

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

На правах рукопису

БОНДАРЕВА ЛІНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 351: 614.2 (043.3)

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОЇ І ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА
БАЗОВОМУ РІВНІ: МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ

25.00.02 – механізми державного управління

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата наук з державного управління

*Ідентичність дисертації з
іншими копіями до
спеціальної комісії
засвідчується*



Науковий керівник
Корвецький Олександр Дмитрович,
кандидат медичних наук, доцент

Одеса – 2014

Мазак А.В.

ЗМІСТ

| | |
|--|-----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ | 4 |
| ВСТУП | 5 |
| Розділ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ | 15 |
| 1.1 Аналіз джерельної бази дослідження питання державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні | 16 |
| 1.2 Змістовно-функціональна характеристика комплексного механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги | 35 |
| 1.3 Законодавчий супровід реформи медичного обслуговування в Україні | 53 |
| Висновки до розділу 1 | 67 |
| Розділ 2 МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОСТУПНОЇ І ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА БАЗОВОМУ РІВНІ: ВІТЧИЗНЯНА ПРАКТИКА ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД | 70 |
| 2.1 Інституційний механізм державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню | 71 |
| 2.2 Аналіз ресурсного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню на базовому рівні | 92 |
| 2.3 Зарубіжний досвід державного регулювання організації надання населенню доступної і якісної медичної допомоги | 107 |
| Висновки до розділу 2 | 121 |
| Розділ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ | 124 |

ДОСТУПНОЇ І ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА БАЗОВОМУ РІВНІ

| | |
|---|-----|
| 3.1 Ідентифікація рівня задоволеності потреб зацікавлених сторін щодо доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні | 125 |
| 3.2 Концептуальна модель механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості | 142 |
| 3.3 Механізми державного регулювання інтегрування саморегулюючих організацій в процес надання доступної і якісної медичної допомоги | 170 |
| Висновки до розділу 3 | 184 |
| ВИСНОВКИ | 188 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 192 |
| ДОДАТКИ | 226 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АРК – Автономна Республіка Крим
ВВП – Внутрішній валовий продукт
ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕМД – Екстрена медична допомога
ЗОЗ – заклади охорони здоров'я
ЗП/СМ – загальна практика-сімейна медицина
КМУ – Кабінет Міністрів України
ЛЗП/СЛ – лікар загальної практики – сімейний лікар
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
ОПС – організації професійного спрямування
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
СЛА – сільська лікарська амбулаторія
СНІД – синдром набутого імунодефіциту
СРО – саморегулюючі організації
США – Сполучені Штати Америки
УОЗ – управління охорони здоров'я
ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт
ЦПМСД – центри первинної медико-санітарної допомоги
ЦРЛ – центральна районна лікарня
ШМД – швидка медична допомога

ВСТУП

Актуальність теми. Становлення України як демократичної, соціально-правової держави, складні суспільні трансформації, що пов'язані із збереженням цілісності та суверенності Української держави, наближення системи охорони здоров'я до європейських стандартів потребують суттєвого вдосконалення діючих механізмів, що зорієнтовані на задоволення потреб громадян, і насамперед оновлення системи організації надання медичної допомоги населенню, обґрунтуванню системи державного управління та регулювання її складовими, оскільки, як зазначає більшість учених, для України питання забезпечення доступності медичної допомоги населенню залишається невирішеною проблемою, реаліями сьогодення є значні відмінності в можливостях отримання медичної допомоги різними верствами населення [77]. Серед них особливе місце посідає управлінська діяльність щодо державного забезпечення організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню.

На цьому постійно й одноголосно наголошують як представники громадськості, так і науковці: організатори охорони здоров'я, економісти, юристи, фахівці в галузі державного управління, підкреслюючи важливість розробки та реалізації науково обґрунтованої, виваженої державної політики у напрямку створення умов щодо забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою.

Розв'язанню питань забезпечення ефективності та якості державного управління у процесі становлення нашої держави, розбудови та удосконалення механізмів державного управління різних сфер суспільства свідчать численні наукові праці українських та зарубіжних вчених : Н.В. Авраменко [2-3], Т.М. Безверхнюк [10, 40], Т.О. Бутирської [22], О.В. Виноградова [11, 24], Д. І. Дзвінчука [43], Л.І. Жаліло [36, 39, 121, 181, 214], Д.В. Карамишева [55-59], О.Б. Коротич [67], Н.П. Кризини [69-70], І.П. Лопушинського [85], Н.Р. Нижник [112-113], Л.Л. Приходченко [140-143], І.В. Рожкової [188-194], В.М. Рудого [120,

195], О.М. Торбаса [205], О.С. Шаптали [225], А.Ф. Шипка [233], С.В. Шишкіна [229] та ін.

На важливості наукового пошуку складових державної політики України у сфері охорони здоров'я наголошують дослідники цієї проблеми М.М. Білинська [11-12], Ю.В. Вороненко [207], Т.С. Грузева [34, 101-104], В.Ф. Москаленко [100-104, 208], С.В. Петрова [127], О.В. Поживілова [129-130], Я.Ф. Радиш [59, 176-177], Н.О. Рингач [183-185], І.М. Солоненко [36, 39, 121, 181, 190, 194, 205, 214], Н.Д. Солоненко [206], В.Г. Шевцова [230] та ряд інших.

Дослідженню проблем державного забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню присвячені праці вітчизняних вчених О.В. Баєвої [9], З.С. Гладуна [28-29], О.Д. Корвецького [65-66], Б.Б. Лемішка [76], В.М. Лехан [77-82, 120, 177], Л.Ф. Матюхи [93], З.О. Надюка [107-112], Т.П. Попченко [182], Г.О. Слабкого [80-82, 204], М.В. Шевченко [78, 80-82, 204, 232] а також російських дослідників Т.І. Фролової [220], Ю.Т. Шарабчієва [227-228], В.І. Шевського [229] та багатьох інших.

Проте, незважаючи на широкий спектр досліджень у зазначеному напрямку, не применшуючи вагомості і значущості внеску вищевказаних вчених, прийнятих за роки незалежності нормативно-правових актів з цього питання, слід зазначити, що теоретичні та практичні аспекти державного регулювання доступності якісної медичної допомоги населенню у сфері охорони здоров'я України, особливо на базовому рівні, досліджені недостатньо і потребують кардинальної модернізації.

Актуальність дослідження значною мірою зумовлюється й потребою віднаходження нових шляхів забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню з огляду на збільшення кількості хронічних неінфекційних захворювань та старіння населення, а відтак – і зростання потреби у медичній допомозі; появу новітніх високовартісних технологій; дефіцит фінансування галузі; зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі; децентралізацію управління. У таких умовах реалізація механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості є не тільки перспективним напрямом стратегічного управління охороною

здоров'я, але й тією його складовою, для якої характерне існування багатьох теоретичних і практичних проблем, вирішення яких забезпечить поліпшення громадського здоров'я (про що наголошується в новій Європейській політиці в охороні здоров'я "Здоров'я-2020") [34].

Викладене вище і зумовило вибір теми дослідження, визначило його мету та завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження проводилося протягом 2011-2014 рр. Дисертаційна робота висвітлює результати наукових досліджень автора, що отримані в процесі виконання комплексного наукового плану Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України і відповідно до наукових проектів "Розробка пріоритетів регіональної кадрової політики у контексті розвитку публічної служби" (державний номер реєстрації 0111U000251) участь автора, як виконавця у реалізації теми полягала в науково-практичному обґрунтуванні механізмів державного регулювання людських ресурсів забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню; "Сучасні підходи до використання ресурсного потенціалу регіонального управління" (державний номер реєстрації 0113U001740) участь автора у виконанні теми полягала у визначенні ресурсів забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню на регіональному рівні. Проблематика дисертації відповідає темі, що досліджується кафедрою управління охороною суспільного здоров'я Харківського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України "Державні механізми регулювання системи надання медичної допомоги в Україні" (державний номер реєстрації 0112U001156), у межах яких автором, як одним із виконавців, проведено аналіз теоретико-правових засад державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню в Україні та запропоновано модель механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості.

Мета і завдання дослідження. Мета дисертаційного дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні організаційно-інституційних засад розвитку системи державного регулювання організації надання медичної допомоги на базовому рівні та розробленні практичних рекомендацій щодо шляхів удосконалення механізмів державного регулювання забезпечення її доступності і якості для всіх верств населення.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані такі *завдання*:

- проаналізувати теоретичні питання, стратегічні документи і законодавчі акти щодо інституційних змін в системі управління мережею закладів охорони здоров'я та діяльності органів державної влади й органів місцевого самоврядування з організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні;

- вивчити інституційні засади розвитку організаційної підсистеми механізмів державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню й здійснити аналіз стану ресурсного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню на базовому рівні;

- дослідити зарубіжний досвід державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги та обґрунтувати доцільність імплементації його елементів у вітчизняну систему державного регулювання надання населенню медичної допомоги;

- ідентифікувати рівень задоволеності потреб зацікавлених сторін щодо доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні, виявити першоджерела низької ефективності механізму державного регулювання її організації та обґрунтувати стратегічні напрями його удосконалення;

- розробити концептуальну модель механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості;

- сформулювати практичні рекомендації органам державної влади та органам місцевого самоврядування щодо інтегрування саморегулюючих організацій в процес надання доступної і якісної медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – система державного регулювання організації надання медичної допомоги на базовому рівні.

Предмет дослідження – механізми державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених у дисертації мети й завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів та підходів до дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів, а саме:

- системний підхід, який дав змогу розглянути керовану й керуючу підсистеми державного регулювання організації надання медичної допомоги на базовому рівні як цілісний комплекс із взаємопов'язаними і взаємозалежними елементами;

- історичний та логічний методи, що застосовувалися для вивчення рівня розробки проблеми державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню в Україні;

- статистичні методи дозволили з'ясувати основні тенденції і закономірності ресурсного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню з метою обґрунтування відповідних управлінських рішень щодо напрямів удосконалення механізмів державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні;

- анкетування та експертних оцінок для отримання об'єктивної інформації стосовно стану задоволеності потреб зацікавлених сторін щодо доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні;

- причинно-наслідковий аналіз, за допомогою якого виявлено причини і наслідки незадовільного стану доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні та побудовано дерево проблем;

- методом функціонально-структурного аналізу та декомпозиції обґрунтовано механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості;

- методи наукової абстракції, описового моделювання й узагальнення, а також прогностичний метод застосовані для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій органам державної влади та органам місцевого самоврядування щодо обґрунтування шляхів удосконалення механізмів державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні.

Інформаційною основою дослідження слугували офіційні публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ); законодавчі та нормативні акти органів державної влади та місцевого самоврядування загальної та спеціальної компетенції; офіційні статистичні дані, що характеризують діяльність сфери охорони здоров'я в цілому та стан здоров'я населення України; наукові публікації вітчизняних та зарубіжних авторів з проблеми дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів. Отримані теоретичні та практичні результати створюють основу для вирішення важливого наукового завдання державного управління – розвиток системи організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні шляхом запровадження у практику державно-управлінської діяльності інтеграційного підходу до кооперації та узгодженості дій усіх суб'єктів, що задіяні в процесі організації надання медичної допомоги на базовому рівні, за двома векторами: процесним - управління інтегрованим утворенням у процесі здійснення відповідними органами влади державно-управлінських функцій в організації надання доступної і якісної медичної допомоги; системним - забезпечення інтегрованості дій усіх зацікавлених сторін з акцентом на віднаходження компромісів між цілями та альтернативами, що перетинаються.

Сутність наукової новизни результатів дослідження полягає в тому, що:

вперше:

- науково обґрунтовано концептуальну модель механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості та побудовано його функціональну структуру – послідовність дій щодо організації та регламентування участі суб'єктів у складній

системі взаємодії. Механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості забезпечує реалізацію державно-управлінських функцій у сфері охорони здоров'я через інтеграцію управлінських, організаційних, технологічних, функціональних, інформаційних процесів різних суб'єктів, об'єднаних єдиною ціллю;

удосконалено:

- понятійний апарат науки державного управління в аспекті досліджуваної проблеми, зокрема, уточнено і представлено авторське визначення понять “механізм державного регулювання надання населенню медичної допомоги”, “доступність медичної допомоги”, яке, на відміну від існуючих наукових підходів, акцентує увагу на доступності як інтегративному результату взаємодії двох регулятивних механізмів – системи державного регулювання та системи соціального саморегулювання;

- методичний підхід до інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання надання населенню медичної допомоги через визначення основних функцій саморегулюючих організацій в механізмі державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості. Процес інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості подано через організаційний механізм державного управління охороною здоров'я;

набули подальшого розвитку:

- напрями вдосконалення механізмів державного регулювання надання населенню медичної допомоги на базовому рівні, суть яких зводиться, з одного боку, до активнішої співпраці органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, громадських організацій тощо, спрямованої на забезпечення доступності і якості медичної допомоги, що має стати пріоритетом у вдосконаленні механізмів державного регулювання надання населенню медичної допомоги на базовому рівні, а з другого боку – до запозичення світового досвіду залучення спеціалізованих ринкових інститутів та

саморегулюючих організацій, що дасть змогу при перерозподілі основних типів медичних ресурсів їх більш раціональне використання;

- підходи до аналізу стану задоволеності потреб зацікавлених сторін щодо доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні: вдосконалено систему анкетування на предмет доступності медичної допомоги населенню за рахунок уведення до анкети громадянина – жителя селища чи села та анкети експерта з питань доступності медичної допомоги параметрів інфраструктурної, ресурсної, територіальної, економічної доступності медичної допомоги та питань щодо ролі органів державної влади й органів місцевого самоврядування в її забезпеченні;

- визначення причин і наслідків незадовільного стану доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні за допомогою методу причинно-наслідкового аналізу та побудови дерева проблем.

Практичне значення одержаних результатів. Основні концептуальні положення, висновки та рекомендації дисертаційної роботи мають практичне спрямування та можуть бути враховані при реалізації державної політики на регіональному і місцевому рівнях щодо організації надання доступної і якісної медичної допомоги з орієнтацією на врахування інтересів усіх зацікавлених сторін.

Впровадження результатів дисертаційного дослідження в практику діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування підтверджено актами (додатки А, Б, В, Г, Д, Е, Ж): державної установи “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України” щодо розробки нормативно-правових актів планування та прогнозування мережі комунальних закладів охорони здоров’я в пілотних регіонах, порядку медичного обслуговування громадян центрами первинної медико-санітарної допомоги (акт про впровадження від 06 травня 2014 р.); Херсонською обласною державною адміністрацією щодо розробки стратегічних документів (акт про впровадження від 28.04.2014 р.); державним підприємством “Державний експертний центр МОЗ України” щодо запровадження в регіонах фармнагляду та формулярної системи забезпечення лікарськими засобами як інструменту державного регулювання

доступності і якості лікарських засобів (акт про впровадження від 20.02.2014 р. №1359/2.6-8); Цюрупинською районною державною адміністрацією Херсонської області та Вознесенською районною державною адміністрацією Миколаївської області щодо прийняття локальних управлінських рішень з питань модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та розробки районних програм соціально-економічного розвитку (акти про впровадження від 18.04.2014 р. та 11.03.2014 р.); Нововоронцовською районною радою Херсонської області щодо проведення заходів з реорганізації закладів охорони здоров'я району, які затверджені рішенням районної ради від 21 червня 2013 р. № 360 (акт про впровадження від 15.04.2014 р. № 6).

У науково-методичному забезпеченні навчального процесу результати дослідження використовуються Національною медичною академією післядипломної освіти імені П.Л. Шупика при підготовці і проведенні навчально-методичних семінарів для керівників закладів первинної медико-санітарної допомоги та сімейних лікарів (акт про впровадження від 16.04.2014 р. № 14/33).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження є самостійною науковою працею. Наукові результати, висновки та положення, у тому числі й ті, що характеризують наукову новизну, які винесені на захист, отримані здобувачем особисто.

Апробація результатів дисертації. Теоретичні положення, висновки та практичні рекомендації дисертаційного дослідження були заслухані на науково-практичних конференціях та семінарах протягом 2011 – 2014 рр.: “Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій” (м. Херсон, 26-27 травня 2011 р.); “Державне управління в Україні: історія державотворення, виклики та перспективи” (м. Одеса, 03 червня 2011 р.); “Інноваційні аспекти реалізації Національного плану дій щодо впровадження програми економічних реформ на 2010 – 2014 рр. “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” (м. Херсон, 17 червня 2011 р.); “Державна політика щодо місцевого самоврядування: стан, проблеми та перспективи” (м. Херсон, 04-05 жовтня 2011 р.); “Європейські

інтеграційні процеси в Україні: стан, проблеми та перспективи” (м. Херсон, 11 жовтня 2011 р.); “Актуальні проблеми державного управління” (м. Івано-Франківськ, 12 травня 2012 р.); “Соціально-економічний розвиток регіонів та його програмування: мета, механізми, інструменти” (м. Одеса, 01 червня 2012 р.); “Державне управління в Україні: історія державотворення, виклики та перспективи” (м. Одеса, 08 червня 2012 р.); XIV Конгрес Світової федерації українських лікарських товариств (м. Донецьк, 04-06 жовтня 2012 р.); “Сучасні тенденції розвитку публічного управління: теорія та практика” (м. Одеса, 02 листопада 2012 р.); “Державна політика щодо місцевого самоврядування: стан, проблеми та перспективи” (м. Херсон, 07 грудня 2012 р.); “Актуальні проблеми та перспективи розвитку публічного управління” (м. Одеса, 25 жовтня 2013 р.); “Державне управління і місцеве самоврядування: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення” (м. Рівне, 24-25 квітня 2014 р.); “Державне управління в Україні: історія державотворення, виклики та перспективи” (м. Одеса, 15 травня 2014 р.).

Публікації. Основні положення та результати дослідження опубліковано у 20 працях, у тому числі 6 статей у наукових фахових журналах та збірниках наукових праць та 14 публікацій у збірниках матеріалів науково-комунікативних заходів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Обсяг дисертації складає 263 сторінки, з них основного тексту 191 сторінка, в якому містяться 14 рисунків та 2 таблиці. Під час написання дисертації використано 260 джерел на 34 сторінках, з яких – 19 іноземною мовою, 15 додатків подано на 38 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

Намагання України увійти в Європейську співдружність країн сьогодні видається складним без створення системи правових, організаційних та інших заходів державних і недержавних установ та організацій, що впливатимуть на соціальну стабільність суспільства і сприятимуть її підтриманню, створенню умов зростання добробуту населення, забезпечення гідного рівня та якості життя населення.

Впродовж усього періоду формування власної моделі охорони здоров'я доступність і якість медичної допомоги населенню розглядаються як пріоритетні завдання, вирішення яких держава здійснює за допомогою управління. Державне управління є організованим процесом керівництва, регулювання і контролю державних органів [28, с. 50] за розвитком сфери охорони здоров'я. Управління зазначеною сферою розглядається як взаємодія саморегуляційних можливостей децентралізованих органів управління галуззю із зовнішнім державним управлінням, яке забезпечується моніторингом та оцінюванням діяльності системи охорони здоров'я заради досягнення поставленої мети – всебічного задоволення потреб суспільства в цілому та кожного громадянина [11], зокрема у доступній і якісній медичній допомозі.

Вітчизняними дослідниками останнім часом накопичено значний досвід щодо державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню, які є важливими критеріями оцінювання діяльності сфери охорони здоров'я. Проте, незважаючи на широкий спектр досліджень у цьому напрямку, слід зазначити, що основні проблеми із забезпеченням доступної якісної медичної допомоги для громадян – нерівність у доступності до медичної допомоги різних верств населення; необхідність оплачувати медичні послуги з особистих коштів громадян; низька якість медичного обслуговування

залишаються на сьогоднішній день невирішеними. Тому, виникає необхідність проаналізувати теоретико-методологічні підходи до вирішення цієї проблеми, які дозволять надати оцінку українським здобуткам і окреслити шляхи на перспективу.

Проблематика ефективності механізмів державного регулювання реформуванням охорони здоров'я та організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні (насамперед, на рівні сільських територіальних утворень) в науковій літературі загалом є малодослідженою. Аналіз існуючої літератури з управлінських відносин та пов'язаних з ними категорій, зокрема праць О. В. Баєвої, З. С. Гладуна, Г. А. Дмитренка, Д. В. Карамішева, О. Д. Корвецького, В. М. Лехан, З. О. Надюка, С. В. Петрової, Т. П. Попченко, Г. О. Слабкого, М. В. Шевченко А. Ф. Шипка, а також російських дослідників Т. І. Фролової, В. І. Шевського та інших науковців, дає нам змогу дослідити теоретичні засади здійснення державного регулювання організації надання медичної допомоги в Україні та вирішити наступні завдання дисертаційного дослідження:

- здійснити аналіз наукової літератури щодо інституційних змін в системі управління мережею закладів охорони здоров'я та діяльності органів державної влади й органів місцевого самоврядування з організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні;

- проаналізувати стратегічні документи і законодавчі акти з питань державного регулювання забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою.

1.1 Аналіз джерельної бази дослідження питання державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні

Системний аналіз літературних джерел за темою дослідження свідчить про те, що питання впливу доступної та якісної медичної допомоги на загальний стан сфери охорони здоров'я та на рівень громадського здоров'я стали предметом

дослідження багатьох українських вчених. Адже з точки зору цивілізованого суспільства доступність і якість медичної допомоги є основними характеристиками, які визначають діяльність системи охорони здоров'я і поліпшення цих характеристик є основним завданням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Урядів країн. Амстердамська декларація Європейського бюро ВООЗ у сфері прав пацієнтів визначила доступність і якість медичних послуг як основні соціальні права громадян, які мають максимально реалізувати європейські держави у своїх системах охорони здоров'я.

Державне регулювання організації надання медичної допомоги в Україні базується на принципах, які враховують як загальні засади організації охорони здоров'я, так і національні особливості, притаманні системі охорони здоров'я кожної країни [28, с. 62]. Стаття 4 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" визначає такі основні принципи державного управління у сфері охорони здоров'я України щодо забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню [118]: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України; дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами; підвищення медико-соціального захисту найбільш вразливих категорій населення; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг сфери охорони здоров'я, відповідність завданням і рівню соціально-економічного і культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом; багатоукладність економіки сфери забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізація державного управління.

Механізми, за допомогою яких реалізуються на практиці зазначені вище принципи регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню, наступні [9, 28, 107]:

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

Науковим дослідженням у цьому напрямку присвячені праці вітчизняних вчених О.В. Баєвої [9], М.М. Білинської [11], З.С. Гладуна [28-29], Д.В. Карамішева [55-56], О.Д. Корвецького [66], Б.Б. Лемішка [76], В.М. Лехан [78-79], В.Ф. Москаленка [101], З.О. Надюка [107], Т.П. Попченко [184], Я.Ф. Радиша [178], І.В. Рожкової [190, 193], В.М. Рудого [197], Г.О. Слабкого [206], Н.Д. Солоненко [208], М.В. Шевченко [233] а також російських дослідників Т.І. Фролової [221], В.І. Шевського [230], С.В. Шишкіна [230] та ін.

Враховуючи значну кількість досліджень цієї сфери, багато принципово важливих питань в аспекті розвитку державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню залишаються недостатньо вивченими і потребують цілеспрямованого поглибленого наукового опрацювання. Теоретичне і практичне вирішення цих питань обумовлює високий ступінь актуальності досліджень у цьому напрямку.

Провідна роль у функціонуванні механізмів регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню належить органам державної влади.

М. Білинська та О. Виноградов стверджують, що в умовах демократичного розвитку Української держави формування її правового простору на засадах верховенства права особливого значення набувають законодавчі повноваження органів державної влади. Серед нормативно-правових актів закон виступає

головним регулятором суспільних відносин, займає провідне місце у системі державного управління [12].

Сьогодні особливо актуальним є вирішення загальнотеоретичних, методологічних та прикладних проблем законотворчості, удосконалення практичних аспектів законодавчої техніки, зокрема стандартизація найпоширеніших положень. Тому дослідження організації надання доступної та якісної медичної допомоги, вивчення факторів, що формують доступність і якість та аналіз визначень, якими керуються науковці, практики та управлінці, є необхідним першим кроком для розуміння напрямів удосконалення механізмів державного регулювання вирішення зазначеної проблеми.

Сучасні вітчизняні суспільні науки використовують ще чимало нечітко визначених термінів з неясним набором суттєвих і несуттєвих параметрів. Але, як сьогодні застерігає П. Надолішній, недостатня розробка понятійного апарату гальмує розвиток теорії, робить неможливим ведення плідної дискусії. І вже далеко не безневинною є термінологічна неточність, а то й плутанина у державних, інших політичних документах [106].

М. Білинська та О. Виноградов зазначають - “глосарії, словники, довідники і в минулому, і нині слугували і слугують правильному розумінню юридичних понять і термінів, та все ж практика законотворчої діяльності свідчить про серйозні недоліки й суперечності, тому що терміни, використані в законах, мають певний обсяг значень, тому вони можуть бути неоднозначними, а іноді суперечливими” [12].

Так, фактично й досі немає усталених визначень: “медична допомога”, “медична послуга”, “доступ до медичної допомоги”, “доступність медичної допомоги”, “якість медичної допомоги” через що виникає досить багато непорозумінь. Тому, на нашу думку, це питання належить віднести до основних проблемних питань як теорії, так і практики державно-управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я.

Отже, приступаючи до дослідження проблеми державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню необхідно дати

наукове тлумачення основних категорій, що складають понятійний апарат напрямку дослідження. Слід підкреслити, що питанням систематизації та уточнення термінологічного апарату дослідження проблем у сфері охорони здоров'я присвячені роботи О.В. Баєвої, М.М. Білинської, О.В. Виноградова, О.М. Голяченка, Д.В. Карамішева, З.О. Надюка, Н.Д. Солоненко О.С. Шаптали та ін.

Розпочинаючи наукове обґрунтування категорій “доступність медичної допомоги” та “якість медичної допомоги” проаналізуємо окремо зміст термінів “медична допомога” і “медична послуга”.

Поняття “медична допомога” має багато визначень у літературі, проте на теперішній час відсутнє єдине загальноприйняте тлумачення цього терміну. В одних джерелах медична допомога розглядається як комплекс спеціальних заходів, направлених на запобігання, ранню діагностику та лікування гострих і хронічних захворювань; як комплекс заходів спрямованих на своєчасне виявлення хвороб та відновлення втраченого здоров'я людини; як лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи, здійснювані при виношуванні вагітності, пологах, хворобах, травмах та ушкодженнях [48, 107, 209]. Інші - трактують цей термін, як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами; комплекс заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію страждань, пов'язаних з розладом здоров'я людей у випадках, визначених законодавством, - працівниками інших професій на яких покладено цей обов'язок [12, 145]. Існують також типи тлумачення терміну “медична допомога” відповідно до рівня медичної діяльності (клінічний, рівень закладу, територіальний). Як стверджує П. Бобок медична діяльність, що здійснюється на рівні лікувально-профілактичних закладів та підрозділів, що входять до їх складу, трактується як процес надання медичної допомоги або медичне обслуговування певного контингенту хворих [13]. Чинне законодавство розглядає медичне обслуговування, як діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не

обов'язково обмежується медичною допомогою [145]. Тобто “медична допомога” – це результат професійної діяльності медичних працівників у закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності.

Отже, незважаючи на значну кількість досліджень змісту поняття “медична допомога” на теперішній час відсутнє загальне трактування даної дефініції. У додатку II наведено низку визначень поняття “медична допомога”, що сформульовано українськими дослідниками і нами систематизовано.

Окремо варто зупинитися на тлумаченні поняття “медична послуга”.

Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України (2000 рік) “медична послуга” розглядається як будь-який вид кваліфікованих медичних дій, спрямованих на лікування і профілактику при захворюваннях, пологах та інших випадках [64, с. 8]. Інші джерела характеризують “медичну послугу” – як послугу медичного характеру або окремі заходи і процедури щодо охорони здоров'я. З. Герасимчук та І. Шевчук під “медичною послугою” розуміють діяльність медичних підприємств, організацій та окремих осіб, спрямовану на задоволення потреби особи, групи людей, суспільства пов'язаного зі збереженням та примноженням індивідуального і суспільного здоров'я, що в кінцевому підсумку сприятиме підвищенню рівня якості життя [27, с. 18].

Конституційний Суд України досліджуючи питання тлумачення термінів “медична допомога” та “медична послуга” вирішив: “Дефініції зазначених понять різноманітні і збігаються лише в окремих частинах чи елементах. Так, “медична допомога” і “медична послуга” трактуються і як синоніми, і як антоніми, і як частина одна однієї” [188].

Ми погоджуємося з твердженням О. Виноградова, який звертає увагу, що терміни “медична допомога” та “медична послуга” є різними за своєю суттю і відображають різні за змістом поняття: “медична допомога” має соціальний, а “медична послуга” – економічний характер (комплекс медичних послуг, що входить у рівень медичної допомоги, гарантований Конституцією України); термін “медична допомога” є ширшим, ніж термін “медична послуга”, оскільки “медична послуга” може бути або є економічною складовою “медичної

допомоги”; поняття “медична допомога” стосується споживачів (хворих, постраждалих, травмованих), а “медична послуга” – виробників (постачальників, надавачів, провайдерів) медичних послуг [24, с. 166]. Однак, варто зауважити, що ці терміни, як складові частини входять у ширше поняття “медичне обслуговування”.

Різноманітністю підходів до тлумачення і використання категорії “медична допомога” у вітчизняній та зарубіжній літературі зумовлюється велика кількість тлумачень поняття “доступність медичної допомоги”. Розпочинаючи наукове обґрунтування категорії “доступність медичної допомоги” слід проаналізувати окремо зміст поняття доступу до медичної допомоги. В глосарії “Качество медицинской помощи” поняття доступу визначається можливостями пацієнта чи населення користуватися необхідними службами охорони здоров’я з точки зору таких характеристик системи надання медичної допомоги, як наявність, організація та фінансування служб; таких показників населення як демографічні показники, доходи, тенденції у відношенні звернення за медичною допомогою, а також показники того наскільки надана медична допомога адекватно задовольнила основні медичні потреби пацієнта. Фактично доступ визначає наскільки медична допомога є наближеною і доступною для пацієнтів і груп населення (по затратам часу, об’єму, якості) [61].

Н. Солоненко розглядає доступ до медичної допомоги, як можливість отримання необхідної медичної допомоги своєчасно, повсюдно, в достатньому обсязі і на прийнятних умовах. Це наявність або відсутність фізичних, економічних чи культурних перешкод, з якими люди можуть зіткнутися при отриманні медичних послуг [5, с. 4]. В глосарії “Качество медицинской помощи” поняття доступу до медичного обслуговування відображає ступінь, при якому кожна особа чи група людей має право на користування і фактично може скористуватися необхідними послугами охорони здоров’я [61]. Тобто, на нашу думку, *доступ до медичної допомоги* – це можливість та прийнятність отримання населенням необхідної медичної допомоги, а *доступність* – це виявлення наявності чи відсутності необхідних видів медичної допомоги.

Розкриття змісту терміносполучення доступність медичної допомоги чинне національне законодавство не містить. У вересні 1988 року на 40-й Всесвітній Медичній Асамблеї, яка відбулася у місті Відень (Австрія) була прийнята “Заява про доступність медичної допомоги”, де характеризуються поняття доступність медичної допомоги та медичні ресурси країни [9, с. 197]. У додатку К наведено перелік визначень поняття “доступність медичної допомоги”, що запропоновано сучасними дослідниками. Аналізуючи наукові джерела, варто зазначити, що єдиного підходу до трактування цієї дефініції теж не існує. “Доступність медичної допомоги” розглядається і як можливість отримання без перепон необхідної медичної допомоги; і як нормативно врегульована та організаційно забезпечена можливість надання цієї допомоги; і як потенціал отримання послуги чи блага здоров’я [5, 220]. З однієї сторони - це принцип функціонуючої в країні системи охорони здоров’я, право людини на охорону здоров’я [118, 203], а з іншої сторони - це критерій ефективності діяльності системи охорони здоров’я, показник організації охорони здоров’я населення, характеристика оцінки якості медичної допомоги [56, 88, 108]. Доступність медичної допомоги також передбачає баланс наявних ресурсів і справедливий розподіл на території країни медичних організацій і фінансових ресурсів [132, 202].

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

Оскільки Д. Карамішев зазначає, що основними критеріями ефективності діяльності системи охорони здоров’я, крім доступності медичної допомоги та раціонального використання ресурсів є її якість – на основі спрямування організації діяльності системи на кінцеві результати - здоров’я населення і

задоволення громадян якістю медичного обслуговування [56] розглянемо зміст терміну якість медичної допомоги. Так Ю. Вороненко та В. Москаленко стверджують, що якість медичної допомоги визначається не тільки рівнем науково-технічного забезпечення та спеціалізації, але й безпосередньо, організацією всього лікувально-діагностичного процесу, рівнем кваліфікації та професіоналізму медичного персоналу, дотриманням медико-етичних правил у його діяльності [209, с. 467]. З. Надюк зазначає, що якість медичної допомоги а також її складових (медичної послуги медичного працівника, медичної діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та медичного забезпечення населення) – це сукупність взаємопов'язаних властивостей, які всесторонньо характеризують рівень надання медичної допомоги [107, с. 29].

У низці документів [63, 64, 118, 145, 159, 164, 169] акцентовано увагу на відповідальності держави щодо забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню, які є важливими показниками організації надання медичної допомоги, а отже зазначене питання потребує детального дослідження з позиції науки “державне управління”.

Вивченню питань державних засад організації надання доступної і якісної медичної допомоги приділили увагу у своїх дослідженнях О.В. Баєва [9], Ю.В. Вороненко [209], З.С. Гладун [28], О.М. Голяченко [32], Б.Б. Лемішко [76], В.М. Лехан [81], Л.Ф. Матюха [93], Я.Ф. Радиш [178], І.М. Солоненко [183] та ін.

Однією із засад, на яких базується організація надання медичної допомоги населенню в Україні є орієнтація на ринкові механізми регулювання ефективності діяльності сфери охорони здоров'я. Втілення цих механізмів передбачає чимало суттєвих змін у системі управління державою як складової соціально-економічної системи, на основі ідеї сполучення економічної ефективності як результату дієвості ринкових сил та соціального компромісу. Неспроможність ринку забезпечити збереження здоров'я населення визначає роль регулювання, як найважливішого інструмента ефективного управління щодо розвитку цивілізованої системи надання медичної допомоги. Побудова такої системи вимагає системного підходу до аналізу існуючого стану організації надання

медичної допомоги населенню, усвідомлення того типу системи, яку ми хочемо створити, з урахуванням закономірних економічних, політичних змін в Україні. Застосуванню цього підходу присвячені праці О.В. Баєвої [9], З.С. Гладуна [28], О.М. Голяченка [32], Д.В. Карамишева [57], З.О. Надюка [107], Я.Ф. Радиша [178], І.В. Рожкової [194] та ін.

Система організації надання медичної допомоги населенню представляє собою складне поєднання програм, установ, закладів, що покликані вирішувати різноманітні завдання: від лікування гострих та хронічних захворювань до профілактики, від індивідуального лікування – до заходів, направлених на поліпшення громадського здоров'я, від стаціонарного лікування – до первинної медико-санітарної допомоги, від надання стоматологічних послуг – до лікування професійних захворювань тощо.

Ця система відповідає певним універсальним критеріям: ієрархічність структури, пов'язану з підпорядкуванням одних елементів іншим і багаторівневою організацією; наявність різноманітних зв'язків як горизонтальних, так і вертикальних, або зворотнього зв'язку; структурність, що характеризує визначену стійку організацію взаємозв'язку і взаємозалежності; наявність певних інтегративних системних якостей. Тобто з позиції визначення поняття “система”, яке сформульовано В.Г. Афанасьєвим – “це цілісна динамічна система із сукупністю компонентів, взаємодія яких породжує нові (інтегративні, системні) якості, що не характерні для тих компонентів, які утворюють систему” [178, с. 37-38].

У системі державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню виділяють наступні типи ієрархій [122]: ієрархія державного регулювання на базовому рівні – сільський район, місто; на регіональному рівні – область; на національному рівні – держава; технологічна ієрархія (ієрархія надання медичної допомоги): екстрена медична допомога, первинна медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога; ієрархія управлінського персоналу в організації.

Досліджуючи питання організації надання медичної допомоги Ю. Вороненко та В. Москаленко виокремлюють такі її види: амбулаторно-поліклінічна, швидка, стаціонарна та санаторно-курортна. Особливу увагу автори акцентують на організації надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [209, с. 236-237].

3. Гладун зазначає, що в організаційному плані структура системи охорони здоров'я (та її підсистема організації надання медичної допомоги) має два основних виміри: адміністративно-територіальний і галузевий [28, с. 82]. В адміністративно-територіальному відношенні система організації надання медичної допомоги будується відповідно до адміністративно-територіального поділу держави і є складною, багаторівневою, ієрархічно побудованою системою, до якої у якості структурних елементів входять: надання медичної допомоги на рівні держави, надання медичної допомоги на рівні області, надання медичної допомоги на рівні району, надання медичної допомоги на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села). З цим твердженням погоджується Ю. Ганущак і вказує, що розподіл галузевих повноважень за рівнями здійснюється за принципом: простіше та з більшою кількістю споживачів повноваження передаються на нижчий рівень, складніше чи специфічніше на вищий рівень. Зовсім специфічні повноваження, які не завжди і не всюди зустрічаються, потреба у яких не стосується всіх областей, передаються на національний рівень [26, с. 28]. Такий підхід відповідає критеріям, визначеним Бюджетним Кодексом України: 1) перший рівень (група або базовий) – надання первинної медико-санітарної допомоги; 2) другий (район) – надання стаціонарної допомоги; 3) третій (область) – надання високоспеціалізованої допомоги. Ключовими характеристиками рівнів є: першого – доступність, другого – якість, третього – спеціалізованість.

Так О. Баєва, пропонує галузеве управління здійснювати на національному (державному), регіональному (обласному), та субрегіональному (місцевому – район, місто, село, селище) рівнях [9, с. 212]. Ми погоджуємося з думкою О. Голяченка, який вивчаючи питання галузевого управління виокремлює

наступним чином рівні: базовий - охоплює сільський адміністративний район та місто; регіональний – охоплює область та державний [32, с. 164-169].

Д. Карамишев переконливо наголошує, що в системі надання медичної допомоги базовий рівень є основним, оскільки тут зосереджена її первинна і вторинна ланки (80% амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги). Управлінська діяльність на цьому рівні спрямована на розвиток первинної медико-санітарної допомоги та окремих видів спеціалізованої допомоги. Вчений підкреслює, що від якості та ефективності управління на базовому рівні залежать результати функціонування всієї системи [59].

Враховуючи прийняття у 2010 р. нової редакції Бюджетного кодексу України, в якому врегульовано питання оптимізації фінансування медичних закладів (зокрема, внесено зміни до ст. 88 та 89 Бюджетного кодексу України, у відповідності з яким фінансування дільничних лікарень, сільських лікарських амбулаторій (СЛА), фельдшерсько-акушерських (ФАП) та фельдшерських пунктів перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського Автономної республіки Крим і обласного значення [238, с. 15] та створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) із структурними підрозділами (СЛА, фельдшерськими і ФАПами), як окремих юридичних осіб; фінансування закладів ЗОЗ первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги з районного (міського) бюджету вважаємо, що управління організацією надання медичної допомоги *на базовому рівні* повинно охоплювати сільський адміністративний район та місто.

У багатьох розвинутих країнах світу при побудові національних систем охорони здоров'я увагу держави зосереджено не на збільшенні обсягів фінансування, а на забезпеченні контролю за ефективністю та результативністю витрат, раціональністю розподілу наявних ресурсів і підвищенні якості медичних послуг [197, с. 15]. Тому сьогодні постає питання щодо пошуку нових механізмів ефективного використання обмежених ресурсів й одночасне поліпшення доступності і якості медичної допомоги населенню на базовому рівні. В першу чергу, мається на увазі вдосконалення механізмів державного регулювання

організації надання медичної допомоги на цьому рівні, що мають сприяти ефективному розподілу та використанню ресурсів галузі, оптимізацію її організаційної структури та стратегічному плануванню діяльності.

Особливої уваги в контексті вдосконалення механізмів державного регулювання заслуговує, на думку дисертанта, монографія Г. Дмитренка “Людиноцентрична система державного управління в Україні: утопія чи шанс” [86], в якій обґрунтовується “Новий управлінський курс” України, що базується на науковому фундаменті людиноцентричного підходу до системного управління. Його реалізація дозволить значно поліпшити якість життя громадян, ступінь задоволеності їхніх потреб в усіх сферах, включаючи доступне і якісне медичне обслуговування.

Н. Солоненко наголошує - важливість державного регулювання охорони здоров'я зумовлена тим, що : 1) соціально незахищені верстви населення не завжди можуть отримати адекватну медичну допомогу, а тому державні інвестиції у їх здоров'я можуть знизити рівень бідності та послабити її наслідки; 2) деякі заходи, що сприяють здоров'ю, належать до суто суспільних благ, а тому приватний ринок неспроможний виробляти їх або може виробляти в обмеженому обсязі; 3) ринкова неспроможність охорони здоров'я і приватного страхування здоров'я означає, що урядове втручання може підвищити добробут через поліпшення функціонування ринку [208, с. 240].

У сучасній науці “державне управління” регулювання розглядається вченими у вузькому розумінні як суто державне управління, у широкому - це юридичний термін упорядкування, встановлення правильної взаємодії частин механізму в будь-якій системі.

Механізм регулювання включає всі зусилля держави стосовно управління поведінкою об'єктів системи організації надання медичної допомоги населенню.

Аналіз наукових джерел свідчить, що механізми державного регулювання діляться на дві основні категорії – інструменти (*tools*) та стратегії (*strategies*). Однією із найважливіших категорій інструментів державного регулювання, застосовуючи які держава вимагає від суб'єктів суспільних відносин виконання

своїх рішень є законодавство (прийняті законодавчим органом закони, органами виконавчої влади – підзаконні нормативні акти та рішення органів судової влади). Вирішення питання про те, яким чином необхідно застосовувати ці основні інструменти, належить до сфери стратегій [197, с. 17-18].

R. Baldwin та M. Cave пропонують наступний перелік можливих загальних стратегій державного регулювання [246]:

- примус і контроль;
- саморегулювання та обов'язкове саморегулювання;
- режими, що спираються на стимулювання (податки, субсидії);
- використання ринкових механізмів (закони, що регулюють конкуренцію, контракти та дозвільні документи, що можуть бути предметом купівлі-продажу);
- заходи з регулювання відкритості;
- прямі дії уряду;
- юридичні права та обов'язки;
- програми державної компенсації та соціального страхування.

У сфері охорони здоров'я державне регулювання – це система типових заходів законодавчого, виконавчого і контролюючого характеру, що здійснюються правочинними установами і громадськими організаціями з метою поліпшення стану громадського здоров'я.

Як зазначає Н. Солоненко, основною метою державного регулювання є створення такої системи охорони здоров'я, яка б орієнтувала на вибір найефективніших варіантів використання ресурсів і забезпечення потреб населення в послугах охорони здоров'я та медичній допомозі [208, с. 241].

Значна кількість вітчизняних дослідників вважають [9, 24, 66, 76, 81, 82, 88, 107, 125, 183, 184 та ін.], що одним із стратегічних напрямів розвитку системи державного регулювання організації надання медичної допомоги на базовому рівні є розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини, як найефективніший спосіб досягнення справедливого розподілу і раціонального використання наявних ресурсів та забезпечення потреб населення в доступній і якісній медичній допомозі.

Окрему зацікавленість автора дисертаційного дослідження викликала наукова праця Б. Лемішка “Механізми державного управління модернізаційним розвитком первинної медичної допомоги на регіональному рівні” [76], в якій вперше комплексно розглядаються предмет, завдання і методологія управління організацією надання медичної допомоги на регіональному рівні. На переконання дисертанта, автору вдалося сформулювати комплекс інноваційних методів та інструментів нормативно-правового, організаційного, фінансово-економічного та мотиваційного забезпечення подальшого розвитку практики державного регулювання медичних послуг на регіональному рівні у процесі реформування ПМСД на засадах сімейної медицини.

На думку О. Басвої, регулювання процесів організації надання медичної допомоги в Україні, і в першу чергу ПМСД на засадах сімейної медицини забезпечуватиметься багаторівневою системою управління. Дослідниця пропонує на державному рівні здійснювати управління шляхом впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2010 р. Координаційній раді, до складу якої ввійдуть усі основні інституції – міністерства та відомства, представники органів місцевого самоврядування (Асоціація міст та громад України), медичні неурядові організації (Асоціація сімейної медицини) [9, с.217].

Необхідно зауважити, що на всіх трьох рівнях управління організацією надання медичної допомоги – державному, регіональному та базовому державна політика у цій сфері потребує формування нових та удосконалення існуючих механізмів регулювання.

Так, регіональна модель регулювання повинна формуватися як система зі здатністю до саморегуляції і має бути, спрямована на досягнення рівноваги між потребами і попитом, можливістю виробництва якісних медичних послуг і достатнього їх ресурсного забезпечення [107, с. 17]. На нашу думку, не тільки регіональна, але і модель регулювання організації надання медичної допомоги на базовому рівні повинна відповідати вказаним вище вимогам. Необхідно зазначити, що стратегія саморегулювання передбачає наявність делегованих

державою повноважень, що дозволяють певним фізичних чи юридичним особам встановлювати норми професійної поведінки для своїх працівників. На необхідності поєднання державного управління та інституту лікарського самоврядування у регулюванні ринку медичних послуг в Україні шляхом передачі частини державних функцій, що регулюють професійну діяльність всеукраїнському громадському медичному об'єднанню – Всеукраїнському лікарському товариству наголошує З. Надюк [110]. Цієї ж ідеї дотримується і В. Рудий, звертаючи увагу на те, що нехтування принципу забезпечення самоврядування представників медичної професії, сьогодні є однією з головних причин низької, майже нульової ролі медичної громадськості в процесі управління системою охорони здоров'я [197, с. 160].

Учасниками процесу регулювання організації надання медичної допомоги на базовому рівні є різні державні органи. Проте В. Рудий зазначає, що у процесі регулювання можуть приймати участь не тільки органи державної влади, але й недержавні установи та агенції [197, с. 19]. У деяких країнах держава передає частину своєї відповідальності регіональним чи муніципальним органам влади, в інших повноваження щодо саморегулювання делегуються різним організаціям приватного сектору (наприклад, ліцензування – медичним асоціаціям, страхування – асоціаціям фондів медичного страхування тощо).

А. Крупник, З. Гладун, Р. Харковенко наголошують на необхідності участі громадськості у процесах державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги і пропонують застосування такого інструменту, як громадський контроль. Дослідники трактують громадський контроль як інструмент громадської оцінки ступеня виконання органами влади та іншими підконтрольними об'єктами їхніх соціальних завдань і виокремлюють такі його форми [28, 223]: 1) звернення громадян; 2) громадська експертиза; 3) громадські слухання та моніторинг; 4) контрольні перевірки на об'єктах громадського контролю.

В. Рудий пропонує на прикладі центральних районних лікарень, комунальних неприбуткових підприємств Харківської та Житомирської областей,

громадський контроль за діяльністю ЗОЗ здійснювати наглядовій раді, яка є ініціативним та дорадчим органом засновника та дорадчим органом керівника лікарні [197, с. 93].

Значна кількість вітчизняних дослідників переконливо стверджують, що сьогодні потребують вирішення проблеми, пов'язані з регулюванням забезпечення системи медичного обслуговування фінансовими та іншими ресурсами, вдосконалення державного фінансування охорони здоров'я [24, 55, 184, 195, 197, 208, 226 та ін.].

Н. Солоненко наполягає на першочерговій необхідності забезпечення якомога тіснішого зв'язку між фінансуванням та доступом до якісних медичних послуг [208, с. 40].

А. Шипко наголошує, що спектр функціональних можливостей місцевих органів влади дозволяє активно розпочинати організаційні зміни в системі управління мережею закладів охорони здоров'я і пропонує одну із принципово відмінних управлінських стратегій – інтеграції, яка на думку дисертанта є найбільш продуктивною сучасним інституціональним умовам розвитку сфери охорони, і передбачає зниження обсягів фінансування медичних закладів і поліпшення доступності і якості надання медичних послуг за рахунок визначення і впровадження різних рівнів спеціалізації для ЗОЗ, що значно скорочує відстань між постачальником та отримувачем медичних послуг [234].

О. Виноградов висловлюється за запровадження стратегії розвитку керованої системи багатоканального фінансування та збільшення рівня фінансування охорони здоров'я через упровадження додаткової фінансової солідарної системи – загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, узгодженого з податковою системою. Поєднання фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетного забезпечення, обов'язкового добровільного медичного страхування та інших джерел в єдиний керований державою канал створить умови для розвитку бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я європейського взірця [24, с. 165].

Цієї думки дотримується Д. Карамішев, зазначаючи, що завдання багатоканального фінансування полягає у створенні незалежних контрольованих грошових потоків в галузь охорони здоров'я, а кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування мають бути фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги [55].

В. Рудий вважає, що стратегія контролю за витратами та ефективним розподілом ресурсів є найоптимальнішою для підвищення доступності і якості медичних послуг і пропонує: запровадження договірних відносин між платниками (в особі чинних нині розпорядників бюджетних коштів чи майбутнього фонду соціального медичного страхування) та постачальниками медичних послуг [197, с. 170], цю думку повністю розділяє автор дисертації. Одним із напрямків поліпшення забезпечення системи медичного обслуговування фінансовими ресурсами, дослідник пропонує запровадження моделі регулювання - упорядкування та спрямування (автономізації) шляхом перетворення ЗОЗ комунальної форми власності базового рівня управління з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства, за якими має бути закріплений статус неприбуткових організацій, а державної - на казенні підприємства, які мають незаперечні переваги, внаслідок більш високого рівня самостійності щодо залучення додаткових коштів шляхом укладення контрактів з новими замовниками медичних послуг [197, с. 110].

3. Лободіна наголошує на важливості забезпечення населення доступними і якісними лікарськими засобами та медичним обладнанням [84]. Слід зазначити, що фармацевтичний сектор є пріоритетним у сфері охорони здоров'я, оскільки розвиток фармацевтичної індустрії – це одне з питань національної безпеки, тому і потребує застосування відповідних інструментів державного регулювання. Такими інструментами регулювання на базовому рівні організації надання медичної допомоги є наступні: послаблення вимог до загальної площі сільських аптек з 40 м² до 30 м²; у разі відсутності аптеки у сільській місцевості роздрібна

торгівля лікарськими засобами здійснюється у приміщеннях фельдшерських пунктів та ФАПів, амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (ЗП/СМ), ЦПМСД працівниками цих закладів, які мають медичну освіту у випадках і у спосіб, передбачений чинним законодавством; вказані заклади забезпечують сільське населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, згідно з мінімальним обов'язковим асортиментом, затвердженим наказом МОЗ України [240, с. 152].

Важливою стратегією державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню є стандартизація якості медичної допомоги. У Програмі економічних реформ України на 2010 – 2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” одним із напрямів підвищення якості медичної допомоги населенню є забезпечення розробки нових та оновлення чинних медичних стандартів і уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією і дотриманням цих стандартів [158], у ЗОЗ базового рівня управління.

Необхідними складовими процесу забезпечення цієї стратегії є акредитація закладів охорони здоров'я, ліцензування господарської діяльності з медичної практики, сертифікація / атестація медичних кадрів, стандартизація медичної допомоги та організація процесу управління якістю медичної допомоги, зокрема, контролю, який передбачає застосування адміністративних методів, до яких відносяться такі інструменти, як заборона, примус, дозвіл. З. Надюк наголошує, що ліцензування, як стратегія передбачає відносно низькі стандарти, здійснюється в обов'язковому порядку, а пов'язані з ним витрати мають фінансуватися державою, і підкреслює - на відміну від ліцензування, яке є обов'язковою умовою для початку будь-якої діяльності з виробництва товарів і послуг і в обов'язковому порядку може бути отримано на етапі ініціювання підприємницької діяльності всіма виробниками медичних послуг без жодного виключення, акредитація є

принципово новим інструментом регулювання, яке покликане регламентувати конкурентне середовище і впорядкувати конкурентні відношення між постачальниками медичних послуг [107, с. 50-51]. Проте, слід зазначити, що ліцензування це інструмент, в першу чергу, досягнення безпеки для користувача через забезпечення повноцінності функціонування медичного закладу будь-якого рівня.

Отже з наведеного ми бачимо, що державне регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні – це складна система заходів, що передбачає застосування різноманітних механізмів, форм, методів, інструментів і стратегій.

Саме на цьому рівні першочергової й невідкладної уваги органів державної влади та органів місцевого самоврядування потребують розвиток та повноцінна управлінська реалізація тих функцій, які насамперед пов'язані з регулюванням проблем забезпечення доступності і якості медичної допомоги; забезпеченням доступності лікарських засобів для всіх верств населення та їх якості; розвитком інституту сімейної медицини; ефективним розподілом та використанням ресурсів галузі охорони здоров'я.

1.2 Змістовно-функціональна характеристика комплексного механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги

Метою нової Європейської політики “Здоров'я - 2020” є значне поліпшення здоров'я і підвищення рівня благополуччя населення, скорочення нерівності щодо здоров'я, зміцнення громадської охорони здоров'я і забезпечення наявності стійких систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей, які характеризуються високою якістю допомоги та дотриманням принципів загального охоплення населення, соціальної справедливості і солідарності [34]. В Україні, як і у більшості країн світу справедливість і рівність визнають основними цінностями, якими керуються органи державної влади. Проте дотримання цих цінностей є досить складним завданням. Саме тому ведеться постійний пошук

оптимальних моделей систем охорони здоров'я, які дозволяють в умовах жорстких обмежених ресурсів забезпечувати максимальне охоплення населення доступним і якісним медичним обслуговуванням.

Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я (ВАОЗ) у своїй резолюції 23.61 визначено, що для оптимального розвитку охорони здоров'я в будь-якій країні необхідно в першу чергу [209, с. 19]:

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

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

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

Беручи до уваги багатогранність державного впливу на розвиток організації надання медичної допомоги населенню, можна зазначити, що кожен період розвитку потребує перманентного вдосконалення існуючих механізмів й оцінки ефективності державного регулювання ним.

Перш ніж виділити основні недоліки та проблеми побудови сучасного механізму державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню необхідно визначитися з формулюванням основних наукових категорій.

Складність застосування у науці державного управління понять “механізм управління” та “механізм регулювання” пов’язана з тим, що вони можуть трактуватися у кількох значеннях, які виходять як з їх етимології (переклад з грецької означає *знаряддя, споруда*), так із використанням у різних науках для аналізу взаємодії певних елементів протягом здійснення складного процесу.

Так, в енциклопедії державного управління механізми державного управління у сфері охорони здоров’я трактуються як сукупність форм, методів, засобів, важелів, та інструментів, за допомогою яких реалізуються державно-управлінські та регуляторні впливи у сфері охорони здоров’я [47, с. 376]. У сфері охорони здоров’я, окрім прямого управління діє механізм регулювання, що є найважливішим інструментом ефективного управління в цій сфері і зумовлений унікальним характером охорони здоров’я, як соціального блага.

У нашому розумінні механізм державного регулювання має два напрями дії:

- організація і забезпечення функціонування самої системи державного регулювання;

- забезпечення впливу на сферу охорони здоров’я з метою створення умов щодо надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги населенню країни незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар’єрів через єдність соціальних, економічних та політичних інтересів суспільства.

Ця мета реалізується завдяки завданням, які залежно від походження створюють відповідну структуру [238, с. 174-175]:

- сприяння реалізації соціальних ідеалів у сфері охорони здоров’я (рівність, справедливість);

- зменшення проявів нерівності щодо охорони здоров’я різних соціальних груп населення;

- підвищення доступності медичних послуг для найбільш соціально уразливих та незахищених осіб;

- встановлення вимог до умов, процесу і результатів надання медичної допомоги (стандартизація, сертифікація, ліцензування, акредитація тощо);

- використання у плануванні видів і обсягів медичної допомоги;
- раціоналізація використання фінансових, кадрових, матеріальних, часових ресурсів;
- забезпечення якості, ефективності та безпеки медичної допомоги;
- прискорення впровадження новітніх медичних досягнень у практику охорони здоров'я.

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

Особливе значення в механізмі державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню відіграють принципи державного регулювання.

Принципи державного регулювання – це фундаментальні, науково обґрунтовані, а в певних випадках і законодавчо закріплені положення, відповідно до яких будується і функціонує система державного регулювання [47, с. 491].

