

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

*«Допущено до захисту
магістерської роботи»*

Завідувач кафедри громадського здоров'я,
та управління охороною здоров'я
_____ д.мед.н., проф. В.А. Огнєв

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ
СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ
НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

Здобувач вищої освіти групи ПУА-21

О.Ю. Вернігор

Науковий керівник

д.мед.н., проф.

В.А. Огнєв

Рецензент

д.мед.н. проф.

О.А. Короп

Харків 2023

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ	8
1.1. Політика органів місцевої влади у сфері надання медичних послуг населенню.....	8
1.2. Механізм функціонування державного регулювання надання населенню медичної допомоги та його характеристика	15
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	28
2.1. Медична допомога на регіональному рівні в контексті децентралізації державного управління медичною системою України.....	28
2.2. Нормативно-правове забезпечення процесів децентралізації управління системою надання медичних послуг місцевому рівні.....	35
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.....	47
3.1. Складові забезпечення якості медичних послуг в умовах трансформаційних перетворень.....	47
3.2. Удосконалення механізмів публічного управління надання медичних послуг в Україні	54
ВИСНОВКИ.....	64
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	71

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ

АЗП/СМ	–	Амбулаторія загальної практики - сімейної медицини
АПЗ	–	Амбулаторно-поліклінічні заклади
ВАОЗ	–	Всесвітня асамблея охорони здоров'я
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕМД	–	Екстрена медична допомога
ЗВОЗ	–	Загальні витрати на охорону здоров'я
ЗОЗ	–	Заклад охорони здоров'я
ЛЗП/СЛ	–	Лікар загальної практики – сімейний лікар
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України
ОМС	–	Органи місцевого самоврядування
ОТГ	–	Об'єднана територіальна громада
ПМСД	–	Первинна медико-санітарна допомога
СЛА	–	Сімейна лікарська амбулаторія
УОЗ	–	Управління (департамент) охорони здоров'я
ФАП	–	Фельдшерсько-акушерський пункт
ЦПМСД	–	Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦРЛ	–	Центральна районна лікарня

ВСТУП

Актуальність теми. Оскільки Україна має стати соціально-правовою, демократичною державою відбуваються, складні суспільні трансформації, метою яких є збереження цілісності, а також суверенності української держави, при цьому важливо пам'ятати, що система охорони здоров'я потребує суттєвого вдосконалення діючих механізмів, які повинні бути спрямовані на задоволення потреб населення, покращення системи надання медичної допомоги, що повинно бути обґрунтовано системою державного управління для регулювання її складовими, оскільки надзвичайно важливо впровадити управлінську діяльність щодо державного забезпечення надання якісної та доступної медичної допомоги населенню, що проживає на території України.

Багато науковців, представників громадськості, юристів, економістів, фахівців в галузі державного управління піднімають це питання, наголошуючи на необхідності розробки та впровадження науково обґрунтованої державної політики, яка дозволить створити умови по забезпеченню населення доступною і якісною медичною допомогою.

У сфері охорони здоров'я даною проблемою також займаються видатні організатори охорони здоров'я, серед них: Т. С. Грузєва, Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко, Д. В. Карамішев та інші.

Вітчизняні вчені також досліджували проблему якості та державного забезпечення доступності населенню медичної допомоги, а саме: О. Д. Корвецький, О. В. Баєва, З. С. Гладун, В. М. Лехан, Г. О. Слабкий та інші

Незважаючи на наявність наукових розробок реалізації та удосконалення публічного управління щодо удосконалення державного регулювання надання медичної допомоги населенню, окремі питання цього процесу залишаються не вирішеними, що, в свою чергу, потребує їх наукового осмислення та визначило тему дослідження.

Мета дослідження. Метою даної роботи є розробка теоретичних

положень, методичних основ та практичних рекомендацій щодо розробки підходів щодо удосконалення державного регулювання надання медичної допомоги населенню. Для реалізації мети дослідження було передбачено вирішення таких завдань:

- з'ясувати сутність, принципи та напрями розвитку політики органів місцевої влади у сфері надання медичних послуг населенню;
- дослідити змістовно-функціональну характеристику комплексного механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги;
- охарактеризувати надання медичної допомоги на регіональному рівні в контексті децентралізації державного управління медичною системою України;
- проаналізувати нормативно-правове забезпечення процесів децентралізації управління системою надання медичних послуг місцевому рівні;
- обґрунтувати складові забезпечення якості медичних послуг в умовах трансформаційних перетворень;
- визначити шляхи удосконалення механізмів публічного управління надання медичних послуг в Україні.

Об'єктом дослідження є управління системою медичної допомоги населенню.

Предметом дослідження є теоретичні основи розвитку управління системою медичної допомоги населенню на регіональному рівні.

Методи дослідження. В роботі використано фундаментальні положення теорії публічного управління та місцевого самоврядування, діалектичний метод, загальнонаукові принципи наукових досліджень. Інформаційна база: законодавчі акти, що регулюють вирішення проблем державного регулювання соціально-економічних відносин на регіональному та міському рівнях; законодавство України щодо управління системою медичної допомоги населенню на регіональному рівні; офіційні інформаційно-аналітичні та статистичні матеріали.

Використовувалися методи емпіричного та теоретичного дослідження, а

саме: системний підхід, історичний підхід, методи індукції та дедукції, аналізу та синтезу, аналогії, порівняння, абстрагування, класифікації, структурного аналізу, моделювання. При з'ясуванні сутності, принципів та напрямів розвитку політики органів місцевої влади у сфері надання медичних послуг населенню були використані метод системного підходу, метод логіки та метод діалектики. При дослідженні змістовно-функціональної характеристики комплексного механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги – системно-структурний аналіз, метод порівняльного аналізу; при обґрунтуванні складових забезпечення якості медичних послуг в умовах трансформаційних перетворень – формально-логічний підхід, об'єктно-орієнтоване моделювання, методи математичного моделювання; при визначення шляхів удосконалення механізмів публічного управління надання медичних послуг в Україні – системний та комплексний підходи.

Практичне значення результатів, що отримані в результаті дослідження в тому, що розроблено теоретичні та методичні положення, які дають змогу підвищити ефективність публічного управління в органах публічної влади через розвиток удосконалення державного регулювання надання медичної допомоги населенню, можуть бути використані в роботі кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами, грантами. Магістерську роботу виконано в межах наукового дослідження, що проводилося кафедрою громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Зокрема, у річищі цих досліджень магістрант обґрунтовує напрямки посилення ролі органів місцевого самоврядування у сфері надання медичної допомоги населенню.

Апробація результатів роботи. Теоретичні положення, принципів ідеї та висновки дослідження були представлені до обговорення на засіданні кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського

національного медичного університету (протокол № 20, від 1 листопада 2022 року)

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

1.1 Політика органів місцевої влади у сфері надання медичних послуг населенню

У системі людських цінностей здоров'я відіграє першорядну роль, оскільки є важливим фактором, який впливає на економічний, соціальний і культурний розвиток держави, її міжнародний авторитет і конкурентоспроможність у світі. Здоров'я нації визначає демографічну ситуацію і стан національної безпеки в країні, є одним із показників високорозвиненого суспільства. Пріоритетними напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні є напрями визначені на рис. 1.1.

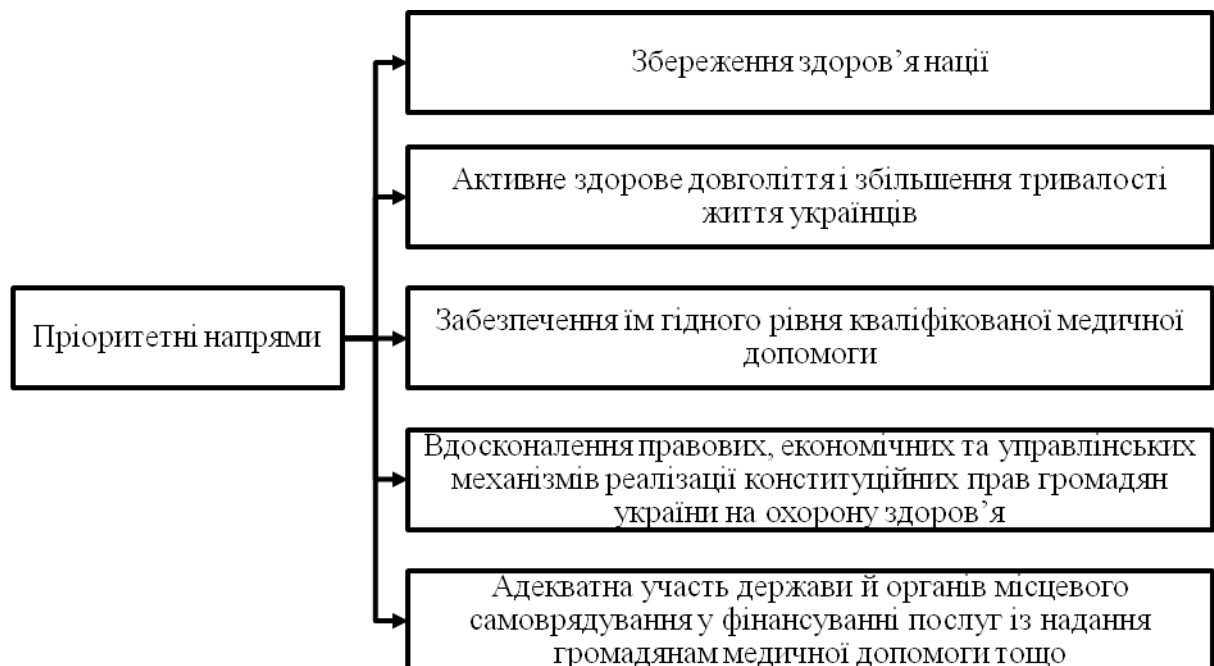


Рисунок 1.1 – Пріоритетні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні

На місцевому рівні процес управління охороною здоров'я здійснюють органи місцевого самоврядування, серед функцій яких у цій сфері – покращення стану здоров'я територіальної громади, задоволення потреб громадян у послугах з охорони здоров'я відповідної якості тощо. Проте в умовах медичної реформи в нашій країні питання сутності та змісту політики органів місцевої влади у сфері охорони здоров'я населення ще потребують глибокого вивчення.

Стан здоров'я населення є інтегральним індикатором ступеня благополуччя суспільства. Рівень здоров'я нації визначає структуру та обсяги медичної та медико-соціальної допомоги і є кінцевим результатом діяльності щодо збереження та зміцнення здоров'я, яке здійснюється державою та галуззю охорони здоров'я [13]. У статті 3 Конституції України задекларовано, що людина, її життя та здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [28].

В основі державної політики України в галузі охорони здоров'я лежать загальнодержавні рішення щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я української нації шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових і медичних заходів [22, с. 7].

Державне регулювання надання медичної допомоги в Україні базується на принципах, які враховують як загальні засади організації охорони здоров'я, так і національні особливості, притаманні системі охорони здоров'я кожної країни [23, с. 62].

Стаття 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає основні принципи державного управління у сфері охорони здоров'я України щодо забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню (рис. 1.2.) [41].

Механізми, за допомогою яких реалізуються на практиці зазначені вище принципи регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню, наступні:

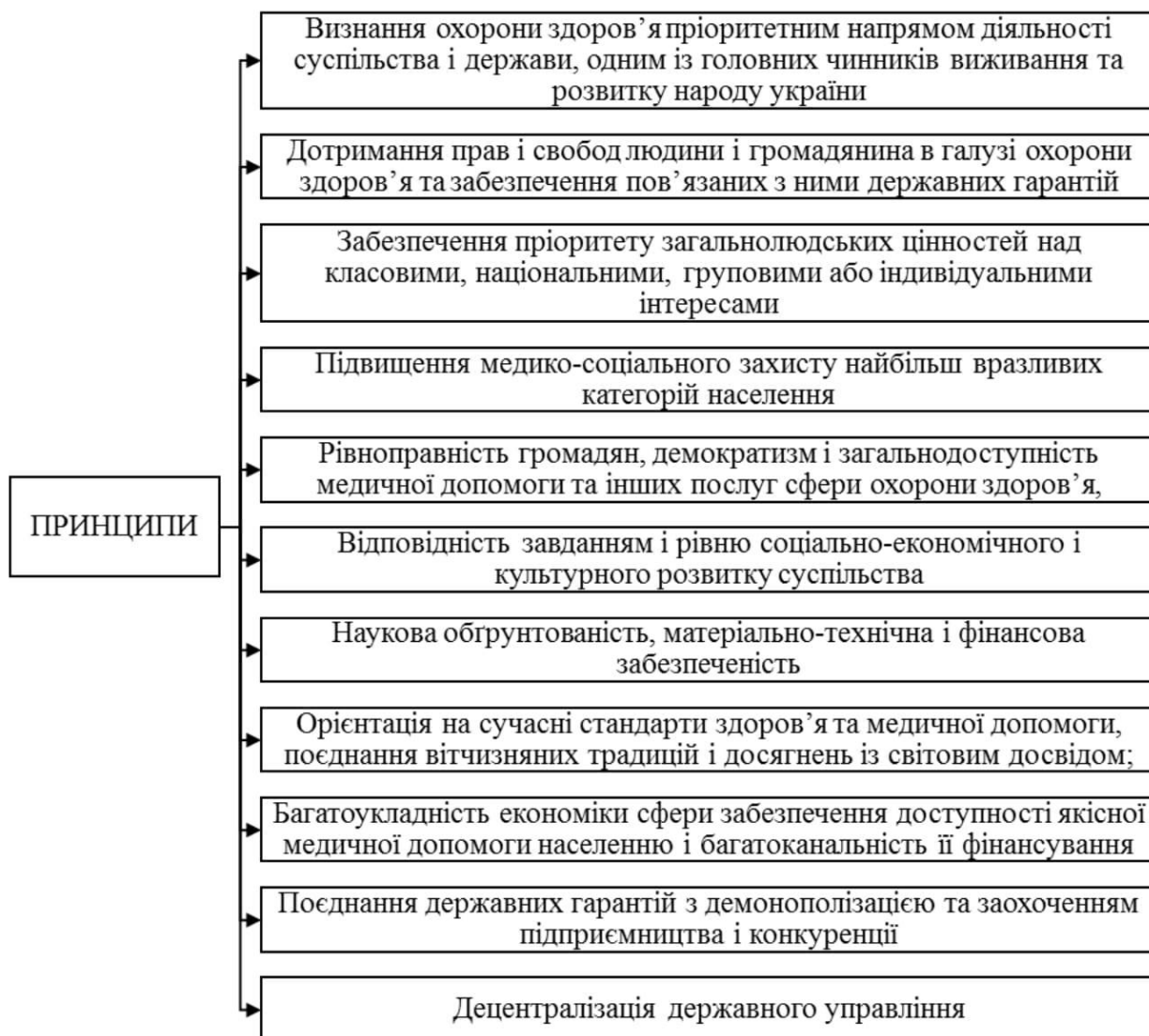


Рисунок 1.2 – Основні принципи державного управління у сфері охорони здоров'я України

- нормативно-правове регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги;
- фінансування галузі;
- організація системи надання доступної і якісної медичної допомоги на макро- та макрорівнях;
- розміщення фінансових ресурсів;
- заходи прямого втручання у ринок – адміністративне регулювання.

