

Київський національний торговельно-економічний університет

Кафедра публічного управління та адміністрування

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

Студента 2 курсу, 8-м.
групи, спеціальності
281 «Публічне управління та
адміністрування»

*підпис
студента*

Пилипченко Людмила
Василівна

Науковий керівник
Кандидат економічних наук,
доцент

*підпис
керівника*

Міняйло Олександр
Іванович

Гарант освітньої програми
доктор наук з державного
управління, професор

*підпис
керівника*

Орлова Наталія
Сергіївна

Київ 2019

Київський національний торговельно-економічний університет

Факультет економіки, менеджменту та психології
Кафедра публічного управління та адміністрування
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

Затверджую

Зав. кафедри _____ Н.Л. Новікова
«___» _____ 2019 р.

**Завдання
на випускню кваліфікаційну роботу студентіві**

Пилипченко Людмилі Василівні

1. Тема випускної кваліфікаційної роботи: «Організація роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я»

Затверджена наказом КНТЕУ від «___» _____ 2019 р. № _____

2. Строк здачі студентом закінченої роботи _____

3. Цільова установка та вихідні дані до роботи:

Мета роботи розвиток теоретичних засад і розробка практичних рекомендацій щодо організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в м. Києві.

Предметом дослідження є теоретичні засади та методичне забезпечення організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

4. Консультанти по роботі із зазначенням розділів, за якими здійснюється консультування:

Розділ	Консультант (прізвище, ініціали)	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
ВСТУП РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	Міняйло Олександр Іванович		
РОЗДІЛ 2 РОЗВИТОК МУНІЦИПАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК СКЛАДОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	Міняйло Олександр Іванович		
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	Міняйло Олександр Іванович		

6. Зміст випускної кваліфікаційної роботи (перелік питань за кожним розділом)

ВСТУП

[РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я](#)

1.1. Сутність організаційної роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

1.2. Специфіка формування механізму управління закладами охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід

[РОЗДІЛ 2 РОЗВИТОК МУНІЦИПАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК СКЛАДОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я](#)

2.1. Сучасний стан розвитку сфери охорони здоров'я в умовах медичної реформи

2.2. Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

[РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я](#)

3.1. Трансформація організаційного механізму управління закладами охорони здоров'я на місцевому рівні

3.2. Обґрунтування управлінських рішень та стратегія організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я та функціональні обов'язки

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

6. Календарний план виконання роботи

№ пор.	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	
		За планом	Фактично
1	2	3	4
1	Затвердження плану ВКР у наукових керівників		
2	Здача наукової статті відповідальному редактору збірника статей		
3	Подача науковому керівнику 1-го розділу		
4	Подача науковому керівнику 2-го розділу		
5	Подача науковому керівнику 3-го розділу		
6	Подача науковому керівнику готової роботи		
7	Подача роботи завідувачу кафедри		
8	Рецензування роботи		
9	Захист ВКР		

7. Дата видачі завдання «___» _____ 2019 р.

8. Керівник випускної кваліфікаційної роботи _____ Міняйло О.І.

9. Гарант освітньої програми _____ Орлова Н.С.

10. Завдання прийняв до виконання студентка _____ Пилипченко Л.В.

11. Висновок керівника випускної кваліфікаційної роботи

Керівник випускної кваліфікаційної роботи _____ Мінняйло О.І.
(підпис, дата)

12. Висновок про випускну кваліфікаційну роботу

Випускна кваліфікаційна робота студента _____ Пилипченко Л.В.
може бути допущена до захисту в екзаменаційній комісії.

Гарант освітньої програми _____ Орлова Н.С.

Завідувач кафедри _____ Новікова Н.Л.

« _____ » _____ 2019 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
<u>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ОРГАНІВ</u> <u>МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</u>	6
1.1. Сутність організаційної роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.....	6
1.2. Специфіка формування механізму управління закладами охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід.....	15.
<u>РОЗДІЛ 2 РОЗВИТОК МУНІЦИПАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК</u> <u>СКЛАДОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</u>	16.
2.1. Сучасний стан розвитку сфери охорони здоров'я в умовах медичної реформи.....	24
2.2. Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.....	32
<u>РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ОРГАНІВ</u> <u>МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ</u> <u>ЗДОРОВ'Я</u>	33
3.1. Трансформація організаційного механізму управління закладами охорони здоров'я на місцевому рівні.....	39
3.2. Обґрунтування управлінських рішень та стратегія організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я та функціональні обов'язки.....	42
ВИСНОВКИ.....	46.
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48.
ДОДАТКИ.....	56

ВСТУП

Актуальність теми випускної кваліфікаційної роботи полягає в тому, що стан здоров'я громадян є одним із найважливіших індикатором рівня життя населення будь-якої держави. Нестабільні економічні умови продовжують негативно впливати на розвиток закладів охорони здоров'я та надання соціальної допомоги. Неефективність заходів щодо збереження стану громадського здоров'я спричинило до того, що в Україні сьогодні середня тривалість життя громадян на 10-12 років нижча, ніж в країнах Європейського Союзу, а смертність, особливо серед чоловіків працездатного віку є в 3-4 рази вищою [14, 21].

Основним завданням організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є підтримка та зміцнення здоров'я населення.

В процесі організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я вони стикаються із перешкодами для розвитку закладів охорони здоров'я: значні кошти з місцевих бюджетів спрямовуються на фінансування поточних видатків, а не на розвиток закладів та їхнього персоналу. Впровадження нової моделі системи охорони здоров'я дасть місцевому самоврядуванню можливості для покращення виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я. Отже, дослідження механізмів організаційної роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є нагальним і перспективним напрямом багатьох наукових досліджень.

Огляд літературних джерел показав, що організацією роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я займалися багато вітчизняних і зарубіжних дослідників. Серед них слід назвати Я. Аркатова, М. Білинську, Т. Гринько, З. Гладуна, В. Загорського, Т. Камінську, Л. Ліштаба, Н. Орлова, Я. Радиша, І. Рожкову, С. Сазонову, І. Солоненка, Н. Солоненко, та інших науковців.

Аналіз наукових праць свідчить, що недостатньо дослідженими залишаються проблеми теоретичної основи організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, забезпечення розвитку муніципальної медицини як складової системи охорони здоров'я. Необхідність вирішення зазначених проблем, їх актуальність і значущість обумовили вибір теми випускної кваліфікаційної роботи її мету, завдання, структуру та зміст.

Метою випускної кваліфікаційної роботи є розвиток теоретичних засад і розробка практичних рекомендацій щодо організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Для досягнення вказаної мети поставлено та вирішено такі завдання:

- розкрити сутність організаційної роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я;
- визначити специфіку формування механізму управління закладами охорони здоров'я на зарубіжному та вітчизняному досвіді;
- виявити сучасний стан розвитку сфери охорони здоров'я в умовах медичної реформи;
- обґрунтувати повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я;
- узагальнити трансформацію організаційного механізму управління закладами охорони здоров'я на місцевому рівні;
- обґрунтувати управлінські рішення та стратегію організаційної роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я та функціональні обов'язки.

Об'єктом дослідження є процес організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в м. Києві

Предмет дослідження – теоретичні засади та методичне забезпечення організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Методичною основою випускної кваліфікаційної роботи виступають законодавчі та нормативні акти Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, нормативні документи, аналітичні огляди, статистичні звіти міністерств і відомств України, офіційні дані Державної служби статистики України, монографії, науково-аналітичні статті вітчизняних і зарубіжних науковців, первинні документи, а також результати власних досліджень.

При дослідженні теоретичних аспектів сутності організаційної роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я застосовувалися методи абстрагування, аналогії, систематизації; методи теоретичного узагальнення і порівняння для розкриття специфіки формування механізму управління закладами охорони здоров'я на зарубіжному та вітчизняному досвіді. Методи причинно-наслідкового й абстрактно-логічного характеру спостереження, аналізу і синтезу для удосконалення організаційного механізму управління закладами охорони здоров'я на місцевому рівні.

Практичне значення полягає у подальшому розвитку теоретичних положень, розробці практичних рекомендацій щодо формування організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Апробація. Результати дослідження пройшли апробацію шляхом опублікування у збірнику статей студентів «Розвиток закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації».

Структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота структурно містить вступ, три розділи, загальні висновки та пропозиції, список використаних джерел та додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність організаційної роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

В Конституції України та окремих законах країни, зокрема в Законі "Про місцеве самоврядування в Україні", "Про столицю України - місто-герой Київ"[36, 54, 62-66], а також в галузевому Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [54], прописані основні повноваження, щодо діяльності місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, серед основних пріоритетів яких є поліпшення і збереження здоров'я населення, формування ефективної медичної та санітарної допомоги, забезпечення прав громадян на її одержання за рахунок покращення організації і фінансування галузі та використання ресурсів на інноваційній основі.

В основному Законі держави Конституції закріплено норму за якою закріплено право громадян на медичне обслуговування і медичне страхування а також передбачено право людини на безкоштовну медичну допомогу як в державних, так і в комунальних закладах охорони здоров'я [36]. Однак положення ряду статей Конституції вказує і на те, що частина питань охорони здоров'я, зокрема, надання медичної допомоги, відноситься до питань місцевого значення. Тому важливим питанням є розмежування завдань і функцій державної системи охорони здоров'я і комунальної системи (підсистеми) охорони здоров'я.

Механізм організаційної роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я спрямований на досягнення цілей в управлінні процесами охорони здоров'я шляхом ефективного використання людських, матеріальних і медико-технологічних ресурсів [17, с. 9]. Варто відмітити, що ефективність функціонування організаційно-економічного механізму управління закладами охорони здоров'я в будь-якій країні світу повинна

корелюватися із загальними показниками здоров'я населення. Таким загальним показником в світовій практиці є тривалість життя. Результати дослідження тривалості життя населення в Україні в порівнянні з розвинутими країнами приведені в (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Характеристики якості здоров'я населення
для окремих країн (за даними 2017 р.) [10,22].

Країна	Показники якості здоров'я населення	
	Середня тривалість життя, років	Загальний коефіцієнт смертності
Австралія	84,4	6,5
Данія	82,8	9,4
Ізраїль	84,1	5,4
Китай	77,3	6,2
Нідерланди	83,5	8,4
Німеччина	83,6	10,6
США	81,2	8,0
Швейцарія	85,4	8,1
Франція	86,0	8,8
Чилі	81,6	5,7
Україна	71,6	14,9

Порівняно з розвинутими країнами Україна має найгірші показники у сфері охорони здоров'я. Починаючи з 2012 р. показник середньої тривалості життя в Україні складає приблизно 71 рік, у той час як у більшості розвинутих країн він перевищує 80 років.

В основному законі Конституції України записано, що збереження та зміцнення здоров'я є важливим завданням державної політики та державного управління. В сучасних умовах вирішення даного питання не можливе без залучення самого населення, територіальних громад, органів державного управління і місцевого самоврядування. Основні повноваження місцевого самоврядування відповідно до положень Європейської хартії про місцеве самоврядування, встановлюються конституцією або законом [21]. Відповідно до Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” практична реалізація завдань по охороні здоров'я населення, що проживає на певній території – села, селища чи міста, району чи області покладається на органи місцевого самоврядування [64].

Як зазначає науковець Шевченко В.А.: «соціальною сутністю основ

місцевого самоврядування є самоорганізація територіальних громад та підвищення їх активності стосовно впливу на органи влади з метою вирішення актуальних питань життєдіяльності а, по суті, формування інституцій громадянського суспільства» [86].

Німецький вчений Рудольф Гнейст у середині XIX ст. вперше запропонував визначення місцевого самоврядування «як управління на місцевому рівні, при якому територіальні громади, що історично склалися, були наділені правом самостійно, в межах чинного законодавства, вирішувати питання своєї життєдіяльності». Варто відмітити, що при цьому органи державного управління не повинні втручатися в діяльність територіальних громад і за суттю відрізняється від поняття “місцеве управління” яке визначає управлінську діяльність у місцевій територіальній одиниці, що здійснюється центральною або регіональною владою.

Наприкінці XX ст. почала формуватися новітня модель місцевого самоврядування, для якої характерні:

- зростання значення громадянських ініціатив;
- вплив жителів громади на діяльність органів місцевого самоврядування;
- органи місцевого самоврядування допомагають окремим громадянам та суспільним групам самим задовольняти свої потреби і тому передають право на надання частини публічних послуг неурядовим організаціям та бізнесу;
- пошук джерел фінансування розвитку громади в інших організаціях та установах тощо.

Варто відмітити, що вітчизняні науковці, в наукових дослідженнях, часто вживають термін «муніципалітет». Цей термін набув поширення після Великої французької революції, коли було прийнято закон, яким влада громад визначалась як «четверта влада» після законодавчої, виконавчої та судової. Однак в Конституції України вживається термін «місцеве самоврядування».

Охорона здоров'я - це система заходів, що проводяться державними органами та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, а також фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку і мають ліцензію на здійснення підприємницької діяльності в медичній практиці. Медичні та фармацевтичні працівники, громадські об'єднання та громадяни з метою збереження і відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальних функціональних і соціальних активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості його життя [70].

Виконавчі органи сільських, міських і міських рад, які здійснюють повноваження з охорони здоров'я, наділені самоврядної повноваженнями, в тому числі управлінням установами охорони здоров'я, закладами охорони здоров'я, які належать або передані територіальним громадам, установам молодіжного підлітка, їх організацією матеріально-технічне забезпечення; організація охорони здоров'я і харчування в установах освіти, культури, фізкультури і спорту; оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я; та делегованими повноваженнями:

- забезпечення у межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;
- забезпечення відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [54]. розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів;
- забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

- реєстрація відповідно до законодавства статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [54].

В Конституція України передбачено виконання ряду повноважень органів місцевого самоврядування, в частині щодо охорони здоров'я, зокрема :

- питань бюджету;
- затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку відповідних територій і контроль їх виконання;
- управління майном;
- здійснення функцій виконавчої влади [36].