Формуванню принципів системи державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню, як елементу сфери охорони здоров'я, передують визначення та окреслення принципів системного підходу. До основних належать:

- цілісність, яка дає змогу розглядати систему державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню як єдине ціле;
- ієрархічність і багаторівневість побудови, наявність великої кількості елементів та взаємодії керуючої та керованої підсистем, кожна з яких має свої локальні напрямки прямого і зворотнього зв'язку;
- послідовне вертикальне розташування підсистем, що складають дану систему: організація надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на рівні держави; на рівні області; на рівні району; на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села) так звана вертикальна декомпозиція, пріоритет дій

або право втручання підсистеми верхнього рівня; залежність дій підсистеми верхнього рівня від фактичного виконання нижчими рівнями своїх функцій;

- значний вплив горизонтальних зв'язків на успішну діяльність системи організації надання медичної допомоги населенню як між іншими системами, так і між підсистемами самої системи організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню;

- структуризація, за допомогою якої можна аналізувати елементи досліджуваної системи та їх взаємозв'язків у форматі конкретної організаційної структури.

Н. Фойгт стверджує, що за існуючої домовленості між політиками і суспільством про рівність усіх людей у доступі до охорони здоров'я необхідно визначати, яка система медичного та пов'язаного з ним обслуговування є оптимальною для підтримки суспільно бажаного статусу здоров'я населення [220]. Ми вважаємо, що саме система державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні відображає соціальні норми і очікування, доступні ресурси, і в сучасних умовах набуває якості політичного процесу та вимагає широкого спектра інструментів та сфер упровадження.

Т. Попченко звертає увагу, що сьогодні більшість країн світу стоять перед серйозними проблемами в галузі охорони здоров'я, які пов'язані з демографічними та епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають [184, с. 4].

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

Аналіз наукових джерел свідчить про такі принципи використання та відтворення різноманітних груп ресурсів: достатність ресурсів, оптимізація їх структури, наявність перспективи використання, багатоманітність варіантів використання тощо [10].

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

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

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

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

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

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

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

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

- принцип проблемно-цільової орієнтації регулювання, який передбачає вирішення проблем із доступом до якісних медичних послуг конкретних соціальних груп і категорій населення з урахуванням можливостей держави. Проблемно-цільова орієнтація дозволяє посилити соціальну значущість вирішення питання щодо отримання необхідної медичної допомоги, як серед населення так і представників органів влади. Проблемна орієнтація політики організації надання доступної і якісної медичної допомоги активізує участь населення по відношенню до свого здоров'я за рахунок певної синхронізації інтересів соціальних груп (прагнення людей вирішити свої проблеми) і органів державної влади та органів місцевого самоврядування (створити умови для вирішення цих проблем).

З точки зору використання ресурсів системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги необхідно виділити:

- принцип єдності галузевого і територіального управління забезпечить комплексний підхід до розподілу ресурсів системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на засадах збалансованості;

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

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

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

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

В умовах становлення ринкової економіки, спрямованої на продовження курсу підвищення рівня добробуту наших громадян перед наукою державного управління постають нові завдання, найбільш гострими з яких є підвищення соціальних стандартів для громадян, під час реалізації функцій, що покладені на державу. Так у соціальній сфері успішно реалізуються функції держави щодо створення у кожному місті, районі сучасних центрів надання адміністративних послуг, у яких протягом мінімального терміну надається гарантований перелік найбільш запитуваних громадянами та бізнесом послуг.

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

(оскільки його складають функції-структурні складові однієї з фундаментальних функцій, що покликані виконати одну з її складових операцій-завдань); третій – інструментальний, на якому відбувається практична реалізація завдань держави в державному управлінні (універсальні функції-інструменти досягнення конкретних цілей і завдань органів державної влади) [21], цю думку повністю розділяє автор дослідження.

Фундаментальною функцією системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню є збереження та поліпшення громадського здоров'я, яку держава реалізує за допомогою наступних інструментальних функцій: аналізу медико-демографічної ситуації на конкретній адміністративній території; організації системи забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню; планування на відповідній адміністративній території необхідних ресурсів, а саме: мережі закладів охорони здоров'я та транспортних комунікацій, необхідних видів медичної допомоги, фінансування, медичних кадрів; регулювання відносин у системі організації надання доступної і якісної медичної допомоги; контролю та координації за ефективним та раціональним забезпеченням населення доступною і якісною медичною допомогою тощо.

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

Розвиток сфери охорони громадського здоров'я в Україні відбувається з урахуванням положень Європейської політики в охороні здоров'я "Здоров'я - 2020", схваленої восени 2012 року і зверненої до всіх структур державного управління та всього суспільства на міжнародному, національному та місцевому рівнях [147, с. 105].

У сучасних умовах завдання зі зміцнення профілактичних служб, підвищення доступності та якості медичного обслуговування, вдосконалення

ПМСД, зміцнення кадрового забезпечення, скорочення нерівності та забезпечення справедливості в охороні здоров'я потребує створення нової керуючої та керованої систем, формування нових зв'язків і відносин адаптованих до потреб населення у наданні медичної допомоги. За традиційним розподілом функцій у системі “суб’єкт-об’єктої” взаємодії держави та системи організації надання доступної і якісної медичної допомоги держава зберігає за собою статус регулювального впливу, а система організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню – відповідно, статус об’єкта такого впливу. Такої думки дотримується і О. Рогова у розподілі функцій у системі “суб’єкт-об’єктої” взаємодії держави та системи охорони здоров'я [189].

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

Головним завданням органів державної влади та органів місцевого самоврядування в реалізації реформи системи медичного обслуговування населення на базовому рівні з однієї сторони є забезпечення ретельного регулювання та контролю за ринковими перетвореннями в системі, що сприяє розвитку координаційної та контрольної функцій, з іншої – є забезпечення рівноваги між необхідністю розвитку ринкових відносин та збереження соціальних принципів, таких як рівність, соціальна справедливість, суспільна згода, гарантії здоров'я та соціальної безпеки. Як наголошує А. Шипко, саме у цьому виявляється інтегральна функція управління [234].

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

Функціональні та організаційні зміни в системі управління мережею ЗОЗ на базовому рівні органи державної влади й органи місцевого самоврядування

можуть реалізовувати через механізми диверсифікації. Прикладом диверсифікації є рішення місцевих органів управління охороною здоров'я та праці і соціального захисту щодо створення на базі дільничної лікарні відділення з догляду за хворими на хронічні захворювання чи людьми похилого віку, щоб задовольнити нові потреби територіальної громади у паліативній допомозі [234].

Для організації доступного і якісного медичного обслуговування населення, що проживає на відповідній території органами державної влади та органами місцевого самоврядування передбачається виконання низки функцій. Це стосується діяльності багатьох суб'єктів системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню щодо прийняття ряду відповідних рішень, а саме: для ліквідації диспропорції у розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги та стаціонарної медичної допомоги запроваджено маловитратні стаціонарозамінюючі форми медичної допомоги (денні стаціонари та стаціонари вдома); для розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги в Україні створено ЦПМСД, на які покладено в першу чергу виконання функцій профілактики захворювань, надання первинної медичної допомоги, надання невідкладної медичної допомоги. Для забезпечення доступності екстреної медичної допомоги в кожній області організовано систему ЕМД та затверджено план заходів щодо її ресурсної підтримки. У межах реалізації національного проекту "Нове життя" відкриваються перинатальні центри другого та третього рівнів.

Історично планування системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню характеризується рухом від ресурсорозподільного процесу до процесу прогнозування та оцінки результатів діяльності галузі охорони здоров'я. Як зазначає Н. Фойгт такий історичний поступ відображає декілька важливих тенденцій. По-перше, зміни в політиці забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню від екстенсивного збільшення стаціонарних закладів до усвідомлення потреби в раціоналізації існуючих ресурсів з урахуванням обсягу відновленого здоров'я на одиницю інвестицій. По-друге, зміна контексту політичного простору між

домінуючими професійними інтересами та інтересами суспільства. По-третє, перехід від розуміння планування як технічної аналітичної функції до перетворення його на інтегральну складову регулювання, на підхід до регулювання в цілому [220].

Планування потреби у необхідній медичній допомозі здійснюється шляхом розробки і реалізації планових заходів та документів, якими є державні та регіональні програми розвитку медичної допомоги, з врахуванням чисельності проживаючого на адміністративній території населення, співвідношення міського до сільського населення, щільності населення, дані про захворюваність та поширеність хвороб, показники смертності, очікувані зміни у структурі захворюваності та поширеності хвороб, перелік об'єктів, які можуть стати причинами техногенних катастроф. Обов'язковою умовою для планування заходів щодо забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню є розроблення програм міжгалузевої співпраці з виконання таких завдань: ремонт доріг, забезпечення безперешкодного руху бригад ЕМД в містах.

Планування потреби у фінансових ресурсах для забезпечення доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні здійснюється на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги [184, с. 25-26]:

- на первинному рівні шляхом запровадження поєднання подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, охоплення вакцинацією, охоплення скринінговими програмами тощо);

- на вторинному рівні шляхом запровадження для стаціонарів “глобального бюджету” залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – сплати за обсяг наданих послуг;

- на третинному рівні шляхом запровадження “глобального бюджету” залежно від структури та обсягів наданої допомоги. При цьому для лікарень третинного рівня при визначенні “глобального бюджету” враховується як потреба у конкретних видах медичної допомоги, так і ресурсні можливості відповідних медичних закладів та їх фінансове забезпечення. Оскільки повне забезпечення

потреби у цих видах допомоги є нереальним для будь-якої країни, в Україні встановлюється плановість її надання, у т.ч. із визначенням черговості отримання планової високотехнологічної медичної допомоги.

Отже планування системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню в сучасних умовах політичного, соціально-економічного і гуманітарного розвитку України набуває особливого значення, головним політичним завданням якого є формування такого розподілу коштів і ресурсів, який би забезпечував як доступ кожного громадянина до високоякісного медичного обслуговування, так і найбільш сприятливий для здоров'я результат медичного втручання.

Здоров'я є найбільшою суспільною і індивідуальною цінністю, значною мірою впливає на процеси і результати соціально-економічного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки. Тому організацію надання доступної і якісної медичної допомоги населенню можна вважати однією із найважливіших внутрішніх функцій держави. Проте, як зазначає О. Поживілова, державний бюджет не може задовольнити елементарні потреби населення в охороні здоров'я, не кажучи про високоспеціалізовану допомогу, тому гарантованим має бути лише мінімальний соціальний пакет надання медичної допомоги і вибір громадянина, де і як лікуватися [129]. Науковець пропонує для раціонального використання наявних ресурсів системи організації надання доступної та якісної медичної допомоги застосування функції державного регулювання шляхом: визначення та закріплення на законодавчому рівні обсягу гарантованих державних зобов'язань щодо безоплатної медичної допомоги (державні гарантії безоплатної охорони здоров'я населення); створення умов для діяльності приватного сектору щодо надання населенню доступних і якісних медичних послуг тощо. Схоже, що таку думку поділяють і А. Шипко та Т. Попченко, які пропонують перехід від командно-адміністративної моделі управління закладами охорони здоров'я до контрактної моделі в умовах конкурентного середовища (у частині забезпечення доступності медичної допомоги – перехід до активних закупівель медичних послуг для потреб

населення на основі контрактів між державою (уповноваженими нею органами) та постачальниками вказаних послуг [184, 234].

Саме держава через органи виконавчої влади, місцеве самоврядування чи інші уповноважені нею органи (наприклад, фонди обов'язкового медичного страхування) має здійснювати функції державного регулювання організації медичного обслуговування та фінансового відшкодування вартості медичних послуг, забезпечуючи при цьому реалізацію очікувань, прав та законних інтересів всіх груп учасників системи охорони здоров'я та баланс між ними. При цьому вона має дбати також про забезпечення контролю за витратами та раціональне використання публічних фінансових ресурсів, що спрямовуються в сектор медичного обслуговування [120, с. 73]. Для реалізації цієї функції МОЗ України розроблено методичні рекомендації щодо розрахунків потреби населення у медичній допомозі, прогнозування потреби закладів охорони здоров'я у медичних кадрах та запроваджено нову систему фінансової звітності, стандарти надання медичних послуг згідно з рівнями організації надання медичної допомоги, нові методи оплати праці постачальника медичних послуг на основі механізмів кореляції між оплатою за забезпеченням якості послуг.

Важливою функцією органів державної влади є контроль за дотриманням ліцензійних умов господарської діяльності щодо виробництва та оптової і роздрібною торгівлі лікарськими засобами (забезпечення доступності та якості). Основними інструментами державного регулювання цього напрямку діяльності є здійснення перевірок щодо дотримання ліцензійних умов суб'єктами господарювання, які здійснюють оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами; запровадження до лікарської продукції, яка ввозиться на територію України вимог виробництва в умовах Належної виробничої практики (GMP). За цими правилами з 15 лютого 2013 р. на український ринок розпочато ввезення ліків, які виготовлені в таких же жорстких умовах, як і лікарські засоби, які споживають жителі інших країн – членів PIC/S і країн ЄС. У відношенні іноземних виробників визначено порядок сертифікації, що передбачає як

проведення інспектування підприємств, так і визнання результатів інспекцій регуляторних органів членів PIC/S [239, с. 175].

Отже, державне регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги в системі охорони здоров'я є процес, який поєднує такі функції державного управління: соціальну, планування, контролю, координації, інтегральну та організаційну.

Поставлену мету та цілі державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги на зазначених принципах та функціях можна реалізувати через “механізм державного регулювання”. Найбільш доцільним, на нашу думку, є визначення терміну “механізм державного регулювання” дане М. Латинінім – це “... спосіб дій суб’єкта регулювання, який ґрунтується на базових принципах і функціях, забезпечуючи за допомогою певних форм, методів і засобів ефективне функціонування системи державного регулювання для досягнення поставленої мети та розв’язання протиріч” [74] – невідповідністю фактичним потребам населення у доступній і якісній медичній допомозі та реальним можливостям сфери охорони здоров'я. Також ми погоджуємося із вченим, щодо того, що механізм державного регулювання є складовою системи державного регулювання, яка включає суб’єкти регулювання (органи державної влади та органи місцевого самоврядування), об’єкти регулювання (організація надання медичної допомоги, суб’єкти інфраструктури надання медичної допомоги, суб’єкти постачальники медичних послуг, суб’єкти споживачів медичних послуг тощо).

Аналізуючи різні наукові джерела у галузі державного управління, можна стверджувати, що залежно від засобів, які використовуються в тих чи інших механізмах державного регулювання, вони можуть бути організаційними, правовими, економічними, адміністративними, інформаційними, інституційними, морально-етичними а також комплексними відповідно до основних сфер діяльності.

У сучасній науці існують різні підходи до бачення структури механізмів державного регулювання, проте, більшість учених і практиків зазначають, що ці

механізми повинні мати комплексний характер, зокрема, О. Батанов розглядає *механізм держави* – це комплексна системна категорія, яка характеризується єдністю організаційних, нормативно-регулятивних, матеріально-технічних, бюджетно-фінансових, ідеологічних та соціально-культурних способів і засобів матеріалізації публічної влади, ... завдяки яким держава здійснює покладені на неї завдання і функції [131, с. 338-339].

Оскільки фактори державного регулювання організації надання доступної та якісної медичної допомоги населенню можуть мати організаційну, правову, економічну, інформаційну природу, то для розв'язання завдань нашого дослідження застосуємо комплексний механізм державного регулювання.

Наукове обґрунтування комплексного механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги вимагає обґрунтування та опису важливих його складових – функціональних механізмів, кожний з яких має свою природу та централізовано регулюється в рамках комплексного механізму.

Розгляд питання про склад та структуру механізмів, які входять до складу комплексного механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги є дуже важливим. У науковців немає одностайної думки, який з них є основним чи найважливішим, який механізм є підмеханізмом іншого, а який необхідно вважати окремим механізмом. Враховуючи складність і взаємозалежність компонентів комплексного механізму існують труднощі щодо виділення окремих механізмів, які були б лише правовими, економічними, адміністративними чи організаційними. Хоча у сучасній науці останній механізм може виділятися окремо, або як організаційно-правовий, організаційно-економічний. Ми ж вважаємо, що без організаційного елемента жодний з механізмів державного регулювання не може функціонувати як окремо так і в комплексі, тож конкретизуємо ці складові.

Правова складова (правовий механізм) формується з врахуванням того, що на створення та розвиток нормативно-правової бази реалізації державної політики щодо організації надання населенню доступної і якісної медичної допомоги, безумовно, впливають різноманітні чинники, до яких відносять: особливості

вихідного правового поля; розвиток політичної системи України; особливості стану соціально-економічних умов країни; розширення міжнародної співпраці та прагнення України до Європейської інтеграції тощо. Основними властивостями правового механізму є його зв'язок з конкретною ціллю та системна природа, що передбачає не автоматичне об'єднання нормативно-правових актів стосовно обраної сфери регулювання (у даному випадку – організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню), а їх організовану і взаємопов'язану сукупність, спроможну забезпечити досягнення поставленої мети шляхом законної реалізації суб'єктами наявних інтересів.

Під *організаційним* механізмом Н. Нижник та О. Машков розуміють сукупність різних за своєю природою конкретних організаційних елементів у механізмі, що повинні організовувати регулювання, управління в інтересах державної влади, ефективну діяльність державно-управлінської системи [114, с. 39]. Отже організаційна складова механізму являє собою сукупність правил і процедур щодо регулювання проектування функціональної структури управління системою державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги та регламентації взаємодії її учасників, упорядкування їх повноважень, розмежування та уникнення дублювання їх функцій, процесів організації державного та громадського контролю, процесів забезпечення матеріальними і технічними ресурсами.

Щодо *економічної* складової то найбільш точно характеризує сутність економічного механізму державного регулювання визначення, яке міститься в енциклопедичному словнику з державного управління – це сукупність економічних методів, інструментів та стимулів, за допомогою яких держава регулює економічні процеси та забезпечує реалізацію соціально-економічних функцій [47, с. 376], найважливішою з яких є охорона громадського здоров'я. Розроблення економічних механізмів вимагає детального аналізу соціально-економічної ситуації, знання економічних законів, макроекономіки тощо. Правильно сформовані та науково обгрунтовані економічні механізми державного

регулювання організації надання медичної допомоги населенню є запорукою результативності державної політики у сфері охорони громадського здоров'я.

Завдання, які має розв'язувати інформаційна складова пов'язані із становленням системи інформаційно-аналітичного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню. Вона має бути рушійним елементом науко-технічного прогресу у сфері охорони здоров'я і направлена на донесення до учасників державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню нових знань та актуальної інформації, зокрема про перелік всіх державних стандартів медичної допомоги та стандартів у сфері надання соціальних послуг, які можна отримати у медичних закладах на кожному рівні надання медичної допомоги; перелік закладів охорони здоров'я на адміністративній території; необхідних консультативних послуг з питання організації надання медичної допомоги а також про досягнення науки, техніки та запровадження новітніх медичних діагностичних та лікувальних технологій, організацій та установ, здійснення практичної взаємодії МОЗ України та всіх відомчих медичних підрозділів щодо вирішення питань організації надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях, координація роботи організацій та установ іншої сфери підпорядкування, діяльність яких направлена на максимальне забезпечення населення своєчасною необхідною медичною допомогою.

Підсумовуючи зазначимо, що *комплексний механізм державного регулювання надання населенню медичної допомоги доцільно розглядати як інтегральний результат взаємодії функціональних механізмів (правових, організаційних, економічних, інформаційних тощо) державного регулювання, який ґрунтується на базових принципах забезпечуючи досягнення поставленої мети та оптимальних умов організації надання доступної і якісної медичної допомоги, за допомогою певних методів та інструментів. Це система, яка характеризується єдністю організаційних, нормативно-регулятивних, матеріально-технічних, бюджетно-фінансових, ідеологічних та соціально-культурних способів і засобів*

матеріалізації державної влади, завдяки яким держава здійснює покладені на неї завдання і функції.

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

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

1.3 Законодавчий супровід реформи медичного обслуговування в Україні

Здоров'я та благополуччя є інтегральними показниками успішного розвитку держави, ефективного функціонування усіх її інститутів. Гармонізація нормативно-правової бази щодо організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню є ключовим чинником і пріоритетним напрямком діяльності сфери охорони здоров'я, що відповідає суспільним викликам сьогодення та загальним гуманітарно-правовим засадам.

Як стверджують О. Ціборовський, С. Істомін, В. Сорока, у правовій державі регламентація суспільних відносин у сфері організації надання медичної допомоги населенню має здійснюватися на основі законів – нормативних актів, прийнятих вищим органом державної влади в порядку, який установлений

Конституцією України. Підзаконні акти (укази, декрети, постанови і розпорядження уряду, накази міністерств та відомств, інструкції, програми тощо) мають підпорядковане законам значення, оскільки визначають лише форми і методи їх виконання [225, с. 4].

Аналіз чинного законодавства доводить, що сучасна нормативно-правова база охорони здоров'я в цілому та організації надання доступної і якісної медичної допомоги формується відповідно до принципів державної політики охорони здоров'я, визначених Конституцією України, Законом України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" та іншими прийнятими відповідно до них актами законодавства, які регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Підходи до формування державної політики України у сфері охорони здоров'я щодо організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню досить детально визначені у Конституції України. По-перше слід відмітити, що згідно зі статтею 3 Конституції України "людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави" [63]. Статтею 49 Конституції України визначено "державна створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності здоров'я" [63].

Як свідчить зазначене, стаття 49 Конституції України відтворює відповідні загальносвітові засади, які закріплено у статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права: "держави, які беруть участь у цьому пакті, визначають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я і для гарантування цього права повинні здійснювати

заходи створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби” [103].

Таким чином, держава зобов’язана забезпечити і створити рівні можливості щодо надання доступної і якісної медичної допомоги для усіх громадян незалежно від рівня матеріального добробуту, приналежності до певного соціального прошарку, професії тощо.

Проте, функціонуюча система викликає справедливі нарікання як з боку населення, так і з боку медичного персоналу, дотепер вона нездатна належним чином задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість і своєчасність надання послуг з охорони здоров’я.

Необхідність реформи медичного обслуговування підкреслюється і неможливістю забезпечити належне державне фінансування галузі, і запровадити ефективні схеми для повноцінної конкуренції на ринку медичних послуг.

Тому сфера охорони здоров’я взагалі і процеси забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню потребують регулювання. Завдання державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню мають два аспекти. Перший (політичний) – полягає в досягненні таких політичних та економічних цілей, як [225, с. 29-30]: справедливості та рівноправності (тобто забезпечення рівного доступу, відповідно до індивідуальних потреб кожного); соціальної солідарності (забезпечення охорони здоров’я через посередництво національної служби охорони здоров’я або створення системи соціального медичного страхування); економічності (забезпечення стримування сукупних витрат на охорону здоров’я у фінансовообґрунтованих межах); створення здорових умов оточення та ін.

Другий (управлінський) стосується механізмів державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню [225, с. 29-30]: державне регулювання якості та ефективності (оцінка економічності клінічних втручань, тобто співвідношення вартості та ефективності послуг; акредитація постачальників послуг); державне регулювання доступу хворих до послуг;

державне регулювання поведінки постачальників; державне регулювання поведінки платників; державне регулювання ринку медикаментів та ін.

Саме Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.1992 р. за № 2801-ХІІ з наступними доповненнями та змінами регулює суспільні відносини у цій сфері та визначає правові, організаційні, економічні, соціальні засади охорони здоров’я в Україні. Стаття 4 Закону розглядає забезпечення доступної і якісної медичної допомоги як принцип функціонуючої в країні системи охорони здоров’я - “рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров’я; дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров’я та забезпечення пов’язаних з ними державних гарантій” [118].

Статтею 7 Закону передбачено реалізація прав громадян на охорону здоров’я шляхом надання гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України (КМУ).

Функціонування системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню, особливо її фінансової складової на сучасному етапі зустрічає численні труднощі. Так статтею 18 Закону визначено, що “кошти Державного бюджету, бюджету Автономної Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, асигновані на охорону здоров’я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги” [118]. Однак, в статті Конституції України 95 встановлено “виключно законом про Державний бюджет визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків...” [63]. Отже постійне і зрозуміле зростання вартості медичного обслуговування робить проблематичним в Україні забезпечення доступності безоплатної кваліфікованої медичної допомоги.

Для організації надання певних видів медичної допомоги Міністерством охорони здоров’я України, або за його участі розроблено та прийнято Верховною Радою України ряд Законів: “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” [214], “Про лікарські

засоби” [214], “Про донорство крові та її компонентів” [214], “Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів” [214], “Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини” [214] та ряд інших.

Важливим етапом удосконалення нормативно-правового регулювання реформи медичного обслуговування було затвердження Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, спрямованої на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я [64, с. 211]. Стратегічними напрямками розбудови сфери охорони здоров'я Концепцією визначено [64, с. 212]: 1) розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини; 2) запровадження ефективної системи багатоканального фінансування; 3) формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах; 4) ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів; 5) розвиток медичної і фармацевтичної промисловості, виробництва лікарських засобів і виробів медичного призначення, здешевлення вартості та ін. Аналіз цього документу свідчить, що невідкладного розвитку потребують такі функції українського законодавства, як врегулювання проблем забезпечення системи медичної допомоги фінансовими ресурсами, раціонального і прозорого їх розподілу та використання в рамках цієї системи і закріплення соціального характеру фінансування охорони здоров'я.

Основними програмними документами, що визначають і спрямовують розбудовчі процеси в системі охорони здоров'я, стали Послання Президента України до Верховної Ради “Україна: поступ ХХІ століття. Стратегія економічного і соціального розвитку на 2000-2004 рр.”, Програма дій Уряду “Реформи заради добробуту”, Указ Президента “Про додаткові заходи щодо

поліпшення медичної допомоги населенню України”, яким 2001 рік проголошено Роком охорони здоров'я населення України [238, с. 19].

Постанова КМУ від 20.06.2000 р. № 989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” стала юридичним інструментом, за допомогою якого розширено експеримент з реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини на теренах України. З цього періоду розпочато активно реорганізацію СЛА і відділень у дільничних та міських лікарнях в амбулаторії ЗП/СМ [76, с. 23].

Прийняття законів у сфері охорони здоров'я та участь державної влади у законодавчому регулюванні доступності і якості медичного обслуговування зумовлені бажанням забезпечити стабілізацію та корекцію розподілу владних повноважень (підтримки незахищених верств населення, скасування монополії на надання допомоги); необхідністю забезпечити гарантії рівного доступу всіх членів суспільства до медичних послуг. Одним із механізмів поліпшення доступності якісної медичної допомоги населенню є створення державою гарантованого рівня медичної допомоги. На необхідності запровадження державних гарантій безоплатної охорони здоров'я населення звернено увагу в низці нормативно-правових актів України [64, 118, 139, 214].

Статею 8 Закону України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” від 05.10.2000 р. № 2017-III визначені такі гарантії держави щодо доступності якісної медичної допомоги населенню [214]:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою;
- нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних ЗОЗ.

Ще одним важливим інструментом що відображає державні гарантії забезпечення доступності якісної медичної допомоги (з урахуванням медичної,

соціальної та економічної доцільності) і за допомогою якого можлива реалізація соціальних прав громадян у сфері охорони здоров'я є науковообґрунтовані державні гарантії безоплатної охорони здоров'я населення. Постановою КМУ від 11.07.2002 р. № 955 “Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги” встановлені гарантовані державою безоплатні медичні послуги [48, с. 203].

У затвердженій постановою КМУ 10.01.2002 р. № 14 “Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” на 2002 – 2011 роки” поряд з визначеними невідкладними заходами щодо реформування охорони здоров'я, спрямованими на “забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя” вперше окреслено основні напрямки міжгалузевої співпраці з питань охорони громадського здоров'я [139].

У 2004 році набирають чинності Цивільний та Господарський кодекси України. Положення цих законів дають новий імпульс щодо реформування фінансування та управління сфери медичного обслуговування. Зокрема, Цивільним кодексом визначено, що договір про надання медичних послуг віднесено до категорії публічних договорів [214]; Господарський кодекс передбачає таку форму діяльності закладів охорони здоров'я, як державне або комунальне некомерційне підприємство, у якому на послуги соціального характеру, до яких також належать медичні послуги, встановлюються державні або регульовані ціни [214].

Таким чином можна констатувати, що в Україні у цей період, з метою запровадження реформи медичного обслуговування розпочато створення правових засад щодо формування ринку медичних послуг.

Прийняття 06.12.2006 р. Указу Президента України № 1695/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” передбачає активізацію усіх рівнів державної влади у вирішенні проблем охорони здоров'я, зокрема, розвиток сімейної медицини в Україні, створення єдиної

системи надання ЕМД [214]. Основою для таких дій є внесення змін та доповнень до нормативно-правових актів, за якими ініціюється можливість подальшого ефективного реформування системи охорони здоров'я у період 2006–2010 рр. На виконання цього Указу Президента України МОЗ розробило деталізовану “дорожню карту” – Національний План дій [238, с. 18], яким передбачено конкретні адресні заходи та терміни їх виконання зацікавленими міністерствами, обласними, міськими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування щодо підвищення якості і доступності медичного обслуговування населення; впровадження обґрунтованих державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги; ефективної та прозорої моделі фінансування галузі; розробку та впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я стандартів медичної допомоги, раціоналізації використання ресурсів, удосконалення системи управління галуззю, оптимізації мережі державних, комунальних і відомчих закладів охорони здоров'я та ін.

Для реалізації цих заходів МОЗ України розробило наступні законопроекти: 1) “Про медичне обслуговування населення та медичні заклади”; 2) “Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я”; 3) “Про державне загальнообов'язкове соціальне медичне страхування”, які до теперішнього часу не прийняті Верховною Радою України [238, с. 21].

Протягом 2006 - 2010 рр. пріоритетними напрямками реформування сфери охорони здоров'я залишаються розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини, підвищення доступності і якості медичної допомоги. Так постановою КМУ від 13.06.2007 р. № 815 затверджено Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, яким визначено основні стратегічні напрями реформи медичного обслуговування.

Необхідним кроком у розвитку реформи ПМСД на засадах сімейної медицини стало прийняття Закону України від 22.01.2010 р. № 1841 “Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року” [238, с. 12].

Прийняття постанови КМУ від 17.02.2010 р. № 208 “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров’я” спрямовано на підготовку нормативно-правової бази, зміцнення фінансово-матеріальних, кадрових ресурсів, удосконалення фармацевтичної політики, впровадження стандартизації – як основ реалізації процесу реформування. Результатом роботи з підготовки нормативно-правового підґрунтя, запровадження згідно з запланованими заходами, поетапних кроків з реформування галузі та оцінка їх ефективності на моделі пілотних випробувань має стати Державна програма реформування системи охорони здоров’я [240, с. 12].

Проте, перелічені нормативно-правові акти часто мали декларативний характер, програми розраховані були лише на певний час, не фінансувалися належним чином, а відтак і не досягли основної мети – забезпечення громадян України доступною і якісною медичною допомогою. На цьому наголошують О. Ціборовський, С. Істомін, В. Сорока “не досягнуто рівноправності громадян і загальнодоступності медичної допомоги, не забезпечено матеріально-технічної та фінансової забезпеченості галузі охорони здоров’я, не здійснено децентралізації державного управління, не реалізовано рівноправності медичних закладів різних форм власності, розвитку самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров’я, конкуренції між ними” [225, с. 42-43].

Тому наступним кроком удосконалення державного регулювання організації надання медичної допомоги в Україні стало впровадження Програми економічних реформ на 2010 – 2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” [158], якою розпочато системну реформу медичного обслуговування населення.

Як зазначає Т. Попченко, аналіз поточних заходів уряду України, МОЗ України щодо реформування вітчизняної системи охорони здоров’я свідчить про позитивні зміни. Законодавчим підґрунтям реформ стало прийняття таких законодавчих та нормативних актів [184, с. 15]:

- нової редакції Бюджетного кодексу України, в якому враховані питання стосовно оптимізації медичних закладів, а саме – внесені зміни у ст. 88 та 89

Бюджетного кодексу України, згідно з якими фінансування дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим (АРК) та обласного значення;

- Закону України “Про державно-приватне партнерство” № 2404–17 від 01.07.2010 р., який створює рамкові умови для зменшення потреби у державних коштах для надання медичної допомоги. Так, надання приватному партнеру частини фінансових зобов’язань (будівництво та реконструкція, медичне обладнання, інформаційні технології, кваліфікований персонал) дасть можливість, в значній мірі зменшити фінансовий тягар з боку держави, що забезпечить підвищення доступності якісної медичної допомоги з одночасним зменшенням бюджетних витрат на її надання та більш раціональне та ефективне використання державних ресурсів;

- Закону України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві” № 3612-VI від 07.07.2011 р., який законодавчо закріплює можливість відпрацювання нової структурно-організаційної та фінансово-економічної реорганізації мережі закладів охорони здоров’я у пілотних регіонах з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу закладів охорони здоров’я, їх профілю та структури медичних послуг) та диференціації закладів охорони здоров’я, що надають вторинну медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання. Тобто на прикладі пілотних регіонів на законодавчому рівні відпрацьовується питання організації надання доступної та якісної медичної допомоги населенню.

Для вдосконалення законодавчої бази у сфері охорони здоров’я, враховуючи зміни в соціально-економічних відносинах, створення системи організації надання доступної та якісної медичної допомоги населенню з урахуванням набутого досвіду роботи закладів охорони здоров’я в ринкових умовах прийнято Закон України “Про внесення змін до Основ законодавства

України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги ” № 3611-VI від 07.07.2011 р. [145].

Ключовим напрямом модернізації організації надання медичної допомоги стало прийняття у 2012 році Закону України “Про екстрену медичну допомогу” [159], який містить основні інструменти державного регулювання надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

У пілотних регіонах реалізація медичної реформи спрямована на формування мережі закладів ПМСД, раціоналізацію та подальший розвиток вторинної медичної допомоги та ЕМД, покращення ефективності державного фінансування, підвищення якості і доступності медичних послуг, поліпшення кадрового потенціалу для надання медичної допомоги, організацію та проведення моніторингу ходу реформування.

Необхідним інструментом для надання гнучкості у використанні фінансових ресурсів при переході від фінансування за кошторисами до фінансування за скороченою економічною класифікацією видатків бюджету, стало прийняття постанови КМУ від 08.02.2012 р. № 86 “Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ”, що дозволило фінансувати ЗОЗ, які надавали ПМСД у пілотних регіонах за двома кодами економічної класифікації видатків: КЕКВ 1172 “Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку” та КЕКВ 2410 “Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)” [240, с. 238].

Затвердження розпорядженням КМУ від 18.09.2013 р. № 776-р. Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я [240, с. 239] створює нормативне підґрунтя для розробки моделі фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я, що забезпечить перехід від утримання державних та комунальних ЗОЗ до оплати наданих ними послуг за договорами про медичне обслуговування населення.

Запроваджено рішенням уряду з 01.01.2014 р. (постанова КМУ від 19.06.2013 р. № 465 “Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ” [240, с. 239]) порядок фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у: 1) ЗОЗ пілотних регіонів, які надають вторинну медичну допомогу та ЕМД; 2) ЗОЗ, які надають ПМСД на всій території України.

Вперше з прийняттям Постанови КМУ від 11.05.2011 р. № 524 “Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери” [184, с. 19] з 01.07. 2011 р. в бюджетній сфері застосовано нову систему оплати праці медичних працівників ПМСД з урахуванням обсягів і якості медичної допомоги для поліпшення професії лікарів, що надають первинну медико-санітарну допомогу.

Проте, як зазначає Т. Попченко підвищення престижності вказаних спеціальностей так і не досягнуто – ця ланка залишається найменш укомплектованою (не лише в регіонах та на селі, але й у Києві) [184, с. 19].

В рамках реалізації масштабної структурної реорганізації системи медичного обслуговування особливо актуальним є питання якості медичної допомоги, складовими процесу забезпечення якої є відповідна нормативно-правова база.

Сьогодні в Україні діє Закон України “Про стандартизацію” [214], прийнятий 17.05.2001 р., який встановлює правові та організаційні засади стандартизації в Україні і спрямований на забезпечення єдиної політики у даній сфері. Регулюючи відносини, пов’язані зі стандартизацією, він поширюється на суб’єкти господарювання незалежно від форм власності та видів діяльності, органи державної влади, а також на відповідні громадські організації. Проте цей Закон не поширюється на сферу охорони здоров’я в цілому та стандарти медичного обслуговування, зокрема.

Основними важелями забезпечення якості надання медичної послуги в Україні є ліцензування та акредитація, що регулюються низкою нормативно-правових актів, найважливіші з яких [240, с. 387-392]: постанова КМУ від

15.07.1997 р. № 765 “Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров’я” із внесеними змінами 17.12.2012 р. № 1216; Національний план розвитку охорони здоров’я на період до 2010 р., затвердженому постановою КМУ від 13.06.2007 р. № 815; постанова КМУ від 09.08.2001 р. № 960 “Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров’я населення України”; наказів МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 “Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров’я в Україні на період до 2020 року”, від 19.09.2011 р. № 597 “Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року”., від 06.08.2013 р. № 693 “Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги”.

Отже, в цілому задекларовані в чинному законодавстві України принципи правового регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню в основному відповідають нормам міжнародного права та європейським рекомендаціям.

Проте, в “Щорічній доповіді про стан здоров’я, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2013 рік” акцентовано увагу, що сьогодні потребують удосконалення нормативно-правового забезпечення такі питання [240, с.175]:

- формування правових, організаційних, економічних і соціальних засад охорони здоров’я з урахуванням сучасних тенденцій розвитку суспільно-політичного життя та пріоритетних напрямів реформування галузі;
- забезпечення солідарної участі держави, роботодавців і територіальних громад у фінансуванні медичної допомоги;
- урегулювання на законодавчому рівні умов і порядку надання платних медичних послуг у державних і комунальних ЗОЗ;
- впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів галузі;

- підвищення престижності праці медиків, рівня заробітної плати в охороні здоров'я, встановлення медичним працівникам надбавок за вислугу років, сумлінну працю, виплати матеріальної допомоги на оздоровлення;

- забезпечення оптимізації та децентралізації системи управління в охороні здоров'я, автономізації медичних закладів;

- впровадження дієвої системи управління якістю та контролю ефективності медичної допомоги з урахуванням міжнародного досвіду;

- стимулювання пріоритетного розвитку ПМСД і стаціонарозамінних технологій;

- впровадження прогресивних форм господарювання ЗОЗ і ринкових відносин у медичній галузі.

З метою належного нормативно-правового врегулювання зазначених вище питань за участю представників органів державної влади, організацій роботодавців, профспілок, наукових установ і громадських об'єднань у червні 2014 р. розроблено проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. Проектом Концепції передбачено зміну системи управління сферою охорони здоров'я шляхом [172]:

- функціональної реструктуризації центрального (МОЗ України) та регіональних органів управління охороною здоров'я;

- створення системи професійного самоврядування, саморегульованих організацій надавачів медичної допомоги з поступовою, по мірі готовності, передачею регуляторних та управлінських функцій до структур громадянського суспільства;

- розбудова системи громадського нагляду за діяльністю ЗОЗ (громадські, опікунські і наглядові ради);

- модернізації системи моніторингу діяльності і розвитку сфери охорони здоров'я на основі євроадаптації системи індикаторів із застосуванням сучасних інформаційних технологій.

Наступним етапом має бути розробка плану дій з реалізації Концепції, яка включатиме доопрацювання та подання на розгляд Верховної Ради України

законопроектів “Про лікарське самоврядування”, “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування”, “Про заклади охорони здоров’я та медичне обслуговування”, а також розробка та затвердження КМУ, центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування низки підзаконних нормативно-правових актів, спрямованих на реалізацію положень, визначених Законами України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги” та “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві”.

В цілому сутність законодавчого забезпечення зводиться до того, що нормативно-правова база повинна в повному обсязі забезпечити ефективну реалізацію медичної реформи в Україні на всіх рівнях: державному, регіональному, базовому та адаптувати вітчизняне законодавство до правової системи європейського співтовариства.

Висновки до першого розділу

1. Встановлено, що система державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню в Україні потребує кардинальної модернізації в напрямку її вдосконалення, що сприятиме ефективному розподілу та використанню ресурсів галузі, оптимізації її організаційної структури та стратегічному плануванню діяльності.

2. Доведено, що стратегічними напрямками розвитку системи державного регулювання організації надання медичної допомоги є: розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; запровадження системи багатоканального фінансування охорони здоров’я; стандартизація якості медичної допомоги, складовими процесу забезпечення якої є акредитація закладів охорони здоров’я, ліцензування господарської діяльності з медичної практики, сертифікація / атестація медичних кадрів, стандартизація медичної допомоги та

організація процесу управління якості медичної допомоги, зокрема, контролю; розвиток інституту громадського контролю; забезпечення доступності лікарських засобів для всіх верств населення та їх якості; забезпечення доступності медичної допомоги на рівні сільських адміністративних районів та міст; ефективний розподіл та використання ресурсів галузі.

3. Обґрунтовано, що функціональні можливості місцевих органів влади дозволяють активно розпочинати організаційні зміни в системі управління мережею закладів охорони здоров'я на базовому рівні. Найбільш продуктивною сучасним інституціональним умовам розвитку системи охорони здоров'я є управлінська стратегія інтеграції. Інтеграція в системі державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню передбачає мінімізацію обсягів фінансування медичних закладів і поліпшення якості надання медичних послуг за рахунок визначення і впровадження різних рівнів спеціалізації для закладів охорони здоров'я (первинний, вторинний, третинний), що значно скорочує відстань між постачальником та отримувачем медичних послуг.

4. Органи державної влади та органи місцевого самоврядування реалізують функції з організації надання доступної і якісної медичної допомоги через механізми державного регулювання різної природи: організаційний, правовий, економічний, інформаційний тощо. Для системного вирішення проблем надання медичної допомоги на базовому рівні, враховуючи складність взаємозв'язків між усіма суб'єктами, обґрунтована доцільність застосування комплексного механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги, як інтегрального результату взаємодії функціональних механізмів. Комплексний механізм державного регулювання надання населенню медичної допомоги – це система, яка характеризується єдністю організаційних, нормативно-регулятивних, матеріально-технічних, бюджетно-фінансових, ідеологічних та соціально-культурних способів і засобів матеріалізації державної влади, завдяки яким держава здійснює покладені на неї завдання і функції.

5. Законодавча база досліджуваного періоду (2000 – 2014 роки) репрезентована цілим комплексом нормативних актів (закони, укази, постанови, розпорядження), які відтворюють етапи становлення державної політики у сфері охорони здоров'я. Значний масив документів досить часто носить декларативний характер, особливо це стосується заходів, пов'язаних з організацією надання медичної допомоги громадянам, оскільки останні не спроможні повною мірою реалізувати свої конституційні права на ефективне і доступне медичне обслуговування. Залишається невизначеним на законодавчому рівні цілий комплекс таких питань з організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню, як: стимулювання пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги та стаціонарозамінних технологій; забезпечення солідарної участі держави, роботодавців і територіальних громад у фінансуванні медичної допомоги; урегулювання на законодавчому рівні умов і порядку надання платних медичних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я; впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів галузі; сприяння розвитку професійного лікарського самоврядування.

РОЗДІЛ 2

МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОСТУПНОЇ І ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА БАЗОВОМУ РІВНІ: ВІТЧИЗНЯНА ПРАКТИКА ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

В умовах нових викликів для громадського здоров'я, глобальної економічної кризи та обмеженості ресурсів у сфері охорони здоров'я, удосконалення державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню набуває особливої актуальності. Останнім часом розроблено значну кількість нормативно-правових актів та опубліковано наукові праці щодо поліпшення доступності якісної медичної допомоги населенню. Разом з тим, в Україні ще недостатньо досліджені питання комплексного підходу до державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню. Важливим напрямком у полі наукових розвідок також є аналіз світового досвіду державного регулювання доступності якісної медичної допомоги всім верствам населення та його адаптації до вітчизняних умов. Для України забезпечення доступності якісної медичної допомоги може стати одним із важливих критеріїв, від якого залежить її входження в когорту розвинених країн.

Незважаючи на вищевикладене, дослідженню причин низького рівня ефективності механізмів державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні приділяється недостатньо уваги. На нашу думку, така позиція є невірною і тому, в-першу чергу, слід зрозуміти причини недосконалості організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні, об'єктивні передумови такого стану речей, та вирішити наступні завдання дисертаційного дослідження:

- дослідити інституційні засади розвитку організаційної підсистеми механізму державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню й здійснити аналіз стану ресурсного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню на базовому рівні, що

дозволить окреслити причинне поле проблем у даній сфері для підтвердження необхідності вдосконалення діючих механізмів державного регулювання надання населенню медичної допомоги на базовому рівні за визначеними пріоритетними напрямками та організаційними формами;

- проаналізувати зарубіжний досвід державного регулювання організації надання населенню доступної і якісної медичної допомоги та обґрунтувати доцільність імплементації його елементів у вітчизняну систему державного регулювання.

2.1 Інституційний механізм державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню

Для України, яка сьогодні перебуває в стадії реформування всієї системи державного управління на засадах визнаного світовою практикою принципу субсидіарності, значно ускладнюється процес реалізації змін у системі медичного обслуговування населення, ефективне управління якою є важливим внеском у досягнення належних стандартів життя населення і обороноздатність держави. Останні два десятиліття ХХ сторіччя виявилися для системи охорони здоров'я України надзвичайно складними і суперечливими з погляду ефективності заходів державного управління. Політичні перетворення спричинили суттєві зміни в соціальному, економічному і культурному житті країни. Проте реформи, які проводилися в медико-соціальній сфері, часто не досягали очікуваних результатів, а іноді, навіть погіршували функціонування інститутів, що реформувалися. Це відповідно негативно вплинуло на стан громадського здоров'я.

Серед причин погіршення медико-демографічних показників – відсутність чітко організованого та ефективно функціонуючого механізму державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню. Відповідно, головним завданням сьогодення постає модернізація інституційного механізму державного регулювання організації надання доступної і якісної

медичної допомоги населенню, оскільки він виступає цементуючим та формоутворюючим базисом для становлення правової, соціальної держави.

Фінансово-економічна криза суттєво загострила проблеми, пов'язані з наданням населенню України медичної допомоги, із забезпеченням її належної доступності і якості [184, с. 3-4]. Зростання цін на ліки, продукти харчування, енергоносії призвело до загального підвищення витрат на утримання мережі медичних закладів та збільшення собівартості надання всіх медичних послуг, що значно знизило доступність якісної медичної допомоги населенню, особливо вразливим верствам.

Декларативність безкоштовної медицини, неможливість забезпечити в існуючих умовах належне державне фінансування галузі, запровадити ефективні механізми для повноцінної конкуренції на ринку медичних послуг характеризує низьку ефективність державного регулювання організації надання медичної допомоги.

Неефективність державного регулювання забезпечення надання доступної і якісної медичної допомоги населенню обумовлюється слабкістю державних інституцій, недотримання законів як власне державним апаратом, так і суспільством; неефективною організацією державної служби; відсутністю механізмів розробки державної політики, механізмів співпраці держави та суспільства, низькою якістю надання державних послуг тощо.

За визначенням американського дослідника Ч. Ліндблома, управління – це механізм з вищими “бюрократами” вгорі, простими громадянами “внизу” та рештою ланок, які субординовані відповідно до їх проміжних рангів. Цей великий за обсягом і складний механізм є багаторівневою системою функціональних фаз і рангових ланок, що перебувають у відносинах координації й субординації [70].

Під *інституційним механізмом* зазвичай розуміється сукупність взаємозв'язків між формальними та неформальними інститутами, а також організаціями, які сприяють реалізації принципів демократичного (доброго, належного) врядування забезпечують узгодження та коригування інтересів різних

суспільних груп, координацію сумісної діяльності на шляху досягнення задекларованих цілей розвитку регіону (держави) [142].

З точки зору теорії інституціоналізму, інститути – “це правила гри в суспільстві або, точніше придумані людьми обмеження, які спрямовують людську взаємодію у певне річище, ... визначають та обмежують сукупність варіантів вибору для індивідів” [115, с. 11-12]. Концептуально слід чітко відрізнити інститути (правила) від інституційних одиниць (організацій). Мета правил (інститутів) – забезпечити умови діяльності, мета інституційних одиниць – за допомогою майстерності та стратегії, чесними і нечесними способами досягти перемоги.

Зазвичай, інститути поділяють на три взаємопов’язані категорії: загальний законодавчий порядок і його складові; створені суспільством організації, які об’єднують осіб навколо єдиної мети (партії, профспілки, церкви); інституційно визначені суспільні механізми (професійні лікарські асоціації та асоціації хворих, наприклад, на цукровий діабет тощо).

У нашому дослідженні такою сукупністю зв’язків є відносини між органами державної влади й органами місцевого самоврядування та установами, підприємствами, організаціями, діяльність яких пов’язана з процесом організації надання населенню доступної і якісної медичної допомоги. Основним Законом регламентовано, що народ здійснює свою владу як безпосередньо, так і через органи державної влади та органи місцевого самоврядування [63], які за своєю суттю – органи влади народу але водночас – це різні форми здійснення цієї влади.

Інституційний механізм державного регулювання включає в себе систему органів та установ, які виконують функції державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню.

У цій системі необхідно виділити:

- Верховну раду України;
- Президента України та низку органів координаційного і дорадчого характеру, які мають за мету сприяння Президентові в здійсненні ним своїх функцій;

- Кабінет Міністрів України як вищий рівень виконавчої влади в державі;
- Центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України);
- Міністерство інфраструктури України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України;
- Центральні органи виконавчої влади, діяльність яких спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через відповідних членів КМУ, а саме через Міністра охорони здоров'я України – Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Державна служба України з лікарських засобів, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; через Міністра інфраструктури України – Державне агентство автомобільних доріг України;
- місцеві державні адміністрації територіальні структури міністерств та інших органів державної виконавчої влади, а також органи місцевого самоврядування як базовий, регіональний рівень.

Необхідно зазначити, що виділяють органи державної влади та органи місцевого самоврядування загальної компетенції, які здійснюють опосередкований вплив на процеси забезпечення медичною допомогою населення і не мають прямого відношення до сфери охорони здоров'я (обласні та районні державні адміністрації, міська державна адміністрація в містах Києві та Севастополі; обласні, міські, районні, сільські, селищні ради) та спеціальної компетенції, які здійснюють безпосередній владний вплив на процеси забезпечення медичною допомогою населення та мають пряме відношення до сфери охорони здоров'я (МОЗ України, МОЗ при Раді міністрів Автономної Республіки Крим (далі – АРК), департаменти (управління) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, управління охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад [48, с. 469].

Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади.

У системі влади Президент України посідає особливе місце, якому присвячено розділ V Конституції України 1996 року. Багатопланова та складна природа інституту Президента, визначення його як глави держави обумовлюють його специфічний конституційно-правовий статус.

Президент України проводить у життя державну політику охорони здоров'я і у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України звітує про стан її реалізації.

Система державних органів управління охороною здоров'я, як частина загальної системи органів державної влади, сформована відповідно до адміністративно-територіального устрою держави і поділяється на три ієрархічні рівні. До вищого рівня органів виконавчої влади відноситься КМУ.

Згідно Положення про КМУ, цей виконавчий орган організує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм; створює економічні, правові та організаційні механізми, що забезпечують ефективну діяльність системи охорони здоров'я України; забезпечує розвиток мережі медичних закладів та установ; укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також використовує всі інші механізми, що допомагають створенню оптимальних умов реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я [9, с. 203]. Єдиним механізмом створення і реалізації комплексних і цільових програм у сфері охорони здоров'я є МОЗ України як урядовий орган і очолювана ним національна система охорони здоров'я. Тому процес ініціювання створення таких програм є двостороннім – як з боку КМУ шляхом доручень міністерству підготувати проект тої чи іншої програми, так і підготовки різних пропозицій з боку самого Міністерства до Кабінету Міністрів України. Саме тому від активної позиції МОЗ України залежить формування і реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України, як вищий орган виконавчої влади, забезпечує досягнення цілей державної політики у сфері охорони здоров'я шляхом реалізації конституційних повноважень, спрямування, координування і контролю діяльності органів виконавчої влади нижчих рівнів щодо збереження, укріплення та відновлення здоров'я населення [48, с. 469].

Інші центральні органи виконавчої влади (міністерства, державні комітети тощо) в межах своєї компетенції забезпечують виконання нормативно-правових актів, відповідних розділів та завдань державних комплексних і цільових програм щодо збереження громадського здоров'я.

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я відповідно до статей 15, 16 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” [118] є МОЗ України, компетенція якого визначається Положенням, затвердженим Указом Президента України, а діяльність спрямовується і координується КМУ. МОЗ України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони громадського здоров'я, розробляє стратегію розвитку і функціонування національної системи охорони здоров'я. Рішення МОЗ України стосовно охорони громадського здоров'я, є обов'язковими для виконання центральними та місцевими органами виконавчої влади. Основні завдання та функції МОЗ України представлені у додатку Л.

Сфера управління МОЗ України надзвичайно широка. Вона включає в себе не лише управління безпосередньо підпорядкованими міністерству закладами охорони здоров'я, а й іншими підприємствами, установами, організаціями, які хоч і мають допоміжне значення в системі охорони здоров'я, проте їх є значна кількість і вони займають значну частину управлінської діяльності Міністерства. Перш за все, це стосується аптечних закладів, управління фармацевтичною службою, яка є невід'ємною складовою частиною системи організації надання медичної допомоги населенню. Функції контролю якості і безпеки лікарських засобів, у тому числі імунобіологічних препаратів, медичної техніки і виробів медичного призначення, що перебувають і обігу та/або застосовуються у сфері охорони здоров'я дозволені до реалізації в аптечних закладах і їх структурних підрозділах, а також ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами

покладаються на Державну службу з лікарських засобів України, яка має територіальні підрозділи на кожній адміністративній території.

Державна служба України з лікарських засобів є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується КМУ через Міністра охорони здоров'я України.

Основними завданнями Державної служби з лікарських засобів України є:

- внесення пропозицій щодо формування державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів, а також ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами;

- реалізація державної політики у сфері державного контролю якості та безпеки лікарських засобів і медичних виробів;

- ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Державна служба з лікарських засобів України здійснює свої повноваження безпосередньо та через територіальні органи - державні служби з лікарських засобів в АРК, областях, містах Києві та Севастополі.

Начальники державних служб з лікарських засобів в АРК, областях, містах Києві та Севастополі є одночасно головними державними інспекторами, а їх заступники - відповідно заступниками головних державних інспекторів з контролю якості лікарських засобів на відповідній території [156].

Функції забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення покладено на Державну санітарно-епідеміологічну службу України, діяльність якої спрямовується і координується КМУ через Міністра охорони здоров'я України.

Основними завданнями Державної санітарно-епідеміологічної служби України є:

- внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- реалізація державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Державна санітарно-епідеміологічна служба України здійснює свої повноваження безпосередньо та через територіальні органи в АРК, областях, містах Києві та Севастополі і на водному, залізничному, повітряному транспорті. Керівники територіальних органів Державної санітарно-епідеміологічної служби України є головними державними санітарними лікарями на відповідній території, відповідному виді транспорту [167]. На рівні районів створюються міжрайонні санітарно-епідеміологічні служби.

Функції забезпечення протидії ВІЛ-інфекції, СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань покладено на Державну службу з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, діяльність якої координується КМУ через Міністра охорони здоров'я України.

Основними завданнями Державної служби України соцзахворювань є [128]:

- внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;
- реалізація державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

Важливим питанням організації надання доступності якісної медичної допомоги населенню є її належне інфраструктурне забезпечення: планування необхідної кількості транспортних комунікацій та підтримка у належному стані доріг, особливо тих, які мають пріоритетне значення для функціонування служби екстреної медичної допомоги. Ці питання належать до компетенції Міністерства інфраструктури України та структурних підрозділів обласних державних адміністрацій – управлінь транспорту та Державного агентства автомобільних доріг України.

Функції забезпечення організації, реконструкції, ремонту та утримання автомобільних доріг покладено на Державне агентство автомобільних доріг України, діяльність якого спрямовується і координується КМУ через Міністра інфраструктури України.

Основними завданнями Державного агентства автомобільних доріг України є [133]:

- реалізація державної політики, а також внесення пропозицій щодо її формування у сфері дорожнього господарства;
- забезпечення технічного регулювання у сфері реконструкції та капітального ремонту автомобільних доріг.

Державне агентство автомобільних доріг України здійснює свої повноваження безпосередньо та через свої територіальні органи – управління в АРК, обласні, Київське та Севастопольське міські, районні управління [133].

В Автономній республіці Крим відповідно до статті 136 Конституції України [63] державну політику у сфері охорони здоров'я здійснює Рада Міністрів АРК.

Згідно зі статтею 38 Конституції Автономної Республіки Крим, Рада Міністрів АРК здійснює загальне керівництво сферою охорони здоров'я населення, використовуючи надані їй законодавством повноваження. Державне управління мережею медичних закладів, розташованих на території АРК, вона здійснює, як правило, через МОЗ АРК.

Обласна державна адміністрація є органом виконавчої влади на рівні області, формує її голова, і вона діє на підставі Закону України “Про місцеві державні адміністрації”. Відповідно до ст. 13 вказаного Закону до відання обласної державної адміністрації у межах і формах, визначених Конституцією і законами України, належить вирішення питань охорони здоров'я та споріднених з ним питань – фізичної культури і спорту, неповнолітніх, жінок і молоді та ін.

