**Форма № 24**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
**Національний університет «Запорізька політехніка»**

Факультет економіки і управління
_____
(повне найменування інституту, назва факультету)

Кафедра «Менеджменту»
_____
(повна назва кафедри )

# Пояснювальна записка

до дипломного проекту (роботи)
Магістр
(ступінь вищої освіти )

на тему Реорганізація публічного управління в системі охорони здоров'я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та особливості їх функціонування під час війни.

Виконав: студент 2-го курсу
магістратури, групи ФЕУ – 312м
Спеціальності
281 – "Публічне управління та адміністрування"
(код і найменування спеціальності)
Освітня програма (спеціалізація)
"Регіональне управління"

Походенко Р.А.
_____
(прізвище та ініціали)
Керівник Корольков В.В.
(прізвище та ініціали)
Рецензент Болдуєв М.В.
(прізвище та ініціали)

2023 рік

**Форма № 25**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
**Національний університет «Запорізька політехніка»**
(повне найменування закладу вищої освіти)

Інститут, факультет___Факультет економіки та управління_____
Кафедра___Менеджменту_____
Ступінь вищої освіти ____Магістр_____
Спеціальність _281 Публічне управління та адміністрування _____
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація)__Регіональне управління_____
(назва освітньої програми (спеціалізації)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**
**Завідувач кафедри** _Менеджменту_____
_____Пуліна Т.В._____
«_____» _____2023_року

# З А В Д А Н Н Я
## НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

_____Походенко Роман Анатолійович_____
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи)__ Реорганізація публічного управління в системі охорони здоров'я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та особливості їх функціонування під час війни._____
_____

керівник проекту (роботи)__Корольков Владислав Васильович, к.е.н., професор_____,
( прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені наказом закладу вищої освіти від «_04_»_жовтня___2023__року №_383__
2. Строк подання студентом проекту (роботи)_____
3. Вихідні дані до проекту (роботи)_Законодавча база України, Статистична інформація держкомстату, інформація Мін регіону, Наукові публікації дослідників за темою дослідження_____
_____
_____

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)_Теоретичні основи реорганізації системи публічного адміністрування в системі охорони здоров'я. Стан публічного управління в системі охорони здоров'я. Шляхи удосконалення механізмів публічного управління комунальними установами та підприємствами в сфері охорони здоров'я_____
_____

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
___16 рисунків, 7 таблиць_____
_____
_____
_____

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
|---|---|---|---|
| | | завдання видав | прийняв виконане завдання |
| I | Корольков В.В., проф. каф. менеджменту | 02.03.2023 | 30.05.2023 |
| II | Корольков В.В., проф. каф. менеджменту | 02.03.2023 | 02.10.2023 |
| III | Корольков В.В., проф. каф. менеджменту | 02.03.2023 | 21.10.2023 |
| Нормоконтроль | ШИТІКОВА Л.В., доцент кафедри «Менеджмент» | 02.03.2023 | 30.10.2023 |
| | | | |
| | | | |

7. Дата видачі завдання «____02___» _____03_____2023 року.

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів дипломного проєкту (роботи) | Строк виконання етапів проєкту ( роботи ) | Примітка |
|---|---|---|---|
| 1 | Організаційне зібрання щодо термінів подання кваліфікаційної роботи та методики її виконання | 02.03.2023 | 02.03.2023 |
| 2 | Вибір теми | 16.03.2023 | 16.03.2023 |
| 3 | Затвердження переліку кваліфікаційних робіт на кафедрі | 20.03.2023 | 20.03.2023 |
| 4 | Огляд та опрацювання наукової та спеціальної літератури з теми | постійно | постійно |
| 5 | Наказ Ректора НУ «Запорізька політехніка» про затвердження тем кваліфікаційних робіт | | |
| 6 | Видача завдання до кваліфікаційної роботи | 20.03.2023 | 20.03.2023 |
| 7 | Розробка робочого плану кваліфікаційної роботи за узгодженням з науковим керівником | 06.04.2023 | 06.04.2023 |
| 8 | Написання 1 розділу та представлення його на кафедру в друкованому вигляді | 30.05.2023 | 30.05.2023 |
| 9 | Написання 2 розділу та представлення його на кафедру в друкованому вигляді | 02.10.2023 | 02.10.2023 |
| 10 | Написання 3 розділу та представлення їх на кафедру в друкованому вигляді та чорнового варіанту роботи в цілому | 21.10.2023 | 21.10.2023 |
| 11 | Нормоконтроль | 30.10.2023 | 30.10.2023 |
| 12 | Попередній захист кваліфікаційної роботи | 14.11.2023 | 14.11.2023 |
| 13 | Подання роботи на кафедру в остаточному чистовому оформленні | 29.11.2023 | 29.11.2023 |
| 14 | Захист кваліфікаційної роботи перед ЕК | 11.12.2023-14.12.2023 | 11.12.2023-14.12.2023 |

**Студент(ка)** _____ __Роман ПОХОДЕНКО
( підпис ) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

**Керівник проєкту (роботи)** _____ __Владислав КОРОЛЬКОВ
( підпис ) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

# РЕФЕРАТ

Магістерська робота “Реорганізація публічного управління в системі охорони здоров’я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та особливості їх функціонування під час війни”: с. 114, рис. 16, табл. 7, 72 джерела.

**Об’єктом дослідження** є процес реорганізації публічного управління в системі охорони здоров’я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та процес їх функціонування в умовах війни. **Предметом дослідження** є методи здійснення публічного адміністрування та вирішення нових завдань, що виникли за наслідками збройної агресії російської федерації. **Мета роботи** – формування методичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління комунальними некомерційними підприємствами та визначення особливостей їх функціонування під час війни.

**Методи дослідження**: узагальнення й аналіз літератури з даної теми; метод системного підходу; метод порівнянь; метод аналізу і синтезу; абстрактно-логічні методи, метод дослідження нормативної бази.

**Результати та їх новизна.** Проведено аналіз і систематизацію національних систем охорони здоров’я та надані рекомендації щодо виявлення нових завдань під час війни і визначено механізми їх вирішення.

**Основні положення роботи.** Розглянуті теоретичні основи формування мережі комунальних некомерційних підприємств, розглянуто стан публічного управління та адміністрування та визначено шляхи їх удосконалення.

**Значимість роботи та висновки.** Рекомендації, що надані роботі, дозволять визначити завдання що виникають під час війни та механізми їх вирішення.

**Ключові слова:** ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО, ЗАВДАННЯ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИХ БЮРО, МЕХАНІЗМИ, РОСІЙСЬКА АГРЕСІЯ.

# ANNOTATION

**Master's work:** “Reorganization of public administration in the health care system through the creation of communal non-commercial enterprises and the peculiarities of their operation during the war”: 114 p., figures 16, tables 7, list of references - 72 titles.

**The object of study** - the process of reorganization of public administration in the health care system through the creation of communal non-commercial enterprises and the process of their functioning in wartime conditions. **Subject** - methods of public administration and solving new tasks that arose as a result of the armed aggression of the Russian Federation. **Purpose** - the formation of methodological recommendations for the improvement of public management of communal non-commercial enterprises and the determination of the peculiarities of their functioning during the war.

**Research methods:** generalization and analysis of the literature on this topic; system approach method; method of comparisons; method of analysis and synthesis; abstract logical methods, the method of researching the regulatory framework.

**Results and their novelty.** The analysis and systematization of national health care systems was carried out, and recommendations were made to identify new tasks during the war and the mechanisms for solving them were determined.

**The main provisions of the work.** The theoretical foundations of communal non-commercial enterprises network formation were considered, the state of public management and administration was considered, and the ways of their improvement were determined.

**Significance of the work and conclusions.** The recommendations given to the work will allow to determine the tasks that arise during the war and the mechanisms for solving them.

**Keywords:** PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP, TASKS OF PATHOLOGICAL BUREAU, MECHANISMS, RUSSIAN AGGRESSION.

**ЗМІСТ**

ЗАВДАННЯ НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ
РЕФЕРАТ
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ
ВСТУП…… 9
Розділ 1 Теоретичні основи реорганізації системи публічного адміністрування в системі охорони здоров'я.....…….. 15
1.1 Національні системи охорони здоров'я розвинутих країн…….... 15
1.2 Сутність національної реформи інституційного забезпечення змін публічного управління та адміністрування в системі охорони здоров'я ……...….. 24
1.3 Мережа комунальних установ в муніципальній системі охорони здоров'я і система публічного управління та адміністрування ……..……..……... 36
Висновки до розділу 1 …… 46
Розділ 2 Стан публічного управління в системі охорони здоров'я…… 48
2.1 Характеристика комунального некомерційного підприємства «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради ……..…. 48
2.2 Основні аспекти забезпечення діяльності КНП "Патологоанатомічне бюро" ЗМР.....…….....…….....…. 58
2.3 Проблеми здіснення функціональних обов'язків за наслідками війни…….. 65
Висновки до розділу 2 ……..…….. 71
Розділ 3 Шляхи удосконалення механізмів публічного управління комунальними установами та підприємствами в сфері охорони здоров'я… 73
3.1 Вплив військової агресії РФ та нові завдання комунальних установ і організацій в сфері охорони здоров'я ……... 73
3.2 Рекомендації щодо визначення стратегії розвитку та

відновлення ……...…….. 81
3.3 Можливості використання додаткових джерел фінансування для інноваційного оновлення комунальних установ і організацій в сфері охорони здоров'я …….....…….. 90
Висновки до розділу 3…….. 99
ВИСНОВКИ…… 103
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ…… 106

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

| Слово/словосполучення/ | Скорочення | Умови використання |
|---|---|---|
| Міністерство охорони здоров'я | МОЗ | у тексті |
| Система охорони здоров'я | СОЗ | у тексті |
| Стратегічна дорадча група | СДГ | у тексті |
| Координаційна рада | КР | у тексті |
| Комунальне некомерційне підприємство | КНП | у тексті |
| Запорізька міська рада | ЗМР | у тексті |
| Всесвітня організація охорони здоров'я | ВООЗ | у тексті |
| Програма медичних гарантій | ПМГ | у тексті |
| Заклад охорони здоров'я | ЗОЗ | у тексті |
| Валовий внутрішній продукт | ВВП | у тексті |
| Нормативно-правовий акт | НПА | у тексті |
| Кабінет міністрів України | КМУ | у тексті |
| Державно-приватне партнерство | ДПП | у тексті |
| Індекс людського розвитку | ІЛР | у тексті |
| Організація об'єднаних націй | ООН | у тексті |
| Сполучені штати Америки | США | у тексті |
| Європейський союз | ЄС | у тексті |

# ВСТУП

**Актуальність теми.** Завдання забезпечення підтримки здоров'я людського капіталу, який є основним стратегічним ресурсом, завжди знаходиться під контролем держави і є основним завданням державної політики. Для виконання цього завдання формується національна система охорони здоров'я а процеси публічного управління та адміністрування цей галузі здійснює держава.

В залежності від державного устрою та національних особливостей в розвинутих країнах будуються свої унікальні системи охорони здоров'я.

З початком змін державного устрою в Україні, формуванням приватного сектору існуюча національна система охорони здоров'я в Україні набула велику кількість проблем, що спровокувало розвиток кризи її державного утримання. Наступним фактором погіршення кризового стану в системі охорони здоров'я було проведення реформи децентралізації влади. Все це зумовило проведення реформи в системі охорони здоров'я. Наслідком такої реформи є реорганізація публічного управління в системі охорони здоров'я шляхом створення мережі комунальних некомерційних підприємств.

Початок збройної агресії російської федерації проти України визначив нові завдання, які ніколи раніше не вирішувались. Це також є суттєвим фактором, який впливає на діяльність як окремих комунальних некомерційних підприємств так і на всю систему публічного управління і адміністрування в системі охорони здоров'я.

Дослідження цих процесів набуває особливої актуальності в умовах сьогодення.

Кожний етап реформування знайшов відображення в наукових публікаціях, а також в розробці і впровадженні нормативних матеріалів та рекомендацій Міністерства охорони здоров'я (МОЗ). За ініціативою МОЗ та

на основі наукових публікацій за результатами досліджень формувалась нова інституційна система забезпечення діяльності всій системи охорони здоров'я.

Розроблення першого фундаментального програмного документу "Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки" було ініційовано МОЗ в 2014 році. В документі надано всебічну характеристику системі охорони здоров'я (СОЗ). Ця стратегія стала складовою Національного плану дій з реформування, котрий був оголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 "Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII).

Стратегія формує підґрунтя для розробки політики та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я. Мета Стратегії полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. Стратегія визначала короткострокові дії (2015-2016 рр.), середньострокові дії (2017-2018 рр.) і довгострокові дії (2018 р і далі).

На виконання стратегії реформування системи охорони здоров'я МОЗ в 2018 році підготувало "Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства".

Результати дослідження світових національних системи охорони здоров'я відображені в публікаціях таких вчених, як У. Беверідж, М. Губіна, Л. Приходченко, О. Лесик, Лісіцин Ю., Філатов В., М. Філд, М. Фотакі, О. Щепін та інші.

Питання управління змінами в системі охорони здоров'я України, розгляд історії та уроки пілотних регіонів розглядали вчені В. Г. Гінзбург, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Г.О. Слабкий, В. В. Волчек.

Питання публічного адміністрування та управління у сфері охорони здоров'я розглядались такими вченими, як Р. Августин, В. Авер'янов, М. Білинська, І. Бедрик, О. Босак, А. Дєгтяр, В. Дзюндзюк, В. Єлагін, І. Зима, Д. Карамишев, Т. Жлюк, В. Колпаков, М. Латинін, В. Мамонова, В. Мартиннко, А. Мельник, П. Микитюк, В. Москаленко, М. Музика, А. Неугодніков, Л. О.Романенко, О. Сазонець, В. Саричев, Самілик, В. Стеценко, О. Хамходера та ряд інших.

Проблеми відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни відображаються в проекті "План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки", що підготовлений МОЗ. План відновлення системи охорони здоров'я є частиною глобального плану відбудови України в післявоєнний період.

Не зважаючи на велику кількість напрацювань в галузі публічного управління та адміністрування в системі охорони здоров'я ще багато питань в організації системи охорони здоров'я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та особливості їх функціонування під час війни. Для вирішення цих питань потребуються додаткові дослідження.

**Мета і завдання магістерської роботи.** Мета роботи – формування методичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління комунальними некомерційними підприємствами та визначення особливостей їх функціонування під час війни.

Об'єктом дослідження є процес реорганізації публічного управління в системі охорони здоров'я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та процес їх функціонування в умовах війни.

Предметом дослідження є методи здійснення публічного адміністрування та вирішення нових завдань, що виникли за наслідками збройної агресії російської федерації.

Реалізація поставленої мети зумовила необхідність вирішення таких **завдань:**

– узагальнити закордонний досвід організації національних систем охорони здоров'я розвинутих країн та визначити рекомендації що можуть бути використанні в системі охорони здоров'я України;

– провести дослідження сутності національної реформи інституційного забезпечення змін публічного управління та адміністрування в системі охорони здоров'я;

– провести дослідження процесів створення комунальних некомерційних підприємств в муніципальній системі охорони здоров'я та процесів публічного управління та адміністрування цих підприємств;

– проаналізувати процес створення та публічного управління комунальним некомерційним підприємством на прикладі «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради;

– проаналізувати основні аспекти забезпечення діяльності КНП "Патологоанатомічне бюро" ЗМР та публічне управління і адміністрування його діяльності;

– визначити нові завдання, що виникли перед комунальним некомерційним підприємством «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради за наслідками збройної агресії російської федерації проти України;

– запропонувати шляхи вирішення нових завдань КНП «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради за наслідками збройної агресії російської федерації;

– запропонувати рекомендації щодо визначення стратегії розвитку КНП «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради;

– запропонувати шляхи розвитку публічно-приватного партнерства для інноваційного оновлення комунальних некомерційних підприємств.

**Методи дослідження.** Для вирішення завдань дослідження застосовувались наступні методи проведення досліджень: метод

систематизації і системного аналізу; метод аналізу і синтезу; метод системного підходу; метод порівнянь; історико-логічний метод; методи збирання та обробки інформації, графічний метод, метод побудови сценаріїв і прогнозування; метод застосування нормативної бази.

**Інформаційною базою дослідження** є законодавчі та нормативні акти України, Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я, Методичні рекомендації з питань створення комунальних некомерційних підприємства в системі охорони здоров'я, матеріали Запорізької міської ради, Статут КНП «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради, інформація щодо наслідків військової агресії російської федерації, фундаментальні роботи вітчизняних та зарубіжних вчених, матеріали наукових періодичних видань та науково-практичних конференцій, дані ресурсів мережі Інтернет, офіційні матеріали Державного комітету статистики України й органів статистики Запорізької області.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в поглибленому дослідженні процесів реформування системи охорони здоров'я, публічного управління та адміністрування мережі комунальних некомерційних підприємств, а також визначені нових завдань за наслідками збройної агресії і шляхів їх вирішення, а саме:

*удосконалено:*

– аналіз світових національних систем охорони здоров'я та визначення рекомендацій що можуть бути використанні в системі охорони здоров'я України;

– систематизація процесів формування мережі комунальних некомерційних установ в муніципальній системі охорони здоров'я та можливості їх публічного управління і адміністрування міською радою;

– механізми вирішення нових завдань комунальних некомерційних підприємств системи охорони здоров'я під час війни;

*удосконалено:*

– механізм оптимізації мережі комунальних некомерційних підприємств для виконання нових завдань в умовах війни;

*дістали подальшого розвитку:*

– історико-логічний аналіз національних систем охорони здоров'я розвинутих країн.

**Апробація результатів магістерської роботи.** За результатами проведеного дослідження було підготовлено і опубліковано тези доповіді за темою "Реорганізація публічного управління в системі охорони здоров'я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та особливості їх функціонування під час війни" та прийнято участь в роботі міжнародній науково-практичній конференції «Відновлення України та її регіонів в контексті глобальних трендів: управління, адміністрування та забезпечення».

Результати дослідження можуть бути рекомендовані для визначення державної регіональної політики і використання при внесені змін в стратегію розвитку регіону щодо забезпечення збереження, розвитку та відновлення людського капіталу суб'єктів господарювання в регіонах, які знаходяться під впливом бойових дій, наближених до них, а також для де окупованих регіонів.

**Структура і обсяг роботи.** Магістерська робота містить вступ, три розділі, висновки, список використаної літератури, додатки. Повний обсяг роботи – 114 сторінок, включаючи 7 таблиць, 16 рисунків. Список використаних джерел (72 найменування) – 9 сторінок.

# РОЗДІЛ 1
# ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВЯ

## 1.1 Національні системи охорони здоров'я розвинутих країн

Після набуття Україною державності на порядок денний сталі питання роздержавлення і розвитку приватного сектору шляхом приватизації підприємств. Одночасно формувався новий державний устрій України. У 1996 році було прийнято основний Закон України - Конституцію України. Процеси переходу підприємств від держави в приватний сектор супроводжуються зменшенням можливостей утримання державою сфери охорони здоров'я. Виходом із ситуації було реформуванні системи охорони здоров'я. Але обрання моделі має відповідати вимогам Конституції України, в якої закріплено право кожного громадянина на доступну, якісну і безпечну медичну допомогу.

Для пошуку шляхів реформування і побудови нової моделі системи охорони здоров'я доцільним є вивчення діючих світових моделей, а також визначення ролі та місця держави у розвитку системи охорони здоров'я та моделей управління. [52].

Зі зростанням потреби у якісній медичній допомозі та розвитку товарно-грошових відносин між пацієнтом і лікарем під впливом формування економічних законів у різних країнах світу відбувалось ускладнення системи охорони здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає поняття системи охорони здоров'я  як «.. всі організації, установи та ресурси, які здійснюють певні заходи у галузі охорони здоров'я» і тому виокремлює три рівні: національний, регіональний та інституційний.

ВООЗ також визначає наступні ключові критерії для оцінювання систем охорони здоров’я:

- доступність;
- якість;
- фінансову доступність;
- економічну ефективність.

Ці критерії визначаються як результат виконання функцій, що покладені на систему охорону здоров’я. Для оцінювання відповідно відокремлюють чотири основні функції:

- врядування (governance) або нагляд;
- фінансування;
- забезпечення людськими та фізичними ресурсами;
- організацію та управління наданням послуг.

З іншого боку будь яка система охорони здоров’я опирається на шість основних компонент:

- врядування;
- інформація;
- людські ресурси;
- фінансування;
- надання послуг;
- медичні засоби, ліки, вакцини, технології.

Однією з основних ознак функціонування системи є механізм здійснення фінансування всіх процесів. Саме це визначає основну характеристику моделі. За результатами досліджень науковці визначають наступні моделі організації системи охорони здоров’я, які набули найбільшого розповсюдження в світі:

- модель Бісмарка;
- модель Семашко;
- модель Беверіджа;

– приватна модель (суспільно-приватну модель та ринкова модель).

Модель Бісмарка ґрунтується на системі соціального страхування. Система соціального страхування дозволяє сформувати фонд для фінансування медичних послуг.

Модель Беверіджа заснована на системі державного забезпечення, тобто формування бюджетного фінансування системи охорони здоров'я.

Модель Семашко передбачає опору на чітку вертикаль управління та утримання системи установ (централізована система).

Приватна модель або модель "переваги споживачів" спирається на фінансово-економічні регулятори. Ця модель допускає конкуренцію за споживача. Різновиди цей моделі визначаються як суспільно-приватна модель і ринкова модель. Суспільно-приватна модель відрізняється тім, що фінансування здійснюється із суспільних фондів та приватних страхових фондів. Ринкова модель базується на приватному фінансуванні галузі.

Разом з тим, на часі існує значна кількість гібридних моделей, що обумовлюється впливом специфічних рис країни в процесі впровадження «чистих» моделей. Саме тому з'являються й інші варіанти класифікацій. Так, М. Фотакі враховуючи рівень соціального розвитку країни, класифікує системи охорони здоров'я на [52]:

– універсалістську (модель Беверіджа);
– соціального страхування (модель Бісмарка);
– «південну модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія);
– інституційну чи соціал-демократичну «скандинавську модель»;
– ліберальну (залишкового соціального забезпечення);
– консервативну корпоративну (Японія);
– латиноамериканську;

– системи охорони здоров’я індустріальних держав Східної Азії;

– системи охорони здоров’я країн з перехідною економікою.

Моделі фінансування залежать від соціально-політичної структури суспільства. Беручі до уваги цей критерій М. Філд, умовно виділив п’ять моделей: класичну (неупорядковану); плюралістичну; страхову; національну; соціалістичну [60].

Класифікація моделей за цим критерієм адаптована до реалій і особливостей соціально-політичної структури конкретної країни і тому може вважатися моделлю національного типу. Виходячи з цього в залежності від обсягу публічних повноважень Б.Логвиненко пропонує виділити три основні моделі публічного управління системою охорони здоров’я [25]:

– імперативну (державі належить виняткова роль в управлінні охороною здоров’я);

– державну (домінуюча роль держави, яка є ключовим суб’єктом влади);

– конкурентну (держава є «арбітром», який встановлює правила гри, але участі в ній не бере).

Виходячи з цього кожна країна має власну національну систему охорони здоров’я. Але в національній системі домінують елементи однієї із трьох класичних моделей з елементами приватної моделі.

Найчіткіше ключові відмінності між зазначеними системами видно з представленої табл. 1, складеної Є. Латишевим та Ю. Вороненком (Табл.1.1) [4, с.20]

Модель Бісмарка базується на обов’язковому соціальному страхуванні всіх громадян країни. Обсяг страхових внесків залежить від рівня доходів, а обсяг наданих послуг відповідно до потреби. До надання страхових послуг залучаються як приватні так і державні страхові компанії, кожна з яких формує свій фонд, що забезпечує їх незалежність. Сам механізм можна порівняти з формуванням бюджету і бюджетним фінансуванням медичних

послуг. Але ця система відрізняється тім, кількість “бюджетів", тобто фондів майже не обмежена. А “бюджет" наповнюється внесками і використовується тільки на медичні послуги. Порядок наповнення і використання визначається інституційною системою, яка жорстко регламентує їх дію і забезпечує їх автономність і самостійність. Ключовими принципами, покладеними в основу цієї моделі охорони здоров’я є соціальна солідарність та субсидіарність, за якими ризики щодо підтримання належного рівня здоров’я розподіляються на все населення країни [52].