У сфері охорони здоров'я повноваження органів місцевого самоврядування виявляються у різних сферах діяльності цих органів. Так, наприклад, при реалізації повноважень у сфері реалізації повноважень з управління комунальною власністю органи місцевого самоврядування приймають рішення про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання закладів охорони здоров'я комунальної форми власності відповідної територіальної громади; заслуховують звіти про роботу керівників закладів охорони здоров'я комунальної власності відповідних територіальних громад [54, 64].

Як показують дослідження чинного законодавства, донедавна функції і повноваження місцевих органів місцевого самоврядування та державних адміністрацій ґрунтувалось на принципах які включають:

- компетенція органів місцевого самоврядування;
- компетенція місцевих державних адміністрацій;
- суміжна компетенція.

Тому спостерігалось дублювання і втручання одних органів у справи інших, саме розмежування функцій і повноважень між місцевими державними

адміністраціями та органами місцевого самоврядування постало одною із важливих проблем.

Нова система зосереджена на чіткому визначенні ролей та відповідальності Уряду, місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я.

Відповідно до законодавства України, до повноважень місцевого самоврядування:

- належать управління закладами охорони здоров'я;
- організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;
- організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах;
- забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації спеціалістів.

На практиці органи місцевого самоврядування мають певні проблеми для розвитку закладів охорони здоров'я. Так значні кошти з місцевих бюджетів спрямовуються на фінансування поточних видатків, а не на розвиток закладів та їхнього персоналу. Тому для повноцінного виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я потрібно запровадження нової моделі, що дасть місцевому самоврядуванню можливості для повноцінного виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я.

Передусім це буде досягнуто шляхом розмежування коштів: кошти місцевих бюджетів буде спрямовано на покращення якості роботи закладів охорони здоров'я та впровадження місцевих програм, а з національного рівня фінансуватиметься програма медичних гарантій.

В сучасних умовах на розвиток системи управління сферою охорони здоров'я впливають невизначеність процесів централізації та децентралізації, а також соціально-економічні особливості окремих територій. Як зазначають

вітчизняні та зарубіжні фахівці в Україні існує значна централізація соціальних послуг, тому завдання реформи системи охорони здоров'я, наряду пов'язані із вирішенням таких завдань як:

- удосконалення управління державними видатками на соціальні послуги у напрямі підвищення раціональності їх використання;
- посилення ролі та відповідальності органів місцевого самоврядування за якість, обсяг, фінансове забезпечення, планування, організацію надання соціальних послуг;
- вибір надавачів цих послуг;
- необхідне реформування місцевих бюджетів;
- підвищення ефективності процесу формування їх видаткової частини, зокрема розмежування видатків на виконання делегованих і власних повноважень органів місцевого самоврядування, конкретизацію видаткових повноважень місцевих бюджетів у галузях бюджетної сфери (видатки на функціонування закладів охорони здоров'я, соціального захисту, здійснення заходів у цих сферах),
- перегляд складу видатків, які враховуються та не враховуються при визначенні обсягів міжбюджетних трансфертів.

Діюче законодавство України не встановлює переліку питань місцевого значення, що створює певні труднощі при розмежуванні повноважень органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, а також при розподілі повноважень місцевого самоврядування на самоврядні та делеговані. Однак питання місцевого значення охоплюють всі сфери життєдіяльності територіальної громади, їх вирішення забезпечує надання членам територіальної громади необхідних громадських послуг (рис. 1.1).

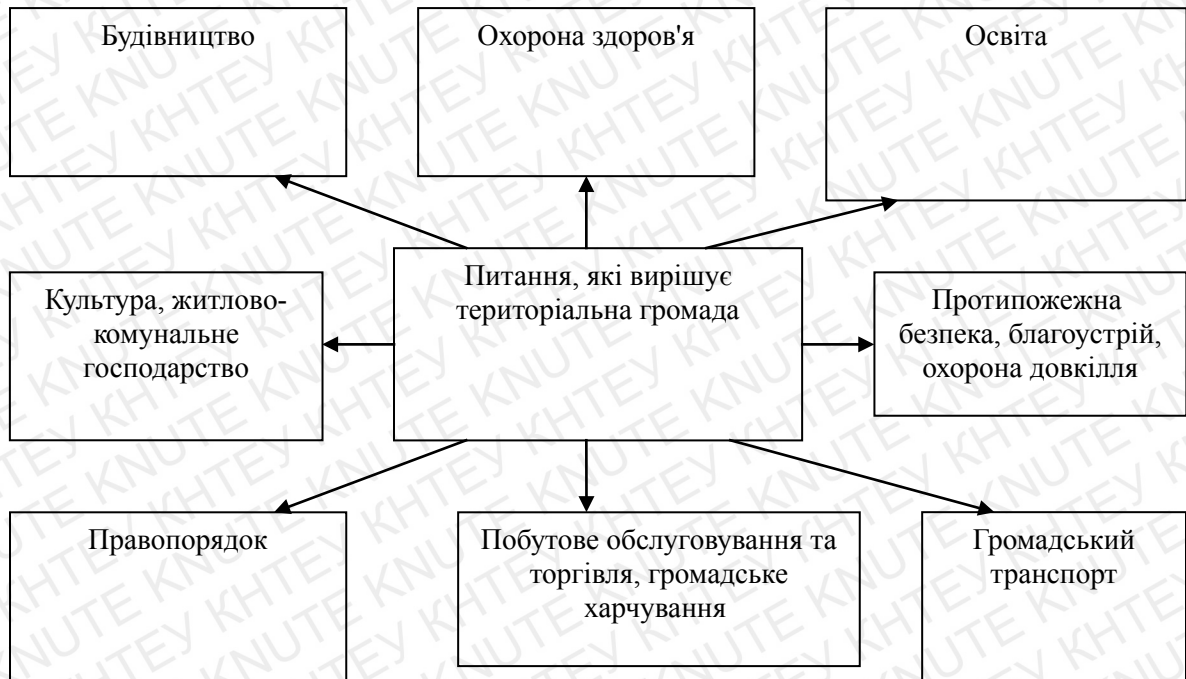


Рис. 1.1. Функціональна модель замовника послуг з охорони здоров'я на рівні адміністративного району

Варто відмітити, що законодавство наділяє місцеві ради функціями управління, регулювання, забезпечення, організації, контролю тощо. Правовими підставами здійснення органами місцевого самоврядування функцій державного регулювання відносин є, відповідна постанова Кабінету Міністрів України.

Органи місцевого самоврядування, їх виконавчі органи реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством, вони формують і реалізують місцеву і регіональну політику в межах своїх адміністративно-територіальних одиниць. Віднесення цією нормою закону органів місцевого самоврядування до органів, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я дає підстави зробити висновок, що органи місцевого самоврядування є важливою управлінською ланкою системи охорони здоров'я населення [64].

1.2. Специфіка формування механізму управління закладами охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід

Перше місце за ефективністю системи охорони здоров'я серед країн світу займає адміністративний округ Китаю Гонконг, за яким йдуть Сінгапур, Іспанія, Південна Корея та Японія. Також у лідируючій групі такі країни як Італія, Ізраїль, Чилі, Об'єднані Арабські Емірати та Австралія. Такий високий рівень ефективності системи охорони здоров'я у Гонконзі було досягнуто за рахунок якісного обслуговування населення, використання нових технологій, упровадження інновацій та забезпечення доступу до якісної медичної допомоги [27,40]. Варто відмітити, що основу системи охорони здоров'я Гонконгу становить муніципальна медицина, де їх госпіталі покривають 90% усіх операцій і процедур, необхідних населенню країни.

Механізм управління закладами, що надають медичні послуги, залежить від моделі державної організації охорони здоров'я. В процесі написання випускної кваліфікаційної роботи були досліджені різні моделі формування системи охорони здоров'я:

- державна модель із бюджетною системою фінансування;
- страхова, заснована на принципах соціального страхування та регулювання ринку;
- приватна, що базується на ринкових принципах із використанням приватного медичного страхування;
- похідні від зазначених [85].

В науковій літературі виділяють шість основних моделей формування системи охорони здоров'я.

Консервативна або модель Бісмарка функціонує в таких європейських країнах як Австрія, Німеччина, Франція, Бельгія, Нідерланди, Швейцарія та Ізраїль. Вагомою особливістю цієї системи є те що бюджетні відрахування на медичні заходи в більшості дорівнюють страховим внескам працівників і роботодавців, основні канали перерозподілу перебувають під контролем держави. При тому що держава поступається матеріальною підтримкою

громадян у системі охорони здоров'я. Тому саме від розміру їх доходів і відрахувань на користь медичного страхування і залежить величина соціальної допомоги. Держава гарантує задоволення потреб усіх громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг [27, 85]. При цьому забезпечується можливість вибору та суверенітет споживачів, а диверсифікована система фінансування стійкість фінансової основи страхової медицини.

В основі охорони здоров'я Німеччини лежить структурована система медичного страхування, що включає державне обов'язкове медичне страхування та медичне страхування приватних страхових фондів. Майже 90% населення охоплено державним медичним страхуванням, а інші приватним. Покриття вартості медичного страхування безробітних, громадян похилого віку, дітей і державних службовців бере на себе уряд [81, с. 28]. В країні діють чотири види соціального страхування: пенсійне, медичне, по догляду, від нещасних випадків на виробництві. Особливістю формування механізму управління закладами з охорони здоров'я в цій країні є індивідуальний підхід у приватному страхуванні, а при формування механізму управління закладами з охорони здоров'я враховують такі особливості соціального страхування:

- соціальна справедливість одержуваної медичної допомоги, коли її обсяг і якість не залежать від величини внеску;
- страхування не тільки працюючих громадян, але і їх непрацюючих членів сім'ї;
- чіткий розподіл систем обов'язкового та приватного страхування, права пацієнтів у системах страхування;
- участь пацієнта у витратах на лікування (50% внеску з особистого заробітку, доплата за лікування у стаціонарі, доплата за лікарські засоби).

Моделей формування системи охорони здоров'я, що базується на принципах: універсальності системи охорони здоров'я – поширення на всіх громадян, хто потребує матеріальної допомоги; однаковості й уніфікації медичних послуг та виплат, що виражається в однаковому обсягу медичного

обслуговування діє в Великобританія, Ірландія та Данія а також у скандинавських країнах Норвегія, Швеція. Це державна модель охорони здоров'я, або ще її називають моделлю Бевериджа, характеризується значним впливом держави: фінансування здійснюється з держбюджету за рахунок податків підприємств і населення. Населення отримує медичну допомогу безкоштовно (за винятком деяких медичних послуг). Так в Данії, практично все населення країни охоплено безкоштовним медичним обслуговуванням. Медична, консультативна та лікувальна допомога, лікування у стаціонарі, а також перевезення санітарним транспортом до місця надання медичної допомоги в цій країні є безкоштовною. Кожен громадянин Данії, який своєчасно сплачує податки, має право на безкоштовне медичне обслуговування. Як бачимо в сучасних умовах дії ринкових принципів держава зберегла майже повний контроль за системою охорони здоров'я, що дозволяє підтримувати доступність і високий рівень якості медичних послуг для всього населення [36, 81].

Ще одна модель, яка діє у європейських країнах Португалії, Італії, Іспанії, Греції та ін. отримала назву рудиментарна або південно-європейська для якої характерний відносно низький рівень соціальної захищеності, де а соціальна політика спрямована на компенсацію витрат окремих категорій громадян.

Головним принципом латиноамериканської моделі формування системи охорони здоров'я є соціальна допомога, де розвинена система послуг медичного страхування, а система охорони здоров'я в основному сконцентрована в державному секторі. Ця характеризується високим рівнем державних витрат на охорону здоров'я населення та розвиненими інститутами соціального страхування

В таких країнах як США, Канада, Австралія, Японія діє ліберальна моделей формування системи охорони здоров'я. При мінімальному втручанні держави, медична допомога громадянам здійснюється за рахунок розвинених систем медичного страхування і покривається за рахунок коштів приватних і державних страхових компаній. Варто відмітити, що у США діє кілька програм

державного страхування. Так програма «Medicare», яка в більшості поширюється, на інвалідів і осіб, які отримують допомогу за рахунок соціального страхування оплачує послуги лікарів, діагностичні обстеження, лабораторні аналізи та покриває витрати на післялікарняний догляд, відвідування пацієнтів лікарями вдома тощо. Ще одна програма «Medicaid» призначена для сплати медичних послуг, що надаються певним категоріям осіб із низьким рівнем доходів і сплачує витрати на медичне обслуговування менш ніж половині громадян США, які живуть за межею бідності. Слід додати, що витрати на охорону здоров'я в країні високі та постійно зростають однак американці мають обмежений доступ до системи медичного обслуговування. Це свідчить про те, що високий рівень витрат на охорону здоров'я не приводить до відповідного поліпшення медичного обслуговування і стану здоров'я населення країни.

Можна відмітити невеликий розмір страхових виплат та адресну спрямованість матеріальної допомоги, яка надається в більшості на підставі перевірки потреб.

Досить широким порівняно з багатьма іншими європейськими країнами є спектр медичних послуг у Франції, де витрати на охорону здоров'я складають трохи більше 10% ВВП. У цій країні медичні послуги надаються державними лікарнями, приватними установами, а також фахівцями, які ведуть приватну практику. Регіональні агентства з госпіталізації надаються щорічні дотації з бюджету державним лікарням так і решті медичних установ. Для приватних закладів з охорони здоров'я оплату здійснюють на підставі системи компенсації «надання конкретної послуги».

