна лабораторія та допоміжні служби і кабінети. На базі психіатричного відділення № 3 функціонує палата інтенсивної терапії на 5 ліжок, де створені всі умови для надання кваліфікованої ургентної допомоги психічним та наркологічним хворим із супутньою соматичною патологією. Психотерапевтом хворим надається психологічна допомога.

Упродовж 2014–2017 років основні показники роботи лікарні покращились: збільшився обіг ліжка, зменшилась середня тривалість перебування на ліжку. За 2016 рік проліковано 2799 хворих, лабораторією лікарні зроблено 112713 досліджень, функціональних обстежень – 3051, в фізіотерапевтичному кабінеті проведено 9807 процедур, у стоматологічному кабінеті проліковано 2557 хворих. З ціллю ефективного реалізації завдань, які стоять перед лікарнею та отримання їх кінцевих результатів досягнуто: зниження первинного виходу на інвалідність, забезпечення роботи психіатричного ліжка протягом 340 днів, наркологічного ліжка – 350 днів,

середній рівень перебування на психіатричному ліжку 35 днів, на наркологічному ліжку 20 днів.

Впродовж 2014–2017 років в лікарні проведені такі роботи: отримано Державну реєстрацію на постійне користування земельною ділянкою для будівництва й обслуговування будівель закладу, отримано свідоцтва про право власності на нерухоме майно (комплекс будівель) та земельну ділянку.

Підприємством отримано акредитаційний сертифікат на першу категорію, проведено акредитацію клінічної лабораторії та отримано свідоцтво про атестацію вимірювальної апаратури, отримана ліцензія на медичну практику. Заклад отримав ліцензію Державної служби України з контролю за наркотиками.

У сфері господарчих нововведень проведено вагомі заходи, що впливають на підвищення якості надання медичних послуг. В той же час перед лікарнею постають проблеми матеріального забезпечення, зокрема, враховуючи соціальну незахищеність пацієнтів та довготривалий час перебування їх в стаціонарі, збільшення фінансування на медикаменти та продукти харчування, придбання нового флюорографа, заміна котлів для приготування їжі на харчоблоці. Серед управлінсько-організаційних проблем необхідно визначити наступні: попит на лікування в диспансері значно переважає на д можливостями. З поданого матеріалу було видно, що ліжка зайняті практично цілорічно. В лікарні велика кількість персоналу пенсійного віку. Відсутня система стимулів від місцевої влади щодо заохочення молодих фахівців працювати в регіоні. Зокрема, відсутня система доплат від місцевих органів влади, не завжди пропонується житло для фахівців необхідних спеціальностей, відсутні доплати на оздоровлення, транспорт. В цілому відсутні заходи стимулюючого характеру, які в приватному бізнесу консолідуються в систему заохочення під назвою «компенсаційний пакет».

Ще одне комунальне підприємство Рівненської області – заклад охорони здоров'я – Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр імені Віктора Поліщука. Заклад створений в 1991 р. У закладі працює 114 лікарів, з вищою категорією – 82, з першою – 12 лікарів, з другою – 10, 8 лікарів – к.м.н., 6 лікарів мають Звання Заслужений лікар України, 1 лікар – Заслужений працівник охорони здоров'я України. Центр надає висококваліфіковану діагностичну та лікувальну допомогу населенню регіону і, насамперед, постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС, учасникам АТО, біженцям та переселенцям. Щоденно центр відвідують в середньому 700 пацієнтів. За роки існування центру зареєстровано 3 млн 650 тис. відвідувань. В закладі зосереджено більше 250 одиниць найсучаснішого медичного обладнання провідних фірм світу. У РОКЛДЦ здійснюється 800 тис. різнопрофільних обстежень та досліджень, а кількість відвідувань перевищує 200 тис.

Основним напрямом діяльності закладу є забезпечення рівного й справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості шляхом: підвищення якості медичних послуг, підвищення доступності медичних послуг, створення стимулів для здорового способу життя населення й здорових умов праці, підготовка умов для переходу до страхової моделі (соціального медичного страхування), вдосконалення медико-генетичної допомоги, розширення спектру лабораторних досліджень, впровадження допоміжних репродуктивних технологій.

У структурі РОКЛДЦ ім. В. Поліщука функціонує 14 відділень лікувально-діагностичного профілю: клініко-консультативне відділення, відділення виїзної діагностики, відділення променевої діагностики, відділення ультразвукової діагностики, обласний центр репродуктивної медицини, централізоване відділення автоматизованої лабораторної діагностики, відділення функціональної діагностики, відділення клінічної патоморфології, відділення клінічної патоморфології, відділення інвазивних методів діагностики та лікування, обласний медико-генетичний центр,

денний лікувально-діагностичний центр, відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

Ліжковий фонд розрахований на 15 ліжок. Показники обігу ліжка становлять за останні роки 50–59 днів. План виконання ліжко-дня становить відповідно 108% – 211%. Оперативна активність відповідно 87% – 92%. Показники середнього часу перебування хворого на ліжку становить відповідно 6,2 – 6,6 днів. Повторних госпіталізацій як наслідку ускладнень не було виявлено.

Статистичні дані щодо роботи центру за 2018 рік свідчать про те, що кількісні показники відвідування в порівнянні з аналогічним періодом минулого року збільшились на 9511 і загальна кількість відвідувань до лікарів центру становила 209155 відвідувань, збільшилась кількість відвідувань жителів з районів на 3596, жителів з сільської місцевості на 4931, кількість жителів з «Ч» зони на 572, збільшилась кількість відвідувань жителів з м. Рівне на 4802, зменшилась кількість відвідувань дітьми до 17 років на 2339. Обстежено пацієнтів пільгових категорій (інваліди ВВВ, інваліди РА, воїни афганці, учасники АТО та інші) – 37%. За 1-ше півріччя зареєстровано 103851 відвідувань, з них 15% – дітей до 17 років, жителів «Ч» зони, 45% жителів з районів області, 33% – жителів сільської місцевості.

Визнання закладу підтверджується тим, що 8% пацієнтів, які проходять обстеження та лікування в РОКЛДЦ імені Віктора Поліщука є жителями інших регіонів. За 2014 – 2018 р.р. здійснено 164 виїздів спеціалізованих бригад лікарів в ЛПЗ області, проведено 7750 обстежень, з них 69 % дітям до 17 років, патологію виявлено в 91 % випадках, в 42 % виявлено вперше.

У роботі лікувального закладу можна також виділити проблеми фінансового характеру, зокрема, необхідність придбання мультизрізового комп'ютерного томографа для надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим, придбання обладнання для обласного центру репродуктивної медицини та малоінвазивних ендouroлогічних методик та проблеми організаційно-управлінського характеру, серед яких наступні:

відсутність коштів на впровадження комплексної програми розвитку медико-генетичної служби області, забезпечення зворотного зв'язку з ЛПЗ області на основі телекомунікаційних технологій з метою якісного надання допомоги; забезпечення повного алгоритму надання медичної допомоги згідно з діючими нормативними документами; підтримання існуючого парку медичної техніки; налагодження міжнародних зв'язків.

Наступне велике комунальне підприємство охорони здоров'я – Комунальне підприємство «Рівненський обласний госпіталь інвалідів війни». Госпіталь відкрито у березні 1946 року. З 2009 року набув статусу – комунальний заклад «Рівненський обласний госпіталь інвалідів війни» Рівненської обласної ради, з 2014 року – комунальний заклад «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, з 02.01.2019 року - комунальне підприємство «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради.

Станом на 01.01.2019 р. в області перебуває на обліку 29028 ветеранів війни, із них: інвалідів війни – 1898; учасників бойових дій – 11060; учасників війни – 12410; осіб, прирівняних до ветеранів війни по пільгах – 3660. Всього в області для стаціонарного лікування інвалідів, учасників Великої Вітчизняної війни, учасників бойових дій та прирівняних до них за пільгами розгорнуто 480 ліжок, в тому числі 240 ліжок – у територіальних закладах охорони здоров'я. Показник забезпеченості госпітальними ліжками для ветеранів війни в Рівненській області складає 82,7 на 10 тисяч ветеранів війни, що дає можливість щорічно оздоровити у стаціонарних умовах близько 36,0% ветеранів війни.

З вересня 2014 року комунальний заклад «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради набув статусу територіального центру реабілітації учасників антитерористичної операції. За цей час проліковано понад 3,7 тисяч учасників АТО, з них 391 інвалід.

Основні напрями діяльності комунального підприємства: надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги ветеранам

війни, учасникам бойових дій, учасникам АТО-ООС, планове оздоровлення ветеранів воєн в стаціонарних умовах, лікування та реабілітація наслідків нейротравм.

Впродовж 2018 року в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради проліковано 988 учасників АТО/ООС, з них інвалідів війни – 153. Протягом 3-х місяців 2019 р. проліковано 285 учасників АТО/ООС, з них інвалідів – 61. Всім військовослужбовцям та демобілізованим – пацієнтам госпіталю надається курс медичної психологічної і психосоматичної реабілітації. Впродовж 2018 р. отримали психологічну допомогу 930 учасників АТО/ООС. Протягом I кварталу 2019 р. отримали психологічну допомогу 255 учасників АТО/ООС. На базі неврологічного відділення госпіталю створений «Республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравм» для довготривалого лікування важких травм головного та спинного мозку на 50 ліжок, на що з державного бюджету було виділено близько 32 млн грн (Постанова Кабінету Міністрів України від 24.05.2017р № 482 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для створення і забезпечення функціонування Республіканського центру лікування та реабілітації наслідків нейротравм»). Республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравм обладнаний сучасним лікувальним та реабілітаційним медичним обладнанням на закупівлю якого виділено та профінансовано понад 20,0 млн грн. Зокрема, закуплені функціональні ліжка, підвісні системи, наркозо-дихальне обладнання, ультразвукової діагностики, фізіотерапевтичне обладнання, монітори спостереження за пацієнтом. У 2018 році фінансування становило 9 млн 318 тис. 376 грн.

Впродовж 2018 року у Центрі отримали стаціонарне лікування 195 пацієнтів. З них: інвалідів війни – 7, учасників бойових дій – 2, учасників АТО-ООС – 134, цивільні/супровід хворих – 52. Пацієнтів з Рівненської області – 73, з інших областей – 122 .

В даний час у госпіталі розгорнуто та функціонує 6 відділень:

- терапевтичне відділення – на 50 ліжок;
- неврологічне відділення – на 50 ліжок;
- кардіологічне відділення – на 50 ліжок;
- урологічне відділення – на 34 ліжок;
- відділення інтенсивної терапії та анестезіології – на 6 ліжок;
- Республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравм – 50 ліжок.

Крім того, функціонують допоміжні служби: поліклінічне відділення, фізіотерапевтичне відділення, відділення лікувальної фізкультури, відділення функціональної діагностики, рентгенкабінет, клінічна лабораторія, стоматологічне відділення.

Госпіталь укомплектовано висококваліфікованими медичними кадрами: 39 лікарів і 133 середніх медичних працівників, 80,0 % з яких вищої або першої кваліфікаційної категорії. Щорічно в умовах комунального закладу «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради отримують стаціонарне лікування близько 5 тисяч ветеранів війни. У госпіталі впроваджені лікувальні методики, з застосуванням водолікування, електротерапії, магнітотерапії, ультразвукової терапії, лікувальної фізкультури, нетрадиційних методів лікування.

Забезпечується спеціалізована хірургічна допомога. У 2018 році прооперовано 253 пацієнтів, проведено 294 оперативних втручань. Хірургічна активність становить 46,7%. Впродовж 2018 року в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради проліковано 988 учасників АТО/ООС, з них інвалідів війни – 153. Протягом 3-х місяців 2019 р. проліковано 285 учасників АТО/ООС, з них інвалідів – 61.

Проводиться першочергове безоплатне зубопротезування ветеранів війни. У 2018 році на забезпечення зубними протезами 314 ветеранів використано 240 тис. грн, на придбання 46-х слухових апаратів – 70,1 тис. грн. Забезпечення ветеранів та учасників АТО медикаментами та харчуванням відповідає нормативам, затвердженим Постановою Кабінету

Міністрів України від 27 січня 2016 року №34 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в закладах охорони здоров'я для ветеранів війни». В середньому на 1 пацієнта КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради в день використано 76,18 грн – на медикаменти та 68,81 грн – на харчування.

Серед проблем, які постають сьогодні перед підприємством слід виокремити такі: підприємство вирішує завдання загальнонаціонального значення, тому є доцільним розробити механізм змішаного фінансування від місцевої влади та від органів державної влади. Частково це вже реалізується. Про це свідчить Постанова Кабінету Міністрів України від 24.05.2017р № 482 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для створення і забезпечення функціонування Республіканського центру лікування та реабілітації наслідків нейротравм». Віддаленість госпіталю від обласного центру ставить такі першочергові завдання як: надійний зв'язок та комунікації, наявність якісного Інтернету, необхідність достатньої кількості комп'ютерів. Крім того, до проблем організаційного характеру слід віднести передпенсійний вік лікарів та допоміжного персоналу, недостатню оснащеність для роботи з лежачими хворими, відсутність стимулів від місцевої влади, оскільки госпіталь не орієнтовано в своїй діяльності на місцеву громаду, організаційні складнощі залучення молодих лікарів на роботу.

Комунальне підприємство «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради було створено шляхом реорганізації пологового будинку № 1 Рівненської міської ради. Рівненський обласний перинатальний центр розпочав свою діяльність 1 грудня 2008 року. У 2012–2013 рр. у рамках національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства було проведено капітальний ремонт та добудовано 1 корпус. Рівненський обласний центр, має вищу акредитаційну категорію, пройшов сертифікацію на відповідність міжнародним стандартам ISO 9001:2008, ДСТУ ISO 9001:2009. Понад 70 % лікарів та середнього

медичного персоналу мають вищу та першу кваліфікаційну категорію. В закладі працює 2 кандидати медичних наук, 1 Заслужений лікар України. Основні напрямки діяльності підприємства за видами та якістю відповідають сучасним європейським стандартам.

Організаційна структура комунального підприємства «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради наступна: консультативно-діагностичне відділення, обласний центр планування сім'ї та репродукції людини, відділення патології вагітних, екстрагенітальної патології вагітності з ліжками не виношування, відділення медицини плода та патології раннього терміну вагітності, пологове відділення, післяпологове відділення спільного перебування матері та дитини, відділення оперативної гінекології з малоінвазивними технологіями, відділення медицини плода та патології раннього терміну вагітності, відділення інтенсивної терапії новонароджених, відділення постінтенсивного догляду та виходжування недоношених новонароджених, відділення анестезіології та інтенсивної терапії з методами еферентної терапії для жінок, лабораторний блок.

За 2018 рік в комунальному закладі «Обласний перинатальний центр» було надано стаціонарну медичну допомогу 4535 пацієнтам, в тому числі вагітним, роділлям, новонародженим та гінекологічним хворим. Кількість пролікованих новонароджених у звітному році збільшилась на 8,7 %. Упродовж 2018 року в обласному перинатальному центрі відбулось 2960 пологів, що на 284 пологів менше, ніж у 2017 році.

В консультативно-діагностичному відділенні закладу упродовж 2018 р. було проконсультовано 1039 жінок. З них – 84.2 % – вагітні з супутньою екстрагенітальною патологією або з ускладненим акушерським анамнезом. Решта – 15.8 % – з гінекологічною патологією. Серед про консультованих вагітних – 26.2 % становили жінки, які мають обтяжений акушерський анамнез (звичне невиношування, мертвонародження в анамнезі, вроджені вади розвитку плода. Решта вагітних – 73.8 % – були консультовані з

приводу супутньої екстрагенітальної патології. Всього з районів Рівненської області за рік, що минув, було проконсультовано 93.3 % пацієнток.

Серед основних проблем організаційно-управлінського характеру наступні: неузгодженість процедур екстреної та спеціалізованої допомоги, низька ефективність ставок базового тарифу для визначення вартості медичних послуг, недостатня висока заробітна плата допоміжного медичного персоналу та іншого персоналу Центру.

Одним з нових комунальних підприємств охорони здоров'я є Комунальне підприємство «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради. Будівництво нових корпусів обласного протипухлинного центру розпочалося у 1992 році. Першу чергу Рівненського обласного протипухлинного центру введено в експлуатацію у 2001 році. Кошторисна вартість будівництва склала 91,6 млн грн. Фінансування будівництва проводилося за рахунок коштів: Чорнобильської будівельної програми – 20 475,1 тис. грн, обласного бюджету – 100,6 тис. грн, субвенції з Державного бюджету (2003 рік) – 1171 тис. грн, з Державного бюджету (2009 рік) – 29,1 млн грн (будівельно-монтажні роботи).

Другу чергу будівництва Рівненського обласного протипухлинного центру введено в експлуатацію у 2009 році. Рівненський обласний протипухлинний центр забезпечує третинну високоспеціалізовану онкологічну та організаційно-методичну допомогу населенню області. Обслуговує 1 млн 155,8 тис. населення області, в т. ч. 611,3 тисяч сільського населення. Щороку в області виявляється майже 3 тис. онкохворих, серед яких близько 27–29% не доживають і року, а за рік від злоякісних пухлин помирає до двох тисяч хворих. На диспансерному обліку в даний час перебуває майже 23 тисячі хворих із злоякісними новоутвореннями, що склало за 2018 рік 1942,8 хворих на 100 тис. населення.

Структура обласного протипухлинного центру з Центром променевої терапії після відкриття пускового комплексу другої черги новобудови наступна: планово-консультативне відділення з плановою потужністю на 300

відвідувань за зміну, стаціонар – на 230 ліжок, де функціонують відділення: абдомінальної хірургії на 28 ліжок, проктологічне відділення на 33 ліжка, відділення пухлин молочної залози, м'яких тканин голови та шиї на 38 ліжок, гінекологічне відділення на 33 ліжка, відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 10 ліжок, хіміотерапевтичне відділення на 28 ліжок, відділення променевої терапії №1 на 30 ліжок, відділення променевої терапії №2 на 30 ліжок, хірургічний корпус, радіологічний корпус, господарчі корпуси.

Обласний протипухлинний центр оснащено сучасним діагностичним і лікувальним медичним обладнанням. За 2011–2012 роки з державного бюджету за рахунок субвенцій для діагностики та лікування онкологічної патології в протипухлинний центр закуплено ряд медичного обладнання на суму 37 млн. грн (лінійний прискорювач електронів «ElektaSynergyPlatform» з комплектуючими, апарат УЗД експерт-класу, маммографічна система, ультразвуковий дисектор, високочастотний хірургічний апарат та обладнання для операційних залів. У 2019 році придбано пристрій «Магнетрон» для лінійного прискорювача електронів «ElektaSynergyPlatform» вартістю 1 млн 950 тис. грн. та три джерела іонізуючого випромінювання іридію (Ir-192) для апарату брахітерапії MicroSelectron HDR на суму 1 млн. 615 тис. грн.

Завдяки запровадженню в практичній онкології сучасних методів хірургічного і комбінованого лікування, ефективність спеціалізованого лікування поліпшилася, відсоток виживаності пролікованих онкологічних хворих збільшився від 61,0 % у 2011 році до 62,5% за 2018 рік.

До основних проблем у діяльності комунального підприємства «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради слід віднести: необхідність розвитку співпраці та обміну досвідом з провідними іноземними лікарнями відповідного профілю, відсутність постійного контакту з вітчизняними науковими установами відповідного профілю, налагодження співпраці з навчальними закладами медичного профілю з метою залучення майбутніх працівників до лікарні та використання стажистів на робочих місцях, послаблення механізму

диспансеризації населення, що не діє можливість виявити онкологічні захворювання на початкових стадіях.

Також одним з сучасних комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я є комунальне підприємство «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради. Новозбудований комплекс Рівненської обласної дитячої лікарні був введений в дію в 1989 році. Сьогодні комунальне підприємство «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради – сучасний багатoproфільний лікувально-діагностичний заклад на 365 стаціонарних ліжок з консультативною поліклінікою на 240 відвідувань в зміну. Заклад акредитований на вищу категорію. У комунальному підприємстві «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради впроваджено та використовується система управління у відповідності до вимог стандарту ISO 9001:2015 ДСТУ ISO 9001:2015. Реєстраційний номер сертифікату: UA-GC/1/182:2018, термін дії до 03.09.2021 року.

За штатним розписом в лікарні 902,75 посад працівників, в тому числі 176,5 посад лікарів та 374,75 посад фахівців з неповною вищою медичною освітою. Чисельність працівників 999 осіб, в тому числі 140 лікарів, 493 медичних сестер. Атестовано 123 лікарів, або 100,0 % та 323 медичних сестер, або 100,0 % від підлягаючих атестації. Всі завідувачі структурними підрозділами лікарні атестовані на вищу та першу категорії та є експертами управління охорони здоров'я Рівненської облдержадміністрації за своїм профілем.

Чисельність дитячого населення в області що обслуговується обласною дитячою лікарнею – 277 026 осіб віком до 18 років. Консультативна поліклініка забезпечує близько 100 тисяч відвідувань дітьми на рік, стаціонарну допомогу отримують понад 13 тисяч пацієнтів щороку, в тому числі 53,3 % із них - жителі сільської місцевості.

Підприємство забезпечує в повному обсязі висококваліфіковану і спеціалізовану діагностичну, консультативну і стаціонарну медичну допомогу дітям віком від 0 до 18 років за профілями відповідно до

спеціалізації ліжкового фонду і консультативного прийому лікарями поліклініки. Заклад надає екстрену невідкладну цілодобову медичну допомогу дітям при гострих і раптових станах в тому числі виїзну екстрену допомогу хворим дітям, які перебувають в стаціонарах області з залученням лікарів - спеціалістів підприємства, проводить планові виїзди лікарів-спеціалістів в райони області з метою надання консультативної та організаційно-методичної допомоги закладам охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів.

Загальна потужність лікарні з 01.04.2017 року 365 стаціонарних ліжок. Підприємство надає висококваліфіковану стаціонарну медичну допомогу з 24-х та консультативну – з 23-х лікарських спеціальностей та логопедії і дефектології. В структурі підприємства функціонує 15 клінічних стаціонарних відділень, 3 допоміжних відділення, 3 діагностичних кабінети, 3 центри: Центр реабілітації дітей з порушенням слуху та мови; та Центр відновного лікування, офтальмологічний центр. Функціонує цілодобовий дитячий травмпункт, центральне стерилізаційне відділення, центральний операційний блок.

До основних проблем в діяльності комунального підприємства «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради слід віднести наступні: необхідність створення повної інформаційної бази пацієнтів на основі застосування сучасних інформаційних технологій, налагодження механізму взаємодії з медичними закладами екстреної допомоги та закладами первинної медичної допомоги, правова невизначеність взаємодії в системі охорони здоров'я між спеціалізованими дитячими лікарнями та закладами допомоги вторинного рівня, зокрема, взаємодія із сімейними лікарями, значний попит на медичні послуги, що в сегменті медицини для дітей значно перевищує можливості лікарні надавати ці послуги.

Комунальне підприємство «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради було створено у 1944 році відповідно до постанови виконкому Рівненської обласної ради від

31 травня 1944 року «Про заходи боротьби з венеричними захворюваннями» .
З 2009 року набув статусу – комунальний заклад «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер», з 2014 року – комунальний заклад «Рівненський обласний шкіряно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради, а з 02.01.2019 – Комунальне підприємство «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради.

Спеціалізований ліжковий фонд області складає 50 ліжок (40 ліжок в КП «РОШВД» РОР та 10 – у Дубенській міській лікарні. Показник забезпеченості дерматовенерологічними ліжками у Рівненській області складає 0,43 на 10 тисяч населення, при загальноукраїнському показнику – 0,67 на 10 тис. У III кварталі 2009 року було завершено реконструкцію корпусу стаціонарного відділення КП «РОШВД» у м. Рівне по вул. Свободи, 12. На реконструкцію рішенням Обласної Ради та Обласної державної адміністрації з Фонду розвитку було виділено 1 909 тис. грн. У 2016 році заклад пройшов експертизу на відповідність стандартам акредитації та був акредитований на першу категорію терміном до 28 жовтня 2019 року.