Таблиця 1.1

**Порівняльна таблиця систем охорони здоров’я**

| **Приватна система (модель переваги споживачів)** | **Система соціального страхування (модель Бісмарка)** | **Державна система (модель Беверіджа)** | **Централізована система (модель Семашко)** |
|---|---|---|---|
| *Країни* | | | |
| США | Діючі: Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Швейцарія, Японія На перехідному етапі: Ізраїль, Туреччина | Діючі: Данія, Фінляндія, Ісландія, Норвегія, Швеція, Великобританія, Ірландія, Австралія, Нова Зеландія На перехідному етапі: Греція, Італія, Португалія, Іспанія | Всі колишні республіки СРСР та країни соціалістичної співдружності (на часі знаходяться на перехідному етапі до страхової та змішаної систем) |
| *Охоплення населення* | | | |
| Залежить від працевлаштування | Обов’язкове охоплення всіх громадян | Обов’язкове охоплення всіх громадян | Обов’язкове охоплення всіх громадян |
| *Переважне джерело фінансування* | | | |
| Внески роботодавців та/або особиста купівля страхового полісу через приватні страхові компанії | Обов’язкові цільові внески | Державний бюджет (загальні податкові надходження), наявна значна частка приватного сектору | Державний бюджет (загальні податкові надходження), приватний сектор відсутній |

Модель Беверіджа була започаткована в Англії ще у 1911 році і досі функціонує на закладених на початок створення основах, але набуває змін через оновлення, які дозволяють підтримувати її актуальність. Цю модель застосовує Британська Національна служба охорони здоров’я (National Health Service – NHS). Модель системи охорони здоров’я є державною і тому фінансування здійснюється переважно через державний бюджет. Наповнення бюджету здійснюється через податкову систему. Всі ресурси концентруються

в системі багаторівневого врядування відповідно до принципу субсидарності на національному, регіональному та місцевому рівнях. Модель Беверіджа взята за основу побудови національної системи охорони здоров'я в багатьох країнах світу і має позитивні результати тому що вона забезпечує надання медичних послуг всім верствам населення на безкоштовній основі. Це забезпечує доступну медичну допомогу.

Основним елементом системи є визначення обсягів фінансування через планування витрат державного бюджету. Страхові внески здійснюють всі громадяни. Це забезпечує їм можливість отримання уніфікованого обсягу медичних послуг. Держава є розпорядником бюджету і тому, саме держава визначає напрями і обсяги фінансування системи охорони здоров'я. Недоліком такої системи є її бюрократичність. Напрями і обсяг фінансування визначаються чиновниками – бюрократами. Система не забезпечує зворотного зв'язку від отримувачів медичних послуг. Як наслідок, в медичних закладах відсутня зацікавленість в ресурсозбереженні. Також відсутні стимули для підвищення якості медичних послуг. Медичні працівники сприймають будь-якого пацієнта як людину, який потрібна медична допомога, а не як клієнта, який фінансово підтримує медицину. Обсяги фінансування залежать не від якості обслуговування такого пацієнта, а від планового розподілу бюджетних коштів на утримання медичного закладу. З переваг такої системи можна визначити, що вона менш затратна ніж страхова.

Модель Семашка було розроблено в радянські часи. Фінансування системи охорони здоров'я відповідно моделі Семашка здійснюється з державного бюджету. Бюджет наповнюється зі всіх податків. Така система є централізованою. Планування витрат здійснюється директивне через жорстку вертикаль без приватного сектору [58].

Система базується на наступних декларативних принципах.

По-перше, це безоплатна загальна медична допомога як право громадянина. Забезпечення цього права здійснюється державною структурою – Міністерством охорони здоров'я. Всі медичні заклади всіх напрямів були

державними. Враховуючі, що крупні підприємства, які утримували медичні заклади, теж були державними, приватного сектору зовсім не було. А всі медичні працівники отримували заробітну плату з державного бюджету відповідно визначеної системи посадових окладів і тарифних ставок. Заробітна плата будь якого працівника залежала тільки від його посади.

По-друге. Медичне обслуговування ґрунтувалося на двох принципах: дільничному та ієрархічному. За територіально-дільничним принципом території розподілялися між медичними закладами. Кожна територія поділялася на дільниці. За кожним лікарем закріплювалася дільниця. Тобто кожен пацієнт мав свого дільничного лікаря і не мав можливості обрати іншого. На кожного пацієнта була заведена медична картка або медична книжка, в якої фіксувалися всі зверненні, всі хвороби, всі призначення і всі аналізи. Історія хвороби зберігалася у територіальній лікарні за місцем прописки громадянина. Така система не надавала можливості здійснення вибору лікаря пацієнтом, а відносини з лікарем були відносно безальтернативними. Це усувало можливість конкурування між лікарями, повністю були відсутні стимули зацікавленості у лікаря до задоволення потреб пацієнта, а також до професійного розвитку [66].

Ця модель зазнавала широкої критики через те, що вона статична та негнучка, досить неякісно працювала з хронічними хворобами, та попри декларативність профілактичної діяльності, вона не була ефективною. Фінансування проводилось в залежності від кількості ліжко-міст, а показником ефективності системи охорони здоров'я було визначення кількості ліжко-міст на тисячу мешканців. Така архітектура супроводжувалася недофінансуванням та технічною відсталістю всій системи.

Оцінювання розвитку системи охорони здоров'я за моделлю Семашка здійснювалося за показником збільшення ліжко-міст, тому така система може характеризуватися як екстенсивна. Характеристиками системи були:

- значна кількість державної інфраструктури;
- низький рівень розвитку технологій;

– низька кваліфікація; мізерна оплата праці.

Це система радянських часів, яку отримали у спадок всі країни пострадянського простору.

Існувати така система в умовах перебудови економіки не могла. Тому всі країни намагалися переробити її з прив'язкою до нових реалій.

Деякі з них, таки як, Азербайджан, Грузія, Молдова, Таджикистан, Вірменія значно скоротили перелік гарантованих державою медичних послуг. У решті країн перелік таких послуг був модифікований, але не значно скорочений, при цьому якість гарантованих послуг та їх фінансове забезпечення було недостатнім. Зрештою, ключовою проблемою став значний розрив між задекларованими правами громадян на отримання безоплатної медичної допомоги та реальним фінансовим забезпеченням [10].

Ринковим економічним відносинам в медичній сфері найбільш відповідає приватна модель та її модифікації. Перевагами приватної та ринкової моделей є акцент на якості медичних послуг, що надаються в умовах жорсткої конкуренції, мобільність ресурсів та стимулювання розвитку нових медичних технологій. До того ж, відбувається зменшення навантаження держави на працівників сфери охорони здоров'я, наявною є менша обмеженість у фінансових операціях.

Недоліками приватної та ринкової моделі можна визнати наступне.

По-перше, це соціальна напруга. Відповідно розподілу доходів за кривою лавериджа в будь-якої країні спостерігається поділення населення на верстви в залежності від обсягів доходів. Саме це визначає нерівномірність доступу до отримання медичних послуг через високі ціни. Хоч високі ціни є обґрунтованими і визначаються високими витратами на утримання приватних медичних закладів.

По-друге, це наявність не доброчесної конкуренції між медичними закладами.

По-третє, це практична відсутність державного контролю за визначеними приоритетними напрямами розвитку охорони здоров'я.

Підводячи підсумки огляду моделей системи охорони здоров'я, які набули найбільшого розповсюдження можна визначити кілька загальних характеристик [52]:

– у країнах з державним фінансуванням майже завжди присутні приватні надувальники послуг, разом з тим, це не працює навпаки, там де приватний ринок послуг, державний відсутній, але на приватному ринку наявні як прибуткові, так і неприбуткові актори;

– моделі з податковими принципами фінансового забезпечення завжди більш централізовані, ніж зі страховими;

– приватні системи частіше децентралізовані, тоді як державні – централізовані, при цьому децентралізація в обох випадках може мати різні виміри за вертикаллю (регіон, громада, інституція).

Отже, найбільш суттєвими класифікаційними ознаками визначення ступені розповсюдження світових систем охорони здоров'я є характер механізмів їх фінансування та розвиток відношень клієнт – медична послуга. Відповідно до цього спектр варіантів систем змінюється від державних до приватних, а системи управління змінюються від централізованих до децентралізованих, тобто розподілених.

Децентралізація передбачає розподілення в напряму: регіон, громада, інституція. Найчастіше таке розподілення корелює з децентралізацією влади.

Моделі, що засновані на бюджетному фінансуванні сформованому за рахунок податкових надходжень, є більш централізованими ніж ті, в яких фінансування формуються за рахунок страхових внесків.

Наступною особливістю систем страхування є те, що при наявності систем з державним фінансуванням завжди можуть існувати приватні медичні заклади для надання послуг, які створюють конкуренцію. При повному переході на приватні і ринкові системи надання медичних послуг державний сектор відсутній повністю.

Наступною особливістю є те, що кожна країна має обирати свою власну національну систему охорони здоров'я, враховуючі національні особливості,

характеристики побудови системи публічного управління на основі децентралізації влади і можливості впливу на систему охорони здоров'я.

Кожна з розглянутих систем має свої переваги і недоліки. Тому визначити найкращу систему неможливо, але при побудові нової національної системи охорони здоров'я доцільним є вивчення переваг і недоліків та побудова змішаної системи з раціональним використанням найкращих практик.

Враховуючі результати дослідження, можна визначити, що побудова чисто державної або чисто приватної ринкової системи є недоцільною. Найбільш привабливим є побудова раціональної системи зі збалансованими елементами державної і приватної системи. Більш того, в медицині є сектори, в яких більш доцільним є присутність приватного сектору. Для широкого обслуговування населення доцільним є використання державного сектору, причому фінансування державного сектору доцільно використовувати на рівні бюджетів громад.

Впровадження новітніх технологій може вимагати дуже великих інвестицій, які не мають можливості здійснити окремі заклади ані приватного сектору, ані сектору громад. В таких випадках раціональним є розвиток публічно-приватного партнерства.

## 1.2 Сутність національної реформи інституційного забезпечення змін публічного управління та адміністрування в системі охорони здоров'я

В Україні система охорони здоров'я залишилася, як спадщина від радянської системи державного устрою, де вона повністю була на утриманні бюджету держави. Систему охорони здоров'я було побудовано по моделі Семашко, яка є жорстко централізованою з єдиним бюджетним фінансуванням.

Система передбачала градацію державних лікувальних закладів: поліклініка, лікарня, профілакторій і допоміжні структури. Окремі крупні

державні підприємства мали свої відомчі поліклініки, лікарні, профілакторії і допоміжні структури, які були територіально розташовані в районі розташування підприємства. Але підприємства також були державними і відповідно лікувальні заклади також були державними. Майже всі підприємства і навчальні заклади обов'язково мали медичні пункти, які виконували функції первинної допомоги. Навіть на підприємствах і в закладах освіти були окремі стоматологічні та фізіотерапевтичні кабінети. Всі ці заклади розподілялись по територіальним угрупуванням відповідно чисельності населення із закривленням обліку населення. Між закладами розподілялась спеціалізація за направленістю захворювань. Окремим спеціалізаціями були: пологовий будинок, психдиспансер, тубдиспансер, вендиспансер та інші. Поліклініки, лікарні, профілакторії мали типову структуру. До їх складу входили лабораторії, морги та інші структурні підрозділи.

З початком роздержавлення і процесів приватизації крупних підприємств збільшилися кризові явища на цих підприємствах. Як наслідок, підприємства почали позбавлятись від утримання поліклінік, лікарень, профілакторіїв. Почались скорочення медичних пунктів в організаціях і навчальних закладах. Державний бюджет також набув ускладнення з утриманням системи поліклінік, лікарень і інших державних структур. В системі охорони здоров'я почала розвиватись криза публічного управління та адміністрування.

Для вирішення кризи потрібно було провести повну реорганізацію державної системи охорони здоров'я.

В нових умовах формування державного устрою централізована система Семашка була малоефективною. Вона практично не могла існувати в нових умовах, що призводило до її деградації та критичного зниження якості послуг. Система Семашка як екстенсивна система, з надлишком інституцій, низьким рівнем технологій, освіти, низьким рівнем стимулювання до професійного розвитку та оплати праці персоналу вимагала негайного реформування. Але

процеси приватизації для формування приватного сектору економіки та зміна інституційної системи не надавали змоги зробити це.

Формування нової системи охорони здоров’я в Україні почалось практично з 1991 року після набуття Україною державності та продовжується і зараз (Табл.1.2.)

Таблиця 1.2

**Закони України щодо сектору охорони здоров’я**

| Законодавчі та правові акти України | Дата прийняття та номер |
|---|---|
| Цивільний кодекс України | від 16.01.2003 № 435-IV |
| Господарський кодекс України | від 16.01.2003 № 436-IV |
| Бюджетний кодекс України | від 08.07.2010 № 2456-VI |
| Податковий кодекс України | від 02.12.2010 № 2755-VI |
| Кодекс законів про працю України | від 10.12.1971 № 322-VIII |
| "Про місцеве самоврядування в Україні" | 21.05.1997 № 280/97-ВР |
| "Основи законодавства України про охорону здоров’я" | від 19.11.1992 № 2801-XII |
| "Про публічні закупівлі" | від 25.12.2015 № 922-VIII |
| "Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань" | від 15.05.2003 № 755-IV |
| "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській Донецькій областях та місті Київ" | від 07.07. 2011 № 3612-VI |
| "Про екстрену медичну допомогу" | від 05.07. 2012 № 5081-VI |
| "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" | від 19.100.2017 № 2168-VIII |
| "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я" | від 19.100.2017 № 2168-VIII |
| " Про ліцензування видів господарської діяльності " | від 02.03.2015 № 222-VIII |

Таким чином вітчизняна система охорони здоров’я почала переходити до складного реформаційного процесу, якому передувала значна кількість спроб модифікувати та модернізувати екстенсивну систему Семашка. Ці спроби були мало ефективними, що обумовило пошук нових орієнтирів та кращих зразків у європейських практиках[10; 52]. Початком такого переходу стало прийняття у 1992 році Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”. Цей закон не запроваджував істотних змін, але він зафіксував початковий стан національної системи охорони здоров’я, визначив

основні поняття, терміни і принципи побудови системи. Також визначив права і обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я. Тобто було зафіксовано основні елементи системи та порядок їх взаємодії. Цей закон закріпив існуючій порядок на законодавчому рівні України та став початком побудови інституціональної бази системи охорони здоров'я і надав можливість продовження виконувати системою своїх функцій.

Суттєве реформування державності в Україні практично почалось з 1996 року з прийняттям Основного Закону України – Конституції. Одночасно розходили процеси введення державної грошевої одиниці – гривня, з перебудовою самої економічної системи, та розвитком приватного сектору і інших реформ. Найперше у 2000 році було здійснено спробу реформувати класичний «принцип матрьошки» у фінансуванні, спрямувавши кошти з центрального бюджету до бюджетів областей, районів та міст.

У 2011 році було здійснено спробу провести комплексне реформування, відповідно до якого запровадити [37]:

– структурне та фінансове розмежування медичної допомоги за її видами;

– переформатування мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні;

– декларування гарантованого рівня медичної допомоги;

– передача в спільну власність територіальних громад відомчих закладів охорони здоров'я;

– запровадження договірних відносин та нових фінансових механізмів;

– впровадження оплати з урахування обсягів та якості роботи;

– вільний вибір лікаря первинної ланки;

– усунення дискримінації між державними та недержавними закладами охорони здоров'я;

– доступ до вторинної ланки переважно за направленням лікаря первинної.

Реалізація пілотного проєкту відповідно до визначених норм почалася в окремих областях: Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій та м. Києві. Проєкт передбачав пулінг коштів на рівні областей та зміни у первинній ланці надання медичної допомоги. За результатами етапу було розмежовано первинну та вторинну ланку, а також зміцнена роль у наданні медичної допомоги сімейного лікаря, однак повною мірою реалізувати принцип вільного вибору лікаря так і не вдалося, проблемним також було формування оплати послуг за принципом капіталізації, не вдалося об'єднати кошти на рівні областей. Таким чином, успішним пілотний проект був лише частково, але прорахунки, виявлені у ході його реалізації, були враховані надалі при реалізації реформи.

Після спроб модифікації існуючої системи охорони здоров'я, які практично не надали позитивних результатів, існуюча система ще більш прийшла в занепад. Наслідком помилкових спроб модифікації моделі Семашко залишилась перевантажена інфраструктура системи охорони здоров'я з масовим недофінансуванням, низьким рівнем оплати праці та застарілою апаратурою, яку вже не можливо ремонтувати. Все це привело до створення аномальної системи за якої держава фінансує систему, а проміжна ланка, що має можливість її використовувати, отримує рентну плату. Як наслідок, споживач медичних послуг отримує платну послугу, яка є де-юре безкоштовною, але де-факто оплачується двічі, і пацієнтом, і державою.

Тому у 2014 році перед державою стала проблема заміни системи радянської моделі Семашка на принципово нову. Цьому сприяло реформування територіального устрою в напряму децентралізації влади.

З цією метою за наказом №522 Міністерства охорони здоров'я України від 24.07.2014 було створено стратегічну дорадчу групу (СДГ) з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. Створення СДГ стало результатом спільної ініціативи керівництва країни та Джорджа Сороса, засновника Міжнародного Фонду «Відродження».

До складу СДГ були залучені вивисококваліфіковані фахівців із України, а також міжнародні експерти для надання консультативної допомоги урядові з приводу стратегічних підходів до реформування галузі, оптимального використання міжнародної допомоги, консолідації політики донорів із метою сприяння реформам в Україні та надання належної уваги нагальним проблемам у державі.

СДГ підготувала до затвердження "Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років" [29]. Цей документ включав аналіз стану існуючої системи охорони здоров'я за станом на 2012-2013 роки. В програмі визначалось падіння очікуваної тривалості життя в Україні при народженні (рис. 1.1).

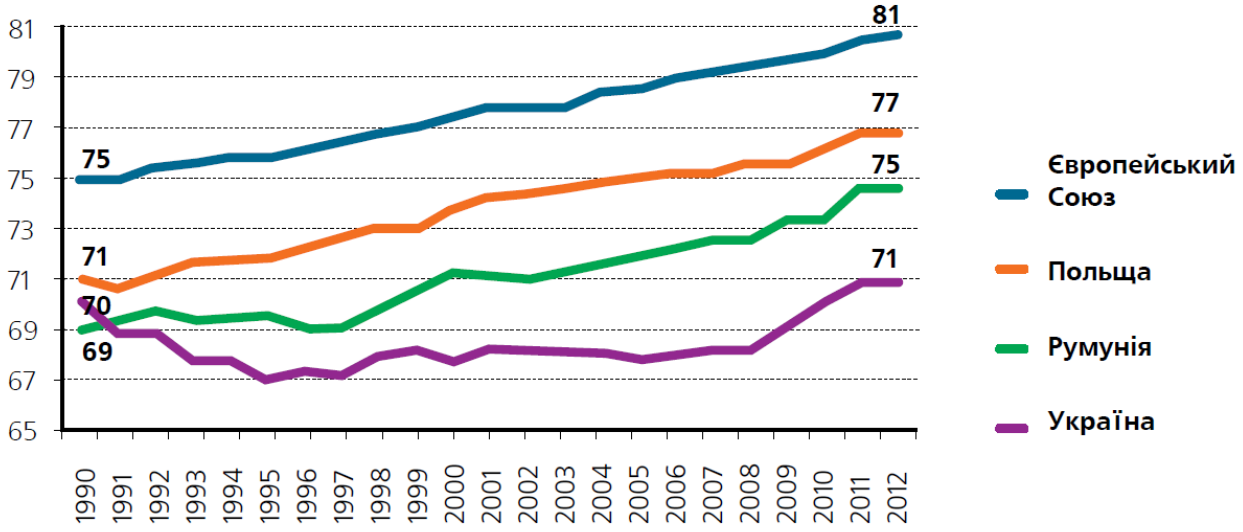



Рис.1.1 Середня очікувана тривалість життя при народженні, років [29].

Цей показник в Україні один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я в європейському регіоні. Якщо розглядати рівень смертності, то за цім показником Україна посідає друге місце в європейському регіоні. Рівень смертності збільшився на 12,7% у період із 1991 по 2012 рр., тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7%. До того ж, одну чверть від загальної смертності складає смертність серед працездатного

населення (а для чоловіків це третина всіх смертей; вони мають у три-чотири рази вищу ймовірність смерті, ніж жінки у всіх вікових групах від 16 до 60 років.

Рудиментом старої радянської системи Семашко залишався показник – кількість ліжко-міст. Динаміку змін кількості лікарняних ліжок на 100000 населення наведено на рис. 1.2 [29].

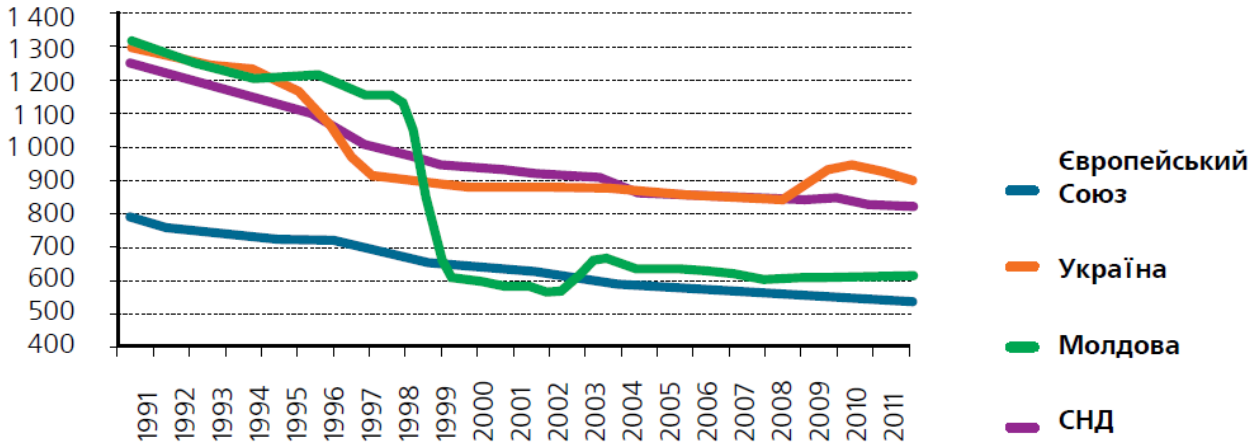



Рис.1.2 Динаміка кількості лікарняних ліжок (на 100 000 населення) [8]

Стан економіки В Україні в 2013 році був найнижчий серед країн Євросоюзу і найближчих країн – Польщі і Румунії (Рис. 1.3)

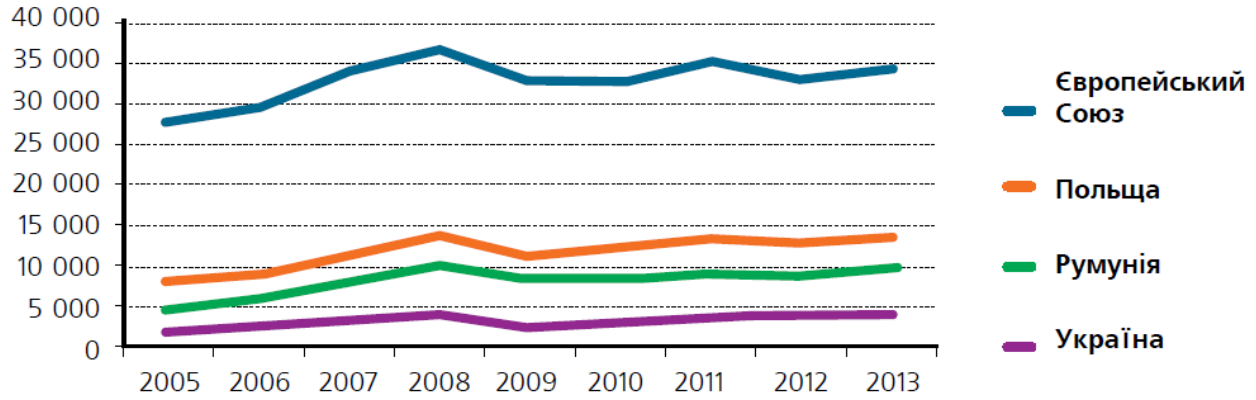



Рис.1.3 ВВП на душу населення (долл. США) [29]

Враховуючі залежність існуючої системи охорони здоров'я від наповнення державного бюджету, витрати також знаходились на дуже низькому рівні. Обсяги витрат на охорону здоров'я в доларах США в розрахунку на одну людину в Україні мали найнижчий рівень. А враховуючі низький рівень ВВП, відсоток, який виділявся на охорону здоров'я в Україні має значення на рівні Чехії і Болгарії. Відповідно обсяг в грошових одиницях має значно нижче значення (рис. 1.4).