У країнах Європейського Союзу відбуваються зміни у виробничо-технологічному механізмі управління закладами охорони здоров'я, спрямовані перш за все на поліпшення інформаційного супроводження їх надання та уніфікацію надання якісних медичних послуг. Прикладом цього є впровадження електронної системи охорони здоров'я, яка відкриває своєчасний доступ до ключової медико-санітарної інформації, дозволяє підвищити якість

медичної допомоги та сприяє створенню стійких механізмів надання медичних послуг. Так у балканській Македонія діє програма «Мій час», дія якої спрямована на вдосконалення порядку реєстрації на клінічний прийом і скорочення тривалих термінів очікування для отримання лікарської консультації або проведення діагностичних обстежень. У даний час у всіх державних і приватних медичних установах запис на прийом до лікаря, видача направлень і рецептів, а також ведення електронних медичних карт громадян й електронних історій хвороби здійснюються в рамках цієї програми. Система враховує такі корисні програми, як реєстрація для трансплантації органів, спільне прийняття рішень щодо політики охорони здоров'я, нагадування за допомогою текстових повідомлень про час призначеної консультації, а також панель управління, що показує в режимі реального часу запити, напрями, найбільш поширені діагнози і призначені препарати. За даними Міністерства охорони здоров'я, значно скоротився час очікування для отримання послуг візуального діагностичного обстеження, а також час очікування прийому в медичних установах; не було виявлено дублювання або помилкових записів на прийом; визначені мінімальні витрати робочого часу в розрахунку на лікаря і на конкретний медичний прилад [36, 85].

Систему електронних медичних карток (ЕМК) та служба з електронних рецептів, успішно діє в усіх установах як спеціалізованої, так і первинної медико-санітарної допомоги у скандинавських країнах Фінляндії та Швеції. Як результат, сьогодні у Швеції електронні рецепти складають 90% лікарських призначень [81]. Першою державою у світі, де на національному рівні була повністю впроваджена система ЕМК із записами, які охоплюють медичну історію пацієнта від народження до смерті стала у 2008 р пострадянська Естонія.

В Україні функціонувала багаторівнева, централізована система медичної допомоги з диференційованою ієрархічною структурою постачальників медичних послуг, де кожен рівень відповідає тяжкості захворювання (районні, центральні районні, міські, обласні лікарні), які були об'єднані системою

направлення хворих для надання спеціалізованої допомоги. В цій моделі головна роль відводиться дільничному лікарю, який відповідає за надання та координацію медичної допомоги населенню на закріпленій за ним дільниці. Ця система ґрунтувалася на моделі Семашка, яка характерна для країн пострадянського простору, охорону здоров'я забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Спеціально уповноваженим органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положеннями, затвердженими Кабінетом Міністрів України [86, с. 71]. Схему системи охорони здоров'я України наведено в додатку А.

При приватній моделі охорони здоров'я єдина система державного медичного страхування відсутня, а медичні послуги надаються переважно на платній основі, тобто за рахунок самого споживача [36]. Така модель використовується у США, де основою організації охорони здоров'я є приватний ринок медичних послуг і є найдорожчою системою охорони здоров'я у світі. Дана країна витрачає на охорону здоров'я найбільше як на частку ВВП, так і на душу населення.

Організаційно-економічний механізм управління закладами охорони здоров'я динамічний і має тенденції формування, що лежать у площині відмови від централізованого державного контролю та переходу на умови конкуренції, розподілу витрат, ринкових цін, свободи вибору для споживачів на засадах децентралізації) (рис. 1.2).

У системі охорони здоров'я України громадяни не забезпечені необмеженою кількістю медичної допомоги. Державні джерела фінансування охоплюють лише 57% від загального обсягу. У складі загальних витрат переважають витрати на заробітну плату працівникам закладів охорони здоров'я. Від загальної суми ця частка складає близько 75% [36, 81, 85]. За даними національних рахунків близько 90% вартості лікарських засобів та інших товарів медичного призначення громадяни України сплачують за

рахунок власних коштів, у той час як щорічно лише 10% від загальної суми витрат сплачується безпосередньо закладами охорони здоров'я [36, 81].



Рис. 1.2 Складові світових тенденції організаційно-економічного механізму управління закладами охорони здоров'я

В додатку Б наведені класифікаційні ознаки закладів охорони здоров'я. Так за призначенням типи закладів охорони здоров'я поділяються на лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, фармацевтичні (аптечні), медико-соціальні та ін. [36]. На комунальні, державні або приватні поділяються залежно від форми власності. Відповідно за спеціалізацією виділено спеціалізовані заклади та заклади особливого типу. Заклади охорони здоров'я крім того можуть бути однопрофільними (спеціалізованими) або багатoproфільними, що надають медичну допомогу за кількома спеціалізаціями. Існування трьох рівнів медичної допомоги визначає типи закладів охорони здоров'я згідно з рівнями медичної допомоги (первинної, вторинної та третинної).

Якщо первинна медична допомога повинна надаватися в медичних пунктах, сільських лікарських амбулаторіях, центрах первинної медико-санітарної допомоги і передбачає надання первинної допомоги медичними працівниками, які працюють під керівництвом лікаря загальної практики / сімейного лікаря. То вторинна або спеціалізована медична допомога передбачає спеціалізовані медичні послуги, що надаються в амбулаторних умовах та в лікарнях і не включають внутрішньолікарняні та високотехнологічні стаціонарні медичні послуги, які належать до третинної медичної допомоги. Внутрішньолікарняна медична допомога, що передбачає внутрішньолікарняні діагностичні та лікувальні медичні послуги, які недоступні на рівні первинної та вторинної допомоги і надаються з використанням високотехнологічного та внутрішньолікарняного обладнання за направленням служб вторинної спеціалізованої медичної допомоги входить до медичної допомоги третього рівня або третинної [81,85].

За видом медичної допомоги розрізняють заклади стаціонарної та амбулаторної, високоспеціалізованої, екстреної медичної допомоги, хоспіси, медичної реабілітації. Також здійснено розподіл закладів охорони здоров'я за територіальним місцезнаходженням на дільничні, районні, міські, обласні та державні. За джерелами фінансування заклади охорони здоров'я поділяються на заклади, що фінансуються за рахунок державного бюджету, місцевого, страхових фондів і платних послуг [1]. Державні, відомчі та комерційні заклади охорони здоров'я класифікуються за ознакою «цінова група». Крім того, деякі заклади охорони здоров'я не надають послуг зі стаціонарного медичного обслуговування, тому їх доцільно класифікувати за видом медичного обслуговування. За формами надання медичної допомоги заклади охорони здоров'я поділяються на платні, частково платні та безоплатні.

РОЗДІЛ 2

РОЗВИТОК МУНІЦИПАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК СКЛАДОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Сучасний стан розвитку сфери охорони здоров'я в умовах медичної реформи

Функціонування сфери охорони здоров'я забезпечує відтворення людського потенціалу, визначає можливості національної економіки в цілому в довгостроковій перспективі. Насамперед проблеми реформування системи охорони здоров'я країни, зумовлені складною економічною ситуацією, пов'язаною з дефіцитом усіх видів ресурсів, що стимулює до переходу охорони здоров'я від екстенсивної розподільчої системи ресурсного забезпечення до інтенсивної моделі розвитку з використанням економічних методів управління та запровадження інновацій.

Для виявлення закономірностей розвитку сфери охорони здоров'я доцільно застосовувати відповідні науково-методичні положення, що дозволяють виконати комплексне оцінювання її стану (рис. 2.1).

Ефективне функціонування системи охорони здоров'я м. Києва неможливе без модернізації системи охорони здоров'я, що дасть можливість створити нову сучасну модель функціонування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі гарантії щодо обсягу медичної допомоги, фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний розподіл ресурсів.

Осучаснення та модернізації системи охорони здоров'я міста Києва є забезпечення права кожного мешканця міста на доступність якісних медичних послуг, створення умов для раціонального використання бюджетних коштів за принципом «гроші за пацієнтом», створення сприятливих умов праці для медичного персоналу.

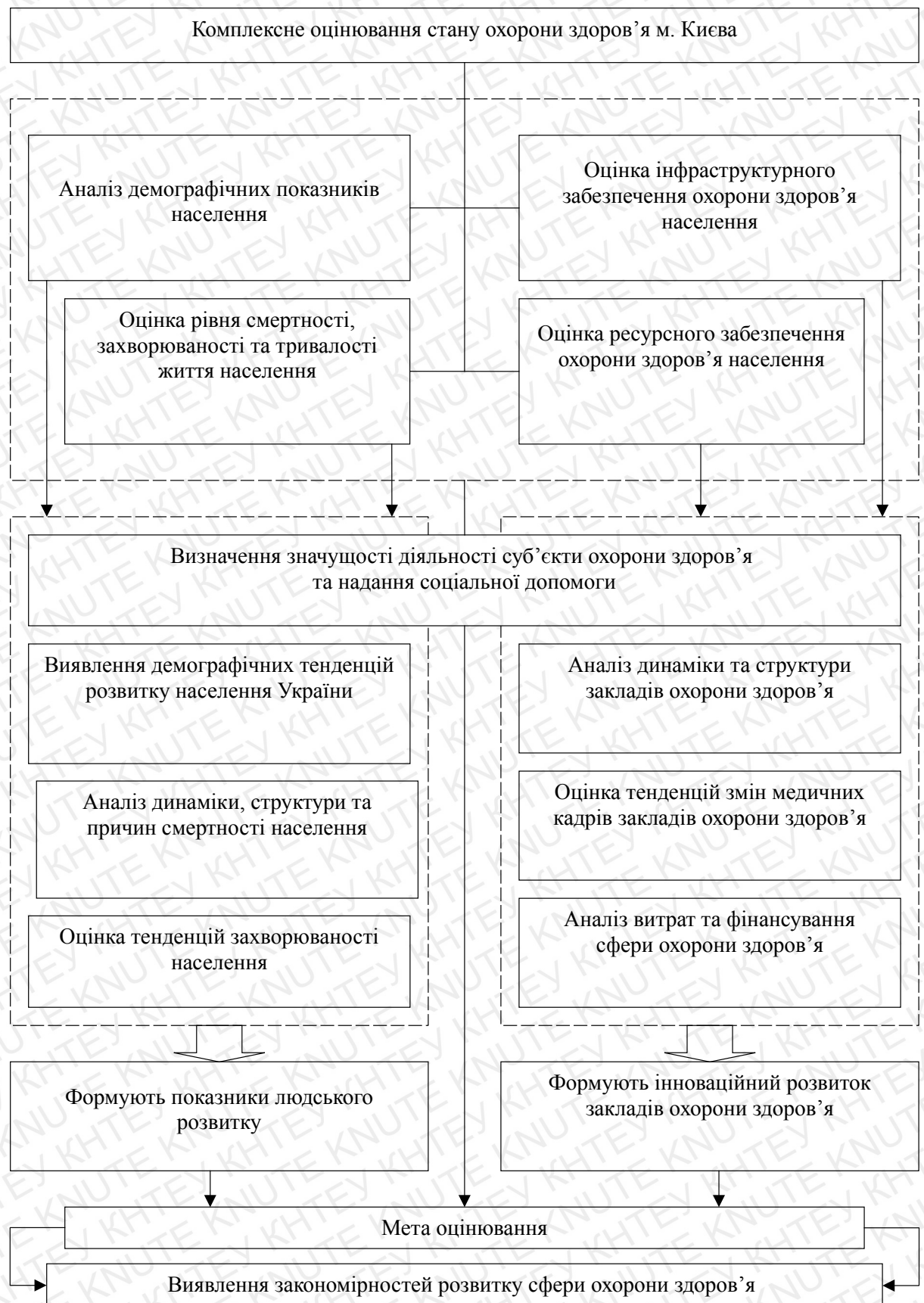


Рис. 2.1 Основні положення закономірностей розвитку сфери охорони здоров'я м.Києві [42,66]

В умовах медичної реформи в збільшується кількість медичних закладів (рис.2.2) м. Києва, але поряд з тим якість медичного обслуговування і стан охорони здоров'я бажають кращого

Основними проблемами розвитку охорони здоров'я є:

- дисбаланс інтелектуальних і матеріальних ресурсів охорони здоров'я між великими містами та іншими територіями проживання громадян;
- відсутність комплексної повноцінної і своєчасної статистичної інформації про діяльність системи охорони здоров'я (на всіх рівнях), необхідної для аналізу, прогнозування та подальшого її планування.

Як наслідок, відсутність реальних можливостей для ефективного контролю за якістю медичних послуг, споживанням ресурсів в системі охорони здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги. Ще однією проблемою розвитку охорони здоров'я є відсутність доступу до медичних даних пацієнта в умовах інтенсивної міграції населення, «реформування» системи охорони здоров'я і збільшення частки приватної медицини.

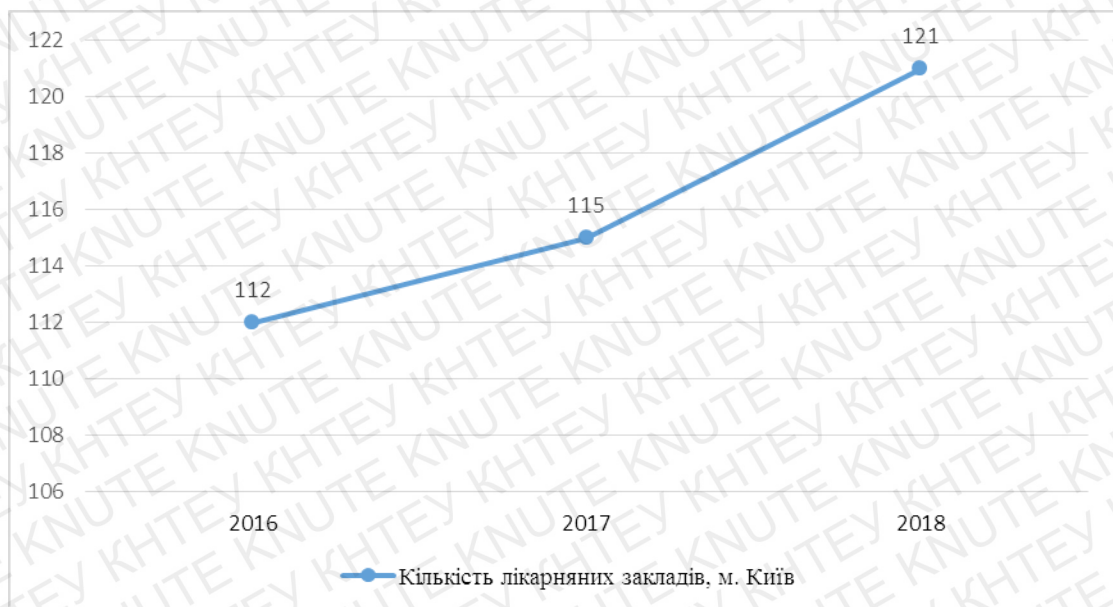


Рис.2.2 Динаміка кількості лікарняних закладів в м.Києві за 2016-2018 роки

Проаналізувавши динаміку кількості лікарняних закладів в м.Києві за 2016-2018 роки, можна зробити висновок про помірне зростання кількості таких закладів, що є наслідком збільшення фінансування сфери охорони

здоров'я державою. У 2018 році спостерігається зростання закладів у порівнянні з 2016 роком на 9 (або на 8%).