Законодавство розглядає медичне обслуговування, як діяльність закладів

охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою [41]. Тобто «медична допомога» – це результат професійної діяльності медичних працівників у закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності.

Узагальнюючи напрацьовані в науковій літературі визначення терміну «доступність медичної допомоги», можна зазначити, що доступність медичної допомоги – це законодавчо врегульована та організаційно забезпечена можливість надання своєчасної й кваліфікованої медичної допомоги та прийнятність за рівнем якості для населення країни цієї допомоги незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів тобто відсутність перепон для отримання пацієнтом медичних послуг, пов'язаних з організацією надання медичної допомоги.

У системі державного регулювання надання медичної допомоги населенню виділяють наступні типи ієрархій: ієрархія державного регулювання на базовому рівні – сільський район, місто; на регіональному рівні – область; на національному рівні – держава; технологічна ієрархія (ієрархія надання медичної допомоги): екстрена медична допомога, первинна медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога; ієрархія управлінського персоналу в організації [14].

Розподіл галузевих повноважень за рівнями здійснюється за принципом: простіше та з більшою кількістю споживачів повноваження передаються на нижчий рівень, складніше чи специфічніше на вищий рівень. Зовсім специфічні повноваження, які не завжди і не всюди зустрічаються, потреба у яких не стосується всіх областей, передаються на національний рівень [65, с. 28]. Такий підхід відповідає критеріям, визначеним Бюджетним Кодексом України:

- 1) перший рівень (громада або базовий) – надання первинної медико-санітарної допомоги;

2) другий (район) – надання стаціонарної допомоги;

3) третій (область) – надання високоспеціалізованої допомоги.

Ключовими характеристиками рівнів є: першого – доступність, другого – якість, третього – спеціалізованість [10].

Вагома роль у регулюванні діяльності галузі охорони здоров'я на регіональному рівні належить органам місцевого самоврядування, які згідно із Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» [48] виконують функцію практичної реалізації завдань з охорони здоров'я людей певного населеного пункту (села, селища чи міста, району, області).

Як зазначають науковці Солоненко І., Солоненко Н., Торбас О. [66, с. 251], організація діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я в Україні базується на традиційній пострадянській моделі утримання установ охорони здоров'я, для якої характерними є фінансування їх на принципах постатейного кошторису. Відсутні економічні механізми підвищення доступності та якості медичної допомоги, відповідальності за стан здоров'я територіальних громад адміністративного району. Згідно зі статтею 44 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» повноваження районних та обласних рад визначені на рис. 1.3. [48].



Рисунок 1.3 – Завдання районних і обласних рад в сфері охорони здоров'я

У статті 15 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України здійснюють Рада Міністрів Автономної Республіки Крим і місцеві державні адміністрації [41]. Адміністративно-правове регулювання повноважень ОМС відбувається відповідно до законодавства і охоплює такі функції: управління, регулювання, забезпечення, організації, контролю тощо. Згідно з Законом [41], органи місцевого самоврядування формують і реалізують місцеву та регіональну політику в межах своїх адміністративно-територіальних одиниць. Таким чином, органи місцевого самоврядування отримують важливу управлінську функцію у сфері охорони здоров'я.

До повноважень ОМС у сфері охорони здоров'я належать:

- захист прав і свобод людини і громадянина у галузі охорони здоров'я та забезпечення виконання вимог законодавства про охорону здоров'я;
- затвердження місцевих цільових програм у галузі охорони здоров'я;
- забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг, що фінансуються за рахунок відповідних місцевих бюджетів;
- сприяння пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;
- організація забезпечення населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення у порядку, визначеному законодавством;
- реєстрація відповідно до законодавства статутів (положень) розташованих на відповідній території установ охорони здоров'я незалежно від форми власності;
- забезпечення умов рівного розвитку постачальників медичних послуг усіх форм власності та створення рівних можливостей для використання їх потенціалу з метою надання населенню медичних послуг;
- активне сприяння здійсненню протиепідемічних заходів тощо.

У діяльності місцевих органів влади з охорони здоров'я існує низка проблем, зокрема недостатньо розвинена мережа установ охорони здоров'я в

регіонах (до того ж їх об'єднання, а подекуди й закриття), відсутність механізмів економічної мотивації діяльності закладів охорони здоров'я, обмежене ресурсне забезпечення.

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, система охорони здоров'я повинна бути максимально наближеною до людини, місця її проживання, роботи, навчання і відпочинку; основою будь-якої національної системи охорони здоров'я має бути первинна медико-санітарна допомога населенню [43].

Виконавчі комітети сільських, селищних і міських рад реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених Законами України «Про місцеві державні адміністрації» [49], «Про місцеве самоврядування» [48]. Основні повноваження місцевого самоврядування встановлюються Конституцією або законом згідно з Європейською хартією про місцеве самоврядування [25]. В Україні вони закріплені в загальному вигляді у статті 143 Конституції України [29], а деталізацію їх надано в Законі «Про місцеве самоврядування в Україні» [48].

Важливим напрямом діяльності органів муніципального регулювання у сфері охорони здоров'я є фінансування комунальної системи охорони здоров'я. Зокрема, при реалізації повноважень у галузі планування та бюджетно-фінансовій сфері муніципальні органи управління затверджують програми соціально-економічного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць, місцевий бюджет, вносять зміни до нього, затверджують звіт про виконання відповідного бюджету [16].

Головним пріоритетом держави у сфері охорони здоров'я є покращення здоров'я нації. Стратегічним планом у покращенні здоров'я нації є Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [46], спрямована на створення умов для формування здорового способу життя українських громадян і збереження їхнього здоров'я; виконання законодавчих положень щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги; оновлення

механізмів управління в сфері охорони здоров'я; покращення демографічної ситуації в Україні тощо.

На думку окремих українських учених, реформування сфери охорони здоров'я пов'язано з еволюцією органів державної влади й місцевого самоврядування від утримання галузі охорони здоров'я до формування стратегічного замовника послуг в інтересах територіальної громади, автономізацією закладів охорони здоров'я та упровадженням договірних відносин між розпорядником коштів державного та місцевого бюджетів і постачальниками послуг, що дасть змогу реалізувати конституційні права громадян на охорону здоров'я та медичне забезпечення [34].

В Україні актуалізується потреба в удосконаленні політики органів місцевої влади у сфері охорони здоров'я населення, розвитку їхньої соціальної функції та організаційно-правових засад. В нових умовах реформування медичної галузі органи місцевого самоврядування повинні виконувати функції замовника послуг відповідно до потреб територіальних громад, діяльність яких спрямована на підвищення рівня забезпечення громадян сучасними медичними послугами та невідкладною якісною медико-санітарною допомогою. Слід пам'ятати, що основною метою соціального розвитку будь-якої країни є збереження здоров'я людей, профілактика захворювань та інвалідності.

1.2. Механізм функціонування державного регулювання надання населенню медичної допомоги та його характеристика

Метою нової Європейської політики «Здоров'я-2020» є значне поліпшення здоров'я і підвищення рівня благополуччя населення, скорочення нерівності щодо здоров'я, зміцнення громадської охорони здоров'я і забезпечення наявності стійких систем охорони здоров'я, орієнтованих на

потреби людей, які характеризуються високою якістю допомоги та дотриманням принципів загального охоплення населення, соціальної справедливості і солідарності [20].

В Україні, як і у більшості країн світу справедливість і рівність визнають основними цінностями, якими керуються органи державної влади. Проте дотримання цих цінностей є досить складним завданням. Саме тому ведеться постійний пошук оптимальних моделей систем охорони здоров'я, які дозволяють в умовах жорстких обмежених ресурсів забезпечувати максимальне охоплення населення доступним і якісним медичним обслуговуванням.

Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я (ВАОЗ) у своїй резолюції 23.61 визначено, що для оптимального розвитку охорони здоров'я в будь-якій країні необхідно в першу чергу [67, с. 19]:

- проголошення відповідальності держави і суспільства за охорону громадського здоров'я населення, втілюваної на основі проведення комплексу економічних і соціальних заходів, які прямо чи побічно сприяють досягненню найвищого рівня здоров'я населення шляхом створення загальнонаціональної системи служб охорони здоров'я на основі єдиного національного плану і місцевих планів, а також шляхом цілеспрямованого і ефективного використання для потреб охорони здоров'я усіх сил і ресурсів, які суспільство на кожному етапі свого розвитку може виділити для цього;

- забезпечення всьому населенню країни найвищого можливого рівня кваліфікованої, загальнодоступної профілактичної і лікувальної допомоги, яка надається без фінансових чи інших обмежень.

Отже саме держава є відповідальною за здоров'я своїх громадян. І хоча вона не може гарантувати усім належний рівень здоров'я, проте повинна створити певні передумови для його збереження і поліпшення, гарантуючи право на захист від певних загроз для здоров'я, право не зазнавати ризику несприятливих чинників навколишнього середовища, доступність медичної допомоги. Беручи до уваги багатогранність державного впливу на розвиток

надання медичної допомоги населенню, можна зазначити, що кожен період розвитку потребує перманентного вдосконалення існуючих механізмів й оцінки ефективності державного регулювання ним.

Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я трактуються як сукупність форм, методів, засобів, важелів, та інструментів, за допомогою яких реалізуються державно-управлінські та регуляторні впливи у сфері охорони здоров'я [24, с. 376]. У сфері охорони здоров'я, окрім прямого управління діє механізм регулювання, що є найважливішим інструментом ефективного управління в цій сфері. Він зумовлений унікальним характером охорони здоров'я, як соціального блага.

Механізм державного регулювання має два напрями дії:

- організація і забезпечення функціонування самої системи державного регулювання;
- забезпечення впливу на сферу охорони здоров'я з метою створення умов щодо надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги населенню країни незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів через єдність соціальних, економічних та політичних інтересів суспільства.

Ця мета реалізується завдяки завданням, які залежно від походження створюють відповідну структуру [27, с. 174-175]:

- сприяння реалізації соціальних ідеалів у сфері охорони здоров'я (рівність, справедливість);
- зменшення проявів нерівності щодо охорони здоров'я різних соціальних груп населення;
- підвищення доступності медичних послуг для найбільш соціально уразливих та незахищених осіб;
- встановлення вимог до умов, процесу і результатів надання медичної допомоги (стандартизація, сертифікація, ліцензування, акредитація тощо);
- використання у плануванні видів і обсягів медичної допомоги;
- раціоналізація використання фінансових, кадрових, матеріальних,

часових ресурсів;

- забезпечення якості, ефективності та безпеки медичної допомоги;
- прискорення впровадження новітніх медичних досягнень у практику

охорони здоров'я.

Сюди можна буде додати й інші цілі. Усі вони взаємопов'язані і взаємообумовлені, взаємодоповнювані в тому сенсі, що в міру досягнення однієї з них інша або інші цілі також можуть бути досягнуті.

Особливе значення в механізмі державного регулювання надання медичної допомоги населенню відіграють принципи державного регулювання. Принципи державного регулювання – це фундаментальні, науково обґрунтовані, а в певних випадках і законодавчо закріплені положення, відповідно до яких будується і функціонує система державного регулювання [24, с. 491].

Формуванню принципів системи державного регулювання надання медичної допомоги населенню, як елементу сфери охорони здоров'я, передують визначення та окреслення принципів системного підходу. Основні принципи представлені на рис. 1.4. Ми вважаємо, що саме система державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні відображає соціальні норми і очікування, доступні ресурси, і в сучасних умовах набуває якості політичного процесу та вимагає широкого спектра інструментів та сфер упровадження.

Т. Попченко звертає увагу, що сьогодні більшість країн світу стоять перед серйозними проблемами в галузі охорони здоров'я, які пов'язані з демографічними та епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають [58, с. 4].

З огляду на зазначене, одним із підходів до вирішення проблем державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню є достатність і збалансованість ресурсів.