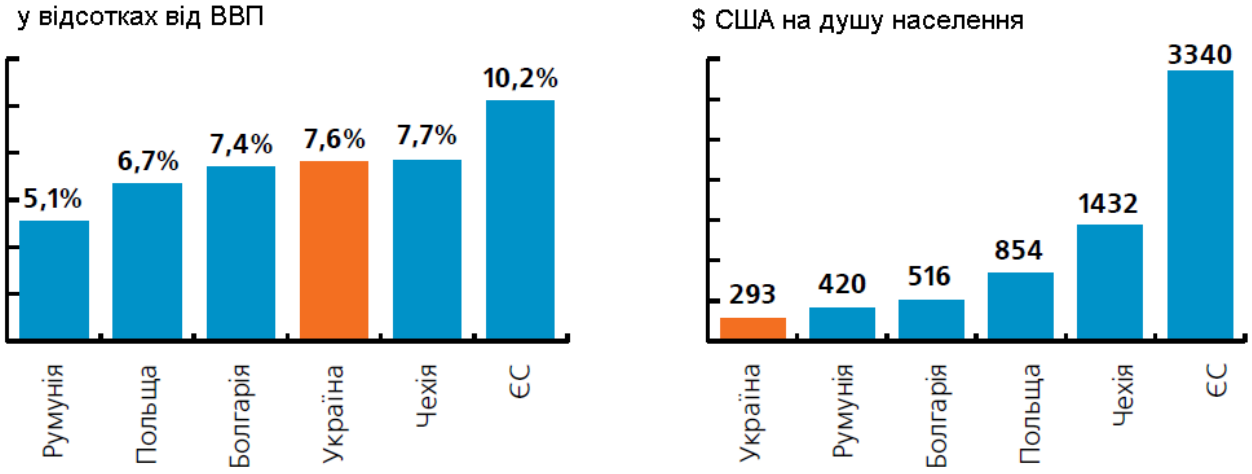



Рис.1.4 Витрати на охорону здоров'я [29]

Систем охорони здоров'я Євросоюзу передбачає надання медичних послуг таким чином, щоб лікування на лікарняних ліжках було не потрібним, а час, що проводить пацієнт у лікарняному ліжку був мінімальний. Тобто зниження кількості лікарняних ліжок є показником покращення якості надання медичних послуг. Що докорінно відрізняється від показника системи Семашко, який трактує збільшення кількості лікарняних ліжок як досягнення можливості забезпечення одночасного лікування великої кількості пацієнтів.

Документ національна стратегія після аналізу стану показників існуючої системи надає пропозиції щодо проведення змін в короткострокової перспективи – протягом перших двох років, а також протягом наступних років.

Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років було затверджено у 2015 році [29]. , а у 2016 році напрацьовано концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [47].

Отже, Україна майже до 2016 року намагалася продовжувати підтримувати та видозмінювати модель Семашка, але після реалізації пілотного етапу реформування, розробки стратегії розвитку і напрацювання концепції почала рух до моделі Беверіджа.

Модель Беверіджа, яку застосовує Британська Національна служба охорони здоров'я, апробовано на системах охорони здоров'я багатьох країн. Ця система є проміжною між бюджетною і приватною і забезпечує всі верстви населення країни безкоштовною і доступною медичною допомогою і разом із тим допускає існування приватного сектору. Але при впровадженні в Україні модель Беверіджа набуває особливостей, що враховують можливості вітчизняної системи децентралізації влади, а також архітектуру вітчизняної системи публічного управління та адміністрування. Таким чином, модель Беверіджа є адаптованим до вітчизняних реалій варіантом.

Перехід на нову систему не може бути здійснений миттєво. Стратегія і концепція передбачають поступовий перехід на цю систему. Основним принципом нової моделі публічного управління є принцип: «гроші йдуть за пацієнтом». Важливим здобутком обраного курсу був також чітко спланований поетапний перехід до нової моделі, а саме трьох етапний перехід [34]. За результатами реалізації усіх етапів реформи у системі охорони здоров'я мають бути сформовані (більшість сформовані уже) такі елементи:

– програма медичних гарантій – єдиний гарантований пакет для кожного;

– єдиний платник – Національна служба здоров'я;

– автономія медичних закладів, розділення замовника і надавача послуг;

– оплата послуг та тарифи;

– електронна система охорони здоров'я;

– вибір пацієнта та конкуренція між закладами.

Ключові принципи нової моделі надають змогу усунути низку недоліків системи, таких як низька мотивація медичних працівників, низька якість медичних послуг, без альтернативність у частині вибору надавачів послуг, неефективний розподіл ресурсів, їх розпорошення тощо. Все це є результатом адаптації моделі Беверіджа до особливостей децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я з широким делегування повноважень вищих органів влади нижчим, до місцевого рівня.

Нова комплексна модель органічно поєднує реалізацію принципу «гроші йдуть за пацієнтом», впровадження державного солідарного медичного страхування, контрактну модель закупівлі медичних послуг, нові форми фінансування, автономізацію медичних послуг та створення електронної інформаційної бази (онлайн-реєстру) для надання інформації громадянам щодо лікувальних закладів та лікарів сприятиме адаптації діяльності закладів охорони здоров'я до ринкових умов функціонування галузі з урахуванням попиту на медичні послуги та формуванням їх об'єктивної вартості.

Не зважаючи на те, що програма національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні була розрахована на період 2015-2020 років і вже виконана, загальна реформа системи охорони здоров'я в Україні продовжується і набуває нових якостей і покращень. Вже розроблений новий проект "Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року" який знаходиться на етапі всебічного обговорення. У якості узагальнюючого показника стану громадського здоров'я стратегія визначає індекс людського розвитку[50, с.35]. Динаміку змін індексу людського розвитку за період з 1990 по 2021 рік наведено на рис. 1.5.

За роки реалізації попередньої стратегії реформування системи охорони здоров'я в України відбувся процес трансформації, який розпочався з прийняттям Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", запровадженням Програми медичних гарантій (ПМГ) та створенням основних національних агенцій охорони здоров'я —

Національної служби здоров'я України, Центру громадського здоров'я МОЗ, ДП "Медичні закупівлі України" та іншими істотними змінами, що включають реорганізацію МОЗ та підпорядкованих йому установ і автономізацію закладів охорони здоров'я.

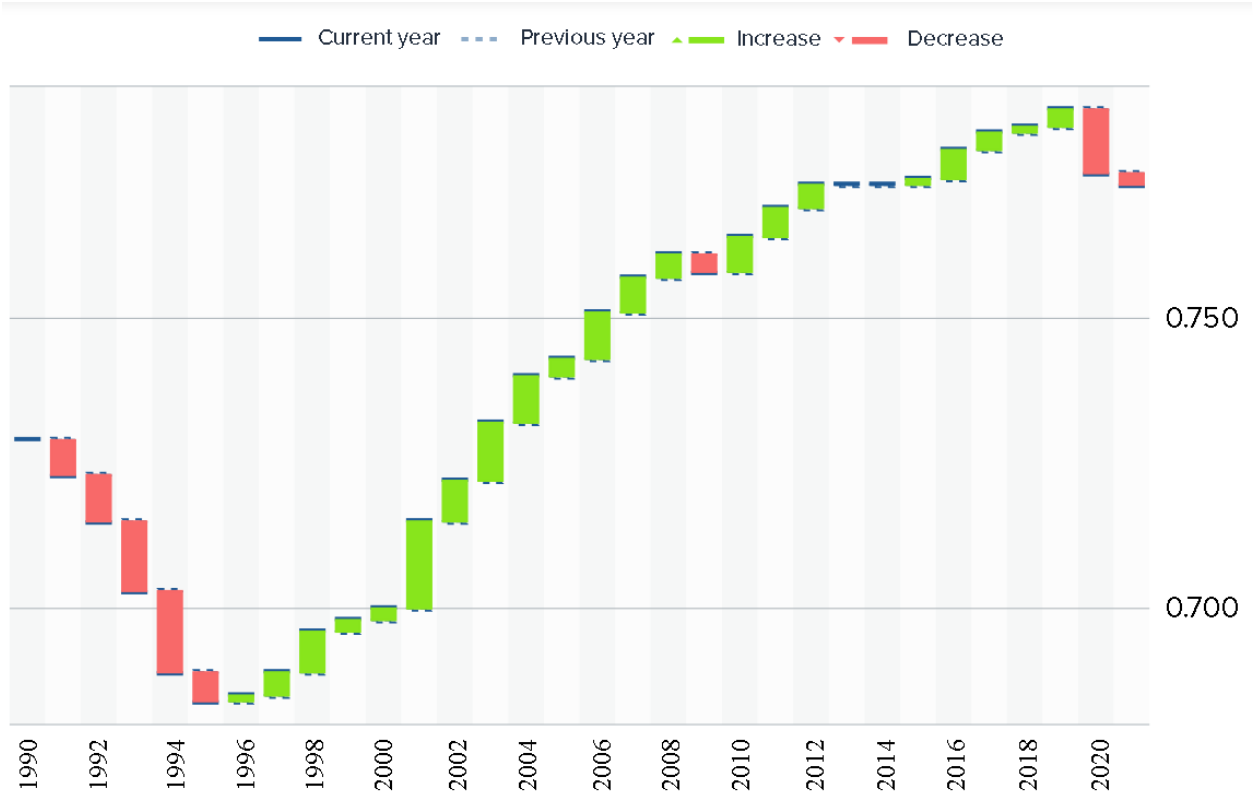



Рис. 1.5 Динаміка індексу людського розвитку в Україні за період 1990-2021 рік.

Отже, основними етапами побудови національної системи охорони здоров'я можна вважати наступні:

Етап 1. Прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII [34].

Етап 2. Прийняття Конституції України, 1996 рік.

Етап 3. Прийняття Закону України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги" від 07.07.11 № 3611-VI [37].

Етап 4. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.11 № 3612-УІ.

Етап 5. Прийняття Закону України “Про екстрену медичну допомогу” від 05.07.12 № 5081-УІ [44].

Етап 6. Прийняття стратегії розвитку: “Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015-2020 років” [29].

Етап 7. Затвердження розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р “Про схвалення Концепції реформи фінансування охорони здоров’я” [47].

Етап 8. Прийняття Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19.10.2017 № 2168-VIII [43].

Етап 9. Розробка Методичних Рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства.

Етап 10. Прийняття стратегії розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року.

В останньому документі визначаються шляхи продовження реформування системи охорони здоров’я. За проектом визначаються стратегічні пріоритети, реалізація яких передбачається за п’ятьма тематичними напрямами.

Напрям 1: Врядування у сфері охорони здоров’я.

Напрям 2: Універсальне охоплення послугами охорони здоров’я.

Напрям 3: Громадське здоров’я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації.

Напрям 4: Залученість людей та громад.

Напрям 5: Кадрові ресурси системи охорони здоров’я (КРОЗ).

По кожному напряму визначаються стратегічні пріоритети.

Стратегія також визначає очікувані результати за кожним напрямом.

## 1.3 Мережа комунальних установ в муніципальній системі охорони здоров'я і система публічного управління та адміністрування

Особливості сучасних трансформацій містяться в тому що процес реформування системи охорони здоров'я проходить одночасно з процесом децентралізації влади і формування нового адміністративно-територіального устрою. Процеси децентралізації пов'язані зі створенням нових територіальних суб'єктів влади, які формують власний бюджет і планують його використання на потреби громади.

Існуюча мережа закладів охорони здоров'я до початку реформи мала статус бюджетних установ, що закріплені за районами старого територіального устрою. Тому в нових умовах стає загроза припинення їх діяльності і навіть існування, що може спричинити обмеження конституційних прав місцевих мешканців. Тому збереження мережі районних закладів охорони здоров'я та забезпечення їх безперебійної роботи є першочерговим завданням в контексті територіальної організації влади в умовах нового адміністративно-територіального устрою.

Створення умов додаткового самофінансування підприємств мережі охорони здоров'я було здійснено на одному з етапів реформування системи охорони здоров'я у 2016 році прийняттям концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України та Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення". Прийняття цих законодавчих актів було одним з основних стратегічних завдань цієї реформи. Їх прийняття сприяло переходу до оплати діяльності постачальників медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності.

Відповідно до визначень цих законодавчих документів, 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 та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів;

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

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

Відповідно законодавчої нормативно бази для вирішення цього завдання необхідно було змінити характер відносин між постачальником медичних послуг та їх замовником — відповідним розпорядником бюджетних коштів. Це могло бути реалізовано через зміну командно-адміністративної моделі взаємовідносин між цими суб'єктами на контрактну модель відношень, у якій

взаємовідносини регулюються договорами. За зазначеними договорами розпорядник бюджетних коштів діятиме в інтересах пацієнтів як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або лікар фізична особа — підприємець, який одержав ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, виступатимуть як постачальники послуг.

Запровадження такої моделі взаємовідносин потребує надання державним та комунальним ЗОЗ управлінської та фінансової автономії. З урахуванням кращих світових практик цю автономію передбачалося забезпечити шляхом реорганізації, зокрема перетворення таких ЗОЗ у повноцінні суб'єкти господарської діяльності — державні та комунальні некомерційні підприємства.

Для вирішення цього питання був напрацьований механізм передачі районних медичних закладів з бюджетних установ у комунальну власність зі створенням комунальних некомерційних підприємств. Для прискорення цих процесів та їх унормування робочої групою МОЗ у 2017 році було розроблено і схвалено "Методичні Рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства". В методичних рекомендаціях визначено алгоритм дій по такому перетворенню, надано приклад типового Статуту комунального некомерційного підприємства, а також розроблені рекомендації щодо ведення господарської діяльності, а саме: визначено систему оподаткування і наведено перелік податків.

В методичних рекомендаціях зазначено "Чинне законодавство України надає можливість власникам публічних закладів охорони здоров'я (відповідним територіальним громадам, від імені яких право комунальної власності здійснюють відповідні місцеві ради) перетворювати належні їм на підставі зазначеного права ЗОЗ, що нині мають статус бюджетних установ, у комунальні унітарні некомерційні підприємства. Рішення про запровадження таких організаційно-правових змін щодо комунальних ЗОЗ не потребує

погодження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України чи інших органів державної влади України" [27].

Перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства сприяє збільшенню господарської та фінансової автономії (самостійності) та управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення і водночас підвищення економічної ефективності використання активів.

Перетворення ЗОЗ на комунальні некомерційні підприємства запобігає можливому надмірному податковому навантаженню на комунальні ЗОЗ та виключає можливість їх банкрутства і скорочення існуючої мережі комунальних ЗОЗ.

Перетворені комунальні ЗОЗ не можуть бути приватизовані, оскільки норми Основ встановлюють пряму заборону на такі дії.

Процеси такого перетворення потребують багато часу, тому що треба провести практично перереєстрацію кожного закладу. При такий передачі знов створені комунальні установи мають свій статут, але уповноваженою особою виступає відповідна міська, або селищна рада. Ці процеси знаходяться під наглядом основних учасників. Для їх прискорення проводяться спільні наради Міністерства розвитку громад та територій і Міністерства охорони здоров'я з обласними державними адміністраціями та асоціаціями органів місцевого самоврядування.

За інформацією облдержадміністрацій, які були неодноразово озвучені на нарадах, цей процес проходить без особливих складнощів – районні ради приймають рішення про передачу мед закладів у комунальну власність громад, а громади приймають рішення про прийняття такого майна. Як правило, районні лікарні переходять у комунальну власність тих громад, на території яких вони розташовані. Проте є кілька випадків відмови громад приймати районні лікарні через побоювання, що місцевий бюджет не витримає такого фінансового навантаження.

У Міністерстві охорони здоров'я та Національній службі здоров'я запевнили, що комунальні медичні заклади будуть отримувати фінансування за раніше укладеними зі Службою договорами. А громади мали б профінансувати утримання будівель лікарень, комунальні послуги.

На одній з таких нарад було надано додаткові роз'яснення і рекомендації щодо організації роботи ЗОЗ як комунальних підприємств у складі міських, сільських та селищних рад під наглядом органів місцевого самоврядування.

Заступниця Міністра охорони здоров'я Ірина Микичак зазначила: "Національна служба здоров'я фінансує всі комунальні некомерційні заклади охорони здоров'я за кошти державного бюджету. Вартість комунальних послуг складає близько 8 % від бюджету лікарні. Громада має розуміти, що маючи лікарню на своїй території, вона дає робочі місця, вона має змогу забезпечити людям необхідні медичні послуги, вона отримує податок на доходи фізичних осіб, які сплачують працівники лікарні" [30].

Вона також закликала громади не змінювати статус мед закладів при їх переході у комунальну власність і максимально зберегти медичний персонал.

Директор Аналітичного центру Асоціації міст України Ярослав Рабошук нагадав, що у Державному бюджеті на 2021 рік передбачено додаткову дотацію на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я.

"Обласні державні адміністрації мають визначити порядок розподілу цієї дотації між бюджетами місцевого самоврядування. На нашу думку, процес передачі майна та закладів охорони здоров'я на базовий рівень піде швидше, якщо територіальні громади будуть бачити фінансовий ресурс додаткової дотації, який вони отримають для надання медичних послуг", - сказав Ярослав Рабошук [30].

Заступник Міністра розвитку громад та територій В'ячеслав Негода наголосив на необхідності допомогти громадам правильно організувати

процес, щоб медичні заклади працювали безперебійно і мали необхідні умови надавати людям вчасно якісні медичні послуги.

“Для багатьох новостворених місцевих рад деякі організаційні питання є складними, тому їм потрібно допомогти. Обласні державні адміністрації отримали урядове доручення моніторити процес передачі районних медзакладів громадам. Так ми будемо розуміти, які виникають проблеми і де вони виникають, щоб допомогти у їх вирішенні. Завдання для всіх нас – зберегти медичну мережу районного рівня і розвивати її. Скрізь люди повинні мати доступ до якісних медичних послуг”, - сказав В’ячеслав Негода [30].

Процеси перетворення механізмів публічного управління та адміністрування при впровадженні нової моделі організації системи охорони здоров’я знаходяться під постійним наглядом науковців, які проводять дослідження та аналіз цих процесів, надають рекомендації. Сучасні механізми державного та регіонального управління вирішальне впливають на сформовані управлінські процедури управління охороною здоров’я в місцевих громадах та процедури управління комунальними некомерційними підприємствами закладами охорони здоров’я.

На відміну від країн Європи де таки процеси проходили тривалий час, в Україні трансформації проходять дуже швидко. За результатами аналізу трансформаційних процесів в своїх публікаціях науковці надають пропозиції щодо усунення негативних наслідків, які виникають в процесі трансформації та рекомендації щодо покращення системи державного управління в системі охорони здоров’я.

Важливим механізмом контролю процесів є їх оцінювання. Для оцінювання потрібно визначати критерії, чинники і формувати показники. Якщо таки критерії і показники будуть надавати неадекватну оцінку, то це може привести до негативних явищ. Наприклад, оцінка якості системи охорони здоров’я радянських часів через кількість лікарняних ліжок на тисячу населення надає неадекватну оцінку стану громадського здоров’я і відповідно

приводить до неефективного фінансування закладів а також до відсутності стимулів покращення громадського здоров'я.

За результатами трансформаційних процесів перебудови системи охорони здоров'я виконання функцій колишніх бюджетних закладів перекладається на мережу комунальних підприємств. Ефективність такого перетворення формується через ефективність роботи комунальних підприємств. Це зумовлює пошук чинників для оцінювання таких підприємств.

Найбільш важливим фактором, який спричинив необхідність такої трансформації це неспроможність існуючих форм фінансування забезпечити безперебійну роботу закладів.

Децентралізація фінансування дозволила суттєво розширити пул надходження коштів для утримання закладу. Якщо раніше це було тільки бюджетне фінансування, то набуття підприємствами статусу комунального підприємства значно розширює спектр надходжень. Крім бюджетного фінансування кошти можуть надходити від фізичних осіб, організацій та підприємств, та іноді від спонсорів навіть за межами країни. І це є світова практика. Об'єднання фінансових коштів в пули – є процесом акумулювання та управління фінансовими ресурсами для забезпечення гарантії, що фінансовий ризик, який може виникнути в результаті необхідності оплатити медичну допомогу, поширюється на всіх учасників пулу, а не тільки на хворих осіб.

Фінансова децентралізація сфери охорони здоров'я навіть у країнах зі схожими домінуючими механізмами фінансування може мати значні відмінності, оскільки фінансування такої галузі – це не тільки процес залучення коштів, а й об'єднання фінансових ресурсів в пули та закупівля медичних послуг (табл. 1.2) [52]

За результатами аналізу іноземного досвіду децентралізації у сфері охорони здоров'я можна зробити висновок про складність цих процесів і залежність від наступних факторів:

– 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) [52].

Необхідно враховувати, що система управління закладами охорони здоров'я, які засновані на комунальній власності, визначається не тільки законами України у сфері регламентації системи охорони здоров'я. В таблиці 1.3 подано консолідовані підходи щодо функцій системи охорони здоров'я на різних рівнях децентралізації.

На основі проведеного аналізу законодавчої та нормативно-правової бази, вивчення досвіду країн Європи можна зробити висновок, що система охорони здоров'я в цілому та діяльність комунальних підприємств охорони здоров'я має дуже складне інституційне регулювання.

В законодавчій та нормативно-правовій базі сфери охорони здоров'я України властиві певні недоліки, які суттєво ускладнюють координацію роботи в цій сфері. Таки недоліки мають наступні складові.

По-перше. Галузеві закони України не є законами прямої дії, оскільки вони не прописують реальних механізмів їхньої реалізації. Ідеться про те, що це буде зроблено в підзаконних актах, але на практиці часто використовуються різні роз'яснення, інформаційні листи тощо, які взагалі не є нормативно-правовими актами (НПА).