Аналізуючи кількість амбулаторно-поліклінічних закладів (рис 2.3) у місті Києві, спостерігаємо позитивну тенденцію, помірне зростання таких закладів. У 2018 році у порівнянні з 2016 роком кількість закладів збільшилася на 75 (на 9%).

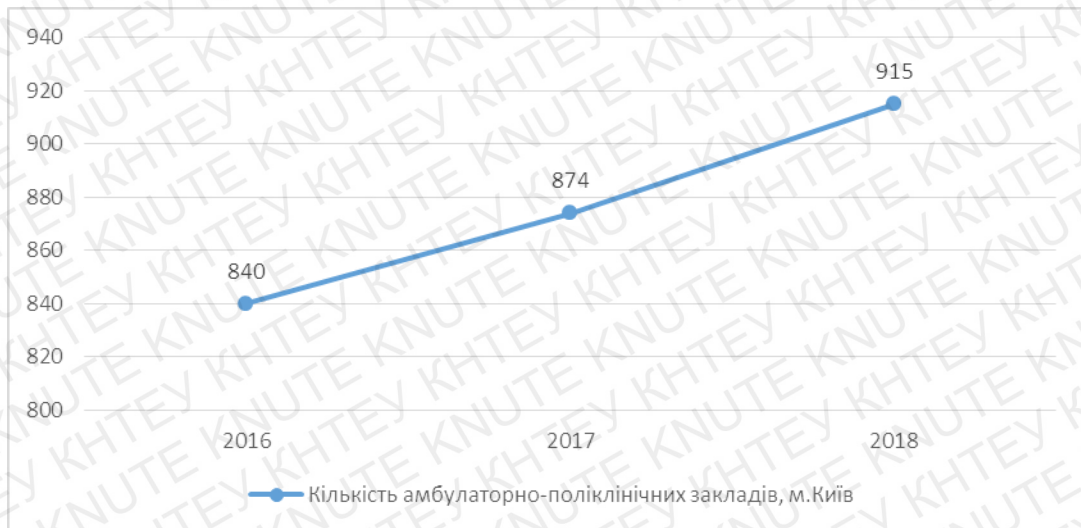


Рис.2.3 Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів, м.Київ

Важливим показником при оцінці стану охорони здоров'я є кількість населення у розрахунку на одного лікаря, який показує забезпеченість населення лікарями і кількість пацієнтів, які припадають на одного лікаря. Динаміка такого показника за останні 3 роки наведена на рис. 2.4.

Проаналізувавши графік було виявлено тенденцію до зменшення. У 2018 році на одного лікаря припадало 117 пацієнтів, а у 2016 таких пацієнтів було 120. Це свідчить про позитивні зрушення в стані охорони здоров'я за останні роки.



Рис.2.4. Кількість населення у розрахунку на одного лікаря, м.Київ

Для ефективного аналізу стану охорони здоров'я перш за все необхідно дослідити динаміку основних показників та проаналізувати чинники, які впливають на їх зміни. Результати таких досліджень подано у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Динаміка основних показників стану охорони здоров'я у місті Києві (2016-2018 рр.)

Показник	2016	2017	2018	АВ (2018-2016)	ВВ, %
Кількість лікарів усіх спеціальностей (осіб)	23925	24467	24683	758	3,2
Кількість населення у розрахунку на одне лікарняне ліжко (осіб)	97,8	98,4	98,3	0,5	0,51
Кількість лікарняних ліжок (штук)	29296	29304	29423	127	0,43
Кількість середнього медичного персоналу (осіб)	31540	31950	32234	694	2,2

До основних показників стану охорони здоров'я належить кількість лікарів усіх спеціальностей. У місті Києві спостерігається збільшення загальної кількості лікарів на 758 осіб (на 3,2%). Це спричинено зростанням попиту на ринку праці в медичних працівниках.

Наступним показником є кількість населення у розрахунку на одне лікарняне ліжко табл. 2.2. Зменшення такого показника свідчить про

покращення стану охорони здоров'я, що не спостерігається у місті Києві. Адже у 2018 році ми бачимо несуттєве збільшення такого показника. Дослідивши загальну кількість лікарняних ліжок у лікарняних закладах Києва, можна зробити висновок про позитивну тенденцію. Спостерігається зростання лікарняних ліжок у 2018 році, порівняно із 2016 роком, на 127 ліжок. Середній медичний персонал зріс на 694 особи (на 2,2%) у лікарнях Києва, що призводить до підвищення ефективності медичного обслуговування.

Таблиця 2.2

Чисельність населення, яке обслуговується в закладах охорони здоров'я по районах м. Києва станом на кінець 2018 року

Райони Києва	Ч-ть наявного населення на 1.12.2018	Ч-ть населення, яке фактично обл. в 303 району				
		Всього	Діти до 17 років	Дорослі 18+	З них:	
					Працезд. (18-59 р.)	55+
Голосіївський	253037	253037	48962	204075	146073	58002
Дарницький	342992	342992	88780	254212	184277	6935
Деснянський	369587	369587	70451	289136	196525	92611
Дніпровський	357230	357230	73735	283495	189558	93937
Оболонський	320122	320122	57724	262398	190016	72382
Печерський	160745	160745	23878	136867	81316	55551
Подільський	204510	204510	43480	161030	104738	56292
Святошинський	342190	342190	74405	267785	199214	68571
Солом'янський	374542	374542	57052	317490	231388	86102
Шевченківський	222447	222447	52276	170171	110224	59947
м. Київ	2947402	2947402	600743	2346659	1633329	713330

Найбільша кількість осіб, які фактично обслуговуються в закладах охорони здоров'я міста Києва, спостерігається в Солом'янському районі (374542 осіб), найменше значення – Печерський район (160745 осіб). Найбільша кількість дітей обслуговується у лікарнях Дарницького району міста Києва, а дорослі – Солом'янський. Пенсіонери відвідують заклади охорони здоров'я Дніпровського району. Такий поділ обслуговування населення за районами пояснюється розподілом пацієнтів за територіальною ознакою проживання. Тобто за новою медичною реформою особи повинні лікуватися у закладах охорони здоров'я того району міста, у якому вони прописані.

Таким чином, з кожним роком у місті Києві кількість закладів охорони здоров'я збільшується, що є позитивним фактором для стану охорони здоров'я загалом. Разом із цим спостерігається зростання чисельності лікарів усіх спеціальностей та медичного персоналу, що зумовлює підвищення рівня обслуговування населення. Крім цього кількість ліжко-місць також зростає, що дозволяє лікуватися більшій кількості пацієнтів в один період. Як висновок, можна сказати, що стан охорони здоров'я матеріально покращується, доказом чого є позитивна тенденція основних показників. Проте населення залишається незадоволеним саме якістю надання медичних послуг. Це стосується вже не кількості медичного персоналу, а кваліфікації лікарів та їх практичного досвіду, які обов'язково повинні відслідковуватись державою. Також удосконалення потребує технологічне та матеріальне забезпечення лікарень (сучасні пристрої, обладнання, комп'ютерне забезпечення для обліку і зберігання необхідних даних лікування). Покращення стану охорони здоров'я як у місті Києві, так і по всій території України, можна досягти завдяки застосуванню на практиці всіх особливостей, які прописані у медичній реформі.

2.2. Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

Важливим напрямом розвитку системи охорони здоров'я є перебудова управління галуззю з метою забезпечення реалізації державної політики, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення. Ми вже відзначали, що реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування; «Рада Міністрів Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також виконавчі комітети сільських, селищних і міських рад реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених Законами України «Про місцеві державні адміністрації», «Про місцеве самоврядування» [64, 65].

Основні повноваження місцевого самоврядування встановлюються Конституцією а їх деталізація міститься в Законі «Про місцеве самоврядування

в Україні» [64], «Про столицю України – місто-герой Київ» [66]. Варто відмітити, що оскільки територіальна громада виступає первинним суб'єктом місцевого самоврядування, то вона може самостійно вирішувати будь-яке питання місцевого значення, віднесене законодавством до відання місцевого самоврядування [64].

Законодавством України не прописано особливого переліку питань місцевого значення, що створює окремі розбіжності при розмежуванні повноважень органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, а також при розподілі повноважень місцевого самоврядування на делеговані та самоврядні. В той же час, не викликає сумніву, що питання місцевого значення охоплюють всі сфери життєдіяльності територіальної громади, їх вирішення забезпечує надання членам територіальної громади необхідних громадських послуг.

Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я м. Києва покладено на Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації (далі КМДА)) (рис.2.5), який є структурним підрозділом виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), підзвітний та підконтрольний Київській міській раді, а з питань виконання функцій державної виконавчої влади — Міністерству охорони здоров'я України, є головним розпорядником коштів бюджету міста Києва по галузі "Охорона здоров'я".

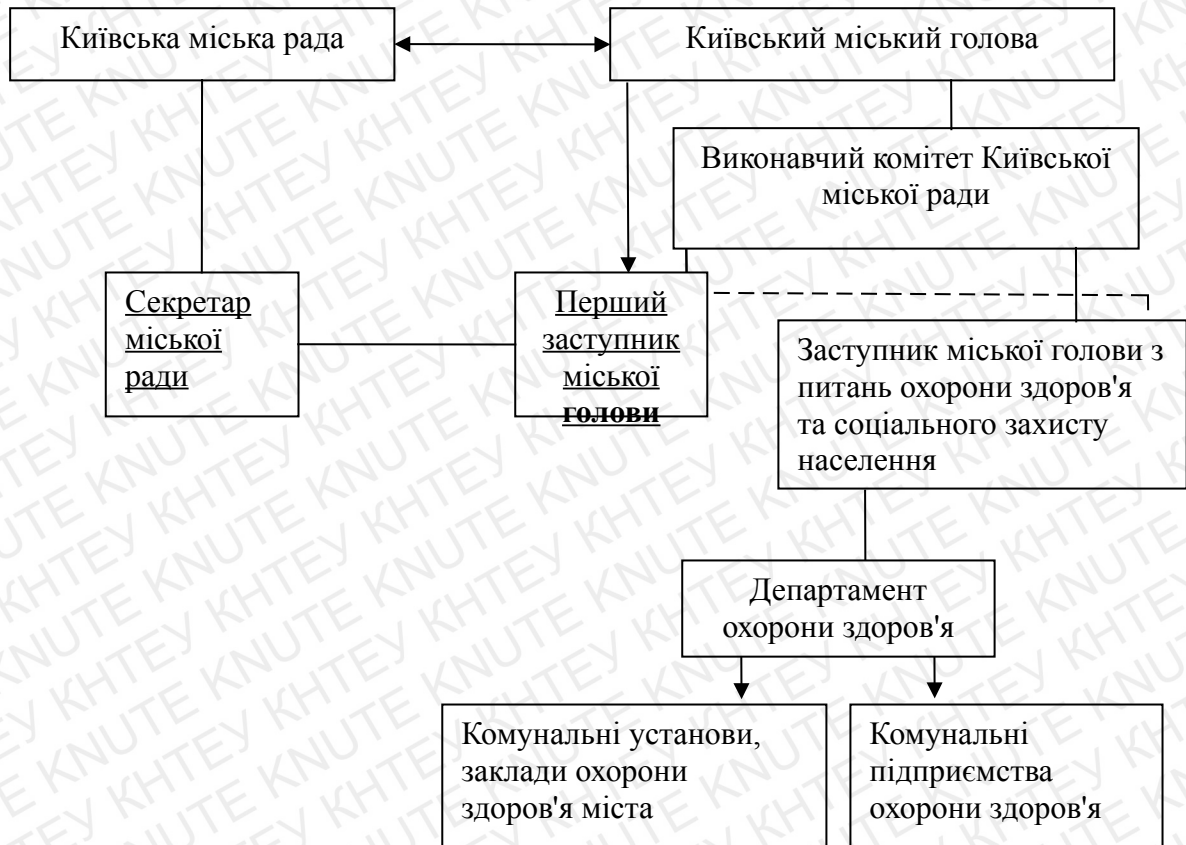


Рис. 2.5 Структура управління галузі охорони здоров'я м. Києва

Департамент охорони здоров'я очолює директор, який призначається на посаду і звільняється з посади головою КМДА за поданням заступника голови та за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України. У директора є два заступники, які призначаються і звільняються з посади головою КМДА за поданням директора, домовленості з заступником голови КМДА відповідно до розподілу обов'язків та Міністерством охорони здоров'я України. Департамент утримується за рахунок міського бюджету.

Київський мер стверджує максимальну кількість працівників і штатний розпис Департаменту охорони здоров'я після попередньої експертизи у фінансовому управлінні виконавчого органу Київської міської ради. Указом виконавчого органу Київська міська рада затверджує структуру Департаменту охорони здоров'я.

Територіальній громаді міста, через Департамент охорони здоров'я, передаються активи, які є комунальною власністю міської громади і використовуються на правах оперативного управління. За згодою власника, Департамент охорони здоров'я може розпоряджатися майном, переданим йому іншими підприємствами, організаціями і установами, а також здавати в оренду майно і списувати їх зі свого балансу в порядку, встановленому законом.

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради - це юридична особа, яка має самостійний баланс, рахунки в Державній казначейській служби, печатки та інші атрибути юридичної особи.