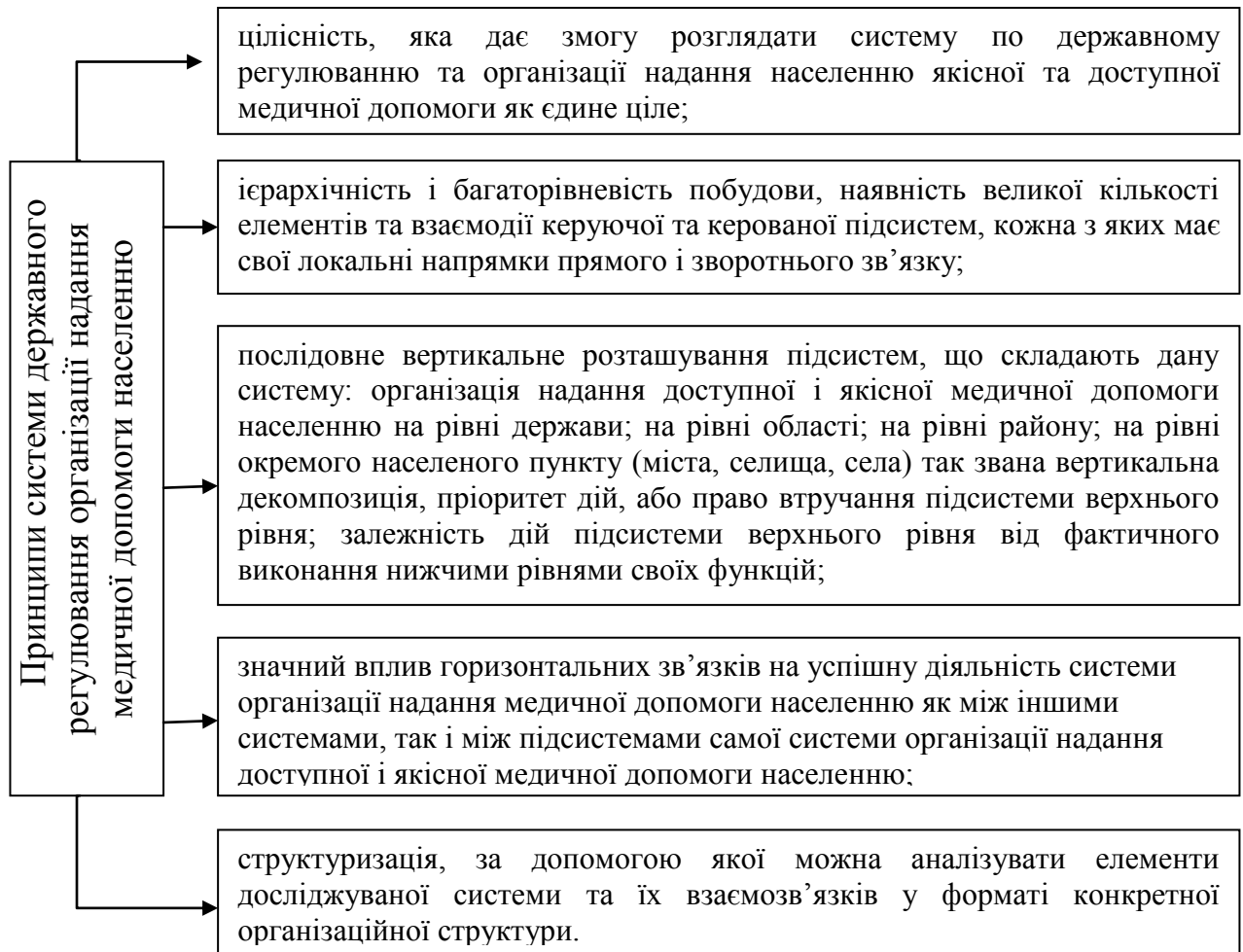


Рисунок 1.4 – Принципи системи державного регулювання надання медичної допомоги населенню

Аналіз наукових джерел свідчить про такі принципи використання та відтворення різноманітних груп ресурсів: оптимізація структури ресурсів, їх достатність, перспективу використання, багатоманітність варіантів використання тощо [4].

Систематизувавши різні наукові погляди, пропонуємо власне бачення принципів державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню:

- принцип законності означає, що державне регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню має ґрунтуватися на законі та відповідати нормам міжнародного права;

– принцип правової упорядкованості полягає у створенні правових гарантій видів та обсягів надання медичної допомоги (наприклад державні гарантії безоплатної охорони здоров'я населення), передбачає стабільність правового регулювання, виключає можливість неоднозначної трактовки норм права, а також усвідомлення наявних прав та обов'язків;

– принцип системності означає що державне забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню має носити системний та комплексний характер з використанням усього арсеналу наявних методів, важелів та інструментів державного регулювання;

– принцип пріоритетності означає, що забезпечення всіх верств населення доступною і якісною медичною допомогою є пріоритетом реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

– принцип рівності забезпечує кожному громадянину рівні можливості в отриманні медичної допомоги безвідносно до будь-яких його статусних характеристик – доходу, місця проживання, релігійної або етнічної приналежності, гендеру. Рівність досягається через урахування особливостей цільової групи, методів забезпечення організаційного та територіального доступу;

– принцип наукової обґрунтованості базується на дослідженні тих чи інших закономірностей та тенденцій щодо забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою, необхідних структурних зрушень, тенденцій до трансформації, виявлення початкових потреб, їх масштабу та наявного розв'язання;

– принцип публічності забезпечує доступ до достовірної інформації всім учасникам системи державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги;

– принцип проблемно-цільової орієнтації регулювання, який передбачає вирішення проблем із доступом до якісних медичних послуг конкретних соціальних груп і категорій населення з урахуванням можливостей держави.

З точки зору використання ресурсів системи державного регулювання

надання доступної і якісної медичної допомоги необхідно виділити:

– принцип єдності галузевого і територіального управління забезпечить комплексний підхід до розподілу ресурсів системи регулювання державними органами надання населенню якісної та доступної медичної допомоги на засадах збалансованості;

– принцип обґрунтування необхідності державного втручання при реалізації регіональних інтересів передбачає втручання держави для розв'язання проблеми на рівні області, наприклад з питання оснащення санітарним автотранспортом, придбаним за кошти державного бюджету системи надання екстреної медичної допомоги тощо;

– принцип оптимального розміщення ресурсів системи державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню дозволить розподілити ресурси пропорційно на кожному організаційному рівні управління, відповідно до потреб населення у певних видах медичної допомоги;

– принцип оптимізації структури ресурсів системи державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню дозволяє запровадити такі організаційні форми медичної допомоги, у яких є найбільша потреба (наприклад реорганізація дільничних лікарень в амбулаторії ЗП/СМ з розташуванням на їх базі пунктів тимчасового базування бригад ЕМД; створення на базі дільничних лікарень відділень сестринського догляду за особами похилого віку; першочерговий ремонт доріг, які мають пріоритетне значення для функціонування системи ЕМД);

– принцип продуктивності концентрується на максимізації ступеня задоволеності рівнем отриманої медичної допомоги на певну кількість використаних ресурсів, тобто максимізація результатів надання послуг за мінімізації витрат.

В умовах становлення ринкової економіки, спрямованої на продовження курсу підвищення рівня добробуту наших громадян перед наукою державного управління постають нові завдання, найбільш гострими з яких є підвищення

соціальних стандартів для громадян, під час реалізації функцій, що покладені на державу. Так у соціальній сфері успішно реалізуються функції держави щодо створення у кожному місті, районі сучасних центрів надання адміністративних послуг, у яких протягом мінімального терміну надається гарантований перелік найбільш запитуваних громадянами та бізнесом послуг.

Сучасні процеси реформування системи надання медичної допомоги та сфери охорони громадського здоров'я в цілому мають бути орієнтованими на забезпечення громадянам України справедливого доступу до якісних медичних послуг. Крім того, держава повинна не тільки гарантувати кожній людині науково-обґрунтований обсяг медичної допомоги, але й контролювати, в першу чергу, щоб його отримали малозабезпечені прошарки суспільства – діти, пенсіонери, інваліди. Ці та інші завдання держава вирішує за допомогою відповідних функцій. В. Бульба пропонує виокремлювати функції держави за рівнями:

- перший рівень – фундаментальний;
- другий – структурно-операційний, на якому фундаментальні функції структурно розкриваються у допоміжних (оскільки його складають функції-структурні складові однієї з фундаментальних функцій, що покликані виконати одну з її складових операцій-завдань);
- третій – інструментальний, на якому відбувається практична реалізація завдань держави в державному управлінні (універсальні функції-інструменти досягнення конкретних цілей і завдань органів державної влади) [9].

Фундаментальною функцією системи державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню є збереження та поліпшення громадського здоров'я, яку держава реалізує за допомогою наступних інструментальних функцій: аналізу медико-демографічної ситуації на конкретній адміністративній території; організації системи забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню; планування на відповідній адміністративній території необхідних ресурсів, а саме: мережі закладів

охорони здоров'я та транспортних комунікацій, необхідних видів медичної допомоги, фінансування, медичних кадрів; регулювання відносин у системі надання доступної і якісної медичної допомоги; контролю та координації за ефективним та раціональним забезпеченням населення доступною і якісною медичною допомогою тощо.

Під функціями державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню розуміють основні напрямлення діяльності органів місцевого самоврядування та органів державної влади щодо оптимального використання наявних ресурсів системи надання медичної допомоги, відповідно до потреб громадян.

Розвиток сфери охорони громадського здоров'я в Україні відбувається з урахуванням положень Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020», схваленої восени 2012 року і зверненої до всіх структур державного управління та всього суспільства на міжнародному, національному та місцевому рівнях [44, с. 105].

Аналізуючи функції районної (міської) ради, слід зазначити, що традиційно для неї як суб'єкта управління у сфері охорони здоров'я є функція соціальна, яка реалізується шляхом розробки, затвердження та виконання програм соціально-економічного розвитку району (міста), окремим напрямом яких є програми розвитку галузі охорони здоров'я, наприклад – програма модернізації мережі ЗОЗ району (міста).

Головне завдання, що стоїть перед органами як місцевого самоврядування, так і та органів державної влади по реалізації реформи системи медичного обслуговування населення на базовому рівні з однієї сторони є забезпечення ретельного регулювання та контролю за ринковими перетвореннями в системі, що сприяє розвитку координаційної та контрольної функцій, з іншої – є забезпечення рівноваги між необхідністю розвитку ринкових відносин та збереження соціальних принципів, таких як рівність, соціальна справедливість, суспільна згода, гарантії здоров'я та соціальної безпеки. Як наголошує А. Шипко, саме у цьому виявляється інтегральна

функція управління [72].

Прийняття рішень щодо оптимізації, створення, реорганізації, перепрофілювання комунальних ЗОЗ на адміністративній території належить до компетенції районних (міських) рад.

Функціональні та організаційні зміни в системі управління мережею ЗОЗ на базовому рівні органи місцевого самоврядування та органи державної влади можуть реалізовувати через механізми диверсифікації. Прикладом диверсифікації є рішення місцевих органів управління охороною здоров'я та праці і соціального захисту щодо створення на базі дільничної лікарні відділення з догляду за хворими на хронічні захворювання чи людьми похилого віку, щоб задовольнити нові потреби територіальної громади у паліативній допомозі [27].

Для організації доступного і якісного медичного обслуговування населення, що проживає на відповідній території органами державної влади та органами місцевого самоврядування передбачається виконання низки функцій. Це стосується діяльності багатьох суб'єктів системи державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню щодо прийняття ряду відповідних рішень, а саме: для ліквідації диспропорції у розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги та стаціонарної медичної допомоги запроваджено маловитратні стаціонарозамінюючі форми медичної допомоги (денні стаціонари та стаціонари вдома); для розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги в Україні створено ЦПМСД, на які покладено в першу чергу виконання функцій профілактики захворювань, надання первинної медичної допомоги, надання невідкладної медичної допомоги.

Для забезпечення доступності екстреної медичної допомоги в кожній області організовано систему ЕМД та затверджено план заходів щодо її ресурсної підтримки. У межах реалізації національного проекту «Нове життя» відкриваються перинатальні центри другого та третього рівнів.

Історично планування системи державного регулювання надання

доступної і якісної медичної допомоги населенню характеризується рухом від ресурсорозподілюючого процесу до процесу прогнозування та оцінки результатів діяльності галузі охорони здоров'я. Планування потреби у необхідній медичній допомозі здійснюється шляхом розробки і реалізації планових заходів та документів, якими є державні та регіональні програми розвитку медичної допомоги, з врахуванням чисельності проживаючого на адміністративній території населення, співвідношення міського до сільського населення, щільності населення, дані про захворюваність та поширеність хвороб, показники смертності, очікувані зміни у структурі захворюваності та поширеності хвороб, перелік об'єктів, які можуть стати причинами техногенних катастроф.

Обов'язковою умовою для планування заходів щодо забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню є розроблення програм міжгалузевої співпраці з виконання таких завдань: ремонт доріг, забезпечення безперешкодного руху бригад ЕМД в містах.

Планування потреби у фінансових ресурсах для забезпечення доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні здійснюється з використанням договорів між замовником і постачальником медичних послуг, який був акредитований, але обов'язково враховуючи потреби населення, яке потребує певних видів медичної допомоги [58, с. 25-26]:

- на первинному рівні шляхом запровадження використання механізму оплати подушно, а також виплату надбавок за види діяльності, які найбільш пріоритетні;
- на вторинному рівні шляхом запровадження для стаціонарів «глобального бюджету» залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – сплати за обсяг наданих послуг;
- на третинному рівні шляхом запровадження «глобального бюджету» залежно від структури та обсягів наданої допомоги.