До повноважень обласної державної адміністрації в галузі охорони здоров'я, як це впливає із змісту ст. 22 Закону України “Про місцеві державні адміністрації” належить вжиття заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я, розробляє прогнози її розвитку, враховує їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку, заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації, організація роботи медичних закладів по поданню допомоги населенню, надає встановлені пільги і

допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей. Керівництво з цих питань забезпечує один із заступників голови обласної державної адміністрації [29, с. 272]. Він же очолює, як правило, різноманітні консультативні й дорадчі органи (наприклад, координаційну раду з питань реформування галузі охорони здоров'я області, координаційну раду з питань протидії поширенню ВІЛ/СНІДу та туберкульозу при обласній державній адміністрації, надзвичайну протиепідемічну комісію при обласній державній адміністрації). Також у компетенції обласної державної адміністрації відповідно до ст. 5 Закону України “Про дорожній рух” ст. 6 Закону України “Про автомобільний транспорт” є забезпечення розвитку мережі місцевих автомобільних доріг і створення умов для виконання бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги встановленого КМУ нормативу прибуття до пацієнта та формують у міжміському та приміському сполученні мережу автобусних маршрутів загального користування [159].

Обласна державна адміністрація як орган виконавчої влади загальної компетенції здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення області, де її керівний вплив поширюється на заклади охорони здоров'я державної форми власності, а через механізм делегування повноважень з боку обласної ради – також на вказані заклади обласної комунальної власності: обласні лікарні, диспансери, спеціалізовані центри, санаторії та ін. Це керівництво вона здійснює, як правило, через спеціально утворений нею галузевий орган виконавчої влади – управління (Департамент) охорони здоров'я обласної державної адміністрації, начальника (директора) призначають розпорядженням голови обласної державної адміністрації за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України, а заступників – розпорядженням голови обласної державної адміністрації за поданням начальника (директора) [29, с. 272].

Найважливіші питання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню області обговорюють на засіданні колегії обласної державної адміністрації, яку формує її голова, як дорадчий, консультативний орган без власних повноважень, а її персональний склад затверджує КМУ. Як

свідчить практика, такими питаннями можуть бути обговорення і затвердження заходів з реформування галузі охорони здоров'я на 2013 – 2016 роки, затвердження обласної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2013 – 2016 роки, питання фінансування діяльності обласних закладів охорони здоров'я, будівництва нових і реконструкції вже діючих медичних закладів, проведення надзвичайних протиепідемічних заходів чи стану надання населенню області медико-санітарної допомоги.

Для виконання спеціальних (галузевих) повноважень обласні державні адміністрації організовують відповідні структурні підрозділи (управління (департаменти) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій), які визначаються Типовим положенням, затвердженим постановою КМУ.

Незважаючи на подвійне підпорядкування (як спеціалізований орган виконавчої влади підпорядковується обласній державній адміністрації і як галузевий орган підпорядковується МОЗ України), управління (департамент) охорони здоров'я є окремим органом виконавчої влади, який самостійно діє в межах наданої йому компетенції.

У системі державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги управління (департаменти) охорони здоров'я (далі - УОЗ) покликані своїми управлінськими засобами забезпечувати виконання багатогранних і складних завдань, що стоять перед усією сферою охорони здоров'я. Від досконалості їх організаційної структури, чіткості функціонування і злагодженості в роботі значною мірою залежить сила організуючого і мобілізуючого впливу на керовані об'єкти, ефективність управління.

Характерними рисами УОЗ є:

- самостійність у здійсненні управління підлеглими об'єктами, якими виступають системи організації надання доступної та якісної медичної допомоги населенню міст і районів області й заклади охорони здоров'я обласного підпорядкування;

- чітко окреслена ієрархічна структура влади, яка має форму піраміди;

- розподіл праці працівників апарату на робочих місцях;

- затверджені правила і процедури, які визначають права, обов'язки і функції працівників апарату, а також правила і процедури, що стосуються самої роботи;

- відбір, прийняття на роботу і просування по службі осіб залежно від їх кваліфікаційних і особистих даних [29, с. 322].

Аналіз положення про управління (департамент), свідчить про те, що діяльність УОЗ (департаментів) на 90% запрограмована не на охорону громадського здоров'я, а на організацію і забезпечення надання населенню медико-санітарної допомоги. І тому загальноприйнятним вважають розуміння охорони здоров'я у вузькому значенні, саме як організацію медико-санітарної допомоги населенню. Власне, це і є основою службової діяльності УОЗ, з цього й випливають його основні завдання та функції. Основні завдання управління (департаменту) представлені у додатку М.

Проте відсутність чіткої стратегії державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню, недосконалий розподіл і неефективне використання наявних ресурсів медичної галузі, відсутність на рівні районних державних адміністрацій відділів чи управлінь охорони здоров'я (зазначені державні інституції функціонують лише у Вінницькій області та м. Києві) не сприяють організації злагодженої роботи управлінь УОЗ (департаментів) обласних державних адміністрацій з районними державними адміністраціями по забезпеченню доступності і якості медичної допомоги населенню, які формують вертикаль виконавчої влади. Необхідно звернути увагу на труднощі виконання окремих функцій УОЗ (департаментами) на базовому рівні. Так, попри те, що одним із завдань УОЗ (департаменту) є реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в області, у сільській місцевості така участь фактично відсутня. Є декілька причин інституційного характеру, наявність яких унеможлиблює виконання УОЗ (департаментом) функцій із забезпечення населення медичною допомогою на належному рівні:

- згідно з статті 143 Конституції України, управління закладами охорони здоров'я, які розташовані у селах, селищах та містах і є відповідною комунальною

власністю, здійснюють виконавчі органи місцевого самоврядування. Виконавчі комітети міських рад виконують функції управління щодо вказаних закладів охорони здоров'я як безпосередньо, так і через спеціальні виконавчі органи місцевого самоврядування, які вони ж і утворюють;

- державні програми, спрямовані на поліпшення доступності і якості медичної допомоги населенню розробляються і реалізуються не тільки центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я але і іншими міністерствами без належної координації їх діяльності і контролю за використанням медичних ресурсів.

Доцільним, на перехідному етапі інституційних змін щодо організації надання доступної і якісної медичної допомоги є створення у структурі департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій – управлінь з організації медичної допомоги населенню та у їх складі відділів первинної медико-санітарної допомоги, які безпосередньо здійснюватимуть управління по забезпеченню доступності якісної медичної допомоги населенню.

Відповідно до статті 133 Конституції України міста Київ та Севастополь мають спеціальний статус, який визначений законами України. Здійснення державного управління у сфері охорони здоров'я в цих містах покладається на міські й районні державні адміністрації, які здійснюють всі функції управління містом і керуються при цьому Законом України “Про місцеві державні адміністрації”. Їх повноваження, в значній мірі, подібні до повноважень обласних державних адміністрацій, з урахуванням особливостей здійснення державного управління у великому місті. У складі міських державних адміністрацій утворюють Головне управління охорони здоров'я, а в районних державних адміністраціях міста Києва - управління охорони здоров'я [28, с. 101].

Як орган виконавчої влади загальної компетенції, районна державна адміністрація здійснює загальне керівництво охороною здоров'я населення району, до об'єктів управління якої через делегування повноважень районною радою належать районні лікарні та інші заклади охорони здоров'я районного підпорядкування. Особливість організації районної державної адміністрації

полягає в тому, що у м. Києві та Вінницькій області у її складі утворюють спеціальні управління (відділи охорони здоров'я), а на всіх інших територіях його завдання і повноваження покладають на головного лікаря центральної районної лікарні (далі – ЦРЛ), який, виконуючи їх паралельно з роботою з керівництва вказаної лікарні, набуває статусу керівника підрозділу районної державної адміністрації та іменується головним лікарем району [9, 28, 29, 32, 48, 58, 76].

Традиції, знання та інтуїція як наусталеніші інститути в медицині для доступного і якісного медичного обслуговування громадян сьогодні обов'язково повинні доповнюватися сучасними організаційними інноваціями.

У радянські часи в Україні протягом 70 років діяла загальна інституційна структура загальнодоступного, безкоштовного медичного обслуговування, загальними рисами якої були [184, с. 5]:

- домінуюча роль держави як у забезпеченні соціальних гарантій, так і в управлінні діяльності охорони здоров'я;
- гарантований доступ всього населення до медичної допомоги (платними були лише ліки, отримані поза лікарнею);
- сформована, добре розвинена на всіх рівнях інфраструктура галузі;
- налагоджена система кадрового забезпечення.

Необхідно підкреслити, що інституційна структура організації надання доступної і якісної допомоги населенню в організаційному плані формується відповідно адміністративно-територіального поділу і включає ЗОЗ різних рівнів підпорядкування, окремі види медичної допомоги, матеріально-технічну базу, кадри, фінанси та інше.

Інститут первинної медико-санітарної допомоги представлений фельдшерськими та ФАПами; СЛА та міськими лікарськими амбулаторіями; дільничними лікарнями; ЦРЛ та міськими лікарнями з поліклініками, а також окремими медичними працівниками, які мають ліцензію на медичну практику, зокрема лікарі загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП/СМ) і працюють у державних або комунальних ЗОЗ або займаються приватною медичною практикою. Первинну медичну допомогу надають переважно за територіальним

принципом ЛЗП/СМ, дільничні лікарі терапевти, дільничні лікарі педіатри. До її складу входять огляд і консультація лікаря, проста діагностика і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнтів для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги. Головними засадами надання ПМСД є кваліфікованість, оперативність, доступність. Управління здійснюється головним лікарем району, у містах – управлінням охорони здоров'я виконкому міської ради, у містах Києві та Севастополі – Головним управлінням охорони здоров'я міської державної адміністрації.

Інститут вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги представлений лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж ЛЗП/СМ. Ці спеціалісти працюють у ЦРЛ та центральних міських лікарнях, частково – обласних лікарнях, які мають висококваліфікований персонал, достатнє матеріально-технічне забезпечення, спеціалізовані лікарняні відділення. Управління ними здійснюють: головний лікар району – ЦРЛ; управління охорони здоров'я виконкому міської ради – міськими лікарнями; Головне охорони здоров'я Київської, Севастопольської міської державної адміністрації - міськими лікарнями; управління (департамент) охорони здоров'я обласної державної адміністрації – обласними лікарнями.

Інститут третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги представлений, лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики і лікування, а також для встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, які зустрічаються рідко. Такі спеціалісти працюють в центральних спеціалізованих лікарнях і науково-методичних центрах, підпорядкованих МОЗ України, в спеціалізованих санаторіях, інших ЗОЗ, зокрема в медичних академіях та університетах, клінічною базою яких є міські та обласні лікарні. Управління ними здійснюють: управління охорони здоров'я виконкому міської ради – міськими лікарнями; Головне

охорони здоров'я Київської, Севастопольської міської державної адміністрації - міськими лікарнями; управління (департамент) охорони здоров'я обласної державної адміністрації – обласними лікарнями; МОЗ України спільно з Національною академією медичних наук – центральними спеціалізованими лікарнями, науково-медичними центрами, медичними академіями та університетами.

Окремо слід виділити ЗОЗ та відповідні органи, що здійснюють управління ними – відомчі. Так, Міністерство оборони України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України мають свої відомчі медико-санітарні служби, які представлені як ЗОЗ, так і відповідними органами, що здійснюють управління ними. Свої відомчі медичні служби також мають Адміністрація Президента України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України.

До недержавних інституцій, які мають вплив на забезпечення надання доступної і якісної медичної допомоги населенню З. Гладун відносить [28, с. 154]: наукові медичні товариства (терапевтів, хірургів, стоматологів та ін.), медичні асоціації (осередки Всеукраїнського лікарського товариства; асоціації хірургів, терапевтів, акушерів-гінекологів, педіатрів та ін., асоціації хворих, наприклад на цукровий діабет, гемофілію; асоціації батьків дітей, хворих наприклад на дитячий церебральний параліч); благодійні фонди та організації (церковні общини та їх об'єднання, приватні та громадські благодійні фонди, наприклад фонд Віктора Пінчука “Колиска надії”, фонд Рината Ахметова “Розвиток України”, благодійна служба милосердя “Карітас”); обласні осередки політичних партій та їх органи; громадські організації (Товариство Червоного Хреста України, профспілкові організації та їх об'єднання); недержавні ЗМІ (преса, радіо, телебачення); незалежні аналітичні центри.

Разом з тим, З. Надюк підкреслює [111], що сучасне українське суспільство характеризується значними соціальними змінами. З одного боку, Україна стала країною, яка потребує численних реформ в усіх сферах. З іншого – їх проведення було утруднене відсутністю відповідного набору інститутів, адекватних

механізмів примусу, інституціональних норм у суспільстві. Соціальні зміни потребують адекватного застосування інструментів та методів державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню в сучасних умовах.

Як зазначає Л. Приходченко [142], в Україні, коли відбувається свідоме реформування ринкової економіки, політичної та адміністративної систем, механізм і послідовність інституційних змін полягає здебільшого в імпорті інститутів, які добре себе зарекомендували у країнах, що успішно подолали шлях реформування. Такий варіант інституційних перетворень значно складніший і актуалізує роль держави, робить її провідною, визначальною (виконує функції санкціонування вибору оптимальної інституційної моделі, організаційно-правового забезпечення та реалізації процесу, відстеження його ефективності та результативності, здійснення коригування та подолання негараздів).

Використовуючи здобутки нової інституціональної економіки для визначення різних варіантів розбудови формальних інститутів у суспільстві

3. Надюк конкретизує ці варіанти щодо системи охорони здоров'я та організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню [111]:

- побудова інститутів відповідно до якогось ідеалу (перенесення (копіювання) з теоретичних моделей на практику) – упровадження національних програм реформування охорони здоров'я;

- створення інститутів шляхом відтворення тих зразків, що існували в історії даної країни – інститут сімейних лікарів (земська медицина);

- побудова формальних інститутів за зразками, що існують в інших країнах – страхова медицина.

Необхідно зауважити, що на теперішній час має місце недосконалість законодавчої бази і регуляторних актів щодо організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню України, що поглиблює неефективність формальних правил і збільшує трансакційні витрати. Так за рахунок зміщення акценту з первинної на вторинну та третинну ланки у фінансово-організаційній структурі медичної галузі; екстенсивний розвиток медичних закладів

орієнтований на кількість, а не на якість; недостатнє фінансування галузі і системна корупція - збільшення бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я в основному було пов'язане з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам та індексом інфляції; висока частка неформальних платежів (хабарів) за надання офіційно безкоштовної допомоги в державних/комунальних ЗОЗ (які, за даними О. Петренко та А. Літвака, становлять 39-52% від загальних витрат на охорону здоров'я в Україні) [237, с. 13]; дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги що проявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з іншого – призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території [184, с. 12].

Вказані фактори вплинули на рівень доступності медичної допомоги населенню України, що обумовило формування диспропорції в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення. За даними соціологічних досліджень, у трьох із семи домогосподарств, у яких хто-небудь із членів потребував медичну допомогу, не отримали її (у 84 % випадків – з причини високої вартості послуг, у 9 % – відсутності медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 17 %) [184, с. 13].

З 2011 року в Україні з метою підвищення доступності і якості медичної допомоги населенню відбуваються кардинальні зміни сфери охорони здоров'я: проводиться чітке структурне розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги, шляхом створення ЦПМСД, госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їх відповідного ресурсного забезпечення, подальшим розвитком інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі ПМСД.

Реформування застарілих інституцій і створення нових відбувається у стислі терміни, тому спостерігається неспівпадання за часом формування офіційних правил державного регулювання організації надання доступної і

якісної медичної допомоги населенню і неофіційних інституцій, які опрацьовуються “знизу” самими отримувачами медичних послуг (громадянами). На цю проблему формування інституційного середовища вказує Д. Норт: “Хоча офіційні правила можуть змінюватися за одну ніч унаслідок політичних або юридичних рішень, неофіційні обмеження, пов’язані зі звичаями, традиціями та кодексами поведінки, набагато менше піддаються впливу цілеспрямованої політики” [115, с. 15]. Ці культурні обмеження, на його думку, не лише пов’язують минуле із сучасним і майбутнім, але й дають нам ключ до пояснення шляху історичної зміни.

Зрозуміло, що офіційні інституції формуються органами державної влади й органами місцевого самоврядування та недержавними галузевими організаціями, рішення яких формалізуються у певному документі, обов’язковому до виконання членами організації.

Низкою законодавчих актів та нормативно-правових документів визначено шляхи забезпечення організації надання доступної і якісної медичної допомоги у контексті реформи медичного обслуговування [138, 145, 159, 169].

Новими інституційними організаціями забезпечення доступності первинної медичної допомоги населенню на базовому рівні є ЦПМСД, як у складі ЦРЛ та міських центральних лікарень та і як самостійні юридичні особи з фельдшерськими та фельдшерсько-акушерськими пунктами, СЛА та міськими лікарськими амбулаторіями у складі. Створення мережі ЗОЗ первинного рівня відбувається переважно у вигляді амбулаторій ЗП/СМ у сільській місцевості на 2 ЛЗП/СМ, у містах на 4-8 ЛЗП/СМ, та їх устаткування відповідно до затвердженого табелю оснащення з різними моделями для міської і сільської місцевості:

- у сільській місцевості - шляхом реорганізації СЛА, амбулаторних відділень дільничних лікарень, частини поліклінічних відділень ЦРЛ, частини поліклінічних відділень районних лікарень, ФАПів у населених пунктах з кількістю проживаючих понад 1000 осіб;

- у містах – шляхом реорганізації та перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів при будівництві нових мікрорайонів, тобто наближених до місця проживання пацієнтів. Створення центрів ПМСД дозволить запровадити закупівлю медичних послуг, підвищити якість, доступність, своєчасність надання медичної допомоги та медичного обслуговування, поліпшити кадрове забезпечення ЗОЗ на первинному рівні організації надання медичної допомоги.

Напрямок інституційного удосконалення організації надання доступної і якісної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги є створення інституційних організацій - “госпітальних округів” шляхом об’єднання мережі медичних закладів (поліклінік і стаціонарів) декількох сільських районів або міст та районів в залежності від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг. У складі госпітального округу передбачається [184, с. 29]: багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування (організовується на базі потужних ЦРЛ або міських лікарень); лікарня для відновного (реабілітаційного) лікування згідно з потребою; хоспіс (один на округ); заклади медико-соціальної допомоги/сестринського догляду (на базі дільничних лікарень, ЦРЛ та міських лікарень, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування); лікарні для планового лікування хронічних хворих в кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі ЦРЛ, районних лікарень або міських лікарень, які не задіяні як лікарні для інтенсивного та відновного лікування, хоспісної допомоги).

Визначальне місце на цьому рівні організації надання медичної допомоги повинні займати багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, які в розвинених країнах світу складають близько 90% всіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі заклади повинні обслуговувати не менше ніж 100 – 200 тис. населення, і виконувати не менш ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менш ніж 400 пологів на рік [184, с. 29].

На сьогодні розроблено проекти плану-схеми створення госпітальних округів, проведено інвентаризацію високовартісного обладнання в ЗОЗ пілотних регіонів, що надають вторинну та третинну медичну допомогу.

Формування інституту організації надання доступної і якісної третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги передбачається на базі обласних лікарень та клінік науково-дослідних інститутів, які надають високоспеціалізовану та високотехнологічну медичну допомогу. Планується створення таких інституційних організацій, як університетські клініки шляхом об'єднання вищевказаних закладів, згідно з чинним законодавством у вигляді корпорацій.

З прийняттям у 2012 році Закону України “Про екстрену медичну допомогу” модернізовано інститут екстреної медичної допомоги шляхом створення обласних територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Протягом 2012 - 2013 рр. у всіх регіонах з метою наближення ШМД до населення відбулася модернізація станцій ШМД, продовжувалася робота щодо створення пунктів тимчасового / постійного базування, яких сьогодні налічується 875 пунктів постійного і 267 пунктів тимчасового базування підрозділів системи ЕМД [240, с.169].

Забезпечено виконання заходів щодо своєчасності прибуття бригад ЕМД на місце події за зверненням – доїзд до пацієнта бригади ЕМД до 20 хв. від моменту виклику в сільській місцевості, у містах – до 10 хв. Виконання нормативу прибуття такої бригади становить 90,0% у містах та 87,6% у сільській місцевості [240, с.169].

Удосконалення інституту охорони материнства і дитинства передбачає запровадження такої інституційної моделі як регіоналізація перинатальної допомоги. В Україні регіоналізація перинатальної допомоги здійснюється в рамках реалізації Національного проекту “Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства” шляхом створення перинатальних центрів другого та третього рівнів. В рамках проекту вже відкрито 12 перинатальних центрів третього рівнів в Кіровоградській, Харківській, Донецькій, Дніпропетровській,

Житомирській, Запорізькій, Луганській, Полтавській, Рівненській, Хмельницькій, областях, в АР Крим та м. Києві, а також Криворізькій міжрегіональний центр II рівня в Дніпропетровській області. Запровадження такого інституту організації надання медичної допомоги дозволило суттєво знизити показники малюкової та материнської смертності (малюкової смертності з 9,12 на 1000 народжених живими у 2011 р. до 7,9 на 1000 народжених живими у 2013 р. (-13,2%); материнської смертності на 21%) [240, с.168].

Отже, інституційні зміни, що відбулися у сфері охорони здоров'я, певною мірою сприяли організаційному оформленню управлінської діяльності, спрямованої на забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою на базовому рівні. Крім визначених Конституцією України органів державної влади та органів місцевого самоврядування, були створені спеціальні державні галузеві установи та недержавні організації, метою яких стало налагодження взаємодії між галузевим і державним управлінням.

Саме інституціональний підхід є напрямом оптимального вирішення проблемних питань державного регулювання ресурсного забезпечення організації надання медичної допомоги (мобілізації та раціонального перерозподілу і використання ресурсів), консолідації зусиль галузевих і державно-управлінських інституцій щодо узгодження різноманітних інтересів по забезпеченню доступною і якісною медичною допомогою різних верств населення.

2.2 Аналіз ресурсного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню на базовому рівні

Основними критеріями ефективності діяльності системи охорони здоров'я, від яких залежить стан громадського здоров'я є доступність і якість медичної допомоги та раціональне використання ресурсів [58, с. 20]. Загальновідомо, що стан здоров'я населення, у тому числі й рівень його захворюваності, в значній мірі залежить саме від рівня забезпеченості медичною допомогою.

У Щорічному посланні Президента України до Верховної Ради України “Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2012 році” наголошено, що підвищення стандартів і рівня життя громадян, розвиток людського капіталу, радикальне поліпшення якості та збільшення ефективності надання послуг як у соціальній сфері в цілому, так і в охороні здоров’я є обов’язковими передумовами здатності держави адекватно відповідати на виклики сучасної високотехнологічної економіки [146].

Ми погоджуємося із твердженням Т. Попченко, що з переходом України від пострадянської системи охорони здоров’я до ринкових умов держава неспроможна швидко реагувати на зміну економічної ситуації в країні [184, с. 6], а відтак забезпечувати належну потребу у доступній і якісній медичній допомозі.

Малозабезпечені верстви населення наразі позбавлені можливості на отримання необхідної медичної допомоги. Існують диспропорції стосовно доступу до медичних послуг на рівні міських та сільських територій. Високою є питома вага особистих витрат населення на послуги охорони здоров’я [158]. Вказане обумовлено, з одного боку недостатнім ресурсним забезпеченням організації надання медичної допомоги, а з іншого боку неефективним їх використанням.

Слід зазначити, що сьогодні більшість країн світу стоять перед серйозними проблемами в галузі охорони здоров’я, які пов’язані з посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають. Саме тому експерти ВООЗ, у співпраці з представниками сфери охорони здоров’я Європейського регіону закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення здоров’я населення та доступності послуг з охорони здоров’я.

Суть регулювання, як складової державного управління полягає не тільки в організації виконання законів та інших нормативно-правових актів чинного законодавства, але і в розпорядженні ресурсами загальнодержавної власності з метою реалізації державної політики у відповідних сферах життя [28, с. 49]. При

цьому, “державне регулювання тоді матиме сенс, коли буде діяльністю системи яка характеризується місією (ієрархія цілей, стратегія розвитку, державна політика), функціональною структурою (сукупність органів державної влади з їх функціями і завданнями), засобами (державно-управлінські технології, методи, процедури), ресурсами (фінансові, матеріально-технічні, технологічні, інформаційні, кадрові)” [46, с. 157].

У системі державного регулювання організації надання медичної допомоги і особливо у сфері управління її розвитком існує багато проблем. Однією з провідних є нечіткість і неконкретність цілепокладання, розрив між поставленими цілями та існуючими ресурсними можливостями, без чого неможливо поступально рухатися у визначеному напрямку, що істотно ускладнює залучення додаткових ресурсів для модернізації охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення доступності і якості медичної допомоги.

У “Заяві про доступність медичної допомоги”, прийнятій у вересні 1988 року на 40-й Всесвітній Медичній Асамблеї, яка відбулася у місті Відень (Австрія) зазначається, що стан медичних ресурсів залежить від таких чинників [9, с. 197]: медичні кадри, фінансування, транспорт, можливість свободи вибору медичної допомоги, якість та розташування медичних технологій.

Саме ступінь оптимальності балансу перелічених складових, за критерієм максимізації якості і об'ємом наданої медичної допомоги, визначає її доступність.

Перш ніж розглянути питання ресурсного забезпечення організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні необхідно визначитися із поняттям ресурс. Об'єктивним та адекватним, на наш погляд, є трактування поняття “ресурс”, як: “будь-яке джерело і передумова отримання необхідних людям матеріальних і духовних благ, які можна реалізувати при існуючих технологіях та соціально-економічних відносинах” [10, с. 451].

Т. Безверхнюк звертає увагу на наявність різноманітних модифікацій поняття “ресурс” у наукових публікаціях, що є відображенням багатоманітності підходів до визначення його економічної та соціально-політичної сутності [10, с. 140-141]:

- ресурс – *запаси* чого-небудь, які можна використати в разі потреби;
- ресурс – *можливість*, якою можна скористатися в разі необхідності;
- ресурс - *джерело* отримання необхідних людям матеріальних і духовних благ; джерело здійснення будь-якої суспільної діяльності. На сучасному етапі розвитку суспільства джерело – це соціальні ресурси. *Соціальні* ресурси – природні та створені людиною багатства, якими користується дане суспільства.

- ресурс - всі ті *засоби*, використання яких забезпечує вплив на об'єкт у відповідності з цілями суб'єкта; засіб досягнення цілей.

- ресурс - *фактор* виробництва.

В аспекті врегулювання суспільних відносин серед ресурсів державного регулювання виокремлюють соціальні ресурси - це існуючі у певному суспільстві реальні можливості, які використовуються задля забезпечення повсякденних життєвих потреб та інтересів людей (у нашому дослідженні – потреба у доступній та якісній медичній допомозі) через реалізацію соціальних програм, підтримку галузей соціальної сфери до якої відноситься охорона здоров'я та її підсистема – організація надання доступної та якісної медичної допомоги населенню.

В. Лехан, К. Надутий, М. Шевченко для реалізації реформи медичного обслуговування пропонують застосування таких ресурсів [78]: адміністративний (влада), час, трудові, матеріально-технічні та фінансові ресурси.

Н. Солоненко аналізуючи ресурси сфери охорони здоров'я зазначає, що вони включають фахівців, які працюють в галузі, споруди, матеріали, медичне обладнання тощо. Ці ресурси використовуються в певних процесах (відвідування лікаря, хірургічні операції, перебування в лікарні тощо). Ресурси, які здійснюють згадані процеси, організовані в певні структури, що визначають яким чином відбуваються ці процеси [208, с. 99]. Разом вказані структури і процеси створюють певний безпосередній продукт організації надання медичної допомоги у вигляді конкретних діагностичних, лікувальних та профілактичних технологій. Таким чином, питання державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню зводиться до ефективності розподілу продуктів діяльності системи організації надання медичної допомоги.

Доступ до продукту діяльності цієї системи, на думку автора дослідження, визначається можливостями пацієнта чи населення користуватися необхідними службами охорони здоров'я з точки зору таких характеристик системи надання медичної допомоги, як наявність, організація та фінансування служб [61]. Якісне медичне обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільше за все потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня [223].

Проаналізуємо сучасний стан ресурсного забезпечення організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні. Для цього виокремимо такі ресурси: матеріальні, технічні, людські, фінансові.

Матеріальні ресурси системи організації надання доступної та якісної медичної допомоги представлені розгалуженою мережею ЗОЗ, які підпорядковані МОЗ України, відомчого підпорядкування та приватної форми власності. На початок 2014 року в Україні мережа ЗОЗ, які підпорядковані МОЗ України представлена 27 обласними лікарнями, 29 дитячими обласними лікарнями, 390 міськими лікарнями, 88 дитячими міськими лікарнями, 14 міськими лікарнями швидкої медичної допомоги, 33 госпіталями для інвалідів та ветеранів війни, 122 спеціалізованими лікарнями, 471 ЦРЛ, 101 районною лікарнею, 104 дільничними лікарнями, 86 пологовими будинками, 17 клініками науково-дослідних інститутів, 84 психіатричними лікарнями, 5 наркологічними лікарнями, 7 лікарнями “Хоспіс”, 2 госпрозрахунковими лікарнями, 1 лепрозорієм та 4 іншими закладами [240, с. 263]. Показник забезпеченості лікарнями на 100 тис. населення вдвічі перевищує аналогічний показник у країнах ЄС і складає 6,3 проти 3,1 на 100 тис. населення [80].

Значну частку матеріальних ресурсів становлять ЗОЗ відомчого підпорядкування, які представлені 221 лікарняним закладом з потужністю 32326 ліжок. Питома вага лікарняних закладів відомчого підпорядкування становить 11,56% від кількості ЗОЗ системи МОЗ України; амбулаторно-

поліклінічних закладів – 9,5% від амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України [206].

Питання забезпечення населення доступними та якісними лікарськими засобами вирішують 110 вітчизняних промислових підприємств, понад 21 тисяча аптечних закладів, близько 850 зарубіжних компаній, які постачають на ринок понад 7,5 тисяч найменувань лікарських засобів [240, с. 169].

Оскільки одним із стратегічних напрямів розвитку системи державного регулювання організації надання медичної допомоги на базовому рівні є розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини, протягом 2013 р. в Україні продовжувалося упорядкування та перепрофілювання мережі, структури і функцій ЗОЗ цього рівня шляхом створення ЦПМСД - окремих юридичних осіб, яких відкрито у кількості 491 заклад (всього з початку запровадження реформи – 662 центри). Завершилися процеси розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги у пілотних регіонах. Створено 33 центри ПМСД у Вінницькій, 53 – у Дніпропетровській, 72 – у Донецькій областях, що становило 100% від запланованого, та 9 – у м. Києві [240, с. 268]. Запроваджено різні підходи щодо створення та функціонування ЦПМСД: у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій та не пілотних областях – як бюджетні установи; у м. Києві - у формі комунальних неприбуткових підприємств, які в своїй діяльності керуються вже нормами та положеннями Господарського кодексу України. В цілому ПМСД надавалася у 6457 амбулаторіях ЗП/СМ, з яких у сільській місцевості – у 3860 таких ЗОЗ, у містах та поселеннях міського типу 2597 таких ЗОЗ [240, с. 268].

Показник забезпеченості амбулаторіями по Україні складає 0,96 на 10 тис. населення у містах та 3,05 на 10 тис. населення у сільській місцевості [240, с. 271], що значно нижче цього показника у країнах ЄС – 4,9 на 10 тис. населення [80].

Для організації надання населенню доступної і якісної медичної допомоги потребують належного державного регулювання і матеріально-технічні ресурси ЗОЗ базового рівня.

На кінець 2013 р. у цілому по Україні приміщення, у яких розташовані 29,0% (1119) амбулаторій ЗП/СМ у сільській місцевості та 50,4% (1269) амбулаторій

ЗП/СМ у містах та поселеннях міського типу потребують капітального ремонту. Оснащені медичним обладнанням, інструментами та інвентарем згідно з табелем оснащення лише 14,0% закладів, автоматизованими робочими місцями – 16,0% закладів, автомобілями – 44,7% закладів. Не забезпечені автотранспортом 303 первинного рівня в Запорізькій, Івано-Франківській та Херсонській областях [240, с. 274]. І це при тому, що у 2013 р. на оснащення закладів ПМСД медичною технікою та виробами медичного призначення держава виділила 218,4 млн грн, а на придбання автотранспорту для амбулаторій – 55,15 млн грн. [240, с. 169].

Стаціонарна медична допомога населенню надається у 303 різних типів системи МОЗ України та відомчого підпорядкування. Показник забезпеченості населення України стаціонарними ліжками у 2013. р. склав 72,03 на 10 тисяч населення [240, с. 263] що у 1,7 разу перевищує аналогічний показник в країнах ЄС та в 1,4 рази – в Європейському регіоні (55,0 на 10 тис. населення) [80].

Середньорічна зайнятість ліжка – це один з вагомих показників ефективності використання ліжкового фонду, оцінювання доступності, якості організації надання медичної допомоги на вторинному рівні. У 2013 р. цей показник становив 328,58 днів (норматив – 340 днів). Проте інтенсивність використання стаціонарної допомоги в Україні на рівні 21,9% та тривалість госпіталізації 12,3 дня значно перевищують середньоєвропейські показники (19,2 % та 10,4 дня) та показники в країнах ЄС (18,0% та 9,2 дня) [80]. У ЦРЛ тривалість лікування склала 9,8 днів, що майже на рівні європейського показника 9,2 дня; у міських і районних лікарнях – 10,4 дні, що вище європейського показника.

Запровадження денних стаціонарів та стаціонарів вдома є ефективним інструментом державного регулювання наявних ресурсів та поліпшення організації надання стаціонарної медичної допомоги як міському, так і сільському населенню. У 2013 р. медичну допомогу у 2446 денних стаціонарах при амбулаторно-поліклінічних закладах загальною потужністю 71 944 ліжка отримало 2963 087 пацієнтів, із них 6378 дітей та у 2263 стаціонарах вдома отримали 2307 088 пацієнтів [240, с. 266].

Істотними перешкодами на шляху ефективного використання стаціонарної допомоги є відсутність диференціації ліжкового фонду в залежності від інтенсивності лікування та жорстка прив'язка ЗОЗ до існуючого адміністративно-територіального поділу. Сучасні дослідники проблем ресурсного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню звертають увагу, що у стаціонарах вторинного рівня на одному і тому ж ліжку можуть отримувати медичну допомогу хворі, які потребують інтенсивного, протирецидивного лікування, термінальні хворі, хоч надання допомоги різним групам пацієнтів потребує застосування різних технологій та відповідної організації лікувально-діагностичного процесу. Більшість стаціонарів адміністративних територій не завантажені відповідно до функцій, що на них покладаються, і не оснащені необхідним обладнанням (знос устаткування перевищує 70%) через розпорошеність ресурсів між численними ЗОЗ різного підпорядкування без урахування обсягу та структури функцій, що вони виконують та через недостатність фінансових ресурсів для оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ [80].

У населених пунктах базового рівня розташовані підрозділи ЕМД регіонального рівня управління – пункти постійного та тимчасового базування бригад цієї служби, які забезпечують надання населенню ЕМД. На теперішній час усі бригади територіальних центрів ЕМД 100% забезпечені лікарськими засобами і паливо-мастильними матеріалами. У 2013 р. за кошти державного бюджету придбано 1412 сучасних автомобілі ЕМД вартістю 922 млн грн., що дозволило суттєво оновити рухомий склад служби [240, с. 169].

Доступність якісної медичної допомоги населенню включає якість і розподіл технічних ресурсів, до яких можна віднести наявність доріг, особливо, які мають пріоритетне значення для функціонування екстреної медичної допомоги та транспортні засоби. В Україні у 2013 р. за даними Державної служби статистики перевезено пасажирів автомобільним транспортом загального користування 3343,6 млн осіб [199]. Перевезення пасажирів здійснювали 249,7 тис. автобусів, крім того у приватній власності зареєстровано 6514,5 тис. легкових автомобілів [199], що характеризує транспортну доступність медичної

допомоги в Україні. Довжина автомобільних доріг загального користування становила 169,6 тис. км, у тому числі з твердим покриттям 166,1 тис. км [199]. В усіх регіонах, виконання заходів затверджених обласними державними адміністраціями регіональних планів розвитку ЕМД, дозволили побудувати та відремонтувати у 2013 р. 1,3 тис. км доріг, які мають пріоритетне значення для функціонування ЕМД.

Отже, ми бачимо, що у країні існує розгалужена мережа доріг державного та місцевого значення, велика кількість автомобільного транспорту для перевезення пасажирів, які дають можливість вчасно дістатися до відповідних закладів охорони здоров'я для отримання необхідної медичної допомоги. Та як зазначає Т. Попченко, географічна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з відсутністю доріг і транспортного зв'язку залишає певну частину населення України без медичної допомоги [184, с. 13].

Важливим компонентом ресурсного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню є людські ресурси. Людський ресурс системи організації надання медичної допомоги населенню, рівень його професійної підготовки є необхідною складовою для забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою. Під час наради з питань реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я, що відбулася 26 квітня 2011 р. в Кабінеті Міністрів України серед великої кількості негараздів, котрі позначаються на доступності якісної медичної допомоги, у тому числі, виокремлено проблему кадрів - "практично кожна десята сім'я не отримала необхідної допомоги через відсутність фахівця необхідного профілю. А в сільській місцевості цей показник досягає майже 17%" [4].

Аналізуючи кадрове забезпечення системи організації надання медичної допомоги необхідно зазначити, що на початок 2013 р. в Україні 229,6 тис. штатних посад лікарів обіймало 187,7 тис. фізичних осіб (з них понад 4000 осіб з вищою немедичною освітою, які у встановленому порядку допущені до лікарської діяльності) у ЗОЗ системи МОЗ України [240, с. 267], 14,3 тис. фізичних осіб у відомчих ЗОЗ, 15,2 тис. фізичних осіб у приватних ЗОЗ [206]. Рівень

укомплектованості штатних посад фізичними особами лікарів при цьому становив 81,8%, при цьому в обласних ЗОЗ – 83,2%, а в СЛА лише 70,5% (в 489 амбулаторіях жодна лікарська посада на кінець року не укомплектована основним працівником). Показник забезпеченості фізичними особами лікарями у 2013 р. склав 35,80 на 10 тис. населення; лікарями, що безпосередньо надавали медичну допомогу - 27,50 на 10 тис. населення, що дорівнював такому ж показнику у США, але поступався забезпеченості лікарями у більшості країн ЄС (33,00 на 10 тис. населення) [239, 240].

Укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів протягом 2006–2013 рр. була стабільною (у межах 80,70–81,8%). Проте зберігається нерівномірність цих показників, так традиційно низькими показниками укомплектованості лікарями є такі спеціальності, як ЛЗП/СМ – 72%, фтизіатри – 71%, онкологи – 68%, лікарі станцій (відділень) екстреної медичної допомоги – 64% [239, с. 280-289].

Показник плинності лікарських кадрів протягом 2006–2012 рр. коливався у межах 1,2– 1,9% і був значно нижчим за показник в економіці (4–5%) [239, с. 280]. Разом з тим, вітчизняні дослідники В. Лехан, Г. Слабкий, М. Шевченко звертають увагу на те, що в Україні спостерігається наростаюча та некерована міграція медичних працівників у сусідні країни з вищим рівнем оплати, широко практикується самостійне працевлаштування випускників вищих навчальних медичних закладів всіх рівнів за межами сектору охорони здоров'я [80]. Питома вага лікарів пенсійного віку у 2013 р. становила 24,6% [240 с. 267]. Вищезазначене обумовлено низькою заробітною платою медичних працівників, що з однієї сторони приводить до відтоку кваліфікованих кадрів, а з іншої є перепорою для приходу молодих спеціалістів у систему.

Міністерством охорони здоров'я України в останні роки значна увага приділяється пріоритетному укомплектуванню закладів ПМСД, особливо лікарями ЗП/СМ. Так протягом останніх чотирьох років забезпеченість ЛЗП/СМ збільшилася з 1,8 до 2,7 на 10 тис. населення, проте укомплектованість цими фахівцями залишається недостатньою і становить лише 71,12% [240, с. 286], а

загальний дефіцит ЛЗП/СМ в Україні становить близько 26 тис. осіб” [80]. Ми погоджуємось з твердженням В. Лехан, Г. Слабкого, М. Шевченко, що спостерігається дисбаланс між рівнем укомплектованості ЗОЗ сільської місцевості та у містах, між фахівцями первинної ланки і “вузькими спеціалістами”, у розрізі окремих лікарських спеціальностей.

Основна роль в організації надання якісної і доступної медичної допомоги населенню належить фінансовим ресурсам. Як стверджує В. Москаленко, великі обсяги медичних послуг, внаслідок частих (постійних) звернень громадян, обов’язковості та невідкладності їх надання обумовлюють фінансовоємність цієї системи [239, с. 431]. Державне регулювання фінансування організації надання медичної допомоги передбачає концентрацію фінансових ресурсів на вирішення найбільш нагальних проблем, яке реалізується із застосуванням таких економічних методів як грошово-кредитна політика, бюджетно-фінансова політика, програмно-цільового методу [219]. Фінансові ресурси організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню включають: кошти державного та місцевих бюджетів; соціального страхування; приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства; кошти міжнародних донорських організацій, спрямовані в систему охорони здоров’я України (так звані “кошти іншого світу” за класифікацією НРОЗ) [240, с. 223].

Важливим індикатором для оцінки системи фінансування охорони здоров’я є частка загальних витрат на охорону здоров’я від номінального внутрішнього валового продукту (далі – ВВП), яка за даними European Health for All Database у 2012 р. становила 7,7% при рівні витрат на охорону здоров’я у світі в цілому (2011 р.) – 10,1%, у Європейському регіоні – 9,1%. Частка загальних витрат на охорону здоров’я у відсотках від ВВП протягом 2011 р. в Україні в 1,3–1,5 разу була нижчою за аналогічний показник у “старих” країнах ЄС, та майже на рівні країн (7,0–8,0%), які стали членами ЄС після 2004 р. Міжнародний досвід засвідчив, що оптимальний рівень витрат на охорону здоров’я становить 8–10% ВВП [240, с. 225].

Загальний фонд зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2013 р. визначено у сумі 61 569,50 млн грн. (зростання видатків на 5,30% порівняно з 2012 р.), у т.ч. місцеві бюджети – 48 690,3 млн грн. (зростання на 3,40%); державний бюджет – 12 879,2 млн грн. (зростання на 13,40%) [240, с. 224]. Державні витрати на охорону здоров'я склали у 2012 р. 3,3% від ВВП [239, с. 224]. Аналіз динаміки номінальних обсягів зведеного бюджету охорони здоров'я свідчить про їх щорічне зростання, яке пов'язано, переважно з необхідністю підвищення заробітної плати, витрат на енергоносії та комунальні послуги, лікарські засоби та індексом інфляції.

На базовому рівні найважливішу роль у забезпеченні фінансовими ресурсами системи організації надання медичної допомоги населенню відіграють регіональні та місцеві органи управління, які протягом 2013 р. здійснювали пряме фінансування в охорону здоров'я коштом місцевих бюджетів, що в 3,78 раза перевищували кошти з державного бюджету (у 2013 р. цей показник становив 4,14, у 2012 р. – 3,80 разу). Місцеві урядові структури у 2013 р. розподілили 79,1% суспільних фондів (для порівняння: у 2010 р. – 75,10%, 2011 р. – 79,10%, 2012 р. – 80,60%) [240, с. 231].

Остаточне використання фінансових коштів для надання медичної допомоги населенню у 2013 р. з місцевих бюджетів забезпечувалося переважно на рівні двох основних постачальників медичних послуг: лікарень (67,50%; для порівняння: 2011 р. – 76,8%, 2012 р. – 70,26%) і закладів, що надавали амбулаторно-поліклінічну, швидку та невідкладну медичну допомогу (23,26%; для порівняння: 2011 р. – 15,2%, 2012 р. – 18,41%) [240, с. 231], тобто можна говорити про поступове зміщення структури видатків у сторону фінансування менш затратної амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Виділення окремої функції “Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)” у функціональній класифікації видатків і кредитування бюджету дало змогу простежувати дані про обсяги видатків на надання ПМСД у центрах ПМСД, які у цілому склали 8,09% від загального обсягу фінансування

охорони здоров'я з місцевих бюджетів, і практично вдвічі зросли порівняно з 2012 р. (4,33%).

У структурі видатків ЗОЗ, які фінансувалися із загального фонду місцевих бюджетів, переважали видатки на оплату праці з нарахуваннями (2011 р. – 75,0%; 2012 р. – 73,5%; 2013 р. – 74,40%). Частка видатків на комунальні послуги та енергоносії залишалася на рівні попереднього року (2011 р. – 9,0%; 2012 р. – 8,7%; 2013 р. – 8,10%). Водночас, щорічно зменшувалася частка видатків у загальному обсязі фінансування з місцевих бюджетів на медикаменти та перев'язувальні матеріали (2011 р. – 7,8%; 2012 р. – 7,5%; 2013 р. – 7,10%) і харчування (2011 р. – 2,7%; 2012 р. – 2,3%; 2013 р. – 2,2%). У розрахунку на одного жителя на придбання медикаментів з місцевих бюджетів у 2013 р. було спрямовано у середньому 66,18 грн, на харчування – 21,55 грн [240, с. 232].

Одним із дієвих механізмів раціонального використання фінансових ресурсів стало впровадження пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою, реалізація якого заклала фундамент формування ефективної системи державного регулювання цін на лікарські засоби та системи реімбурсації, як сучасних інструментів реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я і соціальне забезпечення. На реалізацію цього проекту з державного бюджету виділено майже 192 млн грн та охоплено майже 7 млн осіб із гіпертонічною хворобою, що дозволило досягнути основної мети - забезпечення доступності гіпотензивних препаратів для малозабезпечених громадян.

Додатковим джерелом залучення фінансового ресурсу для організації надання доступної і якісної медичної допомоги слід зазначити кошти лікарських кас. В Україні у 2013 р. зареєстровано і функціонувало 189 лікарських кас, сумарний обсяг акумульованих коштів склав 96,0 млн грн, що дало можливість забезпечити медикаментами для лікування 212,5 тис. осіб [240, с. 235].

Ще одним дієвим шляхом вирішення питання забезпечення фінансування організації надання медичної допомоги населенню в Україні є залучення міжнародного технічного ресурсу для вирішення стратегічних завдань розвитку

галузі, серед яких можна відмітити: організаційне і фінансове реформування галузі з метою поліпшення доступу населення до надання якісних медичних послуг, запобігання поширенню інфекційних хвороб та боротьба з особливо небезпечними соціальними інфекційними хворобами (туберкульозом, СНІДом); охорона материнства і дитинства. Так МОЗ України підтримувало та здійснювало співпрацю з такими міжнародними партнерами: Світовим банком, ВООЗ, іншими агенціями ООН (Дитячим фондом ООН, Програмою розвитку ООН, Програмою ООН з ВІЛ/СНІДу, Фондом народонаселення ООН), Європейською комісією, агентствами міжнародного розвитку зарубіжних країн, зокрема США, Канади, ФРН, Швейцарії.

В Україні з 2006 року діяли і діють наступні проекти [240, с. 252-253]: “Українсько-Німецький проект з профілактики ВІЛ/СНІДу”, “Реагування на загрозу пандемії та епідеміологічний нагляд за пташиним грипом”, “Підтримка реформування вторинного рівня системи охорони здоров’я України”, “Партнерство за контролем туберкульозу в Україні”, “Здоров’я жінок України”, “Підтримка системи моніторингу й оцінки Міністерства охорони здоров’я України”, “Програма здоров’я матері і дитини”, “Грант Фонду інституційного розвитку (ФІР) для пілотних проектів підтримки реформування системи охорони здоров’я України” та ін.

У Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві продовжилася реалізація пілотного проекту з реформування системи медичного обслуговування, яка передбачала у всіх ЦПМСД можливість свободи вибору лікаря первинної ланки. Упродовж 2013 р. стовідсотково укладено угоди з органами місцевої влади на фінансування ЦПМСД. Здійснено апробацію нового механізму державного регулювання фінансового забезпечення організації надання медичної допомоги населенню шляхом: 1) розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров’я за видами медичної допомоги; 2) перерозподілу ресурсів між ЗОЗ пілотних регіонів, які надавали ПМСД, вторинну медичну допомогу, третинну медичну допомогу та ЕМД; 3) застосування елементів програмно-цільового методу в бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у

частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги; 4) фінансового забезпечення ЗОЗ за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування.

Формування більш потужних пулів для фінансування є звичайною практикою європейських країн по забезпеченню доступності медичної допомоги всім верствам населення і створює умови щодо раціонального використання наявних ресурсів. Проте, у пілотних регіонах при передачі закладів вторинної медичної допомоги на обласний рівень спостерігався наявний супротив місцевих органів влади (міст, районів) у прийнятті відповідних управлінських рішень.

Залишилися неврегульованими питання щодо законодавчого визначення підстав і порядку застосування певних засобів регуляторного впливу держави по наданню комунальним неприбутковим підприємствам відповідних пільг (наприклад, пільги із сплати податку на землю), компенсацій та створення інших сприятливих умов для діяльності, а також відсутність статусу неприбутковості цих підприємств та установ.

Отже, система державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню володіє значними матеріальними, технічними, людськими та фінансовими ресурсами. Сьогодні в Україні функціонує найбільша мережа закладів охорони здоров'я, яка має потужний фонд стаціонарних ліжок де працює велика кількість лікарів. Проте рівень громадського здоров'я залишається низьким. Це обумовлено неефективністю ресурсного забезпечення цієї системи. У системі організації надання медичної допомоги населенню спостерігається розпорошеність фінансових ресурсів між численними ЗОЗ, включаючи відомчого підпорядкування, без урахування обсягу та структури функцій, що вони виконують. Незважаючи на щорічне зростання видатків на охорону здоров'я недостатнє фінансування галузі вважається однією з провідних проблем національної системи охорони здоров'я, оскільки протягом останніх років державні витрати на охорону здоров'я становлять близько 3% ВВП, що вдвічі менше ніж у країнах ЄС. Пріоритетними у фінансуванні залишаються лікарні, при цьому 80-90% коштів спрямовані на заробітну плату та комунальні послуги,

майже не фінансуються медикаменти, обладнання. Має місце диспропорція кадрового забезпечення ЗОЗ, яка проявляється у надмірній спеціалізації лікарів з одночасною недостатністю лікарів ПМСД, особливо у сільській місцевості.

2.3 Зарубіжний досвід державного регулювання організації надання населенню доступної і якісної медичної допомоги

Проголосивши курс на європейську інтеграцію, Україна прагне подолати існуючі розбіжності в соціальній сфері та економіці порівняно з країнами Європейського Союзу, підтримати гідний рівень життя та соціального захисту своїх громадян. Важливим напрямом соціальної політики будь-якої цивілізованої держави є охорона здоров'я населення.

Проте через політичну та економічну кризу, що охопила українську державу та суспільство, події пов'язані із збереженням цілісності та суверенності України, виникають серйозні труднощі в дотриманні та реалізації деяких принципів. У результаті розгляду та обговорення даної проблеми Рада Європейського Союзу опублікувала “Заяву щодо спільних цінностей і принципів”, в якій викладені чотири основні цінності і принципи, що включають повне охоплення населення медичним обслуговуванням, солідарність у фінансуванні, рівність доступу до медичної допомоги та високу якість медичної допомоги [238, с. 432]. Вони лежать в основі систем охорони здоров'я в усіх державах-членах.

Країни члени Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) при розробці стратегії фінансування та організації охорони здоров'я дотримуються такого принципу, як забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування для усіх громадян, заснованого на солідарній участі бідних і багатих, хворих і здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживання [9, с. 127].

Багато країн світу постійно ведуть пошук шляхів оптимізації наявних моделей систем охорони здоров'я, які дозволяють при мінімальних фінансових ресурсах створити умови щодо максимального охоплення населення доступним і

якісним медичним обслуговуванням.

Доступність якісної медичної допомоги населенню, що задекларована у конституціях різних країн, регламентується національними нормативно-правовими актами, які визначають порядок та об'єми надання безоплатної медичної допомоги і обумовлена рядом об'єктивних факторів: збалансованістю необхідних об'ємів медичної допомоги населенню з можливостями держави, наявністю та рівнем кваліфікації медичних кадрів, наявністю на конкретних територіях необхідних медичних технологій, можливістю вільного вибору пацієнтом лікуючого лікаря та лікувального закладу, наявними транспортними можливостями, що забезпечують своєчасне отримання медичної допомоги, рівнем громадської освіти щодо проблем збереження та укріплення здоров'я, профілактики захворювань.

Варто зазначити, що питання законодавчого регулювання та виконавчого забезпечення доступності і якості медичної допомоги, що задекларовані у конституціях різних країн мають свої особливості. Так у конституціях Данії, Великобританії, Ірландії, Швеції, Сполучених штатів Америки (далі США), Канади положення про медичне обслуговування та надання медичної допомоги згадується у контексті соціального забезпечення. Серед європейських країн конституція Фінляндії містить положення про медичне обслуговування. Стаття 22 конституції Голландії визначає, що влада повинна застосовувати заходи щодо поліпшення здоров'я населення [103]. Конституція Італії передбачає безоплатне надання медичної допомоги усім, хто її потребує. Конституція Греції передбачає ряд гарантій, які включають зобов'язання держави проявляти особливу турботу про хворих на невиліковні фізичні та психічні недуги, турбуватися про здоров'я громадян, особливо молоді, осіб похилого віку, інвалідів тобто незахищених категорій населення. У конституції Португалії забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню реалізується через універсальну загальнонаціональну службу охорони здоров'я, в основному на безоплатній основі шляхом створення економічних, соціальних і культурних умов, які адресно забезпечують захист різних категорій населення.

Існують і свої особливості питання виконавчого забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню. Так, конституцією Австрії повноваження із забезпечення населення медичною допомогою віднесено до ведення Федерації; конституцією Швеції до компетенції Уряду віднесено прийняття постанов та приписів відносно організації надання медичної допомоги населенню; конституцією ФРН до компетенції федерального законодавства віднесено допуск до лікарських та інших медичних професій та лікарської діяльності, господарське забезпечення лікарень і встановлення тарифів за надану ними медичну допомогу; конституцією Іспанії до компетенції органів державної влади віднесено організацію і управління громадським здоров'ям шляхом проведення профілактичних заходів, а також надання необхідних послуг і медичної допомоги.

У конституціях країн соціалістичної орієнтації, таких як Куба, Нікарагуа, окремо гарантується доступна медична допомога і визначається роль держави в її забезпеченні [103].

В останні роки прийнято нові конституції деяких країн Східної Європи, які містять положення щодо забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню, а саме: у конституції Угорщини закріплено право на охорону здоров'я, реалізація якого здійснюється через організацію діяльності медичних установ по наданню медичної допомоги; у конституції Болгарії закріплено право громадян на страхування здоров'я, яке гарантує їм доступну якісну медичну допомогу та безоплатне користування обслуговуванням на умовах і в порядку, визначених законом. Держава здійснює контроль за усіма установами охорони здоров'я, за виробництвом лікарських засобів, біопрепаратів і медичної техніки тощо. У Конституції Російської Федерації, прийнятій всенародним голосуванням у 1993 році, проголошується право на медичну допомогу. Медична допомога у державних і муніципальних установах охорони здоров'я надається громадянам безоплатно за рахунок коштів відповідного бюджету, страхових внесків, інших надходжень [103]. Питання забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню задекларовані у конституціях інших країн СНД – Азербайджану, Білорусі, Вірменії, Грузії, Молдови.

Отже, ми бачимо, що країни СНД частково переймають досвід європейських держав щодо конституційного забезпечення права на доступну якісну медичну допомогу своїм громадянам. У цих країнах поєднується принцип двоєдиного державного регулювання, надання обов'язкового медичного забезпечення усім громадянам, контролю з боку держави за реалізацію цього права, захисту громадян, а також надання можливості отримання як основної, так і додаткової медичної допомоги в приватних медичних установах.

У більшості країн світу медицина забезпечує функцію виявлення захворювань, їх профілактику та лікування хворих. У кожній країні існують конкретні проблеми державного регулювання надання доступної і якісної медичної допомоги для всіх верств населення, які обумовлені суспільним ладом, політичним становищем, загальним рівнем соціально-економічного розвитку, соціальною політикою держави з охорони здоров'я населення, функціонуючою моделлю системи охорони здоров'я.

Існуючі сьогодні системи охорони здоров'я розрізняють за різними типами, проте найпоширенішою є класифікація за принципом організації та фінансування, згідно з якою вони поділяються на державні (національні системи), системи побудовані на принципах страхової медицини і приватні [100].

Дослідження публікацій з проблем державного регулювання організації надання населенню доступної і якісної медичної допомоги у світі свідчить про різні шляхи вирішення цього складного завдання [9, 20, 45, 54, 95, 100, 103, 105, 200, 204, 230, 232, 233 та ін.].

Так, у США забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню організоване за ринковою моделлю охорони здоров'я, як наслідок, в цій країні найвищі у світі витрати на охорону здоров'я – понад 16% ВВП [100].