По-друге. Різноманіття й безліч НПА різного рівня, присвячені одному питанню, але такі, що не завжди трактуються однаково. Крім того,

недоступність їх усіх у комплексі істотно ускладнює нормативно - правове управління галуззю, вносить у нього протиріччя

Таблиця 1.3

**Децентралізація основних функцій у сфері охорони здоров'я** [52]

| Рівень де централізації | ФУНКЦІЇ | | |
|---|---|---|---|
| | **Адміністрування, організація та планування системи охорони здоров'я.** | **Джерела фінансування системи охорони здоров'я та форми збору платежів.** | **Надання медичної допомоги та форма власності медичних установ.** |
| **ЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ**<br>**ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ** | 1. Державна система організації, планування та адміністрування системи охорони здоров'я.<br>2. Офіційна державна передача прав, обов'язків та повноважень щодо адміністрування та організації медичної допомоги.<br>3. Централізоване державне замовлення у сфері охорони здоров'я.<br>4. Регіональне планування та адміністрування мережі медичних установ.<br>5. Місцеве муніципальне планування та адміністрування мережі медичних установ.<br>6. Механізм опосередкованого державного регулювання квазіринку охорони здоров'я.<br>7. Пряме ринкове регулювання квазіринку охорони здоров'я з індивідуальним приватним вибором страхових організацій та медичних установ. | 1. Державна система оподаткування (загальні та/або цільові податки для фінансування охорони здоров'я.<br>2. Обов'язкові внески до національного фонду соціального медичного страхування.<br>3. Регіональна система оподаткування.<br>4. Обов'язкові внески до регіонального фонду соціального медичного страхування.<br>5. Місцева муніципальна система оподаткування.<br>6. Обов'язкові внески до муніципальних та/або галузевих фондів соціального медичного страхування або лікарняних кас.<br>7. Добровільні внески до місцевих приватних фондів медичного страхування або лікарняних кас.<br>8. Приватне фінансування медичних установ та медичних послуг за рахунок приватних коштів населення. | 1. Державна система охорони здоров'я.<br>2. Державна власність та контроль.<br>3. Регіональна власність та контроль.<br>4. Місцева муніципальна власність та контроль.<br>5. Приватні медичні установи мають державне соціальне замовлення або угоди з лікарняними касами, іншими страховими медичними організаціями, зокрема державними та муніципальними (внутрішня структура таких установ може бути централізована).<br>6. Приватні автономні медичні установи. |

По-третє. Дуже часто у процесі розгортання положень закону в підзаконних актах допускаються перекручування, в результаті чого відбуваються різночитання; − велика кількість НПА не дозволяє побачити за цією безліччю правові прогалини і протиріччя

По-четверте. Відсутність галузевого законодавства й відомчих галузевих НПА на місцях, прийняття локальних актів і розпоряджень, які найчастіше розширюють і спотворюють галузеве законодавство, значно ускладнює управління галуззю.

По-п’яте. Відсутність єдиного консолідованого законодавчого акта у 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 являють собою неопубліковані накази МОЗ України), доступного не тільки керівникам охорони здоров’я, медичним працівникам, але й населенню, ускладнює надання медичної допомоги в межах доказової і правової медицини [32].

За результатами моніторингу середня чисельність населення однієї громади за 5 років створення об’єднаних громад складає 11 388 осіб. Якщо врахувати, що для відкриття Центру первинної медичної допомоги за нормативами кількість населення, який він має обслуговувати, повинна складати 15 000 осіб, а середня кількість об’єднаної громади складає 11 388 осіб, то можна зробити висновок, що не у всіх громадах будуть відкриті такі центри. Невелика кількість найбільших громад у регіонах зможе мати свій Центр первинної медичної допомоги. Безумовно, практично в кожній громаді є можливість відкрити амбулаторію групової практики, яка може взяти на обслуговування 3 000 осіб і мати у своєму складі двох сімейних лікарів або амбулаторію монопрактики, яка розрахована на обслуговування 2 000 осіб та може містити у своєму складі одного сімейного лікаря. Створення закладів охорони здоров’я в регіонах, об’єднаних громадах стикається із низкою

викликів, які необхідно оперативно вирішувати на сьогодні. Серед основних проблем у діяльності підприємств варто визначити такі:

– необхідність проведення капітальних та поточних ремонтів приміщень;

– 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.

У більш вигідному становищі знаходяться лікарні – комунальні підприємства у великих містах – обласних центрах.

## Висновки до розділу 1

За підсумками проведеного дослідження визначено типові системи охорони здоров'я, які знайшли найбільше розповсюдження в світі. Проаналізовано переваги і недоліки кожної із систем. Визначено, що модель Семашко цілком базувалася на фінансуванні з державного бюджету. Ця система залишилась в спадщину від радянських часів. Всі спроби її модифікувати не надавали позитивного результату.

З початком набуття державності в Україні проходили процеси приватизації, які формували приватний сектор і скорочували державний. Це ще більш зменшувало можливості державного бюджету для утримання системи охорони здоров'я. Тому в Україні було прийнято рішення переходу на систему Беверіджа. Але до 2014 року система так і не запрацювала.

Тільки з початком реформи децентралізації з'явилась можливість модифікації системи охорони здоров'я і впровадженню принципово нової системи.

Сутність національної реформи інституційного забезпечення змін публічного управління та адміністрування в системі охорони здоров'я міститься в переведенні державних ЗОЗ в комунальну власність місцевого самоврядування. За таких умов суттєво змінюється і розширюється пул фінансових надходжень для утримання ЗОЗ і їх розвитку. Фінансування складається з надходжень з державного бюджету, місцевого бюджету територіальної громади і додаткових надходжень від надання послуг. Управління ЗОЗ здійснюється через публічне адміністрування місцевої влади, яка є засновником відповідного комунального некомерційного підприємства і формування фінансування з боку держави. Оперативне управління здійснює керівник, який призначається власником комунального підприємства, а методичне забезпечення здійснює Міністерство охорони здоров'я.

Таким чином за короткий проміжок часу було створено мережу комунальних установ охорони здоров'я в територіальних громадах. Методичне керівництво цього процесу забезпечувало Міністерство охорони здоров'я, що сприяло повному реформуванню СОЗ і переходу на систему Беверіджа, але з врахуванням національних особливостей України.

Успішному впровадженню сприяв синергетичний ефект від процесів приватизації, формування власної грошової одиниці, прийняття Конституції, а також підготовки інституціальної складової через зміну законодавчої бази. Але широке впровадження нової систем стало можливим тільки після 2014 року з реформуванням системи публічного управління і проведенням процесів децентралізації влади. Саме це стало підґрунтям реформування системи охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 2
# СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТСЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВЯ

## 2.1 Характеристика комунального некомерційного підприємства «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради

Всі процеси переходу до нової моделі побудови системи охорони здоров’я можна спостерігати на прикладі КНП “Патологоанатомічне бюро” Запорізької міської ради, яке раніше було державним підприємством. Як визначалось раніше нова модель фінансових відносин має будуватись на основі контрактів та договорів між постачальником медичних послуг та пацієнтами. Постачальником медичних послуг може бути заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) або лікар, який як фізична особа – підприємець одержав ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Отже, в такій системі розпорядник бюджетних коштів діятиме в інтересах пацієнта, а постачальник медичних послуг буде отримувати фінансування за конкретні результати своєї діяльності. Але для впровадження такої системи фінансування виникає необхідність надання автономії державним та комунальним ЗОЗ. Відповідно до запропонованій в концепції моделі передбачається проведення реорганізації державного підприємства в комунальне, власником і засновником якого буде Запорізька міська рада.

Реорганізація і створення таких підприємств у Запорізькому регіоні набуло поширення починаючі з 2018 році. Цей процес тривалий і не може проходити миттєво. В Запорізький області різні ЗОЗ набували статусу комунальних підприємств в різний час. Так на 16 сесії міської ради 07.12.2022, рішенням міської ради № 68 від 07.12.2022 було створено комунальне некомерційне підприємство (КНП) «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради (ЗМР), яке є ЗОЗ особливого типу.

Повне найменування юридичної особи - КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНЕ БЮРО ЗАПОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ. Скорочена назва - КНП "Патологоанатомічне бюро" ЗМР. Це юридична особа, код в єдиному державному реєстрі юридичних осіб (Код ЄДРПОУ) – 45039174. Підприємство зареєстровано 14.12.2022 року, рік тому. Новий статут затверджено рішенням міської ради 17.03.2023 №48. Підприємство тільки починає свою роботу у новому статусі.

Підприємство відповідно статуту має статутний капітал – 50000,00 грн.

Основним видом діяльності за КВЕД є 86.21 – Загальна медична практика. Також зареєстрованими видами діяльності є:

49.41 Вантажний автомобільний транспорт;

86.10 Діяльність лікарняних закладів;

86.90 Інша діяльність у сфері охорони здоров'я.

Підприємство засновано на комунальній власності територіальної громади міста Запоріжжя. Засновником і власником підприємства є територіальна громада міста Запоріжжя в особі Запорізької міської ради. Структуру Запорізької міської ради наведено на рис 2.1. Підприємство є юридичною особою публічного права. Підприємство є неприбутковою організацією. Всі доходи підприємства використовуються виключно для фінансування видатків на утримання підприємства, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності відповідно статуту.

Управління підприємством від імені територіальної громади міста Запоріжжя здійснюється власником, органом управління майном згідно даного статуту з врахуванням інтересів трудового колективу, закріплених в колективному договорі.

Поточне керівництво (оперативне управління) підприємством здійснює директор підприємства. Відповідно статуту претендента на посаду директора рекомендує засновник. Претендент має відповідати чинним кваліфікаційним вимогам. Директор призначається на посаду і звільняється відповідно до порядку, визначеного чинним законодавством України.

На підприємстві власником підприємства може бути створена спостережна рада для контролю та спрямування діяльності керівника підприємства.

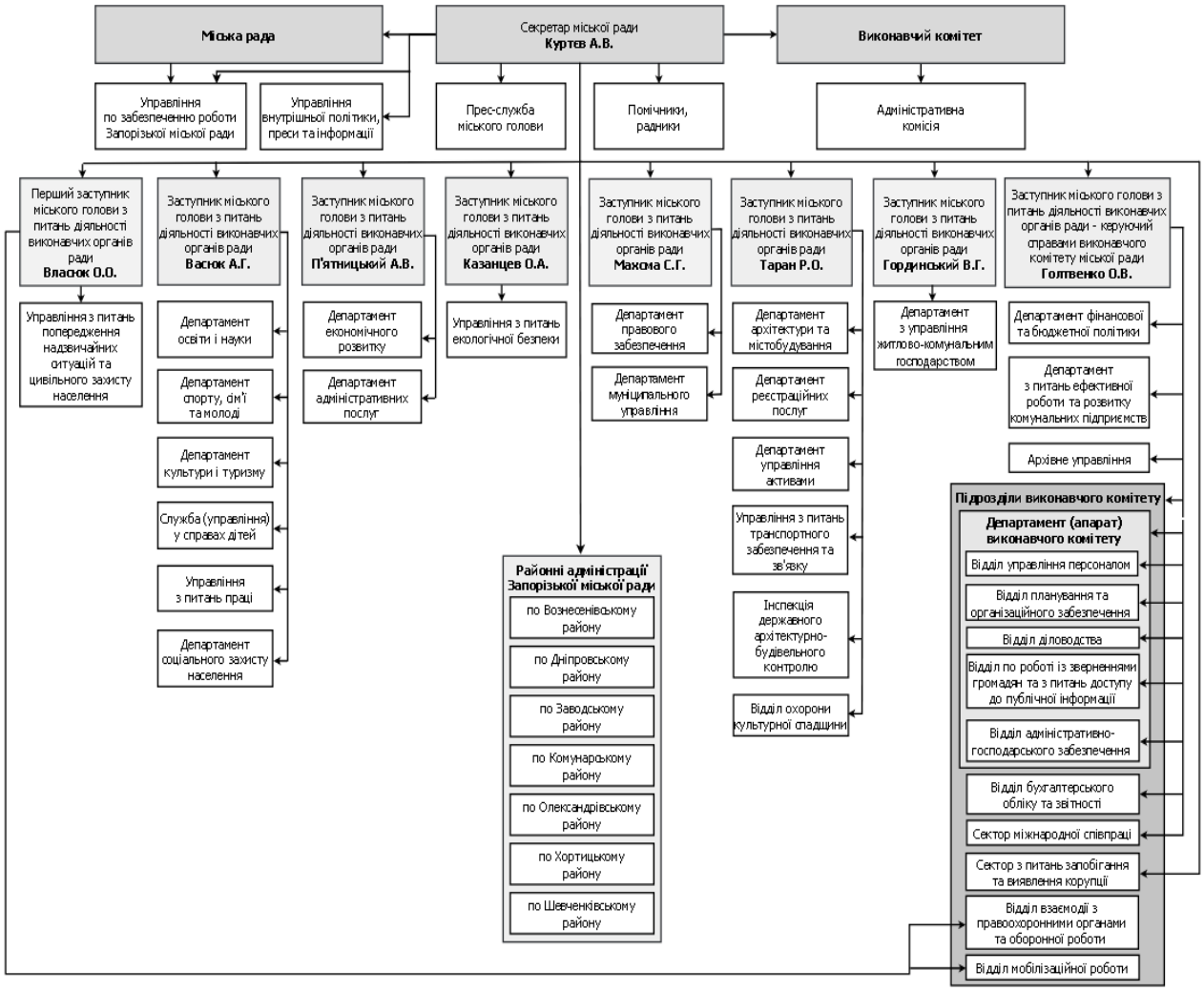



Рис. 2.1 Структура Запорізької міської влади [49]

До компетенції власника підприємства, Запорізької міської ради належить:

- визначення основних напрямів діяльності підприємства;
- затвердження статуту підприємства та змін до нього;

– погодження підприємству договорів про спільну діяльність, за якими використовується нерухоме майно, що перебуває в його оперативному управлінні, кредитних договорів та договорів застави;

– здійснення контролю за ефективністю використання майна, що є власністю територіальної громади міста Запоріжжя або спільною власністю (територіальних громад) та закріплення за підприємством на праві оперативного управління;

– прийняття рішення про реорганізацію та ліквідацію підприємства, призначення ліквідаційної комісії, комісії з припинення, затвердження ліквідаційного балансу;

– вирішення питання про надання підприємству кредитів;

– вирішення питань стосовно зовнішньоекономічної діяльності підприємства;

– інші повноваження, встановлені чинним законодавством України.

Підприємство підпорядковується Органу управління майном, який визначається рішенням власника. До компетенції Органу управління майном належить:

– визначення головних напрямів діяльності підприємства, затвердження плану діяльності та звіту про його виконання;

– погодження внесення змін до статуту, здійснення контролю за додержанням статуту;

– погодження фінансових планів та здійснення контролю за додержанням статуту;

– погодження фінансових планів та здійснення контролю за їх виконанням;

– погодження структури, штатного розпису;

– погодження положення про оплату праці;

– погодження положення про надання платних послуг;

– здійснення перевірок фінансово-господарської діяльності підприємства;

– здійснення контролю за ефективним використанням та збереженням майна і коштів підприємства, в разі потреби забезпечення проведення інвентаризації майна підприємства, виявляє майно, яке тимчасово не використовується, та надає пропозиції щодо умов його подальшого використання;

– інші повноваження згідно з чинним законодавством України, рішенням запорізької міської ради, виконавчого комітету запорізької міської ради, розпоряджень міського голови, наказами органу управління майном та цим статутом.

Директор підприємства в межах своєї компетенції діє без довіреності від імені підприємства та представляє його інтереси в органах державної влади і органах місцевого самоврядування, укладає договори, відкриває в органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки. Директор самостійно вирішує всі питання діяльності підприємства за винятком тих, що визначені статутом до компетенції власника та органу управління майном. Директор підприємства також організовує роботу підприємства щодо надання населенню медичної допомоги, подає на затвердження фінансовий план, згідно визначеного порядку. Директор несе відповідальність:

– за виконання фінансового плану і плану розвитку підприємства;
– результати його господарської діяльності;
– виконання показників ефективності діяльності підприємства;
– якість послуг, що надаються підприємством;
– використання майна підприємства;
– за збитки, завдані підприємству з вини директора.

Директор підприємства має право:

– затверджувати обґрунтовані тарифи на платні послуги;

– розпоряджатись майном та коштами підприємства відповідно законодавства і статуту;

– забезпечувати ефективне використання збереження майна, закріпленого за підприємством;

– укладати договори оренди майна за погодженням із власником та відповідно порядку , визначеному в законодавстві;

– у межах свої компетенції видавати накази та інші організаційно-розпорядчі документи;

– надавати розпорядження та вказівки, які є обов'язковими до виконання всіма підрозділами та працівниками;

– призначати на посаду і звільняти з посади своїх заступників, медичного директора і головного бухгалтера за погодженням з органом управління майном, а також призначати на посади і звільняти керівників структурних підрозділів та інших працівників;

– вирішувати інші питання що віднесені до компетенції директора підприємства згідно законодавства, статуту і контракту;

– вчиняти інші дії, необхідні для здійснення господарської діяльності підприємства, за винятком тих, що мають бути узгодженні з власником та органом управління майном.

Директор зобов'язаний:

– забезпечувати контроль за веденням і збереження медичної і іншої документації;

– забезпечувати дотримання підприємством вимог законодавства про охорону праці, дотримання санітарно-гігієнічних та протипожежних норм і правил, створення належних умов праці;

– вживати заходів до своєчасної та в повному обсязі виплати заробітної плати, а також сплату податків, зборів і інших обов'язкових платежів, передбачених законодавством;

– затверджувати положення про структурні підрозділи підприємства, положення про оплату праці, інші положення та порядки що мають системний характер;

– повідомляти відповідні органи про будь які зміни в даних про підприємство, що внесені до єдиного державного реєстру в строки і в порядку, встановленому законодавством;

– подавати в у встановленому порядку річну та іншу періодичну звітність: бухгалтерську; фінансову; бюджетну; статистичну; інформацію про рух основних засобів;

– подавати інформацію за запитом про оренду майна, а також інформацію про наявність вільних площ, придатних для надання в оренду.

Директор забезпечує проведення колективних переговорів, укладання колективного договору відповідно встановленого законодавством України порядку.

Директор підзвітний органу управління майном та власнику і організує виконання їх рішень.

Директор визначає структуру підприємства, порядок організації та сфери діяльності структурних підрозділів за погодженням з органом управління майном.

Структуру підприємства наведено на рис. 2.2. Порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів Підприємства, а також функціональні обов’язки та посадові інструкції працівників затверджується директором Підприємства.

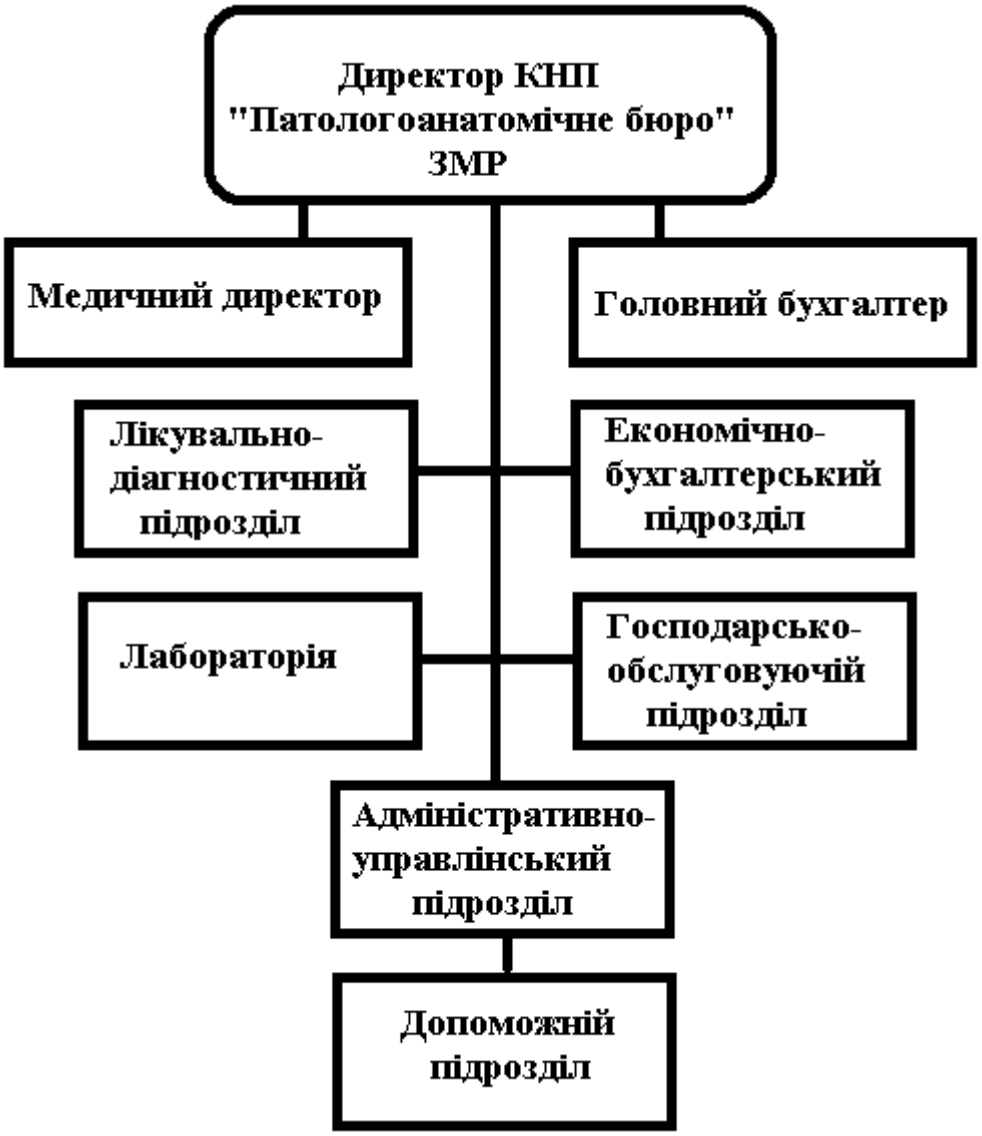
На підставі фінансового плану Підприємства з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги, директор визначає штатну чисельність Підприємства.

Підприємство може бути клінічною і учбовою базою медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти та науково-дослідних установ.

Підприємство своєчасно надає інформацію до органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування про надзвичайні ситуації у тому числі при виявленні ознак карантинних і особливо небезпечних інфекцій.

Підприємство звітує про свою діяльність перед органами статистики України та МОЗ України.

Підприємство може надавати платні послуги в порядку і в межах, встановлених чинним законодавством за погодженням із власником через орган управління майном.




* *Побудовано автором*

Рис. 2.2 Структура КНП “Патологоанатомічне бюро” ЗМР

Підприємство на договірних засадах формує свою господарську, фінансову та іншу діяльність з виконанням планових завдань, в рамках затверджених планів є вільним у обранні предмету господарських відносин та визначенні своєї відповідальності як сторони, що укладає договір чи приймає на себе інше зобов'язання, за винятком обмежень, встановлених статутом та законодавством.

Підприємство надає медичні послуги на підставі відповідних ліцензій. Також підприємство може надавати сервісні послуги пацієнтам.

Джерелами формування майна та коштів підприємства є:

– комунальне майно, передане підприємству відповідно до рішення про його створення;

– кошти бюджету міста;

– власні надходження підприємства: кошти від здачі в оренду майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти від надання послуг, що надаються згідно з основною діяльністю, кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг);

– цільові кошти;

– кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

– кредити банків;

– майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб;

– 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;

– інші джерела, не заборонені законодавством;

– майно та кошти, отриманні з інших джерел, не заборонених законодавством.

Отже, підприємство пройшло всі необхідні стадії від прийняття сумісного рішення на рівні МОЗ України і органа місцевого самоврядування – Запорізької міської ради до заснування Запорізькою міською радою комунального некомерційного підприємства. Виконані всі дії по передачі майна з державної власності у комунальну. Затверджений статут визначає умови здійснення діяльності. Разом зі збереженням видів діяльності, що виконувало підприємство, знаходячись у державній власності, з'явились можливості виконувати й інші види діяльності і забезпечувати утримання підприємства.

Оновлене підприємство підпорядковується власнику – Запорізької міської раді. Оперативне управління здійснює директор, який призначається власником. Крім того, виконання медичних робіт знаходиться під наглядом МОЗ, яке має здійснювати вплив на діяльність підприємства через механізм ліцензій та дозволів.

Виходячи з визначених статутом можливостей підприємство може отримувати кошти не тільки з бюджету міської громади, а й додатково з різних джерел за рахунок виконання робіт та послуг для юридичних та фізичних осіб. Крім того з'явились можливості отримання безповоротної грошової допомоги.

Все це зменшує навантаження на місцевий бюджет.

Таким чином, підприємство отримало самостійність і можливість виконувати завдання, забезпечувати роботою співробітників, утримувати основні фонди, здійснювати роботи по ремонту і відновлення споруд та обладнання.

Також перед підприємством відкриваються нові можливості здійснення публічно-приватного партнерства для впровадження інноваційних технологій.