Отже планування системи державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню в сучасних умовах політичного,

соціально-економічного і гуманітарного розвитку України набуває особливого значення, головним політичним завданням якого є формування такого розподілу коштів і ресурсів, який би забезпечував як доступ кожного громадянина до високоякісного медичного обслуговування, так і найбільш сприятливий для здоров'я результат медичного втручання.

Здоров'я є найбільшою суспільною і індивідуальною цінністю, значною мірою впливає на процеси і результати соціально-економічного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки. Тому організацію надання доступної і якісної медичної допомоги населенню можна вважати однією із найважливіших внутрішніх функцій держави.

Можливість розширити рамки дослідження, вийти за межі суто економічного чи соціального розвитку, забезпечити міжгалузевий (сфера охорони здоров'я, сфера транспортного зв'язку, служба автомобільних доріг) та багаторівневий (на державному, регіональному, базовому рівнях) розгляд проблеми є надзвичайно важливою. Такий механізм не може мати практичної реалізації тільки від функціонуючої системи державної влади. Тому необхідно його побудувати на основі існуючої системи органів державної влади та органів місцевого самоврядування, де обмін інформації та процес прийняття управлінських рішень буде відбуватися не лише за активної участі державних інститутів а й інших суб'єктів відносин у сфері охорони здоров'я.

Одним із перших кроків на шляху удосконалення цього механізму держави є підтримка на законодавчому рівні, через прийняття відповідних законів, указів, постанов, розпоряджень, які б гарантували громадянам отримання доступної і якісної медичної допомоги та відповідали принципам міжнародного права та європейським стандартам.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

2.1 Медична допомога на регіональному та місцевому рівнях в контексті децентралізації державного управління медичною системою України

Сучасний стан системи охорони здоров'я населення України перебуває на стадії реформування і проходить цей нелегкий шлях в період соціально-економічної та політичної кризи. Прийнята «Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні», яка була схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України у квітні 2014 р., дозволяє мати повноваження органам місцевого самоврядування базового рівня відповідно до їх кадрового, фінансового, інфраструктурного потенціалу та ресурсів на новій територіальній основі [53].

Основними повноваженнями ОМС базового рівня, визначених цією Концепцією, є заходи щодо забезпечення населення наданням послуг по профілактиці хвороб, первинної охорони здоров'я, швидкої медичної допомоги. Забезпечення надання медичних послуг вторинного рівня віднесено до основних повноважень ОМС районного рівня, а забезпечення надання високоспеціалізованої медичної допомоги – до основних повноважень ОМС обласного рівня [1].

Формування критеріїв для адміністративно-територіальних одиниць різного рівня адміністративно-територіального устрою держави здійснюється з урахуванням того, що територія адміністративно-територіальної одиниці базового рівня визначається з урахуванням доступності основних публічних послуг, що надаються на території громади [15].

Основні цілі державної регіональної політики представленні на 2.1. [21].

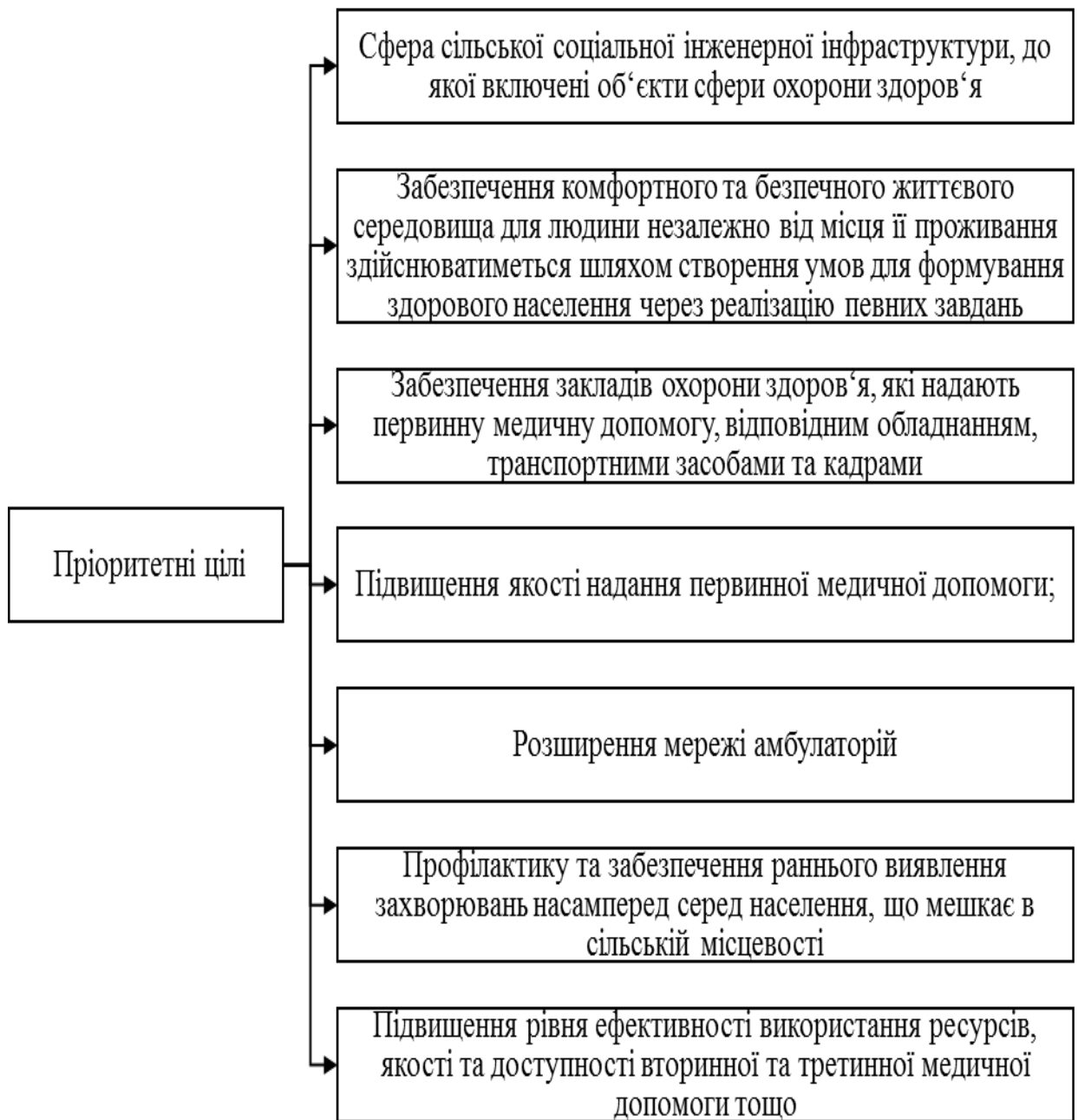


Рисунок 2.1 – Пріоритетні цілі державної регіональної політики

Запровадження заходів щодо організації фінансування системи охорони здоров'я за розробленою моделлю передбачає збереження повноважень ОМС у цьому секторі та створення можливостей для їх повноцінного виконання. За новою моделлю, з національного рівня фінансуватиметься програма медичних

гарантій, тоді як кошти місцевих бюджетів будуть спрямовані на забезпечення роботи системи, а також на запровадження місцевих програм [21].

Основним нормативним документом, що започаткував реформу медичної галузі став Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168–VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Даний документ дозволяє створити новий механізм фінансування медичних послуг, що надаються населенню та ліків, використовуючи механізм виплати бюджетних коштів через систему державного медичного страхування [45].

Проведення децентралізації влади у сфері охорони здоров'я необхідно для створення певних організаційних, а головне – фінансових умов для забезпечення ОМС власними та делегованими повноваження, тобто у новій системі не передбачено утримання бюджетних установ та їх фінансування.

Тому перед органами місцевого самоврядування та регіональної влади виникають нові завдання: розробка регіональної політики, реалізація поставлених місцевих програм, а ключовим завданням є забезпечення надання медичних послуг [21].

Здійснення реформи у сфері медицини проходить три основні етапи (рис. 2.2.). За кожним рівнем буде закріплено певні повноваження та функції.



Рисунок 2.2 – Етапи реформування у сфері медицини

Важливим в реалізації реформи було прийняття змін до Бюджетного та Податкового кодексів України, що призвели до позитивних результатів фінансової децентралізації, можливість ОМС спрямовувати кошти на видатки розвитку та реалізація інфраструктурних проектів. Передбачається збереження залишків коштів субвенції на заходи з розвитку системи охорони здоров'я в сільській місцевості на рахунках спеціального фонду. Це дасть можливість продовжити фінансування [45].

Кабінет Міністрів України передбачає додаткове фінансування сільської медицини, створення ефективної системи мотивації лікарів, впровадження практики телемедицини тощо. Цей закон є частиною медичної реформи і дає можливість разом з місцевою владою розв'язати нагальні проблеми сільської медицини, а саме: недостатня кількість лікарів, низький рівень обладнання амбулаторій та ФАПів [50]. Погоджено законодавчу базу, що дозволяє використовувати запровадження договорів між медичними установами, які

надають первинну медичну допомогу населенню та Національною службою здоров'я України.

МОЗ України опублікувало для обговорення законопроект «Про систему громадського здоров'я». Документ розробили на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України № 1002–р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я». Зокрема, це має наблизити країну до створення єдиної системи профілактичної медицини. [54].

У кожній області функціонуватиме регіональний центр громадського здоров'я. Зокрема, передбачається, що саме у регіональних центрах матимуть розраховувати, скільки ресурсів треба для того, щоб дбати про населення на певній території, а в разі надзвичайних ситуацій звертатимуться до Національного центру громадського здоров'я по підтримку.

Ще один напрям реалізації медичної реформи на регіональному рівні – це створення госпітальних округів. Формування госпітальних округів визначено ще «Основами законодавства України про охорону здоров'я» [40]. Початок процесу створення госпітальних округів можна датувати 30 листопада 2016 р., коли на засіданні уряду було схвалено відповідну постанову. Створення таких округів має на меті гарантувати пацієнтам своєчасність доступу до медичної допомоги.

Уряд запропонував громадам примірний план географічного розподілу на округи: населення не менше 200 тис. осіб і наявність на цій території лікарні другого рівня; або ж населення 120 тис. осіб, лікарня першого рівня та можливість дістатися до неї за 60 хвилин. Цей час – так звана – золота година, впродовж якої є надії врятувати життя пацієнта зі складною травмою чи в інших ургентних випадках. Також уряд постановив, що доїзд до лікарні другого рівня від будь-якого населеного пункту на території госпітального округу не має перевищувати двох годин [54]. Згідно до плану кожна область України буде поділена на 4–5 госпітальних округів.

Для місцевої влади економічна доцільність реформи в тому, що зупиняються витрати коштів за застарілими нормативами, а медзаклади

отримують права оперативного управління своїми бюджетами. Реформа фінансування та автономізація медичних установ рішеннями місцевих рад фактично розблокує майно громад.

Безумовно місцева влада бере участь у організації допомоги і дуже вагому участь. Адже питання про наявність у фізичній доступності для людини тієї чи іншої медичної послуги – це питання саме до громад. Громади можуть коригувати цей план і надалі самостійно визначати, як їм краще організувати мережу медичних установ у своєму окрузі. Формування госпітальних округів є укріпленням суб'єктності громад.

Реформа системи первинної допомоги буде продовжуватись зіштовхуватись з серйозними проблемами недофінансування, дефіциту кадрів і їх демотивованістю.

Низька зарплата і недовіра до впроваджуваної урядом реформи охорони здоров'я посилюють міграційні настрої медиків. Безвізовий режим і активні зусилля наших сусідів – Польщі, Угорщини, Словаччини – щодо спрощення режиму працевлаштування українських медиків стимулюють трудову міграцію в ці країни, які можуть запропонувати адекватні умови праці, прийнятний соціальний пакет і зарплату, що в 5–10 разів перевищує середню зарплату медика в Україні. За останні два роки Україну покинуло 66 тис. медиків, а в наступні два роки до них можуть приєднатися ще 50 тис. лікарів і медсестер [1]. Таким чином, кадрові й мотиваційні ризики на сьогодні залишаються дуже високими.

Додаткові ризики несе неузгодженість реформи медицини з процесом децентралізації, зокрема зі створенням об'єднаних територіальних громад. Відсутність зрозумілого договірної механізму між існуючими ЦНПМД і ОТГ по фінансуванню амбулаторій, розташованих на території цих ОТГ, може стати стимулом повернення амбулаторій у власність ОТГ і – дроблення існуючих ЦНПМД. Така тенденція буде йти врозріз з одним із основних напрямків медреформи – глобалізацією бюджетів – збільшувати адміністративні витрати, і розпорошувати потенційні кошти на розвиток мережі на первинному рівні.

Залишається високим ризик щодо успішності укладення договорів медустанов з Національною службою здоров'я України внаслідок затримки процесу зміни юридичного статусу медустанов (перетворення з бюджетних установ у некомерційні підприємства). Рішення про автономізацію медустанови – повноваження місцевої влади, які дуже насторожено ставляться до цього кроку. В умовах автономізації місцева влада частково втрачає важелі фінансового управління медустановами і може побоюватися соціальної напруженості на місцях. Адже в умовах жорстких бюджетних обмежень автономізовані медустанови можуть почати звільнення персоналу, оптимізуючи чисельність штатного складу під виділені кошти і прикріплених пацієнтів. Затримки у процесі автономізації медустанов можуть зірвати реалізацію переходу фінансування на прямі договори з постачальниками послуг. Змішаної схеми фінансування (одночасного існування субвенції і прямих договорів в рамках одного бюджету) законом не передбачено.