Основними напрямками діяльності закладу є:

- підвищення якості надання медичної допомоги по дерматовенерологічному профілю, зокрема: впровадження нових методів діагностики та лікування, покращення якості експертної оцінки здоров'я юнаків призовного віку, лікування хворих з серорезистентними формами сифілісу, лікування та спостереження за хворими з важкими хронічними дерматозами, впровадження додаткових методів лікування;
- посилення профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом та налагодження статистичного обліку ІПСШ;
- зміцнення матеріально-технічної бази закладу.

У диспансері функціонує 3 відділення: амбулаторно-поліклінічне, стаціонарне на 40 ліжок, клініко-діагностична лабораторія, у якій є клініко-серологічний та бактеріологічний відділи. Крім того, функціонує фізіотерапевтичний кабінет та кабінет селективної фототерапії.

Диспансер укомплектовано кваліфікованими медичними кадрами: Станом на 01.01.2017 р. в закладі згідно штатного розпису зареєстровано 100 посад. З них: лікарів – 28,0 посади, в тому числі 4,25 лікаря-лаборанта; середнього медичного персоналу – 36,0 посади.

Щорічно в умовах комунального закладу «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради отримують стаціонарне лікування близько 1 тисяч пацієнтів. Амбулаторний прийом становить 85000-90000 пацієнтів щорічно.

Фінансово-господарська діяльність КП «РОШВД» РОР в 2018 р. здійснювалась за рахунок асигнувань обласного бюджету в сумі 4 882 259 грн, а також залучених позабюджетних коштів – 401 646 грн. Серед поточних завдань – придбання сучасного обладнання для діагностики, лікування та реабілітації хворих з дерматовенерологічною патологією.

Серед основних проблем в діяльності підприємства слід визначити наступні: проведення капітальних та поточних ремонтів приміщень, необхідність придбання спеціалізованого обладнання нового покоління, збільшення фінансування на придбання медикаментів та витратних матеріалів, збільшення кількості ставок лікарів та медичного персоналу, необхідність оновлення кадрів та працевлаштування молодих спеціалістів.

Проаналізувавши діяльність низки комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я Рівненської області є доцільним визначити основні проблеми, що стоять перед цими підприємствами. По-перше це матеріально-технічні та фінансові проблеми, зокрема: збільшення фінансування на медикаменти та продукти харчування, проведення капітальних та поточних ремонтів приміщень, необхідність придбання спеціалізованого обладнання нового покоління, збільшення кількості ставок лікарів та медичного персоналу. У випадку, якщо підприємство вирішує завдання загальнонаціонального значення, розробка механізму змішаного фінансування від місцевої влади та від органів державної влади.

По-друге, організаційні проблеми. До організаційних проблем слід віднести наступні: відсутність коштів на впровадження комплексної програми розвитку медико-генетичної служби області, забезпечення зворотного зв'язку з ЛПЗ області на основі телекомунікаційних технологій з метою якісного надання допомоги; забезпечення повного алгоритму надання медичної допомоги згідно з діючими нормативними документами; підтримання існуючого парку медичної техніки. Віддаленість комунальних підприємств від обласного центру загострює такі проблеми як: надійний зв'язок та комунікації, наявність якісного Інтернету, необхідність достатньої кількості комп'ютерів.

По-третє, проблеми інституційного характеру. Серед проблем інституційного характеру слід також виокремити недостатній розвиток співпраці та обміну досвідом з провідними іноземними лікарнями відповідного профілю, відсутність постійного контакту з вітчизняними науковими установами відповідного профілю, налагодження співпраці з навчальними закладами медичного профілю з метою залучення майбутніх працівників до лікарні та використання стажистів на робочих місцях, послаблення механізму диспансеризації населення.

По-четверте – кадрові проблеми. До кадрових проблем слід віднести: необхідність збільшення кількості ставок лікарів та медичного персоналу, в лікарнях велика кількість персоналу пенсійного віку, відсутня система стимулів від місцевої влади щодо заохочення молодих фахівців працювати в регіоні, зокрема, відсутня система доплат від місцевих органів влади, не завжди пропонується житло для фахівців необхідних спеціальностей, відсутні доплати на оздоровлення, транспорт. В цілому відсутні заходи стимулюючого характеру, які в приватному бізнесу консолідується в систему заохочення під назвою "компенсаційний пакет".

2.3. Визначення напрямів трансформації управління комунальними підприємствами закладами охорони здоров'я на основі опитування експертів

Комунальні підприємства – заклади охорони здоров'я проводять свою діяльність в окремих регіонах та в основному надають медичні послуги мешканцям окремих територіальних утворень. Тому для підвищення ефективності їх діяльності важливе значення має налагоджена співпраця не тільки з органами державної влади сфери охорони здоров'я, такими як Міністерство охорони здоров'я, України та Національна служба здоров'я України, але і співпраця з органами місцевого самоврядування. З метою визначення переваг та шляхів вдосконалення діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в регіонах, об'єднаних територіальних громадах. Слід визначити, що в регіонах працюють не тільки комунальні підприємства системи охорони здоров'я, що підпорядковуються в своїй діяльності МОЗ та НСЗУ. Інші центральні органи влади також мають свої потужні лікарні та медичні установи. Це такі відомства як: Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Міністерство інфраструктури України, але на теперішній час основні важелі управління системою охорони здоров'я і робота в сфері охорони здоров'я населення лежить на комунальних підприємствах.

У проведеному соціологічному дослідженні брали участь фахівці, які працюють в управлінських підрозділах закладів системи охорони здоров'я Рівненської області, зокрема в комунальному підприємстві «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради, комунальному підприємстві «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради, комунальному підприємстві «Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр» імені Віктора Поліщука, комунальному підприємстві «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, комунальному підприємстві «Обласний перинатальний центр»

Рівненської обласної ради, комунальному підприємстві «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради, комунальному підприємстві «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради, комунальному підприємстві «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради. Крім того, в опитуванні приймали участь керівники районних лікарень рівненської області, лікарі, що навчалися за магістерською програмою «Державна служба» спеціальності «Публічне управління та адміністрування». В ході проведеного дослідження опитано 200 фахівців – медичних працівників, серед яких (рис. 2.1) – осіб, що отримали вищу освіту – 200 що складає 100 % експертів, серед яких лікарі, що отримали диплом з відзнакою – 50 особи, що складає 25 % від загальної кількості опитуваних та 8 кандидатів наук (5 – медичних, 2 – з державного управління, 1 – економічних). Слід зазначити, що значна кількість учасників дослідження має, або здобуває другу, або навіть третю вищу освіту. Практично всі опитуванні проходили стажування, підвищення кваліфікації в провідних установах України медичного та менеджерського спрямування, та/або за кордоном в кращих університетах, лікарнях Європи, Ізраїлю та США.

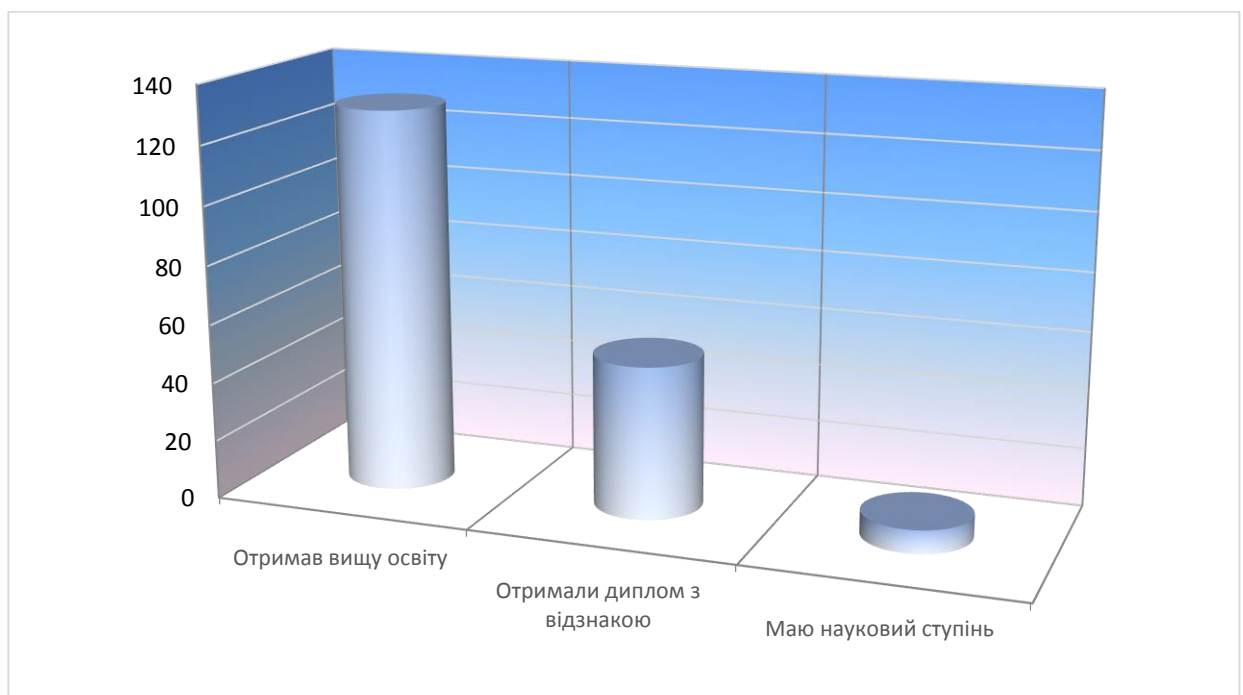


Рис. 2.1. Склад опитуваних за рівнем освіти

За віковою структурою, серед опитуваних превалюють досвідчені фахівці. Вікова група 25 – 44 років складає найбільшу кількість опитуваних – 86 осіб, або 43 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 44–65 років складає 81 осіб або 40 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 16–25 роки налічує 10 осіб, що складає – 5 %, а найстарша вікова група – 65 та більше років налічує 23 особи, що складає 12 % від загальної кількості опитуваних (рис. 2.2).

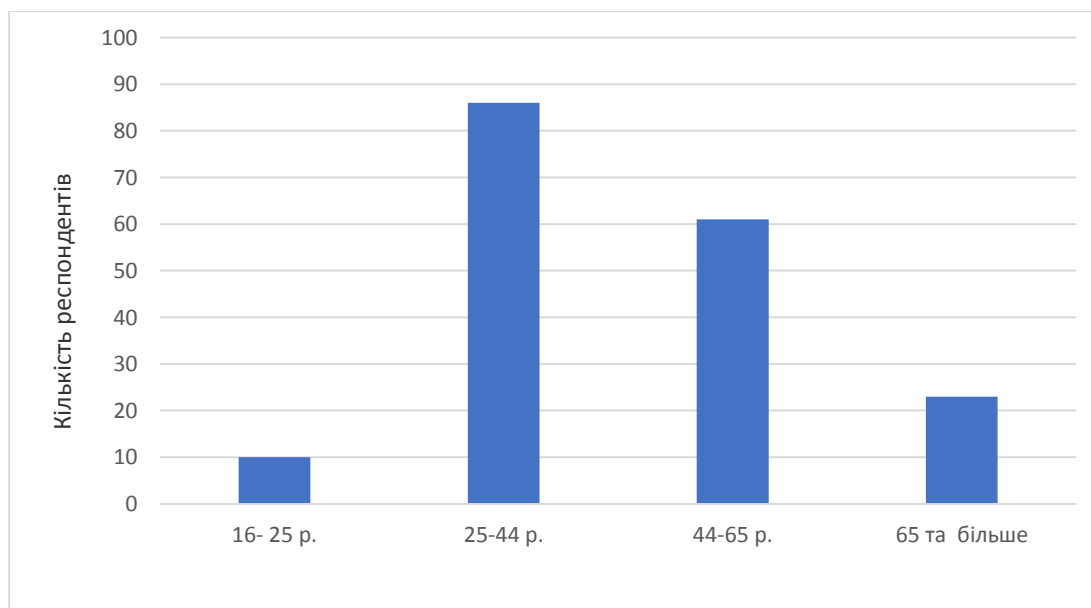


Рис. 2.2. Вікова структура респондентів – співробітників Рівненської обласної клінічної лікарні, що прийняли участь в опитуванні

Перше питання анкети було присвячено напрямам діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я (рисунок 2.3.).

Серед запропонованих експертам напрямів як найбільш важливий вони обрали відповідь на п. 1.7. – «Взаємозв'язок діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я та всіх соціальних інститутів суспільства в державі» – визначили як важливий 92 експерти, що складає 46 % опитуваних, п. 1.6. – «Вдосконалення системи державного управління розвитком процесу охорони здоров'я» – визначили як важливий 90 експертів, що складає 45% від опитуваних, п. 1.1. – «Стратегічне управління розвитком

інформаційного потенціалу закладів охорони здоров'я» – визначили як важливий 85 експертів, що складає 43 % опитуваних.

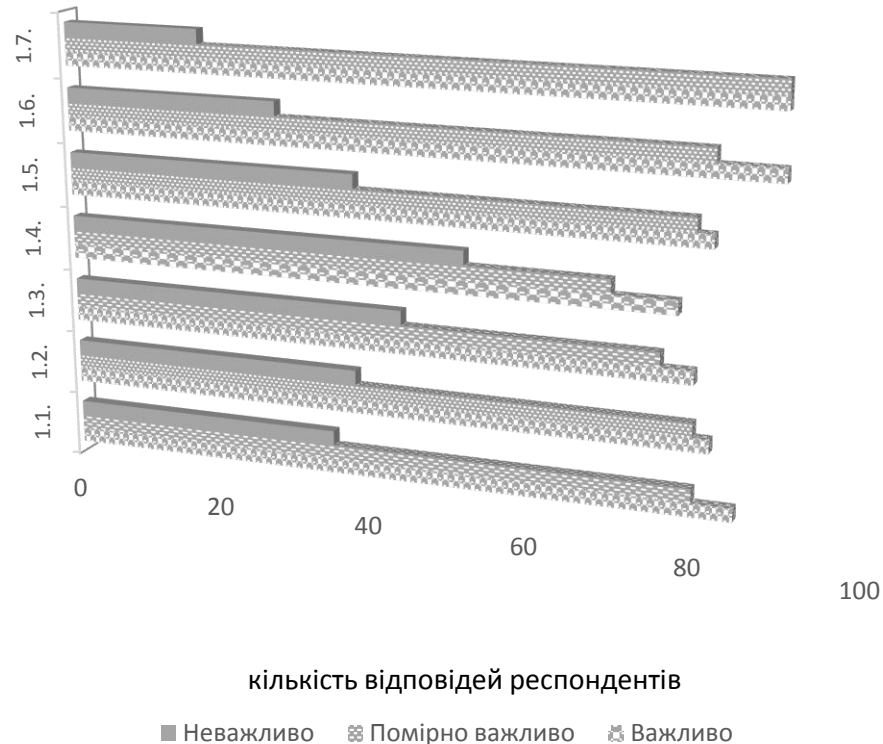


Рис. 2.3. Відповіді експертів на запитання анкети «Які напрями діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я Ви вважаєте найбільш перспективними?»

Важливість цих питань можна обґрунтувати високим рівнем трансформації системи охорони здоров'я в Україні, частиною якої є і трансформація діяльності закладів охорони здоров'я та їхнього функціонування як комунальних підприємств. До неважливих напрямів діяльності комунальних підприємств експерти віднесли п. 1.4 – «Менеджмент та маркетинг закладу охорони здоров'я як основа якості надання медичних послуг». Можливо це пов'язано із дуже загальним характером питання.

На рисунку 2.4. ми можемо побачити відповіді респондентів на друге питання анкети – «Визначте пріоритетність переваг функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств у відповідності до

Методичних рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства».

Серед пріоритетних переваг функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств у відповідності до Методичних рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, експерти відзначили п. 2.2. – «Підприємство має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством» – 92 особи, що складає 46 % від загальної кількості опитуваних.

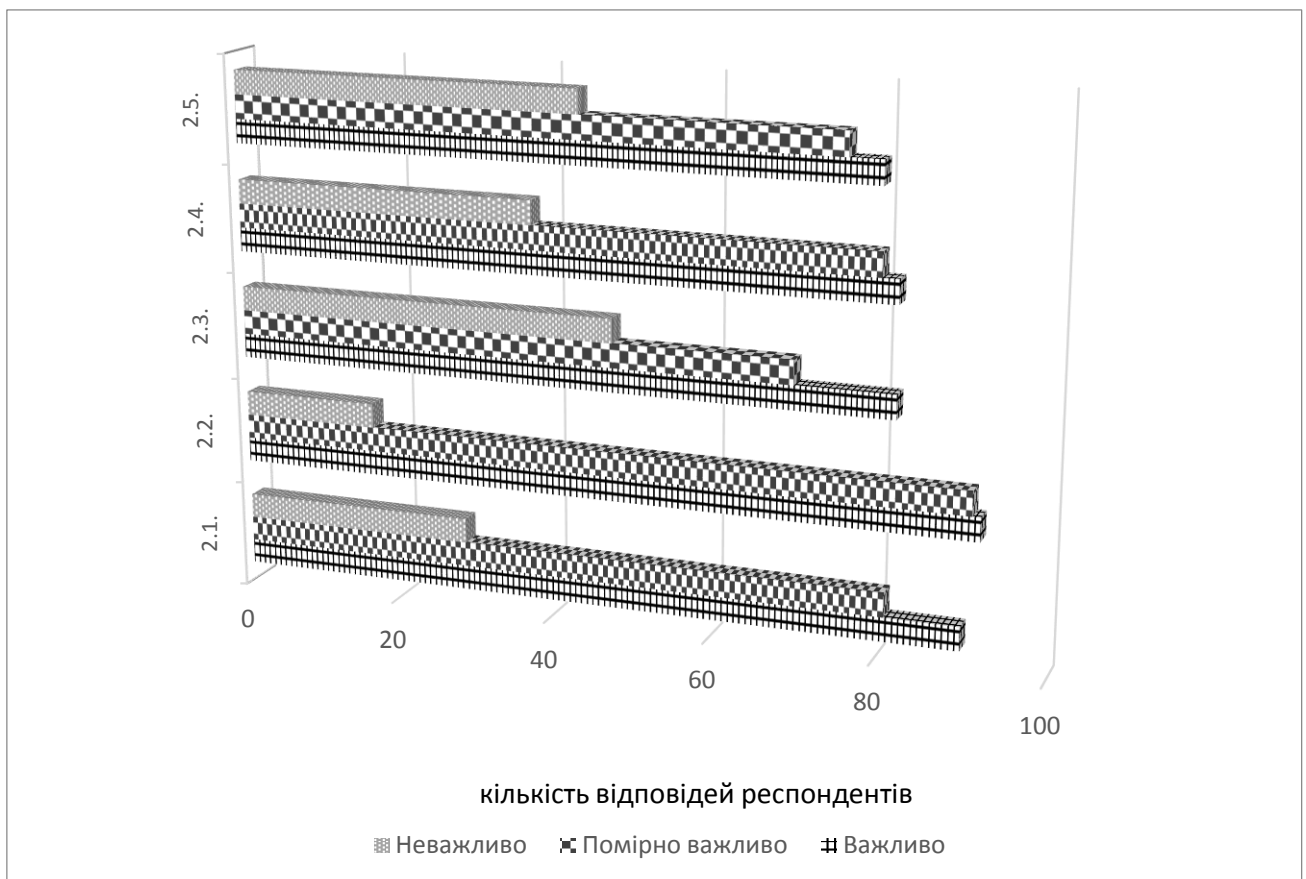


Рис. 2.4. Відповіді респондентів на запитання анкети «Визначте пріоритетність переваг функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств у відповідності до Методичних рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства»

Також серед пріоритетних переваг функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств є п. 2.1. – «Керівник закладу охорони здоров'я, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики закладу охорони здоров'я, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу, судовий захист своїх прав» – 90 осіб, що складає 45 % від загальної кількості опитуваних. Високий пріоритет відповідей на це питання пояснюється перш за все можливістю отримання економічної та адміністративної свободи закладу у вирішенні питань своєї діяльності. Найменш важливим пріоритетом експерти визначили п. 2.5 – «Підприємство може наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики». Такий результат можна пояснити конкуренцією серед лікарів на ринку праці. Одним з питань, яке досліджувало реальні механізми функціонування комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я було: «Визначте будь ласка пріоритетність складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на макрорівні». На рисунку 2.5. ми можемо побачити, що найбільш популярними відповідями на ці запитання є нижче наведені.

На рисунку 2.5, як головний пріоритет ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я експерти визначили п. 3.1. – «Надавати достовірні документи та інформацію, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування» – 90 осіб, що складає 45% від загальної кількості опитуваних. Важливим пріоритетом експерти визначили п. 3.4. – «Розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів» – 92 особи, що складає 46 % від загальної кількості опитуваних та п. 3.6. – «Реорганізація лікарень у комунальні

підприємства, що ведуть самостійне господарювання» – 94 особи, що складає 47 % від загальної кількості опитуваних.

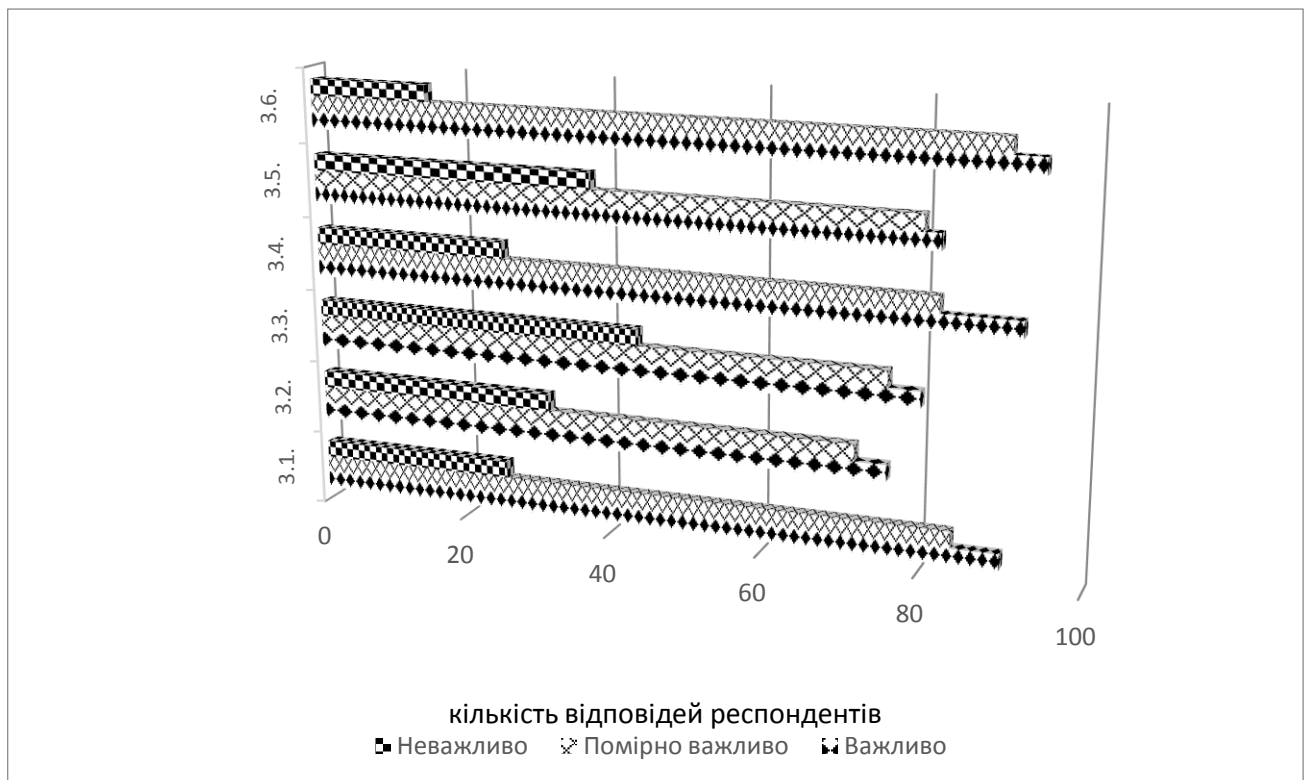


Рис. 2.5. Відповіді респондентів на запитання анкети «Визначте, будь ласка, пріоритетність складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на мікрорівні»

Високий пріоритет відповідей на ці питання зумовлений можливістю активізувати господарчу діяльність комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я, встановити належний рівень оплати праці в залежності від результатів праці. Найменш важливим пріоритетом експерти визначили п. 3.2. анкети – «Оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування». Таке рішення експертів пов'язано скоріше за все із недостатньо популярною системою судової влади і недовірою фахівців в її ефективність.

