

УДК 352: 614.2

DOI <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.1-2.35>

Л. І. Обуховська

медичний директор

Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня»

ЧИННИКИ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ ПІДПРИЄМСТВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

У статті визначено, що сучасні механізми державного та регіонального управління впливають на сформовані процедури управління охороною здоров'я в місцевих громадах та управління комунальними некомерційними підприємствами закладами охорони здоров'я. Доведено, що система, яка склалась на сьогодні в управлінні комунальними підприємствами закладами охорони здоров'я, не є ізольованою від світу. Вона відповідає європейським аналогам та ґрунтується на відомих світових моделях охорони здоров'я. У країнах Європи тривалий історичний проміжок часу складалися основи сучасної системи охорони здоров'я. У вітчизняних умовах ці процеси проходять революційними темпами. Метою статті є визначення чинників діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. Тому у статті визначено чинники розвитку діяльності комунальних підприємств у процесі децентралізації. Серед них такі як: визначення основних характеристик децентралізації системи управління охороною здоров'я, визначення переваг та недоліків децентралізації, вдосконалення законодавчого та нормативно-правового забезпечення процесу децентралізації, організаційна робота щодо практичного втілення кращих практик діяльності комунальних підприємств у регіонах, запровадження системи фінансування, яка є адекватною вимогам проведення децентралізації, розвиток телемедицини. Доведено, що система охорони здоров'я в цілому та діяльність комунальних підприємств охорони здоров'я має дуже складне інституційне регулювання. 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 необхідно визначити такі: необхідність проведення капітальних та поточних ремонтів приміщень, придбання спеціалізованого обладнання нового покоління, збільшення кількості ставок лікарів та медичного персоналу, необхідність оновлення кадрів та працевлаштування молодих спеціалістів.

Ключові слова: діяльність, комунальні, підприємства, заклади, охорона здоров'я, децентралізація, система.

Постановка проблеми. Сучасні механізми державного та регіонального управління вирішально впливають на сформовані управлінські процедури управління охороною здоров'я в місцевих громадах та процедури управління комунальними некомерційними підприємствами закладами охорони здоров'я. Система, яка склалась на сьогодні в управлінні комунальними підприємствами закладами охорони здоров'я, не є ізольованою від світу. Вона відповідає європейським аналогам та ґрунтується на відомих світових моделях охорони здоров'я. Однак у країнах

Європи тривалий історичний проміжок часу склалися основи сучасної системи охорони здоров'я, проте у вітчизняних умовах ці процеси проходять революційними темпами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У зв'язку з цим значна кількість науковців приділяє цій проблемі багато уваги. Зокрема, в монографії під редакцією І.Л. Сазонця «Інституційна трансформація державного управління охорони здоров'я: Україна та іноземний досвід» проаналізовано напрями трансформації управління системою охорони здоров'я в регіоні, досліджено економічну діяльність комунального закладу охорони

здоров'я на прикладі комунального підприємства, визначено вплив міжнародних грантових програм на розвиток системи охорони здоров'я в регіоні [1]. Такі автори як І.Я. Зима [2], О.Є. Романенко [3], В.І. Саричев [4], О.М. Сазонець [5] також досліджували функціонування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Мета статті. Незважаючи на велику кількість публікацій щодо проблем державного управління охороною здоров'я, саме її трансформація на первинному рівні надання медичної допомоги в регіонах викликає багато питань. Тому метою поданої статті є визначення чинників діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації

Виклад основного матеріалу. Порівняльний аналіз іноземного досвіду децен-

тралізації у сфері охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про те, що такі процеси є складним завданням та залежить від таких 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) [6].

Таблиця 1

Функції системи охорони здоров'я на різних рівнях децентралізації [6]

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

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 подано консолідовані підходи щодо функцій системи охорони здоров'я на різних рівнях децентралізації.

Важливим складником системи регламентації діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я є закони, які регулюють життя країни на регіональному та субрегіональному рівні.

Механізми формування комунальної власності, які було закладено в Законі України «Про місцеве самоврядування», активно проваджувалися у практику господарювання в останні роки. Набуття закладами та організаціями статусу комунальних проходило і проходить у межах широко відомого процесу децентралізації. Безперечно, процес децентралізації має значну кількість переваг, але має й недоліки. До переваг процесу децентралізації ми можемо віднести такі:

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

До недоліків процесу децентралізації можна віднести такі:

- ускладнення процесу перерозподілу фінансових ресурсів через бюджет

та управління бюджетним процесом у цілому;

- складність узгодження локальних потреб територіальних громад із макроекономічними потребами країни;
- виникнення регіональних фіскальних розбіжностей;
- зниження централізованого бюджетного контролю над формуванням та ефективним розподілом бюджетних ресурсів;
- обмеження централізованого вирівнювання дохідної та видаткової частини бюджетів територіальних громад [7].