Сучасний стан інформування населення про реформи, що відбуваються і їх вплив на життя приносить багато непорозумінь у взаємодії громадян, представників влади та медичних працівників. Незнання формату реалізації реформи призводить до негативної оцінки самих процесів, а відсутність діалогу між лікарем та пацієнтом, що унеможлиблює ефективну імплементацію медичної реформи на регіональному рівні.

2.2 Нормативно-правове забезпечення процесів децентралізації управління системою надання медичних послуг на місцевому рівні

У світлі процесу децентралізації було зроблено багато кроків для поліпшення фінансування системи охорони здоров'я. Необхідно зазначити, що з 2016 року у місцевому бюджеті почали виділятися кошти для фінансування об'єднаних територіальних громад. Результатами принципу субсидіювання застосування в фінансуванні ОТГ в сфері охорони здоров'я за попередніми результатами можна констатувати, що в сфері охорони здоров'я відбувся

переклад комунальних та енергетичних витрат з місцевих бюджетів до витрат установ охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, для керування активами цих об'єктів, що вважається більш ефективним. З одного боку, це повинно допомогти вивільнити додаткове фінансування для поліпшення матеріально-технічної бази медичних установ та збільшення фонду заробітної плати. Але ОТГ мають різні стани фінансування і не у всіх наявні фінансові ресурси для того, щоб покрити наявні витрати. Наведене негативно впливає на надання первинної медико-санітарної допомоги населенню, при цьому особливо важливо враховувати транспортну і економічну інфраструктуру.

З 2017 року було запроваджено принцип, коли «гроші йдуть за пацієнтом», коли з лікарем первинки за прямою угодою, де визначено повний обсяг послуг, що надають медичні працівники. Лікарі первинної медико-санітарної допомоги зможуть вибрати будь-яку форму організації – ФОП, поліклініку, центр первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторію. Заробітна плата виплачується з розрахунку відповідно до кількості укладених декларацій.

Пацієнти можуть вибирати фахівців незалежно від місця проживання. Отже, розмір фінансування лікувальних закладів визначається кількістю декларацій, укладених між населенням та лікарями, незалежно від того де вони розташовуються. Даний метод потрібний для того, щоб покращити медичне обслуговування населення та поліпшення матеріальної бази медичних установ.

Відсутність коштів в муніципальному бюджеті призводить до того, що лікарні закриваються через скорочення кількості лікарів, і населення переносить кошти туди, де фахівці та якість послуг вище. І як наслідок є недостатність фінансування вторинної ланки по наданню медико-санітарної допомоги. Істотні розбіжності виявлені і в розрахунку частки медичної допомоги, яка перераховувалася у вигляді перерахування в місцевий бюджет.

Важливо відмітити, що основна кількість прогресивних речей відповідає співвідношенню оплати вторинної медичної допомоги в місцевому бюджеті.

Тому найважливішою проблемою вітчизняної охорони здоров'я є наукове обґрунтування та розробка організаційно-економічних моделей організації надання населенню медичної допомоги, що відрізняються рівнем соціально-економічного розвитку.

Незважаючи на те, що заклади охорони здоров'я були створені не лише в мегаполісах, але і в містах з невеликою кількістю населенням, де спостерігається низька щільність населення з власною регіональною мережею. Взагалі, через малу кількість населення передмістя в цих районах, заклади охорони здоров'я мають мало потужностей.

Вплив такого фактору, як характер закладу (низька щільність, кількість установ та їх відстань один від одного), що суттєво впливає на доступність медичної допомоги, не враховується. При цьому регіональна система охорони здоров'я має свої особливості на різних територіях.

Одним з найважливіших напрямків реформи охорони здоров'я є передача влади між державою та регіонами і всередині регіонів – між регіонами і місцевим рівнем. Держава бере участь у моніторингу охорони здоров'я і бере участь у фінансуванні. Це відбувається через недосконалість системи організації охорони здоров'я – асиметрична інформація, зовнішні впливи тощо.

Медичне фінансування в системі охорони здоров'я забезпечується місцевими бюджетами, але при цьому потрібно враховувати, що вони можуть не співпадати з політикою оподаткування коли мова йде про бюджетне фінансування чи медичне страхування, яке враховує внески співробітників, роботодавців та державні внески. В ряді країн приймають участь споживачі медичної та фармакологічної допомоги, при цьому приватні витрати незначні охорони здоров'я, а попит обмежується платою за користування.

Основними задачами для України в частині реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі можуть бути такі, що зазначенні на рисунку 2.3.

Проведене вивчення досвіду різних країн показує, що якщо в країні є достатній рівень стану ринкової економіки, то є обмеження багатьма

чинниками. Основними з них є: нестача лікарів і відтік кадрів, великі необхідні ресурси, нездатність забезпечити безпеку галузі, нерозвинена система соціального забезпечення і, що призводить до появи черг на обслуговування, і неможливо підвищити ефективність галузі за рахунок конкуренції, зміни витрат і ціноутворення.

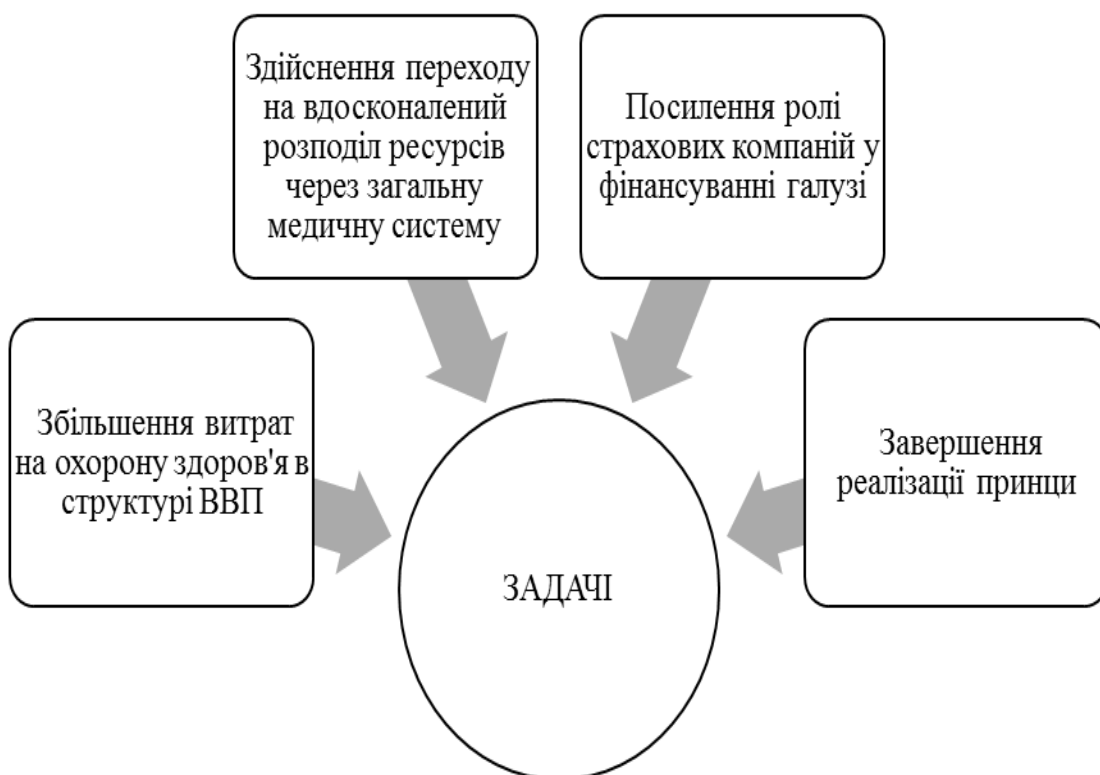


Рисунок 2.3 – Основні задачі реформування системи охорони здоров'я в Україні

Таким чином, важливо провести реформування, щоб досягти на державному рівні переходу до системної координації процесів. Водночас необхідно забезпечити і централізований рівень – від Міністерства охорони здоров'я до Національної системи здоров'я України, і місцевий рівень – від Національної системи здоров'я України до місцевих органів влади.

Перший полягає в зміні фінансування лікарень з формуванням бюджету лікарні, який акумулюється та заснований на доходах від послуг, що надає лікарня по лікуванню та інших платежах за послуги, які фінансуються Національною системою здоров'я України. При такому варіанті має бути оптимізовано витрати лікарнями, щоб уникнути дефіциту бюджету, а коли буде оптимізовано можливе накоплення фінансів та розширення послуг для населення. Щоб цей підхід спрацював має бути проведено реалізацію заходів між Національною службою здоров'я України та директорами лікарень.

Другий підхід – оптимізація лікарняної мережі, з впровадженням більш професійних послуг, скорочення малоефективних медичних установ. Даний процес вимагатиме тісної участі керівництва Міністерства охорони здоров'я і місцевої влади, а також участі Національну «гроші ходять за пацієнтом»; пошук додаткових джерел фінансування галузі; розробка, покращення та аналіз механізму як використовуються кошти на лікування та функціонування установ охорони здоров'я; визначення першочергових пріоритетних напрямів оптимізації.

Особливостями фінансування системи охорони здоров'я України є:

1. Державний бюджет – це основне джерело фінансування, який підживлюється за рахунок податкових надходжень платників податків та приватного сектору, місцевий бюджет – за рахунок податкових надходжень платників податків, грантів з державного бюджету та приватного сектору. Фонд соціального страхування фінансується за допомогою страхування, обов'язкових внесків платників податків, обласний бюджет доповнюється субсидіями з місцевого бюджету тощо.

2. Проблема вертикальної нерівності ускладнюється прямими платами населення за медичні послуги. Пацієнти оплачують більшість власних послуг. Значна частина населення повністю оплачує амбулаторні та лікарняні препарати. Відбувається хаотичне та неконтрольоване збільшення особистих витрат громадян на медичну допомогу.

3. Державні гарантії безоплатної медичної допомоги для населення країни не отримують належної фінансової підтримки.

4. Заклади медичного обслуговування населення і медичний персонал не хочуть покращувати якість надання послуг, раціональніше використовують кошти. При цьому конкуренції між постачальниками медичних послуг практично не існує.

Актуальним питанням є пошук моделі щодо фінансової безпеки, яка має гарантувати економічну стабільність галузі охорони здоров'я. Країни залежно від величини бюджету витрачають на галузь охорони здоров'я 10%-25% щороку ВВП.

На місцевому рівні передбачається в реалізації реформи удосконалення нормативних та законодавчих актів:

– Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» №2002VIII від 6 квітня 2017 року, який врегулював питання надання автономії закладам охорони здоров'я України шляхом їх перетворення з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства.

– Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168VIII у поточній редакції від 3 липня 2020 року, який визначає фінансові зобов'язання з надання пацієнтам необхідних медичних послуг і ліків належної якості, але за рахунок державного бюджету України [45].

– Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1818 «Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги» від 19 жовтня 2018 року, в якому визначені вимоги до людських ресурсів, структури та обладнання, до транспорту і зв'язку, вимоги до навантаження.

– Постанова Кабінету Міністрів України № 1101 від 27.12.2017 р. «Про утворення Національної служби здоров'я України», в якій визначені чіткі вимоги до фахівців у галузі охорони здоров'я та порядок укладення медичних договорів.

– Постанова Кабінету Міністрів України № 285 від 02.03.2016 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», в якій визначені організаційні вимоги ліцензування провадження господарської діяльності з медичної практики та механізми її фінансування.

– Постанова Кабінету Міністрів України № 1077 від 27.12.2017 р. «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я», яка виконуватиме функції наглядового органу державного або громадського закладу охорони здоров'я, що надає медичні послуги на другому або третьому рівні з метою реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я.

Окрім цього документами, які забезпечують функціонування і формування системи охорони здоров'я на місцевому рівні є:

– Закон України «Про добровільне об'єднання територіальних громад»,
– Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»,
– наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.07.2016 р. №801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медикосанітарної) допомоги та положень про його підрозділи»,

– наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 р. №504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги»,

– наказ Міністерства охорони здоров'я від 11.09.2000 р. №214 «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» (зі змінами, внесеними згідно наказів Міністерства охорони здоров'я від 06.02.2003 р. №48 та від 04.11.2003 р. №511),

– наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.08.2014 р. №585 «Про затвердження примірних штатних нормативів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»,

– наказ Міністерства охорони здоров'я від 20.05.2011 р. №301 «Про внесення зміни до переліку закладів охорони здоров'я»,

– наказ Міністерства охорони здоров'я від 11.09.2012 р. №713 «Про затвердження методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу»,

– наказ Міністерства охорони здоров'я від 02.11.2012 р. №866 «Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги»,

– методичні рекомендації «Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу».

Впроваджений принцип «гроші ходять за пацієнтом» призводить до того, що лікар загальної практики є зацікавленим та не працює на індивідуальному рівні – рівні лікаря, медсестри тощо. Є ще часткове фінансування «захищених предметів» і є обмеження кількості медичних установ, що розташовані у сільській місцевості, та отримують кошти на рівні ЛПЗ, та різке зниження частки бюджетного фінансування закладів первинної медичної допомоги населенню.

Реформування даної ланки потребує прискорення, при цьому проведення реорганізації лікарень має важливе значення для отримання якісного результату та для максимального використання кваліфікації лікаря загальної практики необхідно змінити діючий порядок надання первинної медичної допомоги населенню медичним закладам не тільки за територією, а й статтю, віком та за професією.