Така модель характеризується децентралізацією, високим розвитком інфраструктури страхових організацій і відсутністю державного регулювання. Для більшості населення страхування здоров'я є приватною справою кожного. Медичне обслуговування під впливом орієнтованих на ринок концепцій розглядається як товар, який може вільно купуватися і продаватися в умовах

відкритого ринку. Основним джерелом фінансування медичної допомоги є приватні кошти громадян і прибуток (дохід) юридичних осіб.

Перевагами приватної системи охорони здоров'я є наявність розгалуженої мережі медичних установ, що забезпечують задоволення потреби у медичних послугах, відсутність черг на медичне обслуговування, належна увага щодо якості медичної допомоги, високі доходи медичних працівників (забезпечення кваліфікаційної, часової, спеціалізованої доступності медичної допомоги).

Проте, ця система має і такі серйозні недоліки, як висока вартість медичних послуг, а отже відсутність або низька економічна або фінансова доступність медичної допомоги; перевантаження витратних механізмів і неефективне використання наявних ресурсів; часте використання дорогих процедур і необґрунтованих медичних втручань, відсутність державного регулювання і контролю за якістю медичних технологій.

Для приватної системи характерні вільне, нерегульоване ціноутворення на медичні послуги і значна частка національного доходу, що виділяється на охорону здоров'я.

У США загальний бюджет на охорону здоров'я складається з фондів державної програми "Medicaid" (10%), державної програми "Medicare" (17%), інших державних програм (15%), коштів приватного медичного страхування (33%), коштів інших приватних джерел (4%), особистих коштів громадян (21%) [238, с. 446].

Медична допомога забезпечується коштами страхових медичних компаній, яких у США понад 2000 одиниць (найбільші "Синій Хрест" і "Синій Щит", що займаються переважно страхуванням лікарняної та позалікарняної допомоги) [100].

Завдання доступності медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення вирішується завдяки реалізації державних програм "Medicare" (медична допомога людям 65 років і старше) і "Medicaid" (медична допомога малозабезпеченим, безробітним); програми державного страхування дітей, яка забезпечує доступ до медичних послуг дітей із сімей, прибуток яких вищий ніж

для участі у “Medicaid”, але не дозволяє придбати медичну страховку [190].

Особисті внески громадян, різних релігійних, благодійних фондів та організацій складають більше 20% [100].

Функції координації діяльності галузі по забезпеченню доступності і якості медичної допомоги населенню на державному рівні здійснює Департамент охорони здоров'я, освіти та добробуту. На регіональному рівні в урядах штатів є департаменти охорони здоров'я, яким підпорядковано більшість медичних закладів, зокрема педіатричні, акушерсько-гінекологічні, інфекційні, амбулаторно-поліклінічні. Установи регіонального і федерального рівнів складають не менше $\frac{3}{4}$ усієї бази охорони здоров'я.

Разом з тим, як зазначає Л. Лебедева, для організації фінансування соціальних витрат, до яких відноситься і забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню у США здійснено [75, с. 105]:

- закріплення за кожним рівнем державного управління джерела фінансування програм забезпечення вразливих верств населення медичною допомогою, які є широко диверсифікованими: федеральний бюджет, бюджети штатів і місцевих органів влади, ресурси приватного та змішаного секторів, внески працівників і роботодавців;

- розроблені адміністративні механізми управління програмами по забезпеченню доступності медичної допомоги вразливим верствам населення, які визначають повноваження та відповідальність федеральних відомств, спеціальних органів штатів, місцевих органів;

- фінансування державним бюджетом надання медичних послуг для літніх, для осіб, які страждають психічними розладами на основі укладання контрактів з приватними агентствами з надання соціальної допомоги;

- розширення повноважень субфедеральних органів управління при одночасному закріпленні за ними більшої фінансової відповідальності у забезпеченні медичних послуг населенню;

- посилення ролі у системі фінансування охорони здоров'я місцевих фінансів на 41%.

Основний обсяг медичної допомоги забезпечується через систему приватного медичного страхування, яким охоплено близько 84% громадян. В охороні здоров'я рівень приватизації муніципальної власності сягає 50% [41].

Доступ до амбулаторної медичної допомоги здійснюється сімейними лікарями, які при необхідності направляють хворого до вузьких фахівців або стаціонару. В госпіталях надається певний об'єм амбулаторної допомоги, невідкладна та стаціонарна допомога.

Разом з тим, незважаючи на найвищі витрати у світі на охорону здоров'я, певну роль держави у регулюванні потреб населення у медичній допомозі близько 16% громадян США (47 млн. осіб за даними 2007 року) не мають медичної страховки, тобто система охорони здоров'я, яка ґрунтується на ринкових засадах не має такої властивості, як доступність медичної допомоги для всіх верств населення [103].

У Великобританії забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню організоване за принципами системи Беверіджа. Така система державного регулювання доступності якісної медичної допомоги населенню отримала розвиток також у Греції, Данії, Ірландії, Канаді, Норвегії, Швеції та інших країнах. Характерними рисами цієї моделі є: централізований цільовий податок на охорону здоров'я; значна роль держави в розподілі медичних ресурсів; розподіл державою коштів між регіональними та центральними програмами; територіальні управління (відділи) охорони здоров'я є покупцями медичних послуг; наявність державних стандартів надання медичної допомоги; хворі частково сплачують медичні послуги, що не входять до гарантій держави; наявність приватних страхових компаній для до страхування окремих випадків медичної допомоги; видатки переважно з державного або місцевого бюджетів.

У Великій Британії надається безкоштовна медична допомога всім, хто її потребує, незалежно від рівня доходів та громадянства. Система охорони здоров'я ґрунтується на концепції NPSM (New Public Sector Management), основним принципом якої є впровадження спільних засад управління державним та приватним секторами охорони здоров'я.

Таким чином, у Великобританії запроваджено специфічний механізм забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню, в основу якого покладено державний принцип регулювання організації надання медичної допомоги.

Визначення державної політики у сфері охорони здоров'я та відповідальність за фактичне забезпечення доступності медичної допомоги населенню є завданням Міністерства охорони здоров'я. Організацією забезпечення медичними послугами займаються національна служба охорони здоров'я та її місцеві відділення, які надають практично всьому населенню безоплатну медичну допомогу, зі збереженням 4 – 5% платних лікарняних ліжок для бажаючих отримати лікування в більш комфортних умовах, з символічною оплатою ліків за рецептами за однаковою ціною, незалежно від їх вартості. Медичні послуги і вся діяльність медичних установ на 85 – 87% забезпечуються державним бюджетом [100]. Решта коштів надходить з приватних джерел і джерел добровільного медичного страхування.

Бюджет сфери охорони здоров'я розподіляється урядом відповідно до рішень парламенту через центральний орган управління – Міністерство охорони здоров'я. Слід зазначити, що у Великобританії функції центрального уряду і органів управління на місцях, як правило, чітко розмежовані. Пріоритети та шляхи розвитку системи державного регулювання доступності і якості медичної допомоги населенню перебувають у компетенції центрального органу управління - Міністерства охорони здоров'я, якому напряму підпорядковані 14 регіональних управлінь охорони здоров'я, котрим у свою чергу, безпосередньо підпорядковані 145 місцевих управлінь охорони здоров'я та 90 управлінь сімейного здоров'я з функціями організації і планування діяльності медичних установ на місцях [95].

Система організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню складається з наступних секторів: позалікарняної допомоги або первинної медичної допомоги (лікарі загальної практики, зубні лікарі, амбулаторно-поліклінічні заклади, аптеки), лікарняної допомоги (лікарі госпіталів, лікарняних служб, амбулаторій при госпіталях), медико-соціальних

служб, підвідомчих муніципалітетам (санітарно - гігієнічні, допомога патронажних медичних сестер та ін.).

ПМСД представлена загальними лікарськими практиками, які є незалежними некомерційними структурами. Лікарі загальної практики працюють на основі індивідуального контракту з управлінням сімейного здоров'я. Виокремлюють звичайні лікарські практики та загальні лікарські практики фондоутримувачі, у першому випадку кошти на надання медичної допомоги отримують власними силами, у другому – отримують від держави фінансові фонди для надання частково вторинної медичної допомоги [95].

В разі необхідності термінової консультації пацієнт очікує, коли в лікаря звільниться час для незапланованого прийому. Лікар первинної ланки встановлює діагноз, направляє хворого на діагностичні обстеження та на консультацію до вузьких спеціалістів. Звернення до лікаря загальної практики для пацієнта та звернення до лікаря спеціаліста у системі NHS безкоштовна, у приватному секторі пацієнти сплачують кошти за отримані послуги. Пацієнти частково оплачують деякі види медичних послуг – виписка рецепта і профілактичний огляд, виняток становить стоматологічна допомога, 80% вартості якої, оплачує пацієнт [20, 100].

Сектор ПМСД підконтрольний багатьом опікунським комітетам, функціонуючими в кожному районі і складається з представників адміністрації, профспілок, медичної галузі, громадських організацій, тобто у країні застосовується такий інструмент державного регулювання, як громадський контроль.

Вторинна медична допомога, в тому числі і спеціалізована амбулаторна, надається в госпіталях. Державні медичні установи та їх об'єднання називаються трастами, підпорядковані напряму МОЗ а фінансово залежать від місцевих управлінь охорони здоров'я [95].

Сектор лікарняної допомоги контролюється лікарняними радами, комітетами або трастами, які існують в районах і регіонах та підпорядковується місцевій владі.

Система швидкої та невідкладної допомоги працює безвідмовно і Уряд вважає її розвиток пріоритетним.

Слід підкреслити, що у країні висока транспортна доступність медичної допомоги за рахунок якісних доріг та наявності у більшій частині населення автомобілів.

У такій країні як Швеція регулювання доступності і якості медичної допомоги населенню також організоване за системою Беверіджа і є державним. Роль приватного сектору вкрай незначна, всього близько 5% лікарів мають приватну практику, проте в стоматології частка приватного сектору становить більше 50% [41].

Політика держави по забезпеченню територіальної та кваліфікованої доступності медичної допомоги населенню реалізується за рахунок розвитку первинної медико-санітарної допомоги, зростання кількості терапевтичних ліжок, розширення мережі районних лікарень та будинків медсестринського нагляду.

Термін очікування до лікаря загальної практики становить 7 днів, максимум 90 днів для постановки діагнозу спеціалістом та 90 днів спеціалізованого лікування, черги на планову госпіталізацію можуть досягати 9 місяців [100].

Пацієнти в цілому задоволені доступністю медичної допомоги, однак невелика частина населення стикаються з проблемами доступності медичної допомоги через доплату, в середньому населення оплачує 20% вартості медичних послуг, інша частина компенсується через систему соціального страхування, а також за рахунок державних коштів [41].

Цікавим у контексті нашого дослідження є державне регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню за принципами системи О. Бісмарка або страхової медицини. Необхідність введення страхової медицини була обумовлена наявністю широкого приватного сектора в охороні здоров'я з високими цінами на медичні послуги, недосконалістю ринку, інформаційною асиметрією. Як стверджує В. Москаленко поряд з політичними і соціальними причинами введення страхової медицини, важливу роль у його появі відіграла ідея забезпечення більшої доступності медичних послуг для населення

[100]. Ця модель поширена в багатьох країнах світу, у Європейському регіоні вона представлена в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Франції.

Ключовими ознаками цієї моделі є: неурядові страхові фонди та компанії із законодавчо визначеним статусом, що регулюються державою; попит на медичну допомогу і сумарні витрати на охорону здоров'я суттєво зростають при введенні страхових полісів; страхові компанії (фонди) є покупцями медичних послуг у держави, між ними є конкуренція; обов'язкові внески працівників та роботодавців або спеціальні податки (25-35% державне фінансування); договори фондів (а не регіональних органів управління охороною здоров'я) з надавачами медичної допомоги; хворі сплачують медичні послуги, не охоплені страховками, або частину їх вартості (засіб скорочення попиту).

Держава тут відіграє роль гаранта в задоволенні суспільно необхідних потреб усіх чи більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг.

Досвід державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню у Франції свідчить про те, що майже для 96% громадян терапевтичні послуги безкоштовні або повністю відшкодовуються. Соціальна група населення з найменшими доходами має безоплатний універсальний доступ до медичного обслуговування, який повністю фінансується податками [105]. На початку XXI сторіччя Уряд Франції прийняв низку законодавчих актів, направлених на поліпшення доступності медичної допомоги громадянам, які потребують постійного медичного догляду; медичного забезпечення робітників та студентів; безоплатну організацію планування сім'ї.

Кваліфікаційну доступність медичної допомоги забезпечують майже 185 тисяч лікарів, у середньому 3 на 1000 населення (Великобританія - 3 на 1800 осіб, США – 3 на 2700 осіб, Німеччина – 3 на 3400 осіб, Італія – 3 на 5900 осіб) [105].

Територіальну медичну доступність у країні забезпечують широка мережа державних лікарень, приватних клінік та благодійних структур. Наразі у Франції функціонує 1032 регіональні, університетські, локальні та загальні лікарні.

Французи мають право вільного вибору послуг у секторі первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Свобода вибору лікаря та пацієнтів не обмежена, лікар загальної практики не виконує функцій “диспетчера” при зверненні пацієнтів для надання послуг у стаціонарах. В міських районах діє близько 1000 муніципальних центрів медичного обслуговування, які відіграють важливу роль у наданні послуг малозабезпечених верствам населення.

Однією з фундаментальних переваг французької системи охорони здоров'я щодо організації надання доступної і якісної медичної допомоги є співробітництво між громадськими та приватними медичними структурами, які дозволяють уникнути списків очікування на виконання хірургічних маніпуляцій. Дійсно, приватні лікувальні заклади Франції працюють досить активно і виконують близько 50% хірургічних втручань, а також проводять лікування близько 60% злоякісних захворювань, для порівняння слід відмітити, що в багатьох країнах Європейського Союзу лікування злоякісних новоутворень прерогатива виключно державних клінік [20, 105]. Отже французька модель унікальної комбінації громадської охорони здоров'я та комерційного медичного сектора дозволяє створити дійсно відкриту систему, що надає доступ усім громадянам до сучасних медичних технологій (забезпечення технологічної доступності медичної допомоги).

Рівність усіх громадян Франції реалізується в доступності не тільки терапевтичних послуг але і превентивних медичних послуг. З метою забезпечення інформаційної доступності медичної допомоги законодавством країни передбачено профілактичні заходи, які включають ініціювання раннього звернення за лікарською допомогою та проведення освітніх курсів в організованих колективах для формування у населення знань про хвороби і для попередження безпечної поведінки серед підлітків. З 10,5 млрд. євро, витрачених у 2002 році на профілактичні заходи, 50% коштів використано безпосередньо на профілактичні заходи, 25% - на скринінгові обстеження та 25% - на боротьбу з медичними та соціальними факторами ризику [105].

Протягом останніх років основним із завдань Міністерства охорони здоров'я Франції є боротьба з нерівним географічним та соціально-економічним розподілом лікувально-профілактичних послуг. Підтвердженням ефективності забезпечення доступності якісної медичної допомоги є високий рівень здоров'я та щорічне збільшення очікуваної тривалості життя населення більш ніж на три місяці, що дозволило у червні 2000 року Всесвітньою організацією охорони здоров'я визнати систему охорони здоров'я Франції “кращою системою надання медичної допомоги у світі” [105].

Цікавим є досвід державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на Кубі, де система охорони здоров'я побудована за моделлю М. Семашка, в основі якої покладено державно-адміністративний принцип. Характерними ознаками цієї моделі є: охоплення всього населення медичною допомогою; медичні послуги розглядаються як суспільне благо, від користування яким у вигапі залишаються всі громадяни; основний постачальник медичних послуг – держава; рівна доступність медичної допомоги для всіх жителів; фінансування з коштів загального оподаткування; управління урядовими органами.

Сучасна система охорони здоров'я Куби сформована у 1959 році, основним принципом якої є доступність і безоплатність медичної допомоги для кожного громадянина. Безоплатну медичну допомогу може отримати кожен житель найвіддаленішого населеного пункту.

Економічна доступність забезпечується фінансуванням галузі з державних джерел та переважно державною власністю більшої кількості лікувально-профілактичних закладів країни. Щорічно на охорону здоров'я виділяється більше коштів ніж на утримання армії.

Забезпеченість лікарняними ліжками становить 5,6 на 1000 населення та 1,3 ліжка на 1000 населення в установах соціальної допомоги. Важливим є той аспект, що в країні в “спеціальний період”, тобто в найскладніші часи після розпаду СРСР не було скорочено жодного лікарняного ліжка [54]. Первинну медико-санітарну допомогу жителям надають сімейні лікарі за територіальним

принципом, а також на великих підприємствах, у школах, будинках для осіб похилого віку. У разі потреби в спеціалізованій медичній допомозі пацієнт направляється до вузьких фахівців в поліклініку де необхідна допомога надається безкоштовно. Пацієнти постійно проходять медичні та диспансерні огляди. У перші місяці після народження діти отримують безкоштовно щеплення проти 12 інфекцій: поліомієліту, дифтерії, правця, кашлюку, туберкульозу, тифу, кору, краснухи, паротиту, менінгіту В і С, гепатиту В. Укомплектованість сімейними лікарями та медсестрами медичних консультацій на Кубі становить 98% [54]. Черги для отримання амбулаторної та стаціонарної допомоги відсутні.

Кваліфікаційну доступність медичної допомоги забезпечують близько 800 тисяч лікарів, співвідношення лікарів до населення вдвічі вища ніж у США.

Заслужовує на увагу у країні досвід розв'язання питання забезпечення культурної доступності медичної допомоги (відсутність перепон для отримання медичної допомоги, пов'язаної з культурою спілкування медичних працівників). Завдяки бережливому та уважному ставленні кубинських лікарів до пацієнтів рівень довіри до медичних працівників і прихильність до лікування дуже високі.

Виділення значної кількості коштів на розвиток спеціалізованої медичної допомоги у країні забезпечило спеціалізовану доступність медичної допомоги не тільки населенню країни, але й жителям такої високорозвиненої країни, як США. На Кубі на високому рівні надається хірургічна допомога за лапароскопічними методиками, розроблена унікальна практика розсмоктування тромбів та попередження інфаркту міокарда, щорічно виконується понад 30 тисяч операцій з приводу катаракти очей.

Такий рівень організації надання доступної і якісної медичної допомоги широким верствам населення дозволив посісти Кубі 34 місце у світовому рейтингу систем охорони здоров'я, випередивши багато більш розвинених країн. Тривалість життя у країні одна з найвищих у світі – 76 років, а рівень дитячої смертності, включаючи малюкову фантастично низький: 4,3 на 10 тисяч населення від одного до чотирьох років і 2,7 на 10 тисяч населення серед дітей шкільного віку [54].

Отже світова практика охорони здоров'я протягом останніх десятиліть представлена різними моделями державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню. Розбіжності між ними зумовлені історичними, культурними та соціальними особливостями країн, їх політичними та адміністративними системами, але присутні і загальні напрями та ознаки еволюції національних систем охорони здоров'я. Це пов'язано з пошуком конструктивних рішень у полі дії двох фактично протилежних тенденцій: з одного боку, у всьому світі спостерігається постійне зростання цін на медичну допомогу та медичні послуги, зумовлене об'єктивним ускладненням професійної діяльності та постарінням населення; а з іншого - уряди більшості країн проводять державну політику соціальної стабільності та задоволення основних життєвих потреб усіх громадян незалежно від їх майнового стану.

Соціальна складова європейського вибору України повинна передбачати формування власної моделі розвитку системи охорони здоров'я, заснованої на рівних можливостях громадян і верховенстві права, застосуванні ефективних механізмів державного регулювання процесів, притаманних трансформаційному суспільству, задля задоволення потреб громадян у доступній і якісній медицині, охороні здоров'я, яка ґрунтується на принципах суспільної солідарності та соціальної справедливості. Вивчаючи та імплементуючи рамкові угоди у сфері охорони здоров'я, Україна здатна побудувати більш ефективну модель державного регулювання, яка наблизить нас до європейських стандартів надання медичної допомоги та забезпечить рівність і справедливість у її доступності та якості для всіх прошарків українського суспільства.

Висновки до другого розділу

1. Аналіз діючого інституційного механізму державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню дозволив виявити першопричини низького рівня забезпеченості населення якісними і доступними медичними послугами: відсутність чіткої стратегії управління

організацією надання медичної допомоги населенню; недосконалий розподіл і неефективне використання наявних ресурсів медичної галузі; відсутність на рівні районних державних адміністрацій відділів чи управлінь охорони здоров'я (зазначені державні інституції функціонують лише у Вінницькій області та м. Києві), що унеможливорює організацію злагодженої роботи управлінь (департаментів) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій з районними державними адміністраціями по забезпеченню доступності якісної медичної допомоги населенню.

2. Доведено, що складність належного виконання функцій з організації надання населенню медичної допомоги управліннями (департаментами) охорони здоров'я на базовому рівні обумовлена причинами інституційного характеру: 1) відповідно до статті 143 Конституції України, управління закладами охорони здоров'я, які розташовані у селах, селищах та містах і є відповідною комунальною власністю, здійснюють виконавчі органи місцевого самоврядування. Виконавчі комітети міських рад виконують функції управління щодо вказаних закладів охорони здоров'я як безпосередньо, так і через спеціальні виконавчі органи місцевого самоврядування, які вони ж і утворюють; 2) державні програми, спрямовані на поліпшення доступності якісної медичної допомоги населенню розробляються і реалізуються не тільки центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я але і іншими міністерствами без належної координації їх діяльності і контролю за використанням медичних ресурсів.

3. Обґрунтовано доцільність створення у структурі департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій – управлінь з організації медичної допомоги населенню та у їх складі відділів/секторів первинної медико-санітарної допомоги, які безпосередньо здійснюватимуть управління забезпеченням доступності якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні.

4. Аналітичний огляд сучасного стану ресурсного забезпечення організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню виявив деяку нездатність сучасної системи державного регулювання надання населенню медичної допомоги в організації взаємодії між суб'єктами при перерозподілі

основних типів ресурсів (матеріальні, людські, фінансові, технічні), що обумовило їх нераціональне використання. У системі державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню спостерігається розпорошеність фінансових ресурсів між численними ЗОЗ, включаючи відомчого підпорядкування, без урахування обсягу та структури функцій, що вони виконують. Незважаючи на щорічне зростання видатків на охорону здоров'я недостатнє фінансування галузі вважається однією з провідних проблем національної системи охорони здоров'я, оскільки протягом останніх років державні витрати на охорону здоров'я становлять близько 3% ВВП, що вдвічі менше ніж у країнах ЄС.

Пріоритетними у фінансуванні залишаються лікарні, при цьому 80-90% коштів спрямовані на заробітну плату та комунальні послуги, майже не фінансуються медикаменти, обладнання. Має місце диспропорція кадрового забезпечення ЗОЗ, яка проявляється у надмірній спеціалізації лікарів з одночасною недостатністю лікарів первинної медико-санітарної допомоги, особливо у сільській місцевості.

5. Державне регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню розвивається за своїми сценаріями, має значні відмінності в різних країнах світу, а також розбіжності в механізмах та інструментах регулювання. Значно відрізняються і методи регулювання забезпечення населення доступними і якісними медичними послугами, що залежать не лише від національного менталітету і рівня розвитку держави, а й від моделі регулювання, що офіційно визнана. Водночас жодна країна світу не може здійснювати державне регулювання організацією надання медичної допомоги населенню безоглядно щодо вимог, які вироблені світовою спільнотою і які все більше підпорядковують національні медичні інституції міжнародним правилам і стандартам.

Вивчаючи досвід зарубіжних країн Україна може побудувати власну ефективну модель державного регулювання надання населенню медичної допомоги, яка забезпечить рівність та справедливість у доступності якісної медичної допомоги для всіх прошарків населення.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ
ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОСТУПНОЇ І ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ НА БАЗОВОМУ РІВНІ

Становлення України як демократичної держави, відповідні перетворення в суспільстві потребують формування нової концепції державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню, обґрунтування системи управління та регулювання її складовими. Серед них особливе місце посідає управлінська діяльність щодо державного забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню на базовому рівні.

Більшість науковців зазначають, що для України питання забезпечення доступності медичної допомоги населенню залишається невирішеною проблемою, реаліями сьогодення є значні відмінності у можливостях отримання медичної допомоги для різних верств населення [77].

Для наукового обґрунтування шляхів удосконалення діючого механізму державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні необхідно мати об'єктивну інформацію щодо стану задоволеності потреб усіх зацікавлених сторін, що дозволить виявити першопричини назрілих проблем та запропонувати заходи щодо їх ефективного вирішення. У розділі отримано вирішення наступних завдань:

- ідентифіковано рівень задоволеності потреб зацікавлених сторін щодо доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні та виявлено першопричини низької ефективності механізму державного регулювання її організації, що дозволило обґрунтувати пріоритетні напрями його удосконалення;
- розроблено концептуальну модель механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості;

- сформульовано практичні рекомендації щодо інтегрування саморегулюючих організацій в процес надання доступної і якісної медичної допомоги.

3.1 Ідентифікація рівня задоволеності потреб зацікавлених сторін щодо доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні

Одними із важливих елементів механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги на базовому рівні є забезпечення доступності і якості послуг. При цьому доступність розуміється не лише як фізична можливість пацієнта отримати відповідну його потребам медичну послугу завдяки зручному місцю розташування, організації та часу обслуговування, а зрозумілість та ефективність порядку і процедур отримання послуг. Відповідність потребам зацікавлених сторін, модифікація стандартних послуг для задоволення потреб специфічних груп, повнота спектра послуг, надання мобільних і дистанційних послуг, позитивне і партнерське ставлення персоналу, дотримання стандартів послуг тощо – усе це складові забезпечення доступності якісних медичних послуг, що мають бути регламентовані з боку держави.

Зацікавлені сторони надання медичної допомоги – це окремі особи й організації, що залучені у процес надання медичної допомоги, або ті, чий інтерес можуть позитивно чи негативно вплинути на результати надання медичної допомоги. Загалом, в аспекті нашого дослідження, можна виділити три категорії зацікавлених сторін:

- основні зацікавлені сторони – це ті, від кого залежить, або хто може суттєво вплинути на доступність і якість медичної допомоги – органи державної влади та органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, спеціалізовані підприємства та організації тощо;

- першочергові зацікавлені сторони – це ті особи, групи осіб чи організації, які так чи інакше відчують на собі результати медичної допомоги (позитивні або негативні) – пацієнти та медичні працівники;

- другорядні зацікавлені сторони – це всі інші особи чи інституції, які можуть мати опосередкований інтерес до надання медичної допомоги чи певну роль у її реалізації – адміністративні працівники медичних закладів та управління охорони здоров'я, представники відповідних громадських організацій, постачальники лікарських засобів і медичного обладнання, транспортні служби, страхові організації тощо.

Слід наголосити, що на практиці відмінність між типами зацікавлених сторін не завжди може бути чіткою, тобто вони частково можуть збігатися.

Аналіз, проведений у попередніх розділах, свідчить про певний рівень незадоволення сучасним станом медичної допомоги на базовому рівні, який висловлюють основні групи зацікавлених сторін: пацієнти, оскільки не одержують доступної і якісної медичної допомоги; медичні працівники, праця яких стала однією з найменш престижних і низькооплачуваних; держава, яка не зважаючи на збільшення бюджетного фінансування медичної галузі, не одержує ефективного результату від інвестованих ресурсів.

На основі аналізу нормативно-правової бази, фондів матеріалів та статистичних джерел, нами було виявлено інституційну проблему низької ефективності механізму державного регулювання надання населенню медичних послуг на базовому рівні – труднощі виконання управліннями (департаментами) охорони здоров'я окремих функцій на базовому рівні. Також, проблемними є питання недостатності і неефективності ресурсного забезпечення медичної допомоги на базовому рівні та низького рівня розвитку інфраструктури (діапазон медичних установ, страхові організації, наявність достатньої кількості громадського транспорту тощо). Зазначені причини істотно впливають на ефективність організації медичної допомоги на базовому рівні та її доступність і якість.

Але, для отримання комплексної оцінки ефективності механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги на базовому рівні важливим є виявлення очікувань та межі задоволення потреб у медичних послугах першочергових зацікавлених сторін – мешканців сільських населених

пунктів. Саме ця інформація для органів влади є індикатором соціальних потреб й інтересів, які треба знати, враховувати й задовольняти.

Під доступністю медичної допомоги у межах нашого дослідження ми розуміємо забезпечення безперешкодного доступу до тих чи інших медичних послуг для всіх зацікавлених осіб, які потребують таких послуг, тобто відсутність територіальних, транспортних, інформаційних, організаційних, фінансових, культурних та будь-яких інших об'єктивних перешкод, які заважають клієнтам отримати ці послуги.

Для виявлення проблем забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні нами застосовано метод анкетування мешканців сільського адміністративного району та метод оцінок експертів. З цією метою розроблено анкету громадянина – жителя селища чи села та анкету експерта з питань доступності медичної допомоги, які містять найважливіші параметри інфраструктурної, ресурсної, територіальної, економічної доступності медичної допомоги, питання щодо ролі органів державної влади й органів місцевого самоврядування в її забезпеченні та основні причини, які впливають на ці параметри, що виділені з літературних джерел за допомогою контент-аналізу (додатки Н, П).

Розрахунок об'єму вибіркової сукупності, здійснювався на підставі розрахунку довірчого інтервалу. Вихідною інформацією, для реалізації цього підходу стали: 1) величина варіації, якою як вважається, володіє сукупність; 2) бажана точність; 3) рівень довірчості, якому повинні задовольняти результати дослідження.

Формулу, за якою здійснювався розрахунок об'єму вибіркової сукупності наведено на рис.3.1.

$$n = \frac{z^2(pq)}{e^2}$$

Рис. 3.1 Формула розрахунку об'єму вибіркової сукупності

де n – об'єм вибіркової сукупності; z – нормоване відхилення, що визначається виходячи з обраного рівня довірчості; p – знайдена варіація для вибіркової сукупності; $q = (100 - p)$; e – припустима похибка [31, с. 168-169].

Згідно з загальноприйнятими стандартами соціології та статистики довірна ймовірність вибіркової сукупності (тобто вірогідність того, що дані, отримані з вибіркової сукупності співпадають із даними генеральної сукупності у певному довірчому інтервалі) повинна бути не нижче 95% (вірогідність помилки вибіркової сукупності не перевищує 5%). Приймаючи до уваги цю вимогу, значення нормованого відхилення беремо (за таблицею) відповідно $z = 1,96$.

Оскільки ми маємо справу із досить неоднорідною, генеральною сукупністю, величину коефіцієнту варіації ми беремо відповідну генеральної сукупності із середнім рівнем неоднорідності: $p = 25$.

Припустима похибка – це розмір довірчого інтервалу відхилення результату дослідження певного показника вибіркової сукупності від відповідного показника генеральної сукупності, тобто будь-який результат вибіркової сукупності в середньому буде дорівнювати $x \pm e$. При виборі припустимої похибки важливо витримати баланс між прагненням до точності та сприятливим розміром вибіркової сукупності, тому опираючись на власні прогнози результатів розрахунку пропонуємо значення $e = 3,7 \%$.

В результаті розрахунків за приведеною вище формулою отримаємо мінімальний необхідний розмір вибіркової сукупності:

$$n = z^2 * p * (100 - p) / e^2 = (1,96)^2 * 25 * 75 / (3,7)^2 = 3,8416 * 1875 / 13,69 = 526 = 515$$

(візьмемо для подальших розрахунків більш зручне число).

Отже, для дослідження стану забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню та визначення основних факторів, які впливають на доступність медичної допомоги, нами було опитано 515 осіб, старших 18 років, які мешкають на території 18 сільських адміністративних районів Херсонської області. Основу соціологічного опитування складає анкетування, проведене шляхом реєстрації відповідей респондентів на систему питань (відповідно до розробленої анкети).

Із загального числа респондентів жінки склали 54,2%, чоловіки – 43,7%, не вказали стать 2,1% респондентів; більше половини опитаних – віком старше 40 років – 62%. Серед респондентів особи з низьким рівнем доходів склали 56,3%; з середнім – 40%, з високим – 1,6%, не вказали рівень доходів 2,1% респондентів. Серед опитаних проживали 1,9% у населеному пункті де взагалі відсутній медичний заклад; 25,8% у населеному пункті де наявний ФАП; 11,5% у населеному пункті де наявна СЛА; 1,4% у населеному пункті де наявна дільнична лікарня; 53,8% у населеному пункті де наявна центральна районна лікарня, 5,6% респондентів не вказали місце проживання.

Результати дослідження переконливо свідчать про те, що на базовому рівні мають місце проблеми щодо звернення громадян по медичну допомогу. Незважаючи на те, що 36,7% респондентів вказали на незадовільний стан здоров'я, а 58,6% респондентів на наявність хронічних проблем зі здоров'ям – 30,2% респондентів протягом року жодного разу не звернулися до лікаря.

Зазначене підтверджується даними соціологічного дослідження, проведеного у 2005 році в Україні, кожний третій українець (33,1%) протягом року жодного разу не звертався до лікаря, і це найвищий показний серед 24 європейських країн [77].

Частка городян, які звернулися за медичною допомогою, була вищою ніж сільських жителів (82,3% і 74,1% відповідно), що обумовлено як вищим рівнем економічного благополуччя міських жителів, так і вищою територіальною доступністю медичної допомоги в містах, про це свідчать і показники по Україні (81,4% і 70,3% відповідно) [77]. Особи, що належать до числа осіб з низьким рівнем доходів зверталися за медичною допомогою значно рідше, ніж представники з високим рівнем доходів.

Відмінності у кількості звернень обумовлені різними причинами, проте найголовнішою з них можна вважати рівень доступності медичної допомоги.

Традиційно вважається, що основною перешкодою для звертання є висока вартість медичних послуг. Загальний розподіл відповідей наведено на рис. 3.2 та рис. 3.3.

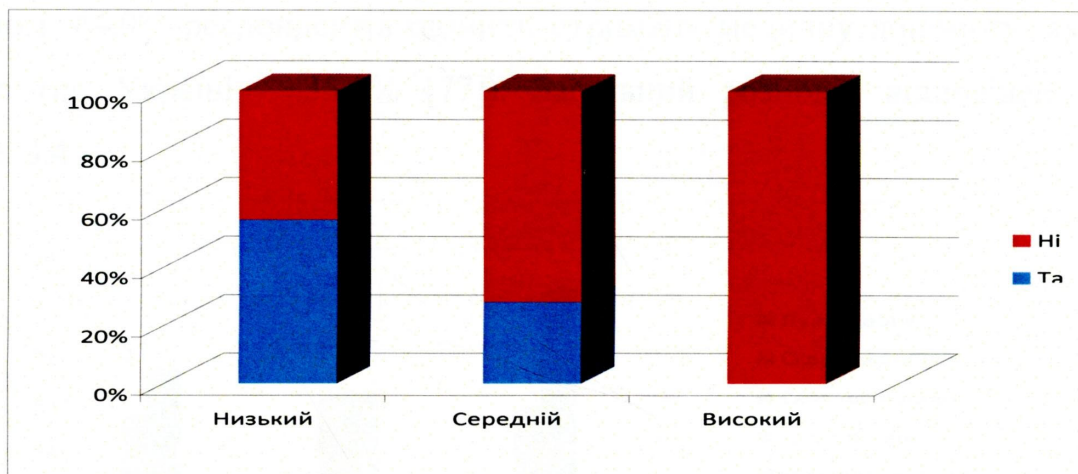


Рис. 3.2 Розподіл відповідей на питання чи було перепорою для отримання медичної допомоги необхідність оплати медичних послуг за рівнем доходу респондентів

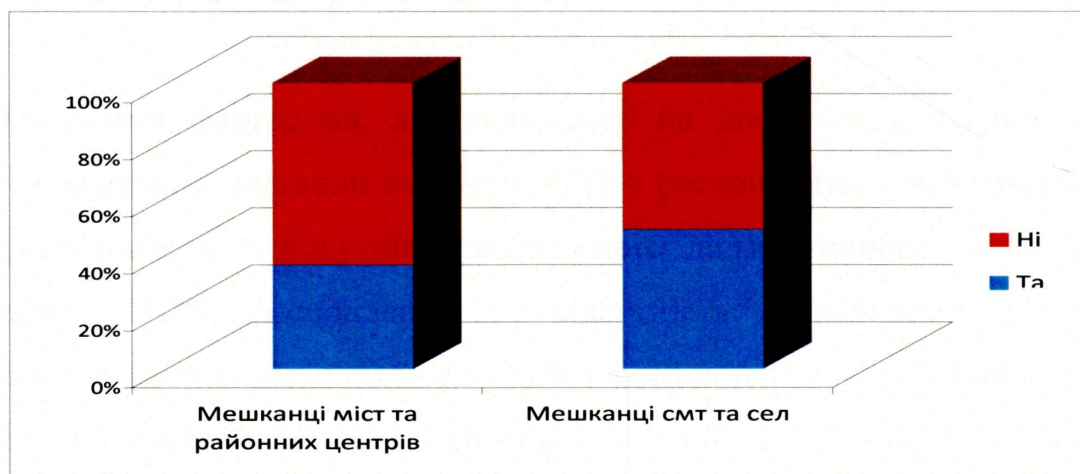


Рис. 3.3 Розподіл відповідей на питання чи було перепорою для отримання медичної допомоги необхідність оплати медичних послуг за типом населеного пункту респондента

Отже на перепони для отримання медичної допомоги вказали 42,3% респондентів, з них: 48,4% осіб з низьким рівнем доходів, 27,7% з середнім рівнем доходів, 21,2% міських жителів та 32,8% сільських жителів.

Проте, не менше населення турбує питання низького рівня медичної допомоги 44,0% респондентів оцінили отриману медичну допомогу, як скоріше погано (по Україні – 35,0% [77]). Загальний розподіл відповідей наведено на рис. 3.4.

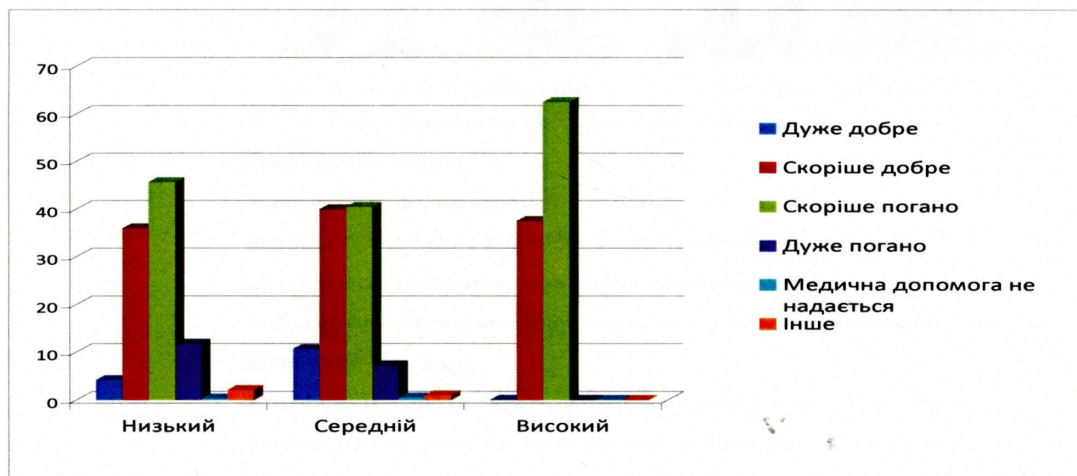


Рис. 3.4 Розподіл відповідей на питання як би Ви оцінили отриману медичну допомогу за рівнем доходу респондентів

Основними факторами, які впливають на доступність якісної медичної допомоги мешканці виділили наступні: 41,7% респондентів - відсутність лікаря; 54,6% респондентів – відсутність необхідного діагностичного та лікувального обладнання; 21,2% респондентів – відсутність щоденного транспортного сполучення з населеним пунктом; 30,9% респондентів – поганий стан доріг; 60,5% респондентів – відсутність коштів для сплати за діагностичне обстеження та лікування.

Мешканці міст основними факторами визначили відсутність необхідного діагностичного та лікувального обладнання і відсутність коштів для сплати за діагностичне обстеження та лікування. Разом з тим, жителі сільської місцевості поряд з вищезазначеними факторами вказали на відсутність лікаря, відсутність щоденного транспортного сполучення з населеним пунктом, поганий стан доріг. Загальний розподіл відповідей наведено на рис. 3.5.

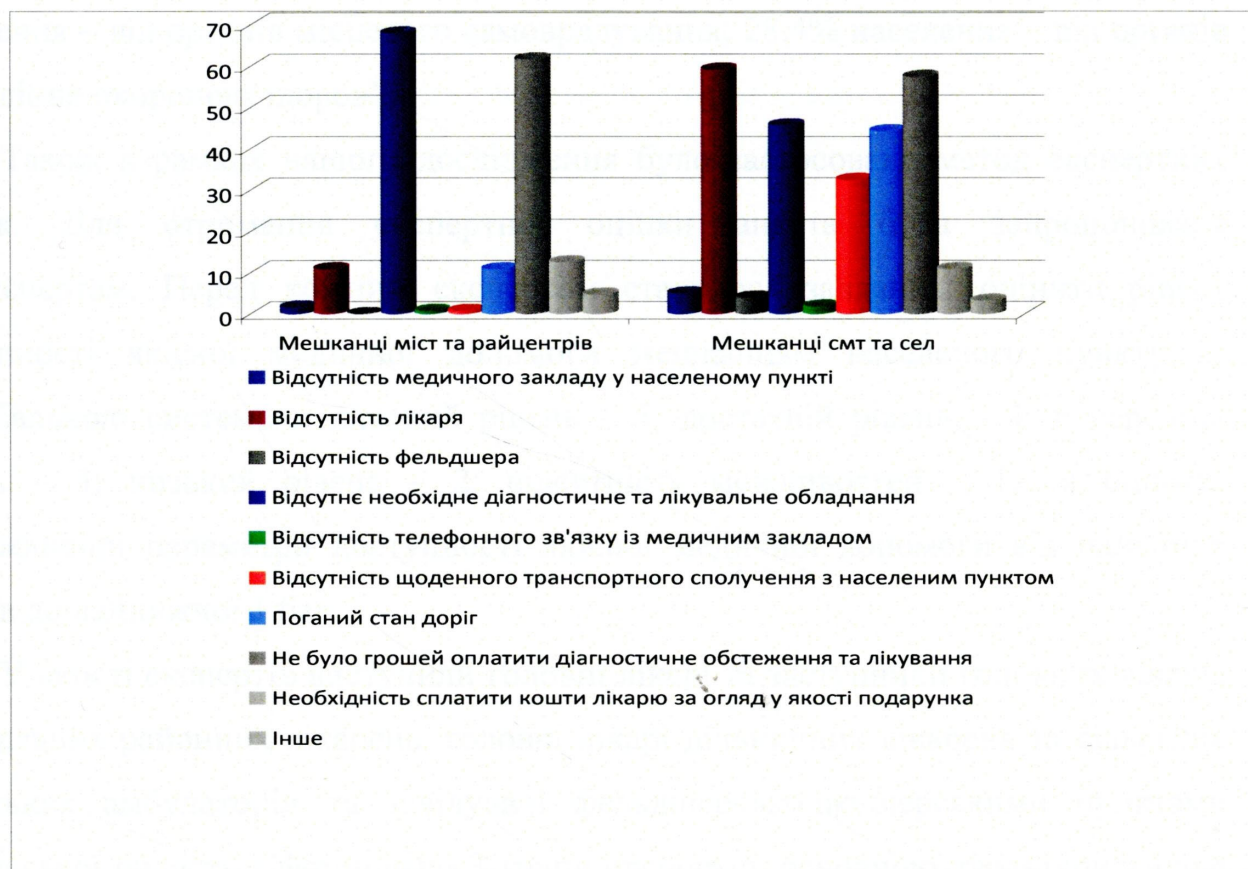


Рис. 3.5 Причини неотримання своєчасної медичної допомоги

Основними шляхами удосконалення забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню респонденти визначили: майже 20% - побудувати лікарську амбулаторію у населеному пункті; 74,2% придбати обладнання у заклади охорони здоров'я ; 38,5% - відремонтувати дороги; 23,9% - забезпечити щоденний рух автобусу до населеного пункту.

Також у рамках дослідження було запропоновано визначити від кого найбільшою мірою залежить питання забезпечення доступності і якості медичної допомоги сільському населенню. Аналізуючи думку респондентів слід зазначити, 48,6% населення вважає, що забезпечення доступності якісної медичної допомоги сільським мешканцям знаходиться у компетенції центральних органів влади (Президента України, Уряду, Верховної Ради України); 67% населення – від місцевих органів влади (обласної, районної державних адміністрацій); 35%

населення – від органів місцевого самоврядування; 28,4% населення – від органів управління охороною здоров'я.

Також в рамках нашого дослідження було застосовано метод експертних оцінок. Для отримання експертної оцінки анкета була запропонована 45 експертам. Перед кожним експертом ставилося завдання: оцінити рівень доступності якісної медичної допомоги мешканцям населеного пункту за п'ятибальною системою: високий рівень – 5; достатній рівень – 4; посередній рівень – 3; низький рівень – 2; відсутність можливостей – 1, та оцінити найважливіші параметри доступності якісної медичної допомоги від найвищої 5 балів до найнижчої 1 бал.

У якості експертів виступили головні лікарі та заступники головних лікарів центральних районних лікарень, головні лікарі дільничних лікарень та сільських лікарських амбулаторій та завідувачі фельдшерсько-акушерськими пунктами Херсонської області. Сформовано 3 групи експертів, основною характеристикою різних груп експертів було визначено наявність у населеному пункті закладу охорони здоров'я, надання у медичному закладі долікарської медичної допомоги, лікарської медичної допомоги та спеціалізованої медичної допомоги. Експерти, що працюють на первинному рівні надання медичної допомоги – 30 осіб; експерти, що працюють на вторинному рівні надання медичної допомоги – 15 осіб. За середнім стажем роботи експерти розподілилися наступним чином: стаж 3-10 років – 2,2% осіб; стаж 10-20 років – 26,7% осіб; стаж 20-30 років – 44,4% осіб; стаж більше 30 років – 26,7% осіб.

Вищу освіту мають 66,7% експертів, середню спеціальну – 33,3% експертів.

Дані, які отримані під час опитування свідчать про недостатній рівень доступності первинної медичної допомоги: 9 експертів зазначили як низький (20%); 28 експертів як посередній (62,2%) і тільки 8 експертів як достатній (17,8%).

Таблиця 3.1

Експертна оцінка параметрів доступності медичної допомоги на базовому рівні

| Параметри доступності | 1 бал | 2 бала | 3 бали | 4 бали | 5 балів |
|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|---------|
| Економічна | 4 експерта 8,9 % | 23 експерта 51,1 % | 15 експертів 33,3 % | 3 експерта 6,7 % | — |
| Ресурсна | 7 експертів 15,6 % | 18 експертів 40,0 % | 16 експертів 35,6 % | 4 експерта 8,9 % | — |
| Соціокультурна | 17 експертів 37,8 % | 14 експертів 31,1 % | 11 експертів 24,4 % | 3 експерта 6,7 % | — |
| Територіальна | 2 експерта 4,4 % | 19 експертів 42,2 % | 15 експертів 33,3 % | 9 експертів 20 % | — |

При оцінці параметрів доступності і якості медичної допомоги найнижче експерти оцінили економічну та соціокультурну доступність (таблиця 3.1).

Серед причин низького рівня економічної доступності експерти вважають: 81,8% - відсутність коштів у пацієнтів; 72,7% - недостатнє виділення коштів закладам охорони здоров'я на придбання медикаментів та розхідних матеріалів; 68,2% - недостатнє виділення коштів на капітальні видатки (ремонт та будівля приміщень); 61,4% - необхідність сплачувати за діагностично-лікувальні процедури безпосередньо пацієнтами.

Серед причин низького рівня ресурсної доступності експерти вважають: 71,3% - недостатнє забезпечення закладів охорони здоров'я медикаментами та розхідними матеріалами; 69,0% - недостатнє забезпечення закладів охорони здоров'я діагностичним обладнанням; 59,5% - недостатнє укомплектування закладу охорони здоров'я лікарями; 54,8% - недостатнє укомплектування закладу охорони здоров'я молодшими медичними працівниками (фельдшерами, медичними сестрами, акушерками). Серед причин недостатньої укомплектованості медичними працівниками зазначено: 92,5% - недостатній рівень заробітної плати; 85,0% - відсутність комп'ютеризації робочого місця та доступу до мережі Інтернет; 65,0% - відсутність коштів на фінансування

відряджень (підвищення кваліфікації, навчання лікарів, участь у науково-практичних конференціях); 60,0% - відсутність житла для медичних працівників; 20,0% - відсутність у населеному пункті де проживає медичний працівник дитячого садка, школи.

Серед причин низького рівня територіальної доступності експерти вважають: 90,5% - поганий стан доріг; 52,4% - автобус заходить до населеного пункту 2 рази на тиждень; 40,5% - автобус заходить до населеного пункту 3 рази на тиждень; 40,5% - необхідність витратити більше 30 хвилин на доїзд до населеного пункту де наявна лікарська амбулаторія; 23,8% - відсутність взагалі автобусного сполучення з населеним пунктом.

Основними причинами недостатнього рівня інфраструктурної доступності експерти зазначають у 57,1% відповідей наявність у населеному пункті лише фельшерсько-акушерського пункту, у 14,3% відповідей – сільської лікарської амбулаторії та у 28,6% - лише дільничної лікарні (додаток С).

Для поліпшення доступності і якості медичної допомоги населенню експерти запропонували: 97,8% - збільшити фінансування медичних закладів; 80,0% - відремонтувати дороги; 66,7% - забезпечити щоденне курсування громадського транспорту (автобуса) до населеного пункту; 48,9 – відкрити нові автобусні маршрути (додаток С).

Важливим інструментом в реалізації механізмів державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню є державні та регіональні цільові програми. У контексті нашого дослідження експертам було запропоновано оцінити стан функціонування ряду регіональних програм у сфері охорони здоров'я, заходи яких спрямовані на поліпшення доступності та якості медичної допомоги мешканцям. Оцінки експертів розподілилися наступним чином (таблиця 3.2).

*Експертна оцінка стану функціонування регіональних програм
у сфері охорони здоров'я*

| Назва програми | Позитивна оцінка | Негативна оцінка | Невідомо про існування програми |
|---|------------------|------------------|---------------------------------|
| Обласна цільова міжгалузева програма “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки | 66,7% експертів | 31,1% експертів | 2,2% експертів |
| “Обласна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки” | 97,8% | 2,2% | — |
| “Обласна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки” | 40,9% експертів | 54,5% експертів | 4,5% експертів |
| обласна програма “Цукровий діабет” на 2010-2013 роки | 59,1% експертів | 40,9% експертів | — |
| обласна програма “Репродуктивне здоров’я нації” на період до 2015 року | 31,1% експертів | 62,2% експертів | 6,7% експертів |
| “Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року” | 28,9% експертів | 66,7% експертів | 4,5% експертів |
| обласна програма “Херсонщина без ліків-фальсифікатів” на період до 2012 року” | 28,9% експертів | 15,6% експертів | 55,6% експертів |

Також експерти визначили, що забезпечення доступності і якості медичної допомоги сільському населенню найбільшою мірою залежить від діяльності: 82,2% - від місцевих органів державної влади (обласні та районні державні адміністрації); 75,6% - від органів місцевого самоврядування; 40,0% - від центральних органів влади – Президента України, Уряду, Верховної Ради; 33,3% - від органів управління охороною здоров’я та 22,2% - від керівників закладів охорони здоров’я.

Застосування методу експертних оцінок дозволило підтвердити наявність проблем із забезпеченням доступності якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні, яке вказали при анкетуванні мешканці сільських адміністративних

районів, виокремити основні параметри доступності якісної медичної допомоги та причини, що впливають на них.

Основною перепоною у доступі до медичної допомоги є необхідність сплачувати значну частину послуг з особистих коштів громадян. Другою важливою перешкодою для звернення за медичною допомогою є низький рівень задоволеності якістю медичного обслуговування. Відмічається істотна нерівність у доступності медичної допомоги осіб з низьким рівнем доходів та сільських мешканців. Разом з тим, показники захворюваності у занедбаних станах та смертності значно вищі у зазначених категоріях населення.

Слід зазначити, що мають місце недоліки у плануванні заходів при розробці регіональних цільових програм щодо організації надання певних видів медичної допомоги населенню на базовому рівні, що підтверджено оцінками експертів.

Основну роль у забезпеченні доступності і якості медичної допомоги сільським мешканцям відіграють місцеві державні адміністрації (обласні і районні) та органи місцевого самоврядування тому потребують удосконалення існуючі механізми державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні.

В результаті проведеного анкетування представників двох груп зацікавлених сторін: мешканців населених пунктів – безпосередніх отримувачів медичної допомоги на базовому рівні; адміністративних працівників медичних закладів, які виступили експертами, ми отримали об'єктивні дані щодо наявності проблемного поля (низки проблем) у забезпеченні доступності якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні.

Важливим для прийняття управлінських рішень щодо покращення ситуації є правильна класифікація (ієрархія) проблем, що допомагає чітко сформулювати напрями удосконалення діючого механізму державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні.

Для виявлення головної проблеми та конкретних причин її виникнення нами було проведено причинно-наслідковий аналіз ситуації у межах виявленого проблемного поля, виходячи з основних ознак: ступінь важливості (впливу)

проблеми на теперішній та майбутній стан доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні; масштабність проблеми (характеризується кількістю осіб, кого проблема торкається чи кому її потрібно вирішувати); величина ризику, обумовленого проблемою; структурованість і формалізація проблеми, можливість її вирішення за даних умов.

Виходячи з ретельного аналізу потреб зацікавлених сторін щодо доступності медичної допомоги та результатів експертної оцінки щодо того, наскільки важливі ці потреби і в якій мірі вони задовольняються на даний час, нами було виявлено причини і наслідки незадовільного стану доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні та побудовано дерево проблем (рис. 3.6).

Як видно з рисунку 3.6. “корінь” проблеми низького рівня доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні зосереджено в інституційно-організаційному полі – не скоординована і не злагоджена робота обласних управлінь (департаментів) охорони здоров’я з районними державними адміністраціями та виконавчими органами місцевого самоврядування з організації, планування, програмування та забезпечення реалізації медичної допомоги на базовому рівні відповідно до встановлених нормативних вимог і потреб зацікавлених сторін.

Як свідчить проведений аналіз, структура управління охороною здоров’я на регіональному та базовому рівнях є вкрай недосконалою, а на районному рівні, за винятком кількох областей, відсутній підрозділ, завданням якого мала б бути координація управління системою охорони громадського здоров’я, медичного обслуговування в цілому та її фінансовими ресурсами зокрема, і на який можна було б покласти функцію укладання договорів на медичні послуги населенню та контролю за їх виконанням.

Дослідження організаційної структури управління системою охорони здоров’я на регіональному та базовому рівнях (п.2.2) показало, що в основі побудови системи органів виконавчої влади спеціальної (галузевої)

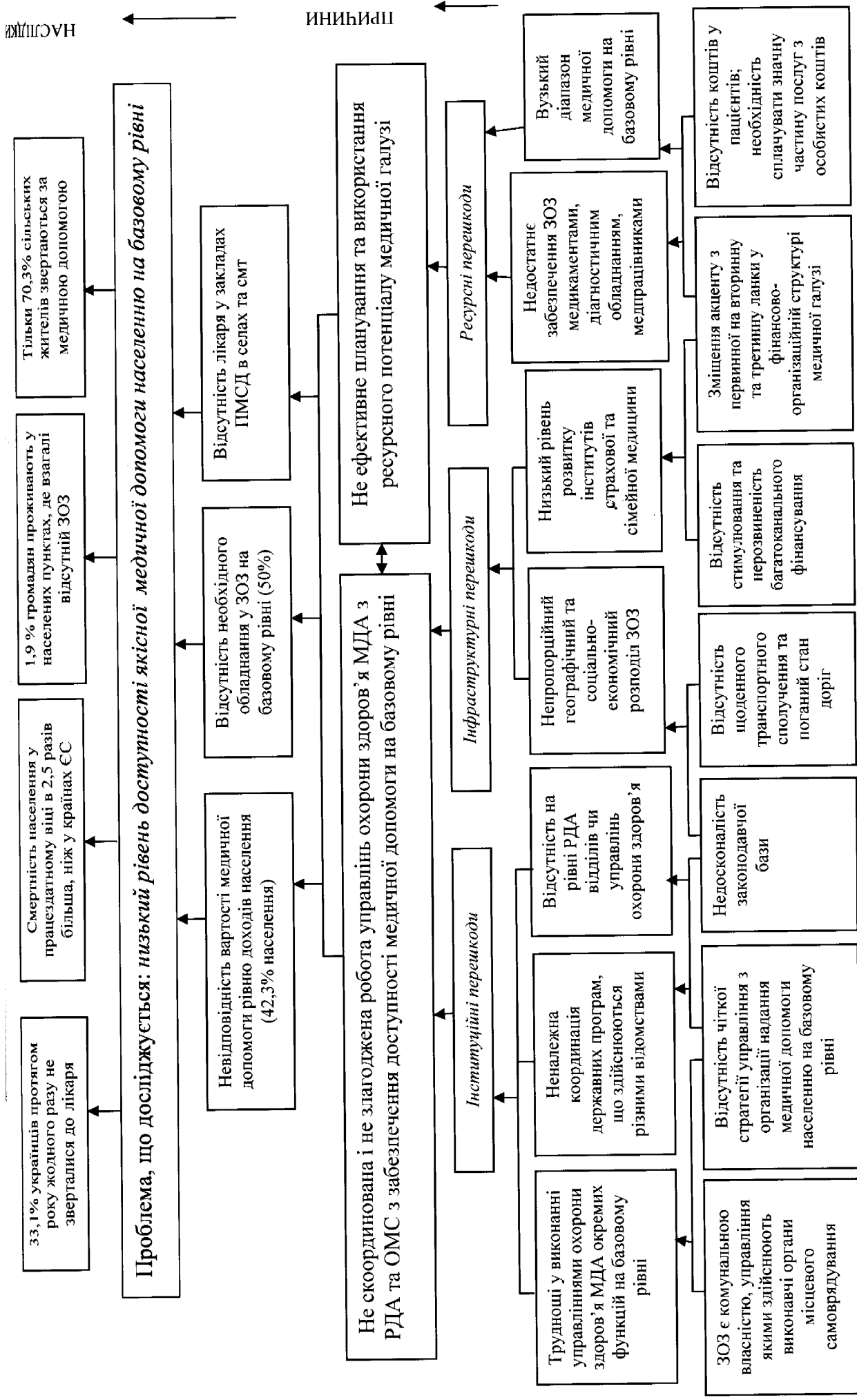


Рис. 3.6 – Дерево проблем низького рівня доступності і якості медичної допомоги населенню на базовому рівні

компетенції, які утворюються відповідно до адміністративно-територіального поділу держави, покладений змістовний принцип, суть якого полягає у тому, що зміст діяльності того чи іншого органу виконавчої влади визначає його завдання і функції, а останні впливають на формування його внутрішньої структури.