Серед пріоритетних складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на державному та регіональному рівні (рис. 2.6) найбільш важливими експерти визнали п. 4.8. –

«Вдосконалення діяльності управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації на регіональному рівні» – 95 осіб, що складає 48 % опитуваних, п.4.1. – «Підтримка комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій медичної та соціальної сфери» – 94 особи, що складає 47 % всіх опитуваних, п. 4.7. – «Створення закладів первинної медичної допомоги зусиллями декількох територіальних громад» – 91 особа, що складає 45 % від всіх опитуваних.

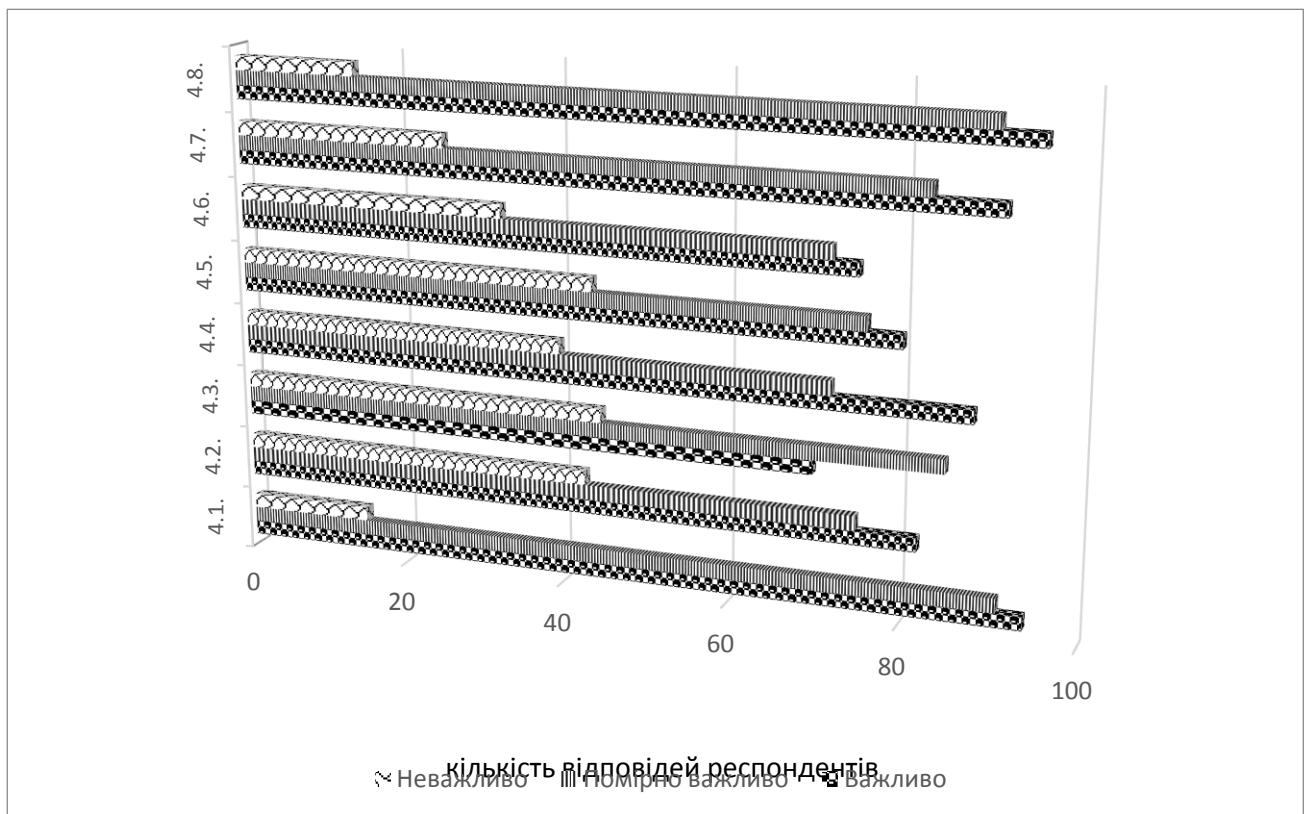


Рис. 2.6. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, пріоритетність складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на державному та регіональному рівні»

Значний відсоток вибору експертами цих відповідей пов'язані на наш погляд із суттєвим впливом органів державного управління та місцевого самоврядування на процеси реформування діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я, як складової системи реформування охорони здоров'я в цілому. До того ж експерти визнали високий рівень впливу міжнародних організацій на реформування медицини

в Україні. Особливо це стосується міжнародних організацій, які надають реальну фінансову допомогу в цьому процесі. Найменш важливим пріоритетом експерти визначили п. 4.3. анкети – «Розвиток фінансової інфраструктури та ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку комерційних форм охорони здоров'я» та п. 4.6. анкети – «Оптимізація мережі комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я».

Такий незначний результат пов'язаний скоріше за все із невідкладним характером медичних послуг. Вони надаються лікарнями не залежно від матеріального стану пацієнта (різниця може бути тільки в якості послуг) і в той же час пацієнти у випадку хвороби мобілізують всі наявні ресурси і отримують необхідне фінансування. Крім того – оптимізація мережі лікувальних закладів асоціюється в уявленні експертів зі скороченням цієї мережі, тому означений чинник також вважається негативним.

Відповідаючи на питання анкети: «Надайте, будь ласка, оцінку нових умов оплати праці у відповідності із Методичними рекомендаціями з перетворення державних медичних закладів на комунальні підприємства» (рис. 2.7), експерти найвище оцінили такі зазначені умови оплати праці. У п. 5.3. – «Залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їхньої праці, а керівників та провідних(головних) фахівців – від ефективності господарської, комерційної діяльності закладів охорони здоров'я» – 95 осіб, що складає 48 % всіх опитуваних, п. 5.4. – «Періодичний перегляд ставок і окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їх праці» – 94 особи, що складає 47 % всіх опитуваних і п. 5.2. – «Система обґрунтованої та справедливої, за умовами та результатами праці, персоніфікації тарифних ставок і посадових окладів працівників з орієнтацією не тільки на рівень кваліфікації та стаж роботи, а й на ефективність їх праці» – 92 особи, що складає 46 % всіх опитуваних.

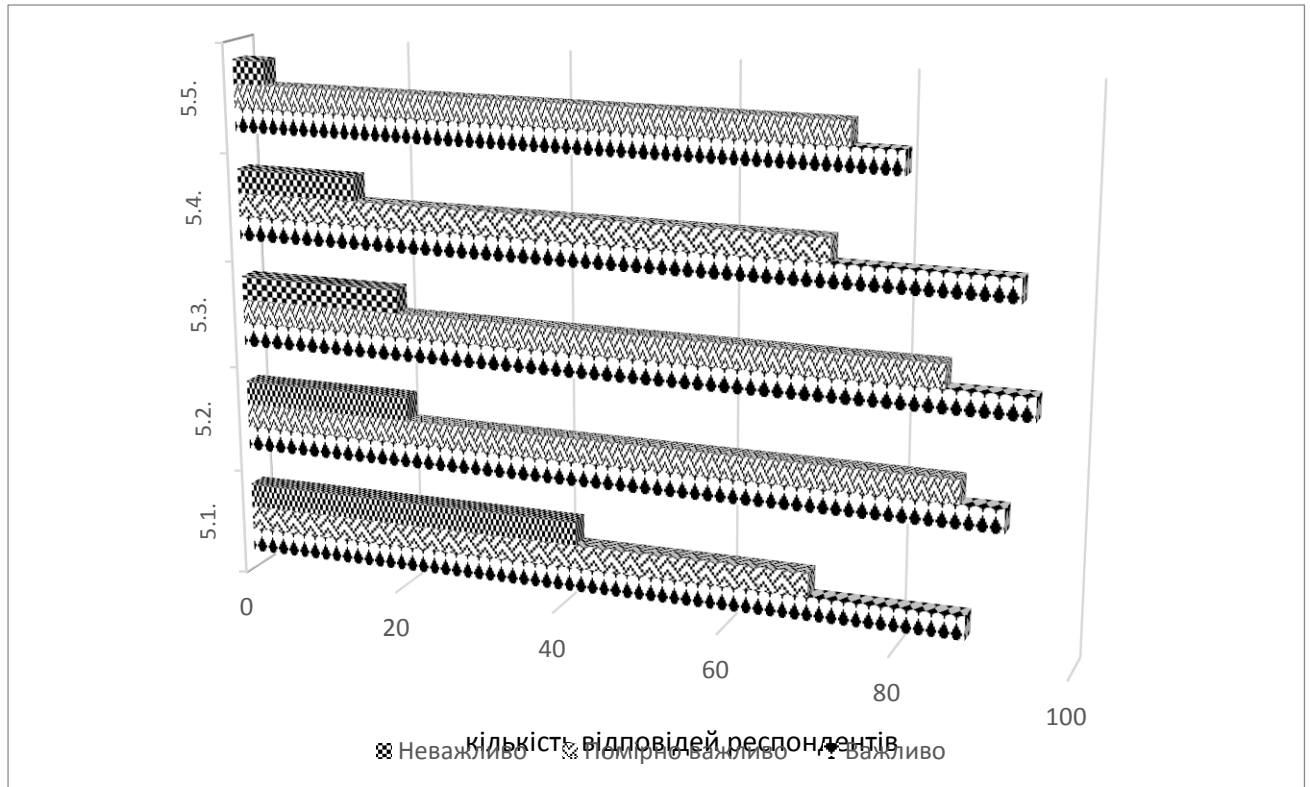


Рис. 2.7. Відповіді респондентів на запитання «Надайте, будь ласка, оцінку нових умов оплати праці у відповідності із Методичними рекомендаціями з перетворення державних медичних закладів на комунальні підприємства»

Слід зазначити, що положення цього пункту анкети дістали найбільш високих оцінок експертів. Це пов'язано із практичною спрямованістю цих питань і зрозумілими, прозорими механізмами їх реалізації. Не досить високо експерти оцінили лише питання «Нові джерела залучення коштів, в тому числі і на заробітну плату лікарів: оплата від страхових компаній за надані медичні послуги, оплата від роботодавців за медичні послуги, надані працівникам, грошові надходження від благодійних організацій, грошові надходження від надання платних послуг відповідно до чинного законодавства України тощо». Така оцінка питання пов'язана на нашу думку із опосередкованістю розподілу залучених фінансових ресурсів до фонду заробітної плати. Експерти не вірять, що кошти дійдуть до лікаря.

Наступне питання дослідження «Які найбільш важливі, на Вашу думку, основні причини низької ефективності державного та регіонального управління роботою медичних установ в сільській місцевості» (рис. 2.8) було розглянуто експертами прискіпливо і з критичних позицій. До найбільш важливих причин низької ефективності державного та регіонального управління роботою медичних установ в сільській місцевості експертами було віднесено: п. 6.8. – «Відсутність координації з боку місцевої влади діяльності співпраці ПМД та спеціалізованих лікарень» – 96 осіб, що складає 48 % від всіх опитуваних, п. 6.9. – «Недостатня увага з боку органів влади розвитку транспортної інфраструктури, зв'язку Інтернету» – 95 осіб, що складає 47 % всіх опитуваних, п. 6.7 – «Відсутність підтримки закладів охорони здоров'я з боку регіональних органів влади та керівництва об'єднаних громад» – 92 особи, що складає 46 % всіх опитуваних.

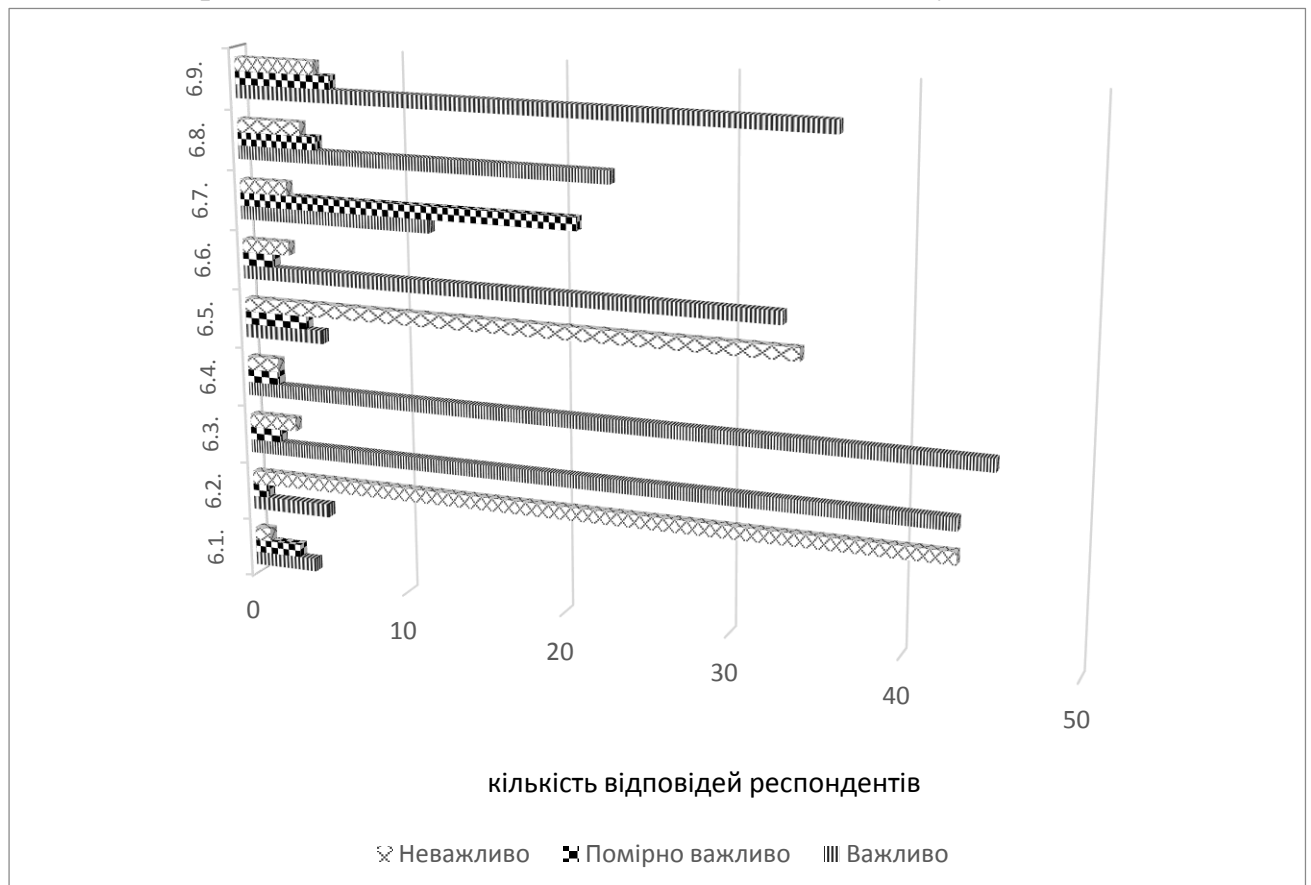


Рис. 2.8. Відповіді респондентів на запитання «Які найважливіші, на Вашу думку, основні причини низької ефективності державного та регіонального управління роботою медичних установ у сільській місцевості?»

Значний відсоток вибору експертами цих відповідей пов'язані на наш погляд із суттєвим впливом органів державного управління та місцевого самоврядування на формування нових умов функціонування закладів охорони здоров'я в сільській місцевості. Реформи, що проголошуються, на практиці не реалізовані в повному масштабі у зв'язку з їхньою великою масштабністю та необхідністю фінансової підтримки. Така підтримка відсутня повною мірою в сільській місцевості, що впливає на якість надання медичних послуг закладами первинного рівня. На думку експертів, незначною мірою пов'язані органи державного управління та місцевого самоврядування на заклади охорони здоров'я в сільській місцевості в наступних чинниках: п. 6.3. – «Виняткова пасивність і несаможиттєвість персоналу у вирішенні організаційних питань» та п. 6.4. – «Цілковита відсутність інтересу медичних працівників до пацієнта (в кращому випадку в ньому бачать «випадок», хворобу, але не людину з її пріоритетами та бажаннями), що, у свою чергу, зумовлює відсутність клієнтського сервісу в закладах охорони здоров'я».

Наступне питання опитування «Які з повноважень органів місцевої влади зможуть мати найбільший вплив на розвиток закладів охорони здоров'я в регіонах та сільській місцевості?» (рис. 2.9) надало важливі результати для нашого дослідження.

На думку експертів, найбільший вплив на заклади охорони здоров'я в сільській місцевості мають наступні повноваження органів державного управління та місцевого самоврядування: п. 7.10. – «Об'єднання на договірних засадах коштів відповідного місцевого бюджету та інших місцевих бюджетів для виконання спільних проектів або для спільного фінансування комунальних підприємств» – 92 особи, що складає 46 % респондентів, п. 7.4 – «Прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади» – 91 особа, що складає 45 % всіх опитованих, п. 7.1. – «Управління закладами охорони

здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення». – 91 особа, що складає 44 % всіх опитуваних.

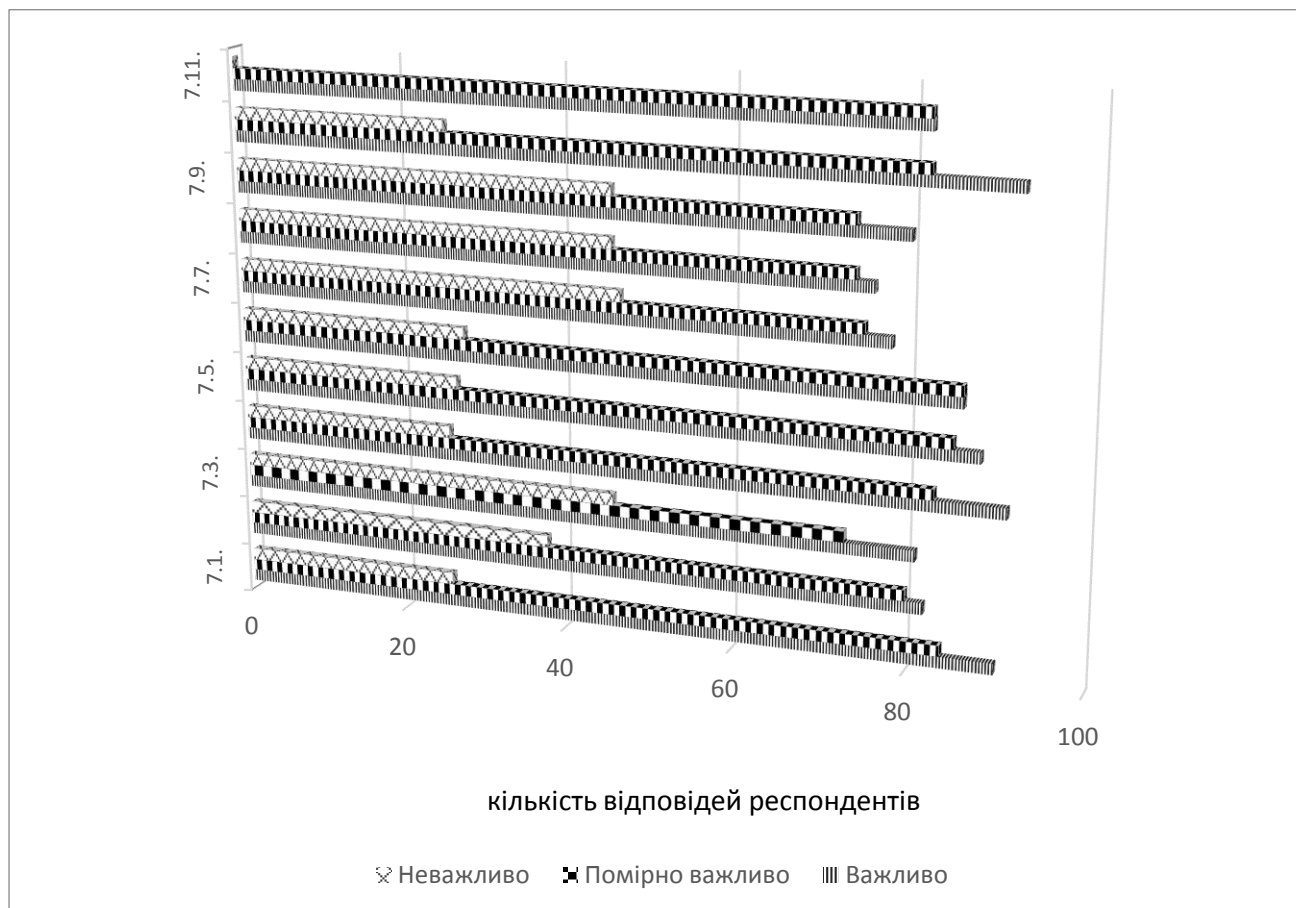


Рис. 2.9. Відповіді респондентів на запитання «Які з повноважень органів місцевої влади зможуть мати найбільший вплив на розвиток закладів охорони здоров'я в регіонах та сільській місцевості?»

У відповідях на запитання експерти високо оцінили конкретні повноваження органів місцевої влади, які призводять до реорганізації діяльності медичних установ в сільській місцевості на основі нових соціально-ринкових підходів. Недостатньо вагомими повноваженнями органів державної влади експерти вважають такі як: п. 7.8. – «Заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад» та п. 7.7. – «Встановлення порядку та здійснення контролю за використанням

прибутків підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад». Ці два пункти мають більшою мірою формальний «бюрократичний» характер і напям, що не впливають на ефективність діяльності медичних закладів.

Таким чином, можна зробити висновки, що співробітники комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради, комунального підприємства «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради, комунального підприємства «Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр» імені Віктора Поліщука, комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, комунального підприємства «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради, комунального підприємства «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради, комунального підприємства «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради, комунального підприємства «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради а також інших медичних закладів рівненської області визначили, що серед пріоритетних переваг функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств у відповідності до Методичних рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, експерти відзначили такі: «Підприємство має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством», та «Керівник закладу охорони здоров'я, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики закладу охорони здоров'я, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу, судовий захист своїх прав». Високий пріоритет відповідей на це питання пояснюється перш за все можливістю отримання економічної та адміністративної свободи

закладу у вирішенні питань своєї діяльності. Найменш важливим пріоритетом експерти визначили: «Підприємство може наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики». Такий результат може бути пояснений конкуренцією серед лікарів на ринку праці.

При відповіді на запитання: «Визначте будь ласка пріоритетність складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на макрорівні» як головний пріоритет ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я експерти визначили: «Надавати достовірні документи та інформацію, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування», «Розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів» та «Реорганізація лікарень у комунальні підприємства, що ведуть самостійне господарювання». Високий пріоритет відповідей на ці запитання зумовлений можливістю активізувати господарчу діяльність комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я, встановити належний рівень оплати праці в залежності від результатів праці. Найменш важливим пріоритетом експерти визначено «Оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування». Таке рішення експертів пов'язано скоріше за все з недостатньо популярною системою судової влади і недовірою фахівців в її ефективність.

Серед пріоритетних складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на державному та регіональному рівні найбільш важливими експерти визнали «Вдосконалення діяльності управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації на регіональному рівні», «Підтримка комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій медичної та соціальної сфери», «Створення закладів первинної медичної допомоги зусиллями

декількох територіальних громад. Значний відсоток вибору експертами цих відповідей пов'язані на наш погляд із суттєвим впливом органів державного управління та місцевого самоврядування на процеси реформування діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я, як складової системи реформування охорони здоров'я в цілому. До того ж експерти визнали високий рівень впливу міжнародних організацій на реформування медицини в Україні. Особливо це стосується міжнародних організацій, які надають реальну фінансову допомогу в цьому процесі. Найменш важливим пріоритетом експерти визначили «Розвиток фінансової інфраструктури та ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку комерційних форм охорони здоров'я» «Оптимізація мережі комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я». Такий незначний результат пов'язаний скоріше за все із невідкладним характером медичних послуг. Вони надаються лікарнями не залежно від матеріального стану пацієнта (різниця може бути тільки в якості послуг) і в той же час пацієнти у випадку хвороби мобілізують всі наявні ресурси і отримують необхідне фінансування. Крім того – оптимізація мережі лікувальних закладів асоціюється в уявленні експертів із скороченням цієї мережі, тому означений чинник також вважається негативним.