Зростаючий дефіцит бюджету та зростаюча територіальна та соціальна нерівність зробили для сільських медичних закладів складні умови, перш за все

фінансову, в порівнянні з міськими установами. Заклади охорони здоров'я, що розташовані в сільській місцевості, як на початку реформ, так і сьогодні, характеризуються морально застарілою матеріальною базою, нестачею персоналу і, як результат, недостатній наявний діагностичний та терапевтичний заділ.

Нормативно-правова база недостатньо досконала для формування дорогих та неефективних фондів фінансової охорони праці при підтримці погано контрольованої установи посередників – обов'язкового медичного страхування відіграла позитивну роль при наданні медичної допомоги населенню, що проживає на даній території протягом даного періоду, що потребує реформування.

Соціально-економічні перетворення в Україні в повному обсязі мали великий вплив на проведення реформування галузі охорони здоров'я у сільській місцевості. Це пов'язано з рядом чинників, основні з яких представлені на рис. 2.4.

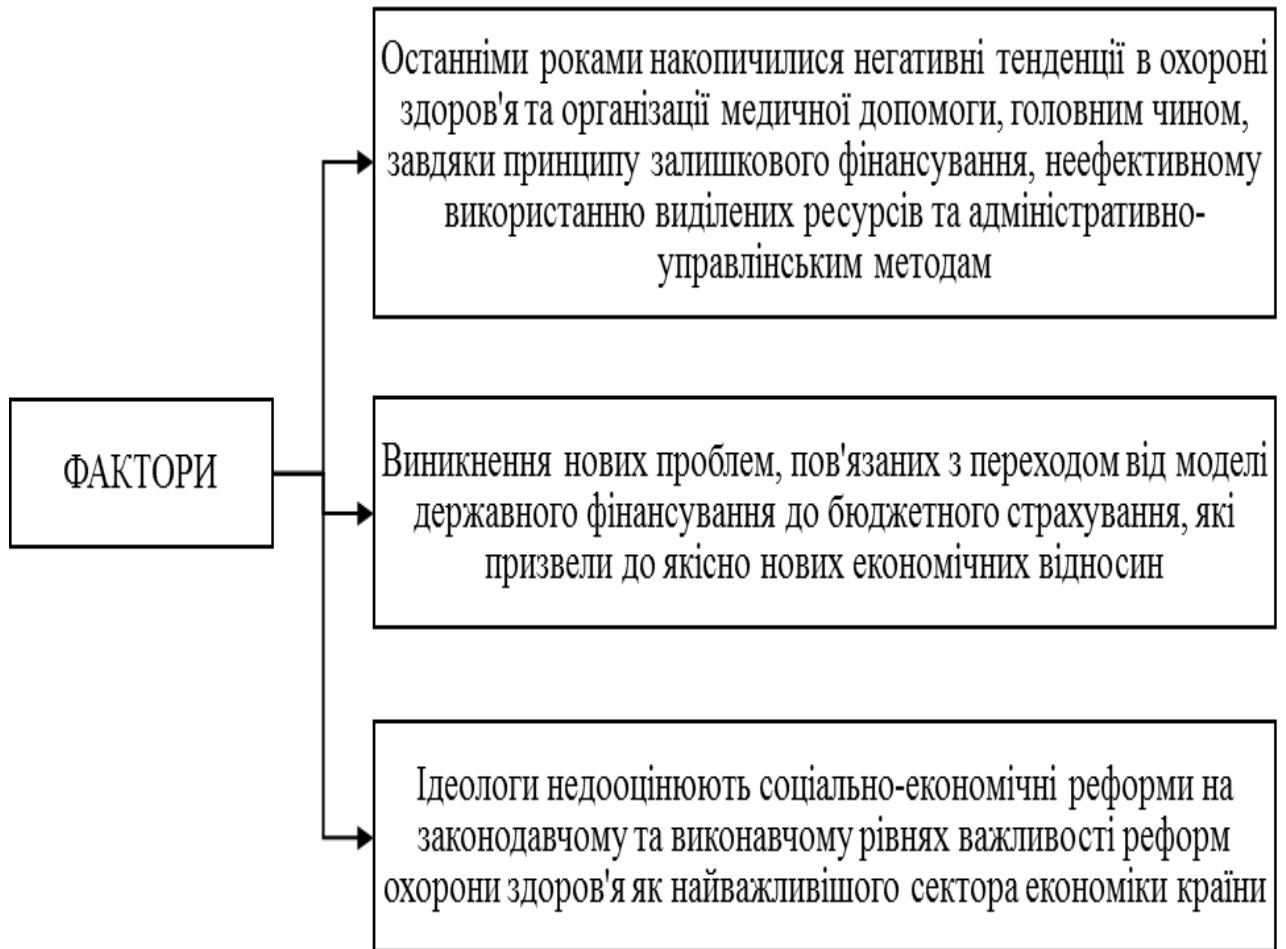


Рисунок 2.4 – Фактори, які вплинули на процес реформ охорони здоров'я у сільській місцевості

Наведені питання мають бути вирішені, а також знайдені механізми управління охороною здоров'я в сільській місцевості та вдосконалення системи обов'язкового медичного страхування з використанням науково обґрунтованих методів планування з використанням аналізу.

Для надання послуг не багаточисельній категорії заміського населення найкращим варіантом є поєднання мульти-дисциплінарних лікарень з клінікою, яка обслуговує доросле населення. Водночас якість медичної допомоги має бути забезпечена на кожному з етапів і рівнів надання медичних послуг населенню.

Проведення заходів по формуванню основних напрямів реформування

охорони здоров'я регіону повинна здійснюватися з урахуванням перспектив соціально-економічного розвитку регіону, визначених Генеральним планом та Концепцією регіонального розвитку охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

3.1 Складові забезпечення якості медичних послуг в умовах трансформаційних перетворень

Розвиток нових відносин у системі охорони здоров'я потребує суттєвого перегляду співвідношення якості лікувально-профілактичної допомоги, ступеня її гарантованості та умов роботи лікувально-профілактичних закладів на рівні сучасних вимог. При вирішенні цих питань інтереси держави, підприємств, страхових медичних організацій, лікувально-профілактичних закладів і громадян-споживачів медичних послуг і медичної допомоги часто не збігаються. Перш за все, це відноситься до обґрунтування розмірів фінансування та рівня цін на послуги залежно від рівня кваліфікації працівників та якості роботи медичного закладу [33].

Проведене дослідження щодо ефективності наявного механізму державного регулювання якості надання населенню медичних послуг в Україні засвідчує його недосконалість.

Пошук дієвих заходів щодо підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я в умовах значних соціально-економічних і політичних перетворень у нашій країні вимагає застосування нових концепцій державного регулювання якості медичних послуг, зміни методів оцінювання праці медичних працівників.

Однакова продукція різних медичних установ (наприклад, лікування однієї і тієї ж хвороби) може суттєво розрізнятися. Більше того, від якості медичної послуги повинна залежати і її ціна, що далеко не байдуже ні державі в цілому, ні медичному персоналу, ні самим пацієнтам.

Важливою складовою забезпечення якості медичних послуг є опрацювання та визначення механізму впливу на якість медичних послуг через покращання мотиваційних аспектів роботи медичного персоналу як одного з ключових складових організаційно-економічного механізму регулювання якості медичних послуг.

Якість, як відомо, має два основних значення. По-перше, це поняття трактується у філософському змісті і вживається в тих випадках, коли виникає необхідність відзначити стійкість розходжень різних предметів, явищ і процесів. По-друге, дане поняття широко використовується в діяльності різних галузей економіки при порівнянні однотипної продукції за ступенем їх досконалості, придатності тощо (аналогами даного трактування поняття «якість» є сорт, категорія) [73].

Необхідно також навести класичне визначення якості, згідно з яким вона являє собою наявність суттєвих ознак, властивостей, особливостей, що відрізняють один предмет або явище від інших [33].

Визначення категорії «якість» за допомогою таких понять, як потреби й очікування зовсім не випадково, а навіть закономірно. З початку ХХ ст. почало складатися так зване «суспільство споживання», яке остаточно сформувалося до середини сторіччя, головною і центральною фігурою якого став споживач. Його вимоги (якщо вони соціально безпечні) захищаються державою і суспільством. Пріоритетне місце серед людських потреб займає потреба у здоров'ї. Здоров'я, як і саме життя людини, безпосередньо пов'язане з потребами споживачів у медичній допомозі. Відповідно до сучасних тенденцій, медична допомога має бути орієнтована, перш за все, на потреби пацієнта і його сім'ї. При цьому не тільки на «потреби в допомозі», тобто об'єктивно встановлені потреби, а і на «бажання» (потреби, що відчуються), і на «запити» (потреби, що виражаються) [30].

Вивчення світового та вітчизняного досвіду створення механізмів оцінки та регулювання якості медичних послуг свідчить про різноманіття існуючих

підходів, що багато в чому обумовлене суперечливим трактуванням самого поняття «якість медичних послуг».

Дійсно, незважаючи на зовнішню простоту, дати визначення поняття «якість медичних послуг» досить складно. У літературі є кілька десятків визначень якості медичних послуг, що не тільки розрізняються деталями, але нерідко й суперечних один одному, що підтверджує відсутність єдиної точки зору по даному питанню серед працівників охорони здоров'я, науковців і управлінців.

Різні визначення поняття «якість медичних послуг» відбивають, насамперед, розходження в розумінні окремими дослідниками суті даної категорії і області її застосування, що у свою чергу обумовлено двома факторами. По-перше, це пов'язане з винятковою складністю і багатоплановістю понять «медична послуга» і «якість медичної послуги».

Так, якість медичної послуги, наданої окремому хворому, несе одне визначальне навантаження, якість медичної послуги, наданої в лікувальному закладі або в цілому по країні, – іншу. По-друге, змінюються вимоги до рівня медичних послуг, з'являються нові можливості і нові області застосування даного показника в міру розвитку суспільства, що спонукає дослідників постійно звертатися до даного показника, але на новій основі.

Отже, реформи потрібні не тільки органам державної влади та населенню. Без зміни ставлення самих медичних працівників до результатів своєї роботи, якісні перетворення в системі охорони здоров'я не будуть дієвими. При цьому пріоритет у покращанні саме цієї складової організаційно-економічного механізму надання якісних медичних послуг повинен належати державі. Органи державної влади повинні чітко розуміти, що на даному етапі реформування медичної галузі саме регуляторним механізмам повинно бути надано перевагу.

Дуже важливим є необхідність підвищення мотивації медичного персоналу та окремої медичної установи щодо підвищення якості своєї роботи.

Існуючі в нашій країні звітні показники не лише однобічно характеризують якість медичної допомоги, але і не використовуються з метою диференційованої оплати праці медичних працівників. Це пояснюється тим, що ці показники важко порівнювані, вони не відображають якість самих лікувально-діагностичних процесів і не дозволяють оцінити правильність ведення хворих відповідно до клінічних рекомендацій, стандартів, протоколів доказової медицини.

Наразі, окрім низького її рівня, існуюча система нарахування заробітної плати складається зі ставки, яка залежить від кваліфікаційної категорії лікаря чи медичної сестри, від спеціалізації, можливих шкідливих умов праці, а в лікарів хірургічного профілю, котрі працюють у стаціонарах подекуди ще оплачується оперативна хірургічна активність. Така система оплати роботи медичних працівників не враховує і не стимулює якісну складову. Для дійсної зацікавленості медичного персоналу в підвищенні якості своєї роботи вкрай необхідно впровадити визначену систему оплати праці медичних працівників, що має бути диференційованою, залежно від якості та об'єму наданої ними медичної допомоги (послуг).

3.2 Удосконалення механізмів публічного управління надання медичних послуг в Україні

У процесі побудови в нашій країні має бути проведена реалізація реформ у галузі охорони здоров'я та вибудований дієвий механізм щодо прийняття публічно-управлінських рішень, що будуть ефективними.

Наразі діюча система охорони здоров'я має комплекс проблемних питань, а саме:

- низький рівень матеріального забезпечення системи охорони здоров'я;
- відсутність дієвої системи стимулювання та мотивації;

- недостатня кількість та застарілість обладнання.

В цих умовах з'являються приватні заклади охорони здоров'я, які надають населенню послуги медичного обслуговування на вищому рівні, при цьому державні виявляються неконкурентоспроможними.

Медична реформа, яка проводиться сьогодні в нашій країні недосконала. Проблему низького матеріального забезпечення медичних кадрів намагаються перекрити скороченням медичного персоналу, що призводить до низької якості надання послуг, поширення корупційних механізмів у системі охорони здоров'я, високого навантаження на медичних працівників, бюрократизації процесу отримання медичних послуг.

Важливо зазначити, що заходами для покращення роботи системи охорони здоров'я України є:

- збільшення обсягів бюджетних виплат, що надходять до комунальних та державних лікувальних установ;
- виділення цільових бюджетних надходжень, що необхідні для підвищення рівня заробітної плати медичного персоналу.

Для ефективного функціонування системи публічного адміністрування системою охорони здоров'я виділяємо принципи, які представленні на рис. 3.1.



Рисунок 3.1 – Принципи побудови нової моделі управління системи охорони здоров'я

Розроблена модель системи охорони здоров'я формується з допомогою кроків, представлених на рис. 3.2.



Рисунок 3.2 – Кроки формування нової моделі системи охорони здоров'я в Україні

Також варто зазначити, що необхідно послідовно та комплексно провести заходи реформування системи охорони здоров'я. Перш за все необхідно провести структурну реорганізацію процесів надання медичної допомоги населенню на три рівні, а також розширити структуру медичних установ, провести заходи по покращенню якості надання ними послуг населенню. Після цього потрібно оновити систему фінансування галузі охорони здоров'я, оптимізувавши витрати на надання медичних послуг.