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. До таких недоліків ми можемо віднести таке:

- 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);
- 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;
- 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 правової прогалини і протиріччя;
- 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;

– 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[8].

Як уже відзначалося, головне спрямування системи нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я спрямовано на посилення процесу децентралізації в медицині. Практична реалізація цих актів уже привела до вагомих змін в управлінні закладами охорони здоров'я в регіонах. Це підтверджується окремими висновками соціологічного опитування, яке було представлено вище. У відповідях на питання експерти високо оцінили конкретні повноваження органів місцевої влади, які приводять до реорганізації діяльності медичних установ у сільській місцевості на основі нових соціально-ринкових підходів. Недостатньо вагомими повноваженнями органів державної влади експерти вважають такі як: «Заслуховування звітів про роботу керівників підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад» та «Встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідних територіальних громад». Ці 2 пункти мають більшою мірою формальний «бюрократичний» характер і прямо не впливають на ефективність діяльності медичних закладів.

Суто організаційні заходи не зможуть привести до позитивного ефекту діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я в регіонах, якщо не буде підведена якісна та реальна організація розподілу фінансів між центром та регіонами. Одним із документів, який регламентує розподілення фінансових повноважень у процесі децентралізації, є Концепція реформи фінансування сис-

теми охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України 30.11. 2016. Відповідно до документу, нова модель фінансування має базуватися на таких принципах:

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

- універсальність покриття та справедливості 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 – установа 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.[9].

Проведене нами дослідження процесу діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я щільно пов'язано з дослідженням стану процесу децентралізації. Реалізація теоретичних підходів у формуванні інфраструктури

системи децентралізації медицини та впровадження законодавчих та нормативних актів дозволила досягти значних результатів у цій сфері. Загальний стан процесу децентралізації у країні можна охарактеризувати так: із початку проведення процесу децентралізації в нашій країні було створено 1 029 об'єднаних територіальних громад, і на початок 2020 р. 49 громад, які вирішили об'єднатися, чекають на затвердження свого рішення. З 1 029 об'єднаних територіальних громад – 44 ОТГ з адміністративними центрами в містах обласного значення, що свідчить про укрупнення міських громад і приєднання приміських населених пунктів до міст. Середня чисельність населення однієї громади за 5 років створення об'єднаних громад складає 11 388 осіб. За роками цей показник виглядає так: 2015 р. – 8 711 осіб, 2016 р. – 8 359 осіб, 2017 р. – 8 417 осіб, 2018 р. – 18 964 особи, 2019 р. – 15 269 осіб. Останні два роки показують значно вищу кількість жителів у нових об'єднаних громадах, що зумовлено розвитком процесу приєднання ОТГ до міст обласного значення [10].

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 спеціалі-

зованого 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. Одним із таких підприємств, яке має потужну матеріально-технічну, медичну, лабораторну базу, фаховий персонал, є комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня». У сфері надання медичних послуг комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» проводить свою діяльність відповідно до положень Програми «Здоров'я 2020», зокрема, таких її пунктів як: проведення заходів із профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивація населення до здорового способу життя, запровадження заходів із реабілітації, організацію спеціальних заходів із медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами.

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

Реформування діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я вже приносить позитивні результати. За підсумками опитування соціологічної групи «Рейтинг», за останній рік у Рівненській області покращився рівень суспільного

оптимізму. Так, 44% опитаних вважають, що справи в Україні йдуть у правильному напрямку (17% – у 2018), 40% позитивно говорять про ситуацію в області (20% – у 2018) та 43% – про ситуацію у своєму місті/селі (27% – у 2018).

За рік відбулось значне зростання кількості тих, хто позитивно оцінив роботу державних медичних закладів: 47% опитаних оцінюють позитивно якість послуг, 28% – негативно. Краще за інших роботу цих установ оцінили молодші та заможніші опитані, а також ті, хто частіше звертається до лікарів [11].

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

- значне підвищення якості надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, які знаходяться в будь-якому місці;

- надання консультаційної допомоги медичним працівникам, котрі працюють у центральних районних лікарнях та знаходяться на відстані від обласних діагностичних центрів та клінічних лікарень;

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

- організація особливих форм телеконсультування (телеконсиліум, дистанційний обхід), раціональне використання досвіду російської (багатоточкової відеоконференції) й північноамериканської (спеціальні заходи для медсестер) моделей телемедицини;

- ефективний розвиток і впровадження принципів доказової медицини. Ефективним буде використання телемедичних та інтернет-систем, які дозволяють поєднувати досвід професіоналів у про-

цесі мультицентрових досліджень, проводити спільну роботу над методичними, науково-практичними й іншими доказовими матеріалами (північноамериканська, африканська модель);

- важкодоступним, сільським та іншим районам із нерозвинутою інформаційною інфраструктурою варто віддати перевагу мобільному й бездротовому доступу до Інтернету та його сервісів (успішно апробований у межах африканської та "low-cost" моделей);

- успішне реформування амбулаторно-поліклінічного сектора й ефективний розвиток сімейної медицини. Необхідне реальне впровадження підходів та ідей концепції "Citizen-Centred Care" і домашньої телемедицини з опорою на північноамериканську модель;

- вирішення специфічних завдань відомчої медицини (військова медицина, медицина катастроф, обслуговування ізольованих груп тощо) потребує використання мобільних і стаціонарних телемедичних систем, які доцільно створювати, відповідно до російської моделі та моделі «два острови» [12, с. 65–66].