Отже, за результатами аналізу ситуації на прикладі створення КНТ “Патологоанатомічне бюро” ЗМР, можна зробити висновок, що нова модель системи охорони здоров’я, яку було запропоновано і підтримано законодавчими та нормативними документами у 2016 році надає позитивні результати і дозволяє не тільки зберегти мережу закладів охорони здоров’я для людей, а й створити умови для їх інноваційного розвитку.

## 2.2 Основні аспекти забезпечення діяльності КНП “Патологоанатомічне бюро” ЗМР

КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР (далі Підприємство) є єдиною в Запоріжжі та області патологоанатомічною службою, яка надає послуги третинної високо-спеціалізованої медичної допомоги, консультаційно-поліклінічної допомоги та забезпечує виконання всього обсягу гістологічного та секційного дослідження. Бюро є бюджетною установою, основними джерелами фінансування якої є кошти, що виділяються з міського бюджету.

Власником і Засновником Підприємства, який здійснює управління відповідно до функцій, що визначені в Статуті є територіальна громада міста Запоріжжя в особі Запорізької міської ради (рис. 2.3).

Також Підприємство підпорядковується Органу управління майном, який визначається рішенням Власника.

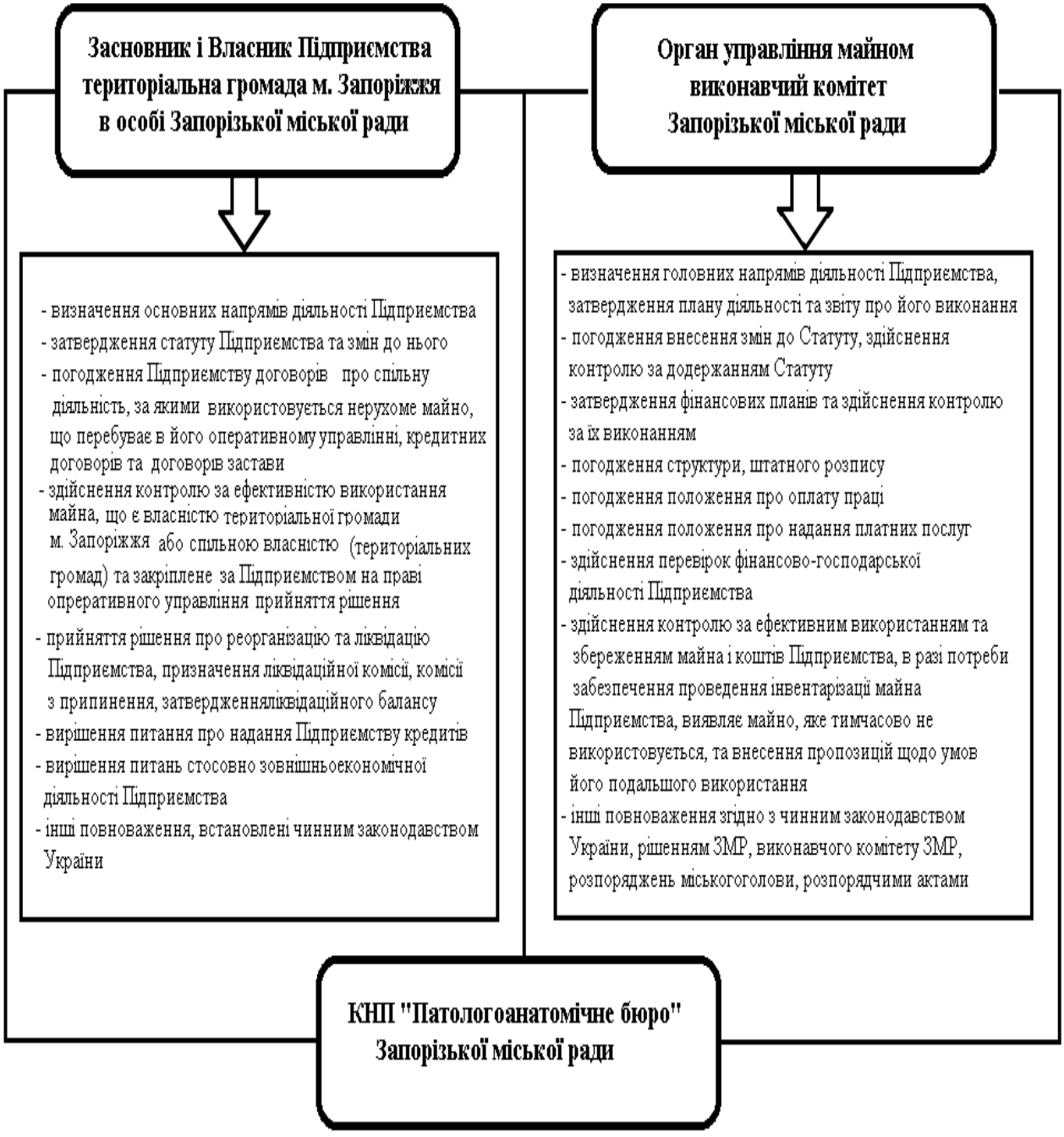
Компетенції Власника і Органу управління майном визначені в Статуті Підприємства.

Відповідно статуту рішенням Власника може бути утворена Спостережна рада Підприємства яка має контролювати та спрямовувати діяльність керівника Підприємства.

Поточне оперативне управління Підприємством здійснює Директор Підприємства, який призначається на посаду і звільняється відповідно порядку, визначеного чинним законодавством України. Однією з основних

умов призначення директора є відповідність чинним кваліфікаційним вимогам.

Основною метою діяльності підприємства є надання третинної / високо спеціалізованої медичної допомоги (патологоанатомічне обслуговування) населенню м. Запоріжжя, будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України.




** Побудовано автором на основі інформації Статуту*

Рис. 2.3 Підпорядкованість КНП “Патологоанатомічне бюро” ЗМР

Також Підприємство виконує наступні роботи:

– здійснення медичної практики за медичними спеціальностями;

– системний аналіз якості діагностичної та лікувальної роботи закладів охорони здоров'я після проведення досліджень шляхом зіставлення клінічних, аутопсійних та біопсій них даних і діагнозів для вдосконалення прижиттєвої діагностики захворювань, підвищення ефективності лікування та уточнення прогнозу розвитку захворювань;

– здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантологією; отримання анатомічних матеріалів людини для виготовлення біоімплантантів.

Основними завданнями підприємства є здійснення медичної практики за наступними напрямами:

– загальна патологічна анатомія;

– дитяча патологічна анатомія;

– гістологічна діагностика;

– гістохімічна діагностика;

– імуно-гістохімічна діагностика;

– діяльність, пов'язана з трансплантологією.

Предмети діяльності Підприємства визначені в статуті підприємства. Серед предметів діяльності є види, що пов'язані з роботою в ЄДИСТ (Єдина державна система трансплантації органів і тканин). На підприємстві проходять стажування лікарі-інтерни. Одним з предметів діяльності є розробка і впровадження сучасних методів по життєвої діагностики та лікування на основі клініко-морфологічних співставлень і інші.

До основних завдань підприємства також відносяться зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення, визначення проблемних питань патологоанатомічної служби м. Запоріжжя та шляхів їх вирішення.

Важливою є також організаційно-методична робота і аналітично-інформаційна діяльність з питань патологоанатомічної діагностики захворювань та клініко патологоанатомічного аналізу. Інформаційно-

аналітичне забезпечення та консультування закладів охорони здоров'я та органів управління охорони здоров'я м. Запоріжжя з питань прижиттєвої і посмертної діагностики та лікування захворювань.

Для підвищення ефективності роботи підприємства в статуті закладено роботу по впровадженню єдиної сучасної системи збору, обробки, аналізу, зберігання та передачі інформації у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та рівня підпорядкування з питань прижиттєвої діагностики та лікування захворювань.

Статут передбачає наукову складову розвитку, проведення семінарів, науково-практичних конференцій, виставок і інших заходів, спрямованих на удосконалення патологоанатомічної служби регіону. Також складовою наукових досліджень є розробка, координація та контроль за виконанням нормативних актів з питань патологічної анатомії. Важливою є участь у розробці та опрацюванні проектів загальнодержавних програм та заходів з питань прижиттєвої діагностики захворювань та причин смерті.

Важливим є також можливість встановлення міжнародних зв'язків, заснування або вступ до національних, міжнародних або зарубіжних об'єднань, підписання відповідних угод, що передбачають удосконалення патоморфологічної діагностики та сприяння співпраці з науковими установами України та зарубіжних країн. Участь в реалізації міжнародних проєктів та міжнародних грантів з питань прижиттєвої діагностики та оцінки ефективності лікування захворювань. Для цього передбачається можливість провадження зовнішньоекономічної діяльності згідно із законодавством України.

В Статуті закладені і інші види діяльності не заборонені законодавством України, які необхідні для належного забезпечення та підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та підвищення якості кадрового потенціалу Підприємства.

Підприємство виконує функції патологоанатомічних відділень у складі закладів охорони здоров'я на відповідній адміністративній території у разі їх відсутності в закладі на підставі угод про співпрацю.

Враховуючі матеріально-технічну базу, обладнання та кваліфікований персонал Підприємство може бути клінічною і учбовою базою медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти та науково-дослідних установ.

Властивістю підприємства є біопсійний, операційний гістологічний матеріал, взятий з органів і тканин у хворих, а також автопсійний матеріал, які зберігаються в архіві підприємства, та може видаватися для консультацій, наукового опрацювання й інших цілей виключно з дозволу керівника Підприємства.

Підприємство відноситься до установ з небезпечними для здоров'я та шкідливими умовами праці.

Для забезпечення додаткового фінансування зовні Підприємство на договірних засадах формує господарську, фінансову та іншу діяльність з виконанням планових завдань, в рамках затверджених планів і є вільним у обрані предмету господарських відносин та визначені своєї відповідальності як сторони, що укладає договір чи приймає на себе інші зобов'язання, за винятком обмежень, встановлених Статутом та законодавством.

Здійснення діяльності з надання медичних послуг підприємство виконує на підставі ліцензій на медичну практику та використання джерел іонізуючого випромінювання.

Також підприємство може надавати сервісні послуги пацієнтам, іншим закладам охорони здоров'я та лікарям, що діють як фізичні особи – підприємці. Якщо для впровадження будь якого виду діяльності потрібен спеціальний дозвіл, то підприємство має отримати його у визначеному законодавством України порядку.

Використовуючи закріплене за підприємством комунальне майно, що є власністю територіальної громади міста Запоріжжя, підприємство здійснює

некомерційну господарську діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого власником. Також самостійно організовує виробництво продукції, робіт, послуг і реалізовує їх за цінами (тарифами), що визначаються в порядку, встановленому законодавством.

Збитки, завдані підприємству внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду.

Для здійснення господарської некомерційної діяльності підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством.

Підприємство веде оперативний, бухгалтерський, фінансовий, бюджетний та статистичний облік, складає звітність згідно з чинним законодавством України та нормативно-правовим актами місцевого самоврядування. Операційний рік Підприємства встановлюється з 1 січня до 31 грудня включно.

Контроль за фінансово-господарською діяльністю Підприємства здійснюють відповідні органи в межах їх повноважень та в порядку, що встановлений чинним законодавством України.

Контроль якості надання медичної допомоги хворим на Підприємстві здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги міжнародним принципам доказової медицини, а також вимогам галузевих стандартів сфери охорони здоров’я та законодавства.

Для здійснення медичної діяльності Підприємство має ліцензію Міністерства охорони здоров’я.

Надання медичних послуг і господарчу діяльність підприємство проводить в межах доведеного фінансового плану і щокварталу надає звіт. Витяг зі звіту за 9 місяців про виконання фінансового плану КНП “Патологоанатомічне бюро” ЗМР наведений в таблиці 2.1 [22]. Копію повного звіту наведено в додатку.

Аналіз звіту дозволяє отримати наступну інформацію про фінансовий стан Підприємства. На підприємстві працює 44 працівника. Середня оплата праці складає за планом 23, 236 тис.грн., а фактично 15,491 тис.грн. Керівники структурних підрозділів отримують заробітну плату більш запланованої 124,5%. Також підвищену заробітну плату отримують спеціалісти не медики – 124,9%. Підвищену заробітну плату також отримує молодший медичний персонал. Інші отримують заробітну плату меншу за заплановану, але разом фонд оплати праці виконаний повністю.

Таблиця 2.1

**Витяг зі звіту про виконання фінансового плану КНП "Птологоанотомічне бюро" ЗМР за 9 місяців 2023 (тис. грн..)**

| Показники | План | Факт | Відхилення | % виконання плану |
|---|---|---|---|---|
| **I ФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ** | | | | |
| **ДОХІД, всього** | **8797,239** | **9285,285** | **488,046** | **105,5** |
| **Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)** | **1084,931** | **1623,116** | **538,185** | **149,6** |
| **Інший операційний дохід** | **7685,144** | **7635,005** | **-50,139** | **99,3** |
| **Не операційний дохід** | **27,164** | **27,164** | **0,000** | **100** |
| **ВИТРАТИ, всього, у тому числі:** | **7925,312** | **7871,832** | **-53,480** | **99,3** |
| **Операційні витрати без амортизації всього** | **7896,516** | **7843,036** | **-53,480** | **99,3** |
| **Амортизація** | **28,796** | **28,796** | **0,000** | **100** |
| **ФІНАНСОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ** | **871,927** | **1413,453** | **541,526** | **162,1** |
| **II. РОЗПОДІЛ ПРИБУТКУ** | | | | |
| **Залишок нерозподіленого прибутку** | **871,927** | **1413,453** | **541,526** | **162,1** |
| **III РОЗРАХУНКИ З БЮДЖЕТОМ** | | | | |
| **Податки, збори та платежі до бюджету всього** | **2520,320** | **2177,485** | **-342,835** | **86,4** |
| **IV. РУХ ГРОШОВИХ КОШТІВ** | | | | |
| Надходження грошових коштів | 8797,239 | 9285,285 | 488,046 | 105,5 |
| Використання грошових коштів | 7925,312 | 7871,832 | -53,480 | 99,3 |
| Залишок коштів на кінець періоду | 871,927 | 1413,453 | 541,526 | 162,1 |
| **V. ЦІЛЬОВЕ ФІНАНСУВАННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ "ОХОРОНА ЗДОРОВЯ МІСТА ЗАПОРІЖЖЯ"** | | | | |
| Разом | 6768,547 | 6768,541 | -0,006 | 100 |
| **VI. Капітальні інвестиції** | 158,136 | 158,136 | 0,000 | 100 |
| **VII. КОЕФІЦІЄНТНИЙ АНАЛІЗ** | | | | |
| Рентабельність діяльності (%) | 80,367 | 87,083 | 0,000 | 108,4 |
| Коефіцієнт відношення капітальних інвестицій до амортизації | 5,492 | 5,492 | 0,000 | 100 |
| Коефіцієнт зносу основних засобів | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |
| **VIII. ДАНІ ПРО ПЕРСОНАЛ** | | | | |
| Середня кількість працівників | 44 | 44 | 0 | 100 |
| Фонд оплати праці | 6134,359 | 6134,358 | -0,001 | 100 |
| Середньомісячні витрати на одного працівника | 23,236 | 15,491 | -7,745 | 66,7 |

Підприємство почало працювати фактично з початку року. За цей час рух грошових коштів визначає позитивну динаміку. Формування фінансових результатів визначає надходження доходу в обсязі 9285,285 тис. грн. Що на 105,5% вище запланованого рівня. В основному збільшення доходу відбувається за рахунок виручки від реалізації продукції, товарів та послуг. Збільшення досягає 149,6%.

Витрати за цей період навпаки менш запланованого рівня і складають 7871,832 тис.грн., тобто на 50,139 тис. менш запланованого обсягу, що дорівнює 99,3%.

Загалом фінансовий результат краще запланованого і складає 162,1% від запланованого.

На кінець періоду коштів залишається більш ніж планувалося. Відповідно коефіцієнт рентабельності покращився на 108,4%. Зносу основних засобів зовсім немає. Цільове фінансування за програмою “Охорона здоров’я міста Запоріжжя” в обсязі 6768,547 тис.грн. використане на 100%. Капітальні інвестиції в розмірі 158,136 тис. грн. використані повністю.

За підсумками за 9 місяців залишок не розподіленого прибутку складє 162,1% від запланованого.

## 2.3 Проблеми здіснення функціональних обов’язків за наслідками війни

Повномасштабне вторгнення 24 лютого 2022 року застало Україну зненацька. Це призвело до окупації південо східної частини України і ще більшої міграції населення. Початок супротиву військової агресії з боку України привів до великих втрат чоловічого населення серед військових, а також громадського населення. Навіть після часткового звільнення територій, ще велика частина України залишається в окупації, а бойові зіткнення продовжуються щоденно по всій лінії фронту.

Нові умови визначили нові проблеми здійснення функціональних обов’язків за наслідками війни. Враховуючі, що Підприємство знаходиться у стадії формування та з врахуванням нових реалій військових дій Запорізька міська рада 29.09.2023 року рішенням №77 затвердила оновлену редакцію статуту комунального некомерційного підприємства "Патологоанатомічне бюро" Запорізької міської ради.

Підприємство було створено під війни, тому немає можливості порівняння роботи підприємства до війни і під час війни. Практично всі умови формування і розвитку підприємства проходили в умовах війни. А нові завдання за наслідками війни практично вирішувались в робочому режимі.

За результатами форми Баланс за станом на 30 вересня 2023 року В активах підприємства в необоротних активах визначається зростання незавершених капітальних інвестицій на 54 тис.грн. та придбання основних засобів первісної вартості 104 тис.грн. Серед оборотних активів зростають виробничі запаси на 413 тис.грн. Визначається суттєве зростання дебіторської заборгованості майже на 2,916 млн.грн. Гроші та їх еквіваленти в розмірі 577,0 тис.грн. Загалом валюта балансу активу складає 4091,0 тис.грн.

Найбільше занепокоєння має викликати дуже великий рівень дебіторської заборгованості. Для більш детального аналізу потребується визначення конкретних дебіторів і які саме товари чи послуги отримали дебітори без попередньої оплати.

Для здійснення своєї діяльності підприємство має виконувати закупівлі матеріалів, реактивів і інші види матеріальних цінностей. Враховуючі, що підприємство належить громаді і фінансується громадою, то закупівлі мають проводитись через тендери системи PROZZORO [18]. У складі штату Підприємства має бути уповноважена особа, яка проводить організацію торгів в системі PROZZORO.

Аналіз проведення торгів можна зробити через аналітичний модуль системи ДОЗОРО. Діаграму кількості торгів в умовах війни по розділам та кодам продукції наведено на рис.2.4.

* *Побудовано автором на основі інформації системи "ДОЗОРО"*

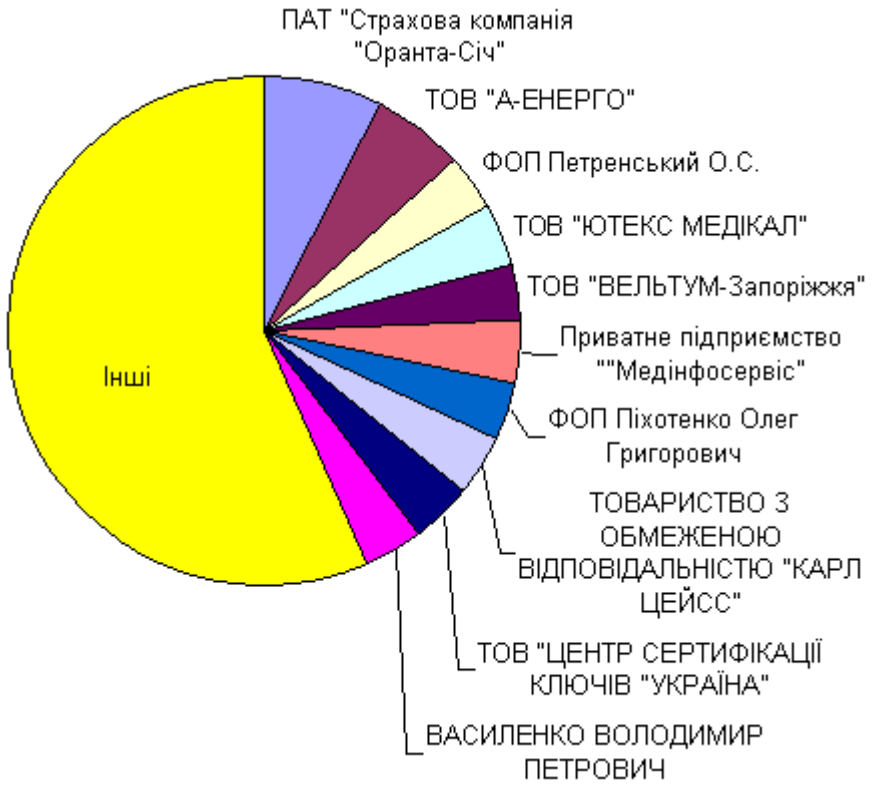
Рис.2.4 Діаграма закупівель за кількістю торгів по розділам

Найбільша кількість торгів відбувалась для закупівлі медичного обладнання, фармацевтичної продукції та засобів особистої гігієни. Також суттєва кількість торгів спостерігається у сфері отримання послуг з інформаційних технологій, а саме: консультування, розробка програмного забезпечення, послуги підключення до мережі Інтернет і підтримки. Наступним за кількістю торгів є Хімічна продукція, друкована та супутня продукція.

Майже однакова кількість торгів відбувається по фінансовим та страховим послугам, офісної та комп'ютерної техніки і устаткування, меблі та освітлювальна побутова техніка, лабораторне обладнання і послуги у сферах поводження зі стічними водами та сміттям.

Слід зазначити, що діаграма надає інформацію про кількість торгів і не надає інформації про обсяги закупівель. Велика кількість торгів може свідчити про відсутність постійних постачальників і необхідність пошуку кращого варіанту.

Більш детальний аналіз можна отримати на діаграмі визначення переможців торгів, яку наведено на рис. 2.5.




* *Побудовано автором на основі інформації системи "ДОЗОРО"*

Рис.2.5 Діаграма закупівель за кількістю торгів по контрагентам-постачальникам

Найбільшу кількість торгів здійснено ПАТ "Страхова компанія "Оранта-Січ". Наступним активним учасником торгів є ТОВ "А-ЕНЕРГО" і ФОП Петренський О.С. Далі майже однакову кількість торгів здійснили:

- ТОВ "ЮТЕКС МЕДІКАЛ";
- ТОВ ВЕЛЬТУМ-Запоріжжя";
- Приватне підприємство "Медінфосервіс";
- ФОП Піхотенко Олег Григорович;
- ТОВ "КАРЛ ЦЕЙСС";
- ТОВ "ЦЕНТР СЕРТИФІКАЦІЇ КЛЮЧІВ "УКРАЇНА";
- ВАСИЛЕНКО ВОЛОДИМИР ПЕТРОВИЧ.

Створення КНТ значно розширює можливості залучення різних джерел фінансування. Перелік можливих джерел наведено на рис. 2.6.

** Побудовано автором*

Рис.2.6 Можливі джерела фінансування КНП

Основним джерелом фінансування Підприємства є місцевий бюджет територіальної громади. Окремі статті витрат Підприємства фінансуються з державного бюджету відповідно доведеного фінансового плану. Додаткове цільове фінансування можливо за програмою “Охорона здоров’я міста Запоріжжя”.

Розширення пула фінансування може здійснюватися самім підприємством. Це може бути залучення фінансування через грантові програми з цільовим фінансуванням проектів. Суттєвим джерелом надходжень може бути надання послуг і виконання робіт відповідно затвердженого переліку послуг з визначенням тарифу (таблиця 2.2)[22].