Наразі система охорони здоров'я України має широкий спектр проблем, що стосуються матеріального забезпечення та якості надання медичних послуг,

інфраструктури, обладнання та кадрів.

Більшість з них спричинені проблемами неефективного державного управління та реформування, не націленого на задоволення потреб пацієнтів. Тому важливим є впровадження моделі публічного адміністрування системою охорони здоров'я, що має вирішити комплекс питань управління. Додатково необхідно провести послідовне реформування самої системи охорони здоров'я націлене на розширення інфраструктури та оптимізацію витрати коштів для підвищення якості надання послуг та полегшення їх доступності.

Аналізуючи правовий механізм державного управління надання медичних послуг, треба зазначити, що він відповідає сьогоднішній законодавчій базі, що регулює відносини між суб'єктами медичних послуг. Прикладом таким може бути Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015-2020 роки, згідно якої вітчизняна медицина має будуватись на таких принципах: орієнтованість на результат, на людину та на реалізацію кращого досвіду і технологій.

Модернізація правового механізму державного управління надання медичної допомоги повинна базуватися на таких нормативно-правових актах:

- Стратегія сталого розвитку «Україна-2020», затверджена Указом Президента України від 12 січня 2015р. № 5/2015, яка передбачає створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатну забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав,

- 30 листопада 2016 року розпорядженням кабінету Міністрів України була схвалена Концепція розвитку системи громадського здоров'я, яка передбачає формування та реалізацію ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства,

З 1 січня 2020 року всі види медичної допомоги почали діяти відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення та інші».

Державне управління надання медичної допомоги в Україні здійснюється відповідно до підписаних уповноваженими особами міжнародних угод і договорів, Конституції, законів країни, насамперед Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає діючу модель надання медичної допомоги та нормативно-правових актів, виданих уповноваженими для цього органами в системі державного та галузевого управління, починаючи від Кабінету міністрів України і до медичних служб окремих відомств.

Як бачимо, механізм державного управління – це сукупність методів, інструментів та ресурсів управління надання медичної допомоги. Ефективному забезпеченню якості медичних послуг сприяє адекватне застосування децентралізації, одним із основних способів якої є делегування владно-розпорядчих функцій управлінським структурам нижчого рівня – регіональним та місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування, інститутам громадянського суспільства, установам, закладам охорони здоров'я зокрема коли «лікарням можуть передаватися повноваження з розподілу коштів без попереднього схвалення органами державного управління будь якого рівня, ... а регулюючий орган встановлює стандарти для поведінки учасників системи, яким були делеговані владні повноваження» [71, с. 133].

Відповідно до Європейської хартії місцевого самоврядування, органи місцевого самоврядування наділені повноваженнями для прийняття рішень в частині надання медичної допомоги. Однак, реформа децентралізації ще не завершена і на сьогодні відсутні чіткі розмежування між повноваженнями з управління між органами державної влади та місцевого самоврядування. Через цю розбіжність, держава неефективно здійснює функцію управління надання медичної допомоги.

В умовах сьогодення затримується розроблення та подання на розгляд Кабінету Міністрів України законопроектів, прийняття яких Верховною Радою України має сприяти впровадженню ефективної моделі медичного обслуговування населення, спрямованої на забезпечення належних умов реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, рівний і справедливий доступ кожної людини до медичних послуг.

Так, Кабінет Міністрів України ще 2016 року мав був визначити й затвердити нормативи визначення вартості медичних послуг і порядку їх відшкодування з державного бюджету; запровадити застосування нових механізмів оплати медичних послуг (використання нормативу на одного жителя – для первинної ланки, оплати за пролікований випадок на основі DRG – для стаціонарної допомоги); розробити та запровадити систему обліку обсягу надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я та контролю їх якості [51].

Таким чином, на сьогодні, вся модернізація управління надання медичної допомоги не приносить очікуваних результатів. На нашу думку, потребує вдосконалення частина кодифікації медичного законодавства, як це є в Європі, тобто створення єдиного медичного нормативно-правового акта – Медичного кодексу, до якого увійшли б закони, які регулюють медичну діяльність. В нашій країні є своя законодавча база з медицини і вона є багатою, однак неефективною, адже цей показник вимірюється не в кількості, а в якості. Так, більша частина нормативних актів не виконується, інша частина, які є надважливими, потребує детальних змін.

Необхідно створити таку систему медичного права, яка б повною мірою відповідала вимогам часу та базувалася б на загальноєвропейських підходах до забезпечення прав громадян на здорове життя і права медичного працівника на здійснення професійної діяльності. До нього мають увійти закони «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», «Про правовий статус медичних працівників», «Про права пацієнтів» та інші законодавчі акти, що регламентують правовідносини в системі охорони здоров'я [11].

Із проведенням реформування галузі охорони здоров'я, актуальності набуває вдосконалення управлінського законодавства в частині надання медичної допомоги. Саме цьому сприяв би Медичний кодекс України, адже було б врегульовано:

- правовий статус закладу охорони здоров'я, що надає медичні послуги, як публічного суб'єкта договірної права;
- наявні корупційні схеми сертифікації та ліцензування медичних засобів, які в кінцевому рахунку через фармацевтичних представників потрапляють до пацієнтів;
- правовий статус пацієнта та його законного представника;
- умови надання медичних послуг, підстави та порядок підписання договору;
- типовий договір надання медичних послуг;
- процедуру оплати медичних послуг з передбаченням механізмів покриття збитків;
- різновиди медичних помилок, які впливають на якість, достатність, доступність і допустимість медичного обслуговування.

Отже, виходячи з вищесказаного, можемо зробити висновки, що на сьогодні в нашій країні відбулося багато позитивних змін в правовому механізмі державного управління надання медичної допомоги, однак попри це, все ж залишається ряд проблемних питань в даній частині, які потребують вирішення. Зокрема, варто внести зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а саме уточнити умови та порядок підписання договору про надання медичної допомоги, процедура оплати медичної допомоги, крім того Міністерству варто розробити типовий бланк такого договору. Варто уточнити та нормативно задекларувати визначення «лікарська помилка», крім того визначити його класифікацію.

Отож, модернізація правового механізму державного управління надання медичної допомоги полягає в змінненні, вдосконаленні, скасуванні чи створенні нормативних актів у сфері надання медичної допомоги. Здійснюючи

реформування, до уваги слід взяти практику європейських країн. Однак, варто й врахувати українські особливості, при яких реалізувати практику конкретної держави не можливо буде. Але й кожна держава має теж свою специфіку, тому варто зіставити всі позитивні та негативні сторони і побудувати свою єдину ефективну модель правового механізму державного управління надання медичної допомоги.

Однією із причин різкого зростання витрат фахівці вважають розвиток нових, у край дорогих технологій, новітніх методик лікування й діагностики хворих. Якщо, наприклад, «польська система охорони здоров'я працює зараз достатньо успішно, на вітчизняну впливають негативні тенденції» [73, с. 85].

Що стосується діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування в контексті поліпшення стану громадського здоров'я, то забезпечити його можливо шляхом широкого залучення громадськості до формування і впровадження державної соціальної політики, підвищення ефективності міжгалузевої взаємодії з охорони здоров'я, обов'язкового вивчення та врахування потреб територіальної громади і населення в регіонах.

Здоров'я нації є показником цивілізованості держави, що відображає рівень її соціально-економічного розвитку, головним критерієм доцільності та ефективності всіх сфер діяльності людини. Науковці застерігають, що наразі в нашій країні тенденція погіршення здоров'я населення набула загрозливого рівня. Це зумовлено збідненням значної частини населення, погіршенням екологічної ситуації, розповсюдженням руйнівних стереотипів поведінки, зниженням доступності до якісних медичних послуг, витратністю сучасної системи освіти [22].

Отже, з метою забезпечення здоров'я нації як одного з важливих факторів національної безпеки України необхідними є проведення таких заходів, як:

- управління фізичними і соціально-економічними чинниками та показниками здоров'я;
- забезпечення ефективного впливу на формування політики у сфері охорони здоров'я для громад і громадських організацій;

- пропаганда здорового способу життя і створення умов для усвідомленого його вибору підлітками, молоддю, дорослим населенням;
- збільшення інвестицій у розвиток галузі охорони здоров'я на регіональному рівні з метою покращання здоров'я населення;
- вдосконалення функцій ОМС системи державного регулювання шляхом розвитку установ охорони здоров'я на певній території.

ВИСНОВКИ

У роботі було досліджено та проаналізовано теоретичні аспекти розвитку управління системою медичної допомоги населенню на регіональному рівні, розроблено практичні рекомендації щодо удосконалення механізмів публічного управління надання медичних послуг в Україні. Слід відмітити, що в системі людських цінностей здоров'я відіграє першорядну роль, оскільки є одним із головних факторів, які впливають на економічний, соціальний і культурний розвиток держави, її міжнародний авторитет і конкурентоспроможність у світі.

Державне регулювання надання медичної допомоги в Україні базується на принципах:

- визначення напрямку охорони здоров'я як особливо пріоритетний напрям щодо функціонування соціуму і держави та одним з основних факторів розвитку населення;
- дотримання прав та свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій.

Механізми, за допомогою яких реалізуються на практиці зазначені вище принципи регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги населенню, наступні: нормативно-правове регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги; фінансування галузі; організація системи надання доступної і якісної медичної допомоги на макро- та макрорівнях; розміщення фінансових ресурсів; заходи прямого втручання у ринок – адміністративне регулювання.

У системі державного регулювання надання медичної допомоги населенню виділяють наступні типи ієрархій: ієрархія державного регулювання на базовому рівні – сільський район, місто; на регіональному рівні – область; а національному рівні – держава; технологічна ієрархія (ієрархія надання медичної допомоги): екстрена медична допомога, первинна медична допомога,

вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога; ієрархія управлінського персоналу в організації.

На місцевому рівні процес управління охороною здоров'я здійснюють органи місцевого самоврядування, серед функцій яких у цій сфері – покращення стану здоров'я територіальної громади, задоволення потреб громадян у послугах з охорони здоров'я відповідної якості тощо. Проте в умовах медичної реформи в Україні питання сутності та змісту політики органів місцевої влади у сфері охорони здоров'я населення ще потребують глибокого вивчення.

До повноважень ОМС у сфері охорони здоров'я належать: захист прав і свобод людини і громадянина у галузі охорони здоров'я та забезпечення виконання вимог законодавства про охорону здоров'я; затвердження місцевих цільових програм у галузі охорони здоров'я; забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг, що фінансуються за рахунок відповідних місцевих бюджетів; сприяння пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;

В Україні актуалізується потреба в удосконаленні політики органів місцевої влади у сфері охорони здоров'я населення, розвитку їхньої соціальної функції та організаційно-правових засад. В нових умовах реформування медичної галузі органи місцевого самоврядування повинні виконувати функції замовника послуг відповідно до потреб територіальних громад, діяльність яких спрямована на підвищення рівня забезпечення громадян сучасними медичними послугами та невідкладною якісною медико-санітарною допомогою.

Сучасний стан системи охорони здоров'я населення України перебуває на стадії реформування і проходить цей нелегкий шлях в період соціально-економічної та політичної кризи. Відповідно до Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України у квітні 2014 р., органам місцевого самоврядування базового рівня було надано повноваження

відповідно до їх кадрового, фінансового, інфраструктурного потенціалу та ресурсів на новій територіальній основі.

Серед основних повноважень ОМС базового рівня, визначених цією Концепцією, є забезпечення надання послуг швидкої медичної допомоги, первинної охорони здоров'я, з профілактики хвороб. Забезпечення надання медичних послуг вторинного рівня віднесено до основних повноважень ОМС районного рівня, а забезпечення надання високоспеціалізованої медичної допомоги – до основних повноважень ОМС обласного рівня.

Децентралізація влади у сфері охорони здоров'я, в першу чергу, має на меті створення певних матеріальних, організаційних, а головне – фінансових умов для забезпечення ОМС власними та делегованими повноваженнями, тобто у новій системі не передбачено утримання бюджетних установ та їх фінансування. Тому перед органами регіональної влади та органами місцевого самоврядування постають нові завдання: розробка регіональної політики, реалізація поставлених місцевих програм, а ключовим завданням є забезпечення надання медичних послуг.

Вагомим кроком на шляху реалізації реформи було прийняття змін до Бюджетного та Податкового кодексів України. Наслідком цих змін стали позитивні результати фінансової децентралізації, а саме: щорічне зростання обсягів власних ресурсів місцевих бюджетів, їх частки в структурі зведеного бюджету України, можливість ОМС спрямовувати кошти на видатки розвитку та реалізація інфраструктурних проєктів. Передбачається збереження залишків коштів субвенції на заходи з розвитку системи охорони здоров'я в сільській місцевості на рахунках спеціального фонду. Це дасть можливість продовжити фінансування.

У кожній області функціонуватиме регіональний центр громадського здоров'я, який буде опікуватися питаннями збереження здоров'я населення, проведення епідеміологічного нагляду, профілактикою хвороб та здійснюватиме заходи боротьби з епідеміями. Зокрема, передбачається, що саме у регіональних центрах матимуть розраховувати, скільки ресурсів треба

для того, щоб дбати про населення на певній території, а в разі надзвичайних ситуацій звертатимуться до Національного центру громадського здоров'я по підтримку.

Для місцевої влади економічна доцільність реформи в тому, що зупиняються витрати коштів за застарілими нормативами, а медзаклади отримують права оперативного управління своїми бюджетами.

Реформа системи первинної допомоги буде продовжуватись зіштовхуватись з серйозними проблемами недофінансування, дефіциту кадрів і їх демотивованістю.