Відповідаючи на питання анкети «Надайте, будь ласка, оцінку нових умов оплати праці відповідно з Методичними рекомендаціями з перетворення державних медичних закладів на комунальні підприємства» експерти найбільш високо оцінили такі умови оплати праці, як: «Залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їх праці, а керівників та провідних(головних) фахівців – від ефективності господарської, комерційної діяльності закладів охорони здоров'я», «Періодичний перегляд ставок і окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їх праці» та «Система обґрунтованої та справедливої, за умовами та результатами праці, персоніфікації тарифних ставок і посадових окладів працівників з

орієнтацією не тільки на рівень кваліфікації та стаж роботи, а й на ефективність їх праці». Слід зазначити, що положення цього пункту анкети дістали найбільш високих оцінок експертів. Це пов'язано з практичною спрямованістю цих питань і зрозумілими, прозорими механізмами їх реалізації. Не досить високо експерти оцінили лише питання «Нові джерела залучення коштів, в тому числі й на заробітну плату лікарів: оплата від страхових компаній за надані медичні послуги, оплата від роботодавців за медичні послуги, надані працівникам, грошові надходження від благодійних організацій, грошові надходження від надання платних послуг відповідно до чинного законодавства України тощо». Така оцінка питання пов'язана на нашу думку із опосередкованістю розподілу залучених фінансових ресурсів до фонду заробітної плати. Експерти не вірять, що кошти дійдуть до лікаря.

Наступне питання дослідження – «Які найважливіші, на Вашу думку, основні причини низької ефективності державного та регіонального управління роботою медичних установ в сільській місцевості?» було розглянуто експертами прискіпливо і з критичних позицій. До найважливіших причин низької ефективності державного та регіонального управління роботою медичних установ в сільській місцевості експертами було віднесено: «Відсутність координації з боку місцевої влади діяльності співпраці ПМД та спеціалізованих лікарень», «Недостатня увага з боку органів влади розвитку транспортної інфраструктури, зв'язку Інтернету», «Відсутність підтримки закладів охорони здоров'я з боку регіональних органів влади та керівництва об'єднаних громад». Значний відсоток вибору експертами цих відповідей пов'язані на наш погляд із суттєвим впливом органів державного управління та місцевого самоврядування на формування нових умов функціонування закладів охорони здоров'я в сільській місцевості. Реформи, що проголошуються, на практиці не реалізовані в повному масштабі у зв'язку з їхньою великою масштабністю та необхідністю фінансової підтримки. Така підтримка відсутня повною мірою в сільській місцевості, що впливає на якість надання медичних послуг закладами

первинного рівня. На думку експертів, незначною мірою пов'язані органи державного управління та місцевого самоврядування на заклади охорони здоров'я в сільській місцевості в таких чинниках: «Виняткова пасивність і несамостійність персоналу у вирішенні організаційних питань» «Цілковита відсутність інтересу медичних працівників до пацієнта (в кращому випадку в ньому бачать «випадок», хворобу, але не людину з її пріоритетами та бажаннями), що, в свою чергу, зумовлює відсутність клієнтського сервісу в закладах охорони здоров'я».

Наступне питання опитування – «Які з повноважень органів місцевої влади зможуть мати найбільший вплив на розвиток закладів охорони здоров'я в регіонах та сільській місцевості?» – надало важливі результати для нашого дослідження. За думкою експертів найбільший вплив на заклади охорони здоров'я в сільській місцевості мають наступні повноваження органів державного управління та місцевого самоврядування «Об'єднання на договірних засадах коштів відповідного місцевого бюджету та інших місцевих бюджетів для виконання спільних проектів або для спільного фінансування комунальних підприємств», «Прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади», «Управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їхнього матеріально-технічного та фінансового забезпечення». У відповідях на запитання експерти високо оцінили конкретні повноваження органів місцевої влади, які призводять до реорганізації діяльності медичних установ в сільській місцевості на основі нових соціально-ринкових підходів. Недостатньо вагомими повноваженнями органів державної влади експерти вважають такі, як: «Заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад» та «Встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад». Ці

два пункти мають більшою мірою формальний «бюрократичний» характер і на пряму не впливають на ефективність діяльності медичних закладів.

Висновки до другого розділу

На основі проведених у другому розділі досліджень необхідно зробити висновки.

1. У ході процесу децентралізації в системі форм власності все більшої ваги набуває комунальна форма власності в усіх сферах життєдіяльності громад, заклади охорони здоров'я, які і раніше фінансувалися з бюджетів регіонального рівня отримують новий статус – некомерційних комунальних підприємств, який дозволяє раціональніше використовувати отримані від бюджету кошти та надає нові можливості для самостійного поповнення бюджету підприємства, статус комунального підприємства значною мірою відповідає соціальному запиту суспільства на отримання якісних медичних послуг на місцях, функціонування закладів охорони здоров'я у вигляді комунальних підприємств і тісна співпраця з керівниками громад надає більші можливості в питаннях залучення кваліфікованих медичних кадрів.

2. Практично в кожній громаді є можливість відкрити амбулаторію групової практики, яка може взяти на обслуговування 3000 осіб і мати в своєму складі двох сімейних лікарів, або амбулаторію монопрактики, яка розрахована на обслуговування 2000 осіб та може містити в своєму складі одного сімейного лікаря, але найбільш ефективним шляхом може стати об'єднання фінансових потенціалів громад з метою створення спільного Центру первинної медичної допомоги, який зможе взяти на обслуговування мешканців двох або більше громад.

3. Основна відмінність процесу реформ в Україні та Польщі – це підходи до організації реформи, які визначали успішне проведення реформи децентралізації в Польщі, значною мірою сприяючи єдиному «штабу реформ» з боку представників парламенту, уряду, експертів та неурядових

організацій, в Україні існує значна кількість центрів контролю у центрі та недостатній рівень управління реформою на регіональному рівні.

4. Одним з інструментів формування нової системи охорони здоров'я є об'єднання коштів громад з метою відкриття спільних лікувальних закладів первинної медичної допомоги. Один з перших в Україні – договір про співробітництво територіальних громад у формі утворення спільного комунального некомерційного підприємства центром якого є ЦПМСД Млинівської селищної ради. Відповідно до договору створено комунальне некомерційне підприємство для обслуговування населення всього району. Воно буде обслуговувати мешканців шести місцевих рад Млинівського району, які представляють ОТГ: Млинівська селищна, Бокіймівська, Острожецька і Ярославичська сільські ОТГ та ще не об'єднані громади: Мальованська та Підгаєцька сільські ради. Головна мета співпраці – забезпечення наданням первинної медичної допомоги максимально зручною для мешканців району.

5. Проаналізувавши діяльність низки комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я Рівненської області є доцільним визначити основні проблеми, що стоять перед цими підприємствами. По-перше, це – матеріально-технічні та фінансові проблеми, зокрема: збільшення фінансування на медикаменти та продукти харчування, проведення капітальних та поточних ремонтів приміщень, необхідність придбання спеціалізованого обладнання нового покоління, збільшення кількості ставок лікарів та медичного персоналу. У випадку, якщо підприємство вирішує завдання загальнонаціонального значення розробка механізму змішаного фінансування від місцевої влади та від органів державної влади. По-друге, організаційні проблеми. До організаційних проблем слід віднести такі: відсутність коштів на впровадження комплексної програми розвитку медико-генетичної служби області, забезпечення зворотного зв'язку з ЛПЗ області на основі телекомунікаційних технологій з метою якісного надання допомоги; забезпечення повного алгоритму надання медичної допомоги згідно з

діючими нормативними документами; підтримання існуючого парку медичної техніки. Віддаленість комунальних підприємств від обласного центру загострює такі проблеми як: надійний зв'язок та комунікації, наявність якісного Інтернету, необхідність достатньої кількості комп'ютерів. По-третє, проблеми інституційного характеру, Серед проблем інституційного характеру слід також виокремити недостатній розвиток співпраці та обміну досвідом з провідними іноземними лікарнями відповідного профілю, відсутність постійного контакту з вітчизняними науковими установами відповідного профілю, налагодження співпраці з навчальними закладами медичного профілю з метою залучення майбутніх працівників до лікарні та використання стажистів на робочих місцях, послаблення механізму диспансеризації населення. По-четверте – кадрові проблеми. До кадрових проблем слід віднести: необхідність збільшення кількості ставок лікарів та медичного персоналу, в лікарнях велика кількість персоналу пенсійного віку, відсутня система стимулів від місцевої влади щодо заохочення молодих фахівців працювати в регіоні, зокрема, відсутня система доплат від місцевих органів влади, не завжди пропонується житло для фахівців необхідних спеціальностей, відсутні доплати на оздоровлення, транспорт. В цілому відсутні заходи стимулюючого характеру, які в приватному бізнесу консолідуються в систему заохочення під назвою «компенсаційний пакет».

У проведеному соціологічному дослідженні брали участь фахівці, які працюють в управлінських підрозділах закладів системи охорони здоров'я Рівненської області. Крім того, в опитуванні приймали участь керівники районних лікарень рівненської області, лікарі, що навчалися за магістерською програмою «Державна служба» спеціальності «Публічне управління та адміністрування». В ході дослідження було виявлено думки практичних фахівців щодо розвитку напрямів діяльності комунальних підприємств в умовах проведення процесу децентралізації.

РОЗДІЛ 3

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ПІДПРИЄМСТВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

3.1. Визначення напрямів діяльності комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» в умовах реформування системи охорони здоров'я

На шляху до сучасного центру надання якісних медичних послуг, яке функціонує у формі комунального некомерційного підприємства Рівненська обласна клінічна лікарня пройшла довгий шлях. Відкриття обласної лікарні відбулось 1 березня 1951, згідно наказу по Рівненському облздороввідділу. На день відкриття функціонувало 9 відділень загальною чисельністю 100 ліжок. В середині 90 років збудовано хірургічний корпус на 240 ліжок, добудована поліклініка на 250 відвідувань у зміну, кафе і гуртожиток для співробітників лікарні, розширена киснева станція, реконструйовано адміністративний корпус. Станом на 01.07.2019 року потужність стаціонару становить 675 ліжок

В 2018 році заклад отримав Сертифікат відповідності вимогам Державного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги».

Лікарня в 2018 році пройшла акредитацію і рішенням Головної акредитаційної комісії МОЗ України підприємству підтверджено вищу категорія.

У лікарні працює 1 доктор медичних наук, 12 кандидатів медичних наук, 10 лікарів мають звання «Заслужених лікарів України», 1 кандидат технічних наук.

Як головний лікувально-профілактичний заклад області, забезпечує високоспеціалізовану (третинну) стаціонарну та поліклінічну (консультативну) допомогу населенню області на основі досягнень сучасної медичної науки й техніки, являється базою для стажування, післядипломної підготовки випускників медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації.

Крім лікувально-діагностичної та консультативної роботи у лікарні проводиться педагогічна та науково-дослідницька робота. Так на базі лікарні працює кафедра хірургії навчально-наукового інституту післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету ім. академіка І. Горбачевського, а на базі відділення анестезіології та інтенсивної терапії функціонує Рівненська філія кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ФПО Львівського медичного університету ім. Д. Галицького, та на базі обласного центру ортопедії травматології та вертебології функціонує Рівненська філія кафедри «Травматології, анестезіології та військової хірургії» Харківської академії післядипломної освіти.

Високоспеціалізована стаціонарна медична допомога як міському, так і сільському населенню області надається колективом обласної лікарні з 24-х лікарських спеціальностей в центрах та відділеннях, в тому числі – єдиних в області:

- центрі лапароскопічних та малоінвазивних хірургічних втручань;
- центрі мікрохірургії ока та екстреної офтальмологічної допомоги;
- центрі лікування складних розладів серцевого ритму;
- центрі мікрохірургії вуха та сурдології;
- обласному центрі ортопедії, травматології та вертебології;
- обласний гастроентерологічний центр;
- обласному центрі захворювання крові та коагулопатій;
- обласному опіковому центрі;
- обласному центрі хірургії органів травлення, ендокринології та шлунково-кишкових кровотеч;

- обласному центрі торакальної хірургії ;
- обласному ревматологічному центрі;
- відділенні анестезіології та інтенсивної терапії з експрес лабораторією;
- відділенні інтенсивної терапії екстракорпоральних методів детоксикації;
- відділенні інтервенційної радіології;
- відділенні серцево-судинної хірургії;
- відділенні ІХС та артеріальної гіпертензії;
- відділенні хірургічної інфекції та проктології;
- гінекологічному відділенні;
- обласний центр урології та дистанційної літотрипсії;
- нефрологічному відділенні.
- неврологічному відділенні;
- пульмонологічному відділенні.

Допоміжно-діагностичні підрозділи:

- рентгенологічне відділення;
- ендоскопічне відділення;
- відділення ультразвукової діагностики;
- відділення функціональної діагностики;
- відділення клінічної лабораторної діагностики, до складу якої входять:
 - лабораторія клінічної біохімії;
 - лабораторія клінічної бактеріології;
 - загально-клінічна лабораторія;
 - цитологічний підрозділ;
 - централізоване патологоанатомічне відділення з патогістологічною лабораторією та моргом;
- відділення трансфузіології;
- централізоване стерилізаційне відділення.

На стаціонарному лікуванні щорічно проліковується понад 24 тис. хворих, Показовими даними у роботі колективу лікарні є його хірургічна

діяльність. Щороку лікується прооперовано біля 9 тис. хворих, яким виконується понад 11 тис. оперативних втручань.

У відділенні інтенсивної терапії екстракорпоральних методів детоксикації розраховане на діалізі перебуває 134 хворих у філіях. Одним із провідних напрямків надання високоспеціалізованої медичної допомоги є інтервенційна кардіологія. У відділенні інтервенційної радіології та відділенні серцево-судинної хірургії проводяться коронарографії, стентування інфарктзалежних коронарних артерій при гострому інфаркті міокарда з елевацією сегмента ST, стентування коронарних артерій для попередження оклюзій у пацієнтів з ІХС. Відділення оснащено ангиографічним комплексом JE+, реанімаційно-хірургічним монітором YM 6000, що дає можливість забезпечити 24 годинну роботу кардіохірургічної бригади на ангиографії для проведення інтервенційних втручань при гострому коронарному синдромі. Всі дані заносяться в європейську програму „Stentforlife”. Хворим із складними порушеннями серцевого ритму проводиться імплантація електрокардіостимуляторів різних модифікацій.

У центрі ортопедії, травматології та вертебології реалізується програма по лікуванню хворих із складними порушеннями опорно-рухового апарату: імплантація ендопротезів кульшових та колінних суглобів. У Центрі лапароскопічних та малоінвазивних хірургічних втручань під контролем ендоскопії тасонографії ім. Ю. Семенюка застосовуються новаторські мініінвазивні методи лікування хворих.

Відділенням трансфузіології щорічно залучається понад 2,5 тис. донорів, що дає можливість заготовити донорської крові понад 1000 л, еритроцитів понад 500 л, свіжозамороженої плазми понад 400 л, що повністю відповідає потребам лікарні.

Рентгенологічне відділення оснащено сучасною апаратурою: магнітно-резонансним томографом «Signa MRI 1,5 T», виробництво – фірма «GeneralElectricMedicalSystems». Відділення оснащено також цифровим

рентгенодіагностичним комплексом CLINOMAT (Італія) та мультиформатною лазерною камерою для друку рентгенівської плівки.

Освоєні й удосконалюються сучасні методи лікування катаракти очей, мікрохірургія вуха, ендоскопічні методи лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, гінекологічних захворювань, оперативне лікування щитоподібної залози, дистанційна літотрипсія в урології, рефлексотерапія та мануальна терапія в реабілітаційному лікуванні хворих.

Консультативна поліклініка потужністю 250 відвідувань за зміну надає консультативну медичну допомогу населенню області, за 24 спеціальностями.

Щороку співробітниками лікарні впроваджується біля 50 новітніх методик і технологій, раціоналізаторських пропозицій та патентів.

Діяльність комунального закладу проводиться у повній відповідності до Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020». З метою вирішення проблеми трансформації системи охорони здоров'я і створення сприятливих умов для життя громадян, Програма спрямована на вирішення проблем наступним шляхом: «вжиття заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організацію спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами, що разом з проведенням реформи системи надання медичної допомоги забезпечить зниження потреби в медичній допомозі, раціональне використання ресурсів галузі, застосування солідарного принципу фінансування, підвищення якості та надання ефективної медичної допомоги, що призведе до покращення здоров'я та зниження первинної інвалідизації населення, загальної смертності та смертності населення в працездатному віці».

Цей напрямок реалізації Програми «Здоров'я 2020» підтверджується матеріалами аналізу діяльності Рівненської обласної клінічної лікарні. Переходячи до аналізу традиційних показників діяльності комунального підприємства – закладу охорони здоров'я, слід першим серед показників ефективності лікування та одночасно господарської діяльності лікувального закладу розглянути показник використання ліжкового фонду. Слід зазначити, що ліжковий фонд використовується відповідно до затверджених нормативів та його показники відповідають усередненим показникам по лікарнях подібного типу. В таблиці 3.1. подано динаміку показників використання ліжкового фонду комунального підприємства за ряд років. Можна побачити, що починаючи з 2011 по 2018 роки кількість ліжок скорочувалося, що пов'язано із зменшення фінансування, що виділяється на функціонування лікарні. Однак якісні показники використання ліжка в лікарні є практично стабільними. Такі показники як проведена хворими кількість ліжок/днів та кількість хворих, що розміщається свідчить більше про якість роботи лікарів та персоналу, ніж про динаміку захворюваності.

Таблиця 3.1

Ліжковий фонд та його використання Комунальним підприємством «Рівненська обласна клінічна лікарня» [2]

№	Роки	Кількість ліжок середньорічних	Надійшло хворих усього	Виписано	Проведено хворими ліжко-днів
1	2011	725	22644	21733	255089
2	2012	725	22991	22809	261359
3	2013	725	23037	22776	259652
4	2014	725	23515	23191	262354
5	2015	725	24638	24384	271109
6	2016	715	24800	24541	269999
7	2017	675	24754	24480	260978
8	2018	672	24750	24490	260873

Відомо, що від використання ліжкового фонду залежить багато практичних питань з якими стикаються менеджери комунального закладу. Це, наприклад, питання, що стосується рівномірного заповнення ліжок в різних періодах року та недопущення «пікових» навантажень на ліжковий фонд та періодів не заповнення фонду. Крім того, в пікові періоди заповнення ліжок виникають проблеми з додатковими витратами на харчування, які не можна було заздалегідь закласти в бюджеті. В лікарнях періодично постає питання щодо прийняття хворих на місця пільговиків, якщо особи таких категорій на той час в лікарні не обслуговуються. Крім того, ліжка не завжди розташовані в лікарняних палатах з однаковим рівнем комфорту, що також може спричиняти неоднозначні ситуації.

Одним з важливих питань якісного надання медичних послуг є добре поставлена робота щодо профілактики захворювань та їх раннього виявлення та попередження. Віддзеркаленням такої діяльності комунального підприємства є матеріали, що подано в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Робота лікарів поліклініки (амбулаторії), диспансеру, консультації в Комунальному підприємстві «Рівненська обласна клінічна лікарня» [2]

№	Роки	Кількість відвідувань лікарів виключно з профілактичними намірами	У тому числі сільських жителів	Кількість відвідувань лікарів з приводу захворювань дорослими від 18 років і старші	Кількість відвідувань лікарів з приводу захворювань дітьми віком до 18 років
1.	2011	198617	110541	164379	4439
2.	2012	195745	109632	171648	4304
3.	2013	201157	110795	180310	4348
4.	2014	203717	112705	181837	4764
5.	2015	196362	108834	139057	1281
6.	2016	194048	107764	168761	3759
7.	2017	166743	91650	142113	3406
8.	2018	165688	90571	141213	3397

У доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я «Профілактика хвороб шляхом створення здорового навколишнього середовища» визначено

основні цілі, які треба досягати засобами такої профілактики, серед них наступні: ліквідація крайньої бідності і голоду, забезпечення загальної початкової освіти, заохочення рівності чоловіків і жінок та розширення прав і можливостей жінок, скорочення дитячої смертності, поліпшення охорони материнства, боротьба з ВІЛ / СНІДом, малярією та іншими захворюваннями, забезпечення екологічної стійкості, формування глобального партнерства в цілях розвитку. Як можна побачити, не дивлячись на доволі глобальний характер цілей, багато з них реалізується на місцях, шляхом проведення консультацій та первинних оглядів у лікарів, наприклад: поліпшення охорони материнства, боротьба з ВІЛ / СНІДом, малярією та іншими захворюваннями. Тому діяльність комунального закладу в цьому напрямі відповідає сучасним вимогам світового інституційного медичного середовища.

Профілактика, виявлення хвороб на ранніх стадіях щільно пов'язано з методами променевої діагностики. В КП «Рівненська обласна клінічна лікарня» активно працює рентгенологічне відділення. В таблиці 3.3. ми можемо побачити позитивну динаміку збільшення кількості рентгенодіагностичних досліджень.

Таблиця 3.3

Діяльність рентгенологічного відділення Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» [2]

№	Роки	Кількість діючих рентгено-діагностичних апаратів та устаткування	Кількість рентген-діагностичних досліджень
1.	2011	16	18851
2.	2012	16	19427
3.	2013	16	24148
4.	2014	16	25844
5.	2015	18	26344
6.	2016	18	32120
7.	2017	18	31783
8	2018	18	31690

У сфері радіо променевої діагностики в нашій країні існують великі організаційно-управлінські проблеми, що було свого часу визначено в Наказі

МОЗ України N 340 від 28.11.97 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії». Зокрема, в цьому Наказі визначалося, що «рівень променевої діагностики і променевої терапії в Україні не відповідає сучасним вимогам у зв'язку з:

- значним відставанням матеріально-технічної бази від практичних потреб;
- відсутністю в Україні власної радіофармацевтичної промисловості, вкрай обмеженою номенклатурою та низькою якістю рентгенорадіологічного й ультразвукового обладнання, яке виробляється на підприємствах країни;
- низькою якістю діючого обладнання (80% рентгенодіагностичної, 20% ультразвукової апаратури, 60% обладнання для променевої терапії морально застаріло і вичерпало всі нормативні ресурси використання);
- падінням престижу радіологічних спеціальностей, що зумовило загальне зменшення кількості лікарів-рентгенологів та радіологів;
- відсутністю медико-технологічних стандартів застосування методів променевої діагностики та променевої терапії;
- застарілістю нормативних актів, що регламентують діяльність служби[1].

Тому існування на базі комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» потужного центру рентгенодіагностичних досліджень є значним здобутком для забезпечення профілактики захворювань у регіоні.

Іншим ефективним засобом збереження здоров'я людини є застосування ендоскопічних методів в медичній практиці. Ендоскопія є не тільки допоміжною процедурою, яка дозволяє діагностувати захворювання та виявляти його на ранніх стадіях, але й технологією хірургічного втручання. Яка набирає все більшого поширення. Така технологія надає можливість проводити оперативні втручання більш спрямовано і без зайвої шкоди організму. Останніми роками кількість ендоскопічних апаратів в лікарні дещо збільшилася, однак при цьому було проведено заміну апаратів застарілих

конструкцій на більш сучасні, що дозволило проводити дослідження та процедури більш якісно. На теперішній час в лікарні в наявності 15 діючих ендоскопічних апаратів та устаткування (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Діяльність ендоскопічного відділення Комунального підприємства
«Рівненська обласна клінічна лікарня» [2]**

№	Роки	Кількість діючих ендоскопічних апаратів та устаткування	Кількість ендоскопічних досліджень
1.	2011	16	14341
2.	2012	13	14056
3.	2013	10	12365
4.	2014	13	12025
5.	2015	14	11801
6.	2016	15	12215
7.	2017	15	12236
8.	2018	15	12245

Проведення профілактичних рентгенологічних та ультразвукових досліджень є важливою складовою запобігання поширенню масових тяжких захворювань в країні, традиційно в нашій країні за вимогами диспансеризації населення широкі верстви населення проходили цей вид досліджень. В таблиці 3.5 ми можемо побачити позитивну динаміку проведення рентгенологічних профілактичних та ультразвукових досліджень Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня». Так, якщо у 2011 році кількість флюорографій органів грудної клітини складала 803, то в 2018 році проведено 2800 флюорографій. Така ж динаміка і в ультразвукових дослідженнях. Кількість обстежуваних УЗД зросло з 50724 у 2011 році до 105998 у 2018 році. З позиції загальної тенденції трансформації системи охорони здоров'я та діяльності комунальних підприємств охорони здоров'я це пояснюється переорієнтацією тенденції сучасної медицини від процесу лікування на профілактику та виявлення захворювання, ведення здорового способу життя. З іншого боку таке зростання має причини, що

пояснюються не складною процедурою його проведення. Зокрема, такі процедури характеризує: безболісність, безпека для організму (немає опромінення або інших небажаних впливів), що дозволяє застосовувати метод необмежену кількість разів навіть протягом одного дня, процедура не вимагає складної попередньої підготовки, має відносно невелику вартість, можливість за один раз обстежити кілька органів або систем, швидкий результат (лікар ультразвукової діагностики надає висновок відразу ж під час огляду).