Згідно з чинним законодавством функції і повноваження місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування ґрунтуються на принципах галузевої компетенції, яка поділяється на три види: виключна компетенція місцевих державних адміністрацій; виключна компетенція органів місцевого самоврядування; суміжна компетенція. Наявність суміжної компетенції місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування породжує дублювання, а звідси і втручання одних органів у справи інших, унеможлиблює їх відокремлене існування.

Концепція державної регіональної політики в галузі охорони здоров'я [161] з метою підвищення ефективності управління галуззю передбачає вдосконалення розподілу повноважень та функцій між територіальними підрозділами центральних органів виконавчої влади, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування. Акцент пріоритетів у реформі охорони здоров'я поступово переміщується на оптимізацію управління на усіх рівнях, розширення управлінсько-економічної самостійності лікувальних закладів, реструктуризацію системи лікувально-профілактичної допомоги населенню, що можливо здійснити за регіональним підходом до формування мережі лікувальних закладів. Це дасть змогу, по-перше, уточнити й обґрунтувати етапи організації надання медичної допомоги з врахуванням особливостей демографічної ситуації і стану здоров'я населення території, а по-друге, надати керованим системам комплексного та системного її розвитку як у цілому, так і в кожному закладі або службі як підсистемах.

Таким чином, модернізація системи державного управління охороною здоров'я на регіональному та базовому рівні відбувається одночасно/паралельно

за трьома підходами: системним, змістовним і регіональним, що, природно, отримує свій прояв в різних програмних документах і знов виникне питання щодо пропорційного та ефективного розподілу обмежених бюджетних ресурсів. Адже, згідно з редакцією Бюджетного кодексу України 2010 р. (ст.88,89) [239, с. 15], фінансування дільничних лікарень, лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського Автономної республіки Крим і обласного значення та прийнято методичні рекомендації щодо реалізації положень нової редакції Бюджетного кодексу України у частині фінансування первинної медико-санітарної допомоги, які розроблені Міністерством фінансів України.

Також слід наголосити, що невизначеність у підпорядкуванні медичних закладів та призначенні їх керівників створює дисбаланс в діяльності системи охорони здоров'я на регіональному та базовому рівнях. Державне управління розвитком сфери охорони здоров'я на рівні району забезпечується головним лікарем центральної районної лікарні, який є і головним лікарем району. Така модель державного управління, на наш погляд, не сприяє організації вивчення причин захворюваності, впливу зовнішніх факторів на здоров'я людей, організації міжсекторальної взаємодії, запровадження ринкових механізмів в охороні здоров'я на відповідних територіях.

Головний лікар центральної районної лікарні в основному зосереджений на керівництві закладом, вирішуючи нагальні проблеми господарського характеру та лікувального процесу. Через відсутність адекватного державного регулювання, брак фінансового забезпечення охорони здоров'я на рівні сільських та селищних рад страждає надання первинної медичної допомоги на цих територіях. Наслідком такого стану є низький рівень кадрового забезпечення та оснащення медичних закладів, і, відповідно, низький рівень доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні.

Вирішення досліджуваної проблеми потребує удосконалення механізму державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на

базовому рівні у напрямку запровадження певних організаційних та / або управлінських інновацій з організації координованості та злагодженості дій суб'єктів прийняття рішень щодо ефективного планування заходів та раціонального використання ресурсного потенціалу медичної галузі.

3.2 Концептуальна модель механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості

Враховуючи, що сукупність причин, обумовлюючих досліджувану нами проблему, може значною мірою змінюватися залежно від поведінки зацікавлених сторін, вважаємо за доцільне розглядати *доступність медичної допомоги населенню на базовому рівні як інтегральний результат двох регулятивних механізмів: системи державного регулювання та системи соціального саморегулювання.*

Інтегральний результат – це інтеграція різноманітних аспектів в єдину сукупність, яку можна характеризувати як систему, що володіє ознаками (властивими системним утворенням взагалі): цілісність, наявність внутрішньої структури, стійкість, автономність.

В узагальненому вигляді трактування поняття “інтеграція”, як деякого результату, означає поглиблення співробітництва суб'єктів управління, у нашому дослідженні суб'єктів регулювання, їхнє об'єднання, поглиблення взаємодії і взаємозв'язків між компонентами системи регулювання.

Державне регулювання, як окрема функція державного управління фактично виникає за умов необхідності інтеграції суспільства в цілому, спрямовуючи свої основні функції на підтримку його цілісності та забезпечення процесу стабільного розвитку всіх підсистем суспільства. В останньому випадку йдеться про такий основний інституціональний механізм інтеграції суспільства, як державна влада, що, в свою чергу, розуміється як інтегративна характеристика державного регулювання, яка забезпечує цілісність та стабільність процесів

суспільного розвитку в цілому та кожної підсистеми суспільства зокрема. Відкритим залишається питання механізму внутрішньосистемної інтеграції дій суб'єктів прийняття рішень та процесів регулювання у відповідній сфері.

Питання саморегулювання в системі охорони здоров'я актуалізувалося за причин погіршення стану ліцензування медичної діяльності, сертифікації / атестації медичних кадрів, недієвості державного нагляду за відповідністю медичних послуг вимогам відповідних стандартів та не контрольованості процесу ціноутворення на ліки. Наголосимо, що одним із механізмів саморегулювання в соціальних системах є соціальний контроль. Цей факт є важливим при обґрунтуванні нашої гіпотези щодо доцільності запровадження інтеграційного підходу, адже принциповою характеристикою даної методології є персональна звітність та відповідальність.

Вищезазначене підкреслює об'єктивність удосконалення діючого механізму державного регулювання через запровадження інтеграційного підходу до кооперації та узгодженості дій усіх суб'єктів (по вертикалі та по горизонталі), що задіяні в процесі організації надання медичної допомоги на базовому рівні. При цьому важливим є забезпечення ефективної комунікації між суб'єктами та чітка регламентація взаємодії суб'єктів у процесі організації надання доступних і якісних медичних послуг.

Така постановка питання має два вектори:

- процесний: управління інтегрованим утворенням в процесі здійснення відповідними органами влади державно-управлінських функцій в організації надання доступної і якісної медичної допомоги;
- системний: забезпечення інтегрованості дій усіх зацікавлених сторін з акцентом на знаходження компромісів між цілями та альтернативами, що перетинаються.

Таким чином, *пріоритетним напрямом удосконалення діючого механізму державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні є формування системи державного регулювання інтегрованою*

медичною допомогою, що передбачає об'єднання всіх функціональних процесів в єдине ціле на загальній інформаційній основі.

З точки зору онтології, інтеграція характеризується як процес і результат створення нерозривно зв'язаного знання, яке використовується в різних сферах, кожна з яких має певну специфіку. Науковці [52] виділяють три етапи інтеграційного процесу: виникнення системи зв'язків між частинами; втрата частинами своїх первісних ідентифікаційних якостей при входженні до складу цілого; поява у виникаючої цілісності нових властивостей.

Поняття інтеграції, за своїм значенням, тісно пов'язано з цілим рядом інших понять: об'єднання, цілісність, централізація, агрегування, кооперація, координація, гармонія [212].

З точки зору управління, під інтеграцією розуміється об'єднання суб'єктів управління для посилення взаємодії всіх елементів системи управління [211], у нашому дослідженні інтеграція – це об'єднання суб'єктів регулювання для посилення взаємодії всіх елементів системи державного регулювання організації надання медичної допомоги. При такому підході з'являються більш міцні зв'язки між окремими підсистемами. Процеси інтеграції забезпечують: поглиблення співпраці, об'єднання; взаємодію і взаємозв'язок між компонентами; конкретизацію взаємозв'язків між окремими підсистемами, їх щільність, що дозволяє отримати відповідну реакцію на зміни.

Принциповими характеристиками методології інтеграційного підходу є: концепція “тотальної інтеграції” із наголосом на персональній звітності та відповідальності; використання багаторівневого підходу, але з поєднанням планування і контролю.

Інтеграція дій суб'єктів має за мету недопущення відриву один від одного стосовно окремих процесів регулювання: програмування, ідентифікації, формулювання, фінансування, впровадження, оцінки та аудиту тощо. Іншими словами, інтеграція має забезпечити узгодженість процесів реалізації поставлених завдань (суб'єкт-суб'єктний взаємозв'язок) та процесів регулювання (суб'єкт-об'єктні відносини).

Застосування інтеграційного підходу в механізмі державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні – це не тільки планування спільного використання ресурсів (наприклад, інтеграція можливостей закладів охорони здоров'я регіону в межах існуючого фонду з розподілом обов'язків (функцій) і загальної відповідальності), але й особливі форми і технології регулювання.

Інтеграційний підхід передбачає:

- узгодженість цілей діяльності. Проблема, мета і цілі співпраці, що плануються на відповідному рівні управління (державному, регіональному, базовому) та в галузевому управлінні, повинні бути узгоджені (інтегровані) зі стратегічними пріоритетами відповідного та вищих рівнів управління;

- інтеграцію планування з ресурсами і видатками у розрізі результатів. Для здійснення різних видів заходів (закупівля медичного обладнання, ремонт дороги чи будівлі, кадрове забезпечення, розширення спектру медичних послуг тощо) необхідно чітко визначити потребу в ресурсах і коштах для їх виконання;

- інтеграцію планування заходів з організаційною структурою. Необхідним є закріплення відповідальних виконавців, які будуть здійснювати дії, спрямовані на підтримання постійної зацікавленості в узгодженості напрямів діяльності, забезпечення “вплетення” даного заходу в поточні дії виконавців, в їх робочі та стратегічні плани;

- інтеграцію планування заходів і моніторингу; об'єднання і координацію всіх інформаційних систем в єдину систему.

Взаємодія і міжсуб'єктна координація мають стати провідною ланкою механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги та її отримання. *Головним акцентом концепції державного регулювання інтегрованою медичною допомогою є інтегрування суб'єктів державного регулювання, галузевих суб'єктів (ЗОЗ різного рівня підпорядкування), спеціалізованих ринкових суб'єктів та суб'єктів соціального саморегулювання у складній системі взаємодії виробництва (надання медичної допомоги) та споживання (отримання*

медичної допомоги). Провідна роль в організації взаємодії виробництва та споживання належить суб'єктам державної влади спеціальної компетенції.

Проте, відсутність у структурі районних державних адміністрацій управлінь (відділів) охорони здоров'я є домінуючим фактором, що стримує розвиток взаємодії та міжсуб'єктної координації на базовому рівні. Так, до періоду створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, як окремих юридичних осіб на базовому рівні, загальне керівництво охороною здоров'я здійснював орган виконавчої влади загальної компетенції – районна державна адміністрація до об'єктів управління якої, через делегування повноважень районною радою, належали районні лікарні з структурними підрозділами (фельдшерськими та фельдшерсько-акушерськими пунктами, сільськими лікарськими амбулаторіями, дільничними лікарнями). У регіонах, за виключенням м. Києва та Вінницької області завдання та повноваження районних управлінь (відділів охорони здоров'я) було покладено на головного лікаря центральної районної лікарні, який, виконуючи їх паралельно з роботою з керівництва вказаної лікарні, набуває статусу керівника підрозділу районної державної адміністрації та іменується головним лікарем району [9, 28, 29, 32, 48, 58, 76].

У результаті здійснення етапів реформування, на базовому рівні надання медичної допомоги, крім головного лікаря центральної районної лікарні, з'являється головний лікар центру ПМСД, та головний лікар станції екстреної медичної допомоги (станція – є структурним підрозділом обласного територіального центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф). Враховуючи підпункт 20 пункту 1 статті 43 глави 4 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” [164] серед питань, які вирішуються районними радами є вирішення в установленому законом порядку питань щодо управління об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, районів у містах, що перебувають в управлінні районних і обласних рад. Відповідно, головний лікар кожного закладу на власний погляд здійснює повноваження щодо забезпечення доступності і якості медичної допомоги на цьому рівні, що на практиці порушує порядок взаємодії між закладами у частині здійснення функцій

охорони громадського здоров'я. А головний лікар станції екстреної медичної допомоги підпорядкований головному лікарю обласного територіального центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який розташований в обласному центрі, підпорядкований управлінню (департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації) і не завжди володіє ситуацією з організації надання населенню екстреної медичної допомоги на базовому та районному рівні. Отже, зруйновано існуючу до реформи модель державного управління сферою охорони здоров'я району, що сприяла неузгодженості та виникненні конфлікту інтересів у сфері управління охороною здоров'я, а відтак, впливала і на рівень забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою на базовому рівні.

Зазначене обумовлює розвиток інтегруючої функції механізму державного регулювання, здатної забезпечити координацію всіх процесів і підвищити ефективність взаємодії всіх цілеспрямованих дій кожного суб'єкта медичної допомоги для досягнення з найбільшою ефективністю ключового результату - задоволення споживачів і забезпечення синергетичного ефекту від партнерства.

У державному регулюванні координація розглядається як одна з основних управлінських функцій, зміст якої полягає у забезпеченні впорядкування взаємозв'язків і взаємодій між учасниками процесу державного регулювання з метою узгодження дій та об'єднання зусиль на вирішення загальних завдань і здійснюється на всіх рівнях управління керівниками відповідних органів державної влади або спеціальними координаційними підрозділами [72].

Аналіз координаційної діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях вказує на складний організаційний механізм, представлений розгалуженою мережею консультативно-дорадчих органів, які досить часто дублюють свої функції, зокрема:

1. Для погодженого вирішення проблемних питань, що належать до компетенції МОЗ, а також для колективного і вільного обговорення найважливіших напрямів його діяльності утворюється колегія МОЗ як консультативно-дорадчий орган. Колегія, кількісний склад якої визначається Кабінетом Міністрів України, представлена як працівниками МОЗ, так і

керівниками інших центральних органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління Міністерства, керівниками його територіальних органів, народними депутатами України, представниками інших органів державної влади (за згодою) [134]. Діяльність Колегії спрямована на: обговорення і прийняття рішень щодо перспектив і найважливіших напрямів діяльності МОЗ України; розгляд пропозицій щодо вдосконалення законодавства, забезпечення співпраці з центральними органами виконавчої влади, місцевими держадміністраціями, органами місцевого самоврядування, формування та реалізації державної політики у сферах охорони здоров'я; обговорення прогнозів і програм соціально-економічного розвитку у сферах охорони здоров'я; розроблення пропозицій щодо вдосконалення діяльності МОЗ України та його територіальних органів тощо;

2. Для забезпечення оптимального балансу потреб держави та інтересів населення, органів державної влади і місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та громадських організацій створений ще один консультативно-дорадчий орган, що постійно діє – Громадська рада при Міністерстві охорони здоров'я. Відповідно до Положення, Громадська рада утворена з метою сприяння у забезпеченні належної якості та ефективності надання кваліфікованої медичної допомоги, а також ефективного функціонування системи охорони здоров'я та доцільного використання коштів, громадського контролю за діяльністю МОЗ України, обласних та місцевих органів та закладів охорони здоров'я. Громадська рада є координаційним та методичним органом для громадських (наглядових) рад при МОЗ, обласних і прирівняних до них управліннях, місцевих органах та закладах охорони здоров'я [149];

3. Для розв'язання різноманітних питань професійної діяльності, розгляду питань організації медичної допомоги, фахової освіти, охорони материнства і дитинства, профілактики та лікування інфекційних та неінфекційних хвороб створено Всеукраїнське лікарське товариство, яке є представником інтересів лікарів, координаційним органом громадських лікарських об'єднань для формування Громадської Ради МОЗ [201];

4. Удосконалення управлінської та організаційної діяльності передбачено також через координацію наукових досліджень та розробок у галузі охорони здоров'я. Для здійснення прогнозування, наукової оцінки, підготовки наукових та науково-медичних кадрів з пріоритетних напрямів медичних досліджень передбачено створення проблемних комісій, які діють постійно. Спільним наказом МОЗ та АМН затверджено 50 проблемних комісій;

5. Одночасно з вищезазначеними координаційними структурами, для розв'язання основних та пріоритетних питань у системі охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я створена та функціонує ціла мережа координаційних рад з: управління якістю медичної допомоги; трансфузіології; паліативної та хоспісної допомоги; розробки нормативно-правової бази системи охорони здоров'я; запровадження сучасних економічних механізмів у діяльність закладів охорони здоров'я; питань стоматології; питань виконання державних і галузевих програм; впровадження сімейної медицини тощо. В аспекті нашого дослідження, важливою є діяльність Координаційної ради з управління якістю медичної допомоги, організаційна структура якої представлена на рис.3.7. [174].

6. Для координації забезпечення доступною кваліфікованою медичною допомогою кожного члена сім'ї, раціонального використання наявних медичних ресурсів, Постановою КМУ "Про утворення міжвідомчої координаційної ради при Міністерстві охорони здоров'я України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я" визначено створення Координаційної ради МОЗ України з впровадження сімейної медицини та відповідних координаційних рад при Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій [239, с. 136].

Саме питання розвитку інституту первинної медико-санітарної допомоги, забезпечення рівності та доступності якісної медичної допомоги для жителів сільської місцевості потребує чіткої регламентації міжвідомчої координації та міжсекторальної взаємодії діяльності органів державної влади й інститутів соціального саморегулювання та контролю на всіх рівнях. Адже як показує практичний досвід, інтеграція зусиль зацікавлених осіб у забезпеченні взаємодії дає очікуваний результат.

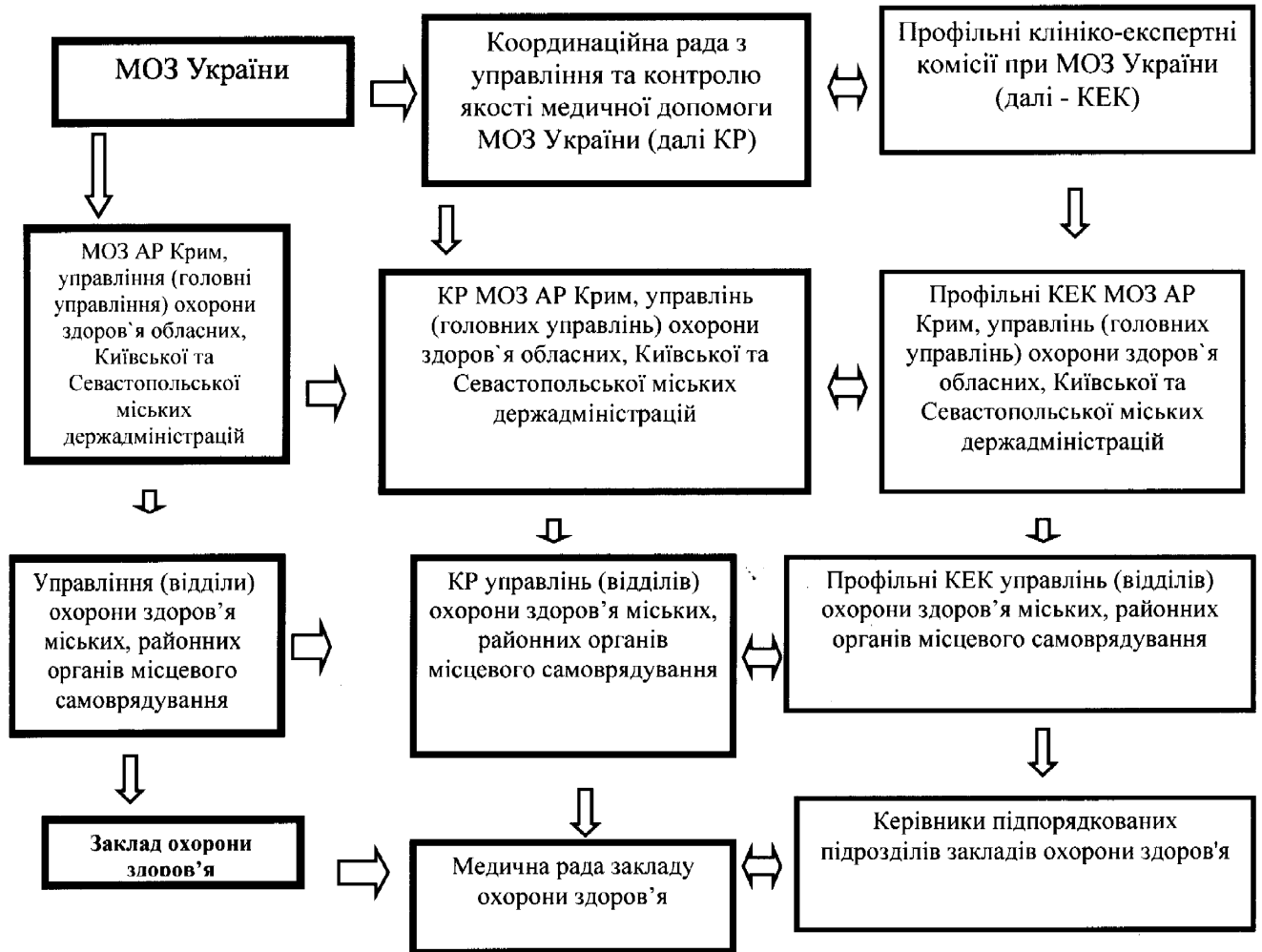


Рис.3.7. Організаційна модель управління та контролю якості медичної допомоги [174]

Наприклад, у 2013 році питання модернізації закладів охорони здоров'я Херсонської області, що надають первинну медико-санітарну допомогу, було розглянуто на колегіях ОДА та розширених нарадах з головами РДА, райрад, головами районних у м. Херсоні рад, міськими головами, головними лікарями центральних районних і міських лікарень, центрів первинної медико-санітарної допомоги. Результатом проведеної роботи стало створення 22 центрів первинної медико-санітарної допомоги, як самостійних юридичних осіб. Первинну медико-санітарну допомогу населенню області забезпечують 363 фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів у складі міських та центральних районних лікарень; 163 лікарських амбулаторій, з них у селі 133 заклади. У сільських

населених пунктах із чисельністю жителів понад 1000 осіб проводиться реорганізація сільських лікарських амбулаторій в амбулаторії загальної практики, фельдшерсько-акушерських пунктів в амбулаторії сімейної медицини, поліпшується їх матеріально-технічна база.

Виходячи з вищезазначеного сформулюємо основні *концептуальні положення розвитку механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості.*

1) Існуючі інституційні форми об'єднання галузевих суб'єктів (інститути первинної медико-санітарної допомоги, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, відомчі медичні служби та недержавні інституції) по-різному визначають механізм їх внутрішньосистемної взаємодії, але *основним критерієм при обранні найбільш доцільної форми взаємодії з метою вирішення стратегічно важливої проблеми – надання населенню України доступної і якісної медичної допомоги – є збереження їх юридичної самостійності за наявності координаційного органу, що забезпечує тісну взаємодію суб'єктів та довготривалість їх зв'язків (рис.3.8).*

2) Визначальною умовою ефективності функціонування інтегрованого утворення є *забезпечення відповідності між сформованими потребами усіх груп суб'єктів та ступенем їхньої задоволеності.* При цьому результативність функціонування об'єднання в цілому залежить від частки кожного учасника в справі реалізації його стратегічних цілей, від взаємного доповнення їх діяльності в інтересах більш ефективного використання ресурсів, знань та організації управлінських, виробничих, інноваційних та інших процесів. Пріоритетними принципами формування та функціонування інтегрованого утворення на базовому рівні надання медичної допомоги мають стати *міжсекторальна взаємодія та створення горизонтальних мереж співпраці.*

3) У ракурсі розвитку механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості, *статичний аспект інтегрування* необхідно розглядати як ступінь зв'язаності: по-

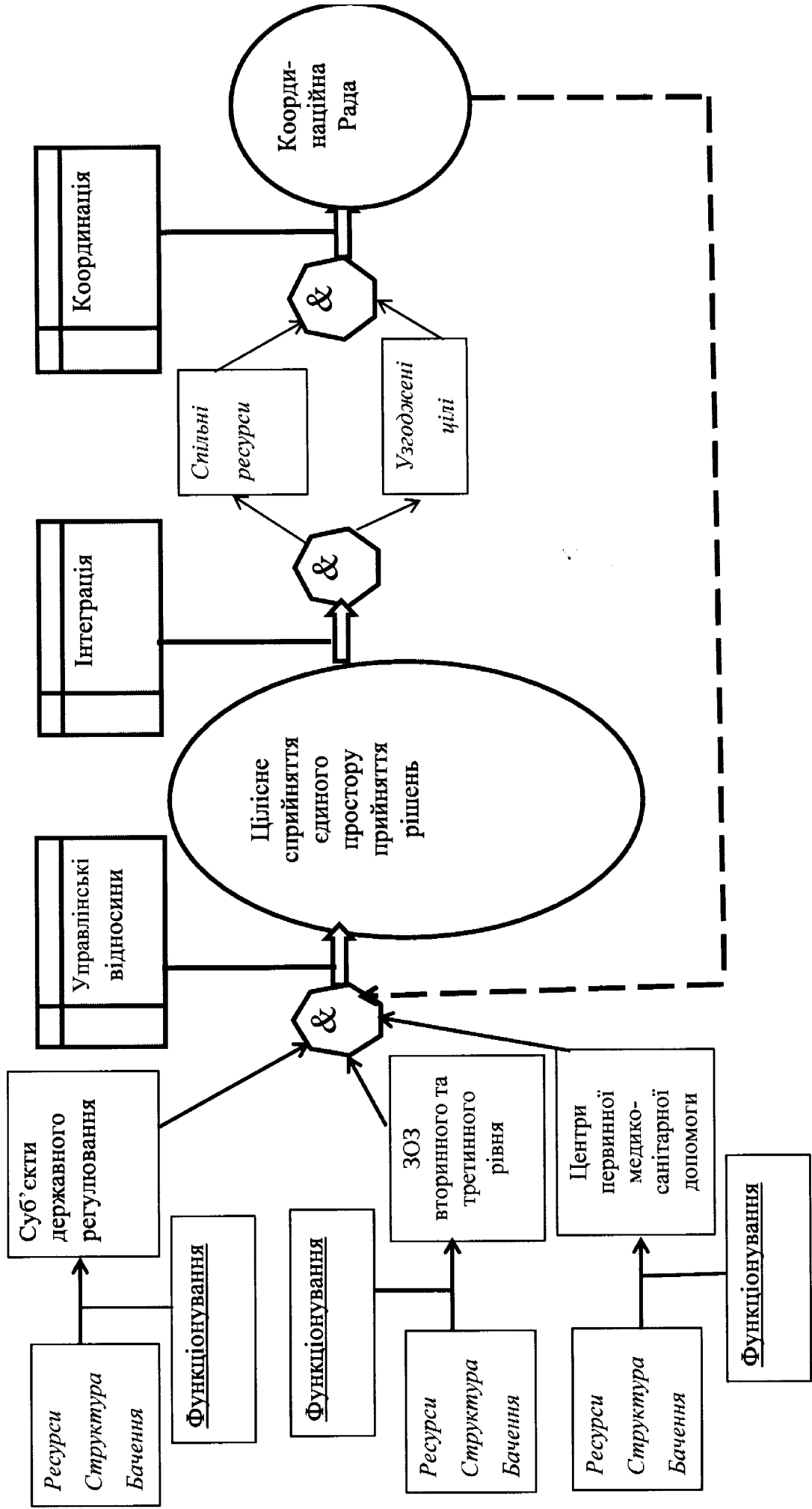


Рис.3.8. Інтеграційна форма внутрішньосистемної взаємодії суб'єктів надання медичної допомоги населенню

перше, суб'єктів внутрішнього середовища медичної допомоги (ЗОЗ різного рівня підпорядкування) з приводу надання доступних, прийнятних та якісних медичних послуг; по-друге, суб'єктів внутрішнього середовища з суб'єктами, що належать до його зовнішнього середовища (суб'єкти державного регулювання, спеціалізовані ринкові суб'єкти, суб'єкти споживання, суб'єкти соціального саморегулювання) (рис.3.9.). Тіснота взаємозв'язку між ними визначається ступенем сприйняття проблеми кожним з них, рівнем відповідальності, відкритістю до партнерства і змін.

Динамічний аспект інтегрування в ракурсі проблеми, що розглядається, виявляється у формуванні механізму взаємодії суб'єктів, що дозволяє встановити баланс їх інтересів, оптимізувати рух ресурсів та отриманих результатів, тобто організувати процес, що призводить до самодостатності елементів кожної групи щодо реалізації власних цілей. При цьому внутрішній контур інтеграції є областю, де взаємодіють і поєднуються можливості та спроможності суб'єктів надання медичної допомоги, що реалізують цілі охорони здоров'я; зовнішній контур інтеграції – областю, де взаємодіють та поєднуються можливості та спроможності суб'єктів надання медичної допомоги та зовнішніх суб'єктів, що реалізують цілі забезпечення доступності якісних медичних послуг.

4) Головним суб'єктом інтегрованого утворення з надання медичної допомоги на базовому рівні є держава, яка через інституційний та правовий механізми встановлює організаційно-господарський режим, використовуючи засоби регуляторного впливу на відносини і поведінку господарюючих й негосподарюючих суб'єктів, передбачені ст.12 Господарського кодексу України: державне замовлення, ліцензування, сертифікація і стандартизація, надання інвестиційних, податкових та інших пільг, цільових інвестицій тощо. Належна реалізація господарської компетенції суб'єктами державного регулювання (зокрема, щодо впливу на діяльність комунальних ЗОЗ) залежить від комплексності правового регулювання відповідних суспільних відносин.

У цьому контексті важливою є *взаємодія суб'єктів державного регулювання з суб'єктами соціального саморегулювання* – самоврядними органами. Система

правових регуляторів діяльності комунальних ЗОЗ неможлива без активної участі цих структур. *Впровадження стратегії саморегулювання* передбачає наявність делегованих державою повноважень, що дозволяють певним фізичним чи юридичним особам встановлювати норми професійної поведінки для своїх працівників. Зазначена система може мати як приватну, так і державну форму. На думку В.М. Рудого [197, с.23], найбільш прийнятною формою є делегування повноважень у сфері охорони здоров'я професійним організаціям, коли професіонали-медики фактично здійснюють контроль системи охорони здоров'я за допомогою кодексів професійної етики, котрі дозволяють запобігти як надмірному, так і недостатньому обсягу надання медичної допомоги.

5) Ключовим питанням концепції державного регулювання інтегрованої медичної допомоги із забезпеченням її доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні є *оптимальне співвідношення державного регулювання і ринкових механізмів*. *Модель регульованого ринку* передбачає, що пряме підпорядкування закладів охорони здоров'я відповідному органу державного управління поступається місцем їх взаємодії на основі ринкової угоди та цивільно-правових відносин (наприклад, інститут сімейної медицини). Держава, як сторона, що фінансує, звільняється від функцій представника інтересів ЗОЗ і стає покупцем медичної допомоги в інтересах населення. Утверджується принцип "гроші йдуть за пацієнтом": населення отримує право вибору лікаря та місця надання медичної допомоги; держава сплачує не витрати, а кінцевий результат діяльності медичних працівників, активно впливаючи на обсяг, якість та структуру медичної допомоги шляхом цільового фінансування.

Модель фінансування з незалежним посередником (державою, страховою компанією) між ЗОЗ і пацієнтами створює сприятливі умови для реалізації регульованої конкуренції. Оскільки модель бюджетного фінансування, також як і система страхової медицини, в рівній мірі дозволяє реалізувати принцип розподілу фінансування і надання медичної допомоги, ефективна взаємодія замовника та виконавця залежить не від принципу фінансування, а від того, як будується система економічних відносин між всіма суб'єктами (пацієнтами,

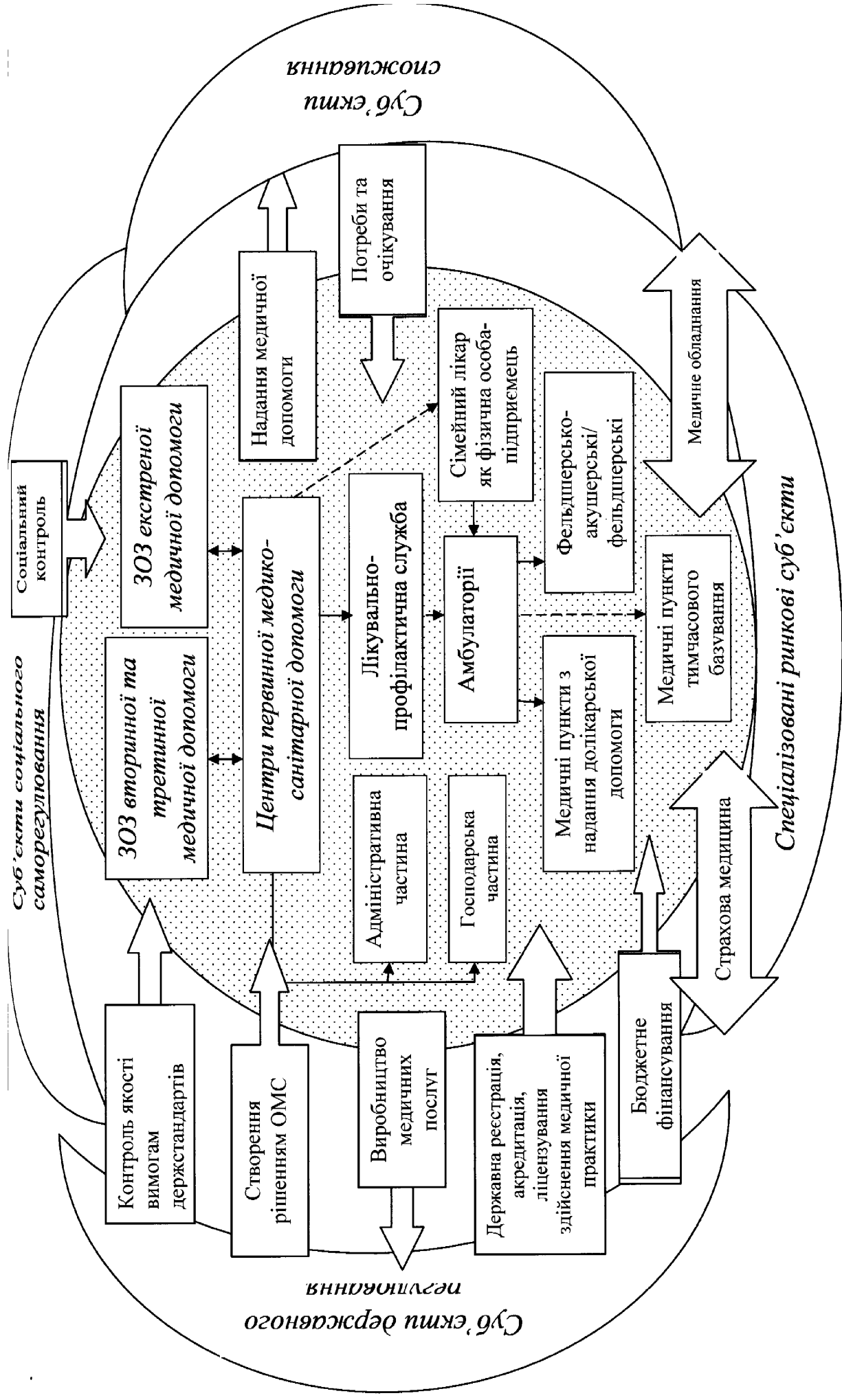


Рис.3.9. Статичний та динамічний аспекти інтегрування суб'єктів зовнішнього та внутрішнього середовища організації надання медичної допомоги на базовому рівні

медичними організаціями, державою, господарюючими структурами) і як вона реалізується [229].

Так, якщо в інтегрованій системі, що виключає ринкові відносини, органи управління представляють собою єдине ціле з підлеглими їм медичними організаціями і в реальній практиці, насамперед, захищають відомчі інтереси, то в інтегрованій системі за ринкових умов можливий принцип розподілу функцій покупця медичних послуг (суб'єкти державного регулювання) та їх постачальника/виробника (заклади охорони здоров'я).

б) *Багатосторонні договірні відносини між суб'єктами зовнішнього та внутрішнього середовища організації надання медичної допомоги на базовому рівні інтегрують в єдину систему всі ланки діагностичної, профілактичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги населенню за організаційно-господарським регламентуванням з боку держави, що дозволяє в певній мірі здійснити децентралізацію управління та підвищити автономність постачальників/виробників медичних послуг. За таких умов мають бути переглянуті функції і компетенції органів державної влади та органів місцевого самоврядування на районному рівні щодо організаційно-господарського регулювання діяльності комунальних закладів охорони здоров'я, аби не створювати перешкод один одному в процесі реалізації управлінських функцій.*

Вищезазначене дає підстави стверджувати, що результативність інтеграції суб'єктів надання медичної допомоги на базовому рівні в єдине утворення обумовлюється результатами взаємодії учасників об'єднання, які вважатимуться досягнутими в тому випадку, якщо буде досягнута кінцева мета їх інтегрування (кооперації) – доступність і прийнятність якісних медичних послуг для всіх верств населення. Мета може бути досягнута тільки у тому випадку, коли організаційні процеси будуть [51]:

- ефективними, тобто забезпечуватимуть отримання якнайкращих результатів на одиницю витрат відповідних ресурсів;
- надійними, тобто гарантовано саме здійснення процесу як такого;

- оперативними, тобто здійснюватися без затримок, зайвих тимчасових розривів і не виходять за межі тимчасових меж;
- гнучкими, тобто здатними до оперативних змін в ході свого здійснення;
- безперервними і ритмічними, тобто характеризуватися відповідністю між діяльністю тієї або іншої стадії та змінами, що відбуваються в ході її реалізації.

Названі вимоги можуть бути реалізовані тільки у тому випадку, коли організаційна система регулювання володіє такою якістю, як стійкість системи, тобто властивістю зберігати деяку свою якість у процесі регулювання за наявності збурень з внутрішнього та зовнішнього середовища, які і визначають основні параметри та причини взаємодії між учасниками об'єднання. Саме таким властивостям у сфері організації управління охороною здоров'я відповідає державний механізм, як складна система органів і установ, що знаходяться в тісному взаємозв'язку при здійсненні своїх безпосередніх владних функцій та реалізації інтегруючої функції відносно об'єктів управління, як за адміністративно-командних, так і за ринкових умов. При цьому слід наголосити, що інтеграція суб'єктів організації надання медичної допомоги на базовому рівні в єдине утворення ускладнює управління ним, як об'єктом державного регулювання. Це вже не процеси окремої інституції, а процеси групи інституцій, між якими виникають зв'язки різного характеру та взаємовідносини, а тому завданням механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості є планування, організація, регулювання функціональних процесів з позиції єдиного цілого, що формується при об'єднанні суб'єктів.

Розвиток механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості за моделлю державного регулювання інтегрованою медичною допомогою актуалізується практичною реальністю. Управління об'єднанням суб'єктів у складній системі взаємодії замовлення/фінансування (організація системи медичної допомоги), постачання/виробництва (надання медичної допомоги) та споживання (отримання

медичної допомоги) здійснюється в умовах безперервного зіткнення інтересів учасників, узгодження яких є обов'язковим щодо забезпечення стабільного розвитку об'єднання. Без регулюючої функції цього механізму держави щодо встановлення певних режимів організаційно-господарських відносин конфлікту інтересів не уникнути. При цьому необхідно визначити наявність різноманітності та складності зв'язків між учасниками логістичного ланцюга, що реалізується через координаційну функцію механізму державного регулювання. Без зв'язків і фактичної взаємодії частин не може бути організованого цілого. Зв'язок є умовою, що визначає можливість взаємодії. Зв'язки між частинами організації здійснюються через канали комунікації.

Враховуючи концептуальні положення та завдання механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості, обґрунтуємо його функціональну структуру – послідовність дій щодо організації та регламентування участі суб'єктів у складній системі взаємодії (рис.3.10).

За умов, коли внутрішній потенціал реалізації суб'єктами надання медичної допомоги недостатній для реалізації поставлених перед ними завдань, виникає потреба у залученні ресурсів (організаційних, фінансових, кадрових, інформаційних тощо) сторонніх суб'єктів на договірній основі. Проте, якщо проблема набуває багаторазового і довготривалого характеру, необхідною є системна зміна у підходах до організації надання доступної медичної допомоги на засадах формування певного типу стійких зв'язків, які об'єднують організаційні, управлінські, функціональні процеси залучених суб'єктів в єдине ціле – систему державного регулювання інтегрованої медичної допомоги.

Зв'язки між суб'єктами системи державного регулювання інтегрованої медичної допомоги мають різноманітний характер, проте домінування певного типу зв'язку формує модель поведінки усього об'єднання.

В основі формування цієї системи державного регулювання мають переважати відносини співробітництва та взаємодії, оскільки в протилежному разі (відносини конкуренції, протидії, суперництва) доцільність існування такої

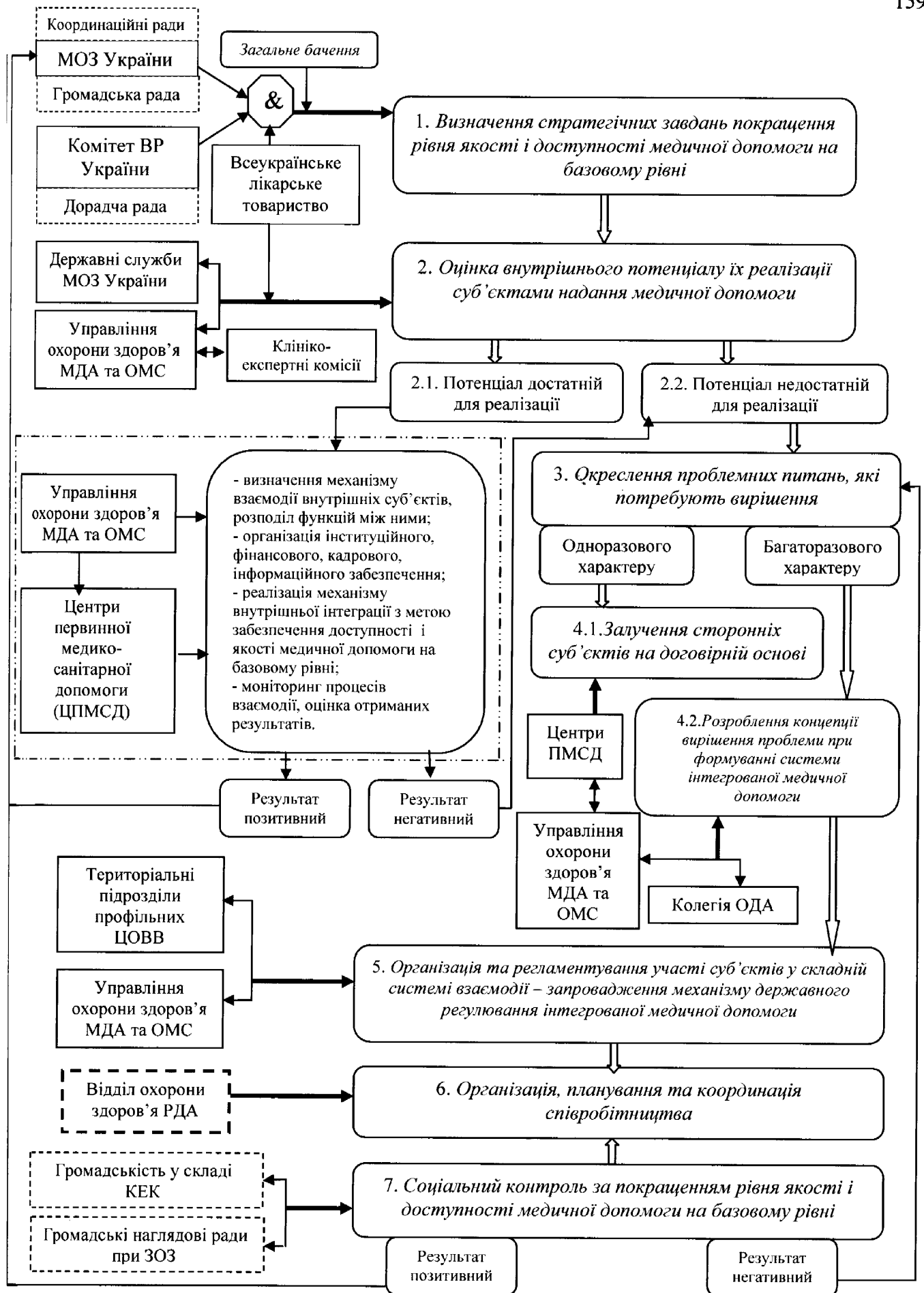


Рис. 3.10. Функціональна структура механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості

системи відсутня. Вибір форми об'єднання суб'єктів мають бути визначений концепцією (блок 4.2. на рис. 3.10) та виходити з наступного:

- співробітництво – довірчі взаємовідносини між учасниками, що характеризуються високим рівнем відкритості інформації та спільною діяльністю щодо надання медичної допомоги. Відмінною рисою є наявність функціональної, організаційної та управлінської інтеграції в процесі функціонування суб'єктів;

- взаємодія – наявність координаційних зв'язків, узгодженість дій щодо досягнення запланованих результатів. Відмінною рисою є обмін профільною інформацією та результатами діяльності, можливість функціональної інтеграції суб'єктів.

Формування системи державного регулювання інтегрованої медичної допомоги ініціюється суб'єктами забезпечення доступності і якості медичної допомоги (управління охорони здоров'я МДА і ОМС, центри первинної медико-санітарної допомоги) у вигляді концепції, яка має бути прийнята на Колегії ОДА. Ці суб'єкти діють у межах внутрішнього контуру інтеграції. Послідовність формування системи державного регулювання інтегрованої медичної допомоги включає етап вибору учасників об'єднання та формування моделі зв'язків між ними.

Організація та регламентування участі суб'єктів у складній системі взаємодії відбувається шляхом встановлення суб'єктами державного регулювання (структурні підрозділи охорони здоров'я МДА, відповідні територіальні підрозділи ЦОВВ) певних режимів організаційно-господарського регулювання. Запровадження механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги (блок 5) є послідовною процедурою, що складається з наступних етапів:

- аналіз економічного потенціалу учасника та його функціональних завдань (при включенні до складу інтегрованого утворення додаткового учасника важливо враховувати вимогу щодо збільшення ефективності групи при зарахуванні його до складу);

- визначення форми взаємодії між учасниками;

- визначення форми та моделі управління учасниками (координація, регулювання), з урахуванням оптимального поєднання функцій централізації та децентралізації, визначення необхідності формування координаційного органу;
- розроблення механізму узгодження інтересів учасників та залучення нових учасників (на основі аналізу потреб і можливостей зацікавлених в інтеграції сторін);
- визначення форми контролю та моніторингу діяльності учасників системи державного регулювання інтегрованої медичної допомоги, формування системи документообігу.

Виходячи з зазначеної процедури, інституційним підґрунтям механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги із забезпеченням її доступності і якості має стати регламент – упорядкування відносин між суб'єктами забезпечення доступності якісної медичної допомоги з метою надання їм стійкого характеру, для чого і створюються відповідні організаційні структури.

Як видно з рисунку 3.10., регламент є ланкою, що зв'язує етап розроблення системи державного регулювання інтегрованої медичної допомоги (блок 5) з етапом реалізації співробітництва (блок 6). Здійснення управлінських функцій організації, планування та координації співробітництва пропонується покласти на відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій. Саме такий підхід здатний забезпечити впровадження на практиці моделі механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги функціонуванням єдиного медичного простору в межах району з використанням повноважень відділу охорони здоров'я.

Задля створення такої моделі організації надання медичної допомоги необхідно, щоб місцеві ради, районна рада та районні державні адміністрації уклали тристоронні угоди (відповідно до ст.93 Бюджетного кодексу), згідно з якими до районного бюджету будуть передані кошти для фінансування Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ФАПів та лікарських амбулаторій) та переводі останніх в окремі юридичні особи, підпорядковані відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації. Районна рада, відповідно до ст.22

Бюджетного кодексу, має визначити відділ охорони здоров'я головним розпорядником коштів районного бюджету за функцією “охорона здоров'я” та створити при відділі (шляхом часткового виділення з Центральної районної лікарні) інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, групу централізованого господарського обслуговування та централізовану бухгалтерію, відповідно до ст.56 Господарського кодексу та частини 33 додатку 26 до Наказу МОЗ України від 23.03.2000 р. № 33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” (рис. 3.11). За таким підходом, бюджет закладів первинної медико-санітарної допомоги набуде ознак “бюджету розвитку”, а не буде бюджетом “проїдання”.

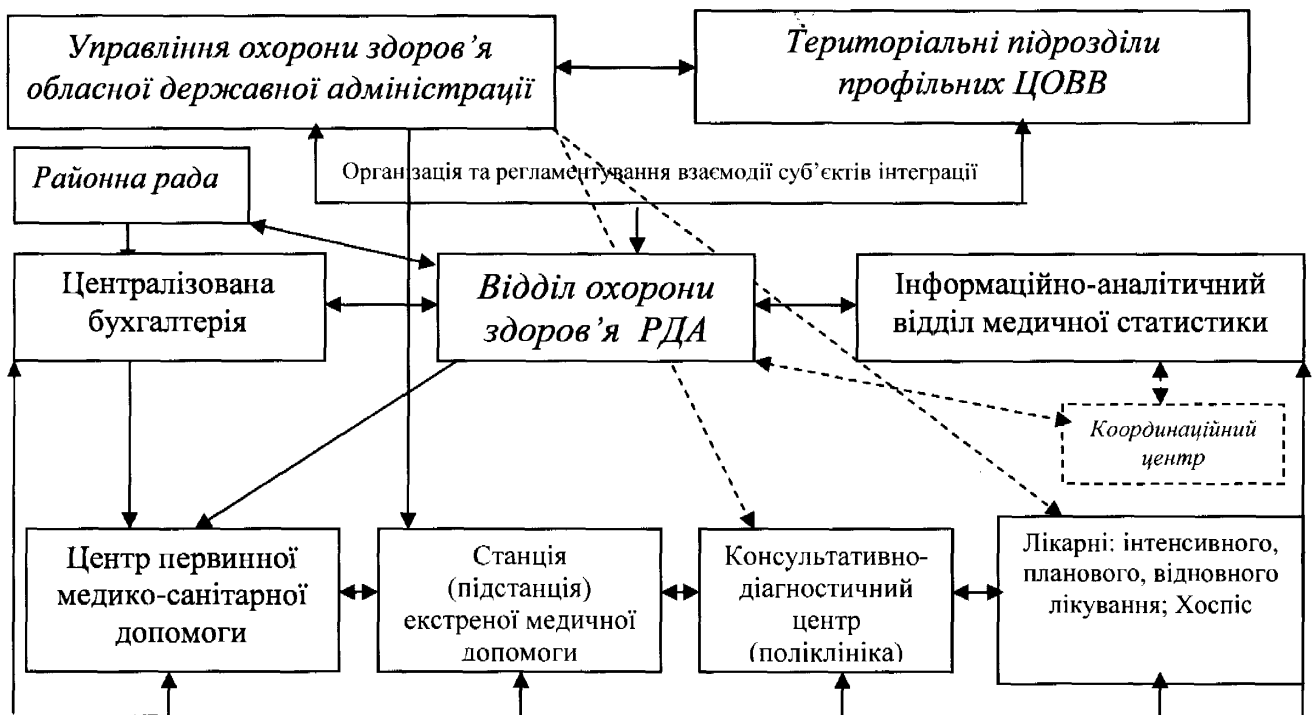


Рис. 3.11. Схема структурної організації механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості (внутрішній контур інтеграції)

Відділ охорони здоров'я РДА створюється і функціонує відповідно до Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації, затвердженого Постановою КМУ від 28.11.2007 р. № 1364 [214].

Основним підрозділом в наданні первинної медичної допомоги повинен стати центр первинної медико-санітарної допомоги для організації надання населенню територіальної громади району безоплатної первинної медико-санітарної допомоги та забезпечення організаційно-методичної роботи. Центри включають в себе лікарські амбулаторії, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, відділення лікарів загальної практики – сімейної медицини, сімейних лікарів, дільничних лікарів, фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти та медичні пункти. Всі заклади первинного рівня медико-санітарної допомоги фінансуються з консолідованого бюджету району.

В амбулаторії можуть здійснювати свою діяльність лікарі – приватні підприємці, які мають відповідну ліцензію на здійснення медичної практики зі спеціальності загальна практика – сімейна медицина у разі укладення ними договорів з відділами охорони здоров'я райдержадміністрацій про надання населенню первинної медико-санітарної допомоги.

Варто також зауважити, що для поліпшення і керованості закладів первинного рівня, доцільним є створення координаційного центру при районній державній адміністрації, який буде здійснювати погодженість дій: координаційної ради з управління та контролю якості медичної допомоги; контрольно-експертних комісій із залученням спеціалістів відповідно до профілів медичної практики та представників громадськості; громадських об'єднань; інших органів самоорганізації населення з метою забезпечення регулярного контролю за впровадженням у практику протоколів та стандартів медичної допомоги, розвитку співпраці представників громадянського суспільства та органів державної влади, підвищення функціональної активності недержавних структур тощо.

На сьогодні в закладах охорони здоров'я відсутні представники громадянського суспільства, здатні ефективно захищати права та законні інтереси пацієнтів, хоча можливість їхнього створення і передбачена у р.ІІІ ст. 24 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” [118]. Спробою змінити дану ситуацію стала розробка проекту Закону України “Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я” [119], де ст.29 передбачено

обов'язкове створення при державних та комунальних закладах охорони здоров'я – громадських наглядових рад, завданням яких є сприяння організації належної діяльності таких органів та закладів, інформованості населення про цю діяльність, а також громадський контроль за роботою зазначених закладів.

Як видно з рис. 3.11, механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості вже пройшов перший етап інституціоналізації в межах внутрішнього контуру інтеграції (здійснення відділом охорони здоров'я РДА інтеграції управлінських, організаційних, ресурсних та технологічних процесів первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги). Вже є перші практичні результати такої інтеграції.

Наприклад, у Попільнянському районі Житомирської області на базі центральної районної лікарні створено комунальне неприбуткове підприємство (КНП) “Попільнянська центральна районна лікарня”, ведеться активна робота зі створення інших медичних закладів подібної форми власності – “Територіальне медичне об'єднання амбулаторно-поліклінічних закладів району” та “Районне стоматологічне територіальне медичне об'єднання”. В Золочівському районі Харківської області створено КНП “Центральна районна лікарня”, на базі якої також створено центр первинної медико-санітарної допомоги. Такий підхід змінив принцип їх фінансування: адміністрація лікарень отримала більше повноважень щодо розподілу коштів та пошуку альтернативних джерел фінансування. Грошові надходження здійснюються переважно з районних бюджетів в межах сум, передбачених щорічними угодами про співпрацю. Водночас збереглось фінансування медичних закладів з бюджетів інших рівнів на реалізацію конкретних програм чи проектів. При державних районних адміністраціях були створені районні відділи охорони здоров'я, між ними та цими КНП були укладені договори про надання медичних послуг. Керівництво медичних закладів для залучення додаткових джерел фінансування отримало

право укладати корпоративні договори про медичне обслуговування з підприємствами різних форм власності чи фізичними особами [89].

У сучасних умовах обмеженого бюджетного фінансування актуальним є розширення інтегрованого утворення з надання медичної допомоги на базовому рівні шляхом створення організаційно-господарських умов для залучення зовнішніх суб'єктів – спеціалізованих ринкових інститутів та саморегулюючих організацій.