Основні завдання відділу з точки зору повноважень органів місцевого самоврядування в сфері охорони здоров'я повинні включати:

- забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на території міста Києва;
- управління підприємствами, установами та організаціями галузі охорони здоров'я, що належать до комунальної власності територіальної громади міста Києва, організація їх кадрового, матеріально-технічного та методичного забезпечення;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я на території міста Києва та нормативне забезпечення населення медико-санітарною допомогою.
- забезпечення виконання актів законодавства у сфері охорони здоров'я[63, 65, 66].

Фахівці Департаменту охорони здоров'я проводять аналіз стану та визначають тенденції соціально-економічного і культурного розвитку у галузі охорони здоров'я на території міста Києва. та вживає заходів до усунення недоліків. Через Департамент здійснюється організаційне та методичне керівництво структурними підрозділами охорони здоров'я районів міста Києва та забезпечується контроль за діяльністю на ефективною реалізацією державної політики у сфері охорони здоров'я. Структурними підрозділами департаменту проводиться моніторинг стану здоров'я населення, вживаються

заходи запобігання захворюваності та втрати працездатності. Важливим завданням департаменту є визначати потреби у лікарських засобах, медичному обладнанні та виробках медичного призначення, інших ресурсах необхідних для діяльності закладів охорони здоров'я, засобах автотранспорту. Крім того вносить пропозиції виконавчому органу Київської міської ради щодо закупівлі товарів, робіт та послуг у сфері охорони здоров'я для місцевих потреб за рахунок коштів міського бюджету та інших джерел фінансування.

В департаменті створено відділ що здійснює організаційне керівництво роботою закладів охорони здоров'я на території міста Києва з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Одним із важливих завдань департаменту є фінансування закладів охорони здоров'я (фінансових, матеріальних та трудових ресурсів), що утримуються за рахунок коштів міського бюджету та контроль за ефективним їх використанням.

- Департамент охорони здоров'я у встановленому Кабінетом Міністрів України порядком, проводить акредитацію закладів охорони здоров'я та сприяє розвитку медичної науки, створює сприятливі умови для впровадження у практику наукових досягнень та передового досвіду у сфері охорони здоров'я. Варто відмітити, що Департаменту здійснює керівництво, управління та контроль за діяльністю вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів, що належать до сфери його управління та прогнозує потребу закладів охорони здоров'я міста Києва у фахівцях різних спеціальностей для сфери охорони здоров'я, формує замовлення на підготовку, перепідготовку та атестацію працівників охорони здоров'я.

До вище перерахованих завдань слід додати організацію заходів щодо реалізації міжнародних програм з питань організації охорони здоров'я на території міста Києва та розвитку міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я, здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції; забезпечує інші передбачених законом повноважень

Розпорядник коштів державного і місцевих бюджетів(замовник послуг з охорони здоров'я) розробляє відповідні розділи місцевої програми соціально-економічного розвитку де вказує поточні потреби територіальних громад, щодо надання послуг з охорони здоров'я та медичного забезпечення.

Департамент в установленому законодавством порядку надає Міністерству охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи та матеріали щодо організації виконання заходів проведення реформування у сфері охорони здоров'я відповідно до поставлених завдань та після узгодження з Міністерством охорони здоров'я України за попереднім інформуванням постійної комісії Київради з питань гуманітарної політики та подає їх на розгляд виконавчому органу Київської міської ради (КМДА) а також здійснює моніторинг та інформаційний супровід процесів реформування;

Розпорядник коштів державного і місцевих бюджетів(замовник послуг з охорони здоров'я) розробляє відповідні розділи місцевої програми соціально-економічного розвитку де вказує поточні потреби територіальних громад, щодо надання послуг з охорони здоров'я та медичного забезпечення.

Відділ охорони здоров'я районної адміністрації, що діє на підставі делегованих повноважень районної ради, що виступає замовником послуг з охорони здоров'я, здійснює формування інфраструктури цієї сфери з метою забезпечення справедливої доступності медичної допомоги відповідної якості, ефективного використання ресурсів, впровадження управлінських рішень щодо діяльності закладів охорони здоров'я. Розмежування функцій управління й фінансування делегованих повноважень районних рад місцевим органам виконавчої влади як розпорядникам коштів державного і місцевого бюджетів, мають гуртуватися на основі децентралізації управління постачальниками послуг з охорони здоров'я та запровадження ринкових відносин між ними (рис.2.6).

Районна рада як орган місцевого самоврядування та районної державної адміністрації виступає стратегічним (основним) замовником послуг з охорони здоров'я

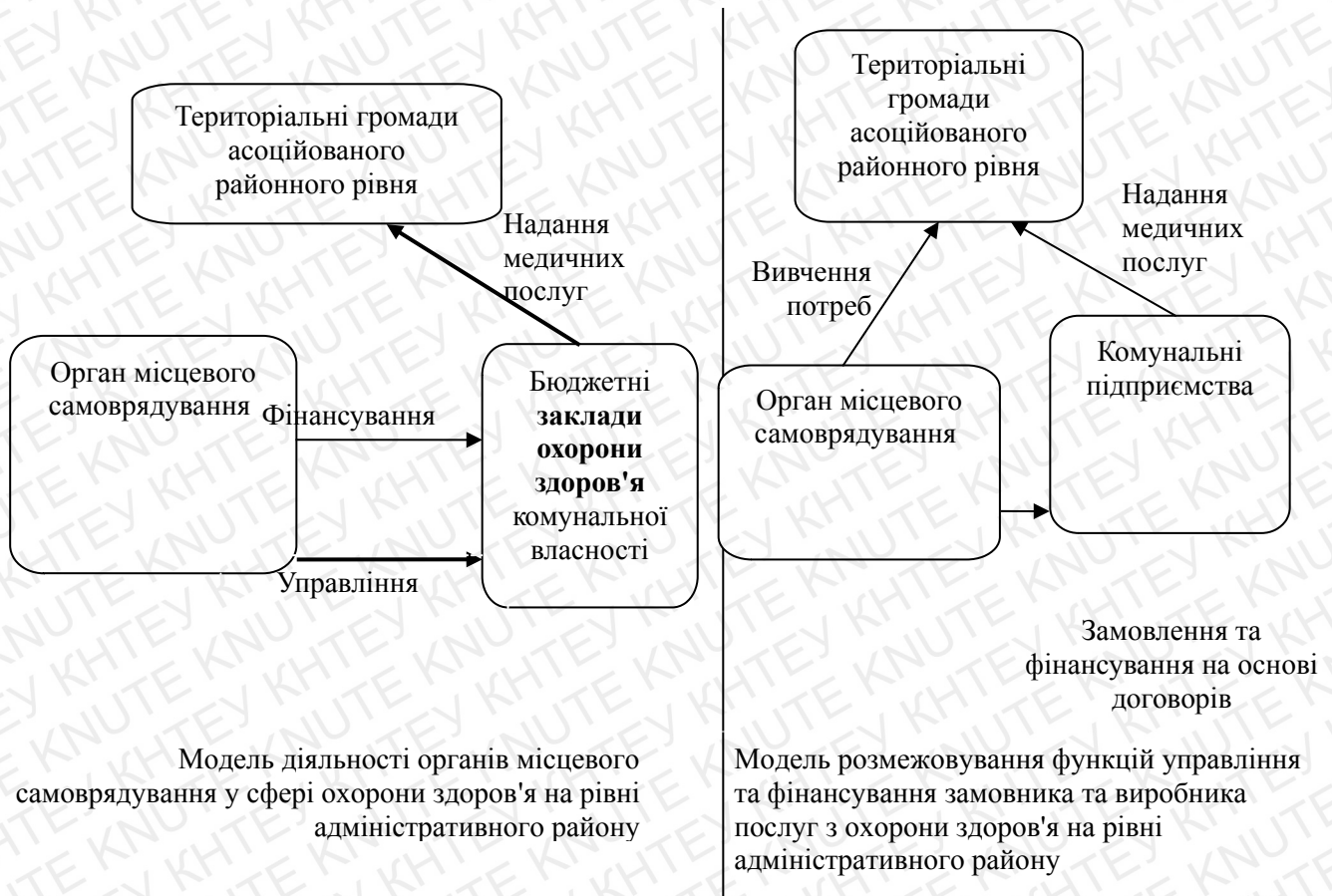


Рис. 2.6 Організаційно-правова основа діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я територіальних громад адміністративного району м. Києва

Основний замовник послуг з охорони здоров'я – це насамперед розпорядник коштів державного і місцевих бюджетів, який вивчає не тільки потреби територіальної громади району щодо надання послуг з охорони здоров'я та забезпечення медичними послугами, а й розробляє програми по зменшенню захворюваності, збільшенню тривалості життя тощо. В статусі замовника послуг районна рада через районну державну адміністрацію визначає потреби територіальних громад щодо планування видів послуг, переліку постачальників послуг. Для підвищення рівня забезпечення

територіальної громади послугами з охорони здоров'я в рамках функціональної моделі замовника послуг з охорони здоров'я на рівні місцевих органів влади передбачає ряд функцій (рис.2.7).



Рис. 2.7. Базова функціональна модель замовника послуг з охорони здоров'я на рівні адміністративного району м. Києва

Трансформація постачальників послуг в неприбуткові комунальні підприємства, що займають проміжне становище між бюджетними закладами державної або комунальної форм власності та приватними установами формує модель ринкових відносин на рівні адміністративного району, що включає відносини між замовником послуг, а саме органом місцевого самоврядування (через делеговані районною радою повноваження місцевим органам виконавчої влади (відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації) та постачальником послуг з охорони районної державної адміністрації) та постачальниками послуг (неприбуткові організації зі статусом комунальних підприємств).

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Трансформація організаційного механізму управління закладами охорони здоров'я на місцевому рівні

Для України, яка сьогодні перебуває в стадії трансформації системи місцевого самоврядування, значно ускладнюється процес реалізації змін у системі охорони здоров'я, ефективне управління якою є значним внеском у досягнення належних стандартів життя населення. Системне реформування, у сфері охорони здоров'я спрямоване на підвищення якості медичного обслуговування, забезпечення його доступності та удосконалення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта та здатної забезпечити медичною допомогою всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав.

В Україні, при допомозі іноземних донорів, були розроблені пілотні проекти із реформування галузі охорони здоров'я у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві метою яких було передбачено розмежування рівнів надання медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медичної допомоги, госпітальних округів, високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я. (рис. 3.1). Реформуванням первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги включає такі основні складові як: створення центрів первинної медичної допомоги (далі ПМД) та “госпітальних” округів з урахуванням особливостей адміністративних територій, що включає структурне та організаційне - фінансове розмежування рівнів надання медичної допомоги (первинного та вторинного); на рівні районних та міських бюджетів централізація коштів на надання ПМД, на основі подушного фінансового нормативу, розрахунок витрат з введенням стимулюючих доплат і коригуючих коефіцієнтів за обсяги та якість медичних послуг, перехід від фінансування закладів вторинного рівня надання медичної допомоги за предметною ознакою до глобального бюджету;

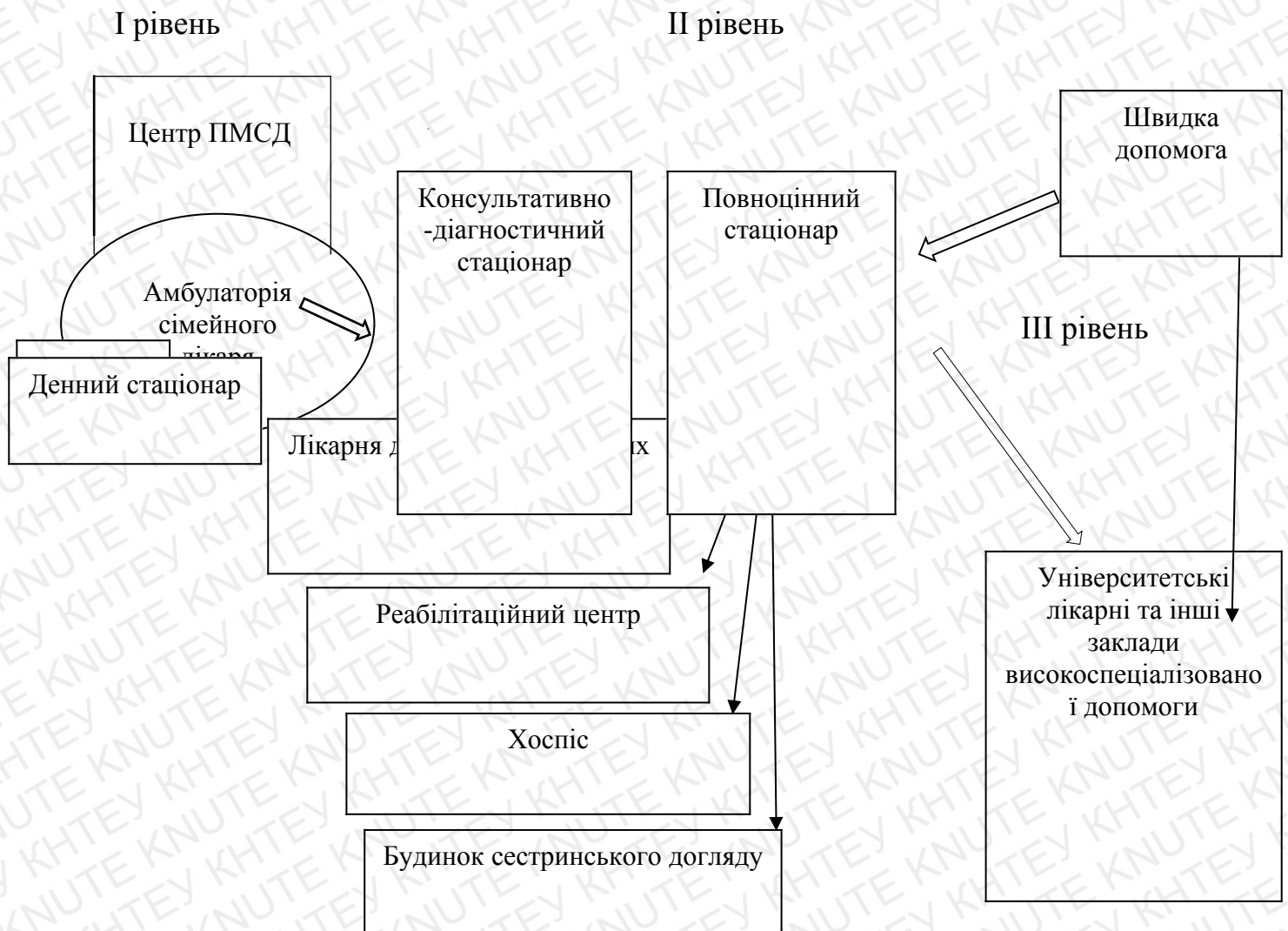


Рис. 3.1.Примірна схема складових медичного забезпечення населення м. Києва

Як видно із рис 3.1 проходить диференціація закладів охорони здоров'я з урахуванням інтенсивності надання медичної допомоги та створення оптимального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги на різних рівнях. Варто відмітити запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги та запровадження закупівлі медичних послуг.