Таблиця 2.2

## Тарифи на платні послуги [22]

| № п/п | Найменування | Тариф на одну послугу без ПДВ |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Консультативні послуги лікаря-патологоанатома вищої кваліфікаційної категорії з наявними гістологічними препаратами (гістологічні скельця від 1-го до 3-х од.) | 308,00 |
| 2 | Консультативні послуги лікаря-патологоанатома вищої кваліфікаційної категорії з наявними гістологічними препаратами (гістологічні скельця від 4-х до 10-и од.) | 383,00 |
| 3 | Консультативні послуги лікаря-патологоанатома вищої кваліфікаційної категорії з наявними гістологічними препаратами (гістологічні скельця понад 10 од.) | 458,00 |
| 4 | Консультативні послуги лікаря-патологоанатома вищої кваліфікаційної категорії з додатковим виготовленням гістологічних препаратів | 732,00 |
| 5 | Гістологічне (патоморфологічне) дослідження біопсійного та операційного матеріалу I категорії складності | 316,00 |
| 6 | Гістологічне (патоморфологічне) дослідження біопсійного та операційного матеріалу II категорії складності | 440,00 |
| 7 | Гістологічне (патоморфологічне) дослідження біопсійного та операційного матеріалу III категорії складності | 572,00 |
| 8 | Гістологічне (патоморфологічне) дослідження біопсійного та операційного матеріалу IV категорії складності | 837,00 |
| 9 | Гістологічне (патоморфологічне) дослідження біопсійного та операційного матеріалу V категорії складності | 1063,00 |
| 10 | Імуногістохімічне дослідження базове | 772,00 |
| 11 | Додаткове дослідження з використанням одного антитіла | 566,00 |
| 12 | Патологоанатомічне дослідження аутопсії з гістологічним дослідженням тканин I категорії складності (розтин) | 1167,00 |
| 13 | Патологоанатомічне дослідження аутопсії з гістологічним дослідженням тканин II категорії складності (розтин) | 1242,00 |
| 14 | Патологоанатомічне дослідження аутопсії з гістологічним дослідженням тканин III категорії складності (розтин) | 1317,00 |
| 15 | Патологоанатомічне дослідження аутопсії з гістологічним дослідженням тканин IV категорії складності (розтин) | 1392,00 |
| 16 | Патологоанатомічне дослідження аутопсії з гістологічним дослідженням тканин V категорії складності (розтин) | 1542,00 |
| | **Послуги з підготовки тіла покійного до поховання або кремації (послуги перукаря, косметолога, бальзамування)** | |
| 1 | Послуги з підготовки тіла покійного до поховання або кремації | 532,00 |
| 2 | Послуги з підготовки тіла покійного до поховання або кремації гнилісно зміненого трупа | 794,00 |
| 3 | Бальзамуюча маска на обличчя | 457,00 |
| 4 | Бальзамування тіла померлого (часткове) | 1040,00 |
| 5 | Бальзамування тіла померлого з початковими гнильними змінами (часткове) | 1130,00 |
| 6 | Бальзамування тіла померлого (повне) | 2158,00 |
| 7 | Бальзамування тіла померлого методом заливки | 2808,00 |
| 8 | Утримання тіл померлих у холодильній камері, що знаходяться на збереженні (за добу) | 76,00 |
| 9 | Утримання тіл померлих у холодильній камері, що знаходяться на збереженні (за добу) понад норми перебування | 76,00 |
| | **Транспортні послуги (перевезення вантажів), здійснення вантажних робіт** | |
| 1 | Перевезення небіжчиків до спеціалізованих медичних закладів та установ (моргів) | 1343 |

Пасивним джерелом надходжень можуть бути добровільні внески безповоротної фінансової допомоги, але обсяги таких надходжень не значні. Також, за згодою з Власником Підприємство може здавати в оренду тимчасово вільні приміщення.

**Висновки до розділу 2**

Проведено дослідження процесів переходу від старої системи охорони здоров'я України за моделлю Сімашко до нової національної моделі на основі системи Беверіджа на прикладі комунального некомерційного підприємства "Патологоанатомічне бюро" Запорізької міської ради. За результатами дослідження визначено, що підприємство створено відповідно методичним рекомендаціям МОЗ для реформування системи охорони здоров'я України. Підприємство створено шляхом передачі державної власності у комунальну. Власником і засновником підприємства є територіальна громада міста Запоріжжя в особі Запорізької міської ради. Для управління комунальними підприємствами системи охорони здоров'я виконавчим комітетом Запорізької міської ради створено орган управління майном.

В статуті Підприємства чітко визначені функції засновника підприємства та органу управління майном від виконавчого комітету Запорізької міської ради. Також розглянуті права і обов'язки директора підприємства та визначені напрями діяльності підприємства.

Підприємство створено тільки рік тому, а оновлена версія статуту затверджена тільки в вересні 2023 року. Це нове підприємство, яке одразу почало функціонувати в умовах війни. Саме тому всі завдання підприємства будувались вже врахуванням нових умов. Для виконання завдань створено організаційну структуру підприємства, визначено штатний розклад і затверджені посадові інструкції всіх працівників.

Аналіз фінансового звіту підприємства  за 9 місяців і балансу за третій квартал. Визначено, що активи підприємства тільки формуються. План по

формуванню фонду заробітної плати виконаний повністю. Коефіцієнт рентабельності покращився, але суттєво зросла дебіторська заборгованість, яка потребує детального розгляду і прийняття заходів для її зменшення.

Для оптимізації витрачання державних коштів на закупівлі матеріалів, реактиві, послуг і обладнання. На підприємстві створено тендерний підрозділ і призначено відповідальну особу за проведення закупівель через систему PROZZORO. В системі активно проводяться закупівлі медичного обладнання, фармацевтичної продукції та засобів особистої гігієни. Також суттєва кількість торгів спостерігається у сфері отримання послуг з інформаційних технологій, а саме: консультування, розробка програмного забезпечення, послуги підключення до мережі Інтернет і підтримки. Наступним за кількістю торгів є Хімічна продукція, друкована та супутня продукція.

Фінансування Підприємства здійснюється за рахунок державного бюджету і бюджет територіальної громади. Але нові умови функціонування підприємства дозволяють значно розширити пул джерел фінансування. Крім пасивних джерел за рахунок надходження коштів від благодійних програм, підприємство надає платні послуги у сфері своєї діяльності.

За підсумками другого розділу можна визначити, що підприємство, не зважаючи на малий термін свого існування, вже адаптувалося в нової системі, виконує всі види діяльності відповідно статуту і адаптується до умов війни.

# РОЗДІЛ 3
# ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМИ УСТАНОВАМИ ТА ПІДПРИЄМСТВАМИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 3.1 Вплив військової агресії РФ та нові завдання комунальних установ і організації в сфері охорони здоров’я

в Запоріжжі та області єдиною патологоанатомічною службою, яка надає послуги третинної високо-спеціалізованої медичної допомоги, консультаційно-поліклінічної допомоги та забезпечує виконання всього обсягу гістологічного та секційного дослідження є КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР. Підприємство є комунальною неприбутковою установою. Основними джерелами фінансування Підприємства є кошти, що виділяються з державного бюджету та міського бюджету. Це підприємство створено майже рік тому  вже в умовах війни. Враховуючі наближення Запоріжжя до лінії фронту, формування Підприємства проходило з врахуванням нових завдань.

Державна власність, що була передана в комунальне підприємство під час його створення потребує практично повного оновлення. Тому Підприємство має певні проблеми, пов’язані насамперед із застарілою та недостатньою матеріально-технічною базою. Перш за все це стосується неможливості використання високотехнологічних і водночас високо вартісних методів дослідження, що відповідають сучасним стандартам проведення якісних патогістологічних висновків.

На теперішній час значну частину обсягу навантаження підприємства складає виконання гістологічних та аутопсійних досліджень, це прижиттєва та посмертна діагностика.

Невід’ємним сучасним етапом верифікації пухлин є імуногістохімічне дослідження тканин з використанням спеціальних маркерів. Якісне та

своєчасне імуногістохімічне дослідження дає онкохворому більше шансів отримати специфічну протипухлинну терапію.

Оскільки КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР не має відповідного обладнання, імуногістохімічні дослідження виконуються в приватних установах, в тому числі навіть в інших регіонах України, що потребує організації пересилання біологічного матеріалу пацієнта в інші установи і тривале очікування результату. Все це ускладнює та значно уповільнює процес верифікації пухлин, інколи навіть до декількох місяців. Наслідком цього онкохворий не отримує вчасно специфічну протипухлинну терапію і втрачає терапевтичний ефект від лікування.

Під час війни обсяги бюджетного фінансування на придбання нового обладнання значно скорочені. На жаль, заплановані на поточний 2023 рік обсяги бюджетного фінансування КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР не передбачають можливості найближчим часом самостійно вирішити окреслені вище актуальні проблеми щодо матеріально-технічної бази установи, зокрема придбання обладнання для оснащення Імуногістохімічної лабораторії що заважає стратегічному розвитку підприємства та забезпечення населення відповідними медичними послугами.

Отже, підприємство має певні проблеми, пов’язані насамперед із застарілою та недостатньою матеріально-технічною базою. Перш за все це стосується неможливості використання високотехнологічних і водночас високо вартісних методів дослідження, що відповідають сучасним стандартам проведення якісних патогістологічних висновків. Враховуючі, що підприємство створено до початку бюджетного планування, здійснення бюджетного фінансування закупівлі нового обладнання можливо за рахунок коригування бюджету за рішенням ЗМР.

Створення та оснащення в КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР імуногістохімичної-лабораторії з новітнім допоміжним обладнанням допомогло б скоротити терміни отримання висновків та постановки діагнозів по сучасним стандартам.

Під час війни обсяги бюджетного фінансування на придбання нового обладнання значно скорочені. На жаль, заплановані на сьогодні обсяги бюджетного фінансування КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР не передбачають можливості найближчим часом самостійно вирішити окреслені вище актуальні проблеми щодо матеріально-технічної бази установи, зокрема придбання обладнання для оснащення Імуногістохімічної лабораторії що заважає стратегічному розвитку підприємства та забезпечення населення відповідними медичними послугами.

Адміністрація бюро постійно звертається з письмовими запитами щодо виділення коштів на придбання вищезазначеного обладнання до Департаменту охорони здоров'я Запорізької міської ради. Але, в сучасних умовах Запорізька міська рада не має достатніх повноважень приймати рішення щодо розподілу коштів без погодження міського голови.

Проведена реорганізація в системі ЗОЗ потребує свого продовження. Зараз відсутня нормативно-правова бази (постанови КМУ, Накази МОЗу, рішення органів місцевого самоврядування) стосовно запланованих змін на рівні держави. І тому, вся патологоанатомічна служба України знаходиться режимі очікування; єдине, що можна офіційно робити – це вести листування, заручатися допомогою, укладати декларації зі всіма зацікавленими в розвитку КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР структурами. Ймовірно, всі нормативні документи можна буде вивчати на початку 2024року, враховуючи що над їх проектами йде опрацювання компетентними органами.

Отже, формування технічної бази, формування колективу, організаційної структури проходило у практично знов створеному підприємстві, майже "з нуля". При прийнятті рішень по формуванню підприємства враховувались нові реалії існування Запорізького регіону в умовах війни. Виходячи з цього підприємство має виконувати звичайні завдання мирного часу і нові завдання, що визначаються умовами війни. Одним таких завдань є створення банку ДНК військових для можливості їх впізнання у випадку загибелі і

неможливості забезпечити впізнання шляхом поверхнього огляду. Для цього також потребується спеціальне обладнання.

Створення та оснащення в КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР імуногістохімичної-лабораторії з новітнім допоміжним обладнанням допомогло б скоротити терміни отримання висновків та постановки діагнозів по сучасним стандартам. Першочергове обладнання, що потрібне для оновлення технічної бази підприємства та його характеристики для формування закупівлі через систему ПРОЗОРО виставленні на офіційному сайті підприємства [22].

На пригінці 2023 року за результатами багатьох звернень розмір бюджетного призначення сформований з урахуванням наявної потреби в закупівлі даного товару та затверджений рішенням Запорізької міської ради від 07.12.2023р. №129 «Про бюджет Запорізької міської територіальної громади на 2023 рік» був скорегований з врахуванням фінансування придбання першочергового обладнання, що потрібно для якісного оновлення технічних засобів і створення сучасної лабораторії.

Для безперебійного функціонування Патологоанатомічного бюро Запорізької міської ради та з урахуванням вимог нормативних документів у сфері стандартизації, зокрема з урахуванням вимог Постанов КМУ від 02.10.2013 №754 «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики in vitro» першочерговою необхідністю є придбання гістологічного обладнання за кодом ДК 021:2015:38430000-8 — Детектори та аналізатори

Якісні та технічні характеристики предмета закупівлі визначені на підставі наявної потреби діючих в Україні стандартів, нормативних актів, з урахуванням технологічних процесів та технічної сумісності з наявним устаткуванням, що визначає вид товару/послуги, який підлягає закупівлі для забезпечення нормального функціонування Бюро та забезпечення конкурентного середовища для учасників закупівель.

Розмір бюджетного призначення сформований з урахуванням наявної потреби в закупівлі даного товару та затверджений рішенням Запорізької міської ради від 07.12.2023р. №129 «Про бюджет Запорізької міської територіальної громади на 2023 рік».

Розрахунок очікуваної вартості товарів і послуг вираховується на підставі виділених бюджетних асигнувань, з урахуванням орієнтовних потреб для забезпечення функціонування Бюро в цілому та декількох пропозицій потенційних постачальників щодо товарів/послуг, які відповідають технічним та якісним характеристикам предмета закупівлі, або на основі інших відкритих джерел інформації, або договору минулого періоду з урахуванням розрахунку можливих коливань на ринку товару/послуги. На підставі аналізу ринку, отриманих комерційних пропозицій потенційних постачальників, відкритих джерел інформації та інформації, що міститься в електронній системі закупівель «Прозоро» було сформовано очікувану вартість предмета закупівлі — 4972000.00 грн.

Наступним важливим обладнанням є Стейнер з модулем вкриття скельцями (НК 024:2023 15599 — Пристрій для зафарбовування препаратів на предметному склі IVD (діагностика in vitro) код ДК 021:2015:33950000-4 — Устаткування та приладдя для клінічної та судової медицини. Ідентифікатор закупівлі: UA-2023-09-01-007497-a

Якісні та технічні характеристики предмета закупівлі також відповідають визначеним нормам. Фінансування його придбання також вже передбачається в бюджеті Запорізької міської територіальної громади на 2023 рік шляхом внесення змін рішенням Запорізької міської ради від 07.12.2023р. №129.

Розрахунок очікуваної вартості товарів і послуг вираховується на підставі виділених бюджетних асигнувань, з урахуванням орієнтовних потреб для забезпечення функціонування Бюро в цілому та декількох пропозицій потенційних постачальників щодо товарів/послуг, які відповідають технічним та якісним характеристикам предмета закупівлі, або на основі інших відкритих джерел інформації, або договору минулого періоду з урахуванням

розрахунку можливих коливань на ринку товару/послуги. На підставі аналізу ринку, отриманих комерційних пропозицій потенційних постачальників, відкритих джерел інформації та інформації, що міститься в електронній системі закупівель «Прозоро» було сформовано очікувану вартість предмета закупівлі — 3003600.00 грн.

Ще одним важливим обладнанням для оновлення технічної бази Підприємства є Гістопроцесор, характеристики якого також відповідають встановленим вимогам діючих в Україні стандартів, нормативних актів, з урахуванням технологічних процесів та технічної сумісності з наявним устаткуванням, що визначає вид товару/послуги, який підлягає закупівлі для забезпечення нормального функціонування Бюро та забезпечення конкурентного середовища для учасників закупівель. Фінансування його придбання також включно до бюджету на 2023 рік шляхом внесення змін рішенням Запорізької міської ради від 07.12.2023р. №129.

Розрахунок очікуваної вартості товарів і послуг вираховується на підставі виділених бюджетних асигнувань, з урахуванням орієнтовних потреб для забезпечення функціонування Бюро в цілому та декількох пропозицій потенційних постачальників щодо товарів/послуг, які відповідають технічним та якісним характеристикам предмета закупівлі, або на основі інших відкритих джерел інформації, або договору минулого періоду з урахуванням розрахунку можливих коливань на ринку товару/послуги. На підставі аналізу ринку, отриманих комерційних пропозицій потенційних постачальників, відкритих джерел інформації та інформації, що міститься в електронній системі закупівель «Прозоро» було сформовано очікувану вартість предмета закупівлі — 3530000.00 грн.

Ще одно обладнання, придбання якого є першочерговим для оновлення технічної бази Підприємства є Мікроскопи з характеристики що визначені на підставі наявної потреби діючих в Україні стандартів, нормативних актів, з урахуванням технологічних процесів та технічної сумісності з наявним устаткуванням.

Фінансування їх придбання також внесені через коригування бюджету на 2023 рік рішенням Запорізької міської ради від 07.12.2023р. №129.

Розрахунок очікуваної вартості товарів і послуг вираховується на підставі виділених бюджетних асигнувань, з урахуванням орієнтовних потреб для забезпечення функціонування Бюро в цілому та декількох пропозицій потенційних постачальників щодо товарів/послуг, які відповідають технічним та якісним характеристикам предмета закупівлі, або на основі інших відкритих джерел інформації, або договору минулого періоду з урахуванням розрахунку можливих коливань на ринку товару/послуги. На підставі аналізу ринку, отриманих комерційних пропозицій потенційних постачальників, відкритих джерел інформації та інформації, що міститься в електронній системі закупівель «Прозоро» було сформовано очікувану вартість предмета закупівлі — 422600.00 грн.

Отже, першочерговими потребами оновлення технічної бази Підприємства є придбання 4-х видів обладнання на загальну суму майже 12 млн. грн. За результатами неодноразових звернень Підприємства до міської громади Запорізької області фінансування придбання визначеного обладнання за обґрунтованої вартістю було включено в бюджет 2023 року тільки в грудні 2023 року, на при кінці його завершення шляхом коригування бюджету. Тім не менш одразу було сформовано відповідне замовлення і розміщено в системі ПРОЗОРО і очікується проведення тендеру не закупівлю. Підприємство сподівається на успішне проведення тендеру найближчим часом.

Підприємство є власністю Запорізької міської ради, але більшість закладів охорони здоров’я громад Запорізького регіону не має відповідних можливостей виконання таких функцій, які має виконувати патологоанатомічне бюро. Тому їх функції також покладаються на КНП “Патологоанатомічне бюро” ЗМР .

Протиріччя розвитку визначає розрив між потребами підприємства в новому високотехнологічному обладнанні і можливостями фінансування, яке має забезпечуватися фінансуванням з державного і місцевого бюджетів.

Придбання невеликої кількості обладнання стало можливим за рахунок перерозподілу бюджету при кінці року. Надходження з інших джерел фінансування за рахунок надання платних послуг не може забезпечити придбання такого обладнання.

Доречним є визначення пріоритетів придбання обладнання та формування спеціалізованих комплексів. Тобто, для рішення завдань частіше придбання одиничного обладнання не може дозволити комплексно вирішувати завдання. Особливістю високих технологій є необхідність формування мережі підтримки. Це визначає, що для ефективного використання будь якого високотехнологічного пристрою обов'язковим є придбання додаткових елементів, які дозволяють ефективно використовувати основне обладнання.

Таким чином, при визначенні пріоритетів слід розглядати не окремі види обладнання, а комплектні комплекси, орієнтовані на вирішення завдань. Для оптимізації використання бюджетних коштів є визначення послідовності придбання, тому що де які комплекси для свого ефективного використання потребують вже підготовлену базу з інших комплексів.

Визначення пріоритетів доречно виконувати за допомогою системи постановки цілей SMART, яку свого часу було запропоновано Друкером [2, с.43]. Ця система передбачає наступні етапи визначення цілей:

S — Specific (конкретика);

M — Measurable (вимірюваність);

A — Achievable (досяжність);

R — Realistic (реалістичність, значимість);

T — Timed (потрібний час).

Після визначення цілей і пріоритетів важливим завданням стає знаходження джерел фінансування.

Вазначення цілей є початком формування стратегії розвитку організації. Сама розробка стратегії потребує більш детального додаткового розгляду [11, с.36].

## 3.2 Рекомендації щодо визначення стратегії розвитку та відновлення

Будь яке підприємство, навіть знов створено і навіть в умовах війни, повинно мати свою стратегію розвитку. Стратегія розвитку обов'язково враховує зміни і вимоги зовнішнього середовища. В умовах невизначеності стратегія має передбачати різні сценарії. На сьогодення один зі сценаріїв має орієнтуватись на де окупацію Запорізького регіону і завершення війни. Цей сценарій має формувати стратегію відновлення.

Теоретичні аспекти формування стратегії визначають кілька різних методологій, але основою розробки стратегій завжди є визначення цілей.

Отже, стратегія організації може визначатись сукупністю принципів здійснення діяльності і її відносин із зовнішнім та внутрішнім середовищем, перспективними цілями організації, а також відповідними рішеннями щодо вибору інструментів для досягнення цих цілей і орієнтацією ділової активності організації. Стратегія може розглядатися як перспектива розвитку організації і як модель чи схема реагування на зміни в середовищі, в якій працює ця організація. Стратегія не є фіксованою на весь час до досягнення цілей. Важливим є моніторинг всіх стадій реалізації стратегії.

Стратегічний контроль не менш важливий, ніж етап формування стратегії і підготовка стратегічного плану. Якщо при формуванні стратегії керівництво компанії неправильно оцінює можливості розвитку ринку та можливості розвитку інших компаній на ньому, та обирає непідходящу стратегію, то, якби успішно вона не була реалізована, компанія не досягне своєї мети.

У найбільшому ступені сформована теорія визначення стратегії для суб'єктів господарювання в бізнес середовищі, які займаються підприємницькою діяльністю.

Найбільш універсальним методологічним апаратом визначення стратегії розвитку та управління розвитком є процес стратегічного планування запропонований М.Месконом (Рис.3.1) [12, с. 215]. Цей механізм визнаний багатьма науковцями.

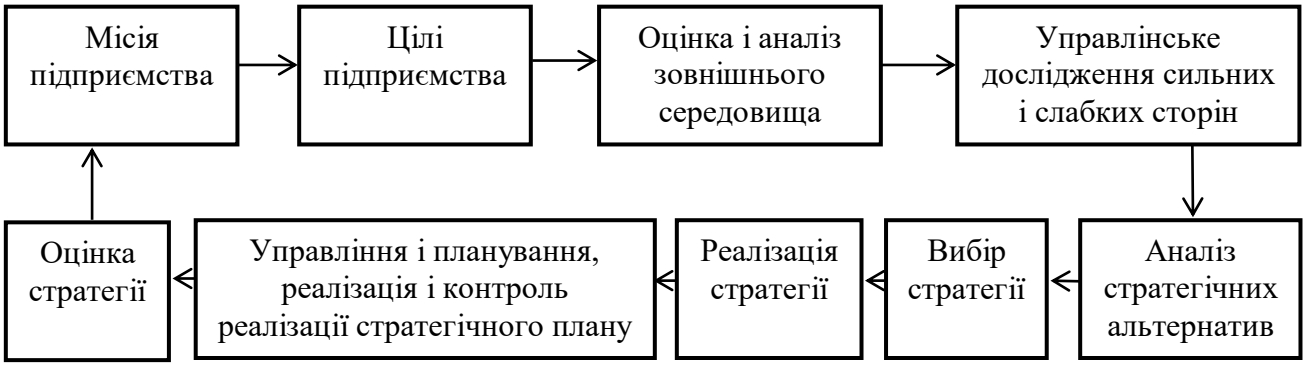



Рис.3.1 Процес стратегічного планування за М. Месконом

Місія підприємства і основні цілі його призначення, з врахуванням специфіки підприємства, визначені в Статуті. Наступним етапом визначення стратегії є оцінка і аналіз зовнішнього середовища. Існуюча ситуація характеризується великою складовою невизначеності і ризику. Визначення можливих сценаріїв розвитку подій дозволяє формалізувати обмежену кількість сценаріїв розвитку подій. Виходячи з теорії прийняття рішень в умовах невизначеності і ризику необхідним є визначення функції корисності і розрахувати її значення для всіх можливих сценаріїв розвитку подій.