Одним із дієвих організаційно-господарських механізмів державного регулювання інтегрованої медичної допомоги є державно-приватне партнерство (ДПП). Міжнародна практика містить чимало позитивних прикладів функціонування державно-приватного партнерства, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Так, завдяки державно-приватній співпраці у Великобританії відкрили 130 клінік, лікування у них за спеціальними програмами доступне практично кожному британцеві. За такою схемою в Німеччині кількість приватних клінік за три роки зросла з 4 до 24%. В Україні, за даними Міністерства економіки, у 2013 році було розпочато реалізацію 160 проектів ДПП, з яких лише 3 у сфері охорони здоров'я [30].

Непривабливість сфери охорони здоров'я для приватних інвесторів обумовлена, насамперед, “некомерційністю” державних і комунальних закладів охорони здоров'я (ч.3 стаття 49 Конституції України про безоплатність надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах). Навіть вузька сфера платних медичних послуг, що визначаються Постановою КМУ, органами державної влади бачиться як некомерційна: відповідно до позиції Державної інспекції з контролю за цінами (лист від 21.07.2010 р. № 200-6-23/4213), калькуляція вартості таких послуг (тарифи) не може включати рівень рентабельності (тобто, прибуток), адже згідно зі статтею 2 Бюджетного кодексу України “бюджетні установи є неприбутковими”.

Таким чином, сфера охорони здоров'я в Україні виглядає для потенційних інвесторів непривабливо, адже практично не залишає для потенційних приватних партнерів варіантів отримання інвестиційного доходу від безпосередньо

вкладених в державні та комунальні заклади охорони здоров'я коштів. А відтак, будь-яке державно-приватне партнерство у цій сфері потребуватиме складніших схем.

На думку правознавців, теоретично є можливість створення окремої юридичної особи (спільного підприємства між державним і приватним суб'єктами), яка буде безпосереднім реципієнтом інвестицій та надаватиме високоякісні медичні послуги населенню, тоді як відшкодування за такі послуги надходитиме здебільшого не від приватних осіб – пацієнтів, а з державного або місцевого бюджету, у межах спеціально укладеного договору про державно-приватне партнерство. Але в цьому випадку приватний партнер може наразитися на ще одну серйозну регулятивну перешкоду. Оскільки оплата за такі послуги здійснюватиметься коштами державного чи місцевого бюджету, на ці відносини поширюватимуться вимоги законодавства про державні закупівлі, що знищує будь-який економічний сенс такого партнерства [218].

Водночас, дуже важливим винятком відповідно до Закону України “Про здійснення державних закупівель” [214] є вилучення з-під дії закону закупівлі послуг з медичного обслуговування населення, що надаються за договором, укладеним відповідно до Закону України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві” [165]. А відтак, лише в цих регіонах і залишається можливим подібне партнерство, із найменшими ризиками для приватних партнерів. Водночас, навіть і в “пілотних” регіонах приватний партнер залежатиме від наявності стабільного бюджетного фінансування, що є запорукою забезпечення постійного рівня закупівель протягом дії партнерства.

Розширення інтегрованого утворення з надання медичної допомоги за рахунок залучення саморегулюючих організацій потребує вирішення на законодавчому рівні проблем взаємодії органів державної влади з самоврядними органами (професійними об'єднаннями). На сьогодні, будь-які професійні об'єднання функціонують в межах Закону України “Про громадські об'єднання” [148], але для створення у сфері охорони здоров'я об'єднань, які мали б відповідні

делеговані державою повноваження, цього недостатньо. У більшості розвинених країн саме професійним об'єднанням делеговані повноваження щодо акредитації ЗОЗ, а також атестації спеціалістів у межах кваліфікації, визначеної державою.

Як зазначають науковці, в контексті господарського законодавства для отримання системного підґрунтя правового забезпечення діяльності саморегулюючих організацій необхідно забезпечити виконання таких умов: наявність волі суб'єктів господарювання об'єднатися в подібні організації і добровільно підкорятися примусовим засобам саморегулювання, що інколи є власне засобами державного регулювання, які застосовуються не органами державної влади, а делеговані ними саморегулюючій організації; наявність реальної передачі або делегування повноважень щодо застосування регуляторних засобів від компетентних уповноважених органів таким саморегулюючим організаціям, а також визначення оптимальної конфігурації таких повноважень [124].

Одним із найважливіших аспектів залучення зовнішніх суб'єктів в інтегроване об'єднання надання медичної допомоги є запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Проте, на нашу думку, враховуючи соціально-економічні умови сьогодення, реалізовуватися воно повинно виключно за умови існування єдиного державного фонду. Якщо ж доручити реалізацію медичного страхування приватним страховим компаніям, існуватиме ризик нецільового використання ними відповідних коштів та небажання працювати з "невигідними" для них верствами населення, рівень платоспроможності яких суттєво низький.

Таким чином, підсумовуючи все вищезазначене, можна констатувати, що механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості у системі державного регулювання інтегрованої медичної допомоги забезпечує реалізацію державно-управлінських функцій у сфері охорони здоров'я через інтеграцію управлінських, організаційних, технологічних, функціональних, інформаційних процесів різних

суб'єктів (зовнішніх і внутрішніх), об'єднаних єдиною ціллю у межах чотирьох функціональних блоків (рис.3.12):

1. Організаційно-регламентуючий – система функцій організаційного і регламентуючого забезпечення всіх управлінських процесів в області взаємодії ЗОЗ різного рівня підпорядкування при наданні медичної допомоги, їх супідрядності і координації. Стратегічною ціллю, що інтегрує суб'єктів є розвиток моделі багатоканального фінансування та удосконалення організаційно-господарського механізму управління ЗОЗ комунальної форми власності, формування інституційного механізму делегування повноважень саморегулюючим організаціям;

2. Планово-прогностичний блок – система функцій, що забезпечують визначення стратегічного напрямку межсекторальної взаємодії (влада-бізнес-громадськість) на засадах партнерства у забезпеченні надання доступної і якісної медичної допомоги, цільовизначення, розробку плану створення інтегрованого утворення, планів і програм щодо державного регулювання ним. Ціллю, що об'єднує, є формування моделі ринкового саморегулювання господарських відносин та розвитку ринкової інфраструктури у сфері охорони здоров'я;

3. Інформаційно-координаційний блок – система аналітичних функцій формалізованої обробки даних для інформаційного забезпечення прийняття обґрунтованих управлінських рішень та функцій координації діяльності усіх суб'єктів інтегрованого утворення. Стратегічною ціллю, що інтегрує, є визначення потреб та очікувань споживачів медичних послуг, визначення потреб та можливостей виробників медичних послуг, узгодження інтересів різних груп зацікавлених осіб та розвиток інформаційної взаємодії між органами влади, медичними установами та представниками громадськості;

4. Контрольно-адаптивний блок – система функцій, що забезпечують систематизовану оцінку всіх управлінських операцій щодо організації взаємодії, вимірювання її результативності, оцінку ефективності державного регулювання й здійснення коригувальних заходів. Ціллю, що об'єднує, є створення ефективної

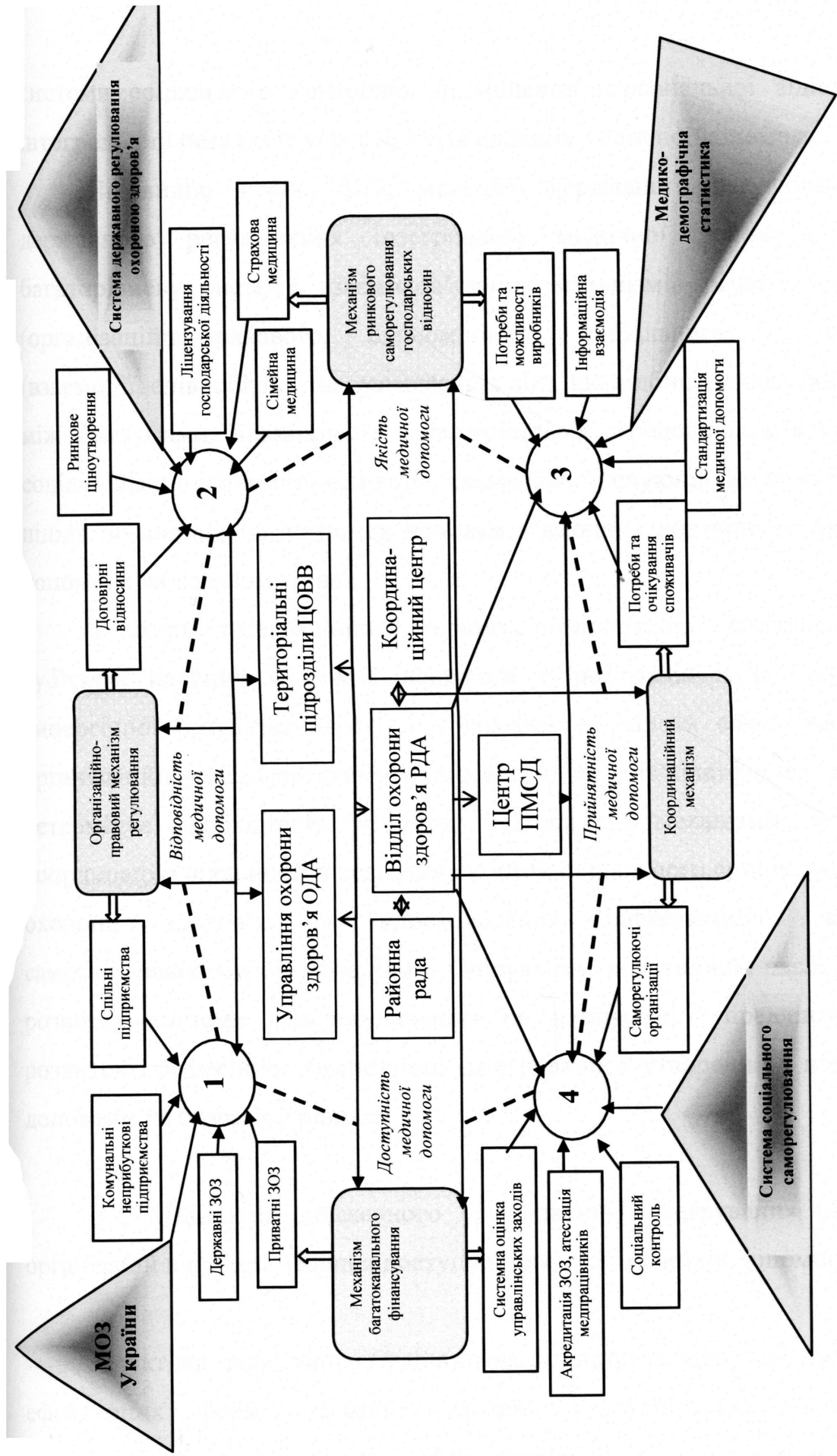


Рис.3.11. Механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості

системи соціального контролю, підвищення персональної відповідальності за інтегральний результат усіх суб'єктів надання медичної допомоги.

Як видно з рис. 3.12, механізм державного регулювання у системі державного регулювання інтегрованої медичної допомоги являє собою багаторівневу систему взаємопов'язаних механізмів різної природи: базових (організаційно-правового, економічного, соціального) і координаційних (взаємодії, співробітництва, узгодження дій), що відбиває складний взаємозв'язок між факторами зовнішнього і внутрішнього середовища, між управлінськими, соціальними і економічними категоріями, забезпечуючи тим самим комплексний підхід до вирішення існуючих проблем в площині доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні.

З позиції інтеграційного підходу, домінантною взаємодією регулювання суб'єктів надання медичної допомоги є реалізація механізму забезпечення синергічної результативності, що вимагає не тільки ефективного управління організаційно-господарськими відносинами на всіх платформах взаємодії, але і детермінує необхідність розробки і реалізації механізмів, спрямованих на координацію діяльності з розвитку системи соціального саморегулювання у сфері охорони здоров'я та удосконалення інформаційної взаємодії між саморегулюючими організаціями. Очікуваним позитивним наслідком (цінністю) розвитку системи саморегулювання на платформі “управління знаннями” є розвиток професійної компетенції інтегрованого утворення з надання медичної допомоги на базовому рівні.

3.3 Механізми державного регулювання інтегрування саморегулюючих організацій в процес надання доступної і якісної медичної допомоги

Практика державного будівництва розвинутих країн свідчить, що однією з ефективних форм взаємодії держави і суспільства є надання права саморегулювання визначених сфер суспільного життя самим суб'єктам цієї діяльності.

В основу удосконалення системи регулювання, як відомо, має бути покладений принцип субсидіарності (додатковості, допоміжності). Зазначений принцип не дозволяє державам сконцентрувати всі управлінські повноваження на верхніх щаблях державної влади і стимулює процеси децентралізації здійснення владних повноважень. Тому сьогодні в нашій країні потрібно створювати більш самостійні органи управління, діяльність яких має базуватись на принципі самоорганізації і самоврядування, а це вимагає створення юридичних осіб публічного права. Такі структури наділяють правом здійснювати частину державних функцій спільноти представників окремих професій та які називаються організаціями професійного самоврядування (далі - ОПС).

Професійне самоврядування в Україні знаходить своє втілення у формі саморегулюючих організацій. Але, нормативно діяльність даних організацій не регулюється спеціальними актами, існує два проекти Закону, які визначають їх статус.

Перший законопроект має назву Закону “Про фахові саморегулівні і самоврядні об’єднання” [175], який визначає загальні засади діяльності фахових саморегулюючих і самоврядних об’єднань, які створюються з метою збалансування інтересів учасників об’єднання (представників певної професії, виробників товарів, робіт та послуг), споживачів (громадян) і держави для створення ефективного економічного й соціального клімату. Під фаховим об’єднанням розуміють громадське об’єднання, що створюється шляхом самоорганізації фізичних та/або юридичних осіб з метою реалізації спільних інтересів, впровадження засад саморегулювання та/або професійного самоврядування у визначеній професії, сфері діяльності чи галузі відповідно до статуту об’єднання.

На сьогодні відбувається активне обговорення другого законодавчого документу - проекту Закону України “Про саморегулівні організації” [170], розробленого з метою створення інституту саморегулюючих організацій, що сприятиме підвищенню ефективності взаємодії між суб’єктами, які здійснюють господарську та (або) професійну діяльність, та органами державної влади. Для

цього проектом Закону визначаються правові та організаційні засади створення і діяльності саморегулюючих організацій в Україні, особливості правового регулювання та гарантії їх діяльності, а також основні засади їх взаємодії з органами державної влади, об'єднаннями, підприємствами, установами та організаціями. Цей проект також ще знаходиться на доопрацюванні.

Вважаємо, що прийняття такого регуляторного документу є надзвичайно важливим для підвищення ефективності механізму державного регулювання надання населенню медичної допомоги. Важливим напрямом покращення системи державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню є, на нашу думку, її децентралізація, тобто удосконалення існуючої моделі регулювання з наданням права частини важливих (ключових) важелів впливу професійним об'єднанням, а відповідно і розширення автономії медичних закладів через створення організацій професійного самоврядування (ОПС). Адже, закріплення на законодавчому рівні переліку організаційно-господарських повноважень, які делегуються державою саморегулюючим організаціям, сприятиме забезпеченню оптимального балансу між здійсненням державного регулювання органами державної влади та/або органами місцевого самоврядування та ринковою саморегуляцією у сфері забезпечення медичної допомоги. До таких організаційно-господарських повноважень можна віднести: розроблення і впровадження правил поведінки, створення некомерційних медичних організацій – надавачів медичної допомоги; стандартів професійної поведінки на ринку медичних послуг; видача ліцензій суб'єктам, які надають медичні послуги; сертифікація фахівців, що здійснюють відповідний вид господарської діяльності; проведення перевірок провадження відповідного виду професійної діяльності, дотримання вимог законодавства, правил, стандартів професійної поведінки; припинення (зупинення) дії ліцензії на провадження відповідного виду господарської діяльності.

Слід зазначити, що питання нормативного забезпечення оптимального поєднання державного регулювання та ринкової саморегуляції в Україні активізовано після прийняття у 2007 році на рівні СНД Модельного закону про

саморегулюючі організації (далі - СРО) [98]. Даний Закон визнає СРО як некомерційне об'єднання певних суб'єктів (ст.2), виходячи з єдності галузі виробництва чи ринку вироблених товарів (робіт, послуг), створене за умови її відповідності усім встановленим цим Законом вимогам: 1) об'єднання у складі СРО у якості її членів не менше 25 суб'єктів підприємницької діяльності; 2) наявності правил та стандартів підприємницької або професійної діяльності, обов'язкових для виконання всіма її членами; 3) забезпечення СРО додаткової майнової відповідальності кожного її члена перед споживачами вироблених товарів (робіт, послуг) і т. і. (ст.3). Правила і стандарти СРО орієнтують усіх її членів у напрямі відповідальності, відкритості, етики, моралі тощо (ст.4). Держави можуть передбачати випадки обов'язкового членства певних суб'єктів підприємницької і професійної діяльності у СРО (ст.5). СРО має право: оскаржувати у встановленому законодавством держави порядку будь-які акти, рішення і (або) дії (бездіяльність) органів державної влади та органів місцевого самоврядування, що порушують права та законні інтереси СРО чи її членів; приймати участь у обговоренні проектів національних законів та інших нормативних правових актів держави, державних програм із питань, пов'язаних із предметом саморегулювання тощо; вносити на розгляд згаданих органів пропозиції з питань формування і реалізації відповідної політики держави та самоврядування по відношенню предмета саморегулювання (ст.6).

В Україні інститут саморегулювання використовуються достатньо широко і ефективно в регулюванні ринку фінансових послуг. Зокрема, в низці Законів України та законодавчих актів [150, 151, 152, 153, 166, 170, 171, 175, 176] визначається сутність, функції та повноваження саморегулюючої організації (СРО). Незважаючи на деякі розбіжності в тлумаченні змісту СРО, основними характеристиками є: добровільне об'єднання професійних учасників певного ринку, яке немає на меті одержання прибутку і створюється з метою захисту інтересів своїх членів, та якому делегуються відповідними державними органами повноваження щодо розроблення і впровадження правил поведінки на відповідних ринках. Саморегулююча організація – це об'єднання суб'єктів певної

діяльності за ознакою єдності галузі або ринку виробництва товарів і послуг, котрі пов'язані, з одного боку, з бізнесом, з іншого – з виконанням публічних функцій, що потребує державного контролю. Виходячи з такого визначення можна констатувати, що саморегулювання – це механізм передачі відповідальності виробникам певних послуг та розподіл ризиків між державою й суспільством.

Медичні послуги відносяться до розряду довірчих благ, тобто як раз до тої категорії благ, котрі припускають саморегулювання діяльності їх виробників. У проекті Закону України “Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування” [155], статтею 9 прямо передбачено утворення і діяльність у сфері охорони здоров'я професійних самоврядних організацій (асоціацій) медичних та фармацевтичних працівників.

Проектом Закону України “Про лікарське самоврядування” [162] зазначено, що створення і функціонування в Україні такого суспільного інституту, як лікарське самоврядування, є найважливішим механізмом системи державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню. Створення суспільної системи регулювання лікарської діяльності, на чолі якої стоятиме національна лікарська самоврядна організація, дасть можливість у разі часткового збереження за органами державної влади нормативно-розпорядницьких і наглядово-дозвільних функцій покласти на неї значну частину відповідальності за діяльність системи охорони здоров'я. При цьому слід наголосити, що метою прийняття даного законодавчого акту є інституціоналізація (законодавче введення) громадської організації “Всеукраїнське лікарське товариство” (яка вперше було утворено в 1910 році) в статус єдиної всеукраїнської самоврядної лікарської організації – Всеукраїнського Лікарського Товариства – для модернізації управління системою охорони здоров'я України шляхом упровадження системи професійного самоврядування в медичній галузі та підвищення ролі медичної спільноти в питаннях забезпечення якості медичної діяльності й авторитету медичної професії у суспільстві.

Лікарське товариство має відігравати провідну роль у системі громадського контролю охорони здоров'я, виконуючи при цьому освітню і юридичну функції. Виступаючи на захист лікарів і пацієнтів, товариство могло б взяти участь у встановленні стандартів в галузі медичної освіти, медичної практики і лікарської етики, а також сприяти підвищенню професійного рівня медичних працівників. Основними обов'язками товариства могли б стати забезпечення підготовки необхідної кількості кваліфікованих лікарів, підтримка високого рівня професійних знань, нагородження медичних працівників за особливі заслуги, допомога в здійсненні перепідготовки медичних кадрів, виконання регуляторних функцій.

Професійне лікарське самоврядування розглядається як передбачена законом система управлінських взаємин між усіма представниками певної професії, покликана консолідувати зусилля представників певного фаху в стосунках з органами державної влади, із суспільством та між собою. Тобто законом надаються управлінські повноваження з метою успішного функціонування певної професії на користь усього суспільства. Таке професійне самоврядування репрезентується власною, визначеною законом представницькою організацією, побудованою на засадах децентралізації, і перебуває вона під наглядом державної влади.

Розроблена у п.3.2. концептуальна модель механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості показала, що в структурі даного механізму функціонують наступні інститути:

- державне регулювання (органи державної влади та органи місцевого самоврядування);

- недержавне публічно-правове регулювання (організації професійного самоврядування – професійні лікарські асоціації, наукові медичні товариства тощо);

- приватне добровільне регулювання (громадські організації – благодійні фонди, Товариство Червоного Хреста України, незалежні аналітичні центри тощо).

Інститут саморегулювання та його форми – організації професійного самоврядування, може активно розвиватися лише за умов підтримки державою процесів їх функціонування в межах загального регулювання їх діяльності без втручання у внутрішню діяльність. Метою державного стимулювання інституціоналізації саморегулюючих організації є необхідність розмежування функцій між державним і суспільним регулюванням. Сприяння організації професійного самоврядування передбачає активну участь саморегулюючих організацій в процедурах допуску до професії (ліцензування).

Вищезазначене надає нам підстави стверджувати про актуальність забезпечення законодавчого супроводу – розробку правового механізму інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості.

До основних функцій СРО можна віднести нормування та контроль професійної діяльності своїх членів у межах своєї компетенції; захист професійних інтересів своїх членів у спорах з органами влади та споживачами; гарантія цивільної відповідальності своїх членів в мінімально встановлених розмірах; професійна громадська експертиза законопроектів.

До основних функцій саморегулюючих організацій (організацій професійного самоврядування) в механізмі державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості можуть бути віднесені такі (рис. 3.13).

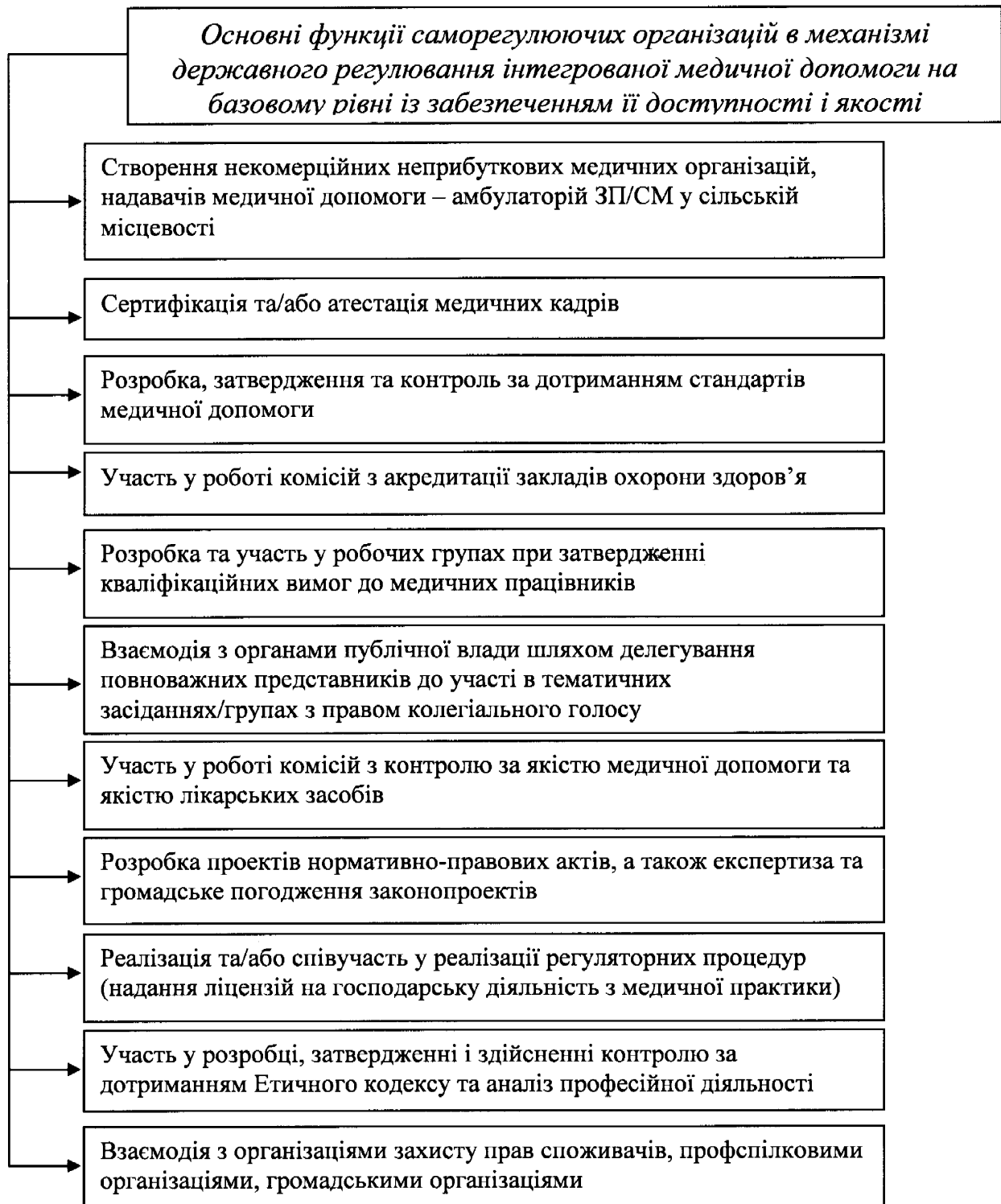


Рис. 3.13. Основні функції організації професійного самоврядування в механізмі державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості

З рисунку 3.13 видно, що суттєво змінюється статус професійних об'єднань в сфері охорони здоров'я. Так до повноважень фахових об'єднань переходять функції: створення некомерційних неприбуткових медичних організацій,

надавачів медичної допомоги – амбулаторій ЗП/СМ; стандартизації медичної допомоги (частково або повністю) від структур МОЗ України; сертифікації/атестації медичних кадрів від атестаційних комісій при Управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Співучасть в ліцензуванні медичної практики з Департаментом з питань контролю якості медичної та фармакологічної допомоги МОЗ України; в акредитації ЗОЗ з Головною акредитаційною комісією МОЗ України. Така децентралізація державного управління дозволить вирішити комплекс важливих питань як на ринку медичних послуг так і на ринку праці, зокрема, щодо підвищення професійної компетентності медичних кадрів (оновлення знань відповідно до світових тенденцій).

Створення некомерційних неприбуткових медичних організацій, наприклад амбулаторій ЗП/СМ, за умови внесення цього виду діяльності у статут саморегулюючої організації, суттєво поліпшить доступність медичної допомоги населенню у сільській місцевості. Діяльність таких ЗОЗ у складі саморегулюючих організацій також сприятиме задоволенню об'єктивних потреб населення у доступній і якісній медичній допомозі шляхом залучення додаткових фінансових ресурсів за рахунок надання платних медичних послуг, коштів із страхових організацій за надання медичної допомоги застрахованим особам, благодійних (добровільних) юридичних і фізичних осіб, що сприятиме багатоканальності фінансування.

Функцією, яка дійсно може покращити ситуацію в сфері медичної допомоги, є розробка, впровадження та дотримання Етичного кодексу, де мають бути висвітлені взаємовідносини між усіма суб'єктами надання медичної допомоги.

Важливо зазначити, що інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання – це, насамперед, економія бюджетних коштів на утримання апарату управління, професійний підхід до підготовки будь-якого регуляторного акта, професійна відповідальність, професійне розуміння й вирішення конкретних питань і завдань щодо забезпечення доступності й якості

медичної допомоги, реалізація можливостей громадян України брати безпосередню участь в управлінні державними справами через процедуру делегування відповідних повноважень фаховим самоврядним і саморегулюючим об'єднанням, а також формування нової культури партнерства професіоналів, влади, бізнесу й суспільства.

Процес інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості доцільно представити через організаційний механізм державного управління охороною здоров'я (рис.3.14.).

На сьогодні, провідну роль в інституціоналізації саморегулюючих організацій, як реальної влади в системі управління охороною здоров'я (не управлінської, а в сфері підготовки фахівців, стандартизації надання медичної допомоги і контролю якості медичних послуг), відіграє Національна академія медичних наук України, зокрема щодо розвитку можливостей атестації лікарів через професійні об'єднання – лікарські асоціації. Наприклад, у НАМНУ існує своя атестаційна комісія, яка працює із залученням практично всіх профільних фахівців (кожен директор інституту є президентом асоціації з певного напрямку). На цьому доробку доцільно (на першому етапі) створити центральну атестаційну комісію із залученням асоціацій, щоб привести всю нормативну базу відповідно до сучасних вимог.

Слід наголосити, що на сьогодні у Мін'юсті зареєстровано понад 200 асоціацій медичного профілю (лікарських та фармацевтичних), багато з яких не працюють активно. Часто трапляється, що вони дублюють одна одну – існує по 3–4 асоціації одного профілю [83]. Тож варто визначитися з головними професійними об'єднаннями та встановити певні “правила гри” для саморегулюючих організацій через регламентування їх створення та функціонування.

В основу такого регламенту мають бути покладені Рекомендації Ради Європи [181], які пропонують урядам створювати сприятливі умови в юридичній і податковій системі для фінансування і керування громадськими медичними

організаціями, а бюджет охорони здоров'я, наскільки можливо, повинен включати статті для підтримки їхньої діяльності – виконання ними публічних (делегованих державою) повноважень.

Варто зазначити, що при значних перевагах (зниження державних витрат, професійний контроль за якістю послуг, підвищення відповідальності учасників ринку за свої дії, більш дієві механізми зворотного зв'язку) системі саморегулювання властиві й істотні ризики, насамперед: непрофесіоналізм учасників і непрофесіоналізм контролю, безвідповідальність, відсутність реального контролю, конфлікт інтересів. Зазначені ризики можна мінімізувати шляхом коректної організації системи саморегулювання, а саме колективним управлінням, інформаційною відкритістю, колективною відповідальністю, встановленням кваліфікаційних вимог до СРО і кодексу професійної поведінки, наявністю конкуренції між СРО.

На наш погляд, доцільною, для попередження вищезазначених ризиків, є запропонована на рис. 3.14 організація системи саморегулювання через принцип колегіальності управління. Найвищим органом СРО є загальні збори членів об'єднання, які скликаються з періодичністю і в порядку, встановленому статутом.

Основними функціями цього органу можуть бути: затвердження статуту саморегулюючої організації та внесення до нього змін; обрання колегіального органу управління, дострокове припинення його повноважень або повноважень окремих його членів тощо. Правила і стандарти в освітній діяльності, статут фахового об'єднання є обов'язковими для виконання всіма членами фахового об'єднання.

Колегіальний орган управління формується з числа фізичних осіб – членів фахового об'єднання (медиків), представників юридичних осіб (головних лікарів ЗОЗ), незалежних членів. Співвідношення між цими групами має визначатись законодавством.

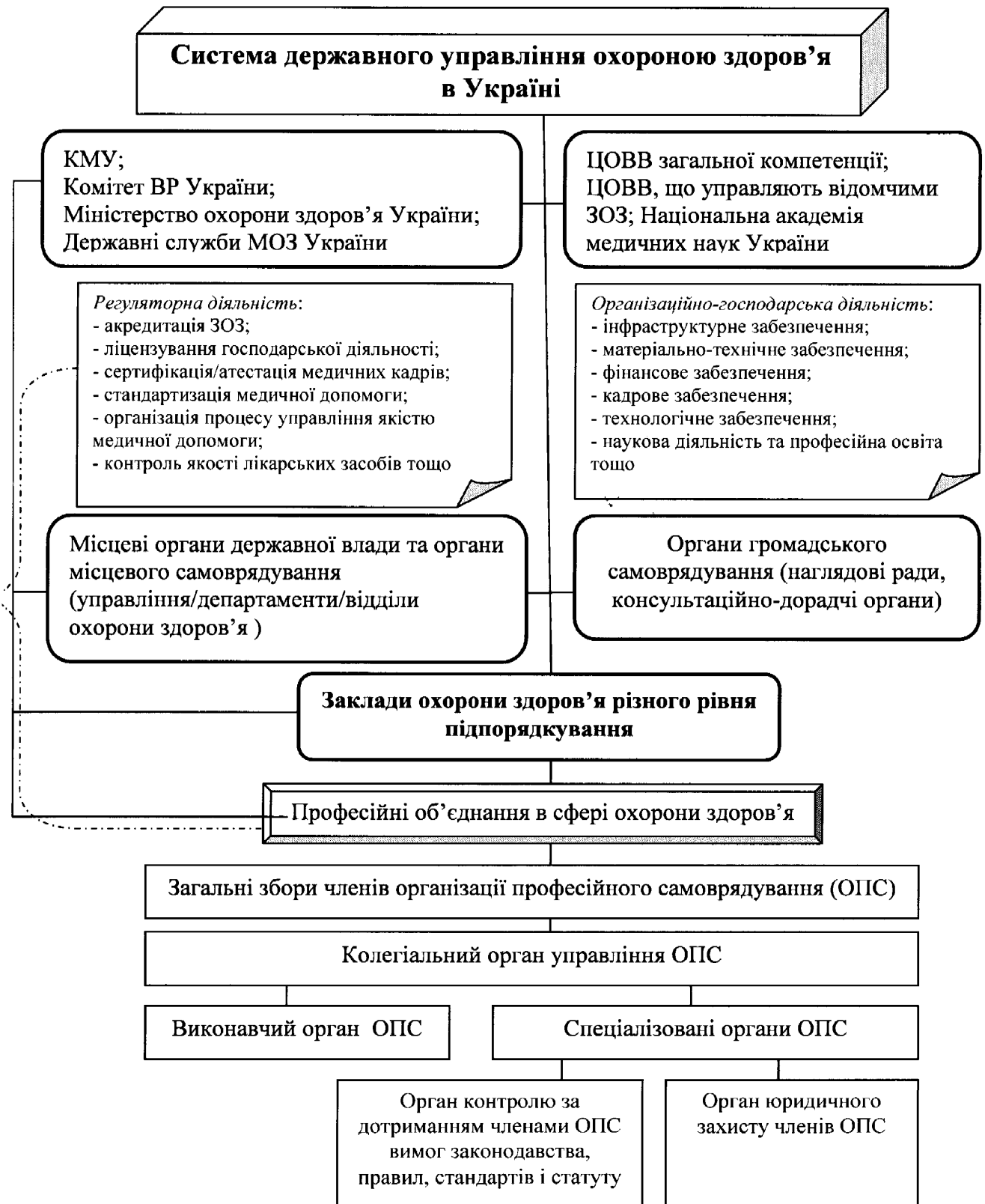


Рис.3.14. Саморегулюючі організації в структурі організаційного механізму державного управління охороною здоров'я

Кожен член колегіального органу при голосуванні має один голос. У періоди між загальними зборами членів професійних об'єднань є її найвищим органом управління. Фахове об'єднання самостійно може визначати кількісний склад колегіального органу управління, порядок й умови його формування, діяльності, прийняття ним рішень. До основних функцій колегіального органу можна віднести такі: затвердження правил і стандартів діяльності СРО, внесення до нього змін; створення спеціалізованих органів фахового об'єднання і затвердження правил здійснення ними діяльності тощо.

До компетенції виконавчого органу фахового об'єднання належать будь-які питання господарської й іншої діяльності, що не належать до компетенції загальних зборів членів фахового об'єднання і її колегіального органу управління.

Найскладнішим питанням правового регламентування діяльності саморегулюючих організацій (як об'єднань юридичних осіб певної сфери діяльності або як фізичних осіб, об'єднаних за професійною ознакою) є делегування повноважень державними органами суб'єктам професійних самоврядних об'єднань.

Вважасмо, що при розгляді делегування повноважень доцільно виходити з правової позиції Конституційного Суду України:

- делегування повноважень є важливим конституційно-правовим інститутом, що являє собою передачу повноважень від одного суб'єкта владних повноважень іншому. Делегування повноважень не є формою остаточної їх передачі. Вони залишаються повноваженнями органу, від якого делеговані, і можуть бути повернуті або змінені [236];

- делеговані повноваження не підлягають подальшому делегуванню без згоди на це з боку суверена влади [237].

Які ж повноваження можуть бути делеговані МОЗ України саморегулюючим організаціям? Відповідь на це запитання поки ще надає тільки стаття 24 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” [118]: збирання, узагальнення та аналітичне оброблення даних щодо провадження відповідного виду професійної діяльності; проведення громадської експертизи

відповідного виду професійної діяльності; визначення змісту та шляхів виконання державних цільових програм; вирішення кадрових, наукових та інших проблем організації державної діяльності у сфері охорони здоров'я.

Натомість, у проекті Закону України “Про саморегулювні організації”, яке оприлюднило Міністерство економічного розвитку і торгівлі України наприкінці літа 2012 року [170], зазначено, що органи державної влади, які регулюють певні ринки, зможуть делегувати саморегулюючим організаціям частину повноважень. СРО зможуть отримати право збирати та аналізувати дані від учасників, проводити їх перевірки, сертифікувати фахівців і здійснювати методичне забезпечення своєї діяльності. Всі рішення про делегування повноважень повинні реєструватися в Міністерстві юстиції. СРО отримають право брати участь у формуванні державної політики у певній сфері господарської або професійної діяльності. Вони також зможуть захищати інтереси учасників перед контролюючими організаціями.

Таким чином, інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості потребує прийняття відповідного законодавчого акту, серед основних положень якого має бути визначено: основні механізми діяльності саморегулюючих організацій; організаційно-правові форми саморегулюючих організацій; механізм делегування повноважень державних органів, зокрема у частині ліцензування і сертифікації.

Інституціоналізація СРО дозволить більш ефективно використовувати управлінський апарат, звільняючи органи державної влади від необхідності здійснення тотального контролю. Це буде сприяти, з одного боку - суттєвому зменшенню чисельності зайнятих в наглядових органах державного апарату і звільненню висококваліфікованих чиновників для вирішення інших стратегічних і перспективних завдань, а з іншого – узгодженню інтересів усіх зацікавлених осіб. Адже, діяльність лікарських професійних об'єднань спрямована на формування персональної відповідальності лікаря за свою діяльність перед саморегулюючою організацією, яка своєю чергою відповідає за нього перед пацієнтами і державою.

Саме такий “асоціативний” ланцюжок спроможний водночас задовольнити потреби пацієнта і захистити права медичних працівників, що особливо актуально для України.

Висновки до третього розділу

1. Для отримання об’єктивної інформації стосовно ідентифікації рівня задоволеності потреб зацікавлених сторін щодо доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні застосовано метод анкетування мешканців сільського адміністративного району та метод оцінок експертів. З цією метою розроблено анкету громадянина – жителя селища чи села та анкету експерта з питань доступності медичної допомоги, які містять найважливіші параметри інфраструктурної, ресурсної, територіальної, економічної доступності якісної медичної допомоги та питання щодо ролі органів державної влади й органів місцевого самоврядування у її забезпеченні.

Виходячи з ретельного аналізу потреб зацікавлених сторін щодо доступності і якості медичної допомоги та результатів експертної оцінки щодо того, наскільки важливі ці потреби і в якій мірі вони задовольняються на даний час, методом причино-наслідкового аналізу визначено причини і наслідки незадовільного стану доступності якісної медичної допомоги на базовому рівні та побудовано дерево проблем. Проведений аналіз засвідчив, що “корінь” проблеми низького рівня доступності і якості медичної допомоги на базовому рівні зосереджено в інституційно-організаційному полі – не скоординована і не злагоджена робота обласних управлінь (департаментів) охорони здоров’я з районними державними адміністраціями та виконавчими органами місцевого самоврядування з організації, планування, програмування та забезпечення реалізації медичної допомоги на базовому рівні відповідно до встановлених нормативних вимог і потреб зацікавлених сторін.

2. Обґрунтовано, що доступність медичної допомоги населенню на базовому рівні доцільно розглядати як інтегральний результат двох регулятивних механізмів: системи державного регулювання та системи соціального саморегулювання. Зазначене підкреслює об'єктивність удосконалення діючого механізму державного регулювання через запровадження інтеграційного підходу до кооперації та узгодженості дій усіх суб'єктів, що задіяні в процесі організації надання медичної допомоги на базовому рівні, за двома векторами: процесним - управління інтегрованим утворенням в процесі здійснення відповідними органами влади державно-управлінських функцій в організації надання доступної медичної допомоги; системним - забезпечення інтегрованості дій усіх зацікавлених осіб з акцентом на знаходження компромісів між цілями та альтернативами, що перетинаються. Формування системи державного регулювання інтегрованої медичної допомоги передбачає об'єднання всіх функціональних процесів в єдине ціле на загальній інформаційній основі.

3. Сформульовано основні концептуальні положення розвитку механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості: 1) збереження юридичної самостійності різних інституційних форм об'єднання галузевих суб'єктів за наявності координаційного органу, що забезпечує тісну взаємодію суб'єктів та довготривалість їх зв'язків; 2) визначальною умовою ефективності функціонування інтегрованого утворення є забезпечення відповідності між сформованими потребами усіх груп суб'єктів та ступенем їхньої задоволеності; 3) ефективність взаємозв'язку між суб'єктами внутрішнього середовища надання медичної допомоги та між суб'єктами внутрішнього та зовнішнього середовища визначається ступенем сприйняття проблеми кожним з них, рівнем відповідальності, відкритістю до партнерства і змін; 4) впровадження стратегії саморегулювання передбачає наявність делегованих державою повноважень, що дозволяють певним фізичним чи юридичним особам встановлювати норми професійної поведінки для своїх працівників; 5) модель регульованого ринку передбачає, що пряме підпорядкування закладів охорони здоров'я відповідному

органу державного управління поступається місцем їх взаємодії на основі ринкової угоди та цивільно-правових відносин; б) мають бути переглянуті функції і компетенції органів державної влади та органів місцевого самоврядування на районному рівні щодо організаційно-господарського регулювання діяльності комунальних закладів охорони здоров'я, аби не створювати перешкод один одному в процесі реалізації управлінських функцій.

4. Доведено, що інтегрування суб'єктів надання медичної допомоги на базовому рівні в єдине утворення ускладнює управління ним, як об'єктом державного регулювання. Це вже не процеси окремої інституції, а процеси групи інституцій, між якими виникають зв'язки різного характеру та взаємовідносини, а тому завданням механізму державного регулювання є планування, організація, регулювання функціональних процесів з позиції єдиного цілого, що формується при об'єднанні суб'єктів. Враховуючи концептуальні положення та завдання механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості, побудовано його функціональну структуру – послідовність дій щодо організації та регламентування участі суб'єктів у складній системі взаємодії.

Механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості забезпечує реалізацію державно-управлінських функцій у сфері охорони здоров'я через інтеграцію управлінських, організаційних, технологічних, функціональних, інформаційних процесів різних суб'єктів (зовнішніх і внутрішніх), об'єднаних єдиною ціллю у межах чотирьох функціональних блоків: організаційно-регламентуючого, планово-прогностичного, інформаційно-координаційного, контрольно-адаптивного.

5. Обґрунтовано актуальність інтегрування саморегулюючих організацій в процес надання доступної і якісної медичної допомоги. Визначено основні функції саморегулюючих організацій (організацій професійного самоврядування) в механізмі державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності та якості: нормування та контроль

професійної діяльності своїх членів у межах своєї компетенції; захист професійних інтересів своїх членів у спорах з органами влади та споживачами; гарантія цивільної відповідальності своїх членів в мінімально встановлених розмірах; професійна громадська експертиза законопроектів. Процес інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості представлено через організаційний механізм державного управління охороною здоров'я.

Інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості потребує прийняття відповідного законодавчого акту, серед основних положень якого має бути визначено: основні механізми діяльності саморегулюючих організацій; організаційно-правові форми саморегулюючих організацій; механізм делегування повноважень державних органів, зокрема у частині ліцензування і сертифікації.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено нове вирішення наукового завдання державного управління, що полягає в теоретичному обґрунтуванні організаційно-інституційних засад розвитку системи державного регулювання організації надання медичної допомоги на базовому рівні та розробленні шляхів удосконалення механізмів державного регулювання забезпечення її доступності і якості для усіх верств населення. Узагальнення результатів дослідження дало підстави сформулювати низку висновків та рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення.

1. На підставі аналізу наукових джерел, стратегічних документів і законодавчих актів щодо інституційних змін в системі управління мережею закладів охорони здоров'я та діяльності органів державної влади й органів місцевого самоврядування з організації надання доступної й якісної медичної допомоги на базовому рівні зроблено висновок, що стратегічним вектором розвитку системи надання населенню медичної допомоги є розширення спектру та ролі державного регулювання у напрямку використання механізмів взаємовигідного сполучення інтересів регіональних органів влади, громадянського суспільства та суб'єктів ринку надання медичних послуг. Базовою методологією забезпечення якісної медичної допомоги на базовому рівні, що ґрунтується на принципі її доступності для всіх верств населення має стати інтеграційний підхід, принциповими характеристиками якого є концепція "тотальної інтеграції" із наголосом на персональній звітності та відповідальності, використання багаторівневого підходу, але з поєднанням планування і контролю.

2. З'ясовано, що стан законодавчої та нормативно-правової бази не повністю регламентує відносини у сфері забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою. Потребують нормативно-правового врегулювання питання: стимулювання пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги та стаціонарозамінних технологій; впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального використання фінансових, матеріально-технічних

та кадрових ресурсів; сприяння розвитку професійного лікарського самоврядування.

3. Обґрунтовано інституційні засади розвитку організаційної підсистеми механізмів державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню. Саме у зв'язку із запровадженням на базовому рівні інституту первинної медико-санітарної допомоги постала необхідність створення у структурі районних державних адміністрацій відділів (управлінь) охорони здоров'я з метою забезпечення взаємодії та міжсуб'єктної координації між органами державної влади й органами місцевого самоврядування та установами, підприємствами, організаціями, діяльність яких пов'язана з процесом забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою на базовому рівні, що дозволить при перерозподілі основних типів ресурсів їх більш раціональне використання.

4. Досліджено досвід державного регулювання організації надання медичної допомоги населенню різних країн світу, передусім країн Європейського Союзу, встановлено найбільш ефективні механізми забезпечення її доступності та якості, а також виокремлено деякі підходи, які доцільно було використати у вітчизняній практиці. Зокрема, до них можна віднести: створення відділів (управлінь) у складі районних державних адміністрацій, які будуть виконувати функцію замовника медичних послуг, запровадження державно-приватного партнерства, залучення до організації надання доступної і якісної медичної допомоги спеціалізованих ринкових інститутів та саморегулюючих організацій.

5. Аналіз сучасного стану задоволеності потреб зацікавлених сторін в отриманні доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні та результатів експертної оцінки засвідчив наявність цілої низки проблем в організації надання медичної допомоги населенню на цьому рівні. Першоджерела цієї проблеми зосереджені в інституційно-організаційному полі – не скоординована і не злагоджена робота обласних управлінь (департаментів) охорони здоров'я з районними державними адміністраціями та виконавчими органами місцевого самоврядування з організації, планування, програмування та забезпечення

реалізації медичної допомоги на базовому рівні відповідно до встановлених нормативних вимог і потреб зацікавлених сторін. Найбільш доцільним напрямом удосконалення механізмів державного регулювання забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні є застосування інтеграційного підходу.

6. Розроблено концептуальну модель механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості, яка повинна забезпечити збалансованість та врівноваженість серед суб'єктів державного регулювання, галузевих суб'єктів (ЗОЗ різного рівня підпорядкування), спеціалізованих ринкових суб'єктів та суб'єктів соціального саморегулювання через інструменти взаємовпливу.

Концептуальна модель включає:

- збереження юридичної самостійності різних інституційних форм об'єднання галузевих суб'єктів за наявності координаційного органу;
- забезпечення відповідності між сформованими потребами усіх груп суб'єктів та ступенем їхньої задоволеності;
- визначення ступеню сприйняття проблеми кожним з суб'єктів внутрішнього та зовнішнього середовища надання медичної допомоги, рівнем відповідальності, відкритістю до партнерства і змін;
- впровадження стратегії саморегулювання;
- пряме підпорядкування закладів охорони здоров'я відповідному органу державного управління поступається місцем їх взаємодії на основі ринкової угоди та цивільно-правових відносин;
- функції та компетенції органів державної влади та органів місцевого самоврядування на районному рівні щодо організаційно-господарського регулювання діяльності комунальних закладів охорони здоров'я повинні виключати дублювання.

7. Сформульовано рекомендації щодо інтегрування саморегулюючих організацій в процес надання доступної і якісної медичної допомоги через організаційний механізм державного управління охороною здоров'я на засадах

колегіальності. Зокрема, таке інтегрування делегує саморегулюючим організаціям крім здійснення традиційних виконання додаткових функцій:

- створення неприбуткових медичних організацій, надавачів медичної допомоги;
- стандартизації медичної допомоги (частково або повністю);
- сертифікації/атестації медичних кадрів;
- співучасть у ліцензуванні медичної практики;
- співучасть в акредитації закладів охорони здоров'я;
- участь у розробці, впровадженні та дотриманні Етичного кодексу.

Проте інтегрування саморегулюючих організацій в механізм державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості потребує законодавчого закріплення, особливо в частині: визначення основних механізмів діяльності саморегулюючих організацій; організаційно-правових форм саморегулюючих організацій; механізму делегування повноважень державних органів стосовно ліцензування і сертифікації.

8. За результатами дослідження визначеної проблеми встановлено необхідність подальших наукових розвідок у цьому напрямку. Зокрема, потребують поглибленого дослідження: інструменти аналізу і оцінки результативності та ефективності функціонування запропонованої моделі механізму державного регулювання інтегрованої медичної допомоги на базовому рівні із забезпеченням її доступності і якості та умови її впровадження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б. Державне управління в Україні: теорія і практика : навчальний посібник / В. Б. Авер'янов. – К.: Хрінком Інтер, 1998 – 432 с.
2. Авраменко Н. В. Розвиток механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні / Н. В. Авраменко // Держава та регіони. Сер. : Державне управління. – 2010. - № 4. – С. 38-43.
3. Авраменко Н. В. Система державного регулювання охорони здоров'я / Н. В. Авраменко // Економіка та держава. – № 2. – лютий, 2011. – С. 145-148.
4. Азаров М. “Медична допомога недоступна для більшості українців” / Аптека № 788 (17) 02.05.2011. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/80358>. - Назва з титул екрану.
5. Англо-український словник-довідник термінів з фінансування та управління у сфері охорони здоров'я / [авт. Н. Солоненко, В. Ананьєв, В. Рудий ; за заг. ред. А. Малагардіса та Е. Ліннако]. – К. : 2006. – 138 с. – Наукове видання.
6. Атаманчук Г. В. Государственное управление (организационно – функциональные вопросы) : учебное пособие / Г. В. Атаманчук. – М. : ОАО “НПО” “Экономика”, 2000 – 302 с. – (Энциклопедия управленческих знаний).
7. Бакуменко В. Д. Теоретичні та організаційні засади державного управління : навчальний посібник / В. Д. Бакуменко, П. І. Надолішний. – К. : Міленіум, 2003. – 256 с.
8. Бахтєєва Т. Охорона здоров'я України : гра без правил / Тетяна Бахтєєва // Дзеркало тижня [Електронний ресурс]. – 2009. - № 17 (745). – 16-22 трав. - Режим доступу: <http://www.dt.ua/3000/3450/66157/>. - Назва з титул екрану.
9. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я / О. В. Баєва. – К. : Центр учбової л-ри, 2008. – 680 с.

10. Безверхнюк Т. М. Система ресурсного забезпечення регіонального управління: концептуальні засади розбудови і механізми функціонування : дис. на здобуття наукового ступеня доктора наук з держ. управління : 25.00.02 / Безверхнюк Тетяна Миколаївна. – Одеса, 2009. – 441 с.
11. Білинська М. Кваліметричне забезпечення системи управління якістю підготовки фахівця охорони здоров'я / М. Білинська // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр. НАДУ. – К.: Вид-во НАДУ, 2004. – Вип. 1(10). – С. 57-63.
12. Білинська М. Термінологічні аспекти державного управління в охороні здоров'я: медична допомога та медична послуга / М. Білинська, О. Виноградов // Вісник НАДУ при Президентіві України. – 2006. - № 2. – С. 382-390.
13. Бобок П. В. Обеспечение качества и эффективности медицинской помощи: понятийный аппарат / П. В. Бобок // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. В.Я. Белого. – К.: Логос, 1998 – С. 43-49.
14. Бойко-Бойчук О. В. Механізми державного управління : моделювання, типологізація / О. В. Бойко-Бойчук // Новітні тенденції розвитку демократичного врядування : світовий та український досвід : матеріали наук. практ. конф. (Київ, 30 травня 2008 р.). – К. : НАДУ, 2008. – С. 18-19.
15. Бондарева Л. В. Аналіз державного забезпечення доступності медичної допомоги населенню Херсонської області / Л. В. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. Херсонського національного технічного університету. – Вип. 1 (8). – Херсон, 2013. – С. 22-28.
16. Бондарева Л. В. Доступність медичної допомоги населенню: теоретичний аспект / Л. В. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління : зб.наук. пр. ОРІДУ. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 3 (47). – С. 11-14.

17. Бондарева Л. В. Зарубіжний досвід вирішення проблем державного забезпечення доступності медичної допомоги населенню / Л. В. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. Херсонського національного технічного університету. – Вип. 1 (6). – Херсон, 2012. – С. 34-40.
18. Бондарева Л. В. Інтеграційний підхід до проблеми державного забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні / Л. В. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. Херсонського національного технічного університету. – Вип. 1 (10). – Херсон, 2014. – С. 5-9.
19. Бондарева Л. Модернізація інституційного механізму забезпечення доступності медичної допомоги населенню / Л. Бондарева // Теоретичні та прикладні питання державотворення: Електронне наукове видання Одеського регіонального інституту державного управління НАДУ при Президентіві України. – Вип. 11-2012. – Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/tppd/index.html>. - Назва з титул. екрану.
20. Бугро В. І. З досвіду діяльності систем охорони здоров'я провідних європейських країн з різними економічними моделями в основі їх організації / В. І. Бугро // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 44-48.
21. Бульба В. Соціальні функції держави як фундаментальна категорія державно-управлінської науки / В. Бульба // Публічне управління : теорія та практика : збірн. наук. праць Асоціації докторів наук з державного управління. – Х. : Вид-во “ДокНаукДержУпр”, 2011. - № 4 (8). – С. 3-9.
22. Бутирська Т. О. Концептуальний аналіз принципів державотворення / Т. О. Бутирська // Гуманіт. науки. – 2010. - № 2. – С. 64-73.
23. Веймер Д. Р. Аналіз політики: концепції, практика / Д. Веймер, Е. Вайнінг ; [пер. з англ. І. Дзюби, А. Олійника ; наук. ред. О. Кілієвич]. – К. : Основи, 2008. – 654 с.

24. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України: дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / Виноградов Олег Всеволодович. – К., 2009. – 196 с.
25. Всемирная организация здравоохранения : Обновление Программы “Здоровье - 21”. – Женева : Всемирн. организация здравоохранения, 2005. – 97 с.
26. Ганущак Ю. І. Територіальна організація влади. Стан та напрямки змін / Ю. І. Ганущак. – К. : Легальний статус, 2012. – 348 с.
27. Герасимчук З. В. Регіональна політика розвитку ринків медичних послуг: напрямки формування і реалізації / З. В. Герасимчук, І. Б. Шевчук // Монографія. – Луцьк : Надстир'я, 2009. – 200 с.
28. Гладун З. В. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. - Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
29. Гладун З. В. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : Монографія – Тернопіль. “Економічна думка”. 2005. – 460 с.
30. Гойда Н. Г. Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 68-71.
31. Голубков Е.П. Маркетинговые исследования: теория, методология и практика. – М. : Издательство “Финпресс”, 1998. – 416 с.
32. Голяченко О. М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / Голяченко О. М., Сердюк А. М., Приходський О. О. – Тернопіль. ; Джура, 1997. – 328 с.
33. Горобець І. Моніторинг ефективності державної політики протидії дитячої безпритульності та бездоглядності в Україні / І. Горобець // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 1 (45). – С. 168-172.