Таблиця 3.5

**Проведення рентгенологічних профілактичних та
ультразвукових досліджень Комунального підприємства «Рівненська
обласна клінічна лікарня» [2]**

№	Роки	Кількість флюорографій органів грудної клітки	Кількість ультразвукових досліджень
1	2011	803	50724
2	2012	13412	75533
3	2013	1265	78566
4	2014	936	85093
5	2015	1695	107291
6	2016	2791	107281
7	2017	2791	106094
8	2018	2800	105998

Якщо проаналізувати динаміку проведення фізіотерапевтичних процедур в Рівненській обласній клінічній лікарні, то можна побачити, що кількість осіб, що закінчили лікування у 2011–2018 роках зменшується з 26091 осіб до 12782 особи, і в цей же час, як кількість проведених процедур зменшилась з 417730 процедур у 2011 до 297354 процедури у 2018 році. Кількість проведених процедур зменшилась не так швидко, як кількість осіб, що їх отримали. Це також свідчить про зростання якості надання послуг, тому що на одного пацієнта фізіотерапевтичного відділення приходиться більше процедур. Таку тенденцію ми можемо пояснити переорієнтацією

тенденції сучасної медицини від процесу лікування на профілактику та виявлення захворювання, ведення здорового способу життя. З іншого боку таке зростання має причини, що пояснюються конкуренцією нових приватних медичних закладів, які в своїй більшості надають фізіотерапевтичні процедури. Процедури фізіотерапевтичного відділення не потребують значних капіталовкладень в обладнання та спеціалізовану техніку, вони не є дуже коштовними для населення. Тому приватні медичні установи складають велику конкуренцію комунальним підприємствам на цьому ринку медичних послуг.

Таблиця 3.6

Діяльність фізіотерапевтичного відділення Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» [2]

№	Роки	Кількість осіб, які закінчили лікування	Кількість проведених процедур
1.	2011	26091	417730
2.	2012	21232	334954
3.	2013	13140	222671
4.	2014	13506	273002
5.	2015	13956	301943
6.	2016	12670	344704
7.	2017	12598	293453
8.	2018	12782	297354

Якщо проаналізувати заходи лікувальної фізичної культури, що проводяться в Рівненській обласній клінічній лікарні, то можна побачити, тенденцію, відповідної до якої кількість осіб, що закінчили лікування не суттєво зменшується з 1492 у 2011 році до 1321 у 2018 році, в той час, кількість проведених процедур зростає швидшими темпами (табл. 3.7).

Діяльність кабінету лікувальної фізичної культури Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» [2]

№	Роки	Кількість осіб, які закінчили лікування	Кількість проведених процедур
1.	2011	1492	14685
2.	2012	1484	14267
3.	2013	1099	10546
4.	2014	1601	17017
5.	2015	1917	20610
6.	2016	1331	18464
7.	2017	1288	17426
8.	2018	1321	17943

Якщо у 2011 році на одну особу приходилося 9,8 процедур, то у 2018 році – 13,6 процедур. Відомий науковець в сфері державного управління охороною здоров'я Зима І.Я. відзначає, що одним з ефективних шляхів виходу з ситуації, що склалася за рахунок негативних тенденцій в загальній системі охорони здоров'я нації має бути вдосконалення існуючих лікувально-оздоровчих заходів, розробка та використання сучасних програм [3]. Тому в Рівненській обласній клінічній лікарні існує та розширюється широкий спектр програм лікувальної фізичної культури.

Зокрема, до таких програм відносяться: лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи, лікувальна фізична культура при захворюваннях органів дихання, лікувальна фізична культура при захворюваннях та ушкодженнях опорно-рухового апарату, лікувальна фізична культури при захворюванні обміну речовин.

Новітнім методом серед послуг охорони здоров'я є послуги рефлексотерапії. Я можна побачити з таблиці 3.8., рефлексотерапія з'явилася серед послуг Рівненської обласної клінічної лікарні тільки з 2012.

**Діяльність кабінету рефлексотерапії Комунального підприємства
«Рівненська обласна клінічна лікарня» [2]**

№	Роки	Кількість осіб, які закінчили лікування	Кількість проведених процедур
1.	2011	-	-
2.	2012	179	997
3.	2013	519	3845
4.	2014	557	3632
5.	2015	530	3758
6.	2016	497	4015
7.	2017	495	3089
8.	2018	502	3541

За вісім років надання послуг рефлексотерапії, їх кількість значно збільшилась. У 2012 році 179 осіб отримали лікування методами рефлексотерапії, а у 2018 році – 502 особи. Кількість проведених процедур – 997 у 2012 році і 3541 – у 2018 році. В лікарні надаються такі послуги рефлексотерапії як: акупунктура, манопресопунктура, вакуум-пресопунктура, аплікопресопунктура, термопунктура, кріопунктура (кріотерапія), електроакупунктура, фармакоакупунктура, магнітопунктура, геліопунктура.

Рефлексотерапія як метод лікування, який не потребує медикаментозного, хірургічного та інших видів втручань лікаря в діяльність організму також можна віднести до «м'яких» методів лікування, які спрямовані на максимальне збереження працездатності людини під час лікування та скоріше на попередження захворювань, ніж на їх лікування. Тому розвиток цього напрямку в лікарні відповідає новій концепції реформування медичної системи України, яка спрямована, в першу чергу,

оздоровлення населення та ведення здорового способу життя як основи громадського здоров'я.

На основі проведених досліджень окремих видів діяльності Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» необхідно зробити такі висновки:

– лікарня функціонує у формі некомерційного комунального підприємства. Вона є головним лікувально-профілактичним закладом області, забезпечує високоспеціалізовану (третинну) стаціонарну і поліклінічну (консультативну) допомогу населенню області на основі досягнень сучасної медичної науки і техніки, являється базою для стажування, післядипломної підготовки випускників медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації;

– крім лікувально-діагностичної та консультативної роботи в лікарні проводиться педагогічна та науково-дослідницька робота. Так, на базі лікарні працює кафедра хірургії навчально-наукового інституту післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету ім. академіка І. Горбачевського, а на базі відділення анестезіології та інтенсивної терапії функціонує Рівненська філія кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ФПО Львівського медуніверситету ім. Д. Галицького, та на базі обласного центру ортопедії травматології та вертебології функціонує Рівненська філія кафедри «Травматології, анестезіології та військової хірургії» Харківської академії післядипломної освіти;

– аналіз окремих напрямів діяльності лікарні свідчить про зростання якості надання послуг, тому що на одного пацієнта лікарні приходиться більше оздоровчих та профілактичних процедур. В той же час, кількість хворих, які отримують ці процедури знижується. Таку тенденцію ми можемо пояснити переорієнтацією тенденції сучасної медицини від процесу лікування на профілактику та виявлення захворювання, ведення здорового способу життя. З іншого боку таке зростання має причини, що пояснюються конкуренцією нових приватних медичних закладів, які в своїй більшості

надають фізіотерапевтичні процедури. Процедури фізіотерапевтичного, рентгенологічного, ендоскопічного відділень та кабінету рефлексотерапії та лікувальної фізичної культури не потребують значних капіталовкладень в обладнання та спеціалізовану техніку, вони не є дуже коштовними для населення. Тому приватні медичні установи складають велику конкуренцію комунальним підприємствам на цьому ринку;

– у сфері надання медичних послуг комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» проводить свою діяльність у відповідності до положень Програми «Здоров'я 2020», зокрема, таких її пунктів як: проведення заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організацію спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами.

3.2. Реалізація Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» в комунальних підприємствах – закладах охорони здоров'я

Реалізація положень Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» можлива за умов в яких на реформованих принципах буде працювати не тільки цілісний механізм системи охорони здоров'я, але й його основні складові – комунальні підприємства охорони здоров'я. Проаналізуємо можливості реалізації основних положень Концепції на прикладі комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня». Комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» здійснює свою діяльність у відповідності до Методичних рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у

комунальні некомерційні підприємства. Відповідно до цих рекомендацій комунальні підприємства – заклади охорони здоров'я набувають нових функцій, які відображають нові підходи до організації системи охорони здоров'я в цілому.

Якщо проаналізувати напрями вдосконалення діяльності конкретного комунального підприємства – закладу охорони здоров'я, то можна відзначити, що в новому варіанті Статуту лікарні з'явився значний перелік нових видів діяльності. Такі види діяльності лікарня проводила і раніше, але це було значною мірою інтегровано в безпосередню діяльність опосередковано через різні поточні, господарчі, лікарняні види діяльності. На теперішній час, у відповідності до нової законодавчої бази та у відповідності до Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» лікарня може проводити наступну діяльність:

- підготовка випускників закладів вищої освіти, які здійснюють підготовку за спеціальностями галузі знань «Охорона здоров'я», «Медицина», з метою первинної спеціалізації, та які уклали типові договори про проходження інтернатури на базі стажування. У відповідності до сучасних вимог до підготовки кадрів, стажування та інтернатура є обов'язковою складовою підготовки лікаря. Без сприяння медичних закладів підготувати висококваліфікованого лікаря неможливо. Робота з молоддю є важливою місією лікарні. Це особливо важливо для Рівненської області, тому що в м. Рівному довгий час відсутній базовий навчальний заклад з медичної освіти – медичний університет або академія;

- надання практичної, науково-методичної допомоги або обміну досвідом із закладами охорони здоров'я України та інших країн. В умовах глобалізації економіки та суспільно-політичних процесів збільшуються ризики медичного профілю. Великі епідемії та пандемії, які проходили і проходять у світі змушують країни більш тісно співпрацювати в галузі охорони здоров'я. Не тільки епідеміологічна ситуація впливає на розвиток співробітництва медичної галузі в різних країнах. Соціальна функція

медицини зумовлює обмін кращими досягненнями в інноваційному розвитку, методах, технологіях лікування, що спрямовує лікарів різних медичних закладів об'єднувати зусилля в різних сферах охорони здоров'я. В тому числі й Рівненська обласна клінічна лікарня активно приймає участь у наданні практичної, науково-методичної допомоги та обміну досвідом із закладами охорони здоров'я України та інших країн;

– впровадження в клінічному закладі багатоукладних економічних форм господарювання. Багатоукладність форм господарювання як термін містить в собі давнє теоретичне підґрунтя. Під багатоукладністю господарства, економічних процесів завжди розумілося залучення до діяльності суб'єктів господарювання, що працюють на основі різних типів форм власності. Тому на прикладі комунального медичного закладу можна говорити про залучення до співпраці з лікарнею приватних підприємців, господарських товариств, які надають медичні послуги на основі ліцензії, яку вони отримали. Такий сучасний підхід у розвитку діяльності лікувального закладу допоможе диверсифікувати перелік послуг, що надається лікарнею і, відповідно, зробити лікування більш комплексним;

– укладення договорів з лікарнями й організаціями всіх форм власності по наданню медичної допомоги з метою залучення додаткових коштів. Одночасно, Рівненська обласна клінічна лікарня, яка має потужну матеріально-технічну базу, кваліфікований персонал, сучасне обладнання може надавати якісні послуги для пацієнтів які обслуговуються в інших лікарняних установах. Це дозволить оптимізувати використання наявного в регіоні коштовного обладнання і надавати медичну допомогу для пацієнтів всього регіону, в тому числі і тих, хто звернувся за допомогою в приватні лікарні, або тих, у кого страховий договір покриває лікування в іншій лікарні. Крім того, лікарня може укладати угоди з великими, середніми та малими підприємствами щодо медичного обслуговування їхніх працівників, як разових, так і профілактичних або на постійній основі;

– здійснення інших видів діяльності у встановленому законом порядку, які відповідають меті його створення і не заборонені чинним законодавством України. Відповідно до пункту КВЕД 86.90 до інших видів діяльності медичних установ можна віднести: діяльність з охорони здоров'я людини, яка здійснюється не в лікарнях і не лікарями або стоматологами, зокрема: діяльність медсестер, акушерів, фізіотерапевтів або іншого парамедичного персоналу у сфері оптометрії, гідротерапії, лікувального масажу, трудотерапії, логопедії, хіроподії, гомеопатії, мануальної терапії, голковколювання тощо. діяльність психоаналітиків, психологів і психотерапевтів. Крім того, інша діяльність у сфері охорони здоров'я включає в себе: діяльність допоміжного стоматологічного персоналу, такого як терапевти, сестри зі стоматологічної практики та стоматологи-гігієністи, що можуть працювати самостійно, але під регулярним наглядом стоматолога, діяльність медичних лабораторій, таких як: рентгенівські лабораторії та інші діагностичні центри, які використовують подібну апаратуру, лабораторії аналізу крові, діяльність банків крові, сперми, органів для трансплантації тощо, послуги транспорту швидкої медичної допомоги, в тому числі літаків, що їх надають під час критичних ситуацій, діяльність у сфері охорони здоров'я населення, яка здійснюється санітарно-профілактичними закладами (санітарно-епідеміологічними станціями, дезінфекційними станціями, підприємствами профілактичної дезінфекції тощо).

Серед видів діяльності лікарні в Статуті визначено такі, що мають неприбутковий характер. Ці напрями діяльності значною мірою співвідносять з основними положеннями Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020»[4] (таблиця 3.9).

Можна побачити, що цілі Концепції, спрямовані на досягнення фінансового ефекту системи охорони здоров'я в комунальних неприбуткових підприємствах – закладах охорони здоров'я проявляються не досить повно.

Таблиця 3.9

Неприбуткові Статутні напрями діяльності Рівненської обласної клінічної лікарні, у відповідності до Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»[складено автором]

Напрями	Положення Концепції	Статутні напрями діяльності лікарні
Технології	Розроблення та впровадження новітніх технологій мінімізації факторів (чинників) ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища на основі даних наукових досліджень	Впровадження сучасних методів лікування і діагностики в практику роботи стаціонару та консультативної поліклініки в інших закладах охорони здоров'я області. Здійснення інформаційно-пошукової, видавничої та виставкової діяльності. Проведення підвищення професійного рівня лікарів та середнього медичного персоналу на курсах стажування та інформації. Організація робіт по автоматизації медичних технологій.
Здоров'я населення	Розроблення стратегії з питань формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки	Здійснення медичної практики відповідно до ліцензії. Організація та надання спеціалізованої діагностичної, лабораторної, консультативної, лікувальної, в тому числі паліативної медичної допомоги, а також профілактичної та реабілітаційної допомоги населенню області найбільш кваліфікованими лікарями-спеціалістами закладу, при необхідності із залученням професорсько-викладацького складу вищих навчальних закладів, науково-дослідних інститутів і клінік. Придбання, зберігання, перевезення, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.
Фінансування	Оптимізації організації та механізму фінансування системи надання медичної допомоги, спрямованої на розв'язання реальних потреб населення, запровадження солідарного принципу фінансування	Організація та впровадження роботи за принципом страхової медицини, співпраця з страховими компаніями.

Продовження таблиці 3.9

Профілактика та виявлення хвороб	Підвищення якості кадрового забезпечення та рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики та раннього виявлення хвороб	Координація організаційно-методичної роботи діагностичних служб лікувально-профілактичних закладів області та України. Організація взаємодії з лікувально-профілактичними закладами області в плані послідовності, повноти та якості надання діагностичної та окремих видів лікувальної допомоги населенню
Наука та інновації	Проведення та застосування результатів сучасних інноваційних наукових розробок з обов'язковим створенням ефективної системи впровадження результатів наукових розробок в практику охорони здоров'я (взаємодія зі зворотним зв'язком)	Розробка методик лікування, діагностики, профілактики та реабілітації різних захворювань; проведення науково-дослідницької роботи в галузі медицини. Забезпечення керівництва і контролю за сучасним рівнем статистичного обліку і звітності діагностичних служб лікувально-профілактичних закладів області, достовірністю звітних даних, а також безпосереднє здійснення статистичних досліджень з окремих видів (складання зведених звітів, аналізів показників діяльності закладів, інформаційне забезпечення для управління діагностичною службою тощо).
Соціальні складові здоров'я	Проведення та застосування результатів сучасних інноваційних наукових розробок з обов'язковим створенням ефективної системи впровадження результатів наукових розробок в практику охорони здоров'я (взаємодія зі зворотним зв'язком)	Вивчення, узагальнення і розповсюдження досвіду роботи передових лікувально-профілактичних закладів України та країн світу. Розробка по завданню відповідних органів охорони здоров'я заходів, спрямованих на: підвищення якості медичного обслуговування населення, в тому числі підлітків; зниження захворюваності, лікарняної летальності, інвалідності і загальної смертності.

В організаційному плані є важким для діючої лікарні проведення ліцензійно-патентної роботи в галузі діагностики, обстеження, лікування, реабілітації хворих.

Такий широкий спектр інших видів діяльності, які може надавати лікарня формує базу для сталого розвитку лікарні, матеріального статку лікарів, можливостей поповнення матеріально-технічної бази новим обладнанням. Перелік можливостей для залучення коштів у лікарні на теперішній час визначено дуже широко. У відповідності до нової редакції статуту комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» джерелами формування майна та коштів лікарні є:

– грошові та матеріальні внески Засновника. Як відомо засновником комунального підприємства є міська влада. Для Рівненської обласної лікарні таким засновником є Рівненська обласна рада. Тому участь коштів громади Рівненської області, які спрямовуються на утримання лікарні рішенням Рівненської обласної ради є обов'язковою;

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

– капітальні вкладення і фінансування з бюджету. Капітальні вкладення необхідні для створення необхідних умов функціонування лікувального закладу. Не дивлячись на той факт, що в лікарні не будувалися останнім часом капітальні споруди, нові корпуси, інженерні будівлі, капітальні вкладення здійснювалися у формі придбання сучасного обладнання, коштовного медичного устаткування. Діючий на цей час в Рівненській області проект світового банку, в якому приймає участь Рівненська обласна клінічна лікарня передбачає до кінця 2020 року вкладення 2,5 млн грн в обладнання для лікарень та нові автомобілі швидкої допомоги. Крім того, є доцільним зберігати в обумовленій частині фінансування таких великих лікарень, як Рівненська обласна клінічна лікарня з бюджету, тому що окремі види медичних послуг, лікування надається пацієнтам з інших регіонів і не можна однозначно встановити обмеження на лікування пацієнта з іншого регіону, особливо, якщо він поступає в лікарню у важкому стані;

– цільові кошти, централізовані кошти Міністерства охорони здоров'я України. На теперішній час Рівненська обласна клінічна лікарня є учасником та намагається прийняти участь у таких цільових програмах МОЗ: реформа первинної медичної допомоги – 15,3 млрд. грн, програма «безкоштовна діагностика» – 2 млрд. грн, медична субвенція місцевим бюджетам на спеціалізовану амбулаторну, стаціонарну та екстрену медичну допомогу – 55,5 млрд. грн, реформа екстреної медичної допомоги – 922,5 млн. грн,

державні закупівлі ліків і медичних виробів – 5,9 млрд. грн, програма «доступні ліки» – 1 млрд. грн, відшкодування вартості препаратів інсуліну за кошти державного бюджету – 925 млн. грн., розбудова мережі кардіоцентрів – 150 млн. грн[48].

– власні надходження Лікарні. Власні надходження лікарні поки що не є основною статтею для формування бюджету лікарні. Не дивлячись на отриману господарську самостійність, власні надходження лікарні обмежуються: платою за послуги, що надаються лікарнею у відповідності до її основної діяльності, надходження коштів від додаткової (господарчої діяльності), плата за оренду майна лікарні, надходження лікарні від реалізації в установленому порядку майна, благодійні внески, гранти та подарунки, кошти, що отримуються від інших підприємств, організацій, фізичних осіб чи інших бюджетних установ для виконання цільових заходів;

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

– майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб. У відповідності до затвердженого Кабінетом міністрів Порядку отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їхнього фінансування № 1222 від 4.08.2000 р., благодійні внески можуть надаватися благодійниками набувачам у грошовій формі для потреб їхнього фінансування за напрямами видатків, визначеними благодійником, а також як товари, роботи, послуги. Якщо благодійником конкретні цілі використання коштів не визначено, шляхи спрямування благодійного внеску визначаються керівником установи, закладу – набувачів відповідно до першочергових потреб, пов'язаних виключно з основною діяльністю установи, закладу[50].

– надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі. Якщо проаналізувати Програму економічного і соціального розвитку рівненської області на 2020 рік, то можна побачити, що рівненська обласна клінічна лікарня приймає участь у її виконанні із відповідним фінансуванням у таких розділах: 12 – «Підвищення адресності та ефективності соціального захисту населення» (реалізація заходів щодо медичного, соціального забезпечення, адаптації, психологічної реабілітації, професійної підготовки (перепідготовки) учасників антитерористичної операції; підвищення рівня медичного забезпечення та санаторно-курортного лікування громадян, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС), 14 – «Підвищення якості та доступності медичних послуг населенню на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги» (активізація роботи госпітальних рад у госпітальних округах області з питань реформування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; реалізація спільного з Міністерством охорони здоров'я України проекту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»), 15 – «Формування здорового способу життя, сприяння соціальному становленню і розвитку дітей та молоді» (формування та пропагування здорового та безпечного способу життя, профілактика негативних явищ у молодіжному середовищі; організація оздоровлення і відпочинку дітей та молоді; залучення до здорового способу життя усіх категорій населення, в тому числі інвалідів та учасників операції Об'єднаних сил, створення належних умов для впровадження нових форм занять фізичною культурою і спортом);

– кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Одне з головних джерел прибутку від діяльності лікарні це – «кошти, що пішли за пацієнтом». Чим більше пацієнтів зареєстровано та лікується в закладі охорони здоров'я, тим більше коштів цей заклад отримує від МОЗ за лікування хворих[49].