Аналіз зовнішнього середовища являє собою процес, за допомогою якого керівництво встановлює, оцінює та контролює зовнішні у відношенні до організації фактори, щоб визначати можливості та загрози для її діяльності [33, с.73].

За своїм змістом аналіз зовнішнього середовища передбачає дослідження за такими рівнями [33, с.74]:

– мікро – внутрішнє середовище;

– мезо – безпосереднє оточення;

– макро – опосередковане оточення;

– меґа – світовий масштаб.

Три останні рівні складають зовнішнє оточення підприємства:

Ф. Котлер вважає, що зовнішнє середовище ( макросередовище ) складається з шести основних факторів [55, с.378]:

а) економічні – фактори, що пов’язані з обігом грошей, товарів, інформації та енергії;

б) політичні – фактори, що впливають на політичні погляди та поділяють людей на окремі політичні групи і знаходять вираження в діяльності та прийнятті рішень місцевими органами влади та уряду, сюди ще відносять правові чинники;

в) соціально–демографічні фактори, які впливають на рівень і тривалість життя людей, а також формують їхню ціннісну орієнтацію, до цієї групи можна віднести соціально–культурні фактори;

г) науково–технічні – фактори, що пов’язані з розвитком техніки, обладнання, інструментів, процесів обробки та виготовлення продуктів, матеріалів і технологій, а також know–how;

ґ) конкуренція – фактори, які відбивають майбутні та поточні дії конкурентів, зміни в частках ринків, концентрації конкурентів;

д) природно–географічні – фактори, пов’язані з розміщенням, топографією місцевості, кліматом і натуральними ресурсами (зокрема, корисними копалинами).

Внутрішнє середовище організації являє собою частину загального середовища її діяльності, що знаходиться в межах організації. Мета внутрішнього аналізу – глибоке вивчення фірми і надання керівництву інформації, необхідної при виборі стратегії. У результаті внутрішнього аналізу можна визначити: переоцінює чи недооцінює себе організація;

переоцінює чи недооцінює вона своїх конкурентів; яким вимогам ринку вона надає занадто великого чи занадто малого значення.

Внутрішнє середовище має декілька зрізів, кожен з яких включає набір ключових процесів і елементів організації, стан яких в сукупності визначає той потенціал і ті можливості, якими володіє організація. Визначаються наступні зрізи:

а) кадровий зріз внутрішнього середовища охоплює такі процеси, як взаємодія менеджерів і робітників; найм, навчання і просування кадрів, оцінка результатів праці і стимулювання; створення і підтримку відносин між працівниками і т.п.;

б) організаційний зріз включає в себе: комунікаційні процеси; організаційні структури, норми, правила, процедури, розподіл прав і відповідальності; ієрархію підпорядкування;

в) у виробничий зріз входять виготовлення продукту, постачання і ведення складського господарства; обслуговування технологічного парку; здійснення досліджень і розробок;

г) маркетинговий зріз внутрішнього середовища організації охоплює всі ті процеси, які пов'язані з реалізацією продукції. Це стратегія продукту, стратегія ціноутворення; стратегія просування продукту на ринку; вибір ринків збуту і систем розподілу;

ґ) фінансовий зріз включає в себе процеси, пов'язані із забезпеченням ефективного використання і руху грошових коштів в організації. Зокрема, це підтримка ліквідності і забезпечення прибутковості, створення інвестиційних можливостей і т.п.

Разом із тим всі ці зрізи мають підпорядковуватись генеральної стратегії розвитку підприємства. В наукових публікаціях визначаються наступні групи стратегій:

- група стратегій, що направлена на зростання за рахунок товару або ринку;
- група стратегій зростання за рахунок інтеграції;

– група стратегій зростання за рахунок диверсифікації.

Група стратегій зростання за рахунок товару або ринку визначається як стратегія концентрованого зростання і поєднує наступні стратегії:

– стратегія розвитку основного товару;

– стратегія розвитку нового товару;

– стратегія розвитку традиційного ринку;

– стратегія розвитку нового ринку.

Група стратегій зростання за рахунок інтеграції, або стратегій інтегрованого зростання поєднує наступні стратегії:

– стратегія зворотної інтеграції (передбачає встановлення контролю над підприємством, що в логістичному ланцюжку розташоване між компанією та її постачальниками);

– стратегія інтеграції, що направлена вперед (передбачає встановлення контролю над підприємством, що в логістичному ланцюжку розташоване між компанією та її споживачами);

– стратегія глобалізації (передбачає одночасне використання двох вищевказаних стратегій).

Група стратегій зростання за рахунок диверсифікації поєднує стратегії за наступними напрямами:

– стратегія центрованої диверсифікації (основна увага приділяється виявленню напрямів диверсифікації в існуючому сегменті діяльності);

– стратегія однорідної диверсифікації (зростання за рахунок активізації діяльності у суміжних з уже існуючими сферами );

– стратегія технологічної диверсифікації (вироблення продукції з використанням принципово нових технологій та методів виробництва);

– стратегія конгломератної диверсифікації (зростання на базі роботи в технологічно не пов’язаних між собою напрямках діяльності).

Визначена класифікації найчастіше визначається як типова. Можуть бути визначені і інші стратегії, які мають інше формулювання, але всі вони,

скоріше за все, при більш детальному розгляді будуть відноситись до визначених типових стратегій, або їх комбінації.

Якщо класифікувати стратегії за напрямом невизначеності, що спонукає до змін цілей стратегій, то їх можна розподілити наступним чином:

– стратегії, що залежать від невизначеності змін ринку та засновані на контролі за використанням ресурсів;

– стратегії, що залежать від невизначеності поведінки інших учасників процесу і потребують змін розвитку підприємства;

– стратегії, що залежать від зростання динаміки змін і відповідно ентропії середовища.

В умовах невизначеності потребується застосування методик прогнозування на основі екстраполяції тенденцій.

В умовах невизначеності і швидких змін зовнішнього середовища стратегії можуть визначатися методами з залученням експертів.

До таких методів відноситься метод мозкового штурму, метод Делфі, метод поступового покращення рішень і інші.

Стратегія розвитку комунального підприємства зі специфічним призначенням і функціями не може в чистому вигляді використовувати ці методи, але основні аспекти розробки стратегії можуть бути використанні.

Специфікою організації КНП “Патологоанатомічне бюро” ЗМР є наступні особливості призначення.

По-перше, комунальне некомерційне підприємство не має метою отримання прибутку.

По-друге, Власником підприємства є Запорізька міська рада, яка визначає обсяги і фінансування визначеної діяльності. Підприємство самостійно не може змінювати ані види діяльності, ані місце розташування.

По-третє, підприємство має функціональне призначення, що визначено в Статуті при його створенні. Ці функції визначаються власником і фінансуються їм.

По-четверте, стратегія може визначати розвиток організації для підвищення якості послуг та розширення додаткових послуг для забезпечення збалансованого розвитку підприємства.

По-п’яте, стратегія має орієнтуватися на зміни обсягів послуг і розширення кількості спів працюючих закладів при де окупації регіону.

Наступним етапом є дослідження сильних слабких сторін. На цьому етапі будується таблиця SWOT аналізу, яка додатково включає інформацію про загрози і можливості. Виходячи з цього краще проводити аналіз стратегічних альтернатив.

Проведення SWOT аналізу визначає особливості цього інструменту, але його використання може мати різні варіанти. Інформація про складові інформації SWOT аналізу може збиратися шляхом опитування учасників через заповнення відповідних анкет. Учасниками можуть бути або фахівці експерти, або всі зацікавлені особи. Тому процедура обрання респондентів для опитування має важливе значення для формування вибірки. Вибірка респондентів має бути репрезентативною. Велика кількість респондентів не є доцільною. При збільшення кількості респондентів в 4 рази, точність збільшується тільки в два рази. Тім більш, що різні групи респондентів визначають різні аспекти діяльності підприємства. Для формування кола респондентів доцільним є залучення пропорційної кількості стейкхолдерів з різних груп. Це можуть бути представники власника, співробітники, суміжні підприємства, які користуються послугами, або надають послуги, а також фізичні особи, що отримують послуги від підприємства.

Для отримання об’єктивної інформації, доцільним є проведення анонімного анкетування. Створення анкети має формуватись таким чином, щоб можна було обробляти інформацію і формувати основні розділи: сильні сторони, слабкі сторони, загрози і можливості. Для підвищення якості анкет доцільним є включення до складу анкет детекторів валідності.

За результатами SWOT аналізу отриманих результатів проводиться аналіз стратегічних альтернатив досягнення стратегічних цілей розвитку підприємства і вибір стратегії.

Реалізація стратегії потребує формування системи стратегічного управління, яка передбачає планування досягнення стратегічних цілей, контроль стану їх досягнення з наступним аналізом і прийняттям рішень щодо можливого їх коригування. На цьому етапі має виконуватись оцінка стратегії.

При реалізації стратегії необхідним є формування стратегічних під цілей і визначення шляхів їх досягнення.

Важливим елементом організації стратегічного управління є проведення моніторингу процесу досягнення стратегічних цілей з можливістю їх оновлення.

Оновлення цілей стратегічного управління визначається ринковими змінами. Зміна цілей практично формує новий вектор вхідних та вихідних параметрів системи управління. Відповідно змінюються майже всі елементи системи стратегічного управління від організаційної структури до застосування нових механізмів, що потребує оновлення компетенцій персоналу. Принципово нові параметри потребують нових методів обліку, контрою, аналізу. Практично змінюється вся система стратегічного управління підприємства.

Враховуючі особливості призначення комунального некомерційного закладу охорони здоров’я, який має фіксовані завдання і державне фінансування, стратегія його розвитку має бути направлена на досягнення наступних результатів.

По-перше, це забезпечення підприємства необхідним обладнанням і технологіями для виконання функціональних обов’язків. Враховуючі, що це нове підприємство і потребує практично повної заміни технічного обладнання і впровадження принципово нових технологій фінансування, що надає держава і місцевий бюджет не вистачає на виконання цього завдання.

По-друге, це розширення пулу джерел фінансування. Таке розширення може відбуватись через впровадження платних послуг та залучення додаткових коштів через гуманітарну та фінансову допомогу. Така допомога можлива в умовах війни і дозволяє частково задовольняти потреби підприємства. Але цього не достатньо і потребує продовження пошуку інших джерел.

По-третє, це розвиток співпраці з партнерами приватного сектору на умовах публічно-приватного партнерства.

Для підвищення ефективності стратегічного управління Нємцов В.Д. і Довгань Л.Є. [31, с.324] пропонують застосовувати методи системного підходу. При цьому вся система стратегічного управління розглядається, як сукупність підсистем, кожна з яких виконує свою окрему функцію і має відповідне функціональне призначення. В єдиній системі враховуються всі елементи управління: структура, функціональне призначення, інтегративний, комунікативний і історичний аспект.

За поглядами науковців використання системного підходу дозволяє виконувати системне вирішення завдань, що стають в ході стратегічного розвитку великого підприємства.

Нємцов В.Д. і Довгань Л.Є. визначають наступні основні завдання за напрямами стратегічного управління [31, с. 127-128 ]:

а) управління впливом зовнішнього середовища (стан законів, галузеві пріоритети, зміни у поглядах споживачів, зміни у конкурентів тощо);

б) управління грошовими потоками за усіма видами діяльності (їх достатнє формування і оптимальний розподіл);

в) управління ресурсами (раціональне формування, своєчасне застосування, ефективне використання);

г) управління інвестиціями та інноваціями для забезпечення конкурентоспроможності;

ґ) встановлення взаємозалежності між поточними і стратегічними планами розвитку підприємства;

д) прогнозування розвитку з урахуванням впливу слабких і сильних сторін;

е) управління конкурентоспроможністю для забезпечення достатнього рівня можливостей і ресурсів [31, с. 127-128].

Таким чином, можна дійти до висновку, що саме системний підхід до формування системи стратегічного управління дозволяє визначити і поєднати функціональні підсистеми управління, що утворюються для вирішення завдань стратегічного управління щодо досягнення цілей визначеної стратегії розвитку великого підприємства.

### 3.3 Можливості використання додаткових джерел фінансування для інноваційного оновлення комунальних установ і організацій в сфері охорони здоров'я

При переході закладів охорони здоров'я з державної форми власності в комунальну утворюються нові можливості використання додаткових джерел фінансування. Це можуть бути додаткові платні послуги, добровільні внески безповоротної фінансової допомоги, гуманітарна допомога з різних фондів і інші. Але таки джерела мають не великі обсяги і не можуть забезпечити інноваційне оновлення підприємства шляхом придбання вартісного обладнання і навіть будівництва. Основне фінансування таких процесів залишається в бюджетній сфері. Можливості використання додаткових джерел фінансування для інноваційного оновлення комунальних підприємств сфери охорони здоров'я можна розглянути на прикладі КНП "Патологоанатомічного бюро" ЗМР.

Враховуючі, що КНП "Патологоанатомічного бюро" ЗМР створено менш року тому, а обладнання, що знаходилось в державній власності потребує свого оновлення, то одним зі стратегічних завдань розвитку підприємства було визначено розширення пулу джерел фінансування цього підприємства. Державне фінансування як загального так і місцевого бюджету не може

забезпечити всю потребу переобладнання підприємства миттєво. Для послідовного щорічного фінансування потрібен час. При такому підході виконання функціональних обов'язків у повному обсязі можливе тільки через кілька років. А вісь цей час для виконання своїх завдань підприємство має укладати угоди і звертатися до інших підприємств навіть для тих, що знаходяться на достатньому віддаленні, але мають потрібне обладнання. Всі це знижує якість надання послуг населенню, приводить до затримки в часі і до додаткових транспортних витрат. Усунути ці недоліки та прискорити процес технічного і технологічного оновлення можна шляхом залучення фінансів з інших джерел. Тому для прискорення розвитку підприємства доцільним є пошук інших дієвих джерел фінансування.

В умовах війни такі джерела можна знайти за рахунок отримання грантів. Враховуючі, що гранти надаються для виконання проєктів, які пов'язані з життям та здоров'ям людини, екологією, зеленою енергетикою і іншими приоритетними напрямами розвитку суспільства, то заклад охорони здоров'я може знайти відповідну нішу, підготувати проєкт й отримати його фінансування. Але для цього треба мати відповідні навички як для пошуку відповідного гранту, так і для підготовки пропозиції для участі в конкурсі на отримання гранту. На сьогодні підприємство не має таких фахівців. А питання надання відповідних компетенцій є завданням закладів освіти. Аутсорсінгові послуги отримання грантів також потребують свого фінансування з великою складовою ризику не отримання гранту. Тому що підготовка і реєстрація заявки на отримання гранту не є гарантією його отримання. Розвиваючі цей напрям доцільним є розширення співпраці з закладами освіти і створення відповідних кластерів технологічного оновлення.

Іншим механізмом залучення фінансування є визнаний в світі механізм державно-приватного партнерства. У світі такий механізм більш відомий як публічно-приватне партнерство. Сутність його міститься у співпраці держави і бізнесу через механізм партнерства, який дозволяє отримувати від бізнесу фінансування на умовах, від яких будуть мати виграш обидві сторони

партнерства (рис.3.2). За цей схемою передбачається, що держава надає майно, яке знаходиться в державній власності для можливості його інноваційного оновлення, а бізнес надає інвестиції. Для повернення інвестицій бізнес отримує право використовувати майно де який час, отримуючи прибуток. Після погашення своїх витрат, повернення суми інвестицій з відсотком через прибуток бізнес повертає державі оновлений комплекс.

Рис.3.2 Схема державно-приватного партнерства [8]

Початком формування нормативної бази державно-приватного партнерства можна вважати прийняття у 1999 році Закону України “Про концесії”, який передбачає укладання між сторонами відповідних договорів. Схему укладання таких договорів наведено на рис.3.3.

За цей схемою для будівництва, реконструкції комплексу або його частини для надання послуг формується тристороння угода, в якої приймають участь концесієдавець, концесіонер і місцева або міжнародна фінансова установа або інша установа, яка може надати фінансування з умовою його повернення. За цій угодою концесієдавець визначає, який комплекс для надання медичних послуг йому потрібен. Міжнародна фінансова установа надає фінансування на його інноваційне оновлення через переобладнання, побудову і впровадження. А концесіонер здійснює всі роботи, вводить комплекс в експлуатацію і організує надання платних медичних послуг. Від

цих надходжень здійснюється повернення кредиту фінансовій установі і покриття витрат концесіонера. Після компенсації всіх витрат об'єкт повертається державі.

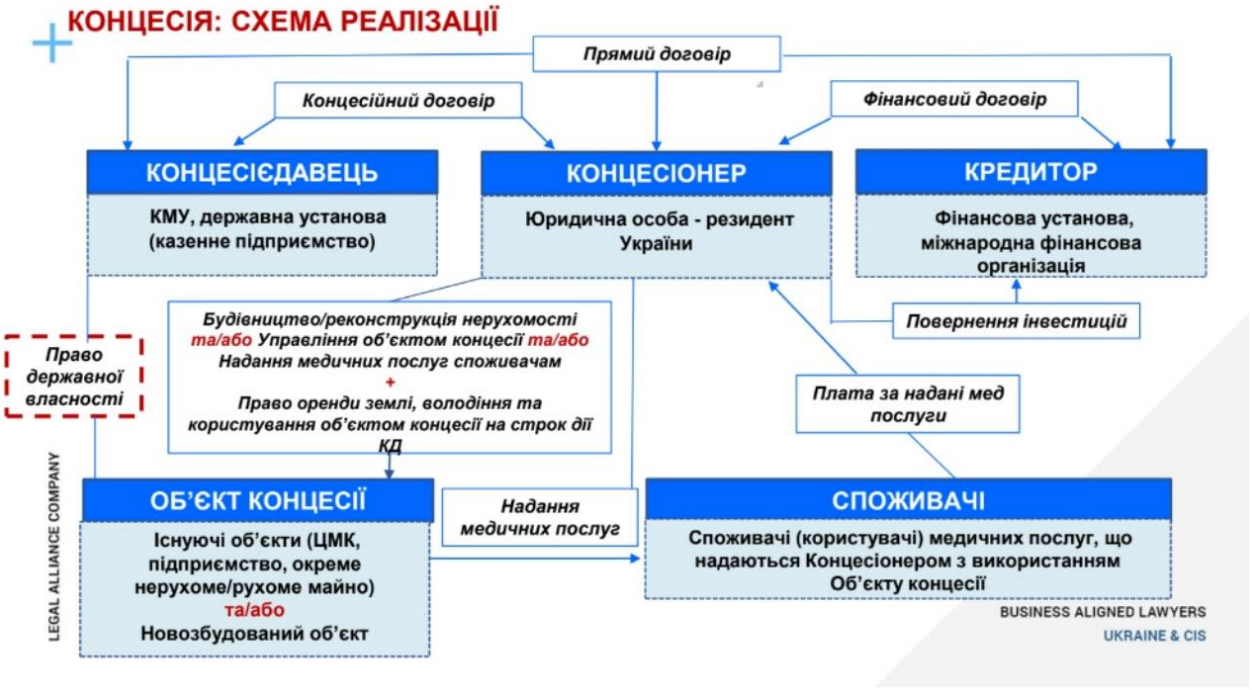



Рис.3.3 Схема реалізації механізму концесії при здійснення державно-приватного партнерства для закладів охорони здоров'я [8]

Для конкретизації взаємовідносин між концесієдавцем і концесіонером укладається договір концесії, який визначає умови передачі в концесію права на об'єкт державної власності, а також умови його повернення. Між концесіонером і фінансовою установою укладається фінансовий договір, який визначає суму фінансування і порядок її повернення.

За такою схемою всі учасники процесу мають вигоду. Концесієдавець забезпечує можливість населенню отримувати відповідні медичні послуги і після завершення всього циклу, отримує об'єкт надання послуг у державну власність. Концесіонер – отримує кредит на будівництво комплексу і після будівництва має можливість його експлуатації з отриманням прибутку, а міжнародна фінансова установа має можливість надання кредиту і його повернення з вигодою для неї.

Вже після прийняття закону про договори концесії виникло багато питань щодо конкретизації окремих умов роботи за такими договорами тому, що за договором концесії концесіонеру передається у тимчасове використання право державної власності. Тому для упорядкування питань щодо укладання договорів концесії КМУ прийняв ряд постанов, які конкретизують умови роботи за договорами концесії (табл.3.1).

Таблиця 3.1

**Основні Постанови КМУ щодо конкретизації умов роботи за договорами концесії**

| Постанови КМУ | Дата прийняття |
|---|---|
| Постанова КМУ «Про затвердження Переліку об'єктів права державної власності, які можуть надаватися в концесію» | 11.12.1999 №2293 |
| Постанова КМУ «Про реєстр концесійних договорів» | 18.01.2000 № 72 |
| Постанова КМУ «Про затвердження Методики розрахунку концесійних платежів» | 12.04.2000 №639 |
| Постанова КМУ «Про затвердження Типового концесійного договору» | 12.04.2000 №643 |
| Постанова КМУ «Про затвердження Порядку визначення об'єктів концесії, концесіонерам яких можуть надаватись пільги щодо концесійних платежів, дотації, компенсації, та умов їх надання» | 13.07.2000 №1114 |

В продовження врегулювання питань державно-приватного партнерства під час передачі державної власності в концесію у 2010 році був прийнятий Закон України “Про державно-приватне партнерство”.

А для врегулювання питань здійснення цього механізму, крім Законів України були прийняти постанови і розпорядження КМУ а також накази Міністерства економічного розвитку і торгівлі України для упорядкування відносин державно-приватного партнерства в Україні. Прийняття Господарського і Цивільного кодексів України також сприяли покращенню нормативно-правової бази. Основні Постанови КМУ наведені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Основні Постанови КМУ щодо врегулювання та уточнення положень Закону України “Про державно-приватне партнерство”**

| Постанови КМУ | Дата прийняття |
|---|---|
| Постанова КМУ «Про затвердження Порядку надання приватним партнером державному партнеру інформації про виконання договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства» | 09.02.2011 №81 |
| Постанова КМУ «Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними» | 16.02.2011 №232 |
| Постанова КМУ «Про затвердження Порядку надання державної підтримки здійсненню державно-приватного партнерства»; | 17.03.2011 №279 |
| Постанова КМУ «Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства» | 11.04.2011 №384 |
| Постанова КМУ «Деякі питання надання в концесію об’єктів державної власності» | 15.10.2012 №1055 |
| Постанова КМУ «Про затвердження Методики оцінки об'єктів паливно-енергетичного комплексу, що передаються в оренду чи концесію» | 12.11.2012 №1222 |
| Постанова КМУ «Про затвердження Порядку заміни приватного партнера за договором, укладеним у рамках державно-приватного партнерства» | 26.04.2017 №298 |

Прийняття цих документів дозволило конкретизувати і покращити можливості використання механізму державно-приватного партнерства і визначити відносини між учасниками в умовах змішаної економіки (Рис.3.4).

В загальному застосуванні, Закон України “Про державно-приватне партнерство” має розповсюджується на всі функції держави, які потребують додаткового фінансування для свого розвитку. Також він має враховувати особливості таких сфер діяльності, як охорона здоров’я, освіта, ЖКГ, транспорт, безпека і інші.

Такий механізм має дозволяти скорочувати час на впровадження нових комплексів для надання послуг населенню за рахунок залучення зовнішніх кредитів. Тобто за загальною схемою як державний, так і приватний сектор на умовах партнерства використовують свою власність, ресурси, можливості і

потреби для формування суспільного блага, розвитку економіки, підвищення якості життя.

Рис.3.4 Державно-приватне партнерство як відносини у теорії змішаної економіки [20, с.24]

Враховуючі нові можливості розширення джерел фінансування для оновлення підприємств державного сектору, які надав Закон України "Про державно-приватне партнерство" що був прийнятий у 2010 році, та керуючись Законами України «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про державно-приватне партнерство», враховуючи постанову Кабінету Міністрів України від 11.04.2011 № 384 «Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства», Запорізька міська рада прийняла рішення щодо затвердження порядку здійснення державно-приватного партнерства [49].