Додаткові ризики несе неузгодженість реформи медицини з процесом децентралізації, зокрема зі створенням об'єднаних територіальних громад. Відсутність зрозумілого договірної механізму між існуючими ЦНПМД і ОТГ по фінансуванню амбулаторій, розташованих на території цих ОТГ, може стати стимулом повернення амбулаторій у власність ОТГ і – дроблення існуючих ЦНПМД. Така тенденція буде йти врозріз з одним із основних напрямків медреформи – глобалізацією бюджетів – збільшувати адміністративні витрати, і розпорозувати потенційні кошти на розвиток мережі на первинному рівні.

Сучасний стан інформування населення про реформи, що відбуваються і їх вплив на життя приносить багато непорозумінь у взаємодії громадян, представників влади та медичних працівників. Незнання формату реалізації реформи призводить до негативної оцінки самих процесів, а відсутність діалогу між лікарем та пацієнтом, що унеможлиблює ефективну імплементацію медичної реформи на регіональному рівні.

Серед шляхів посилення ролі ОМС у сфері охорони здоров'я населення в нашій країні мають бути: впровадження на місцевому рівні заходів щодо: профілактики захворювань; забезпечення якісного медичного обслуговування; зниження коефіцієнта смертності населення; розроблення програми продовження тривалості життя і трудового довголіття людей; підвищення їхньої соціальної активності; пропаганди здорового способу життя і культури здоров'я; зведення до мінімуму негативного впливу антропогенних факторів на

довкілля певного регіону та здоров'я населення; його оздоровлення й екологічної реабілітації тощо.

Щоб створити відповідну адміністративну інфраструктуру, необхідно провести підготовчу роботу з навчання штату та організації структур і процесів.

З метою забезпечення здоров'я нації як одного з важливих факторів національної безпеки України необхідними є проведення таких заходів, як:

- пропаганда здорового способу життя і створення умов для усвідомленого його вибору підлітками, молоддю, дорослим населенням;
- збільшення інвестицій у розвиток галузі охорони здоров'я на регіональному рівні з метою покращання здоров'я населення;
- вдосконалення функцій ОМС системи державного регулювання шляхом розвитку установ охорони здоров'я на певній території.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Акімова І., Максимчук М. Риски в системі здравоохранення в 2018 году. *Нова соціальна і економічна політика (НосЕП)* URL: <http://newsep.com.ua/new/1092> (дата звернення: 20.03.2021).
2. Андрусів У. Я., Юрченко Н.Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2019. № 150. С. 20–24.
3. Батіг Л. Роль зв'язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні : посібник / за заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого. Київ : Проект Європ. Союзу. 2006. 40 с.
4. Безверхнюк Т. М. Система ресурсного забезпечення регіонального управління: концептуальні засади розбудови і механізми функціонування : дис. ... докт. наук з держ. управл. : 25.00.02. Одеса. 2009. 441 с.
5. Белих А., Пилипчук А., Моїсеєва А. Реформи в галузі охорони здоров'я в Румунії: Гарвардський основний підхід. *Сучасні економічні дослідження*. 2018. № 1 (1). С. 51–61.
6. Білинська М. М., Авраменко Т. П. Управління змінами охорони здоров'я. Київ, 2015. 80 с.
7. Білинська М. М., Кульгінський Є. А. Нова парадигма державного управління охороною здоров'я України. *Держава та регіони*. Серія: Державне управління. 2014. № 4. С. 104–107.
8. Білинська М.М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні : дис. ... докт. наук з держ. управл.: 25.00.02. Київ, 2004. 388 с.
9. Бульба В. Соціальні функції держави як фундаментальна категорія державно-управлінської науки. *Публічне управління : теорія та практика : збірн. наук. праць Асоціації докторів наук з державного управління*. Харків : Вид-во «ДокНаукДержУпр». 2011. № 4 (8). С. 3-9.

10. Бюджетний кодекс України від 8 липня 2010 р. № 2456-VI / Офіційний вісник України : збірник нормативно-правових актів. Київ : Українська правова інформація. 2010. С. 9–84.
11. В Україні може з'явитися Медичний кодекс. URL : <http://zib.com.ua/ua/pda/15329.html> 1.3.2. (дата звернення: 02.02.2021).
12. Вашев О.Є., Мазурок О.В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2015. Вип. 1 (48). С. 101–106.
13. Васюк О. Розвиток повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2010. № 2. URL : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=92> (дата звернення: 12.01.2021).
14. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я : автореферат дис. ... докт. з держ. управл.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. 42 с.
15. Гальчинський А. Суперечності реформ: у контексті цивілізаційного процесу. Київ : Укр. пропілеї, 2001. 320 с.
16. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення. URL: http://www.lex-line.com.ua/?go=full_article&id=90 (дата звернення: 20.03.2021).
17. Глухова В. І., Булах М. О. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2016. № 10. С. 760-764.
18. Глухова В. І., Скрипник Л. І. Державне фінансове забезпечення охорони здоров'я на рівні місцевих бюджетів. *Облік і фінанси*. 2018. № 1. С. 80-86.
19. Гройсман В. Децентралізація та створення госпітальних округів підвищать якість роботи закладів охорони здоров'я в Україні. URL : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?>

art_id=250039503&cat_id=24427(дата звернення: 29.06.2021).

20. Грузєва Т. С. Забезпечення рівності і справедливості в охороні здоров'я – стратегічна мета нової Європейської політики «Здоров'я - 2020». *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. № 2-3 (18-19). С. 87-91.

21. Даудова Г., Бондар Г. Функціонування органів місцевого самоврядування в умовах фінансової децентралізації. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/ebook/tpdu/2017-1/doc/3/01.pdf>. (дата звернення: 08.04.2021).

22. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. монографія у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

23. Державне управління охороною здоров'я України : монографія / [Лазоришинець В. В., Слабкий Г. О., Ярош Н. П., Чепелевська Л. А., Шевченко М. В., Кутуза А. С., Ціборовський О. М., Істомин С. В., Кондратюк Н. Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г. М.] Київ. 2014. 312 с.

24. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. При Президентіві України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. 2011. 692 с.

25. Європейська хартія місцевого самоврядування від 15 жовтня 1985 року. URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=994_036&pass=4/UMfPEGznhh7o3.ZivNbSQANI4HQs80msh8Ie6. (дата звернення: 20.03.2021).

26. Карабін Т. О. Співвідношення повноважень місцевих органів публічної влади : монографія. Ужгород : Вісник Карпат, 2006. 154 с.

27. Карамішев Д. В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. *Університетські наукові записки*. 2005. № 3 (15). С. 330-333.

28. Карпишин Н. І., Комуницька М. П. Класичні моделі фінансового

забезпечення охорони здоров'я. Світ фінансів. 2017. № 1 (14). С. 110-117.

29. Конституція України (зі змінами і доп.). Київ : Атіка. 2006. 64 с.

30. Котляревський Ю. О. Складові забезпечення якості медичних послуг в умовах трансформаційних перетворень у системі охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2008. Вип.4. С. 306-311.

31. Кравченко В. В. Конституційні засади місцевого самоврядування в Україні (основи муніципального права) : навч. посіб. Київ : Арарат-Центр. 2001. 176 с.

32. Кульгинський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: Європейський досвід. *Державне управління та місцева самоврядування*. 2015. Вип. 2 (25). С.147–159.

33. Лехан В. М., Іпатова А. В., Духовенко К. К. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. Київ : Сфера, 2001. С. 54-57.

34. Малагардіс А., Рудий В. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні. Київ : Проект Європ. Союзу. 2006. 48 с.

35. Марусин О. В., Марків М. М. Забезпечення ефективності системи охорони здоров'я в Болгарії. 2018. : <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33900/1/253.pdf> (дата звернення: 02.02.2021).

36. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення: 20.03.2021).

37. Мосійчук І. В. Державне управління системою охорони здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку. *Сталий розвиток економіки*. 2016. № 1 (30). С. 44–48.

38. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення: 09.02.2021).

39. Обуховська Л. І. Механізми забезпечення діяльності закладів

охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. Стратегія і тактика державного управління. 2020. № 1-2. С. 26-39.

40. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801–XII URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. (дата звернення: 09.02.2021).

41. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України. Редакція від 02.08.2014. Підстава: 1590-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed20140802>. (дата звернення: 09.02.2021).

42. Попова Т. О. Комунікаційна модель публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я. 2020. Харків. 128 с.

43. Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицині : збірка міжнародних документів / упор. В. В. Глуховський. Київ : Сфера, 2004. С. 117–118.

44. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2013 році : Щорічне послання Президента України до Верховної Ради України. Київ : НІСД. 2013. 576 с.

45. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168–VIII URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>. (дата звернення: 09.09.2021).

46. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. (дата звернення: 09.09.2021).

47. Про лікарські засоби : Закон України від 4 квітня 1996 р. № 124/96-ВР. URL: <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр>. (дата звернення: 09.09.2021).

48. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 травня 1997 р. № 280. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=280%2F97-%E2%F0>. (дата звернення: 02.02.2021).

49. Про місцеві державні адміністрації : Закон України від 9 квітня

1999 р. № 586 // URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=586-14>. (дата звернення: 02.02.2021).

50. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206–VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19.18> (дата звернення: 11.04.2021).

51. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» : Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016. № 1338-VIII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>. (дата звернення: 11.04.2021).

52. Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020» : Указ Президента України від 12 січ. 2015 р. № 5/2015. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/-laws/show/5/2015> (дата звернення: 12.05.2021).

53. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.04.2014 № 333-р. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/-laws/show/4/2014> (дата звернення: 12.05.2021).

54. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження КМУ від 13.11.2016. № 1002 52. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/-laws/show/11/2016> (дата звернення: 11.04.2021).

55. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.

56. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу (2019). URL: <https://medstatdon.dn.ua/wpcontent/uploads/2019/04/Reytingovaotsinkaza2018rikBlocked.pdf> (дата звернення: 19.06.2021).

57. Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» / Схвалено Постановою Верховної Ради України

від 21 квітня 2016 року № 1338VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/133819>. (дата звернення: 11.08.2021).

58. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / [авт. тексту Т. П. Попченко]. Київ : НІСД, 2011. 41 с.

59. Рогова О. Г. Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління : зб. наук. пр. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2012. Вип. 2 (37). С. 50-55.

60. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я : монографія. Київ : Фенікс, 2009. 384 с.

61. Рожкова І. В. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/dutp/2005-2/txts/galuz/05rivozu.pdf>. (дата звернення: 19.08.2021).

62. Рудий С. А., Гук А. П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України. Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 2. С. 89–99.

63. Савченко О. Р. Системно-функціональна модель публічного адміністрування реформування галузі охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського*. Серія: Економіка і управління. Т. 31 (70). № 5. 2020. С. 66–70.

64. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 24–31.

65. Солоненко І. М. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. Київ : Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.

66. Солоненко І., Солоненко Н., Торбас О. Розвиток діяльності

місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я на рівні адміністративного району. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2012. Вип. 1. С. 250–258. URL: [http:// nbuv.gov.ua/UJRN/](http://nbuv.gov.ua/UJRN/). (дата звернення: 10.10.2021).

67. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник [для студ. вищ. навч. закл.] / Під. заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 680 с.

68. Торбас О. М. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Економіка та держава*. 2011. № 4. С. 129–131.

69. Торбас О. М. Розвиток організаційно-правових засад місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2010. № 2. С. 35–42.

70. Управління охороною здоров'я територіальної громади : монографія / за ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. Київ : НАДУ. 2009. 152 с.

71. Шегедин Я. Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства ефективність державного управління. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2 (51). Ч. 1. С. 133.

72. Шипко А. Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі. Державне управління та місцеве самоврядування : збірник наук. праць. Дніпро : ДРІДУ НАДУ. 2009. Вип. 3 (3). С. 254-261.

73. Шульдяков В. А., Черненко Ю.В., Денисова Т.П. Теоретические основы формирования доказательного управления здравоохранением в регионе в условиях социально-экономической нестабильности.: URL: www.ssmj.ru/system/files/archive/ssmj-2015-1-full.pdf (дата звернення: 11.09.2021).

74. Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу. URL : <http://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pisljaprijnjattja->

[zakonu-pro-medichnu-reformu](#) (дата звернення: 11.09.2021).

75. Янюк Н., Бориславська О. Правове регулювання взаємодії місцевого самоврядування і місцевих державних адміністрацій. *Право України*. Київ. 2006. № 6. С. 19–24.

76. Bell T. M., Gilyan D., Moore B. A., Martin J., Ogbemudia B., McLaughlin B. E., Zarzaur B.L. Longterm evaluation of a hospitalbased violence intervention program using a regional health information exchange. *The journal of trauma and acute care surgery*. 2018. № 84 (1) P. 17.

77. Costa C., Freitas A., Stefanik I., Krafft T., Pilot E., Morrison J., Santana P. Evaluation of data availability on population health indicators at the regional level across the European Union. *Population health metrics*. 2019. № 17 (1). 11 p.

78. Holden K. B., Hopkins J., Belton A., Butty K., Tabor D. C., Satcher D. Leveraging science to advance health equity: a regional health policy research center's approach. *Ethnicity & disease*. 2019. №. 29 (2). P. 3-23.

79. Krivenko N., Kriventsova L., Epaneshnikova D. Issues of sustainability of regional health system. *International Multidisciplinary Scientific GeoConference: SGEM*. 2019. 19 (5.3). P. 467–473.

80. Witter S., Govender V., Ravindran T.S., Yates R. Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender. *Health policy and planning*. 2017. № 32 (5). P. 4–12.