На підставі проведених досліджень ми можемо сформулювати систему відповідності діяльності комунального підприємства – закладу охорони здоров'я положенням Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»(табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Комплексна система вдосконалення діяльності комунального підприємства у відповідності до Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020»[розроблено автором]

	Положення Концепції	Основні папряди трансформації діяльності комунальних підприємств
Технології	Розроблення та впровадження новітніх технологій мінімізації факторів (чинників) ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища на основі даних наукових досліджень	КП «РОКЛ» входить до складу учасників Проекту з субпроектом «Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області на період з 2015 по 2020 роки». В рамках субпроекту для досягнення поставлених цілей заплановано: Закупити медичне обладнання для серцево-судинного центру Рівненської обласної клінічної лікарні(РОКЛ), лікарських амбулаторій, центральних районних та міських лікарень. Закупити вироби медичного призначення для серцево-судинного центру РОКЛ;
Здоров'я наелення	Розроблення стратегії з питань формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки	У сфері надання медичних послуг комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» проводить свою діяльність у відповідності до положень Програми «Здоров'я 2020», зокрема, таких її пунктів як: проведення заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організацію спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами
Фінансування	Оптимізації організації та механізму фінансування системи надання медичної допомоги, спрямованої на розв'язання реальних потреб населення, запровадження солідарного принципу фінансування	Лікарня функціонує у формі некомерційного комунального підприємства. Вона є головним лікувально-профілактичним закладом області, забезпечує високоспеціалізовану (третинну) стаціонарну і поліклінічну (консультативну) допомогу населенню області на основі досягнень сучасної медичної науки і техніки

Профілактика та виявлення хвороб	Підвищення якості кадрового забезпечення та рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики та раннього виявлення хвороб	У 2018 році заклад отримав Сертифікат відповідності вимогам Державного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги». Лікарня в 2018 році пройшла акредитацію і рішенням Головної акредитаційної комісії МОЗ України підприємству підтверджена вища категорія. У лікарні працює 1 доктор медичних наук, 12 кандидатів медичних наук, 10 лікарів мають звання «Заслужених лікарів України», 1 кандидат технічних наук.
Наука та інновації	Проведення та застосування результатів сучасних інноваційних наукових розробок з обов'язковим створенням ефективної системи впровадження результатів наукових розробок в практику охорони здоров'я (взаємодія зі зворотним зв'язком)	На базі лікарні працює кафедра хірургії навчально-наукового інституту післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету ім. академіка І. Горбачевського, а на базі відділення анестезіології та інтенсивної терапії функціонує Рівненська філія кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ФПО Львівського медуніверситету ім. Д. Галицького, та на базі обласного центру ортопедії травматології та вертебології функціонує Рівненська філія кафедри «Травматології, анестезіології та військової хірургії» Харківської академії післядипломної освіти.
Соціальні складові здоров'я	Проведення наукових досліджень зі збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом формування громадської системи охорони здоров'я, первинної профілактики захворювань та вивчення негативного впливу факторів ризику та соціальних детермінант на здоров'я та шляхів його мінімізації	На одного пацієнта лікарні приходиться більше оздоровчих та профілактичних процедур. В той же час, кількість хворих, які отримують ці процедури знижується. Таку тенденцію ми можемо пояснити переорієнтацією тенденції сучасної медицини від процесу лікування на профілактику та виявлення захворювання, ведення здорового способу життя. З іншого боку таке зростання має причини, що пояснюються конкуренцією нових приватних медичних закладів, які в своїй більшості надають фізіотерапевтичні процедури. Процедури фізіотерапевтичного, рентгенологічного, ендоскопічного відділень та кабінету рефлексотерапії та лікувальної фізичної культури не потребують значних капіталовкладень в обладнання та спеціалізовану техніку, вони не є дуже коштовними для населення. Тому приватні медичні установи складають велику конкуренцію комунальним підприємствам на цьому ринку

Вдосконалення діяльності комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня»у відповідності до Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020» на теперішній час дозволило провести наступні заходи із підвищення якості обслуговування пацієнтів: «розробка та запуск

програмного забезпечення для супроводу електронного реєстру груп ризику з інтеграцією до державної системи e-Health;

створення Центру обробки даних закладів охорони здоров'я;

впровадження комплексної системи захисту інформації;

розробка та підтримка інформаційного веб-порталу щодо хвороб системи кровообігу;

розробка мультимедійного навчального курсу «Особливості роботи з групами ризику».

проведення інформаційної кампанії щодо популяризації веб-сайту, гарячої лінії та здорового способу життя;

проведення навчань медичного персоналу (сімейних лікарів, спеціалістів, менеджерів ЗОЗ) щодо профілактики та лікування хвороб системи кровообігу»[45].

Співставність напрямів трансформації комунальних підприємств закладів охорони здоров'я та Програми проводиться за її основними положеннями: технології, здоров'я населення, фінансування, профілактика та виявлення хвороб, наука та інновації, соціальна складова здоров'я.

Таким чином, встановлено, що:

– у новому варіанті Статуту комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» з'явився значний перелік нових видів діяльності. Такі види діяльності лікарня проводила і раніше, але це було значною мірою інтегровано в безпосередню діяльність опосередковано через різні поточні, господарчі, лікарняні види діяльності. На цей час, відповідно до нової законодавчої бази відповідно до Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» лікарня може здійснювати діяльність згідно з вимогами системи охорони здоров'я, що трансформується;

– серед видів діяльності лікарні в Статуті визначено такі, що мають неприбутковий характер. Ці напрями діяльності значною мірою співвідносять з основними положеннями Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020». Найменша відповідність виявлена у напрямках

неприбуткової діяльності, що пов'язані з такою функцією системи охорони здоров'я, як фінансування. Лише такий напрям, як «організація та впровадження роботи за принципом страхової медицини, співпраця з страховими компаніями» співвідноситься з напрямом Концепції «Оптимізації організації та механізму фінансування системи надання медичної допомоги, спрямованої на розв'язання реальних потреб населення, запровадження солідарного принципу фінансування». Це говорить про недостатню потенційну спроможність комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я стати повноцінними учасниками системи фінансування охорони здоров'я, хоча широкий спектр інших видів діяльності, які може надавати лікарня формує базу для сталого розвитку лікарні, матеріального статку лікарів, можливостей поповнення матеріально-технічної бази новим обладнанням. Перелік можливостей для залучення коштів у лікарні наразі визначено дуже широко;

– перелік можливостей залучення коштів в комунальному підприємстві – закладі охорони здоров'я є дуже широким. Він містить в собі: грошові та матеріальні внески Засновника, майно передане Засновником, капітальні вкладення і фінансування з бюджету, цільові кошти, централізовані кошти Міністерства охорони здоров'я України, власні надходження Лікарні, майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб, надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі, кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Також існує положення, у відповідності до якого тимчасово вільні кошти лікарня може вкладати в цінні папери.

Наразі цей спосіб отримання коштів не є дуже привабливим у силу свої технологічної незручності для виконання, а також відсутності відповідної

ринкової інфраструктури, якою лікарням буде зручно користуватись під час проведення операцій на ринку цінних паперів.

У цілому шляхи надходження коштів до лікарні на теперішній час більш диверсифіковані ніж раніше, що дозволяє мати надію на активізацію фінансових потоків до закладів охорони здоров'я.

3.3. Визначення чинників діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації

Механізми державного та регіонального управління, що є домінуючими в країні суттєво впливають на сформовані управлінські процедури управління охороною здоров'я в місцевих громадах та процедурах управління комунальними некомерційними підприємствами – закладами охорони здоров'я. Система, що склалася на цей час в управлінні комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я не є ізольованою від світу. Вона відповідає європейським аналогам та ґрунтується на відомих світових моделях охорони здоров'я.

У таблиці 3.11 подано консолідовані підходи щодо функцій системи охорони здоров'я на різних рівнях децентралізації. Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду децентралізації у сфері охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про те, що такі процеси є складними й залежать від:

- типу державного устрою країни, кількості рівнів адміністративного управління;
- ступеню участі центральних органів влади у фінансуванні та управлінні системою охорони здоров'я на місцевому рівні;
- домінуючого механізму фінансування охорони здоров'я (бюджетного або страхового);
- розподілу відповідальності та повноважень щодо надання різних видів медичної допомоги між рівнями влади та суб'єктами галузі (парламент,

центральні органи влади, місцеві органи влади, страхові медичні фонди, медичні установи тощо[51].

Слід враховувати, що система управління закладами охорони здоров'я, які засновані на комунальній власності визначається не тільки законами України в сфері регламентації системи охорони здоров'я.

Важливою складовою системи регламентації діяльності закладів охорони здоров'я – комунальних підприємств є закони, що регулюють життя країни на регіональному та субрегіональному рівні. Одним з таких Законів є Закон України «Про місцеве самоврядування».

Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» регулює процес набуття права комунальної власності. В ньому зазначаються механізми формування комунальної власності:

- передача майна територіальним громадам безоплатно державою (тобто «роздержавлення»);
- передача майна територіальним громадам безоплатно іншими суб'єктами права власності;
- створення майна органами місцевого самоврядування;
- придбання майна органами місцевого самоврядування в порядку, встановленому законом [8].

Механізми формування комунальної власності, які було закладено в Законі України «Про місцеве самоврядування» активно проваджувалися у практику господарювання в останні роки.

Набуття закладами та організаціями статусу комунальних проходило і проходить в межах широко відомого процесу децентралізації.

Безперечно, процес децентралізації має значну кількість переваг, але й має й недоліки.

Таблиця 3.11

Функції системи охорони здоров'я на різних рівнях децентралізації[51]

Рівень децентралізації	ФУНКЦІЇ		
<p style="text-align: center;">ЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ</p> <hr/> <p style="text-align: center;">ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ</p>	<p>Адміністрування, організація та планування системи охорони здоров'я</p>	<p>Джерела фінансування системи охорони здоров'я та форми збору платежів</p>	<p>Надання медичної допомоги та форма власності на медичні установи</p>
	<p>Державна система організації, планування та адміністрування системи охорони здоров'я. Офіційна державна передача прав, обов'язків та повноважень щодо адміністрування та організації медичної допомоги. Централізоване державне замовлення у сфері охорони здоров'я. Регіональне планування та адміністрування мережі медичних установ. Міське муніципальне планування та адміністрування мережі медичних установ. Механізм опосередкованого державного регулювання квазіринку охорони здоров'я. Пряме ринкове регулювання квазіринку охорони здоров'я з індивідуальним приватним вибором страхових організацій та медичних установ</p>	<p>Державна система оподаткування (загальні та (або) цільові податки для фінансування охорони здоров'я. Обов'язкові внески до національного фонду соціального медичного страхування. Регіональна система оподаткування. Обов'язкові внески до регіонального фонду соціального медичного страхування. Місцева муніципальна система оподаткування. Обов'язкові внески до муніципальних та (або) галузевих фондів соціального медичного страхування або лікарняних кас. Добровільні внески до місцевих приватних фондів медичного страхування або лікарняних кас. Приватне фінансування медичних установ та медичних послуг за рахунок приватних коштів населення</p>	<p>Державна система охорони здоров'я Державна власність та контроль. Регіональна власність та контроль. Місцева муніципальна власність та контроль. Приватні медичні установи мають державне соціальне замовлення або угоди з лікарняними касами, або іншими страховими медичними організаціями, зокрема державними та муніципальними (внутрішня структура таких установ може бути централізована). Приватні автономні медичні установи</p>

До переваг процесу децентралізації ми можемо віднести такі:

- фінансова самостійність територіальних громад у забезпеченні своїх мешканців суспільними благами;
- створення умов для кращого забезпечення потреб місцевого населення;
- зростання відповідальності місцевих органів влади перед населенням відповідних ОТГ;
- стимулювання державного сектору до реакції на вимоги громадян;
- формування конкурентного середовища на різних рівнях місцевої влади за робочу силу, інші фактори виробництва та споживачів суспільних благ;
- формування ефективної системи вирівнювання з метою стимулювання розвитку територій;
- підвищення компетенції та кваліфікації органів місцевого самоврядування в процесі вирішення питань щодо розвитку відповідних територій;
- динамічність систем, здатність до експериментування та інновацій в наданні державних послуг;
- вирівнювання владних повноважень на різних рівнях управління.

До недоліків процесу децентралізації можна віднести такі чинники:

- ускладнення процесу перерозподілу фінансових ресурсів через бюджет та управління та управління бюджетним процесом в цілому;
- складність узгодження локальних потреб територіальних громад із макроекономічними потребами країни;
- виникнення регіональних фіскальних розбіжностей;
- зниження централізованого бюджетного контролю над формуванням та ефективним розподілом бюджетних ресурсів;
- обмеження централізованого вирівнювання дохідної та видаткової частини бюджетів територіальних громад [52].

На основі проведеного аналізу законодавчої та нормативно-правової бази, вивченням досвіду країн Європи, можна зробити висновок, що система охорони здоров'я в цілому та діяльність комунальних підприємств охорони здоров'я регламентується має дуже складне інституційне регулювання. В законодавчій та нормативно-правовій базі в сфері охорони здоров'я України властиві певні недоліки, які суттєво ускладнюють координацію роботи в цій сфері. До таких недоліків ми можемо віднести:

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

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

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

- велика кількість НПА не дозволяє побачити за цією безліччю правові прогалини й протиріччя;

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

- відсутність єдиного консолідованого законодавчого акту в сфері охорони здоров'я (одні питання охорони здоров'я регламентуються законами, інші – указами Президента України, треті – постановами Уряду, четверті – постановами й наказами МОЗ України, внесеними в Єдиний державний реєстр правових актів, п'яті – неопубліковані накази МОЗ України), доступного не тільки керівникам охорони здоров'я, медичним

працівникам, але й населенню, ускладнює надання медичної допомоги в межах доказової та правової медицини[53].

Як уже відзначалося, головне спрямування системи нормативно-правових актів в сфері охорони здоров'я спрямовано на посилення процесу децентралізації в медицині. Практична реалізація цих актів вже призвела до вагомих змін в управлінні закладами охорони здоров'я в регіонах. Це підтверджується окремими висновками соціологічного опитування, яке було представлено вище. У відповідях на запитання експерти високо оцінили конкретні повноваження органів місцевої влади, які призводять до реорганізації діяльності медичних установ в сільській місцевості на основі нових соціально-ринкових підходів. Недостатньо вагомими повноваженнями органів державної влади експерти вважають так, і як: «Заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад» та «Встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад». Ці два пункти мають більшою мірою формальний «бюрократичний» характер і напряду не впливають на ефективність діяльності медичних закладів.

Суто організаційні заходи не зможуть призвести до позитивного ефекту діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в регіонах, якщо не буде підведена якісна та реальна організація розподілу фінансів між центром та регіонами. Одним з документів, який регламентує розподілення фінансових повноважень в процесі децентралізації є Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України 30.11. 2016. Відповідно до документу, нова модель фінансування має базуватися на таких принципах:

– фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;

– універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує;

– прозорість і підзвітність – недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів;

– ефективність – максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість і доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів;

– вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;

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

– передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї;

– субсидіарність – встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість та найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги [54].

Проведене нами дослідження процесу діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я щільно пов'язано з дослідженням стану процесу децентралізації. Реалізація теоретичних підходів у формуванні інфраструктури системи децентралізації медицини та впровадження законодавчих та нормативних актів дозволила досягти значних результатів у цій сфері. Загальний стан процесу децентралізації в країні можна

охарактеризувати наступним чином: з початку проведення процесу децентралізації в нашій країні було створено 1029 об'єднаних територіальних громад і на початок 2020 року 49 громад, що вирішили об'єднатися чекають на затвердження свого рішення. З 1029 об'єднаних територіальних громад 44 ОТГ з адміністративними центрами у містах обласного значення, що свідчить про укрупнення міських громад і приєднання приміських населених пунктів до міст. Середня чисельність населення однієї громади складає за п'ять років створення об'єднаних громад 11388 осіб. По роках цей показник виглядає наступним чином: 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 вищу кількість жителів в нових об'єднаних громадах, що зумовлено розвитком процесу приєднання ОТГ до міст обласного значення [55].

Якщо врахувати, що для відкриття Центру первинної медичної допомоги, за нормативами кількість населення, який він має обслуговувати повинна складати 15000 осіб, а середня кількість об'єднаної громади складає 11388 осіб, то можна зробити висновок, що не у всіх громадах будуть відкриті такі центри. Невелика кількість найбільш великих громад в регіонах зможе мати свій Центр первинної медичної допомоги. Безумовно, практично в кожній громаді є можливість відкрити амбулаторію групової практики, яка може взяти на обслуговування 3000 осіб і мати в своєму складі двох сімейних лікарів, або амбулаторію монопрактики, яка розрахована на обслуговування 2000 осіб та може містити в своєму складі одного сімейного лікаря.

Створення закладів охорони здоров'я в регіонах, об'єднаних громадах стикається із рядом викликів, які необхідно оперативно вирішувати на цей час. Серед основних проблем в діяльності підприємств слід визначити наступні: проведення капітальних та поточних ремонтів приміщень, необхідність придбання спеціалізованого обладнання нового покоління, збільшення фінансування на придбання медикаментів і витратних матеріалів,

збільшення кількості ставок лікарів та медичного персоналу, необхідність оновлення кадрів та працевлаштування молодих спеціалістів.

У більш вигідному становищі знаходяться лікарні – комунальні підприємства у великих містах – обласних центрах. Одним з таких підприємств, що має потужну матеріально-технічну, медичну, лабораторну базу, фаховий персонал є комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня». В сфері надання медичних послуг комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» проводить свою діяльність у відповідності до положень Програми «Здоров'я 2020», зокрема, таких її пунктів як: проведення заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їхнім несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організацію спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами.

Аналіз окремих напрямів діяльності лікарні свідчить про зростання якості надання послуг, тому що на одного пацієнта лікарні приходиться більше оздоровчих та профілактичних процедур. У той же час, кількість хворих, які отримують ці процедури знижується. Таку тенденцію ми можемо пояснити переорієнтацією тенденції сучасної медицини від процесу лікування на профілактику та виявлення захворювання, ведення здорового способу життя. З іншого боку, таке зростання має причини, що пояснюються конкуренцією нових приватних медичних закладів, які в своїй більшості надають фізіотерапевтичні процедури.

Реформування діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я вже приносить позитивні результати. За підсумками опитування соціологічної групи «Рейтинг», за останній рік в Рівненській області покращився рівень суспільного оптимізму. Так, 44% опитаних вважають що справи в Україні йдуть у правильному напрямку (17% – у 2018),

40% позитивно говорять про стан справ в області (20% – у 2018) та 43% – про стан справ в своєму місті /селі (27% – у 2018).

Близько половини опитаних (53%) не задоволені державними (комунальними) медичними послугами за останні п'ять років. У свою чергу, кількість тих, хто задоволений державними(комунальними) медичними послугами, становить 35%. За останній рік кількість задоволених станом державної(комунальної) медицини дещо зросла (23% – у 2018). Як і у попередніх дослідженнях, рівень задоволеності послугами державної медицини є дещо вищим серед тих, хто частіше звертається до лікарів.

Майже третина респондентів (29%) вважають, що за останні два роки загальна якість державних(комунальних) медичних послуг в області покращилася; 25% відзначили покращення загальної якості медичних послуг, отриманих ними особисто. Порівняно з минулим роком зросла кількість тих, хто побачив позитивні зміни у цій сфері як і на державному, так, і на особистісному рівнях. Частота відвідування лікарів корелюється з позитивною оцінкою послуг.

За рік відбулося значне зростання кількості тих, хто позитивно оцінив роботу державних медичних закладів: 47% опитаних оцінюють позитивно якість послуг, 28% – негативно. Краще за інших роботу цих установ оцінили молодші та більш заможніші опитані, а також ті, хто частіше звертаються до лікарів[56].

Одним з вузьких питань, яке ще потребує свого розвитку є питання розвитку телемедицини. Практичними перевагами телемедицини при ширшому її впровадженні в лікарську практику є такі:

- значне підвищення якості надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що знаходяться в будь-якому місці;
- надання консультаційної допомоги медичним працівникам, що працюють у центральних районних лікарнях та знаходяться на відстані від обласних діагностичних центрів та клінічних лікарень;

– скорочення термінів тимчасової непрацездатності та кількості випадків виходу на інвалідність за рахунок своєчасного надання медичної допомоги. Аналітичний огляд наявних у світі моделей використання телемедицини в охороні здоров'я дав змогу А. Владзимирському зробити висновки про те, що в Україні для регулярного проведення різних видів телеконсультування в повсякденній клінічній роботі доцільно використовувати західноєвропейську модель телемедицини;

– організації особливих форм телеконсультування (телеконсиліум, дистанційний обхід) раціонально використовувати досвід російської (багато точкової відеоконференції) і північноамериканської (спеціальні заходи для медсестер) моделей телемедицини;

– ефективного розвитку та впровадження принципів доказової медицини ефективним буде використання телемедичних та інтернет-систем, що дозволяють поєднувати досвід професіоналів при мультицентрових дослідженнях, проводити спільну роботу над методичними, науково-практичними й іншими доказовими матеріалами (північноамериканська, африканська модель);

– важкодоступних, сільських та інших районів з нерозвиненою інформаційною інфраструктурою варто віддати перевагу мобільному і бездротовому доступу до Інтернету та його сервісів (успішно апробований у межах африканської та «low-cost» моделей);

– успішного реформування амбулаторно-поліклінічного сектора й ефективного розвитку сімейної медицини необхідне реальне впровадження підходів та ідей концепції «Citizen-CentredCare» і домашньої телемедицини з опорою на північноамериканську модель; — вирішення специфічних завдань відомчої медицини (військова медицина, медицина катастроф, обслуговування ізольованих груп тощо) потребує використання мобільних і стаціонарних телемедичних систем, які доцільно створювати відповідно до російської моделі та моделі «два острови» [57, с. 65–66].

Розвиток телемедицини поки що не є основним пріоритетом в реформуванні системи охорони здоров'я, але така інновація стане дієвим доповненням до основних заходів реформування. З метою підвищення ефективності діяльності саме цієї ланки системи охорони здоров'я та всіх інших її компонентів Міністерством охорони здоров'я було погоджено план дій реформування медицини в процесі децентралізації. Такий план дій до 2020 року містить в собі такі заходи:

- запровадження нової моделі фінансування для первинної медичної допомоги;
- створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я;
- встановлення єдиного національного замовника медичних послуг;
- створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією;
- перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів і спрощення вимог до ведення паперової звітності у медичних закладах;
- запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- створення госпітальних округів;
- запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів;
- автономізація бюджетних закладів охорони здоров'я. Цей пункт відноситься і до комунальних закладів охорони здоров'я[35].

Таким чином, можемо визначити основні чинники розвитку діяльності комунальних підприємств в процесі децентралізації як: 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, розвиток телемедицини.

Висновки до третього розділу

Комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» функціонує у формі некомерційного комунального підприємства. Вона є головним лікувально-профілактичним закладом області, забезпечує високоспеціалізовану (третинну) стаціонарну і поліклінічну (консультативну) допомогу населенню області на основі досягнень сучасної медичної науки і техніки, являється базою для стажування, післядипломної підготовки випускників медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації.

Крім лікувально-діагностичної та консультативної роботи у лікарні проводиться педагогічна та науково-дослідницька робота. Так, на базі лікарні працює кафедра хірургії навчально-наукового інституту післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету ім. академіка І. Горбачевського, а на базі відділення анестезіології та інтенсивної терапії функціонує Рівненська філія кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ФПО Львівського медуніверситету ім. Д. Галицького, та на базі обласного центру ортопедії травматології та вертебрології функціонує Рівненська філія кафедри «Травматології, анестезіології та військової хірургії» Харківської академії післядипломної освіти;

Аналіз окремих напрямів діяльності лікарні свідчить про зростання якості надання послуг, оскільки на одного пацієнта лікарні припадає більше оздоровчих та профілактичних процедур. У той же час, кількість хворих, які

отримують ці процедури знижується. Таку тенденцію ми можемо пояснити переорієнтацією тенденції сучасної медицини від процесу лікування на профілактику та виявлення захворювання, ведення здорового способу життя. З іншого боку, таке зростання має причини, що пояснюються конкуренцією нових приватних медичних закладів, які в своїй більшості надають фізіотерапевтичні процедури. Процедури фізіотерапевтичного, рентгенологічного, ендоскопічного відділень та кабінету рефлексотерапії та лікувальної фізичної культури не потребують значних капіталовкладень в обладнання та спеціалізовану техніку, вони не є дуже коштовними для населення. Тому приватні медичні установи складають велику конкуренцію комунальним підприємствам на цьому ринку.

У сфері надання медичних послуг комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» проводить свою діяльність у відповідно до положень Програми «Здоров'я 2020», зокрема, таких її пунктів як: проведення заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань і запобігання їхнім несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організацію спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хворобі нозологічними формами.

У новому варіанті Статуту комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» з'явився значний перелік нових видів діяльності. Такі види діяльності лікарня проводила і раніше, але це було значною мірою інтегровано в безпосередню діяльність опосередковано через різні поточні, господарчі, лікарняні види діяльності. На теперішній час, у відповідності до нової законодавчої бази та відповідно до Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» лікарня може проводити діяльність, що відповідає вимогам системи охорони здоров'я, що трансформується.

Серед видів діяльності лікарні в Статуті визначено такі, що мають неприбутковий характер. Ці напрями діяльності значною мірою співвідносять з основними положеннями Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020». Найменша відповідність виявлена у напрямках неприбуткової діяльності, що пов'язані з такою функцією системи охорони здоров'я, як фінансування. Лише такий напрям, як «організація та впровадження роботи за принципом страхової медицини, співпраця з страховими компаніями» співвідноситься з напрямом Концепції «Оптимізації організації та механізму фінансування системи надання медичної допомоги, спрямованої на розв'язання реальних потреб населення, запровадження солідарного принципу фінансування». Це свідчить про недостатню потенційну спроможність комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я стати повноцінними учасниками системи фінансування охорони здоров'я, хоча широкий спектр інших видів діяльності, які може надавати лікарня формує базу для сталого розвитку лікарні, матеріального статку лікарів, можливостей поповнення матеріально-технічної бази новим обладнанням. Перелік можливостей для залучення коштів у лікарні на теперішній час визначено дуже широко.