Комунальні некомерційні підприємства, за новою моделлю фінансування закладів підписують договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). З використанням капіталізаційної ставки за договорами про медичне обслуговування населення. Оплата медичних послуг закладів з надання ПМД населенню здійснюватися за принципом плати за одного пацієнта. Де, основним джерелом доходу надавача ПМД є виплати за договором із НСЗУ, які залежатимуть від кількості та вікової структури пацієнтів, які подали декларацію про вибір лікаря, що працює в цій медичній установі, так функціонує принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Нормативними документами передбачено, що сума оплати обслуговування пацієнтів складається із списків («зеленого» і «червоного»). В електронній системі охорони здоров'я пацієнти, що підписали декларацію з лікарями закладу та формують «зелений» список, розраховують суму надходжень в залежності від вікових коефіцієнтів, а саме (від 0 до 5 років — коефіцієнт 4,0, від 6 до 17 років — 2,2, від 40 до 64 років — 1,2, понад 65 років — 2).

Щодо «червоному» списку то чисельність населення розраховується за формулою:

$$ЧС = НН * (1 - ЗС / СНН) \text{ де:}$$

- ЧС — кількість пацієнтів, включених до «червоного» списку;
- НН — кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується надавачем ПМД станом на 01.01.2019, визначена у договорі, укладеному з НСЗУ;
- ЗС — загальна кількість пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я всім надавачам ПМД, що розташовані в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району, об'єднаної територіальної громади);
- СНН — сумарна кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується всіма надавачами

ПМД, які уклали договори з НСЗУ, станом на 1 число відповідного місяця, що розташовані в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району, об'єднаної територіальної громади), — результат додавання кількості наявного населення всіх надавачів (визначено у договорі). Базовий тариф за «зеленим» списком — 370 грн на рік, за «червоним» — 240 грн на рік.

Для прикладу візьмемо варіант коли територіальна громада створює заклад охорони здоров'я у формі комунального некомерційного підприємства (КНП) (додаток Г). При цьому центри первинної медико-санітарної допомоги або амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, які існують у формі комунальних установ, перетворюють на комунальні некомерційні підприємства. На підставі укладеного з НСЗУ КНП виступає надавачем ПМД причому КНП може надавати ПМД будь-якій особі, а не лише мешканцям своєї територіальної громади. Тому в розділі статуту не бажано встановлювати обмежень щодо надання ПМД тільки жителям своєї територіальної громади, що дасть можливість збільшити обсяг фінансування цього КНП, та не втратити статусу неприбутковості.

Серед джерел фінансування КНП можуть бути кошти :

- місцевої програми громадського здоров'я, за якою КНП призначають отримувачем коштів;
- за договором про медичне обслуговування населення, за яким територіальна громада закупить у КНП надання додаткових медичних послуг, які не включено до програми медичних гарантій;
- кошти за цільовими програмами інших територіальних громад;
- кошти за договором про медичне обслуговування населення між КНП та іншою територіальною громадою (додаткові медичні послуги поза межами програми медичних гарантій);
- дотації з місцевого бюджету;
- оплата надання медичних послуг на підставі укладених договорів з юридичними особами, страховими компаніями (в межах виду допомоги, на яку отримано ліцензію);

- надання фізичним особам тих платних медичних послуг, які не увійшли до програми медичних гарантій (в межах ліцензії). Варто відмітити, що до 2024 року обсяг платних медичних послуг КП не може бути більше 20% послуг, наданих у рамках програми державних медичних гарантій. Також законодавством дозволено КНП отримувати благодійні внески та кошти від благодійних організацій.

Також джерелом фінансових надходжень КНП можуть бути кошти від надання послуг іншим закладам охорони здоров'я або фізичним особам – підприємцям, які надають первинну або іншу медичну допомогу. Наприклад, може продавати лікарям-ФОП лабораторні та діагностичні послуги.

За рішенням органу місцевого самоврядування КНП отримує нерухоме майно на праві оперативного управління, яке може використовуватись для господарської діяльності з надання ПМД. Персонал перебуває у трудових відносинах з КНП. Керівник КНП повинен самостійно визначати структуру і штат закладу, виходячи з потреб господарської діяльності підприємства та з урахуванням вимог, які можуть бути викладені власником у статуті КНП.

Зауважимо, що у питаннях організації оплати праці КП має право не дотримуватися вимог, передбачених чинним законодавством для бюджетних закладів охорони здоров'я. Підприємство розробляє власну систему оплати праці, спираючись на статі Закону України «Про оплату праці». Вона фіксується в укладеному колективному договорі, а якщо він не приймається, то слід розробити положення про оплату праці, узгодивши його з уповноваженими представниками трудового колективу, у т. ч. виборним органом первинної профспілкової організації, що представляє більшість найманих працівників.

У колективному договорі встановлюється залежність конкретних розмірів заробітної плати лікарів, іншого медичного персоналу від кількості пацієнтів. КНП може підписувати угоду з лікарем – фізичною особою – підприємцем, який має необхідну спеціалізацію та ліцензію, уклавши про це цивільно-правовий договір (підряду або про надання послуг). Варто відмітити,

що на ФОП не поширюються правила трудового розпорядку і гарантії щодо надання оплачуваних відпусток.

Наші дослідження показують, що заробітна плата лікарів в основному залежить від категорії, що дозволяє враховувати вислугу років. В більшості розроблені таблиці з розрахунком преміювання, яке будуть отримувати лікарі залежно від кількості підписаних декларацій.

У березні 2019 р лікар, який набрав максимальну кількість декларацій (лікар сімейної практики — 1 800, лікар-терапевт — 2 000, лікар-педіатр — 900), отримав на карточку 20 700 грн. До підписання договору з НСЗУ отримував 8 500 грн. Зарплата медсестер була 5600 грн, зараз — 15 000 грн залежно від кількості декларацій лікаря, за яким закріплена медична сестра.

За новою системою фінансування заклад отримує на 100% більше, ніж за субвенцією, тому додаткові гроші ідуть на збільшення зарплати, інша частина — на формування резервного фонду, та витратит на розвиток сервісу та матеріально-технічної бази.

На сьогодні немає єдиної ідеальної моделі управління підприємством, тому таких обставин модель управління КНП має бути розроблена відповідно особливостей функціонування, факторів внутрішнього та зовнішнього середовища тощо.

Після критичного аналізу моделей управління підприємствами (різних-організаційно-правових форм) запропоновано модель управління закладами охорони здоров'я, при цьому враховуючи особливості їх функціонування при реформуванні системи із орієнтацією на інновацію. (рис. 3.2)

Із рис. 3.2 можна зробити висновок, що для успішної діяльності механізму управління підприємств закладів охорони здоров'я в нових умовах із урахуванням інновацій необхідно звернути увагу на мету механізму управління закладом охорони здоров'я.

Тому основним результатом реформи системи охорони здоров'я в Україні повинна стати зміна не тільки систем фінансування діяльності медичних закладів та удосконалення рівнів надання медичної допомоги, а й

модель управління закладами охорони здоров'я.

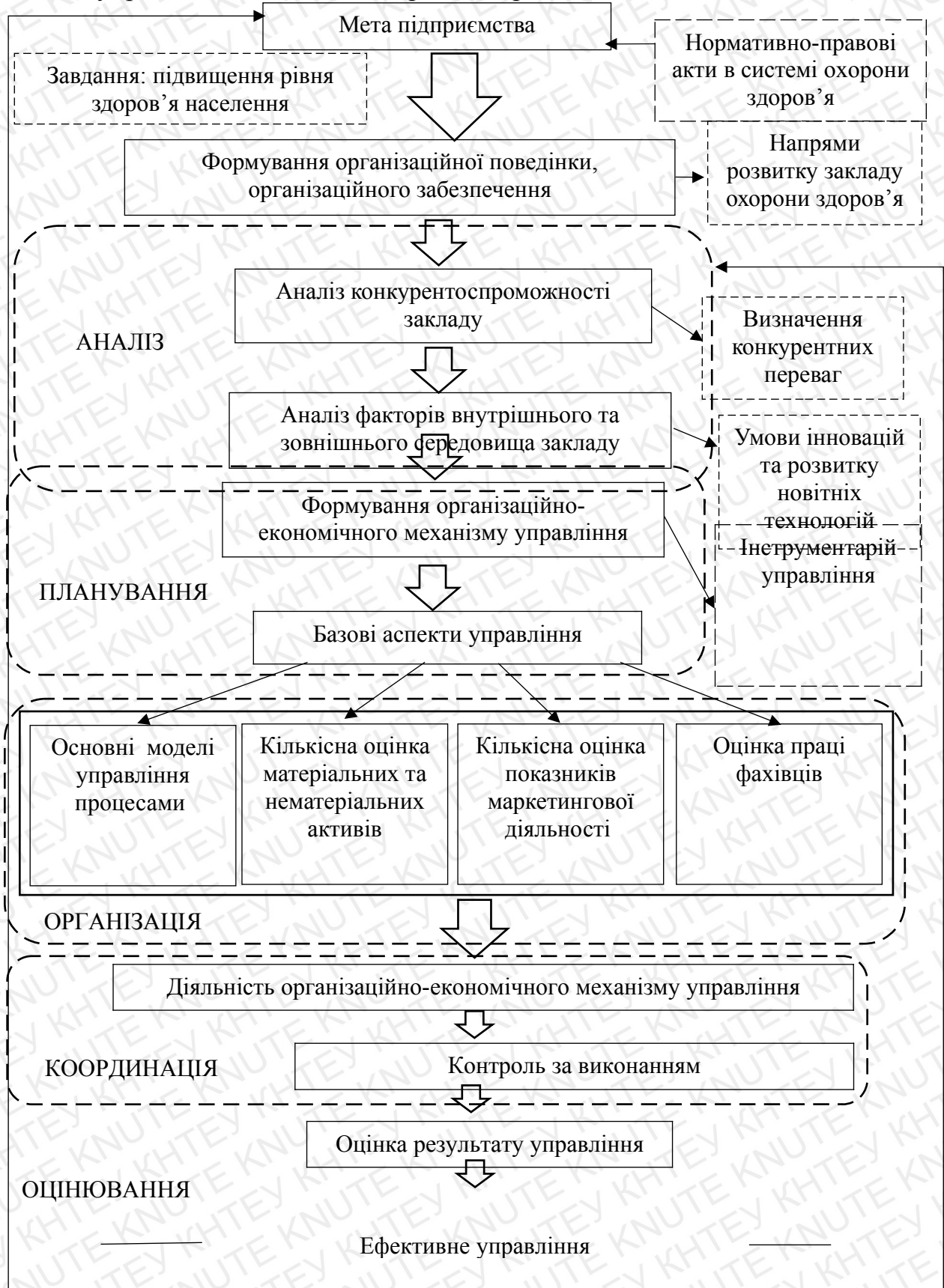


Рис. 3.2. Схема моделі управління закладами охорони здоров'я в післяреформений період

Очікуваним результатом реформи системи охорони здоров'я в Україні є:

- ✓ створення достатніх джерел фінансування та скорочення адміністративних витрат. Відповідно створення економічних умов для структурної реорганізації;
- ✓ підвищення ефективності діяльності системи ПМД та її керованість;
- ✓ покращення якості медичних послуг та раціональне та ефективне використання наявних ресурсів.

3.2. Обґрунтування управлінських рішень та стратегія організації роботи органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я та функціональні обов'язки

В галузі охорони здоров'я, органи виконавчої влади загальної компетенції (Кабінет Міністрів України, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні й районні державні адміністрації, міські державні адміністрації в містах Києві та Севастополі) повинні здійснювати керованість суспільним і державним життям в усіх сферах і галузях в тому числі і в системі охорони здоров'я [18].

На органи виконавчої влади галузевої компетенції (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних і міських державних адміністрацій та головні лікарі району) покладений змістовий принцип, суть якого полягає в тому, що зміст діяльності того чи іншого органу виконавчої влади визначається його завдання і функції, які впливають на формування його внутрішньої структури.

Згідно Конституції України [36], виконавчі органи місцевого самоврядування володіючи відповідною комунальною власністю, здійснюють управління закладами охорони здоров'я. Виконавчі комітети міських рад виконують функції управління щодо вказаних закладів охорони здоров'я як без посередньо, так і через спеціальні виконавчі органи місцевого самоврядування, які вони ж утворюють (управління охорони здоров'я), які здійснюють від імені

власника, якими виступають міські ради, управління закладами охорони здоров'я міського підпорядкування.

Однак у системі охорони здоров'я України громадяни не забезпечені необмеженою кількістю медичної допомоги. Державні джерела фінансування охоплюють лише 57% від загального обсягу. У складі загальних витрат переважають витрати на заробітну плату працівникам закладів охорони здоров'я. Від загальної суми ця частка складає близько 75% [12-14]. За даними національних рахунків близько 90% вартості лікарських засобів та інших товарів медичного призначення громадяни України сплачують за рахунок власних коштів, у той час як щорічно лише 10% від загальної суми витрат сплачується безпосередньо закладами охорони здоров'я [14].