34. Грузева Т. С. Забезпечення рівності і справедливості в охороні здоров'я – стратегічна мета нової Європейської політики “Здоров'я - 2020” / Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 87-91.
35. Державна політика в соціогуманітарній сфері : Навч. посіб. [В. П. Трощинський, П. К. Ситнік, В. А. Скуратівський та ін.] ; за заг. ред. О. Ю. Оболенського, С. В. Сьоміна, А. О. Чемериса, В. П. Трощинського, С. В. Загороднюка, О. Л. Приходько, Л. О. Воронько. – К. : Вид-во НАДУ, 2007. – 96 с.
36. 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.
37. Державне управління : основи теорії, історія і практика : [навчальний посібник] / В. Д. Бакуменко, П. І. Надолішний, М. М. Іжа, Г. І. Арабаджи ; за заг. ред. Надолішного П. І., Бакуменка В. Д. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2009. – 394 с.
38. Державне управління : словник-довідник [уклад. : В. Д. Бакуменко (кер. творч. кол.), Д. О. Безносенко, І. М. Варвар та ін. ; за заг. ред. В. М. Князева, В. Д. Бакуменка]. Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України ; Ін-т пробл. держ. упр. та місцевого самоврядування. – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – 226 с.
39. Державне управління у сфері охороні здоров'я : суспільні потреби та підготовка кадрів : метод. рек. / авт. кол. : І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. ; за заг. ред. д-ра мед. наук І. М. Солоненка. – К. : НАДУ, 2010. – 56 с.
40. Державні організації як складова механізму держави / [Балашов А. М., Безверхнюк Т. М., Зінкевічус В. О. та ін] ; за заг. ред. П.І. Надолішного. – Одеса. : Вид-во ОРІДУ НАДУ, Оптимум, 2005. – 228 с.
41. Дегтяр О. А. Рівень ресурсного забезпечення соціальної сфери в економічно розвинених країнах світу / О. А. Дегтяр // Публічне управління

- : теорія та практика : збірн. наук. праць Асоціації докторів наук з державного управління. – Х. : Вид-во “ДокНаукДержУпр”. – Випуск 3(15). – Вересень, 2013. – С. 119-124.
42. Дехтяр А. О. Механізми прийняття управлінських рішень органами державної влади щодо соціально-економічного розвитку регіонів : монографія / [А. О. Дехтяр, О. Ю. Амосов, В. М. Мартиненко та ін.] ; За заг. ред. А. О. Дехтяря. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2006. – 300 с. – (Серія “Державне управління ХХІ століття”).
43. Дзвінчук Д. І. Освіта як суспільна цінність : історико-філософський аналіз / Д. І. Дзвінчук // Неперерв. проф. освіта: теорія і практика. – 2012. - № 3/4. – С. 6-8.
44. Доклад о состоянии здравоохранения в мире [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2008. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2008/overview/ru/index4.html>. - Название с титул. экрана.
45. Доклад о состоянии здравоохранения в мире “Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью” [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2010. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>. - Название с титул. экрана.
46. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. Т. 1 : Теорія державного управління / наук.-ред. колегія: В. М. Князєв (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. – 2011. – 748 с.
47. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. – 2011. – 692 с.

48. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. Т. 4 : Галузеве управління / наук.-ред. колегія : М. М. Іжа (співголова), В. Г. Бодров (співголова) та ін. – 2011. – 648 с.
49. Енциклопедичний словник з державного управління [уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна]. – К. : НАДУ, 2010. – 820 с.
50. Європейська інтеграція та розвиток теорії державного управління : наук. розробка / авт. кол. : О. М. Руденко, В. Д. Бондаренко, І. В. Валентюк та ін. – К. : НАДУ, 2012. – 64 с.
51. Егорова А. В. Институциональные основы интеграционного взаимодействия субъектов хозяйствования: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. экон. наук: спец. 08.00.01 “Экономическая теория” / А. В. Егорова. – Саратов. – 2008. – 23 с.
52. Іванов Ю. Б. Концепція та онтологія предметної області управління інтеграційним розвитком підприємства /Ю. Б. Іванов, А. А. Пилипенко // [Електронний ресурс]. - Режим доступу : http://dspace.nbuiv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/2775/st_32_21_NEW.pdf?sequence=4. - Назва з титул. екрану.
53. Іжа М. М. Організаційно-правові засади державного управління / М. М. Іжа, Т. І. Пахомова, Я. О. Різникова. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2008. – 304 с.
54. Канцидайло Т. Здравоохранение Кубы: пример для многих стран [Электронный ресурс] // Режим доступа : <http://health-ua.com/articles/3692.htm>. – Название с титул. экрана.
55. Карамішев Д.В. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні / Д. В. Карамішев, О. Є. Вашеv, А. С. Немченко, Б. О. Волос // Державне будівництво [Електронний ресурс]. – 2007. –

- № 1. Режим доступу : [http:// www.kbuara.kharkov.ua/e-book/n_1_2007_1/doc/2/02.pdf](http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/n_1_2007_1/doc/2/02.pdf). - Назва з титул. екрану.
56. Карамишев Д. Державні соціальні нормативи як критерії оцінки ефективності інноваційних процесів у системі охорони здоров'я / Д. Карамишев // Актуальні проблеми державного управління : зб.наук. пр. ОРІДУ. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2010. – Вип. 2 (42). – С. 52-58.
57. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : [Моногр.] / Д. В. Карамишев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2006. – 304 с.
58. Карамишев Д. В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. / Д. В. Карамишев // Університетські наукові записки. – 2005. - № 3 (15). – С. 330-333.
59. Карамишев Д. Якість медичної допомоги – інтегральний показник соціальної ефективності управління системою охорони здоров'я / Д. Карамишев, Я. Радиш, Л. Радиш // Вісник НАДУ при Президентові України. – 2005. - № 4. – С. 415-420.
60. Карнацький В. М. Вибір і обґрунтування оптимальної моделі системи охорони здоров'я / В. М. Карнацький // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2008. - № 3. – С. 73-74.
61. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия – США. Российско – Американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству. Комитет по здравоохранению. Доступность качественной медицинской помощи. – М., 1999.
62. Кірова М. О. Механізми державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні в трансформаційний період / М. О. Кірова // Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення : матеріали VII Всеукр. наук.-практ. конф. (14 листоп. 2013 р., м. Луцьк) / за наук. ред. Т. М. Литвиненко, В. Я. Малиновського. – Луцьк : СПД Гадяк Жанна Володимирівна, друкарня “Волиньполіграф”, 2013. – С. 37-39.

63. Конституція України: [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=254%EA%2F96%E20> – Назва з титул екрану.
64. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісн. України. – 2000. – № 49. – Ч.1. – 216 с.
65. Корвецький О. Вплив кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я на доступність медичної допомоги населенню Херсонщини / О. Корвецький, Л. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління : зб.наук. пр. ОРІДУ. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 2 (46). – С. 86-90.
66. Корвецький О. Питання реалізації державної політики забезпечення доступності медичної допомоги населенню: стан та перспективи розвитку / О. Корвецький, Л. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління : зб.наук. пр. ОРІДУ. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2012. – Вип. 3 (51). – С. 11-14.
67. Коротич О. Класифікація та зміст механізмів управління державою / О. Коротич // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. ОРІДУ. – Одеса, 2006. – Вип. 2 (26). – С. 122-128.
68. Кравченко Ж. Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я / Ж. Д. Кравченко // Теорія та практика державного управління : зб.наук. пр. – Х. : Вид-во ХарРі НАДУ “Магістр”, 2010. – вип. 3(30) – С. 82-88.
69. Кризина Н. П. Інноваційні підходи до розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні / Н. П. Кризина, В. Г. Слабкий, В. А. Русняк та інш. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я [текст]: матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України (11 – 12 жовтня 2012р.). – Київ: ТОВ “Книга-плюс”, 2012. – Спец. вип. – С. 57.

70. Кризина Н. Питання державної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я в зарубіжній літературі / Н. Кризина // Вісник НАДУ при Президентіві України. – 2006. - № 1. – С. 85-89.
71. Кринична І. П. Специфіка державного управління соціальною сферою держави / І. П. Кринична // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології [Текст] : зб. наук. пр. – Вип. 1 (8). – Херсон, 2013. – С. 108-113.
72. Кубко Є. Б. Координація / Є. Б. Кубко // Юридична енциклопедія : У 10 т. Т. 3 : К – М. : К. : Вид-во “Українська енциклопедія” імені М. П.Бажана, 2001. – С. 235.
73. Куцин І. Проактивні методи державного управління та регулювання розвитку медичної галузі сфери охорони здоров'я України / І. Куцин // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. – Вип. 29 [за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпінцева]. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2011. – С. 279-289.
74. Латинін М. А. Теоретичні підходи щодо визначення механізму державного регулювання розвитку аграрного сектора економіки України [Електронний ресурс] : Державне управління: теорія та практика. – 2005. - № 2. - // Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/Dutp/2005-2/txts/galuz/05lmaseu.pdf>. - Назва с титул. екрану.
75. Лебедева Л. Ф. США : государство и социальное обеспечение. Механизмы регулирования / Л. Ф. Лебедева. – М. : Наука, 2010. – 143 с.
76. Лемішко Б. Б. Механізми державного управління модернізаційним розвитком первинної медичної допомоги на регіональному / Б. Б. Лемішко ; передмова проф. Я. Ф. Радиша. – Львів : Сполум, 2013. – 265 с.

77. Лехан В. М. Аналіз доступності медичної допомоги для населення України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Є. К. Духовенко // Главный врач. – 2008. – декабрь. – Число 12 (92). – С. 62-63.
78. Лехан В. М. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я / В. М. Лехан, К. О. Надутий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. - № 2 (26). – С. 67-71.
79. Лехан В. М. Стратегічні підходи до фінансування медичних служб / В. М. Лехан, Д. М. Джафарова, С. І. Биченко. – К. : Сфера, - 2001. – С. 58-79. – (Серія “Стратегічні напрямки охорони здоров'я в Україні”).
80. Лехан В. М. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, Л. В. Крячкова, В. Г. Гінзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. - № 4. – С. 5-19.
81. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Главный врач. – 2010. – январь. – Число 1 (105). – С. 20-36.
82. Лехан В. М. Структурна перебудова як шлях підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я в умовах фінансово-економічної кризи / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. В. Рудень, М. В. Шевченко // Охорона здоров'я України. – 2009. - № 1 (33). – С. 18-20.
83. Лікарські асоціації – реальна влада в медицині? // Ваше здоров'я : Медична газета України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/likarski-asociaci%D1%97-realna-vlada-v-medicini/>. – Назва з титул екрану.
84. Лободіна З. Доступність медичної допомоги для населення: проблеми та перспективи забезпечення / З. Лободіна // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. – Вип. 24. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – С. 285-292.

85. Лопушинський І. П. Сучасні тенденції розвитку фінансового бізнесу та його державного регулювання / І. П. Лопушинський, О. М. Іваницька // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. Херсонського національного технічного університету. – Вип. 1 (8). – Херсон, 2013. – С. 121-127.
86. Людиноцентрична система державного управління в Україні: утопія чи шанс // Монографія / [за заг. ред. Г. А. Дмитренка]. – К. : 2014. – 350 с.
87. Людський розвиток і Україні : інноваційний вимір : [монографія] / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ, 2008. – 316 с.
88. Мажак І.М. Принцип доступності як основа організації сімейної медицини : матеріали науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю [“Управління охороною здоров’я”], (Львів, 29 січня – 14 березня 2003 року), Львів. держ. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – Л. : Львів. держ. мед. ун-т ім. Данила Галицького, 2003. – с. 77-78.
89. Малагардіс Антоніс Пілотні регіони: робота продовжується / Проект ЄС “Фінансування та управління у сфері охорони здоров’я”. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_10u.htm. - Назва з титулу екрану.
90. Малик Я.Й. Національна безпека України : нормативно-правові акти / Малик Я. Й., Береза О. І., Криштанович М. Ф. – Львів ЛРІДУ НАДУ, 2010. – 556 с.
91. Малиновський В. Я. Державне управління : навчальний посібник / В. Я. Малиновський. - [Вид. 2-ге. доп. та перероб.]. – К. : Атіка, 2003. – 576 с.
92. Малиновський В. Я. Словник термінів і понять з державного управління / В. Я. Малиновський. – Вид. 2-ге, доп. і випр. – К. : Центр сприяння інституційному розвитку державної служби, 2005. – 254 с. – (Серія “Бібліотека молодого державного службовця”).

93. Матюха Л. Ф. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2013. - № 2 (26). – С. 76-83.
94. Медведовська Н. В. Сучасний стан та регіональні особливості кадрового забезпечення лікувальних закладів системи МОЗ України / Н. В. Медведовська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2010. - № 4. - С. 34-47.
95. Медицина Великобританії [Електронний ресурс] // Режим доступу : http://england-holiday.ru/_advice/medicina-v.html. – Названіє с титул. екрана.
96. Механізми підвищення ефективності діяльності органів державного управління на регіональному рівні : Моногр. [Г. І. Мостовий, О. Ю. Амосов, А. О. Дехтяр та ін.] ; За заг. ред. проф. Г. І. Мостового. – Х. : Вид-во ХарPI НАДУ “Магістр”, 2004. – 208 с.
97. Мирна Н. В. Опрацювання комплексного механізму державної регіональної політики [Електронний ресурс] / Н.В. Мирна. – Режим доступу : <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2010-1/doc/2/09.pdf>. – Назва з екрану.
98. Модельний закон о саморегулируемых организациях [Электронный ресурс] // Постановление Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ от 31 октября 2007 г. № 29-7. - Режим доступу : http://www.sro.org.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=296. - Названіє с титул. екрана.
99. Модернізація державного управління та європейська інтеграція України : наук. доп. / авт. кол. : Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін.; за заг. ред. д-ра наук з держ. упр., проф. Ю. В. Ковбасюка. - К. : НАДУ, 2013. - 120 с.
100. Москаленко В. Ф. До питання класифікації систем охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 10-19.

101. Москаленко В. Ф. Комплексна оцінка медико-демографічної ситуації як складова методології розробки державних цільових програм в охороні здоров'я / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко, Г. В. Іншакова, О. В. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 238-247.
102. Москаленко В. Ф. Наукове обґрунтування структури завдань та заходів проекту загальнодержавної програми “Здоров'я - 2020: український вимір” / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко, Г. В. Іншакова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 248-257.
103. Москаленко В. Ф. Право на здоров'я в міжнародному, регіональному та національному законодавстві країн / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Г. В. Іншакова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 258-263.
104. Москаленко В. Ф. Основні пріоритети подальшого розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко // Главный врач. – 2008. – декабрь. – Число 12 (92). – С. 79-80.
105. Нагребецкий А. Здравоохранение Франции: быть лучшим в мире – еще не предел [Электронный ресурс] // Режим доступа : <http://health-ua.com/articles/2027.htm>. - Название с титул. экрана.
106. Надолішний П.І. Децентралізована модель урядування : сутність, чинники і межі застосування // Регіональна політика на сучасному етапі державотворення : проблеми децентралізації, ризики та перспективи впровадження : Мат. щорічн. загальноінститутської наук.-практ. конф. 31 жовтня 2006 року. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2006. – С. 229-233.
107. Надюк З. О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України : дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / Надюк Зіновій Олександрович. – К., 2006. – 180 с.

108. Надюк З. Державне управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства / З. Надюк // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. - № 4. – С. 263-269.
109. Надюк З. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Режим доступу : <http://www.univ.rzeszow.pl/pliki/Zeszyt14/40.pdf>. - Назва с титул. екрану.
110. Надюк З. О. Поєднання механізмів державного управління і лікарського самоврядування на ринку медичних послуг в Україні [Електронний ресурс] // Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DeVu/2008-2/doc/2/07.pdf>. - Назва с титул. екрану.
111. Надюк З. О. Роль держави в інституціональних змінах у системі охорони здоров'я України / З. О. Надюк // Теорія та практика державного управління : зб.наук. пр. – Х. : Вид-во ХарРі НАДУ “Магістр”, 2007. – вип. 2 (17) – С. 219-225.
112. Надюк З. О. Структурна перебудова регіональних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я в Україні / З. О. Надюк // Держава та регіони. Сер. : Державне управління. – 2008. - № 4. – С. 161-165.
113. Нижник Н. Р. Державне управління в Україні : наукові, правові, кадрові та організаційні засади : навчальний посібник / Н. Р. Нижник, В. М. Олуйко. – Львів : Вид-во. Нац. Університету “Львівська політехніка”, 2002. – 352 с.
114. Нижник Н. Р. Системний підхід в організації державного управління : навч. посіб. / Н. Р. Нижник, О. А. Машков ; за заг. ред. Н. Р. Нижник. – К. : Вид-во УАДУ, 1998. – 160 с.
115. Норт Дуглас Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Дуглас Норт ; [пер. с англ. А. Н. Нестеренко ; предисл. и науч. ред. Б. З. Мильнера]. – М. : Фонд экономической книги “Начала”, 1997. – 180 с. (Современная институционально-эволюционная теория).

116. Оболенський О. Ю. Державне управління та державна служба : словник-довідник / О. Ю. Оболенський. – К. : КНЕУ, 2005. – 480 с.
117. Орда О. М. До питання демографічної кризи та шляхів її подолання / О. М. Орда, Ю. Б. Яценко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я : науково-практичний журнал. – спец. вип. – Київ: Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України, 2012. – С. 88-91.
118. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України N 2802-XII від 19.11.92. - [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19. із змінами внесеними згідно з Законом N 2592-VI (2592-17) від 07.10.2010. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). - Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>. – Назва з титул. екрана.
119. Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] // проект Закону України від 20.08.2009 № 5054. - Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF3WE00A.html. - Назва з титул. екрана.
120. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. — К., Вид-во Раєвського, - 2005. - 168 с.
121. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти : навчальний посібник / [Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б. та ін.]. – Одеса : Вид-во УАДУ, 2001. – 142 с.
122. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівні в Україні: сучасний стан та перспективи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>. - Назва з титул екрану.
123. Пак С. Я. Організаційно-правове забезпечення державного управління охороною суспільного здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в

- Україні: проблеми та шляхи вирішення / С. Пак // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. – Вип. 1 (6). – Херсон, 2012. – С. 167-172.
124. Пашков В. Ринкове саморегулювання господарських відносин у сфері охорони здоров'я // Аптека online. 16 березня 2009 р. № 11 (682). [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/magazine/682>. - Назва з титул екрану.
125. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / за заг. ред. В. М. Князевича ; Міністерство охорони здоров'я України. К., 2010. – 404 с.
126. Петрова И. А. Правовое обеспечение доступности медицинской помощи / И. А. Петрова // Правовые вопросы в здравоохранении, 2011. - № 1. [Электронный ресурс] ; Режим доступа : <http://www.mcfr.ru/journals/1/20729/35637/35640/index.php>. - Название с титул. экрана.
127. Петрова С. В. Розвиток і узагальнення механізмів державного управління в системі охорони здоров'я України / С. В. Петрова // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць. – Одеса. ОРІДУ НАДУ, 2008. – Вип. 4 (36). – С.81-87.
128. Питання Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань [Електронний ресурс] Указ Президента України від 08.04.2011 № 441/2011 (із змінами внесеними згідно з Указом Президента України № 85/2012 від 14.02.2012 [чинний] / Адміністрація Президента України. - Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/85/2012/>. - Назва з титул. екрану.
129. Поживілова О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку / О. Поживілова // Державне управління та місцеве самоврядування : зб. наук. пр. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 1 (8). – С. 122-132.

130. Поживілова О. В. Наукове забезпечення державного управління розвитком системи охорони здоров'я України: методологія дисертаційного дослідження / О. В. Поживілова // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2011. - № 1 (39). – С. 117-121.
131. Політологічний енциклопедичний словник. / Упорядник В. П. Горбатенко; За ред. Ю. С. Шемшученка, В. Д. Бабкіна, В. П. Горбатенка. – 2-е вид., доп і перероб. – К. : Генеза, 2004. – 736 с.
132. Положение о доступности медицинской помощи. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nred=990_030. - Назва з титул екрану.
133. Положення про Державне агентство автомобільних доріг України [Електронний ресурс] Указ Президента України від 13.04.2011р. № 456/2011 [чинний] / Адміністрація Президента України. - Режим доступу : <http://www.ukravtodor.gov.ua/polozhennya.html>. - Назва з титул екрану.
134. Положення про колегію Міністерства охорони здоров'я [Електронний ресурс] Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.12.2003 р. № 532 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України. - Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. - Назва з титул. екрану.
135. Положення про Міністерство інфраструктури України [Електронний ресурс] Указ Президента України від 12.05.2011р. № 581/2011 [чинний] / Адміністрація Президента України. - Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/581/2011>. - Назва з титул. екрану.
136. Половцев О. Методи моделювання динаміки соціально-економічних систем /О. Половцев // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. - № 1. - 2010. – С. 105-111.
137. Пономаренко В. М. Реформування охорони здоров'я України на сучасному етапі / В. М. Пономаренко // Українські медичні вісті. – 2007. – Липень-грудень. – Число 2-3 (57-58). – С. 3-4.

138. Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах [Електронний ресурс] Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2011р. № 646 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України - Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. - Назва з титул. екрану.
139. Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14 “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації на 2002 – 2011 роки” // Офіційний Вісник України. – № 23. – С. 131-138.
140. Приходченко Л. Л. Забезпечення ефективності державного управління: теоретико-методологічні засади / Л. Л. Приходченко. – Одеса : Оптимум, 2009. – 300 с.
141. Приходченко Л. Л. Інституційно-організаційних механізм підвищення ефективності системи органів публічної влади / Л. Л. Приходченко // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2009. – Вип. 2 (38). – С. 125-128.
142. Приходченко Л. Л. Політичний та інституційний механізми державного управління: узгодження інтересів / Л. Л. Приходченко // Теорія та практика державного управління : зб.наук. пр. – Х. : Вид-во ХарРі НАДУ “Магістр”, 2010. – вип. 4 (31) – С. 9-16.
143. Приходченко Л. Структура механізму державного управління : взаємозв'язок компонентів та фактори впливу на ефективність / Л. Приходченко // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. - № 2, 2009. – С. 105-111.
144. Про автомобільний транспорт [Електронний ресурс] : Закон України від 05 квіт. 2001 р. № 2344-III [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 2001. - № 22. – Ст. 105. із змінами внесеними згідно з Законом N 406-VII від 04.07.2013. (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2344-14>. - Назва з титул. екрану.

145. Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Закон України N 3611-VI від 07.07.11. - [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 14. – Ст. 86. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). - Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з титул. екрану.
146. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2012 році. Звернення Президента України до Верховної Ради України VII скликання. – К. : ДП “НВЦ“Пріоритети”, 2012. – 74 с.
147. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2013 році : Щорічне послання Президента України до Верховної Ради України. – К. : НІСД, 2013. – 576 с.
148. Про громадські об'єднання [Електронний ресурс] : Закон України N 4572-VI від 22.03.12. - [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – № 1. – Ст. 1. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). - Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/4572-17/conv/page3>. - Назва з титул. екрану.
149. Про Громадську раду при Міністерстві охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Положення Громадської ради № 4 від 14 березня 2006 р. – Режим доступу : www.moz.gov.ua. - Назва з титул. екрану.
150. Про делегування Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України окремих повноважень об'єднанню страховиків [Електронний ресурс] : Положення Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 21.08.2008 № 1 000. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1063-08>. - Назва з титул. екрану.
151. Про делегування Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України окремих повноважень одній із всеукраїнських

- асоціацій кредитних спілок [Електронний ресурс] : Положення Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 03.10.2006 № 6280. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1186-06>. - Назва з титул. екрану.
152. Про делегування саморегульвній організації адміністраторів недержавних пенсійних фондів окремих повноважень [Електронний ресурс] : Положення Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 12.04.2007 №7153. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0609-07>. - Назва з титул. екрану.
153. Про державне регулювання ринку цінних паперів в Україні [Електронний ресурс] : Закон України від 30.10.96 № 448/96-ВР. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/448/96-%D0%B2%D1%80>. - Назва з титул. екрану.
154. Про дорожній рух [Електронний ресурс] : Закон України від 30 черв. 1993 р. № 3353-ХІІ [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 1993. - № 31. – Ст. 338. із змінами внесеними згідно з Законом №5502-VI від 20.11.2012. (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3353-12>. - Назва з титул. екрану.
155. Про заклади охорони здоров'я [Електронний ресурс] // проект Закону України від 31.12.2013. №3850. - Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JG2YY00I.html. - Назва з титул. екрану.
156. Про затвердження положення про Державну службу України з лікарських засобів [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 08.04.2011 № 440/2011 (із змінами внесеними згідно з Указом Президента України № 89/2013 від 28.02.2013 [чинний] / Адміністрація Президента України. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/89/2013/> - Назва з титул. екрану.

157. Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної допомоги) та примірних положень про його підрозділи [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 лют. 2012 р. № 131 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. - Назва з титул. екрану.
158. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf. - Назва з титул. екрану.
159. Про екстрену медичну допомогу [Електронний ресурс] : Закон України від 05 липн. 2012 р. № 5081-VI [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 2013. - № 30. – Ст. 340. із змінами внесеними згідно з Законом N 333-VII від 18.06.2013. (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>. - Назва з титул. екрану.
160. Проект коаліційної угоди [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://samopomich.ua/wp-content/uploads/2014/11/Koaliciyna_uhoda_parafovana_20.11.pdf. - Назва з титул. екрану.
161. Про Концепцію державної регіональної політики [Електронний ресурс] : Указ Президента України № 341/2001 від 25.05.2001. - Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/341/2001>. - Назва з титул. екрану.
162. Про лікарське самоврядування [Електронний ресурс] // проект Закону України. - Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/article/9225/proekt-zakonu-ukraini-pro-likarske-samovryaduvannya>. - Назва з титул. екрану.
163. Про місцеві державні адміністрації [Електронний ресурс] : Закон України № 586 - XIV від 09.04.99. – [чинний] / Верховна Рада України //

- Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 20 - 21. – Ст. 190. із змінами внесеними згідно з Законом N 563-VII від 17.09.2013. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). - Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/586-14>. - Назва з титул. екрану.
164. Про місцеве самоврядування в Україні [Електронний ресурс] : Закон України № 280/97 - ВР від 21.05.97. - [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170. із змінами внесеними згідно з Законом N 563-VII від 17.09.2013. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). - Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>. - Назва з титул. екрану.
165. Про національний проект [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrproject.gov.ua/project/nove-zhittya>. - Назва з титул екрану.
166. Про недержавне пенсійне забезпечення [Електронний ресурс] : Закон України від 09.07.2003 № 1057-IV. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1057-15>. - Назва з титул. екрану.
167. Про положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 06.04.2011 № 400/2011 (із змінами внесеними згідно з Указом Президента України № 85/2012 від 14.02.2012 [чинний] / Адміністрація Президента України. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/85/2012/>. - Назва з титул екрану.
168. Про положення про Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 13.04.2011 № 467/2011 (із змінами внесеними згідно з Указом Президента України № 85/2012 від 14.02.2012 [чинний] / Адміністрація Президента України. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/467/2011/>. - Назва з титул екрану.
169. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві

- [Електронний ресурс] : Закон України [Електронний ресурс] : Закон України N 3612-VI від 07.07.11. - [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 12 - 13. – Ст. 81. із змінами внесеними згідно з Законом N 5081-VI від 05.07.2012, ВВР, 2013. - № 30. – Ст. 340. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). - Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>. – Назва з титул. екрану.
170. Про саморегулівні організації [Електронний ресурс] // проект Закону України від 23.08.2012. - Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT0330.html. - Назва з титул. екрану.
171. Про саморегулівні організації професійних учасників фондового ринку [Електронний ресурс] : Положення Державної комісії цінних паперів від 17.02.2009, № 125. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0458-09>. - Назва з титул. екрану.
172. Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] // проект розпорядження КМУ від 12.06.2014. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140612_0.html. - Назва з титул. екрану.
173. Процесс руководства для развития национального здравоохранения / Основопологающие принципы для использования в поддержку стратегий по достижению здоровья для всех к 2010 г. Всемирная организация здравоохранения. – Женева. 2008. – С. 4.
174. Про управління якістю медичної допомоги [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 лют. 2010 р. № 163 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html. - Назва з титул. екрану.

175. Про фахові саморегулівні і самоврядні об'єднання [Електронний ресурс] // проект Закону України від 10.09.2009 № 4841-1. - Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF3QH01I.html. - Назва з титул. екрану.
176. Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг [Електронний ресурс] : Закон України від 12.07.2001 № 2664-III. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2664-14>. - Назва з титул. екрану.
177. Про цінні папери та фондовий ринок [Електронний ресурс] : Закон України від 23.02.2006 № 3480-IV. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3480-15>. - Назва з титул. екрану.
178. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні : генезис, проблеми та шляхи реформування / Я. Ф. Радиш. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – 358с.
179. Радиш Я. Проблеми державного управління охороною здоров'я в Україні / Я. Радиш, В. Лехан, С. Крюков // Вісник НАДУ при Президентіві України. – 2004. - № 2. – С. 182-188.
180. Радченко О. Родові ознаки категорії “механізм” в соціальних науках / О. Радченко // Публічне управління : теорія та практика : збірн. наук. праць Асоціації докторів наук з державного управління. – Х. : Вид-во “ДокНаукДержУпр”. – Випуск 3(15). – Вересень, 2013. – С. 19-25.
181. Рекомендація Ради Європи CM/REC(2007)14 щодо правового статусу неурядових організацій в Європі. [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.drso.gov.ua/show/1271>. - Назва з титул екрану.
182. Реформа охорони здоров'я в Україні [Г. С. Стеценко, А. І. Побережний, В. А. Сміянов та ін.] ; за ред. проф. О. М. Голяченка. – Тернопіль : Лілея, 2006 – 160 с.

183. 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.
184. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / [авт. тексту Т. П. Попченко]. – К., НІСД, 2011. – 41 с.
185. Рингач Н. Вплив глобальної економічної кризи на здоров'я населення України і завдання державного управління охороною громадського здоров'я / Н. Рингач // Збірн. наук. праць Національної академії державного управління при Президентові України [за заг. ред. В. П. Приходька]. – К. : НАДУ, 2009 – Вип. 1. – С. 212-222.
186. Рингач Н. О. Громадське здоров'я в Україні як чинник національної безпеки : [монографія] / Н. О. Рингач. – К. : Вид-во НАДУ, 2009. – 296 с.
187. Рингач Н. Роль чинників, пов'язаних зі здоров'ям, у Стратегії національної безпеки України та пріоритети державного управління / Н. Рингач // Збірн. наук. праць Національної академії державного управління при Президентові України [за заг. ред. О. Ю. Оболенського, С. В. Сьоміна]. – К. : Вид-во НАДУ, 2007 – Вип. 2. – С. 293-304.
188. Рішення Конституційного Суду України (справа про безоплатну медичну допомогу), м. Київ, 29 трав. 2002 р. № 10-рп/2002, спр. № 1.-13/2002 р. // Вісн. Конституційного Суду України. – 2002. – № 3. – С. 19.
189. Рогова О. Г. Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я / О. Г. Рогова // Теорія та практика державного управління : зб. наук. пр.. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2012. – Вип. 2 (37). – С. 50-55.
190. Рожкова І. В. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/dutp/2005-2/txts/galuz/05rivozu.pdf>. - Назва з титул. екрану.

191. Рожкова І. В. Державне управління міжгалузеву взаємодією з охорони громадського здоров'я: регіональні аспекти : монографія / І. В. Рожкова, О. І. Мартинюк. – К. : НАДУ, 2008. – 224 с.
192. Рожкова І. В. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія / І. В. Рожкова, І. М. Солоненко. – К. : Фенікс, 2008. – 160 с.
193. Рожкова І. В. Договірні відносини як механізм ефективного управління ресурсами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні / І. В. Рожкова // Зб. наук. пр. НАДУ.- 2008. – Вип. 1. – С. 223-230.
194. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я : [монографія] / І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2009. – 384 с.
195. Рожкова І. Розвиток механізмів формування консолідованого бюджету на охорону громадського здоров'я в Україні / І. Рожкова // Вісн. НАДУ. – 2009. - № 1. – С. 59-68.
196. Рожкова І. В. Удосконалення місцевого самоврядування з охорони здоров'я територіальної громади : [монографія] / І. В. Рожкова, І. М. Солоненко. – К. : НАДУ, 2008. – 170 с.
197. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні : дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / Рудий Володимир Мирославович. – К., 2006. – 200 с.
198. Рудніцька Р. М. Механізми державного управління: сутність і зміст / Р. М. Рудніцька, О. Г. Сидорчук, О. М. Стельмах ; за заг. ред. М. Д. Лесечка, А. О. Чемериса. – Львів : Вид-во ЛРІДУ НАДУ, 2005. – 28 с.
199. Сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2007/gdn/sns/dod_1_06.htm. – Назва з титул. екрану.

200. Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас [Пер. с англ.]. - М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 432 с.
201. Світова федерація українських лікарських товариств: офіційний сайт // <http://sfult.org/about>.
202. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения : [Учебное пособие] (Кн. 2) / В. Ю. Семенов. – М. : ООО “Медицинское информационное агентство”, 2006. – 472 с.
203. Сенюта І. А. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти / Матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції (Львів, 17 – 18 квітня 2008 року), [Електронний ресурс] // Режим доступу : http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_277.pdf. - Назва з титул. екрану.
204. Система здравоохранения в Соединенных Штатах Америки: страхование нации [Электронный ресурс] // Режим доступа : <http://health-ua.com/articles/2775.htm>. - Название с титул. экрана.
205. Скрипник О. А. Проблеми розвитку української системи охорони здоров'я в контексті удосконалення організації управління на регіональному і місцевому рівнях / О. А. Скрипник // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2009. - № 2 (36). – С. 261-268.
206. Слабкий Г. О. Аналіз мережі, кадрового забезпечення та фінансування відомчих та приватних закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко, Н. Ю. Кондратюк // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 329-339.
207. Солоненко І. М. Удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я / І. М. Солоненко, О. К. Толстанов, О. М. Торбас, О. І. Ушакова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 340-345.

208. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : Навч. посіб. /Н. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. – 416 с.
209. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підруч. [для студ. вищ. навч. закл.] / Під. заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
210. Соціальні результати державних програм : теоретико-методологічні та прикладні аспекти оцінювання [монографія] / За ред. Е. М. Лібанової. – К.: Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ, – Умань : Видавець “Сочинський”, 2013. – 312 с.
211. Стерлигова А. Н. Анализ значения термина ”интеграция” в контексте управления организацией /А. Н.Стерлигова //Логистика и управление цепями поставок . - 2005. – № 6. - С. 70-79.
212. Сухов С. В. Онтология управления организациями / С. В. Сухов // Менеджмент в России и за рубежом. – 2003. – № 5. – С. 61-69.
213. Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния // Главный врач. – 2008. – июль. – Число 7 (87). – С. 11-13.
214. Укази Президента України, Закони Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів України, накази міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. / Законодавство України, 2009: ред. О. В. Горелін. – К.: CD- вид-во. “Інфодиск”, 2009 – 1 електрон. Опт. Диск (CD-ROM): кольор.: 12 см. – (Законодавство України, 2009). – Систем. вимоги: Pentium-266: 32 Mb RAM: CD-ROM Windows 98/2000/NT/XP.
215. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід : навч. посіб. / О. Ю. Оболенський, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло та ін. – К. : Асоц. міст України та громад, 2007. – 191 с.
216. Устінов О. Реформування охорони здоров'я: стратегія, тактика, ризики / О. Устінов // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/6648>. - Назва з титул. екрану.
217. Федорчак О. В. Класифікація механізмів державного управління / О. В. Федорчак //Демократичне врядування [Електронний ресурс]: наук.

- вісн. - Вип. 1. - Львів : ЛРІДУ НАДУ 2008. - Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DeVr/2008-01/O_Fedorchak.pdf. - Назва з титул. екрану.
218. Федорчук Д. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я / Д. Федорчук // Юридична газета. 8 жовтня 2013 року. № 41. – С. 34-35.
219. Федько О. Економічні аспекти системи охорони здоров'я в Україні / О. Федько // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. – Вип. 22. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – С. 383-388.
220. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я в Україні / Н. Фойгт // Державне управління та місцеве самоврядування : зб. наук. пр. / редкол. : С. М. Серьогін (голов. ред.) [та ін.]. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 3 (10). – С. 96-100.
221. Фролова Т. И. Социально-гигиенические и медико-организационные факторы определяющие доступность медицинской помощи и пути их коррекции: дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : 14.00.33 / Фролова Тамара Ивановна. – Иваново, 2004. – 161 с.
222. Фуртак І. Напрями удосконалення державного управління охороною здоров'я в Україні / І. Фуртак, О. Грицко // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. – Вип. 26. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2011. – С. 210-215.
223. Харковенко Р. В. Громадський контроль як механізм участі громадськості в реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Р. В. Харковенко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 382-385.
224. Худоба О. Система охорони здоров'я в Україні : термінологічний аналіз / О. Худоба // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. –

- Вип. 21 [за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпінцева]. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2009. – С. 145-150.
225. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.
226. Шаптала О. С. Державне управління сферою рекреаційного обслуговування в Автономній Республіці Крим в умовах ринкових відносин : Автореф. дис. Д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / О. С. Шаптала; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2005. – 36 с.
227. Шаптала О. Проблема здоров'я виробничих сил і його відновлення в Україні / О. Шаптала // Вісн. НАДУ. – 2003. - № 3. – С. 344-350.
228. Шарабчиев Ю. Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // [Электронный ресурс] // Режим доступа : <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4477>. - Название с титул. экрана.
229. Шарабчиев Ю. Т. Рыночные отношения в здравоохранении и возможные механизмы их реализации в условиях государственного регулирования / Ю. Т. Шарабчиев // Медицинские новости. – 2006. – № 3. – С. 83-88.
230. Шевский В. И. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы / В. И. Шевский, С. В. Шишкин // Главный врач. – 2009. – декабрь. – Число 12 (104). – С. 42-70.
231. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в Україні : теоретичні аспекти / В. Г. Шевцов // [Електронний ресурс] // Режим доступу : <http://www.dbuapa.dp.ua/zbirnik/2010-01/10svguta.pdf>. - Назва з титул. екрану.
232. Шевченко В. І. Світовий досвід використання суспільних ресурсів системою охорони здоров'я: напрями підвищення ефективності /В. І. Шевченко // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2010. - № 2 (38). – С. 239-245.

233. Шевченко М. В. Системы здравоохранения 10 стран мира / М. В. Шевченко // Главный врач. – 2008. – декабрь. – Число 12 (92). – С. 37-41.
234. Шипко А. Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі / А. Шипко // Державне управління та місцеве самоврядування : збірник наук. праць. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2009. – Вип. 3 (3). – С. 254-261.
235. Шкробанець І. Розробка моделі оцінювання наукового супроводу прийняття управлінського рішення у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні / І. Шкробанець // Вісн. НАДУ. – 2010. - № 4. – С. 232-238.
236. Щодо відповідності Конституції України (конституційності) пунктів 1, 4, 8, 10, підпункту “б” підпункту 2 пункту 13, пунктів 14, 17 розділу 1 Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо здійснення державного архітектурно-будівельного контролю та сприяння інвестиційній діяльності у будівництві” : Рішення Конституційного Суду України від 3 лютого 2009 р. у справі за конституційним поданням Верховної Ради Автономної Республіки Крим / / Офіційний вісник України. — 2009. — № 11. — Ст. 342.
237. Щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень абзаців сьомого, одинадцятого статті 2, статті 3, пункту 9 статті 4 та розділу V111 “Третейське самоврядування” Закону України “Про третейські суди” : Рішення Конституційного Суду України від 10 січня 2008 р. у справі за конституційним поданням 51 народного депутата України (справа про завдання третейського суду) // Офіційний вісник України. — 2008. — № 28. — Ст. 903.
238. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік : [монографія] / за заг. ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 542 с.

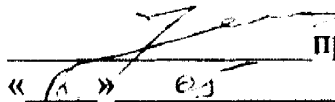
239. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за заг. ред. Р. В. Богатирьової. - К., 2013. – 464 с.
240. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за заг. ред. О. С. Мусія. - К., 2014. – 405 с.
241. Яковенко І. В. Законодавче регулювання організаційної структури системи охорони здоров'я України / І. В. Яковенко, Г. О. Слабкий, В. М. Бронова // Матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару – наради головних лікарів лікувально-профілактичних закладів “Актуальні проблеми управління галуззю охорони здоров'я в Україні”. – Алушта, 2008. – С. 5-15.
242. Aday L. A. At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1993.
243. Addy J.A. Issues of access: what is going on in health care? Nursing Economics, Sep-Oct. 1996 Vol. 14. P. 299(4).
244. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? // Journal of Health and Social Behavior. 1995. Vol.36.
245. Arne Bjornberg, Beatriz Cebolla Garrofo, Sonja Lindblad. Euro Health Consumer Index 2009. Report. - Health Consumer Powerhouse AB, 2009. – 67 p.
246. Baldwin, Robert & Cave, Martin. Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice. – Oxford: Oxford University Press, 1999. – 384 p.
247. Bondareva L. V. The main principles of public provision of accessible medical aid to population / L.V. Bondareva // “Nauka i studia” : sp. z o.o. – NR 5 (115). – Przemysl, 2014. – P. 68-73.
248. Cassady C., Starfield B., Hurtado M., Berk R., Nanda J. and Friedenber L. Measuring Consumer Experiences With Primary Care. / Pediatrics, April 2000, Vol. 105. 14. P. 998.

249. Corens D. Health system review : Belgium. Health Systems in Transition, 2007. – 194 p.
250. Dahlgren G., Whitehead M. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. – Копенгаген : ВОЗ, 1992. – 56 с.
251. Dahlgren G., Whitehead M. Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1. – Copenhagen : WHO, 2007. – 34 p.
252. David G. Green, Benedict Irvine. Health Care in France and Germany. – London : Institute for the Study of Civil Society, 2001. – 110 p.
253. Ettelt Stefanie Медицинская помощь вне стационара получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах / Stefanie Ettelt, Ellen Nolte, Nicholas Mays и др. // Главный врач. – 2010. – январь. – Число 1 (105). – С. 38-68.
254. Foubister T., Thomson S., Mossialog E., McGuire L. Private Medical Insurance in the United Kingdom. - WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006. – 103 p.
255. Kao-Ping Chua. Overview of the U.S. Health Care System. – 2006. – 6 p.
256. Leukefeld C.G. A health use framework for drug-abusing offenders // American Behavioral Scientist. 1998. Vol. 41. N 8.
257. Lurie N. Studying access to care in managed care environments. Health Services Research, Dec. 1997. Vol. 32. N 5. P. 691(11).
258. Phillips K. A., Morrison K.R., Andersen R. M., Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization // Health Services Research. 1998.Vol. 33 n3.
259. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York, NY: Oxford University Press; 1992.
260. Starfield B., Cassady C., Nanda J., Forrest C.B., Berk R. Consumer experiences and provider for managed care // Journal of family practice, March 1998. Vol. 46. N 3.

ДОДАТКИ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»

 проф. Г.О.Слабкий
« 11 » 2014 року

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта кафедри філософських та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління.

Комісія у складі:

Голова – заступник директора з наукової роботи, д.мед.н., професор Ященко Ю.Б.

Члени комісії – Карамзіна Л.А.

Кондратюк Н.Ю.

Шевченко М.В.

цим актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект» використані співробітниками відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» для підготовки наказів МОЗ України:

- від 31.10.2011 № 732 “Про затвердження положень про заклади охорони здоров’я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів”;

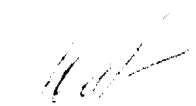
- від 15.07.2011 №420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі”;

- від 05.10.2011 № 646 “Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров’я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров’я у

пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги”.

Голова комісії:

доктор медичних наук, професор

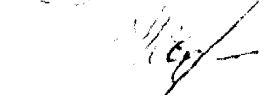


Ю.Б.Ященко

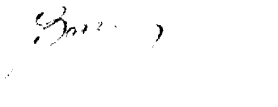
Члени комісії:



Л.А.Карамзіна



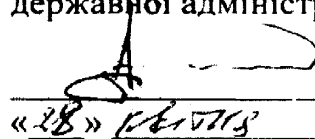
Н.Ю.Кондратюк



М.В.Шевченко

« _____ » _____ 2014р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший заступник голови
Херсонської обласної
державної адміністрації


І.О.Шепелєв

2014 року

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта кафедри філософських та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління.

Комісія у складі:

Голова – заступник голови обласної державної адміністрації Мельник М.А.;

Члени комісії: - начальник управління діловодства та роботи із зверненнями громадян апарату обласної державної адміністрації Коробка Т.Б.
заступник директора Департаменту економічного, регіонального розвитку та торгівлі обласної державної адміністрації Клим І.В.;

начальник управління моніторингу соціально-економічного розвитку територій Департаменту економічного, регіонального розвитку та торгівлі обласної державної адміністрації Пшенична І.О.

цим актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект», а саме теоретичні підходи використані співробітниками управління моніторингу соціально-економічного розвитку територій Департаменту економічного, регіонального розвитку та торгівлі Херсонської обласної державної адміністрації для оцінки наявного рівня ресурсного забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню та підготовки аналізу стану реалізації механізмів державного регулювання ресурсного забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню за 2012 та 2013 роки підрозділу «охорона здоров'я» обласної програми економічного, соціального та культурного розвитку Херсонської області на 2012 рік та прогностні макропоказники економічного та соціального розвитку області до 2014 року, яка затверджена відповідним рішенням сесії обласної ради 29 лютого 2012 року № 395, що дозволило виявити потенційні можливості як регіону в цілому так і окремих районів (міст обласного значення) та здійснити оцінку рівня відповідності наявних ресурсів досягненню стратегічної мети –

поліпшення громадського здоров'я. Також результати вищезазначеного дослідження були використані співробітниками управління з організації медичної допомоги населенню Департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації для планування потреби у необхідних ресурсах для забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню на базовому рівні, які затверджені розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 05 листопада 2013 року № 732 «Про заходи з реформування галузі охорони здоров'я області на 2013 – 2016 роки» та планом розвитку єдиної системи екстреної медичної допомоги на території Херсонської області у 2013 та 2014 роках, які затверджені головою обласної державної адміністрації та погоджені Міністерством охорони здоров'я України 24 січня 2013 року за № 3/324 та 20 вересня 2013 року за № 63/24.

Голова комісії

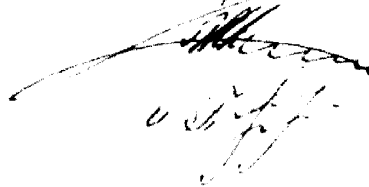


М.А. Мельник

Члени комісії



Т.Б. Коробка



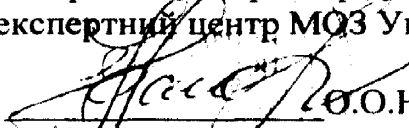
І.В. Клим



І.О. Пшенична

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор ДП «Державний експертний центр МОЗ України»


 О.О.Нагорна
 «20» листопада 2014 року
 № 1359/2.6-8

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта кафедри філософських та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління.

Комісія у складі:

Голова – директор Департаменту післяреєстраційного нагляду, к.мед.н. Матвєєва О.В.

Члени комісії – директор Департаменту раціональної фармакотерапії та супроводження державної формулярної системи к.мед.н. Думенко Т.М.;

заступник директора Департаменту післяреєстраційного нагляду Логвіна І.О.

заступник директора Департаменту раціональної фармакотерапії та супроводження державної формулярної системи Ковальчук Т.С.

цим актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект», а саме практичні рекомендації щодо удосконалення державного механізму інтегрованого управління забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні, використані співробітниками Департаменту післяреєстраційного нагляду при запровадженні у регіонах Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування, як інструмент державного регулювання доступності лікарських засобів та співробітниками Департаменту раціональної фармакотерапії та супроводження державної формулярної системи при створенні та запровадженні в регіонах формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я як інструмент державного регулювання доступності та якості лікарських засобів.

Голова комісії:

кандидат медичних наук,




О.В.Матвєєва

Члени комісії:

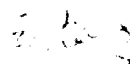
кандидат медичних наук,



Т.М.Думенко




І.О.Логіна



Т.С.Ковальчук

«20» листопада 2014р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Голова Цюрупинської районної
державної адміністрації

 В.І.Борисов
 «18» квітня 2014р.

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта кафедри філософських та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління.

Комісія у складі:

Голова – перший заступник голови Цюрупинської районної державної адміністрації Безносенко В.В.;

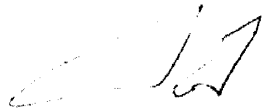
Члени комісії - заступник голови Цюрупинської районної державної адміністрації Соценко В.В.;

заступник голови Цюрупинської районної державної адміністрації Ткаченко С.В.;
головний лікар КП «Цюрупинська центральна районна лікарня» Попенко О.І.

цим актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект», а саме теоретичні підходи використані районною державною адміністрацією для оцінки наявного рівня ресурсного забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню та підготовки аналізу стану реалізації механізмів державного регулювання ресурсного забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню за 2012 та 2013 роки підрозділу «охорона здоров'я» програми економічного, соціального та культурного розвитку Цюрупинського району на 2012 рік та прогнозні макропоказники економічного та соціального розвитку області до 2014 року, яка затверджена відповідним рішенням сесії районної ради 25 грудня 2012 року № 435, при розробці плану модернізації закладів охорони здоров'я району, що надають первинну медико-санітарну допомогу, який схвалений розпорядженням голови районної державної адміністрації від 17 травня 2013 року № 205. Також результати вищезазначеного дослідження були використані при прийнятті управлінського рішення щодо автономізації закладів охорони здоров'я району та розмежування функцій організації надання медичної допомоги населенню на первинному та вторинному рівнях шляхом реорганізації Цюрупинської центральної районної лікарні у комунальне некомерційне

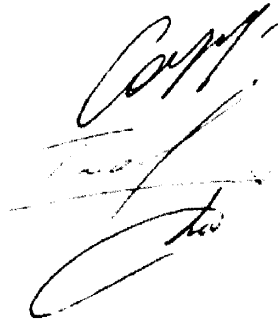
підприємство «Цюрупинська центральна районна лікарня» та комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Цюрупинської районної ради», які затверджені рішенням Цюрупинської районної ради 25 грудня 2012 року № 488 та 25 грудня 2013 року № 675 . Розроблені у рамках дослідження стандартизовані анкети вивчення думки громадян щодо забезпечення доступності медичної допомоги застосовуються на території Цюрупинського району для постійного моніторингу рівня державного забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні.

Голова комісії



В.В.Безносенко

Члени комісії



Соценко В.В.

С.В.Ткаченко

О.І.Попенко

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший заступник голови
Вознесенської районної
державної адміністрації, виконувач
функцій і повноважень голови
райдержадміністрації

 С. В. Солодаєв

«11» Врагис 2014 року

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта кафедри філософських та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління.

Комісія у складі:

Голова – перший заступник голови Вознесенської райдержадміністрації, виконувач функцій і повноважень голови райдержадміністрації Солодаєв С. В.

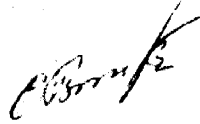
Члени комісії:

- заступник голови Вознесенської райдержадміністрації Бакума Т. М.;
- заступник керівника апарату райдержадміністрації, начальник загального відділу апарату райдержадміністрації Кернус А. В.;
- начальник відділу економічного розвитку, торгівлі та туризму райдержадміністрації Калина О. О.

цим актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект», а саме теоретичні підходи використані співробітниками КУ «Вознесенський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» та відділу економічного розвитку, торгівлі та туризму Вознесенської райдержадміністрації для оцінки наявного рівня ресурсного забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню та підготовки аналізу механізмів державного регулювання ресурсного забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню за 2012 та 2013 роки розділу 5 «Підвищення стандартів життя» у частині підвищення якості і доступності медичних послуг Програми соціально-економічного розвитку Вознесенського району на 2011-2014 роки, «Вознесенщина – 2014» на 2014 рік, яка схвалена рішенням сесії Вознесенської районної ради від 24 січня 2014 року, що дозволило виявити потенційні можливості регіону та здійснити оцінку рівня

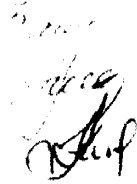
відповідності наявних ресурсів досягненню стратегічної мети – поліпшення громадського здоров'я. Також результати вищезазначеного дослідження були використані для планування потреби у необхідних ресурсах для забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню на базовому рівні, які затверджені розпорядженням голови районної державної адміністрації від 07 лютого 2014 року № 58-р «Про заходи з реформування галузі охорони здоров'я району на 2013 – 2016 роки».

Голова комісії



С. В. Солодаєв

Члени комісії



Т. М. Бакума

А. В. Кернус

О. О.Калина

*Висновок комісії
від 16.04.2014*

ЗАТВЕРДЖУЮ

Голова Нововоронцовської
районної ради

[Signature]
С.Ф.Басараб
«15» 04 2014р.

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта кафедри філософських та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президенті України Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління

Комісія у складі:

Величко Людмила Миколаївна - керуючий справами виконавчого апарату районної ради, голова комісії

Члени комісії:

Лотарьов Євгеній Леонідович - радник голови районної ради з питань соціально-економічного, культурного розвитку територій, здійснення економічних реформ та власності

Колосок Наталя Антонівна - головний спеціаліст відділу з організаційної роботи та загальних питань виконавчого апарату районної ради

Цим актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект», а саме теоретичні підходи використані Нововоронцовською районною радою при проведенні реорганізації закладів охорони здоров'я району, що знайшли відображення в рішенні районної ради від 21.06.2013 року № 360 та при розробці розділу «Забезпечення охорони здоров'я, фізичного оздоровлення населення» програми соціально-економічного розвитку Нововоронцовського району на 2014 рік та прогностичні макропоказники до 2016 року, яка затверджена рішенням XXXVII сесії Нововоронцовської районної ради від 21.03.2014 року № 512.

Голова комісії
Члени комісії

[Signature]

Л. М. Величко
Є. Л. Лотарьов
Н.А. Колосок

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи
Національної медичної академії
післядипломної освіти ім. П.Л.Шупикад.мед.н., професор І.С. Зозуля
2014 року

14/33

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта кафедри філософських та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління.

Комісія у складі:

Голова – д.мед.н., професор Матюха Л.Ф.

Члени комісії – д.мед.н., професор Коваленко О.Є,

д.мед.н., професор Сіліна Т.М., к.мед.н., доцент Титова Т.А.