Перелік можливостей залучення коштів в комунальному підприємстві – закладі охорони здоров'я є дуже широким. Він містить в собі: грошові та матеріальні внески Засновника, майно передане Засновником, капітальні вкладення і фінансування з бюджету, цільові кошти, централізовані кошти Міністерства охорони здоров'я України, власні надходження Лікарні, майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб, надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі, кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Також існує положення, відповідно до якого тимчасово вільні

кошти лікарня може вкладати в цінні папери. На теперішній час цей спосіб отримання коштів не є дуже привабливим через свої технологічні незручності для виконання, а також відсутності відповідної ринкової інфраструктури, якою лікарням буде зручно користуватися під час проведення операцій на ринку цінних паперів.

ВИСНОВКИ

Отримані в ході дослідження результати в сукупності надали змогу розв'язати важливе науково-практичне завдання обґрунтування теоретико-методичних засад і розробки науково-практичних рекомендацій щодо державного регулювання діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації й сформулювати такі висновки.

1. На основі аналізу особливостей та форм функціонування інституту комунальної власності в системі місцевого самоврядування сформульовано теоретичні підходи до систематизації поглядів авторів на інститут власності, які базуються на поєднанні напрацювань провідних учених минулого та сучасності розкрито основні положення їх концепцій, що надало змогу створити наукове підґрунтя для ефективного використання комунальної власності в системі місцевого самоврядування.

2. 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.

3. На основі теоретичного дослідження механізмів державного регулювання діяльністю комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації визначено наукові 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, що надає змогу розробити єдину стратегію такого розвитку. 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.

4. 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 ЦПМСД. 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 в центрі та недостатній рівень управління реформою на регіональному рівні.

5. Аналіз діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в Рівненській області надав змогу систематизувати основні проблеми їх розвитку: 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 бізнесі консолідуються в систему заохочення під назвою «компенсаційний пакет».

6. Визначено напрями трансформації управління комунальними підприємствами закладами охорони здоров'я на основі опитування експертів,

у якому взяли участь фахівці, які працюють в управлінських підрозділах закладів системи охорони здоров'я Рівненської області. Основною теоретичною передумовою дослідження була теза про те, що комунальні підприємства – заклади охорони здоров'я проводять свою діяльність в окремих регіонах та в основному надають медичні послуги мешканцям окремих територіальних утворень. Тому для підвищення ефективності їх діяльності важливе значення має налагоджена співпраця не лише з органами державної влади сфери охорони здоров'я, такими як Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я України, а й з органами місцевого самоврядування.

7. Напрями діяльності Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» в умовах реформування системи охорони здоров'я досліджено на основі статистичного аналізу окремих показників його діяльності й визначення відповідності напрямів розвитку підприємства положенням Програми «Здоров'я 2020» та його інтегрованості в систему охорони здоров'я на місцевому рівні, що дало підстави для висновків про відповідність такого розвитку положенням Програми.

8. У результаті визначення відповідності напрямів Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» практичним напрямом діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я запропоновано комплексну систему вдосконалення діяльності комунального підприємства закладу охорони здоров'я згідно із Загальнодержавною програмою «Здоров'я 2020», яка базується на напрямках Програми: технології, здоров'я населення, фінансування, профілактика та виявлення хвороб, наука і інновації, соціальні складові здоров'я, – що надало змогу сформулювати напрями діяльності комунального підприємства як великого регіонального медичного центру.

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.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку [Текст]: колективна монографія [Безтелесна Л.І., Сазонець І.Л. та ін.] : За наук. ред. д.е. н., проф. Безтелесної Л.І. Рівне: Волин. обереги, 2016. 184 с.
2. Сазонець І.Л., Гладченко А.Ю., Гессен А.Є. Соціально-економічні детермінанти глобальної рівноваги. Рівне. Волинські обереги, 2016. 352 с.
3. Валіулліна З.В. Концептуалізація діяльності корпорацій в інформаційно-інституційному середовищі. Рівне. 2018. 232 с.
4. Гладченко А.Ю. Інституційне забезпечення діяльності корпорацій в процесі формування глобальної рівноваги. Рівне. 2018. 244 с.
5. Наукові основи та імплементація світових практик місцевого самоврядування і об'єднання територіальних громад / за ред. І.Л. Сазонця. Рівне. 2017. 216 с.
6. Тихончук Л.Х. Інституційно-економічні засади державного регулювання міжнародної діяльності корпорацій. Рівне. 2018. 308 с.
7. Зима І.Я. Інституційний вплив на трансформацію державного управління системою охорони здоров'я / за ред. І.Л. Сазонця. Рівне : Волинські обереги, 2019. С. 202–253.
8. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» 280/97-ВР від 21.05.1997 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 10.02.2020).
9. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням відкритого акціонерного товариства «Кіровоградобленерго» про офіційне тлумачення положень частини восьмої статті 5 Закону України «Про відновлення платоспроможності боржника або визнання його банкрутом» (справа щодо кредиторів підприємств

комунальної форми власності) від 20 червня 2007 року № 5-рп/2007. URL: <http://ccu.gov.ua/storinka-knygy/781-komunalna-vlasnist> (дата звернення 10.02.2020);

10. Гуськова І.Б. Комунальна власність як ресурс місцевого самоврядування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2013. № 21. С. 144–47;

11. АльшаафіМохамед Алі, Сазонець О.М. Підвищення ефективності використання потенціалу закладів охорони здоров'я. *Сучасний стан та перспективи розвитку економіки, обліку, менеджменту, фінансів та права: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., Полтава, 26 січня 2019 р. ЦФЕНД, 2019. С. 60–62.*

12. Ефективність управління комунальною власністю на базі впровадження оціночної діяльності (на прикладі міст Одеської області) : Автореф. дис.. канд. екон. наук / Н. В. Сментина; Одес. держ. екон. ун-т. Одеса, 2006. 19 с.

13. Закон України «Про власність». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/697-12>(дата звернення 10.02.2020 р).

14. Роз'яснення порядку реєстрації прав власності на об'єкти нерухомого майна залежно від форм власності. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v32_2323-07?lang=en (дата звернення 10.02.2020).

15. Зюзь Д. Генеза інституту власності та роль держави в трансформації відносин власності. *Ефективність державного управління*. 2017. № 2(51). С. 102–110.

16. Зима І.Я. Механізми інституційної трансформації державного управління охороною здоров'я. Рівне, 2019. 248 с.
17. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я. Рівне : Волинські обереги, 2018. 168 с.
18. АльшаафіМохамед Алі, Сазонець О. М. Іноземний досвід управління медичними закладами в інформаційно-комунікаційному середовищі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. №14. С. 18–22.
19. АльшаафіМохамед Алі. Розвиток Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» на основі впровадження інновацій. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. 2018. № 11(39). С. 42–46;
20. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід [Текст]: колективна монографія [І.Л. Сазонець, В.І. Саричев та ін.] : за наук. ред. д.е.н., проф. Сазонця І.Л. Рівне. Волин. обереги, 2019. 396 с.
21. Баєва О.В., Солоненко І.М. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я. Київ: МАУП, 2007. 376 с.
22. Єрошкіна Т.В. Основи менеджменту і маркетингу в медицині. Дніпро. 2012. 64 с.
23. Поживілова О.В. «Функціонування приватних закладів у сфері охорони здоров'я». URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01\(5\)/11provsoz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01(5)/11provsoz.pdf) (дата звернення: 10.02.2020).
24. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. держ. упр. : 25.00.02 «Механізми державного управління». Харків, 2011. 20 с.

25. Бурачик А.І. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я в регіонах та сприйняття населенням медичної реформи (на прикладі Рівненської області). *Стратегія і тактика державного управління*. 2019. № 1–2. С. 20–26.

26. Бурачик А.І., Ільченко А.О. Вдосконалення системи державного регулювання медичної допомоги учасникам бойових дій в контексті військово-медичної доктрини України. *Стратегія і тактика державного управління*. 2018. № 1–2. С. 79–85.

27. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. ULR: https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf (дата звернення: 10.02.2020).

28. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України 30.11.2016. ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення 10.02.2020).

29. Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я. Київ. 2014. 408 с.

30. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я. Київ. 2007. 328 с.

31. В. П. Окорський, В. М. Сухович, Я. П. Цецик. Організаційно-економічні засади реформування інститутів місцевого самоврядування та їх вплив на сталий розвиток об'єднаних територіальних громад (на прикладі Рівненської області). Рівне. видавець О. Зень, 2018. 364 с.

32. Розвиток соціальної сфери територіальних громад в умовах адміністративно-фінансової децентралізації / ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долишнього НАН України» ; за ред. С. Л. Шульц. Львів, 2018. 140 с.

33. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. Київ ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

34. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. URL: <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/266/4992.pdf> (дата звернення : 10.02.2020).

35. Реформа медицини в умовах децентралізації. EURL: <https://decentralization.gov.ua/health> (дата звернення: 10.02.2020).

36. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf (дата звернення: 10.02.2020).

37. Методологічні рекомендації щодо підписання угоди про міжмуніципальне співробітництво щодо створення спільного підприємства ПМД. URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/497/Recommendations_for_Health_InterMunicipal_Cooperation.pdf (дата звернення: 10.02.2020).

38. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році. URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactiv_1.pdf (дата звернення 10.02.2020).

39. Міфи та правда про освітню та медичну реформи. Практичний посібник для журналістів. URL: <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/300/mf.pdf> (дата звернення: 10.02.2020).
40. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування. Національний проект «Децентралізація». Міністерство розвитку громад та територій. URL: <https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/regional-dev/rozvytok-mistsevoho-samovryaduvannya/> (дата звернення 10.02.2020).
41. Аналітична записка. Порівняльний аналіз процесу децентралізації України та Польщі/Фонд «Відродження». URL: <http://dialog.lviv.ua/wp-content/uploads/2018/08/Zvit-Zvit1.pdf> (дата звернення 10.02.2020).
42. Чмель О., Пустовойт Д., Шмігель А. Аналіз системи охорони здоров'я в Польщі. Сучасні економічні дослідження. 2018. № 1. С. 13–18.
43. Офіційний сайт Млинівської селищної ради територіальної громади. URL : <http://smt.mln.rv.ua/> (дата звернення 10.02.2020).
44. НаказМОЗ України N 340 від 28.11.97 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0340282-97> (дата звернення 10.10.2019).
45. Звітні матеріали Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня». Рівне, 2019. 49 с.
46. Зима І.Я. Фізична терапія, ерготерапія. Навчально-методичний посібник. Рівне. 2018. 123 с.

47. Розпорядження Кабінету міністрів України від 31 жовтня 2011 р. N 1164-р Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80> (дата звернення 10.10.2019).

48. Цільові програми МОЗ. Сайт МОЗ України. ULR: <https://moz.gov.ua/search> (дата звернення 10.10.2019).

49. Статут Комунального некомерційного підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня». ULR: <https://rokl.rv.ua/uk/about> (дата звернення 10.10.2016).

50. Порядок отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування №1222 від 4.08.2000 р. ULR : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1222-2000-%D0%BF> (дата звернення 10.10.2019);

51. Степанова О.В. Світові моделі фіскальної децентралізації в охороні здоров'я: розвиток між бюджетною консолідацією та ринком. Ефективна економіка. 2016. № 11. ULR: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=5275> (дата звернення 10.10 2019);

52. Патицька Х.О. Фінансова децентралізація як основа формування самодостатніх територіальних громад. Ефективна економіка. 2015. № 10. ULR: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=4412> (дата звернення 10.10.2019).

53. Клименко О.В. Обґрунтування необхідності систематизації законодавчих актів України в сфері охорони здоров'я громадян і розробки медичного кодексу. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 1. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=679> (дата звернення 10.10.2019).

54. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України 30.11.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення 10.02.2020).

55. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування. Національний проект «Децентралізація». Міністерство розвитку громад та територій. URL: <https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/regional-dev/rozvytok> (дата звернення 10.02.2020).

56. Матеріали опитування соціологічної групи Рейтинг. URL: <http://ratinggroup.ua/ru/archive/> (дата звернення 10.12.2019).

57. Поживілова О. В. Інформаційні технології в системі охорони здоров'я (до проблеми наукового забезпечення державного управління розвитком системи охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2010. № 22. С. 65–66.

58. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Вдосконалення системи управління охороною здоров'я в Рівненській області на основі впровадження проекту Світового банку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 24. С. 49–53.

59. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні та медичні інституції в трансформації державної системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 23. С. 108–112.

60. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Передумови трансформації системи охорони здоров'я та матеріальне забезпечення її працівників. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 122–125.

61. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 21. С. 109–113.

62. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/Зима> (дата звернення 15.06.2019).

63. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/Зима> (дата звернення 15.06.2019).

64. Зима І.Я. Визначення напрямів реформування управління сферою охорони здоров'я на основі опитування експертів. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 1. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/Зима> (дата звернення 15.06.2019).

65. Зима І.Я. Світові та національні інститути розвитку вищої освіти України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 3. С. 134–137.

66. Зима І.Я. Наукові основи визначення діяльності корпорацій як соціального інституту. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 4. С. 165–169 (0,6 д.а.).

67. Зима І.Я. Соціальні програми корпорацій та заходи в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 5. С. 98–103.

68. Зима І.Я. Аналіз сучасної інституційної системи реформування охорони здоров'я у відповідності до закону України «про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 6. С. 87–91.

69. Зима І.Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 7. С. 108–113.

70. Зима І.Я. Інституційні основи державного управління медичною освітою. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 2. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/Зима> (дата звернення 15.06.2019).

71. Зима І. Я. Реалізація механізму державного управління системою охорони здоров'я в регіоні (на прикладі Рівненської області) // *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 7. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1462> (дата звернення: 08.09.2019).

72. Зима І. Я. Теоретичні підходи до визначення та формування механізмів державного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 15. С. 85–89 (0,6 д.а.).

73. Зима І. Я. Науковий концепт формування механізмів державного управління та значення здоров'я людини. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 14. С. 48–52.

74. Sazonets I.L., Zyma I. Y. Modern approaches to the formation of healthcare mechanisms in corporations. *News of Science and Education*. 2019. № 3(64). P. 9–17.

75. Сазонец І.Л., Зима І.Я. Механізми соціального інвестування на прикладі системи здравоохранения. *Středo evropský věstník provědu a výzkum*. 2019. № 6 (58). С. 14–22.

76. Сазонец І.Л., Зима І.Я. Механізми державного регулювання здоров'ям в сучасній соціальній політиці України. *Наука і студія*. 2019. № 6 (58). С. 15–23.
77. Сазонец І.Л., Зима І.Я. Державне регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств. *Уральський науковий вісник*. 2019. № 6 (58). С. 16–24.
78. Зима І.Я. Визначення проблем реформування соціальної державної системи управління охороною здоров'я в Україні. *Стратегія і тактика державного управління. Збірник наукових праць*. 2016. Вип. 1–2. С. 82–90.
79. Зима І.Я. Значення освітніх інститутів у вдосконаленні системи державного управління підготовкою медичних кадрів. *Стратегія і тактика державного управління. Збірник наукових праць*. 2017. Вип. 1–2. С. 8 – 17.
80. Зима І.Я. Сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я в інституційному середовищі. *Стратегія і тактика державного управління. Збірник наукових праць*. 2018. Вип. 1–2. С. 9 – 18;
81. Зима І. Я. Визначення регіональних особливостей проведення медичної реформи *Стратегія і тактика державного управління. Збірник наукових праць*. 2019. Вип. 1–2. С. 35–40.
82. Зима І.Я. Формування основ державного управління охороною здоров'я європейської цивілізації: еволюційний аспект. *Вісник НУВГП. Серія: Економічні науки*. 2018. Вип. 4(46). С. 48–56.
83. Зима І.Я. Історичний контекст формування основ державного управління охороною здоров'я європейської цивілізації. *Вісник НУВГП. Серія: Економічні науки*. 2019. Вип. 1(47). С. 47–55.

84. Зима І.Я. Участь Світового банку в реформуванні системи управління охороною здоров'я (на прикладі Рівненської області). *Децентралізація влади, проведення реформ в Україні. Сучасний стан та проблеми підготовки кадрів для об'єднаних територіальних громад* : збірник тез II Міжнародної науково-методичної конференції. Рівне : Волинські обереги, 2018. С. 73–75.

85. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Інформаційна складова запровадження інноваційних технологій в медичній освіті. *Інноваційні технології в освіті* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-техн. конф. Івано-Франківськ : ІФНТУНГ, 2019. С. 214–216.

86. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Вплив міжнародних інституцій на розвиток професійної освіти. *Сучасні тенденції розвитку лінгвістики та лінгводидактики*: зб. Матеріалів II міжвузівської наук.-практ. конф. Рівне : НУВГП, 2019. С. 122–124.

87. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Система державного управління охороною здоров'я в забезпеченні безпеки особистості. *Теорія і практика менеджменту безпеки* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. Луцьк, 2019. С. 25–26.

88. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Вдосконалення системи державного управління підготовкою медичних кадрів. *Університет і школа: перспективи співпраці* : Зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. Рівне : НУВГП, 2019. С. 51–53.

89. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Світові моделі та тенденції в організації систем охорони здоров'я, *Економіка та менеджмент 2019: перспективи інтеграції та інноваційного розвитку*. Зб. наук. праць Міжнар. наук.-практ. конф. Дніпро : ДНУ ім. Олесь Гончара, 2019. С. 82–84.

90. Савіна Т. В. Підготовка учасників резерву керівників медичних закладів шляхом післядипломного навчання. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 10. С. 126–132.
91. Банчук М. В., Марценюк В.П. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2010. № 3. С. 10–17.
92. Карлаш В. В. Основы государственного регулирования в системе здравоохранения Украины на современном этапе. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 9. С. 100–103.
93. Напрасников С. М., Перетяка О.П., Стародубцев О.П. Реформування регіональної мережі охорони здоров'я. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2001. № 1. С. 14–16.
94. Яремчук О. В. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 24. С. 130–134.
95. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Рудень В.В. Структурна перебудова як шлях підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я в умовах фінансово-економічної кризи. *Охорона здоров'я України*. 2008. № 1 (33).–С. 18–20.
96. Сіташ Т. Д., Підгаєць С.В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: прагматика та пріоритети. *Інноваційна економіка*. 2012. № 2 (28). С. 316–318.
97. Юринець З. В., Петрух О. А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116–121.

98. Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків. під ред. Е. М. Лібанової. Київ, 2010. 496 с.
99. Мінцер О.П. Стратегія оцінки якості підготовки медичних та фармацевтичних фахівців. *Медична інформатика та інженерія*. 2008. № 1. С. 9–13.
100. Мовсесян А. С. Структурна динаміка розвитку ринку медичних виробів в ЄС. *Економіка та держава*. 2018. № 12. С. 112–118.
101. Банчук М.В. Стан підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників і завдання вищої медичної школи щодо її інтеграції до світового освітнього простору. *Медична освіта*. 2009. № 2. С. 5–10.
102. Прус Н. В., Савченко Н. Г. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 10. С. 27–32.
103. Солоненко Н. Д., Жаліло Л.І. Зміна ролі держави в реформах охорони здоров'я в умовах ринкової економіки. Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я. 2001. Ч. 1. – С. 175-188;
104. Самойлова І. І. Державна політика щодо регулювання розвитку лікувально-оздоровчого туризму в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1356>.
105. Шенкаренко О. В. Структурно-організаційні аспекти управління системою охорони здоров'я в Україні. URL: <http://kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/23.pdf> (дата звернення 10.10.2019).
106. Лобас В. М., Вовк С.М., Шутов М.М. Методологія реформування системи охорони здоров'я за кластерним підходом. *Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 84–88.

107. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравоохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336>.

108. Долот В. Д., Лещенко В.В. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія «Державне управління»*. 2014. № 1 (45). С. 8–13.

109. Акуленко О. Професійна підготовка керівників у сфері охорони здоров'я: досвід США для України. URL: http://www.dbuara.dp.ua/vidavnictvo/2012/2012_01%2812%29/12aovdsu.pdf (дата звернення 14.11. 2019).

110. Яремчук О. В. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1337> (дата звернення 13. 12. 2019).

111. Лаврентій Д. С. Напрями вдосконалення публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 7. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1273>.

112. Прасол В. П. Напрями розбудови інституту підготовки менеджерів сфери охорони суспільного здоров'я в Україні. *Державне будівництво*. 2011. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/DeBu_2011_2_25.pdf (дата звернення 14.11.2019).

113. Лазоришинець В.В. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. Київ. 2014. 607 с.

114. Биркович Т. І. Акредитація і регулювання якості медичних послуг в системі охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 4. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1227>.

115. Шипко А. Ф. Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі. URL: <http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-03%283%29/09safurg.pdf>. (дата звернення 15. 10. 2019).

116. Козін Е. Г., Коробко О.С. Медичне страхування в Україні. URL : <http://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/28009/1/Kozin.Korobko.pdf> (дата звернення 17. 11. 2019).

117. Ткачова Н. М. Особливості державної політики забезпечення національної безпеки в сфері охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 2. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1180> (дата звернення 12.11. 1019);

118. Лосев М. Ю. Впровадження інформаційного забезпечення медичних установ. *Системи обробки інформації*. 2013. № 3 (110). С. 123–127.

119. Данилюк К. В. Сутнісна характеристика паліативної та хоспісної допомоги і принципи її надання в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 2. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1191> (дата звернення 21.11.2019).

120. Козін Е.Г., Коробко О.С. 196. Ліщишина О. М. Вимірювання якості медичної допомоги: проблеми імплементації кращої світової практики в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 2 . С. 121–128.

121. Коновалова М. В. Управління системою соціального захисту: світові тренди та українські реалії. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 1. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1166> (дата звернення 23.11.2019).

122. Шкробанець І. Д., Нечитайло Ю.М. Медичний менеджмент в умовах реформування системи охорони здоров'я. Україна. *Здоров'я нації*. 2013. № 2. С. 72–75.

123. Тарасенко С. В., Сміянов В.А., Сміянова Ю.О. Підвищення рівня інформаційно-мотиваційної компоненти реформи медичної галузі у Сумському регіоні. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2014. № 1 (79). С. 23–25.

124. Марова С. Ф., Вовк С.М. Участь приватного сектору в капіталі державних установ охорони здоров'я. *Молодий вчений*. 2017. № 7. С. 352–356.

125. Марова С. Ф., Вовк С.М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua>.

126. Надюк З. О. Державне регулювання ціноутворення на ринку медичних послуг в Україні. *Економіка та держава*. 2008. № 5. С. 64–67;

127. Онишко С. В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів. *Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право)*. 2011. № 4(55). С. 66–69.

128. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. №. 2. С. 64–82.

129. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 2. С. 213–216.

130. Устинов А. В. Розширено перелік платних медичних послуг Український медичний часопис. 2016. URL: <http://www.umj.com.ua/article/101150/rozshireno-perelik-platnih-medichnih> (дата звернення 24.12.2019).

131. Сафонов Ю.М., Матукова-Ярига Д.Г. Перспективні напрями удосконалення механізмів регулювання закладами охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2016. № 12. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=5623> (дата звернення 28.11.2019).

132. Сафонов Ю.М. Патинська М.М. Концептуальні аспекти управління фінансовими ресурсами установи соціального спрямування. *Ефективна економіка*. 2015. № 10. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/> (дата звернення 21.10.2019).

133. Домбровська С.М., Гусаров О.О., Дуднєв Ю.Є. Проблеми та перспективи розвитку державного управління. Харків. 2014. 246 с.

134. Зима І.Я., Обуховська Л.І. Механізми забезпечення діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. Рівне : Волинські обереги, 2018. 168 с.

135. Сазонець І. Л., Обуховська Л. І. Державне регулювання інституту комунальної власності: особливості та форми. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1537> (дата звернення: 28.03.2020).

136. Обуховська Л.І. Теоретичні передумови державного регулювання інституту комунальної власності. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 3–4. С. 21–24.

137. Обуховська Л.І. Трансформація комунальних підприємств охорони здоров'я та особливості їх діяльності в сільській місцевості. *Вісник НУЦЗУ*. 2020. № 1. С. 23–29.