Висновки і пропозиції. Отже, ми можемо визначити основні чинники розвитку діяльності комунальних підприємств у процесі децентралізації як: визначення основних характеристик децентралізації системи управління охороною здоров'я, визначення переваг та недоліків децентралізації, вдосконалення законодавчого та нормативно-правового забезпечення процесу децентралізації, організаційна робота щодо практичного втілення кращих практик діяльності комунальних підприємств у регіонах, запровадження системи фінансування, що є адекватною організаційним вимогам проведення децентралізації, розвиток телемедицини.

Список використаної літератури:

1. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід / І.Л. Сазонець та ін. ; за ред. І.Л. Сазонця. Рівне. 2019, 396 с.
2. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні інститути у трансформації державної системи управління охороною здоров'я. Рівне : Волинські обереги. 2018. 168 с.

3. Романенко О.Є., Сивий Р.П. Імплементация політики європейського союзу у сферу трансформації державної служби в Україні на основі електронного урядування. *Стратегія і тактика державного управління*. 2019. № 3–4. С. 68–73.
4. Саричев В.І. Порівняльний контекст функціонування системи охорони здоров'я України та співпраця з міжнародними інституціями. *Стратегія і тактика державного управління*. 2018. № 1–2. С. 53–63.
5. Сазонець О.М., Алі Альшаафі Мохамед Іноземний досвід управління медичними закладами в інформаційно-комунікаційному середовищі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 14. С. 18–22.
6. Степанова О.В. Світові моделі фіскальної децентралізації в охороні здоров'я: розвиток між бюджетною консолідацією та ринком. *Ефективна економіка*. 2016. № 11. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=5275> (дата звернення 10.10.2019).
7. Патицька Х.О. Фінансова децентралізація як основа формування самодостатніх територіальних громад. *Ефективна економіка*. 2015. № 10. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=4412> (дата звернення 10.10.2019).
8. Клименко О.В. Обґрунтування необхідності систематизації законодавчих актів України в сфері охорони здоров'я громадян і розробки медичного кодексу. *Державне управління : удосконалення та розвиток*. 2013. № 1. URL: <http://www.dyu.nauka.com.ua/?op=1&z=679> (дата звернення 10.10.2019).
9. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України 30.11.2016 р. *Електронний ресурс*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення 10.02.2020).
10. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування. Національний проект «Децентралізація». Міністерство розвитку громад та територій. *Електронний ресурс*. URL: <https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/regional-dev/rozvytok> (дата звернення 10.02.2020).
11. Матеріали опитування соціологічної групи Рейтинг. URL: <http://ratinggroup.ua/ru/archive/> (дата звернення 10.12.2019).
12. Поживілова О.В. Інформаційні технології в системі охорони здоров'я (до проблеми наукового забезпечення державного управління розвитком системи охорони здоров'я України). *Інвестиції: практика та досвід*. 2010. № 22. С. 65–66.

Obukhovska L. Factors of activity of the municipal enterprises of health institutions in decentralization conditions

The article determines that the current mechanisms of state and regional government influence the established procedures of health care management in local communities and management of communal non-profit enterprises of health care institutions. It has been proven that the current system of managing public utilities is not isolated from the world. It is consistent with European counterparts and is based on well-known world models of health care. In Europe, the foundations of a modern healthcare system have formed a long historical span. In domestic conditions, these processes are at a revolutionary pace. The purpose of the article is to determine the factors of activity of public utilities in healthcare facilities under decentralization. The factors of development of activity of communal enterprises in the process of decentralization are determined. These include: defining the main features of decentralization of the healthcare management system, identifying the advantages and disadvantages of decentralization, improving the legislative and regulatory support of decentralization process, organizing work on the practical implementation of best practices of utility companies in the regions, introducing a financing system that is adequate to the requirements of decentralization, the development of telemedicine. It has been proven that health care system as a whole and the activities of public health utilities have very complex institutional regulation. Establishing health care facilities in the united communities faces a number of challenges that need to be addressed urgently. The main problems in activity of enterprises should include the following: capital and current renovation of premises, the need to purchase specialized equipment of the new generation, increasing funding for the purchase of medicines and supplies, increasing the number of doctors and medical staff, the need for staff renewal and employment of young specialists.

Key words: activity, utilities, enterprises, institutions, health care, decentralization, system.