В умовах інтеграції України у світову економічну спільноту, забезпечення населення країни якісною медичною допомогою, залежить від вирішення насамперед основних економічних завдань:

1. визначення можливих і необхідних обсягів бюджетного фінансування;
2. розвиток платних медичних послуг;
3. підготовка кваліфікованих кадрів;
4. упровадження нових медичних технологій та забезпечення інноваційної політики у сфері охорони здоров'я.

У зв'язку з цим ефективна реалізація відповідних завдань можлива тільки при створенні дієвого організаційно-економічного механізму управління закладами охорони здоров'я. Розвиток галузі охорони здоров'я необхідно розпочати з визначення її внеску у формування валового внутрішнього продукту (рис. 3.3).

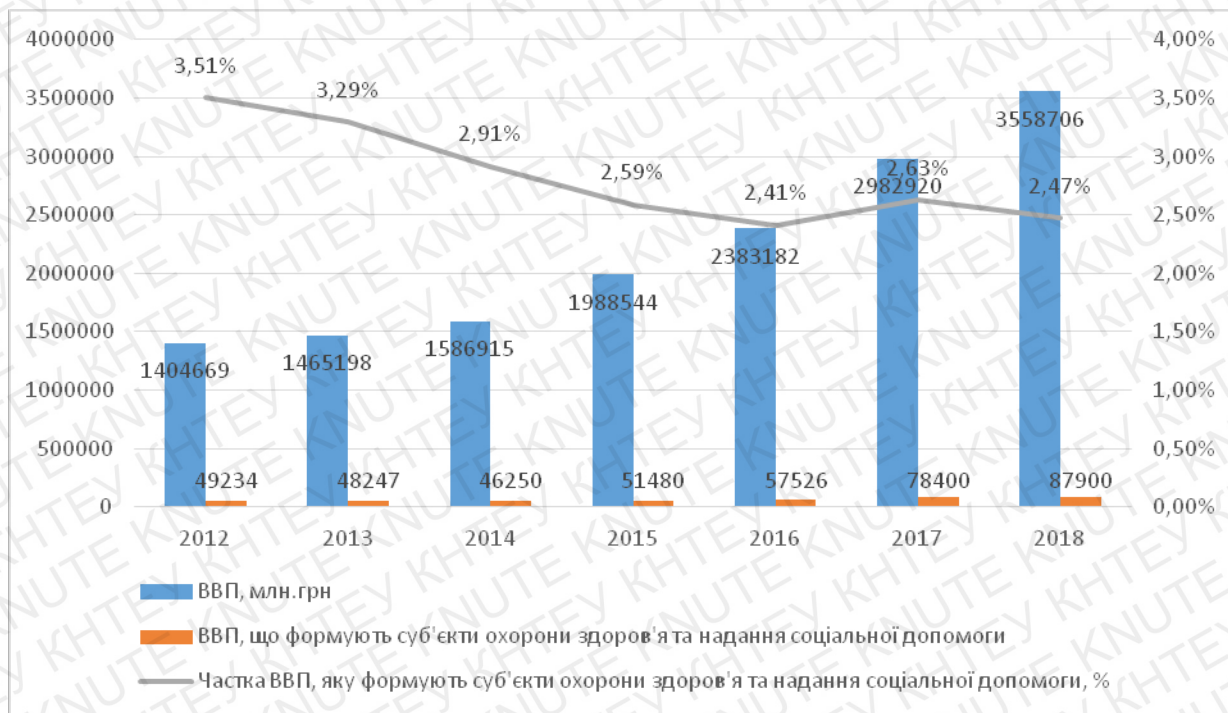


Рис. 3.3 Динаміка частки ВВП, що формують суб'єкти охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, у формуванні ВВП України за 2012-2018 рр. [61]

На рис.3,3 видно, що обсяг ВВП, який формують суб'єкти охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, з 2012 по 2018 р. збільшився на 38666 млн грн (з 49234 до 87900 млн грн, або на 78,5%). У той же час їх частка у формуванні ВВП зменшилася з 3,51% у 2012 р. до 2,47% у 2018 р. За даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я сучасний стан здоров'я населення України характеризується вкрай високими показниками захворюваності та смертності, низьким рівнем тривалості життя, відсутністю можливості отримувати належну медичну допомогу [61].

Одним із принципів запровадження реформи є забезпечення достатнього рівня управлінської та фінансової автономії закладів охорони здоров'я.

Як показує практика механізм управління закладами охорони здоров'я це складна, багаторівнева система, що потребує постійного регулювання і системного підходу до підвищення рівня її ефективності. При цьому слід урахувати специфічні особливості медичної галузі, адже медичним послугам, властиві певні характеристики, що потребують урахування в економічному управлінні діяльністю установ, які спеціалізуються на їх

виробництві та реалізації. Як зазначає науковець Шевченко В.А. для медичних послуг притаманні такі важливі особливості:

- об'єктивна розбіжність поглядів на споживчі властивості медичної послуги в уявленнях її виробників і споживачів;
- неможливість повного переведення медичних послуг на платну основу через їх приналежність до соціально-суспільних благ;
- високий рівень споживання «безкоштовних» медичних послуг;
- непередбачуваність потреби в медичних послугах;
- обмеження вільної конкуренції на ринку медичних послуг [85, 86].

Роль децентралізації у розвитку закладів охорони здоров'я ґрунтується насамперед на певних ефектах, так для держави це зміцнення і збереження здоров'я населення; удосконалення системи організації медичної допомоги населенню; поліпшення головних факторів ризику захворюваності та смертності населення; розвиток сучасних технологій тощо. Для економіки країни це підвищення продуктивності праці; оптимізація витрат через тимчасову втрату працездатності, інвалідності, підвищення економічного результату в цілому по країні. Ефект для сфери медичних послуг це створення системи підвищення мотивації до якісної праці; упровадження нових, прогресивних технологій; упровадження нових, прогресивних технологій; підвищення ефективності функціонування тощо. Для населення ефект включає можливість своєчасного лікування; сучасний рівень діагностики захворювань; формування здорового образу життя; поліпшення якості життя; скорочення терміну хвороби.

Донедавна органи місцевого самоврядування стикалися із тим, що значні кошти з місцевих бюджетів спрямовуються на фінансування поточних видатків, а не на розвиток закладів та їхнього персоналу. Тому запровадження нової моделі управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, сприяння підготовці та

підвищенню кваліфікації спеціалістів, дасть місцевому самоврядуванню можливості для повноцінного виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я. Очікується що це буде досягнуто завдяки тому що з національного рівня фінансуватиметься програма медичних гарантій, а кошти місцевих бюджетів буде спрямовано на покращення якості роботи закладів охорони здоров'я та впровадження місцевих програм. Варто відмітити, що така модель фінансування ставить пацієнта у центр уваги, забезпечує виконання державних гарантій щодо медичної допомоги та дозволяє визначити ролі та зобов'язання Уряду, органів місцевого самоврядування та керівництва медичних закладів.

Згідно з постановою КМ України «Про утворення Національної служби здоров'я України від 27.12.2017 № 1101 єдиним національним замовником є Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. В умовах децентралізації важливою складовою НСЗУ, є розвиток закладів охорони здоров'я, які надають ПМД. Такі заклади отримують самостійність у питаннях внутрішнього управління та можливість отримувати кошти від ведення власного бізнесу.

Варто відмітити, що заклади ПМД повинні відповідати ряду вимог а саме для підписання угоди із НСЗУ:

- провести автономізацію закладу та перетворитися із комунальної установи у комунальне некомерційне підприємство, при цьому слід дотримуватися співпраці в роботі органів місцевого самоврядування, які є власником закладу та керівництва медичної установи;
- отримати діючу ліцензію на провадження господарської діяльності з надання медичної допомоги, інших дозвільних документів, передбачених законом;
- підключитися до електронної системи охорони здоров'я (eHealth), що дозволить закладам вести облік пацієнтів, які отримують послуги та із часом перейти на електронний документообіг;

- розробити заходи, щодо матеріально-технічного оснащення закладу вимогам примірних табелів оснащення, та розробити реалістичний план закупівель.

Щодо управління закладом в умовах реформування то тут слід звернути увагу на:

- правильну розробку кошторису (фінансовий план) діяльності закладу ПМД в умовах нової моделі фінансування. тобто визначити всі свої доходи і видатки та визначити чіткі пріоритети для інвестицій в розвиток закладу, персоналу та покращення якості надання послуг ПМД;
- провести кампанію «Лікар для кожної сім'ї» та створити умови для пацієнтів обирати для себе лікаря та укласти із ним декларацію;
- шляхом оптимізації структурних підрозділів закладу ПМД, сформувати дієву мережу надання ПМД;
- впровадження нових підходів до управління закладом а саме розвиток персоналу, стратегічне планування, управління сервісом, зовнішні та внутрішні комунікації, пошук інвестицій тощо.

Оскільки, основним джерелом доходу надавача ПМД будуть виплати за договором із НСЗУ, то обсяги цих виплат залежатимуть від кількості та вікової структури пацієнтів, які подали декларацію про вибір лікаря, що працює в цьому закладі. Однак реалізуючи принцип «гроші йдуть за пацієнтом», місцеві органи влади мають усвідомлювати, що перехід на оплату від НСЗУ не є приводом згортати власні програми з підтримки охорони здоров'я. Завдання директорів закладів ПМД— доносити цю інформацію до відповідальних осіб.

Завдання місцевої влади допомогти провести підготовку до підписання договорів з НСЗУ. Як показує практика в першу чергу потрібно зайнятись автономізацією і комп'ютеризацією закладів. Для цього провели тендери на закупівлю обладнання, враховуючи рекомендації Міністерства охорони здоров'я, налаштували автовідповідачі на телефони реєстратур для цілодобового інформування населення, проводити день сімейного здоров'я та інші заходи для інформування населення та інше.

Протягом кількох років буде впроваджуватися електронна система охорони здоров'я (eHealth), яка буде допомагати пацієнтам отримувати, а лікарям – надавати якісні медичні послуги. І ще одна важлива функція системи - це контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти, і запобігати зловживанням. На першому етапі вона охопить первинну ланку медицини: сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. На сьогодні закінчується укладання декларації пацієнтів з обраними лікарями, які повинні реєструвати ці декларації в системі. Відповідно із цим держава зможе платити лікареві за кожного пацієнта, а пацієнт отримає гарантовані державою безкоштовні медичні послуги, отже, eHealth допоможе реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом». Тому підключення ПМД до цієї системи є однією з обов'язкових умов МОЗ для укладання договорів з НСЗУ та переходу на нову систему фінансування. В подальшому eHealth дасть можливість кожному швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта. Тому не буде потреби в паперових медичних картах і друкованих довідках. Система дозволить лікареві виписувати електронні рецепти, які не можна буде ні загубити, ні підробити, а також буде містити всю медичну історію пацієнта і буде доступна як пацієнтові, так і його лікарям.

Тому в умовах децентралізації важливе місце відводиться створенню сучасної електронної системи, яка дозволить медичним закладам ефективніше працювати, раціонально використовувати час і пацієнтів, і медиків. Для цього формується конкурентний ринок медичних інформаційних систем (МІС). Завдяки домовленості між бізнесом та МОЗ, майже два роки для впровадження медичної реформи, МІС надають послуги закладам безоплатно.

Із середини 2019 року кожен заклад повинен буде повністю оплачувати роботу МІС, тому що створення та підтримка більш складного функціоналу, не може бути безкоштовною, інакше він ніколи не працюватиме якісно. Варто відмітити що на сьогодні тисячі закладів по всій країні використовують медичні інформаційні системи. Окрім базового, решта функціоналу, який

пропонують МІС, і зараз є платною. Кожна МІС має власну цінову політику і набір продуктів для закладів охорони здоров'я.

Згідно вимог Бюджетного кодексу України (стаття 89) до видатків, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, належать видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню. Відповідно, ця норма стосується і комунальних некомерційних підприємств, бо в ній «заклад охорони здоров'я» є загальним поняттям, яке охоплює в тому числі комунальні некомерційні підприємства [61].

ВИСНОВКИ І ПРОПОЗИЦІЇ

Одержані результати свідчать про досягнення поставленої мети і дають змогу зробити наступні висновки:

Виконавчі органи місцевого самоврядування реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством, а також формують і реалізують місцеву і регіональну політику в межах своїх адміністративно-територіальних одиниць. Ця норма закону дає органам місцевого самоврядування важелі щодо формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я населення.

У результаті систематизації існуючих підходів до формування організаційно-економічного механізму управління закладами охорони здоров'я встановлено, що світовими трендами такого механізму є конвергенція змісту та закономірностей функціонування із загальним спрямуванням на диверсифікацію джерел фінансування. Варто відмітити і те що на сьогодні неможливо виокремити найбільш ефективну форму організаційно-економічного механізму, що свідчить про високий рівень впливу національної специфіки на особливості його функціонування.

Встановлено, що з кожним роком у місті Києві кількість закладів охорони здоров'я збільшується, а стан охорони здоров'я матеріально покращується, доказом чого є позитивна тенденція основних показників. Проте населення залишається незадоволеним саме якістю надання медичних послуг. Удосконалення потребує технологічне та матеріальне забезпечення лікарень (обладнання, сучасні пристрої, комп'ютерне забезпечення для обліку і зберігання необхідних даних лікування тощо). Покращення стану охорони здоров'я як у місті Києві, так і по всій території України, можна досягти завдяки застосуванню на практиці всіх особливостей, які прописані у медичній реформі.

Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я м. Києва покладено на Департамент охорони здоров'я виконавчого

органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації, який є структурним підрозділом виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), підзвітний та підконтрольний Київській міській раді, а з питань виконання функцій державної виконавчої влади — Міністерству охорони здоров'я України, є головним розпорядником коштів бюджету міста Києва по галузі "Охорона здоров'я".

Результатом реформи системи охорони здоров'я як в Україні так і Києві повинні стати: створення достатніх джерел фінансування та скорочення адміністративних витрат. Відповідно створення економічних умов для структурної реорганізації; підвищення ефективності діяльності системи ПМД та її керованість; покращення якості медичних послуг та раціональне та ефективне використання наявних ресурсів.