138. Обуховська Л.І. Чинники діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Економіка і право*. 2020. № 1. Т. 2. С. 226–232.

139. Обуховська Л.І. Реалізація Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» у комунальних підприємствах – закладах охорони здоров'я. *Економіка і право*. 2020. № 2. С. 266–273.

140. Обуховська Л.І. Чинники діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Держава та регіони. Серія: державне управління*. 2020. № 1. С. 23–29.

141. Обуховська Л.І. Визначення напрямів діяльності комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Středoevropskývěstníkprovědu a výzkum*. 2020. № 1(36). С. 12–15.

142. Зима І.Я., Обуховська Л.І. Виявлення переваг нової моделі функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств. *Наука і studia*. 2020. № 1(59). С. 11–14.

143. Обуховська Л.І. Виявлення переваг функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств. *Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Серія: Економіка*. 2019. № 4(88). С. 161–172.

144. Обуховська Л.І. Розвиток процесу децентралізації в Україні та досвід реформи децентралізації в Польщі. *Стратегія і тактика державного управління*. 2019. № 3–4. С. 31–35.

145. Обуховська Л.І. Порівняння досвіду проведення реформи децентралізації в Україні та в Польщі. *Децентралізація влади, проведення реформ в Україні. Сучасний стан та проблеми підготовки кадрів для об'єднаних територіальних громад* : матеріали II Міжнар. наук.-метод. конф. Рівне : Волин. обереги, 2018. С. 178–181.

146. Сазонець І.Л., Обуховська Л.І. Впровадження досвіду Польщі в процеси децентралізації України. *Научное пространство Европы* : матеріали Міжнародної конференції. Польща, 2020. С. 11–14. *Особисто автором визначено співставність політичних систем Польщі та України.*

147. Обуховська Л.І. Механізми державного регулювання ключових напрямів діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я. *Ключевые проблемы современной науки* : матеріали Міжнародної конференції. Болгарія. 2020. С. 14–16.

148. Сазонець І.Л., Обуховська Л.І. Європейський досвід розвитку процесу децентралізації та визначення основних проблем комунальних підприємств закладів охорони здоров'я. *Актуальні проблеми теорії і практики менеджменту в контексті Євроінтеграції* : матеріали ІХ Міжнар. наук.–практ. конф. вчених, молодих науковців, аспірантів та студентів. Рівне : НУВГП, 2020. С. 456–459.

149. Вівсяник О. М. Вплив неоінституалізму на визначенні місця організацій в інституційному механізмі державного управління. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1537> (дата звернення: 28.03.2020).

150. Вівсяник О.М. Міжнародні організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 15–16. С. 21–24.

151. Сазонець І. Л., Вівсяник О. М. Стратегічні пріоритети всесвітньої організації охорони здоров'я в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Вісник НУЦЗУ. Серія: державне управління*. 2020. № 1. С. 275–284.

152. Вівсяник О.М. Аналіз співпраці органів державного управління з міжнародними медичними організаціями за їхніми функціональними напрямками. *Право та державне управління*. 2020. № 1. Т.2. С. 92–97.

153. Сазонець І.Л., Вівсяник О.М. Передумови функціонування міжнародних організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 227–237.

154. Вівсяник О.М. Порівняльний аналіз ефективності систем охорони здоров'я в країнах ОЕСР та ЄС *Středoevropský věstník provědu avýzkum*. 2020. № 1(36). С. 12–15.

155. Сазонець І.Л., Вівсяник О.М. Наукова спадщина Анрі де Сен-Сімона на етапі становлення інституалізму як методологічного інструменту науки про державне управління. *Стратегія і тактика державного управління : зб. наук. праць*. 2019. № 3–4. С. 14–25.

156. Вівсяник О.М. Кластерний аналіз ефективності систем охорони здоров'я в країнах ОЕСР, ЄС та в Україні. *Стратегія і тактика державного управління*. 2020. № 1–2. С. 5–18.

157. Вівсяник О.М. Перші етапи становлення інституціоналізму як наукової методології. *Ефективні інструменти сучасних наук* : матеріали XVI Міжн. наук.-практ. конф. Прага, Чехія. Освіта і наука : 2020. С. 10–12.

158. Сазонець І.Л., Вівсяник О.М. Інституційна теорія як складова механізмів державного управління. *Ключевые проблемы современной науки – 2020*: матеріали XVI Міжн. наук.-практ. конф. Софія, Болгарія. Освіта і наука : 2020. С. 20–23.

159. Сазонець І.Л., Вівсяник О.М. Сутність міжнародних організацій та визначення передумов їх співпраці з органами державного управління.

Актуальні проблеми теорії і практики менеджменту в контексті Євроінтеграції : матеріали ІХ Міжнар. наук.–практ. конф. вчених, молодих науковців, аспірантів та студентів. Рівне : НУВГП, 2020. С. 456–459.

160. Сазонець І.Л., Вівсяник О.М. Место організацій в неоинституциональнойтеории и ееметодологическоезначение для науки государственногоуправления». *Передова наука* : матеріали XVI Міжн. наук.-практ. конф. Шефїлд, Великобританія. Освіта і наука : 2020. С. 71–72.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

Шановні експерти – фахівці з організації системи охорони здоров'я!

З метою визначення переваг та шляхів вдосконалення діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в Україні, просимо Вас відповісти на питання, що стосуються реформування діяльності лікарень.

Відповіді які вважаєте вірними необхідно обвести чи відзначити будь-яким іншим способом. У кожному питанні може бути декілька варіантів відповідей. Заздалегідь вдячні!

1. Які напрями діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я Ви вважаєте найбільш перспективними?

1.1. Стратегічне управління розвитком інформаційного потенціалу закладів охорони здоров'я.

1.2. Співпраця комунальних підприємств охорони здоров'я із страховими компаніями.

1.3. Розвиток підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я.

1.4. Менеджмент та маркетинг закладу охорони здоров'я як основа якості надання медичних послуг.

1.5. Ефективні методи вимірювання та оцінки ефективності їх діяльності та якості надання медичних послуг.

1.6. Вдосконалення системи державного управління розвитком процесу охорони здоров'я.

1.7. Взаємозв'язок діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я та всіх соціальних інститутів суспільства в державі.

2. Визначте пріоритетність переваг функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств у відповідності до Методичних рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства

2.1. Керівник закладу охорони здоров'я, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики закладу охорони здоров'я, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу.

2.2. Підприємство має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством.

2.3. Фінансування закладу зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому закладу охорони здоров'я бути більш гнучкими та самостійними у прийнятті рішень порівняно із суб'єктами, що мають статус бюджетної установи.

2.4. Право підприємства утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів – членів об'єднання.

2.5. Підприємство може наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб–підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

3. Визначте будь ласка пріоритетність складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на мікрорівні

3.1. Можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством.

3.2. Оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування.

3.3. Надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування.

3.4. Розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів.

3.5. Введення ставок на пролікований випадок.

3.6. Реорганізація лікарень у комунальні підприємства, що ведуть самостійне господарювання.

4. Визначте будь ласка пріоритетність складових ефективного розвитку комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я на державному та регіональному рівні

4.1. Підтримка комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій медичної та соціальної сфери.

4.2. Поширення діяльності міжнародних організацій на територію України.

4.3. Розвиток фінансової інфраструктури та ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку комерційних форм охорони здоров'я.

4.4. Координація можливостей закладів охорони здоров'я на регіональному рівні.

4.5. Робота регіональних органів влади, органів місцевого самоврядування щодо підвищення санітарної культури населення.

4.6. Оптимізація мережі комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я.

4.7. Створення закладів первинної медичної допомоги зусиллями декількох територіальних громад.

4.8. Вдосконалення діяльності управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації на регіональному рівні.

5. Надайте, будь ласка, оцінку нових умов оплати праці у відповідності із Методичними рекомендаціями з перетворення державних медичних закладів на комунальні підприємства

5.1. Широке використання індивідуальних трудових договорів, за якими працівнику гарантується певний розмір заробітної плати лише за умов виконання ним обов'язків, передбачених договором.

5.2. Система обґрунтованої та справедливої, за умовами та результатами праці, персоніфікації тарифних ставок і посадових окладів працівників з орієнтацією не тільки на рівень кваліфікації та стаж роботи, а й на ефективність їхньої праці.

5.3. Залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їх праці, а керівників та провідних(головних) фахівців – від ефективності господарської, комерційної діяльності закладів охорони здоров'я.

5.4. Періодичний перегляд ставок і окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їх праці.

5.5. Нові джерела залучення коштів, в тому числі і на заробітну плату лікарів: оплата від страхових компаній за надані медичні послуги, оплата від роботодавців за медичні послуги, надані працівникам, грошові надходження від благодійних організацій, грошові надходження від надання платних послуг відповідно до чинного законодавства України тощо.

6. Які найважливіші, на Вашу думку, основні причини низької ефективності державного та регіонального управління роботою медичних установ в сільській місцевості?

6.1. Абсолютна централізація всіх управлінських рішень, концентрація повноважень «нагорі».

6.2. Тарифна сітка як принцип визначення мотивації персоналу, за яким стимулюються лояльність до професії та категорія лікаря, що за умов напівзруйнованої системи підвищення кваліфікації веде до «зрівняйлівки», повністю відірваної від реальної кваліфікації лікаря.

6.3. Виняткова пасивність і несамостійність персоналу у вирішенні організаційних питань.

6.4. Цілковита відсутність інтересу медичних працівників до пацієнта (в кращому випадку в ньому бачать «випадок», хворобу, але не людину з її пріоритетами та бажаннями), що, у свою чергу, зумовлює відсутність клієнтського сервісу в закладах охорони здоров'я.

6.5. Відсутність виокремленої управлінської функції: директором організації є головний лікар, який часто є ще й практикуючим лікарем, що в більшості випадків призводить до конфлікту між управлінською та виконавчою функціями; головний лікар часто є радше адміністратором, ніж менеджером або лідером.

6.6. Визначеність «згори» певних параметрів, які для автономних закладів встановлює керівник закладу (наприклад, принципи та розмір мотивації персоналу, інвестиції тощо).

6.7. Відсутність підтримки закладів охорони здоров'я з боку регіональних органів влади та керівництва об'єднаних громад.

6.8. Відсутність координації з боку місцевої влади діяльності співпраці ПМД та спеціалізованих лікарень.

6.9. Недостатня увага з боку органів влади розвитку транспортної інфраструктури, зв'язку Інтернету.

7. Які з повноважень органів місцевої влади зможуть мати найбільший вплив на розвиток закладів охорони здоров'я в регіонах та сільській місцевості?

7.1. Управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення.

7.2. Забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території.

7.3. Забезпечення, відповідно до закону, розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів.

7.4. Прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади.

7.5. Здійснення заходів щодо розширення та вдосконалення мережі таких підприємств тощо.

7.6. Управління в межах, визначених радою, майном, що належить до комунальної власності відповідних територіальних громад.

7.7. Встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад.

7.8. Заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад.

7.9. Встановлення в порядку і межах, визначених законом, тарифів;

7.10. Об'єднання на договірних засадах коштів відповідного місцевого бюджету та інших місцевих бюджетів для виконання спільних проектів або для спільного фінансування комунальних підприємств.

7.11. Розгляд проектів планів підприємств і організацій, які належать до комунальної власності відповідних територіальних громад, внесення до них зауважень і пропозицій, здійснення контролю за їх виконанням.

ВІДОМОСТІ ПРО РЕСПОНДЕНТА

1. Який трудовий стаж Ви маєте? _____
2. Чи маєте ви особисто досвід участі у благодійних заходах, спонсорстві, волонтерстві, надання допомоги різного виду:
 - а. регіональних
 - б. національних
 - в. міжнародних
3. Рівень Вашої освіти:
 - 1) отримав вищу освіту
 - 2) отримали диплом з відзнакою
 - 3) середня освіта
 - 4) коледж
 - 5) маю науковий ступінь
4. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік:
 - а. 16- 25 р.
 - б. 25-44 р.
 - в. 44-65 р.
 - г. 65 та більше
5. Ваша стать
 1. Ч
 2. Ж

ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографії

1. Зима І.Я., Обуховська Л.І. Механізми забезпечення діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. Рівне : Волинські обереги, 2020, 168 с. *Внесок автора полягає у визначенні теоретичних основ, переваг та перспектив розвитку комунальних підприємств закладів охорони здоров'я (12, 84 д.а).*

Статті у фахових виданнях

2. Сазонець І. Л., Обуховська Л. І. Державне регулювання інституту комунальної власності: особливості та форми. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2019. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1537>. *Внесок автора полягає у визначенні теоретичних основ державного регулювання інституту комунальної власності(0,8 д.а.).*

3. Обуховська Л.І. Теоретичні передумови державного регулювання інституту комунальної власності. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 3–4. С. 21–24. *(0,7 д.а.).*

4. Обуховська Л.І. Трансформація комунальних підприємств охорони здоров'я та особливості їх діяльності в сільській місцевості. *Вісник НУЦЗУ*. 2020. № 1. С. 23–29. *(0,7 д.а.).*

5. Обуховська Л.І. Чинники діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Економіка і право*. 2020. № 1. Т. 2. С. 226–232. *(0, 7 д.а.).*

6. Обуховська Л.І. Реалізація Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» у комунальних підприємствах – закладах охорони здоров'я. *Економіка і право*. 2020. № 2. С. 266–273. *(0, 7 д.а.).*

Статті в зарубіжних виданнях

7. Обуховська Л.І. Визначення напрямів діяльності комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Středoevropský věstník provědu a výzkum*. 2020. № 1(36). С. 12–15. *(0,7 д.а.).*

8. Зима І.Я., Обуховська Л.І. Виявлення переваг нової моделі функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств. *Nauka i studia*. 2020. № 1(59). С. 11–14. *Внесок автора полягає у виявленні особливостей функціонування комунальних підприємств закладів охорони здоров'я (0,8 д.а.).*

Статті в інших виданнях.

9. Обуховська Л.І. Виявлення переваг функціонування медичних закладів у формі комунальних підприємств. *Вісник Національного*

університету водного господарства та природокористування. Серія: Економіка. 2019. № 4(88). С. 161–172. (0,7 д.а.).

10. Обуховська Л.І. Розвиток процесу децентралізації в Україні та досвід реформи децентралізації в Польщі. *Стратегія і тактика державного управління*. 2019. № 3–4. С. 31–35. (0,7 д.а.).

Публікації за матеріалами конференцій

11. Обуховська Л.І. Потенціал децентралізації та реформування діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я. *Ефективні інструменти сучасних наук* : Матеріали XVI Міжн. наук.-практ. конф. Прага, Польща. Освіта і наука : 2020. С. 71–72. (0,3 д.а.).

12. Сазонець І.Л., Обуховська Л.І. Основи нормативно-правового регулювання регулювання комунальної власності в Україні. *Ключевые проблемы современной науки – 2020*: Матеріали XVI Міжн. наук.-практ. конф. Софія, Болгарія. Освіта і наука : 2020. С. 23–24. *Особисто автором проаналізовано законодавство та нормативні документи в сфері регулювання комунальної власності* (0,4 д.а.).

13. Сазонець І.Л., Обуховська Л.І. Європейський досвід розвитку процесу децентралізації та визначення основних проблем комунальних підприємств закладів охорони здоров'я. *Актуальні проблеми теорії і практики менеджменту в контексті Євроінтеграції* : матеріали IX Міжнар. наук.-практ. конф. вчених, молодих науковців, аспірантів та студентів. Рівне : НУВГП, 2020. С. 456–459. *Особисто автором проаналізовано європейський досвід розвитку процесів децентралізації та проблеми закладів охорони здоров'я*. (0,4 д.а.).

14. Сазонець І.Л., Обуховська Л.І. Діяльність комунального закладу охорони здоров'я в умовах реалізації положень Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір». *Передова наука* : Матеріали XVI Міжн. наук.-практ. конф. Шефїлд, великобританія. Освіта і наука : 2020. С. 71–72. (0,3 д.а.). *Особисто автором проведено аналіз діяльності комунального закладу охорони здоров'я* (0,4 д.а.).

**Місцева асоціація
органів місцевого самоврядування
"Об'єднані територіальні громади Рівненщини"**

вул. Кавказька, 2, м. Рівне, 33013, e-mail: otgrivne@gmail.com, тел. +380674165086

№48-2 від 22.04.2020

ДОВІДКА

про впровадження основних результатів дисертації
«Імплементация інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління Обуховської Лариси Іванівни в практичну діяльність місцевої асоціації органів місцевого самоврядування «Об'єднані територіальні громади Рівненщини»

Місцева асоціація органів місцевого самоврядування «Об'єднані територіальні громади Рівненщини» визначає, що окремі положення дисертації Обуховської Л.І. було враховано в процесі поточної діяльності асоціації. Зокрема, питання щодо проведеного аналізу діяльності низки комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я Рівненської області. Визначено, що основні проблеми, що стоять перед цими підприємствами. По-перше це матеріально-технічні та фінансові проблеми, зокрема. По-друге, організаційні проблеми. По-третє, проблеми інституційного характеру, По-четверте – кадрові проблеми.

Запропоновані в науковій роботі напрями положення, які доводять, що ході процесу децентралізації в системі форм власності все більшої ваги набуває комунальна форма власності в усіх сферах життєдіяльності громад. Заклади охорони здоров'я, отримують новий статус – некомерційних комунальних підприємств. Цей статус дозволяє раціонально використовувати отримані від бюджету кошти та надає нові можливості для самостійного поповнення бюджету підприємства. Статус комунального підприємства значною мірою відповідає соціальному запиту суспільства на отримання якісних медичних послуг на місцях. Функціонування закладів охорони здоров'я у вигляді комунальних підприємств і тісна співпраця з керівниками громад надає більші можливості в питаннях залучення кваліфікованих медичних кадрів.

До впровадження прийнято такі чинники розвитку медичних установ в процесі реформи місцевого самоврядування як: 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, розвиток телемедицини

З повагою

Голова Асоціації

Сергій Пилипчук



МОЗ України

Управління охорони здоров'я
Рівненської обласної державної адміністрації

**КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО
"РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ"
РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

вул. Київська, 78-г, м. Рівне, 33007, тел. (0362) 64-38-23, факс 64-33-02,
р/р 35437034030720 в ГУДКСУ в Рівненській області, код 02000010 МФО 833017,
e-mail: kzrokl@gmail.com; сайт: <http://www.rokl.rv.ua>

11.06.2019 № 345/054

ДОВІДКА

про впровадження основних результатів дисертації
«Імплементация інституту державної власності в систему місцевого
самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я» на здобуття
наукового ступеня кандидата наук з державного управління Обуховської
Лариси Іванівни в практичну діяльність Комунального підприємства
«Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної Ради»

Комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної Ради визначає, що окремі положення дисертації Обуховської Л.І. було враховано в процесі поточної діяльності комунального підприємства. Зокрема, на основі аналізу законодавчої бази здобувач пропонує нові напрями пошуку підвищення дієвості функціонування закладів охорони здоров'я як комунальних підприємств. До запропонованих нових перспективних напрямів слід віднести наступні: організація медичного бізнесу, роль фінансового менеджменту в організації діяльності лікувально-профілактичного закладу, процес вдосконалення 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 в системі охорони здоров'я, методи оплати надавачів медичних послуг, зокрема, методи оплати амбулаторної медичної допомоги та методи оплати стаціонарної медичної допомоги, технологічні принципи забезпечення високих показників якості медичної допомоги, сутність та функції системи стандартизації медичної допомоги.

Є актуальними для діяльності комунального підприємства положення дисертації які визначають, що вимоги до якості надання послуг комунальними підприємствами – закладами охорони здоров'я на первинному рівні такі ж самі як і вимоги до якості у великих лікарнях у великих містах. Тому створення та функціонування лікувального закладу у формі комунального підприємства, його діяльність на основі запровадження сучасних інформаційних технологій, наявність Інтернету, оформлення статутних документів та ліцензій, сучасне сертифіковане обладнання є головними складовими співпраці органів державного управління системою охорони здоров'я із місцевою владою.

На основі проведено аналізу визначено, що в сфері надання медичних послуг комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» проводить свою діяльність у відповідності до положень Програми «Здоров'я 2020», зокрема, таких її пунктів як: проведення заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організацію спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами.

Головний лікар



Іван ЗИМА

12.05.2019 N 214/89 Y

ДОВІДКА

**про впровадження основних результатів дисертації
«Імплементация інституту державної власності в систему місцевого
самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я» на здобуття
наукового ступеня кандидата наук з державного управління Обуховської
Лариси Іванівни в практичну діяльність Комунального підприємства
«Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»
Рівненської обласної Ради**

Комунальне підприємство «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної Ради підтверджує, що визначає, що окремі положення дисертації Обуховської Л.І. було враховано в процесі поточної діяльності комунального закладу. Зокрема, проведений аналіз діяльності низки комунальних підприємств закладів охорони здоров'я Рівненської області дозволяє висвітлити основні проблеми, що стоять перед цими підприємствами. По-перше це матеріально-технічні та фінансові проблеми, по-друге, організаційні проблеми, по-третє, проблеми інституційного характеру, по-четверте – кадрові проблеми. Досліджуючи кадрові проблеми, слід визначити, що в цілому відсутні заходи стимулюючого характеру, які в приватному бізнесу консолідується в систему заохочення під назвою "компенсаційний пакет".

Є актуальними для діяльності комунального закладу визначення відповідності напрямів Концепції Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір" практичним напрямом діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я було запропоновано комплексну систему вдосконалення діяльності комунального підприємства закладу охорони здоров'я у відповідності до Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020», яка, базується на напрямках Програми: технології, здоров'я населення, фінансування, профілактика та виявлення хвороб, наука і інновації, соціальні складові здоров'я, що дозволило сформулювати напрями діяльності комунального підприємства як великого регіонального медичного центру.

Основною теоретичною передумовою дослідження була теза про те, що комунальні підприємства – заклади охорони здоров'я проводять свою діяльність в окремих регіонах та в основному надають медичні послуги мешканцям окремих територіальних утворень. Тому для підвищення ефективності їх діяльності важливе значення має налагоджена співпраця не тільки з органами державної влади сфери охорони здоров'я, такими як Міністерство охорони здоров'я, України та Національна служба здоров'я України, але і співпраця з органами місцевого самоврядування.

Начальник госпіталю к.м.н.



Андрій БУРАЧИК



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
РІВНЕНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

вул.Ст.Бандери, 12, м. Рівне, 33028, тел. (0362) 26-78-65, факс (0362) 26-37-15
E-mail: rectorat@rdgu.uar.net, код ЄДРПОУ 25736989

18.06.2019 № 01-12-53

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
«Імплементція інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління
Обуховської Лариси Іванівни в освітній процес
Рівненського державного гуманітарного університету

Матеріали дисертації використовуються в освітньому процесі Рівненського державного гуманітарного університету на кафедрі біології та здоров'я людини, на кафедрі менеджменту в процесі формування робочих програм, підготовки лекційних і семінарських занять, організації проходження студентами практики в підрозділах, що створені на базі Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної Ради.

Розділи дисертаційного дослідження, що стосуються систематизації іноземного досвіду в сфері регулювання системи охорони здоров'я на місцевому рівні використані при підготовці навчально-методичних комплексів дисциплін «Державне та регіональне управління», «Організація охорони здоров'я». Матеріали наукового дослідження, які акцентують увагу на механізмах державного регулювання системи охорони здоров'я впроваджено при викладанні дисциплін «Основи менеджменту, маркетингу та адміністрування у фізичній реабілітації», «Менеджмент охорони здоров'я».

В освітньому процесі використовується монографія, підготовлена за участі Обуховської Л. І. та яка знаходиться у бібліотеці та в електронному варіанті в інституційному репозитарії: Зима І. Я., Обуховська Л. І. Механізми забезпечення діяльності комунальних підприємств – закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. Рівне. Волинські обереги, 2020, 168 с. Внесок автора полягає у визначенні теоретичних основ, переваг та перспектив розвитку комунальних підприємств закладів охорони здоров'я (12, 84 д.а.).

Матеріали монографії, навчально-методичні матеріали використовуються в процесі підготовки кваліфікаційних робіт здобувачами вищої освіти.

Перший проректор РДГУ



проф. Павелків Р. В.