цим актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Бондаревої Ліни Володимирівни на тему «Забезпечення доступності медичної допомоги населенню на базовому рівні: державно-управлінський аспект», а саме об'єктивність результатів застосування методу анкетування мешканців сільського адміністративного району та методу оцінок експертів щодо виявлення проблем забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню на базовому рівні розглянуто на засіданні кафедри (протокол від 10 квітня 2014 р. № 6/1). Прийнятим рішенням кафедри розроблені наукові положення та рекомендації можуть бути використані у процесі науково-методичного забезпечення навчального процесу у системі перепідготовки та підвищення кваліфікації керівників закладів первинної медико-санітарної допомоги та лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Голова комісії: доктор медичних наук, професор
зав.кафедри сімейної медицини та амбулаторно-
поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. ШупикаЧлени комісії: д.мед.н., професор
д.мед.н., професор
к.мед.н., доцент

Л.Ф. Матюха

О.Є.Коваленко

Т.М. Сіліна

Т.А. Титова

« 16 » 04 2014р

Систематизація визначень поняття “медична допомога”

| Автор | Визначення |
|--|--|
| 1 | 2 |
| Надюк З.О. [107, с. 23]. | Медична допомога – це комплекс професіональних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення хвороб та відновлення втраченого здоров'я людини. |
| Вороненко Ю.Ф., Москаленко В.Ф. [209, с. 236-237]. | Медична допомога – це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття. |
| Бобок П.В. [13]. | <p>Медична допомога – це комплекс діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, що проводяться за певною технологією з метою досягнення конкретних результатів.</p> <p>Медична діяльність що здійснюється на рівні взаємодії медичний працівник – пацієнт, визначається як медична послуга; на рівні лікувально-профілактичних закладів та підрозділів, що входять до їх складу, як процес надання медичної допомоги тобто медичне обслуговування певного контингенту хворих (медична діяльність закладу, відділення); на територіальному (національному, відомчому) рівні медична допомога має певні ознаки системи, яка самоорганізовується і повинна визначатися терміном медичне забезпечення (населення, військовослужбовців).</p> |

| 1 | 2 |
|---|--|
| <p>Радиш Я.Ф, Рожкова І.В., Васюк Н.О., Ляховченко Л.А. [48, с. 378].</p> | <p>Медична допомога – це лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи, здійснювані при виношуванні вагітності, пологах, хворобах, травмах та ушкодженнях.</p> |
| <p>Баєва О.В. [9, с. 197].</p> | <p>Термін “медична допомога” розглядається в широкому значенні, як узагальнююча назва усіх видів медичної допомоги, в тому числі лікувального і профілактичного призначення. Рівень складності допомоги коливається від простих прийомів самопомоги до застосування найбільш високоспеціалізованих методів.</p> |
| <p>Закон [118].</p> | <p>Медико-санітарна допомога – це комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями, реабілітацію хворих та інвалідів. Статтею 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначено наступні види медичної допомоги: первинна лікувально-профілактична допомога, спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога та високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога.</p> |
| <p>Постанова КМУ № 955 від 11.07.2002р. [214].</p> | <p>Медична допомога – це вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства.</p> |

| 1 | 2 |
|--|---|
| <p>Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О., [32, с. 12].</p> | <p>Медична допомога – це система спеціальних медичних заходів та засобів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смертності, забезпеченню активної життєдіяльності та працездатності людини.</p> |
| <p>Англо-український словник-довідник термінів [5, с. 44].</p> | <p>Медична допомога – це задоволення потреби людини у відновленні або збереженні здоров'я. Комплекс заходів (включаючи медичні послуги, організаційно-технічні заходи, санітарно-протиепідемічні заходи, медикаментозне забезпечення тощо), спрямованих на задоволення потреб населення в підтримці і відновленні здоров'я.</p> |
| <p>Закон [145].</p> | <p>Медична допомога – це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю і пологами. До “медичної допомоги” належать: екстрена медична допомога, первинна медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна медична допомога.</p> |
| <p>Білинська М.М., Виноградов О.В. [12].</p> | <p>Медична допомога – це комплекс спеціальних заходів, спрямованих на запобігання стражданню та їх ліквідацію у зв'язку з розладом здоров'я людей, яка надається медичними працівниками, а у випадках, визначених законодавством, - працівниками інших професій на яких покладено цей обов'язок.</p> |

Додаток К

Систематизація визначень поняття “доступність медичної допомоги”

| Автор | Визначення |
|--|--|
| 1 | 2 |
| Положення про доступність медичної допомоги [132]. | Доступність медичної допомоги – це багатомірне поняття, яке включає баланс багатьох факторів (кадри, фінансування, транспортні засоби, свободу вибору, громадську грамотність населення, якість і розподіл технічних ресурсів) у межах жорстких практичних обмежень, які обумовлені ресурсами і можливостями держави. |
| Солоненко Н.Д. [5, с. 4]. | Доступність медичної допомоги – це з однієї сторони допомога, яку пацієнти можуть одержати без подолання географічних і фінансових перешкод (доступ до послуг охорони здоров’я оцінюється часткою населення, яке може дістатися до відповідних закладів охорони здоров’я пішки або користуючись місцевими транспортними засобами за час, що не перевищує годину); з іншої сторони - це нормативно врегульована та організаційно забезпечена можливість надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги, відповідно до спроможності відшкодування матеріальних витрат. |
| Карамишев Д.В., Радиш Я.Ф. [59]. | Доступність медичної допомоги – це доступ до служб охорони здоров’я, який не залежить від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних та мовних бар’єрів. |
| Шарабчиев Ю.Т., Дудіна Т.В. [228]. | Доступність медичної допомоги – це реальна можливість отримання населенням необхідної медичної допомоги |

| 1 | 2 |
|---------------------------------|---|
| | незалежно від соціального статусу, рівня статків та місця проживання. |
| Надюк З.О. [108]. | Розглядає доступність з точки зору оцінки якості медичної допомоги і виділяє: територіальну, кваліфіковану, технологічну та спеціалізовану доступність медичної допомоги. |
| Фойгт Н. [220]. | Доступність – це можливість або потенціал отримання послуги чи блага здоров'я. Доступність медичного обслуговування має декілька аспектів: географічний (транспортний маршрут та час, необхідний для поїздки до медичного закладу); культурний (приспосованість середовища для прийому молоді, представників маргінальних груп тощо); фізичний (підйомники для інвалідів, поруччя для літніх пацієнтів та ін.); організаційний (зручний розклад прийому медичними працівниками, час очікування прийому та ін.); фінансовий (прийнятна вартість медичної послуги). |
| Семенов В.Ю. [202, с. 347-351]. | Територіальна (географічна) доступність передбачає справедливий розподіл на території країни медичних організацій і фінансових ресурсів, які забезпечують рівні можливості всім, незалежно від місця проживання. Кваліфіковану доступність можна оцінювати з точки зору культури взаємовідносин між медичними працівниками та пацієнтами. Економічна доступність - рівна доступність до якісної медичної допомоги незалежно від способу оплати послуг. |
| Мажак І. М. [88]. | Доступність медичної допомоги – це важливий показник організації охорони здоров'я населення, тому що пов'язана із зменшенням захворюваності і смертності; |

| 1 | 2 |
|---|--|
| | <p>продовжує тривалість життя, пацієнтам з хронічними захворюваннями; зменшує показники госпіталізації і дає можливість зменшити загальні витрати на охорону здоров'я; є важливим показником задоволеності пацієнтів охороною здоров'я.</p> |
| <p>Фролова Т.І. [221, с. 33-34].</p> | <p>Розглядає організаційно-технологічну доступність, як відсутність перепон для отримання пацієнтом медичних послуг, пов'язаних з організацією надання медичної допомоги. Крім того автор виділяє: ресурсну, інформаційну, культурну, економічну, часову, географічну, соціальну, фізичну доступності медичної допомоги.</p> |
| <p>Закон [118].</p> | <p>Стаття 4 Основ визначає загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я, як один із основних принципів охорони здоров'я в Україні.</p> |
| <p>Комітет ООН по економічним, соціальним та культурним правам [203].</p> | <p>Доступність медичної допомоги – це один із взаємопов'язаних елементів забезпечення права на здоров'я у всіх його формах і на усіх рівнях. Право на доступність, тобто право на доступність медичних послуг, які необхідні пацієнту за станом здоров'я – це одне з прав, визначених у Європейській хартії прав людини. Медичні служби повинні гарантувати рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання чи часу звернення за медичною допомогою.</p> |

Основні завдання Міністерства охорони здоров'я України [168]:

- 1) розробка пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я, забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я усіх форм власності;
- 2) здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення, формування здорового способу життя;
- 3) забезпечення надання державними закладами охорони здоров'я загальнодоступної, переважно безоплатної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню;
- 4) сертифікація рівня медичних послуг, що надаються населенню закладами охорони здоров'я незалежно від форм власності та особами, які займаються індивідуальною медичною діяльністю;
- 5) розробка прогнозів і показників розвитку національної служби охорони здоров'я, пов'язаних із змінами форм власності;
- 6) охорона материнства і дитинства;
- 7) розробка і координація заходів щодо забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення;
- 8) здійснення медичного контролю і видача дозволів на застосування ліків і методик, організацію промислового випуску або закупівлю лікарських засобів, бактерійних і вірусних препаратів, інших виробів медичного призначення, нагляд за їх постачанням населенню та закладам охорони здоров'я;
- 9) розвиток пріоритетних напрямів наукових досліджень у галузі медицини і забезпечення їх ефективності, впровадження в практику досягнень науки, техніки і передового досвіду;
- 10) організація підготовки медичних і фармацевтичних працівників, удосконалення їхніх знань і практичних навичок;
- 11) координація розвитку мережі закладів охорони здоров'я.

Основні завдання управління (департаменту) охорони здоров'я

[29, с. 322]:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Управління (департамент) відповідно до покладених на нього завдань:

- готує пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку території та проектів місцевого бюджету, подає їх на розгляд відповідній держадміністрації та забезпечує їх виконання;
- у межах своєї компетенції сприяє органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку відповідної території;
- вивчає стан здоров'я населення, вживає заходів до запобігання і зниження захворюваності та втрати працездатності, а також збільшення тривалості життя людей;
- в установленому законодавством порядку надає Міністерству охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи та матеріали;

– здійснює на основі галузевих медичних стандартів контроль за якістю та обсягом медико-санітарної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я всіх форм власності;

– організовує роботу з охорони здоров'я, материнства і дитинства, відбір дітей та підлітків на санаторно-курортне лікування, контролює стан здоров'я дітей у дошкільних та інших навчальних закладах незалежно від форми власності, виробництво і якість продуктів дитячого харчування в закладах охорони здоров'я;

– готує пропозиції, спрямовані на проведення реформи в галузі охорони здоров'я, і подає їх на розгляд відповідній держадміністрації;

– визначає потребу у медичній техніці, медикаментах, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту;

– забезпечує у визначений законом термін розгляд звернень громадян та їх об'єднань, здійснює контроль за цією роботою в закладах охорони здоров'я;

– сприяє санаторно-курортному лікуванню інвалідів, ветеранів війни та праці, осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

– сприяє розвитку міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я;

– здійснює систематичний контроль за дотриманням актів законодавства з питань охорони здоров'я та санітарних правил керівниками закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності;

– виконує інші функції, пов'язані з реалізацією покладених на відповідну держадміністрацію завдань у галузі охорони здоров'я.



БОНДАРЄВА Ліна Володимирівна,
дисертаційне дослідження

АНКЕТА ГРОМАДЯНИНА – ЖИТЕЛЯ СЕЛИЩА ЧИ СЕЛА.

Шановний друже!

Звертаємося з проханням відповісти на декілька запитань, які стосуються роботи медичних закладів та доступності медичної допомоги. Нас цікавить Ваша думка, Ваші оцінки і пропозиції.

Заповнити анкету нескладно. Прочитайте уважно кожне запитання анкети. В тих питаннях, де є варіанти відповіді, будь ласка, обведіть номер того варіанта, який Ви вибрали. За необхідності, напишіть свій варіант відповіді. Ваші відверті відповіді допоможуть нам краще зрозуміти ситуацію, яка склалася в сфері надання медичної допомоги, і надати рекомендації щодо її покращення.

Ваші відповіді також будуть оброблені в узагальненому вигляді, щоб зрозуміти, які тенденції переважають в громадській думці сільських жителів Херсонщини. Увага до Вашої думки і конфіденційність Ваших відповідей – гарантовані.

З повагою,

Л.В.Бондарєва.

1. ОЦНІТЬ, БУДЬ ЛАСКА, СТАН СВОГО ЗДОРОВ'Я НА СЬОГОДНІШНІЙ ДЕНЬ. ВИ Б СКАЗАЛИ, ЩО ВОНО... :

| | | | | | |
|---|---------------|---|----------------|---|-----------------------|
| 1 | добре | 3 | скоріше погане | 5 | утруднююсь відповісти |
| 2 | скоріше добре | 4 | погане | 6 | інша відповідь |

2. ЧИ Є У ВАС ХРОНІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ, ЯКІ ОБМЕЖУЮТЬ ВАШІ ДІЇ?

| | | | |
|---|-----|---|----|
| 1 | так | 2 | ні |
|---|-----|---|----|

3. ЧИ ВІДВІДУВАЛИ ВИ ЛІКАРЯ АБО ФЕЛЬДШЕРА ЗА ОСТАННІ 12 МІСЯЦІВ?

| | | | | | |
|---|-------------|---|----------------|---|----|
| 1 | так, лікаря | 2 | так, фельдшера | 3 | ні |
|---|-------------|---|----------------|---|----|

4. НАСКІЛЬКИ ЧАСТО ВИ ВІДВІДУЄТЕ ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я?

| | | | | | |
|---|------------------|---|-------------------|---|-----------------|
| 1 | щомісяця | 3 | 1 раз на рік | 5 | інше (написати) |
| 2 | 1 раз на півроку | 4 | 1 раз на 2-3 роки | | |

5. ЯКЩО ВИ НЕ ВІДВІДУВАЛИ ФЕЛЬДШЕРА, ТО ЧОМУ? Можна позначити декілька варіантів відповіді.

| | | | |
|---|--|----|---|
| 1 | Не було потреби у зверненні за медичною допомогою | 7 | Не було грошей оплатити діагностичне обстеження та лікування |
| 2 | У моєму населеному пункті, де я живу, немає фельдшерсько-акушерського пункту | 8 | Відсутність телефонного зв'язку із медичним закладом |
| 3 | Відсутність транспортного сполучення з населеним пунктом | 9 | Необхідність очікування прийому більше 1 години |
| 4 | У моєму населеному пункті, де я живу, немає фельдшера | 10 | Необхідність сплатити кошти фельдшеру за огляд у якості подарунка |
| 5 | Поганий стан доріг | 11 | Інше (напишіть) |
| 6 | Відсутнє необхідне діагностичне та лікувальне обладнання | | |

6. ЯКЩО ВИ НЕ ВІДВІДУВАЛИ ЛІКАРЯ , ТО ЧОМУ? Можна позначити кілька варіантів відповіді.

| | | | |
|---|--|----|--|
| 1 | Не було потреби у зверненні за медичною допомогою | 7 | Відсутність телефонного зв'язку із медичним закладом |
| 2 | У моєму населеному пункті, де я живу, немає лікарської амбулаторії | 8 | Не було грошей оплатити діагностичне обстеження та лікування |
| 3 | У моєму населеному пункті, де я живу, немає лікаря | 9 | Необхідність очікування прийому більше 1 години |
| 4 | Відсутність щоденного транспортного сполучення з населеним пунктом | 10 | Необхідність сплатити кошти лікарю за огляд у якості подарунка |
| 5 | Відсутність взагалі транспортного сполучення з населеним пунктом | 11 | Інше (напишіть) |
| 6 | Відсутнє необхідне діагностичне та лікувальне обладнання | | |

7. ЯК БИ ВИ ОЦІНИЛИ ОТРИМАНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ?

Можна позначити один варіант відповіді.

| | | | |
|---|----------------|---|---------------------------------|
| 1 | Дуже добре | 4 | Дуже погано |
| 2 | Скоріше добре | 5 | Медична допомога не була надана |
| 3 | Скоріше погано | 6 | Інше (напишіть) |

8. ЧИ БУЛИ ПЕРЕПОНОЮ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ВАМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НЕОБХІДНІСТЬ ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ?

| | | | |
|---|-----|---|----|
| 1 | так | 2 | ні |
|---|-----|---|----|

9. ЯКЩО ВАМ ПРОПОНУВАЛИ СПЛАТИТИ КОШТИ ЗА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, ТО ЯК ЦЕ ПРОПОНУВАЛОСЯ ЗДІЙСНИТИ?

1. легально (внести кошти в касу)
2. нелегально (сплатити готівкою безпосередньо медичному працівнику)

10. ЧИ БУЛИ ВИПАДКИ ЗІ СТОРОНИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАПРОПОНУВАТИ ВАМ СПЛАТИТИ КОШТИ У ЯКОСТІ ПОДАРУНКА?

| | | | |
|---|-----|---|----|
| 1 | так | 2 | ні |
|---|-----|---|----|

11. ЧИ ВИ МАЄТЕ МОЖЛИВІСТЬ ОТРИМАТИ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ БЕЗПОСЕРЕДНЬО У НАСЕЛЕНОМУ ПУНКТІ, В ЯКОМУ ПРОЖИВАЄТЕ?

| | | | |
|---|-----|---|----|
| 1 | так | 2 | ні |
|---|-----|---|----|

12. ЧИ ВИ МАЄТЕ МОЖЛИВІСТЬ ОТРИМАТИ СВОЄЧАСНУ СПЕЦІАЛІЗОВАНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ У РАЙОННІЙ ЛІКАРНІ?

| | | | |
|---|-----|---|----|
| 1 | так | 2 | ні |
|---|-----|---|----|

13. ЯКЩО ВИ НЕ МАЄТЕ МОЖЛИВОСТІ ОТРИМАТИ СВОЄЧАСНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ, ВКАЖІТЬ ГОЛОВНІ ПРИЧИНИ ЦЬОГО:

Можна позначити кілька варіантів відповіді.

| | | | |
|---|--|----|--|
| 1 | Відсутність медичного закладу у населеному пункті | 6 | Відсутність щоденного транспортного сполучення з населеним пунктом |
| 2 | Відсутність лікаря | 7 | Поганий стан доріг |
| 3 | Відсутність фельдшера | 8 | Не було грошей оплатити діагностичне обстеження та лікування |
| 4 | Відсутнє необхідне діагностичне та лікувальне обладнання | 9 | Потреба сплатити кошти лікарю за огляд як подарунок |
| 5 | Відсутність телефонного зв'язку із медичним закладом | 10 | Інше (напишіть) |

14. УКАЖІТЬ, БУДЬ ЛАСКА, ЯКИМ ШЛЯХОМ МОЖНА ЗАБЕЗПЕЧИТИ СВОЄЧАСНЕ ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ?

1. Побудувати фельдшерсько-акушерський пункт.
2. Побудувати лікарську амбулаторію.
3. Купити обладнання.
4. Відремонтувати дороги.
5. Забезпечити щоденний рух автобусу до населеного пункту.
6. Інше.

15. ВІД КОГО НАЙБІЛЬШОЮ МІРОЮ ЗАЛЕЖИТЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ? Можна позначити кілька варіантів відповіді:

1. від центральних органів влади – президента, уряду, Верховної Ради;
2. від місцевих органів влади – обласної, районної держадміністрацій;
3. від органів самоврядування;
4. від органів управління охороною здоров'я;
5. від медичних працівників;
6. від керівників медичних закладів;
7. інше (напишіть) _____
8. утруднююсь відповісти.

НА ЗАВЕРШЕННЯ, ДЕКІЛЬКА ЗАПИТАНЬ ПРО ВАС ОСОБИСТО:

16. ВАШ ВІК: ЗАПИШІТЬ, БУДЬ ЛАСКА, СКІЛЬКИ ВАМ ВИПОВНИЛОСЬ РОКІВ:

... І ВІДЗНАЧТЕ ВІКОВИЙ ІНТЕРВАЛ У НАСТУПНИХ КЛІТИНАХ:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 18-24 | 25-39 | 40-49 | 50-59 | 60 і старше |

17. ВАША СТАТЬ:

| | | | |
|---|---------|---|-------|
| 1 | Чоловік | 2 | Жінка |
|---|---------|---|-------|

18. ВАША ОСВІТА:

| | | | | | |
|---|------------------|---|--------------------|---|--|
| 1 | Вища | 3 | Середня | 5 | Нижча середньої (початкова, неповна середня та ін) |
| 2 | Незакінчена вища | 4 | Середня спеціальна | | |

19. ВАШ СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС (КИМ ПРАЦЮЄТЕ)?

| № | статус | № | статус | № | статус |
|---|-------------|---|--------------|----|---------------------|
| 1 | селянин | 5 | бізнесмен | 9 | пенсіонер |
| 2 | робітник | 6 | домогосподар | 10 | тимчасово не працюю |
| 3 | службовець | 7 | інвалід | 11 | утриманець |
| 4 | безробітний | 8 | студент | 12 | Інше (напишіть) |

20. ЯКИЙ НА ВАШУ ДУМКУ РІВЕНЬ ДОХОДІВ ВІДПОВІДАЄ МАТЕРІАЛЬНОМУ СТАНУ ВАШОЇ СІМ'Ї?

1. Низький
2. Середній
3. Високий

21. МІСЦЕ ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ:

| | | | | | |
|---|------------------|---|-----------------------------|---|------|
| 1 | Місто - райцентр | 2 | Селище міського типу (с/мт) | 3 | Село |
|---|------------------|---|-----------------------------|---|------|

22. ЯКИЙ МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД Є В ВАШОМУ НАСЕЛЕНОМУ ПУНКТІ?

| № | Тип медичного закладу | № | Тип медичного закладу |
|---|-----------------------|---|-------------------------|
| 1 | ФАП | 4 | ЦРЛ |
| 2 | СЛА | 5 | Інше (напишіть) |
| 3 | ДЛ | 6 | немає медичного закладу |

23. В ЯКОМУ РАЙОНІ ВИ ПРОЖИВАЄТЕ?

ВДЯЧНІ ВАМ ЗА УЧАСТЬ У ОПИТУВАННІ!



БОНДАРЄВА Ліна Володимирівна,
дисертаційне дослідження

АНКЕТА ЕКСПЕРТА З ПИТАНЬ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Шановний пане експерте!

Прошу відповісти на декілька запитань, які стосуються роботи медичних закладів та доступності медичної допомоги. Нас цікавить Ваша думка, Ваші оцінки і пропозиції!

Заповнити анкету нескладно. Прочитайте уважно кожне запитання анкети. В тих питаннях, де є варіанти відповіді, будь ласка, обведіть номер того варіанта, який Ви вибрали. За необхідності, напишіть свій варіант відповіді. Ваші відверті відповіді допоможуть краще зрозуміти ситуацію, яка склалася в сфері надання медичної допомоги, і надати рекомендації щодо її покращення.

Ваші відповіді також будуть опрацьовані в узагальненому вигляді, щоб зрозуміти, які оцінки переважають у суспільному середовищі Херсонщини. Увага до Вашої думки і конфіденційність Ваших відповідей – гарантовані.

З повагою,

Л.В.Бондарєва.

1. ОЦІНІТЬ, БУДЬ ЛАСКА, СТАН ЗДОРОВ'Я В ЦЬЛОМУ (БІЛЬШОСТІ) НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ. НА СЬОГОДНІШНІЙ ДЕНЬ. ВИ Б СКАЗАЛИ, ЩО ВОНО...

| | | | | | |
|---|---------------|---|----------------|---|-----------------------|
| 1 | добре | 3 | скоріше погане | 5 | утруднююсь відповісти |
| 2 | скоріше добре | 4 | погане | 6 | інша відповідь |

2. ЯК ВИ ОЦІНЮЄТЕ РІВЕНЬ ДОСТУПНОСТІ ДЛЯ ЖИТЕЛІВ ВАШОГО НАСЕЛЕНОГО ПУНКТУ ПЕРВИННОЇ І СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ?

| № | питання | Рівень | | | | |
|----------|---|---------|-----------|------------|---------|-------------------------|
| | | Високий | Достатній | Посередній | Низький | Відсутність можливостей |
| <u>1</u> | Доступність первинної медичної допомоги | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <u>2</u> | Доступність спеціалізованої медичної допомоги | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

3. ОЦІНІТЬ, БУДЬ ЛАСКА, НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВІ ПАРАМЕТРИ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ. ДАЙТЕ ОЦІНКУ КОЖНОМУ ПАРАМЕТРУ ЗА П'ЯТИБАЛЬНОЮ ШКАЛОЮ, ДЕ «5» - НАЙВИЩА ОЦІНКА, А «1» - НАЙНИЖЧА.

| № | Назва параметру | оцінки |
|----------|---|-----------|
| <u>1</u> | Економічна доступність - відсутність економічних перешкод для отримання пацієнтом медичних послуг | 5 4 3 2 1 |
| <u>2</u> | Інфраструктурна доступність - наявність медичних закладів в населених пунктах та територіально-адміністративних одиницях, де живе населення області | 5 4 3 2 1 |
| <u>3</u> | Організаційна доступність - відсутність перешкод для отримання жителями області медичних послуг, які пов'язані з організацією медичної допомоги | 5 4 3 2 1 |

| № | Назва параметру | оцінки |
|----------|--|-----------|
| 4 | Ресурсна доступність - наявність у лікувальних закладах матеріально-технічних ресурсів, необхідних для надання медичних послуг | 5 4 3 2 1 |
| 5 | Соціокультурна доступність - наявність у населення звички слідкувати за своїм здоров'ям, регулярно проходити медогляд, звертатися до лікаря при необхідності, не займатися самолікуванням; мати певний рівень медичної культури; наявність у медичних закладів та медичних працівників культури медичного обслуговування, тощо | 5 4 3 2 1 |
| 6 | Інформаційна доступність - відсутність перешкод для доступу до інформації пацієнтом при отриманні медичних послуг | 5 4 3 2 1 |
| 7 | Територіальна доступність - віддаленість лікувальних закладів від місця проживання пацієнтів | 5 4 3 2 1 |

4. ЯКЩО ВИ ОЦІНИЛИ НИЗЬКИЙ РІВЕНЬ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ (МЕНШЕ 3 БАЛЛІВ) ВКАЖІТЬ, БУДЬ-ЛАСКА, ВАШУ ДУМКУ ЩОДО ОСНОВНИХ ПРИЧИН, (можна позначити декілька варіантів відповіді):

1. Недостатнє виділення коштів на капітальні видатки (ремонт приміщень, будівля нових приміщень).
2. Недостатнє виділення коштів на заробітну плату медичним працівникам.
3. Недостатнє виділення коштів на медикаменти та розхідні матеріали.
4. Відсутність коштів у пацієнтів.
5. Необхідність сплачувати за діагностично-лікувальні процедури безпосередньо пацієнтами.
6. Ваш варіант відповіді _____

5. ЯКЩО ВИ ОЦІНИЛИ НИЗЬКИЙ РІВЕНЬ ІНФРАСТРУКТУРНОЇ ДОСТУПНОСТІ (МЕНШЕ 3 БАЛЛІВ, ВКАЖІТЬ, БУДЬ-ЛАСКА, ЇЇ ОСНОВНІ ПРИЧИНИ, (можна позначити декілька варіантів відповіді):

1. Відсутній медичний заклад у населеному пункті.
2. Наявний лише фельдшерсько-акушерський пункт у населеному пункті.
3. Наявна лише сільська лікарська амбулаторія у населеному пункті.
4. Наявна лише дільнична лікарня у населеному пункті.
5. Наявна лише центральна районна лікарня у населеному пункті.
6. Ваш варіант відповіді _____

6. ЯКЩО ВИ ОЦІНИЛИ НИЗЬКИЙ РІВЕНЬ РЕСУРСНОЇ ДОСТУПНОСТІ (МЕНШЕ 3 БАЛЛІВ, ВКАЖІТЬ, БУДЬ-ЛАСКА, ЇЇ ОСНОВНІ ПРИЧИНИ, (можна позначити декілька варіантів відповіді):

1. Недостатнє забезпечення закладу діагностичним обладнанням.
2. Недостатнє забезпечення закладу лікувальним обладнанням.
3. Недостатнє забезпечення закладу медикаментами та розхідними матеріалами.
4. Відсутність у медичному закладі санітарного транспорту.
5. Недостатня укомплектованість медичного закладу лікарями.
6. Недостатнє укомплектування медичного закладу молодшими медичними спеціалістами (фельдшерами, медичними сестрами, акушерками).
7. Ваш варіант відповіді _____

7. ЯКЩО ВИ ВИЗНАЧИЛИ НЕДОСТАТНЮ УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ ЛІКАРЯМИ ТА ФЕЛЬДШЕРАМИ, ТО ВКАЖІТЬ БУДЬ-ЛАСКА, ОСНОВНІ ПРИЧИНИ, (можна позначити декілька варіантів відповіді):

1. Недостатній рівень заробітної плати медичних працівників.
2. Відсутність житла для медичних працівників.

3. Відсутність коштів на фінансування відряджень (підвищення кваліфікації, навчання лікарів, участь у науково-практичних конференціях).
4. Значна відстань від місця проживання медичного працівника до медичного закладу.
5. Відсутність у населеному пункті де проживає медичний працівник дитячого дошкільного закладу, школи.
6. Відсутність перспективи отримати вузьку спеціалізацію (кардіологія, ЛОР, офтальмологія тощо).
7. Відсутня комп'ютеризація робочого місця та доступ до мережі Інтернет.
8. Ваш варіант відповіді _____

8. ЯКЩО ВИ ОЦІНИЛИ НИЗЬКИЙ РІВЕНЬ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ДОСТУПНОСТІ, ВКАЖІТЬ БУДЬ-ЛАСКА, ЇЇ ОСНОВНІ ПРИЧИНИ, (можна позначити декілька варіантів відповіді):

1. Відсутність автобусного сполучення з населеним пунктом.
2. Автобус заходить до населеного пункту 1 раз на тиждень.
3. Автобус заходить до населеного пункту 2 рази на тиждень.
4. Автобус заходить до населеного пункту 3 рази на тиждень.
5. Автобус заходить до населеного пункту щоденно.
6. Необхідність витратити більше 30 хвилин на переїзд до населеного пункту де наявний фельдшерсько-акушерський пункт.
7. Необхідність витратити більше 30 хвилин на переїзд до населеного пункту де наявна лікарська амбулаторія.
8. Поганий стан доріг
9. Ваш варіант відповіді _____

9. ВІД КОГО НАЙБІЛЬШОЮ МІРОЮ ЗАЛЕЖИТЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ? (можна позначити декілька варіантів відповіді):

1. Від центральних органів влади – Президента, Уряду, Верховної Ради.
2. Від місцевих органів виконавчої влади – обласної чи районної держадміністрацій.
3. Від органів місцевого самоврядування.
4. Від органів управління охороною здоров'я.
5. Від медичних працівників.
6. Від керівників медичних закладів.
7. Інше (напишіть) _____
8. Утруднюються відповіді

10. ЩО, НА ВАШУ ДУМКУ, НЕОБХІДНО ЗРОБИТИ ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

1. Побудувати медичний заклад у Вашому населеному пункті.
2. Збільшити фінансування медичних закладів.
3. Відремонтувати дороги.
4. Відкрити нові автобусні маршрути.
5. забезпечити щоденне курсування громадського транспорту (автобуса) до населеного пункту.
6. Інше _____

11. ЯК ВИ ОЦІНЮЄТЕ РЕАЛІЗАЦІЮ НАСТУПНИХ ЦІЛЬОВИХ ПРОГРАМ, СПРЯМОВАНИХ НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ВАШОЇ ТЕРИТОРІЇ?

Оцініть кожен програму, якщо необхідно допишіть назву додатково і оцініть її.

| № | Назва програми | Позитивно | Негативно | Мені така програма не відома |
|---|--|-----------|-----------|------------------------------|
| 1 | Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2003-2011 роки | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | Обласна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Обласна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Обласна програма «Цукровий діабет» на 2010-2013 роки | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Обласна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Обласна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Програма «Херсонщина без ліків-фальсифікатів» на період до 2012 року | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Обласна програма поліпшення життєзабезпечення, реабілітації, соціального захисту людей похилого віку та інвалідів на 2010-2014 роки | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Ваш варіант (впишіть) | | | |

НА ЗАВЕРШЕННЯ, ДЕКІЛЬКА ЗАПИТАНЬ ДО ВАС ОСОБИСТО:12. ВАШ ВІК: ЗАПИШІТЬ, БУДЬ ЛАСКА, СКІЛЬКИ ВАМ ВИПОВНИЛОСЬ РОКІВ:

... І ВІДЗНАЧТЕ ВІКОВИЙ ІНТЕРВАЛ У НАСТУПНИХ КЛІТИНАХ:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 18-24 | 25-39 | 40-49 | 50-59 | 60 і старше |

13. ВАША СТАТЬ:

| | | | |
|---|---------|---|-------|
| 1 | Чоловік | 2 | Жінка |
|---|---------|---|-------|

14. ВАША ОСВІТА:

| | | | | | |
|---|------------------|---|--------------------|---|--|
| 1 | Вища | 3 | Середня | 5 | Нижча середньої (початкова, неповна середня та ін) |
| 2 | Незакінчена вища | 4 | Середня спеціальна | | |

15. ВКАЖІТЬ ВАШЕ МІСЦЕ РОБОТИ І ПОСАДУ _____

16. СТАЖ РОБОТИ:

| | | | | | |
|---|------------|---|-------------|---|-----------------|
| 1 | До 3 років | 3 | 10-20 років | 5 | Більше 30 років |
| 2 | 3-10 років | 4 | 20-30 років | | |

17. МІСЦЕ ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ:

| | | | | | |
|---|------------------|---|----------------------------|---|------|
| 1 | Місто - райцентр | 2 | Селище міського типу (сmt) | 3 | село |
|---|------------------|---|----------------------------|---|------|

18. ЯК ВИ ОЦІНЮЄТЕ РІВЕНЬ ВАШОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ПИТАННЯХ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ?

| | | |
|------------|---------------|------------|
| 1. високий | 2. посередній | 3. низький |
|------------|---------------|------------|

19. В ЯКОМУ РАЙОНІ ВИ ПРОЖИВАЄТЕ?

ВДЯЧНІ ВАМ ЗА УЧАСТЬ У ОПИТУВАННІ!



БОНДАРЄВА Ліна Володимирівна,
дисертаційне дослідження

ЛІНІЙНИЙ РОЗПОДІЛ ВІДПОВІДЕЙ НА ПИТАННЯ АНКЕТИ ГРОМАДЯНИНА – ЖИТЕЛЯ СЕЛИЩА ЧИ СЕЛА.

Відповіді на запитання № 1: Стан здоров'я на сьогоднішній день

Всього відповідей: 515. Відповіли: 509 (98,8%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | добре | 85 | 16,5 | 16,7 |
| 2 | скоріше добре | 199 | 38,6 | 39,1 |
| 3 | скоріше погане | 137 | 26,6 | 26,9 |
| 4 | погане | 50 | 9,7 | 9,8 |
| 5 | утруднилися відповісти | 44 | 8,6 | 7,5 |

Відповіді на запитання № 2. Наявність хронічних проблем зі здоров'ям

Всього відповідей: 515 . Відповіли: 503 (97,7%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | так | 302 | 58,6 | 60,0 |
| 2 | ні | 201 | 39,0 | 40,0 |
| 3 | утруднилися відповісти | 12 | 2,3 | |

Відповіді на запитання № 3. Відвідування лікаря чи фельдшера за останні 12 місяців

Всього відповідей: 515. Відповіли: 501 (97,3%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | так, лікаря | 350 | 68,0 | 69,9 |
| 2 | так, фельдшера | 64 | 12,4 | 12,8 |
| 3 | ні | 87 | 16,9 | 17,4 |
| 4 | утруднилися відповісти | 14 | 2,7 | |

Відповіді на запитання № 4. Частота відвідування закладів охорони здоров'я

Всього відповідей: 515. Відповіли: 502 (97,5%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | щомісяця | 57 | 11,1 | 11,4 |
| 2 | 1 раз на півроку | 176 | 34,2 | 35,1 |
| 3 | 1 раз на рік | 159 | 30,9 | 31,7 |
| 4 | 1 раз на 2-3 роки | 73 | 14,2 | 14,5 |
| 5 | інше | 37 | 7,2 | 7,4 |
| 6 | утруднилися відповісти | 13 | 2,5 | |

Відповіді на запитання № 5. Причини невідвідування фельдшера

Дозволялося позначити декілька варіантів відповіді.

Всього відповідей: 515. Відповіли: 247 (48,0%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|----|--|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Не було потреби у зверненні за медичною допомогою | 140 | 27,2 | 56,7 |
| 2 | В моєму населеному пункті, де я живу, немає фельдшерсько-акушерського пункту | 30 | 5,8 | 12,1 |
| 3 | Відсутність транспортного сполучення з населеним пунктом | 8 | 1,6 | 3,2 |
| 4 | В моєму населеному пункті, де я живу, немає фельдшера | 4 | 0,8 | 1,6 |
| 5 | Поганий стан доріг | 9 | 1,7 | 3,6 |
| 6 | Відсутнє необхідне діагностичне та лікувальне обладнання | 26 | 5,0 | 10,5 |
| 7 | Не було грошей оплатити діагностичне обстеження та лікування | 48 | 9,3 | 19,4 |
| 8 | Необхідність очікування прийому більше 1 години | 5 | 1,0 | 2,0 |
| 9 | Інше | 14 | 2,7 | 5,7 |
| 10 | Утруднилися відповісти | 268 | 52,0 | |

Відповіді на запитання № 6. Причини невідвідування лікаря

Дозволялося позначити декілька варіантів відповіді.

Всього відповідей: 515. Відповіли: 306 (59,4%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|--|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Не було потреби у зверненні за медичною допомогою | 143 | 27,8 | 46,7 |
| 2 | В моєму населеному пункті, де я живу, немає лікарської амбулаторії | 61 | 11,8 | 19,9 |
| 3 | В моєму населеному пункті, де я живу, немає лікаря | 73 | 14,2 | 23,9 |
| 4 | Відсутність щоденного транспортного сполучення з населеним пунктом | 36 | 7,0 | 11,8 |
| 5 | Відсутнє необхідне діагностичне та лікувальне обладнання | 4 | 0,8 | 1,3 |

| | | | | |
|----|--|-----|------|------|
| 6 | Відсутнє необхідне діагностичне та лікувальне обладнання | 48 | 9,3 | 15,7 |
| 7 | відсутність телефонного зв'язку із медичним закладом | 2 | 0,4 | 0,7 |
| 8 | Не було грошей оплатити діагностичне обстеження та лікування | 102 | 19,8 | 33,3 |
| 9 | Необхідність очікування прийому більше 1 години | 21 | 4,1 | 6,9 |
| 10 | Необхідність сплатити кошти лікарю за огляд у якості подарунка | 11 | 2,1 | 3,6 |
| 11 | Інше (напишіть) | 8 | 1,6 | 2,6 |
| 12 | Утруднилися відповісти | 209 | 40,6 | |

Відповіді на запитання № 7. Оцінка отриманої медичної допомоги

Дозволялося позначити один варіант відповіді.

Всього відповідей: 515 . Відповіли: 507 (98,4%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|---------------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Дуже добре | 35 | 6,8 | 6,9 |
| 2 | Скоріше добре | 190 | 36,9 | 37,5 |
| 3 | Скоріше погано | 223 | 43,3 | 44,0 |
| 4 | Дуже погано | 49 | 9,5 | 9,7 |
| 5 | Медична допомога не була надана | 2 | 0,4 | 0,4 |
| 6 | Інше (напишіть) | 8 | 1,6 | 1,6 |
| 7 | Утруднилися відповісти | 8 | 1,6 | |

Відповіді на запитання № 8. Перепона: необхідність оплати медичних послуг

Всього відповідей: 515. Відповіли: 497 (96,5%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Так | 218 | 42,3 | 43,9 |
| 2 | Ні | 279 | 54,2 | 56,1 |
| 3 | Утруднилися відповісти | 18 | 3,5 | |

Відповіді на запитання № 9. Способи сплати коштів за медичні послуги

Всього відповідей: 515 . Відповіли: 440 (85,4%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|---|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Легально (внести гроші в касу) | 372 | 72,2 | 84,5 |
| 2 | Нелегально (сплатити готівкою безпосередньо медичному працівнику) | 68 | 13,2 | 15,5 |
| 3 | Утруднилися відповісти | 75 | 14,6 | |

Відповіді на запитання № 10. Наявність сплати коштів у якості подарунка

Всього відповідей: 515. Відповіли: 507 (98,4%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Так | 88 | 17,1 | 17,4 |
| 2 | Ні | 419 | 81,4 | 82,6 |
| 3 | Утруднилися відповісти | 8 | 1,6 | |

Відповіді на запитання № 11. Доступність отримання медичної допомоги безпосередньо у населеному пункті, в якому проживає респондент

Всього відповідей: 515. Відповіли: 502 (97,5%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Так | 409 | 79,4 | 81,5 |
| 2 | Ні | 93 | 18,1 | 18,5 |
| 3 | Утруднилися відповісти | 13 | 2,5 | |

Відповіді на запитання № 12. Доступність центральних районних лікарень

Всього відповідей: 515. Відповіли: 503 (97,7%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Так | 387 | 75,1 | 76,9 |
| 2 | Ні | 116 | 22,5 | 23,1 |
| 3 | Утруднилися відповісти | 12 | 2,3 | |

Відповіді на запитання № 13. Причини неможливості отримати своєчасну медичну допомогу

Дозволялося позначити декілька варіантів відповіді.

Всього відповідей: 515. Відповіли: 372 (72,2%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|----|--|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Відсутність медичного закладу у населеному пункті | 13 | 2,5 | 3,5 |
| 2 | Відсутність лікаря | 155 | 30,1 | 41,7 |
| 3 | Відсутність ФЕЛЬДШЕРА | 9 | 1,7 | 2,4 |
| 4 | Відсутнє необхідне діагностичне та лікувальне обладнання | 203 | 39,4 | 54,6 |
| 5 | Відсутність телефонного зв'язку із медичним закладом | 5 | 1,0 | 1,3 |
| 6 | Відсутність щоденного транспортного сполучення з населеним пунктом | 79 | 15,3 | 21,2 |
| 7 | Поганий стан доріг | 115 | 22,3 | 30,9 |
| 8 | Не було грошей оплатити діагностичне обстеження та лікування | 225 | 43,7 | 60,5 |
| 9 | Необхідність сплатити кошти лікарю за огляд у якості подарунка | 43 | 8,3 | 11,6 |
| 10 | Інше (напишіть) | 143 | 27,8 | |

Відповіді на запитання № 14. Оцінка шляхів забезпечення своєчасної медичної допомоги
 Всього відповідей: 515. Відповіли: 473 (91,8%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|--|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | ПОБУДУВАТИ ФЕЛЬДШЕРСЬКО-АКУШЕРСЬКИЙ ПУНКТ | 38 | 7,4 | 8,0 |
| 2 | ПОБУДУВАТИ ЛІКАРСЬКУ АМБУЛАТОРІЮ | 94 | 18,3 | 19,9 |
| 3 | КУПИТИ ОБЛАДНАННЯ | 351 | 68,2 | 74,2 |
| 4 | ВІДРЕМОНТУВАТИ ДОРОГИ | 182 | 35,3 | 38,5 |
| 5 | ЗАБЕЗПЕЧИТИ ЩОДЕННИЙ РУХ АВТОБУСУ ДО НАСЕЛЕНОГО ПУНКТУ | 113 | 21,9 | 23,9 |
| 6 | Утруднилися відповісти | 42 | 8,2 | |

Відповіді на запитання № 15. Оцінка відповідальних за сільську медичну допомогу
 Дозволялося позначити декілька варіантів відповіді.
 Всього відповідей: 515. Відповіли: 500 (97,1%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|---|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Від центральних органів влади – президента, уряду, Верховної Ради | 243 | 47,2 | 48,6 |
| 2 | Від місцевих органів влади – обласної, районної держадміністрацій | 335 | 65,0 | 67,0 |
| 3 | Від органів самоврядування | 175 | 34,0 | 35,0 |
| 4 | Від органів управління охороною здоров'я | 142 | 27,6 | 28,4 |
| 5 | Від медичних працівників | 65 | 12,6 | 13,0 |
| 6 | Від керівників медичних закладів | 103 | 20,0 | 20,6 |
| 7 | Інше | 4 | 0,8 | 0,8 |
| 8 | Утруднилися відповісти | 38 | 7,4 | 4,6 |

ДЕМОГРАФІЧНИЙ БЛОК

Відповіді на запитання № 16. Вік респондента
 Всього відповідей: 515. Відповіли: 509 (98,8%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|-------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | 18-24 | 55 | 10,7 | 10,8 |
| 2 | 25-39 | 135 | 26,2 | 26,5 |
| 3 | 40-49 | 108 | 21,0 | 21,2 |

| | | | | |
|---|------------------------|-----|------|------|
| 4 | 50-59 | 92 | 17,9 | 18,1 |
| 5 | 60 і старше | 119 | 23,1 | 23,4 |
| 6 | Утруднилися відповісти | 6 | 1,2 | |

Відповіді на запитання № 17. Стать респондента

Всього відповідей: 515. Відповіли: 504 (97,9%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|-----------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Чоловік | 225 | 43,7 | 44,6 |
| 2 | Жінка | 279 | 54,2 | 55,4 |
| 3 | Немає відповіді | 11 | 2,1 | |

Відповіді на запитання № 18. Освіта респондента

Всього відповідей: 515. Відповіли: 501 (97,3%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|---|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Вища | 85 | 16,5 | 16,7 |
| 2 | Незакінчена вища | 199 | 38,6 | 39,1 |
| 3 | Середня | 137 | 26,6 | 26,9 |
| 4 | Середня спеціальна | 50 | 9,7 | 9,8 |
| 5 | Нижча середньої (початкова, неповна середня та ін.) | 44 | 8,6 | 7,5 |

Відповіді на запитання № 19. Соціальний статус респондента

Всього відповідей: 515. Відповіли: 504 (97,9%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|----|---------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Селянин | 53 | 10,3 | 10,5 |
| 2 | Робітник | 81 | 15,7 | 16,1 |
| 3 | Службовець | 102 | 19,8 | 20,2 |
| 4 | Безробітний | 42 | 8,2 | 8,3 |
| 5 | Бізнесмен | 11 | 2,1 | 2,2 |
| 6 | Домогосподарка | 33 | 6,4 | 6,5 |
| 7 | Інвалід | 12 | 2,3 | 2,4 |
| 8 | Студент | 13 | 2,5 | 2,6 |
| 9 | Пенсіонер | 114 | 22,1 | 22,6 |
| 10 | Тимчасово не працюю | 40 | 7,8 | 7,9 |
| 11 | Утриманець | 3 | 0,6 | 0,6 |
| 12 | Інше (напишіть) | 11 | 2,1 | |

Відповіді на запитання № 20. Рівень доходів респондента

Всього відповідей: 515. Відповіли: 504 (97,9%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Низький | 290 | 56,3 | 57,5 |
| 2 | Середній | 206 | 40,0 | 40,9 |
| 3 | Високий | 8 | 1,6 | 1,6 |
| 4 | Утруднилися відповісти | 11 | 2,1 | |

Відповіді на запитання № 21. Місце проживання респондента

Всього відповідей: 515. Відповіли: 476 (92,4%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|-----------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | Місто, райцентр | 203 | 39,4 | 42,6 |
| 2 | Селище міського типу (с/мт) | 76 | 14,8 | 16,0 |
| 3 | Село | 197 | 38,3 | 41,4 |
| 4 | Утруднилися відповісти | 39 | 7,6 | |

Відповіді на запитання № 22. Наявність медичних закладів у населеному пункті респондента

Всього відповідей: 515. Відповіли: 496 (96,3%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|---|-------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | ФАП | 133 | 25,8 | 26,8 |
| 2 | СЛА | 59 | 11,5 | 11,9 |
| 3 | ДЛ | 7 | 1,4 | 1,4 |
| 4 | ЦРЛ | 277 | 53,8 | 55,8 |
| 5 | Інше (напишіть) | 10 | 1,9 | 2,0 |
| 6 | Немає медичного закладу | 10 | 1,9 | 2,0 |
| 7 | Утруднилися відповісти | 19 | 3,7 | |

Відповіді на запитання № 23. Адміністративний район

Всього відповідей: 515. Відповіли: 505 (98,1%).

| | | всього відповідей | % до опитаних | % до тих, що відповіли |
|----|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | м. Херсон | 2 | 0,4 | 0,4 |
| 2 | Бериславський | 43 | 8,3 | 8,5 |
| 3 | Білозерський | 58 | 11,3 | 11,5 |
| 4 | Великопетиський | 12 | 2,3 | 2,4 |
| 5 | Великоолександрівський | 21 | 4,1 | 4,2 |
| 6 | Верхньорогачицький | 5 | 1,0 | 1,0 |
| 7 | Високопільський | 11 | 2,1 | 2,2 |
| 8 | Геничеський | 52 | 10,1 | 10,3 |
| 9 | Голопристанський | 44 | 8,5 | 8,7 |
| 10 | Горностаївський | 14 | 2,7 | 2,8 |
| 11 | Іванівський | 11 | 2,1 | 2,2 |
| 12 | Каланчакський | 12 | 2,3 | 2,4 |
| 13 | Каховський | 61 | 11,8 | 12,1 |
| 14 | Нижньосирогозький | 11 | 2,1 | 2,2 |
| 15 | Нововоронцовський | 16 | 3,1 | 3,2 |
| 16 | Новотроїцький | 27 | 5,2 | 5,3 |
| 17 | Скадовський | 31 | 6,0 | 6,1 |
| 18 | Цюрупинський | 49 | 9,5 | 9,7 |
| 19 | Чаплинський | 26 | 5,0 | 5,1 |
| 20 | Немає відповіді | 10 | 1,9 | |

Результати дослідження експертної думки

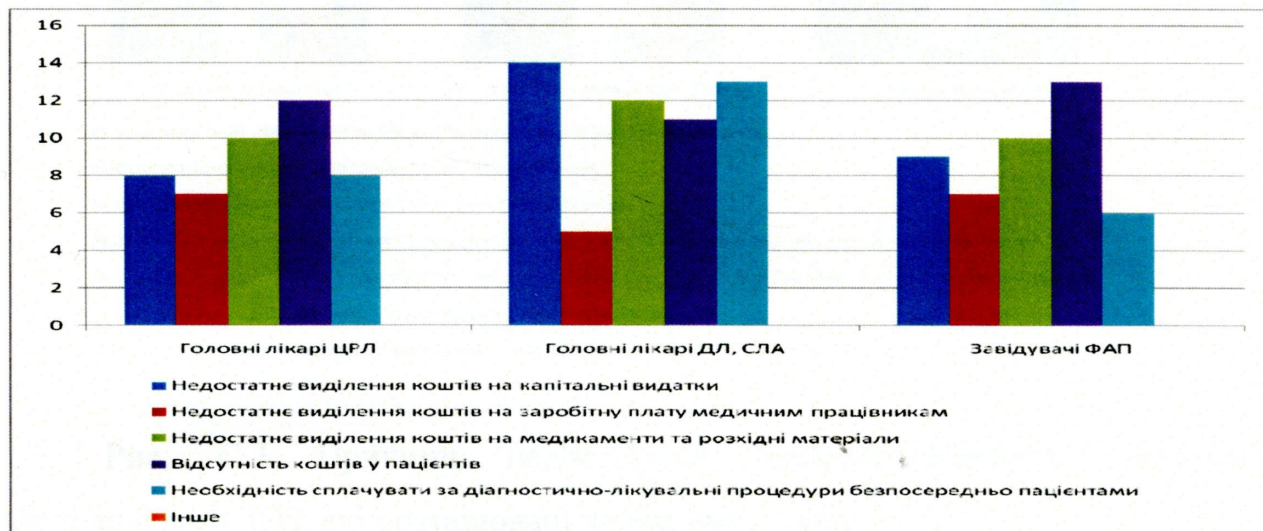


Рис. С.1 Причини низького рівня економічної доступності медичної допомоги, %

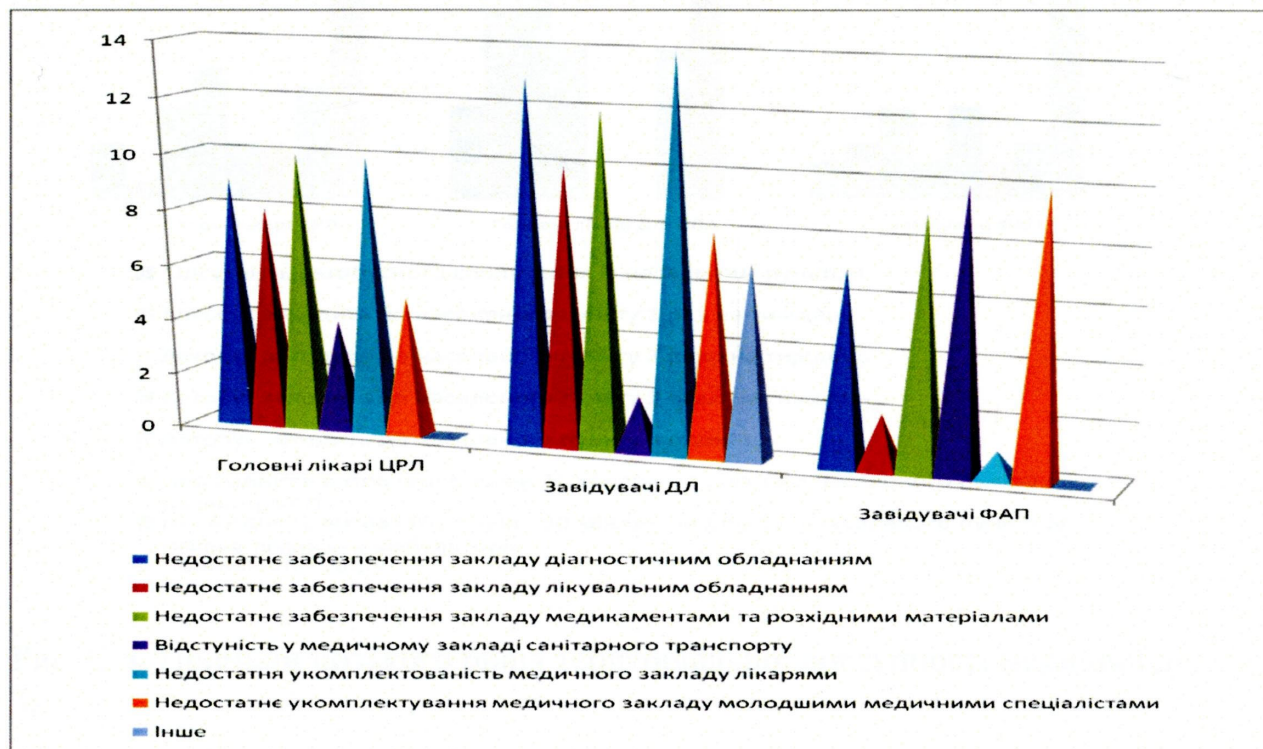


Рис. С.2 Причини низького рівня ресурсної доступності медичної допомоги, %

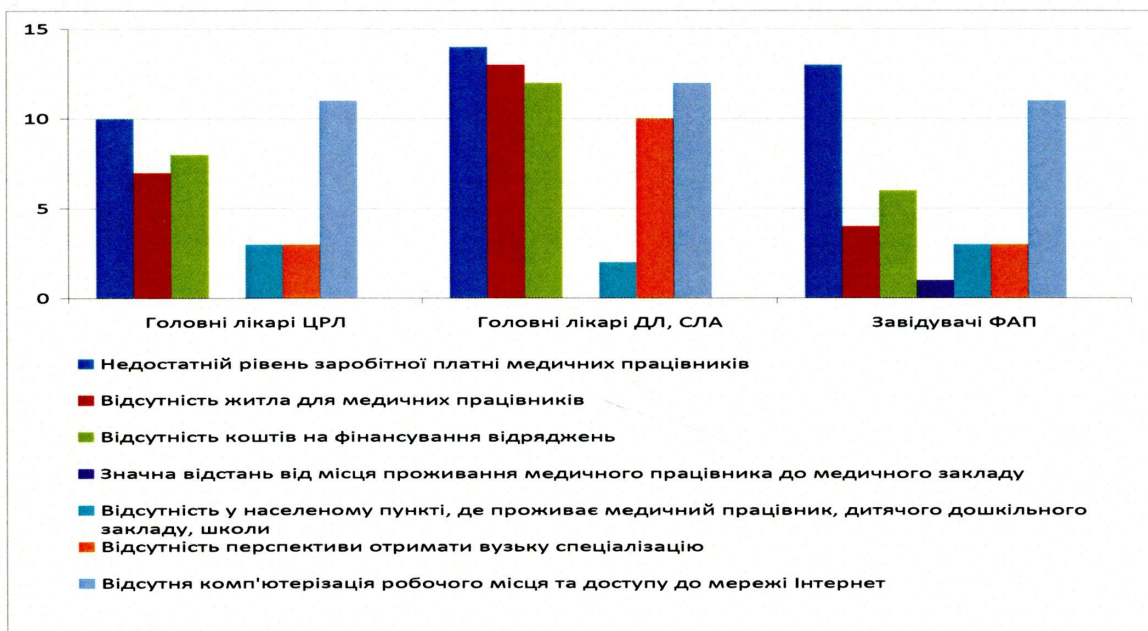


Рис. С.3 Причини недостатньої укомплектованості лікарями та фельдшерами ЗОЗ, які розташовані на базовому рівні, %

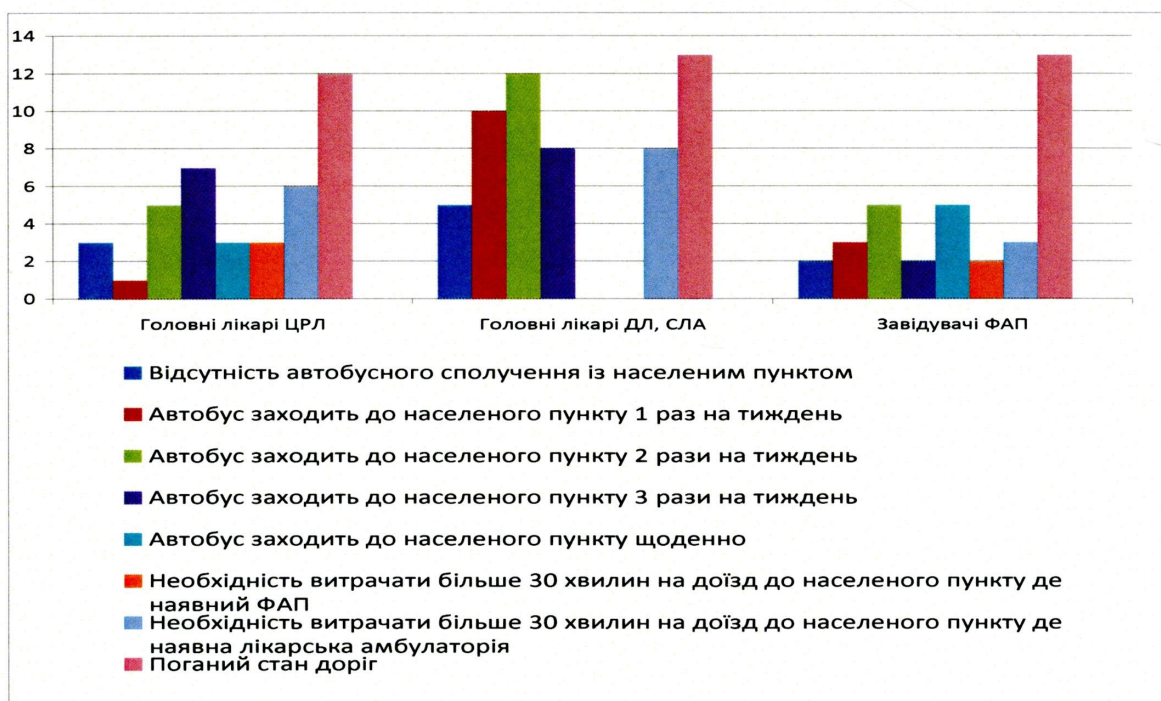


Рис. С.4 Причини низького рівня територіальної доступності медичної допомоги, %