Основними принципами розвитку закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації є: забезпечення достатнього рівня управлінської та фінансової автономії закладів охорони здоров'я; всеохоплюючий доступу до медичної допомоги; інтеграція та координація надання медичної допомоги; задоволення потреб та очікувань пацієнтів; надання пацієнтам інформації щодо діагнозу та процесу лікування; емоційна підтримка; залучення сім'ї до процесу надання медичної допомоги.

Запровадження нової моделі управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації спеціалістів, дасть місцевому самоврядуванню можливості для повноцінного виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аркатов Я. А. Шляхи реформування системи охорони здоров'я в Україні. Адаптація до права ЄС регулювання економіки України в сучасних умовах: зб. наук. праць за матеріалами «Круглого столу» (м. Харків, 26 травня 2015 р.). Харків, 2015. С. 50-58.
2. Басовська Н. М. Про моделювання фінансування галузі охорони здоров'я: огляд загальних макроекономічних моделей. Медична інформатика та інженерія. 2009. № 2. С. 62-68.
3. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
4. Білінська М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. Главный врач. 2007. № 11 (79). С. 69 – 73.
5. Большой энциклопедический словарь. URL: <http://www.urbus.org/dictionary-units/?id=82949> (дата звернення: 12.08.2016).
6. Брич В. Я., Ліштаба Л. В. Поняття моделі менеджерських компетенцій та етапи її розробки в закладах охорони здоров'я. Інноваційна економіка: науково-виробничий журнал. 2016. № 7-8. С. 36 – 41.
7. Васюк Н. О. Керівні кадри в системі охорони здоров'я: сутність понять. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики галузі охорони здоров'я. Матеріали науково-практичної конференції. К., 2015. С.18 – 23.
8. Валовий внутрішній продукт (у фактичних цінах). URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 04.04.2019).
9. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ: Ірпінь: ВТФ «Перун», 2001. 1440 с.
10. Всемирная организация здравоохранения: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2018 году. Центр гуманитарных технологий. URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (дата звернення: 11.03.2019).

11. Гонtareва І. В. Теоретичні засади формування організаційно-економічного механізму управління підприємствами сфери медичних послуг. Економіка та підприємництво: зб. наук. праць. Київ: КНЕУ, 2016. № 36-37. С. 5-14.
12. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2014. 460 с. URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.
13. Гринько Т.В., Шевченко В.А. Організаційно-економічний механізм у системі управління господарською діяльністю закладів охорони здоров'я. Економіка та підприємництво: зб. наук. праць. Київ: КНЕУ, 2016. № 36-37. С. 96-110.
14. Демографічна та соціальна статистика: охорона здоров'я / Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 16.02.2019).
15. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2004. 116 с.
16. Державна політика в соціогуманітарній сфері : підручник / [авт. кол. :В. А. Скуратівський, В. П. Трощинський, П. К. Ситник та ін.] ; за заг. ред. В. А. Скуратівського, В. П. Трощинського. – К. : НАДУ, 2010. – 284 с.
17. Державне управління: основи теорії, історія і практика: навч. посіб. / В. Д. Бакуменко, П. І. Надолішній, М. М. Іжа, Г. І. Арабаджи ; за заг. ред. П. І. Надолішнього, В. Д. Бакуменка. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2009. –394.
18. Дубінський С. В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. Європейський вектор економічного розвитку. 2016. № 1 (20). С. 51-59.
19. Дурдикулієва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2011. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862>
20. Енциклопедичний словник з державного управління : довідков. вид. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; уклад. :Ю. П. Сурмін,

В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В.Кобасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 819 с.

21.Европейская хартия прав пациентов, утвержденная 15 нояб. 2002 г. в Брюсселе (Бельгия).– Режим доступа : novosti.mifua.com/archive/.../print.

22.Заклади охорони здоров'я за період 2014-2018 рр. (за даними Міністерства охорони здоров'я). URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 16.02.2016).

23.Захворюваність населення за період 2014-2018 рр. (за даними Міністерства охорони здоров'я). URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 16.02.2019).

24.Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – 276 с.

25.Заколюдажна М. В. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я. – Режим доступу : www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/...1/.../DU111_43.pdf.

26.Іванов Ю. Б., Бережна Ю. В. Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. Ефективна економіка. 2014. № 11. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3493> (дата звернення: 15.09.2016).

27.Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». 2012. № 1 (8). С. 284-285.

28.Карамишев Д. В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf> (дата звернення: 09.04.2019).

29. Кадрова політика і державна служба : навч. посіб. / С. М. Серьогін, Н. Т. Гончарук, Н. А. Липовська та ін. ; за заг. ред. проф. С. М. Серьогіна. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2011. 352 с.

30. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку / М. М. Білінська, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова // Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. С. 284 – 319.

31. Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління. 2011. Вип. 3 (34). URL : <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2011-3/doc/4/01.pdf>

32. Карпова И. П. Доступность и качество медицинской помощи в специализированном учреждении здравоохранения / И. П. Карпова, А. Г. Варфоломеева, С. Т. Кохан // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, 7 квіт. 2011 р. : тези доп. – 2011. – № 1 (13). – С. 126–127

33. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. Вісник НАДУ: Соціальна і гуманітарна політика. 2014. № 3. С. 136-141.

34. Кибанов А. Я., Митрофанова Е. А., Коновалова В.Г., Чуланова О.Л. Концепция компетентностного подхода в управлении персоналом : монография. М. : НИЦ ИНФРАМ, 2014. 156 с.

35. Криштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджмент в здравоохранении. – К. : Здоров'я, 1993. 180 с.

36. Конституція України Закон від 28.06.1996 № 254к/96 Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3125-15>(дата звернення: 10.06.2019).

37. Лемішко Б. Б., Грицко Р. Ю. Класифікації та термінологічні підходи у процесі державного модернізаційного реформування системи охорони здоров'я в Україні. Демократичне врядування. 2013. Вип. 11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2013_11_11 (дата звернення: 11.03.2019).

38. Лепський В. В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. Вісник НТУ «ХПІ». Серія: Стратегічне

управління, управління портфелями, програмами та проектами. 2016. № 2 (1174). С. 108-112.

39. Ліштаба Л. В. Особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні // Перспективи економічного зростання та інноваційного розвитку України : матеріали доп. міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 9–10 грудня 2016 р.). Ужгород: Вид. дім “Гельветика”, 2016. С. 80–81.

40. Ліштаба Л. В. Сучасний стан та особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. Східна Європа: економіка, бізнес та управління. 2017. № 6. URL: <http://www.easterneurope-ebm.in.ua/6-2017-ukr>.

41. Ліштаба Л.В. Інноваційні стратегії формування і використання людського капіталу в сфері охорони здоров'я // Innovative economy: processes, strategies, technologies: proceedings of the international scientific conference. Part II, January 27, 2017. (Kielce, Poland, 2017). Kielce: Baltija Publishing, 2017. – P.1-3.

42. Літвінов О. С. Управління закладами охорони здоров'я в умовах конкурентного середовища. Ефективна економіка. 2015. № 2. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=5418> (дата звернення: 23.04.2019).

43. Маслов В.И. Менеджмент в эпоху глобализации. URL: <http://diplomart.ru/library/10015-0162-0812-02947.html> (дата звернення: 21.11.2016).

44. Медичні кадри за період 2010-2015 рр. (за даними Міністерства охорони здоров'я). URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 17.09.2016).

45. Мицькевич Т. Реформування системи охорони здоров'я в Україні / Центр досліджень соціальних комунікацій. URL: http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=752:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=350 (дата звернення: 14.04.2019).

46. Моделирование и прогнозирование. Решения для охраны здоровья. – Режим доступа : <http://prognoz.ru/ru/health.php> .

47. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ: Книга плюс, 2008. 320 с.

48. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: статистичний бюлетень. Київ: Державна служба статистики України, 2016. 132 с.

49. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 році: статистичний бюлетень. Київ: Державна служба статистики України, 2017. 144 с.

50. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2017 році: статистичний бюлетень. Київ: Державна служба статистики України, 2018. 142 с.

51. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. URL: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf (дата звернення: 11.12.2018).

52. Огнєв В. А. Вюн В. В., Чухно І. А. Підвищення кваліфікації керівників сфери охорони здоров'я як один із напрямів зростання їх управлінської компетентності. Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку : матеріали доповідей IV науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 3 листопада 2015 р., 2015. С. 181 – 183.

53. Орлова Н. М. Регіональна система охорони здоров'я: концептуальні підходи до формування її сучасної політики / Н. М. Орлова. – К., 2010-184 с.

54. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України № 2801-XII 19.11.1992 Режим доступу Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/4125-15>(дата звернення: 02.06.2019).

55. Олійник В. М., Охріменко І. О. Проблематика вибору моделі реформування системи фінансування охорони здоров'я України. Вісник

Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. 2014. № 2 (209). С. 192-197.

56. Павлюк К. В., Степанова О. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Фінанси України. 2011. № 2. С. 43-55.

57. Паламарчук О. М. Сутність та формування організаційно-економічного механізму управління конкурентоспроможністю підприємства. URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/evu/20_17_2 (дата звернення: 18.05.2019).

58. Палиця С. В. Державна політика економіко-технологічної кластеризації системи охорони здоров'я України. Економіст. 2013. № 11. С. 32-37.

59. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи / С. Я. Пак // Держ. упр.: теорія та практика. – 2011. – № 1. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts>

60. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні / С. Я. Пак // Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення : матеріали V наук.-практ. конф., 27 жовт. 2011 р. : тези доп. – Луцьк, 2011. –С.

61. Пилипченко Л. Розвиток закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. // Збірник статей магістрів КНТЕУ, 2019 р.

62. Побудова нової системи громадського здоров'я в Україні. Реформи охорони здоров'я / МОЗ України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161006_b.html (дата звернення: 17.06.2019).

63. Про засади державної регіональної політики. Закон України від 5.02.2015 № 156-VIII, Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1125-15>(дата звернення: 17.06.2019).

64. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 27.02.1997, Редакція від 01.05.2019, підстава - [2189-VIII](#), Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1225-15>(дата звернення: 17.06.2019).

65. Про місцеві державні адміністрації Закон України від 09.04.1999 № 586-XIV Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3125-15>(дата звернення: 17.06.2019).

66. Про столицю України - місто-герой Київ Закон України від 15.01.1999 № 401-XIV Режим доступу Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/4125-15>(дата звернення: 02.06.2019).

67. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналіт. доп. Київ: НІСД, 2012. URL: http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/Zdorovya_Popchenko-2a6db.pdf (дата звернення: 10.05.2019).

68. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку : автореф. дис. д-ра наук з держ. упр. : 25.00.01 / Радиш Ярослав Федорович. – К., 2003. –36 с.

69. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. / І. М. Солоненко, О. П. Попов, Л. І. Жаліло, К. О. Надутий. – К. : Вид-во НАДУ, 2007. – 211 с.

70. Рожкова І. В. Конкурентоспроможність регіонального управління охороною громадського здоров'я в умовах суспільних трансформацій в Україні. К. : Фенікс, 2009. 372 с.

71. Солоненко І. М., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10simsoz.pdf>.

72. Состояние подготовки специалистов в области общественного здравоохранения в Украине и в мире / Ю. В. Вороненко, В. В. Глуховский, А. С. Коваленко и др. К. : Сфера, 2003. 59 с.

73. Стан підготовки спеціалістів у галузі охорони громадського здоров'я в Україні та в світі: огляд / Р. В. Вороненко, В. В. Глухівський, О. С. Коваленко, В. М. Лехан, В. М. Рудий, Л. М. Скоропада, І. М. Солоненко. К.: Сфера, 2003. 86 с.

74. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. Практикуючий лікар. 2015. № 1. С. 7-13.

75. Середньорічна чисельність постійного населення. Населення України. URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp (дата звернення: 17.02.2017).

76. Славітич М.В., Гупало О.Г. Порівняльний аналіз моделей охорони здоров'я. Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка. 2014. Т. 19. Вип. 2/5. С. 70-73.

77. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Эстония. 25–27 июня 2008 г. – Режим доступа : www.sm.ee/.../Venekeelne_Tallinna_harta.p

78. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : кол. моногр. / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло та ін. ; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. К. : МАУП, 2007. 376 с.

79. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2008. 276 с.

80. Українські реалії соціальної держави : навч. посіб. / В. А. Гошовська А. . І. Ільчук ; за заг. ред. В. А. Гошовської. – К. : Вид-во НАДУ, 2011-96 с.

81. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / ред.: Э.Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин. Москва: Весь Мир, 2012. 352 с.

82. Формирование компетенций организаторов здравоохранения в ходе дополнительной профессиональной подготовки / Кича Д.И., Фомина А.В., Маарян А.С., Пачгин И.В., Иваненко А.В., Луговой В.Е. // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 6. С. 42 – 48.

83. Хожило І. І., Акуленко О.В. Атестація як технологія формування компетентності керівників органів управління охороною здоров'я. Державне будівництво. 2010. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2010_1_24.

84. [Чернецький В. Ю.](#) Вплив держави на формування моделей організації охорони здоров'я в зарубіжних країнах. [Публічне адміністрування: теорія та практика](#). 2012. Вип. 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Patp_2012_2_22 (дата звернення: 08.06.2019).

85. Шевченко В.А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. 2016. Вип. 6 (06). Ч. 2. С. 9-13.

86. Шевченко В.А. Проблеми оцінки ефективності управління закладами охорони здоров'я в Україні. Розвиток економіки країни: можливості, проблеми, перспективи: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 20-21 січня 2017 р.). Запоріжжя: ГО «СІЕУ», 2017. С. 117-119.

87. Шевченко В.А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я. Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy (Kielce, Poland, January 27, 2017). Kielce, 2017. P. 28-31.

88. Щодо пріоритетних напрямів вітчизняної системи охорони здоров'я. Аналітична записка / Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/480> (дата звернення: 17.01.2019).

89. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України. Київ: ДУ «УІСД МОЗ України», 2016. 460 с.

90. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 р. / за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України. Київ: ДУ «УІСД МОЗ України», 2017. 452 с.

ДОДАТКИ

Примірна схема системи охорони здоров'я України