Відповідно цього положення уповноваженим органом щодо реалізації повноважень від імені Запорізької міської ради в ході здійснення державно-приватного партнерства є виконавчий комітет Запорізької міської ради, який набуває права в межах компетенції та на умовах, визначених Порядком. А саме наступні права:

– формувати персональний склад комісії (комісій) з питань проведення конкурсу з визначення приватного партнера для здійснення ДПП щодо об'єктів комунальної власності, затверджувати персональний склад та положення про комісію (комісії);

– організовувати та затверджувати результати конкурсів з визначення приватного партнера;

– приймати рішення про передачу об'єктів комунальної власності приватним партнерам для виконання умов договорів, укладених в рамках державно-приватного партнерства;

– виконувати інші повноваження, передбачені Порядком.

Для прискорення впровадження механізму державно-приватного партнерства Запорізька міська рада зобов’язала керівників виконавчих органів Запорізької міської ради, керівників комунальних підприємств, установ та організацій:

– забезпечити виконання заходів зі здійснення державно-приватного партнерства;

– в термін до 30.07.2013 надати виконавчому комітету Запорізької міської ради пропозиції щодо здійснення державно-приватного партнерства.

Виконавчому комітету Запорізької міської ради було доручено в термін до 31.07.2013 розробити і прийняти рішення, необхідні для реалізації Порядку.

Контроль за виконанням цього рішення було покладено на першого заступника міського голови з питань діяльності виконавчих органів ради Свіркіна Д.О. та на голову постійної комісії міської ради з питань соціального та економічного розвитку, бюджету і фінансів Великого В.І.

За цім рішенням майже нічого не було зроблено. Крім того, починаючі з 2014 року майже одночасно почало інтенсивно проходити реформування системи охорони здоров'я і реформа децентралізації влади, які постійно змінювали умови і можливості реалізації цього механізму.

Комплексне реформування, яке здійснюється останнє десятиріччя по всіх сферах діяльності в Україні, визначає необхідність зміни законодавчої бази для переходу від державно-приватного партнерства до публічно-приватного партнерства (рис.3.5).

Рис.3.5 Нова схема реалізації публічно-приватного партнерства

Починаючі з 2018 року заклади охорони здоров'я почали змінювати форму власності з державної на комунальну і переходити у власність місцевих

громад. Як наслідок почала змінюватись система їх фінансування. Зміна форми власності також приводила до неможливості здійснення державно-приватного партнерства у визначеному в законі форматі.

Для ефективної реалізації цього процесу необхідним є створення потрібного інституційного середовища, нормативної бази, забезпечення державного управління і регулювання цих процесів.

За станом на сьогодні часткову модернізацію застосування Закону України “Про державно-приватне партнерство” зроблено через додаткові постанови КМУ. Але це не вирішує всіх проблем, тому доцільним є прийняття нового Закону України про публічно-приватне партнерство, в якому державно-приватне партнерство буде розглядатись як один з варіантів публічно-приватного партнерства.

Отже, з проведенням децентралізації владних повноважень і реформи системи охорони здоров’я Закон України “Про державно-приватне партнерство” потребує доопрацювання і перевід в площину публічно-приватного партнерства. Відсутність такого доопрацювання стримує можливості його використання вже сьогодні для застосування цього механізму і прискорення модернізації сфери комунальних установ, які знаходяться у власності територіальних громад.

## Висновки до розділу 3

За підсумками проведеного дослідження розглянуті шляхи удосконалення механізмів публічного управління комунальними установами та підприємствами в сфері охорони здоров’я на прикладі КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР.

Вплив військової агресії РФ висунув нові завдання комунальним установам і організаціям. Основним фактором є зміна характеру захворювань та суттєве збільшення кількості звернень з пораненнями за наслідками

бойових дій, обстрілів і руйнувань. Суттєве збільшилась потреба в крові, а також в матеріалах, ліках, інструментах і обладнанні для проведення операцій.

КНП «Патологоанатомічне бюро» ЗМР є комунальною неприбутковою установою, яку створено менш ніж рік тому вже в умовах війни. Враховуючі наближення Запоріжжя до лінії фронту, формування Підприємства проходило з врахуванням нових завдань. Основними джерелами фінансування підприємства є кошти, що виділяються з державного бюджету та міського бюджету. Враховуючі специфіку підприємства воно є унікальним в Запорізькому регіоні. Тому саме це підприємство обслуговував інші заклади охорони здоров'я регіону.

Разом із тим обладнання, яке потрібно для виконання функцій патологоанатомічного бюро або застаріле, або зовсім відсутнє. Відсутність потрібного технічного обладнання потребує передачі біоматеріалів для аналізу на підприємства інших регіонів, що значно ускладнює і уповільнює процес і погіршує умови надання послуг пацієнтам.

Враховуючі що підприємство створено після формування і розподілу бюджету, то на поточний рік не було враховано фінансування технічного оновлення підприємства і придбання обладнання. Неодноразові звернення підприємства до міської ради і департаменту охорони здоров'я привели до коригування бюджету поточного року у грудні. Це дало можливість фінансування придбання першочергового обладнання майже на 12 млн. грн.

За результатами дослідження визначено необхідність встановлення пріоритетів придбання обладнання відповідно до визначених цілей стратегічного розвитку підприємства. Розглянута методика визначення стратегії розвитку орієнтується на де окупацію Запорізького регіону і його відновлення. А встановлення пріоритетів придбання обладнання визначається необхідністю забезпечення замкнутого технологічного циклу кожної групи обладнання.

Для визначення пріоритетів доцільним є використання технології визначення цілей SMART, яка дозволяє встановити доцільну послідовність придбання обладнання.

Для досягнення цілей технічного та технологічного оновлення важливим є визначення джерел фінансування. Бюджетне фінансування в умовах війни має обмеження і не дозволяє повне оновлення миттєво. Здійснення такого оновлення за рахунок бюджету стає довготривалим процесом. Для скорочення термінів оновлення доцільним є пошук додаткових джерел фінансування.

Таким джерелами можуть бути отримання грантів і застосування механізму державно-приватного партнерства, що прописаний в законах України.

Отримання фінансування за рахунок грантів потребує набуття компетентностей персоналу, або залучення аутсорсінгових послуг. Персонал КНП не має потрібних компетентностей і потребує навчання. А підготовка грантових заявок з залученням аутсорсінгових послуг також потребує фінансування, яке є дуже ризикованим, тому що подання заявки не є гарантією отримання гранту.

Механізм державно-приватного партнерства має менш ризиків, але потребує укладання угод між сторонами: договір концесії, фінансовий договір і тристороння угода.

Ефективному використанню цього механізму в Україні заважає те, що реформа після 2014 року сприяла переведенню державної власності у комунальну власність місцевих громад, що автоматично переводить такий механізм у площину публічно-приватного партнерства.

Прийняття постанов КМУ, які модифікують і уточнюють Закон України “Про державно-приватне партнерство” не вирішують всіх питань.

На сьогодні цей закон потребує нове видання і визначення умов здійснення механізму публічно-приватного партнерства.

Для досягнення цілей стратегії розвитку та відновлення необхідним є формування системи стратегічного управління. Система управління має виконувати функції стратегічного планування, моніторинг і контролю процесу досягнення цілей з можливістю їх коригування за результатами аналізу.

За результатами моніторингу може виконуватись оцінювання обраної стратегії. У випадку суттєвих змін зовнішнього середовища може обиратись інша стратегія.

# ВИСНОВКИ

За підсумками проведеного дослідження визначено основні аспекти процесу реорганізації публічного управління в системі охорони здоров’я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та особливості їх функціонування під час війни на прикладі КНП “Патологоанатомічне бюро” ЗМР.

В ході дослідження розглянуті теоретичні основи реорганізації системи публічного адміністрування в системі охорони здоров’я. Проаналізовано стан публічного управління в системі охорони здоров’я та його зміни при впровадженні національної системи охорони здоров’я. Визначені шляхи удосконалення механізмів публічного управління комунальними установами та підприємствами в сфері охорони здоров’я.

Проведено дослідження і здійснено порівняння найбільш розповсюджених в світі систем охорони здоров’я. Найбільш раціональною системою визнано систему на основі моделі Беверіджа, яка поєднує переваги бюджетного фінансування з можливостями надання приватних послуг. Така система дозволяє розширити пул джерел фінансування. Але впровадження системи потребує умов розвитку інших систем публічного управління. Національна система охорони здоров’я не може бути перенесено повним повторенням. Обов’язковою має бути врахування особливостей країни. Саме тому перехід на нову систему охорони здоров’я не мав успіху тривалий час. Створення умов впровадження було здійснено після початку реформи децентралізації і нових можливостей територіальних громад.

Основною метою дослідження є формування методичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління комунальними некомерційними підприємствами та визначення особливостей їх функціонування під час війни.

При виконанні дослідження виконані наступні завдання:

1. Узагальнено закордонний досвід організації національних систем охорони здоров’я розвинутих країн та визначено рекомендації що можуть бути використанні в системі охорони здоров’я України. Що дозволило обґрунтувати необхідність формування національної системи охорони здоров’я на основі моделі Беверіджа.

2. Проведено дослідження сутності національної реформи інституційного забезпечення змін публічного управління та адміністрування в системі охорони здоров’я. Можливості впровадження системи з’явились тільки після початку проведення реформи децентралізації і розвитку територіальних громад з власним бюджетом.

3. Проведено дослідження процесів створення комунальних некомерційних підприємств в муніципальній системі охорони здоров’я та процесів публічного управління та адміністрування цих підприємств. Процеси створення комунальних підприємств дозволяють суттєво розширювати пул джерел фінансування, що сприяє покращенню надання послуг.

4. Проаналізовано процес створення та публічного управління комунальним некомерційним підприємством на прикладі «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради. Розглянуто всі етапи підготовки статуту, формування організаційної структури підпорядкування комунальних підприємств, власником яких стають органи місцевого самоврядування територіальних громад.

5. Проаналізовано основні аспекти забезпечення діяльності КНП “Патологоанатомічне бюро” ЗМР та публічне управління і адміністрування його діяльності. Визначено необхідність розробки стратегії розвитку та оновлення.

6. Визначено нові завдання, що виникли перед комунальним некомерційним підприємством «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради за наслідками збройної агресії російської федерації проти України.

7. Запропоновано шляхи вирішення нових завдань КНП «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради за наслідками збройної агресії російської федерації.

8. Запропоновано рекомендації щодо визначення стратегії розвитку КНП «Патологоанатомічне бюро» Запорізької міської ради.

9. Запропоновано шляхи розвитку публічно-приватного партнерства для інноваційного оновлення комунальних некомерційних підприємств.

Виконанні завдання дозволили одержати наступні наукові результати, які можуть бути визнаними науковою новизною.

Проведене дослідження дозволило поглиблене дослідження процесів реформування системи охорони здоров'я, публічного управління та адміністрування мережі комунальних некомерційних підприємств, а також визначити нові завдання що виниклі за наслідками збройної агресії і шляхи їх вирішення.

В ході проведеного дослідження удосконалено аналіз світових національних систем охорони здоров'я та визначення рекомендацій що можуть бути використанні в системі охорони здоров'я України. Удосконалено систематизацію процесів формування мережі комунальних некомерційних установ в муніципальній системі охорони здоров'я та можливості їх публічного управління і адміністрування міською радою.

Науковою новизною можна вважати удосконалення механізмів вирішення нових завдань комунальних некомерційних підприємств системи охорони здоров'я під час війни.

Також удосконалено механізм оптимізації мережі комунальних некомерційних підприємств для виконання нових завдань в умовах війни.

За результатами дослідження подальшого розвитку дістали історико-логічний аналіз національних систем охорони здоров'я розвинутих країн.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні виклики та загрози економічній безпеці України в умовах воєнного стану. Експертно-аналітична доповідь. Національний інститут стратегічних досліджень. 2023. 16 с. URL: http://surl.li/mpviv (дата звернення: 01.11.2023).

2. Башинська І. О. SMART-підхід до визначення цілей смартизації промислового підприємства. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2019. №5, Том 30 (69), Частина 1. С. 41-46.

3. Бородієнко О.В. Публічно-приватне партнерство закладів професійної освіти: практичний посібник. Біла Церква: Видавець Пшонківський О.В., 2020. 302с.

4. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Зозуля І. С., Латишев Є. Є., Михальчук В. М. Сучасні підходи до управління матеріальними ресурсами медичного закладу. *Український медичний часопис*. 2013. № 1. С. 19–22. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2013_1_8 (дата звернення: 01.11.2023).

5. Гавриченко Д., Козирєва О., Попова Т., & Сергієнко Л. Механізм фінансування охорони здоров'я україни в умовах трансформацій. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, 2022. 1(42), 125–133. https://doi.org/10.55643/fcaptp.1.42.2022.3674

6. Грищенко, С. Підготовка та реалізація проєктів пуб-лічно-приватного партнерства: Практичний посібник для органів місцевої влади та бізнесу. Київ: ФОП Москаленко О.М. 2011. 140с.

7. Губанова, Т. Державно-приватне партнерство у сфері освіти і науки в Україні: нормативно-правова характеристика *Теорія держави і права*, 2019. № 6. С.220-224.

8. Державно-приватне партнерство в медичній галузі Україні: реалії та перспективи. Реанімаційний пакет реформ. URL :

https://rpr.org.ua/news/derzhavno-pryvatne-partnerstvo-vmedychniy-haluzi-ukraini-realii-ta-perspektyvy. (дата звернення: 01.11.2023).

9. Долгіх М. В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я : дис. … доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 публічне управління та адміністрування. Міжрегіональна академія управління персоналом, Київ, 2021. URL: https://ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/anot_Dolgih.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

10. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658 (дата звернення: 01.11.2023).

11. Іванов С. М. Аналіз переваг використання SMART- технологій в економіці. *Економіка та держава*. 2018. № 7, С. 35-38.

12. Ілляшенко С.М. Управління інноваційною діяльністю: магістерський курс (основи інноваційного менеджменту) : підручник / за заг. ред. д.е.н., проф. С.М. Ілляшенка. – Суми : ВТД «Університетська книга», 2013. – 858 с.

13. Індекс людського розвитку: Україна посіла 88 позицію серед 189 країн. URL: https://www.undp.org/uk/ukraine/press-releases/indeks-lyuds%CA%B9koho-rozvytku-ukrayina-posila-88-pozytsiyu-sered-189-krayin (дата звернення: 01.11.2023).

14. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід [Текст]: Колективна монографія [Сазонець Л.І., Саричев В.І. та ін.] : За наук. ред. д. е. н., проф. Сазонця І.Л. – Рівне : Волин. обереги, 2019. – 396 с.

15. Корольков В.В., Грошева Ю.В. Публічно-приватне партнерство комунальної установи «Запорізьке обласне бюро судово-медичної експертизи» в умовах війни. *«Відновлення України та її регіонів в контексті глобальних трендів: управління, адміністрування та забезпечення». Тези*

*доповідей міжнародної науковопрактичної конференції, Запоріжжя, 25–26 травня 2023 р.* Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2023. С.238-241 URL: https://zp.edu.ua/uploads/dept_s&r/2023/conf/1.1/Collection_of_abstracts.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

16. Корольков В.В., Походенко Р.А. Реорганізація публічного управління в системі охорони здоров‘я шляхом створення комунальних некомерційних підприємств та особливості їх функціонування під час війни. *«Відновлення України та її регіонів в контексті глобальних трендів: управління, адміністрування та забезпечення». Тези доповідей міжнародної науково-практичної конференції, Запоріжжя, 25–26 травня 2023 р.* Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2023. С.241-243 URL: https://zp.edu.ua/uploads/dept_s&r/2023/conf/1.1/Collection_of_abstracts.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

17. Корольков В.В., Соріна О. О., Тельчаров Е. А.Управління знаннями при реалізації стратегії інноваційного оновлення підприємства. *Ефективна економіка*. 2021. № 11. – URL: http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=9529 (дата звернення: 20.07.2023). DOI: 10.32702/2307-2105-2021.11.71

18. Корольков В.В.,Ткачук О. Ю., Татоян В. В. Організація системи управління публічними закупівлями в об’єднаних територіальних громадах. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 11. – URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2380 (дата звернення: 20.07.2023). DOI: 10.32702/2307-2156-2021.11.37

19. Книш С. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров’я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2019. Вип. 1. С. 55.

20. Круглов В.В. Розвиток державно-приватного партнерства в Україні: механізми державного регулювання: монографія. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр».2019. 252 с.

21. Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. – Дніпропетровськ, 2016. - 53 с.

22. КНП "Патологоанатомічне бюро" Запорізької міської ради. Офіційний сайт. URL: https://www.patburo.zp.ua/ (дата звернення: 01.11.2023).

23. Лісовська О. О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. *Економічний вісник*. Серія : Фінанси, облік, оподаткування. 2020. С. 96–103

24. Литвиненко М. В Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 2018. 3(62). 126–133. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2018_3_19 (дата звернення: 01.11.2023).

25. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : монографія. К. : «МП Леся», 2017. 344 с.

26. Матукова Г.І., Макаренко В.О. Тайм-менеджмент у системі управління персоналом: теорія та практика впровадження. *Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова*. 2018. Т. 23. Вип. 6(71). С. 58-63.

27. Методичні Рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001282-17#Text (дата звернення: 01.11.2023).

28. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

29. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

30. Негода В. Передача районних медичних закладів у комунальну власність громад: завдання – зберегти спроможну мережу закладів охорони здоров'я. нараді Міністерства розвитку громад та територій і Міністерства охорони здоров'я з обласними державними адміністраціями та асоціаціями органів місцевого самоврядування URL: https://decentralization.gov.ua/news/13096 (дата звернення: 01.11.2023).

31. Нємцов В.Д., Довгань Л.Є. Стратегічний менеджмент. Навчальний посібник. Київ: ТОВ «УВПК ЕксОб», 2022. 560 с.

32. Обуховська Л.І. Чинники діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Право та державне управління.* 2020 р., № 1 том 2 С.226-232

33. Осовська, Г.В. Стратегічний менеджмент: теорія та практика: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Г. В.Осовська, О. Л. Фіщук, І. В. Жалінська. – К.: Кондор, 2012. – 196 с. с. 89

34. Основи законодавства України про охорону здоров'я Електронний ресурс. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text (дата звернення: 01.11.2023).

35. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки. Версія 2.4 (від 21/07/2022року) ПРОЕКТ 21.07.2022 URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

36. Приходченко Л. Л., Лесик О. В. Управління системою охорони здоров'я: класифікація світових моделей та вітчизняний досвід їх впровадження. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. Випуск 30. 2022. С.64-70 URL: http://pag-journal.iei.od.ua/archives/2022/30-2022/11.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

37. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : Закон України від 07.07.11 № 3611-VI. Відомості Верховної ради України. 2012. № 12–13. С. 86.

38. Про державно-приватне партнерство. Закон України від 1 липня 2010 року № 2404-VI зі змінами і доповненнями. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text (дата звернення: 01.11.2023).

39. Про концесії. Закон України від 16.07.1999 № 997-XIV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997-14#Text (дата звернення: 01.11.2023).

40. Про концесію. Закон України від 03.10.2019 №155-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-IX#Text (дата звернення: 01.11.2023).

41. Програма з розвитку державно-приватного в Україні «USAID Public Private Partnership Development Program (P3DP) in Ukraine»: URL: https://ppp.worldbank. org/public-private partnership/sites/ppp.worldbank.org/files/2022-03/PA00KTHT.pdf (дата звернення: 30.10.2023).

42. Про затвердження Порядку здійснення державно–приватного партнерства в м. Запоріжжі. 36 сесія міської ради 26.06.2013: Рішення міської ради. URL: https://zp.gov.ua/uk/sessions/70/resolution/3328 (дата звернення: 01.11.2023).

43. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19 (дата звернення: 01.11.2023).

44. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.12 № 5081-VI. Відомості Верховної ради України. 2013. №3 0. С. 340. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text (дата звернення: 01.11.2023).

45. Про державно-приватне партнерство. Закон України від 1 липня 2010 року № 2404-VI зі змінами і доповненнями. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text (дата звернення: 01.11.2023).

46. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон

України від 07.07.11 № 3612-УІ. Відомості Верховної ради України. 2012. № 12–13. С. 81.

47. Про схвалення Концепції реформи фінансування охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р.URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689 (дата звернення: 01.11.2023).

48. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1013-р. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689 (дата звернення: 01.11.2023).

49. Сайт Запорізької міської ради. URL: https://zp.gov.ua/uk/page/struktura-zaporizkoi-miskoi-vladi (дата звернення: 01.11.2023).

50. Ставицький А., Сачко В. Моделювання індексу людського розвитку у світі. *ВІСНИК Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2020. 5(212). С.33-43.

51. Статут комунального некомерційного підприємства "Патологоанатомічне бюро" Запорізької міської ради. URL: https://zp.gov.ua/upload/content/o_1gs7hnhc8rvuvn5pdf16l91tteisd.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

52. 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.nayka.com.ua/?op=1&z=5275 (дата звернення 10.10 2019).

53. Чернецький В. Ю. Вплив держави на формування моделей організації охорони здоров'я в зарубіжних країнах. *Публічне адміністрування: теорія та практика : електронний збірник наукових праць*. 2012. Вип. 2(8). URL: http://dridu.dp.ua/zbirnik/2012-02(8)/12cvyzzk.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

54. 17. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дисертація / Чорноморський національний університет імені Петра Могили. Миколаїв,2017. URL: https://chmnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/Disertatsiya_Shevchuk_Viktoriyi_Viktorivni.pdf (дата звернення: 01.11.2023).

55. Шершньова, З.Є. Стратегічне управління : підручник / З.Є. Шершньова. – Вид. 2–ге, перероб. та доп. – К. : Вид–во КНЕУ, 2004. – 699 с.

56. Beveridge, William: Social Incurance and Allid Services, London, 1942.

57. Building primary care in a changing Europe. Case studies / D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, R.B. Saltman. - European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2015. – 315p.

58. Charlotte Kühlbrandt and Wienke Boerma. Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: Success and challenges (англ.). Eurohealth (1 February 2015).

59. Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds).Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.

60. Field M. G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic. Sosial Science and Medicine. 1980. V 14a, № 5. P. 401.

61. Figueras J. Health systems in transition: learning from experience /J.Figueras, M.McKee, J.Cain, and S.Lessof (Eds.). World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. - 153p.

62. Health Systems Financing. The path to universal coverage. World Health Organization: The World Health Report, 2010. – 128p.

63. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, 2001. 56. – С.171–204.

64. Lekhan V., Rudiy V., Shishkin S.The Ukrainian health financing system and options for reform. Copenhagen, WHO, 2007.- 33p. Електронний документ: E90754.pdf

65. Lekhan VN, Rudiy VM, Shevchenko MV, Nitzan Kaluski D, Richardson E. Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition, 2015; 17(2): 1–153.

66. Mark G. Field. Noble Purpose, Grand Design,Flawed Execution, Mixed Results: Soviet Socialized Medicine after Seventy Years (англ.). American Journalof Public Health (1 February 1990).

67. McKee M. Hospitals in a changing Europe: options for Europe./ M.McKee, J.Healy. European Observatory on Health Care. Buckingem: Open University Press, 2002. – 324 p.

68. Novikova, I., Zabarna, E., Volkova, O., Fedotova, I., & Korolkov, V. (2023). Economic prospects of post-war recovery: challenges and opportunities for sustainable development in Ukraine. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, 3(50), 298–307. https://doi.org/10.55643/fcaptp.3.50.2023.4091

69. Roland Martin Primary Medical Care in the United Kingdom / Martin Roland, Bruce Guthrie, David Colin Thomé // Journal of the American Board of Family Medicine(JABFM). - July-August 2015, 28 (4) - P.6-11.

70. Saltman R.B. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care / R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press, 2006. – 286 p.

71. Schoen C. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries / C. Schoen, R. Osborn, P.T. Huynh [et al.] // Health Affairs. - 2005. - W5. – P.509-525.

72. Starfield B., Macinko LJ. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly. 2005,83.Is. 3:457-502