

3. Консолідована версія Договору про функціонування Європейського Союзу [Електронний ресурс] // Офіц. вісн. Європейського Союзу. - 2008. - Режим доступу : [www.sdla.gov.ua/doccatalog/document?id=54566](http://www.sdla.gov.ua/doccatalog/document?id=54566)

4. *Петроє О.* Вплив соціального діалогу на показники соціально-економічного розвитку країни: зарубіжний досвід / Ольга Петроє // Вісн. НАДУ. - 2010. - № 4.

5. Рекомендація щодо процедур визначення умов зайнятості на державній службі [Електронний ресурс] // Міжнародна організація праці : рек., [Міжнар. док. від 27 черв. 1978 р. № 159]. - Режим доступу : [http://zakon.rada.gov.ua/cgiin/laws/main.cgi?nreg=993\\_272](http://zakon.rada.gov.ua/cgiin/laws/main.cgi?nreg=993_272)

6. Commission Decision of 20 May 1998 on the establishment of Sectoral Dialogue Committees promoting the Dialogue between the social partners at European level [Електронний ресурс] // Official Journal of the European Communities 12. 8. 98. - Режим доступу : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1998:225:0027:0027:EN:PDF>

7. Commission staff working document on the functioning and potential of European sectoral social dialogue (22.7.2010, SEC964 final). - Brussels, 2010. - 36 p.

8. Comparative study of contents of civil service statutes: Document No. 5 / Hodges Aeberhard Jane. - Geneva: International Labour Office; Department for Government and Labour Law and Administration, 2001. - 58 p.

9. *Demmke C.* Are Civil Servants Different Because They Are Civil Servants? / Christoph Demmke. - EIPA, 2005. - 160 p.

10. European Sectoral Social Dialogue: Recent developments. - Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2010. - 128 p.

11. European Social Dialogue Committee Central government administrations [Електронний ресурс] // EPSU, 14.12.2010. - Режим доступу : [http://www.epsu.org/IMG/pdf/2010\\_PR\\_14\\_Dec\\_Launch\\_European\\_SD\\_TUNED.pdf](http://www.epsu.org/IMG/pdf/2010_PR_14_Dec_Launch_European_SD_TUNED.pdf)

12. Social Dialogue in the Public Service/ Daza Perez Jose Luis. - Geneva, International Labour Office, 2002. - 39 p.

**Степан Пак,**

*магістр державного управління,*

*аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ*

**Іван Солоненко,**

*доктор медичних наук, професор,*

*професор кафедри управління охороною*

*суспільного здоров'я НАДУ,*

*заслужений діяч науки і техніки України*

### **Розвиток організаційно-правових засад державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні**

Стаття присвячена обґрунтуванню напрямів удосконалення організаційно-правових засад державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні. Розроблено концептуальну модель державного

управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в умовах перетворень і переходу галузі до функціонування на засадах ринкових відносин.

*Ключові слова:* державне управління, організаційно-правові механізми, охорона здоров'я, реструктуризація, децентралізація, територіальна громада, якість і доступність медичної допомоги.

In the article are grounded mechanisms of improvement of the organizational and legal principles of public administration of the public health care at the regional and local levels in Ukraine. The author developed the conceptual model of public health administration at the regional and local levels when the transformation processes of the public health sphere to the functioning at the market occur.

*Key words:* public administration, organization and legislation mechanisms, public health, decentralization, community, quality and access in health services.

*Постановка проблеми.* Для забезпечення ефективного управління охороною громадського здоров'я, підвищення ефективності функціонування галузі необхідно розробити чітку структуру управління, яка порушена в останні десятиліття.

Зазначимо, що структура управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях є вкрай недосконалою, а на районному рівні відсутній підрозділ, який би здійснював координацію управління системою 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.

Управління системою охорони здоров'я в Україні не пристосоване до сучасних соціально-економічних умов, а тому підлягає обґрунтованим організаційним змінам. Якщо найближчим часом не будуть вжиті рішучі заходи щодо зміни ситуації, то складний і нестабільний стан на ринку медичних послуг і надалі погіршуватиметься через дедалі більший вплив несприятливого демографічного чинника, підвищення собівартості лікування, скорочення фінансування галузі, посилення конкуренції, погіршення взаємовідносин медичних закладів між собою і з населенням, зростання незадоволення якістю медичного обслуговування з боку суспільства.

Теоретичні розробки вітчизняних науковців з державного управління, нові концептуальні і практичні напрацювання зумовлюють необхідність глибокого аналізу напрямів трансформації механізмів державного управління системою охорони здоров'я. Але дослідження питання організаційно-правових засад у системі управління охороною здоров'я ще не набули системного характеру. Йдеться про організаційно-правові засади взаємодії між структурними елементами управління: виконавчою та представницькою владою, органами управління охороною здоров'я, громадськими об'єднаннями і політичними партіями. Також потребує подальшого аналізу та обґрунтування структура державного управління охороною здоров'я на рівні

адміністративних територій в Україні, механізми його здійснення. Недостатнє вивчення цих проблем обумовило їх актуальність та вибір теми дослідження.

*Аналіз останніх досліджень і публікацій.* За останні 10 років у науковій літературі та суспільстві активно обговорюються шляхи реформування медичної галузі України.

Більшість вітчизняних вчених (В.М.Лехан, В.Ф.Москаленко, А.І.Литвак, В.М.Рудий та ін.) висловлюють думку про необхідність негайного кардинального реформування охорони здоров'я в Україні, пропонуючи як приклад моделі деяких країн світу.

Однак окремі автори (М.М.Білинська, І.М.Солоненко, І.В.Рожкова, І.Д.Герич та ін.), посилаючись на історичні, політичні, економічні чинники, а також на особливості менталітету громадян України, наголошують на доцільності поетапних еволюційних змін у системі захисту здоров'я населення.

На етапі становлення демократичних засад в Україні, та невизначеності стратегії розвитку держави, в умовах політичної та економічної нестабільності в суспільстві, коли відсутнє порозуміння щодо перспектив розвитку, вести мову про серйозні трансформаційні процеси, особливо у медичній галузі, передчасно.

Доцільно обговорювати не реформи, а зміни, що потрібні на сучасному етапі розвитку України, і здійснювати управління змінами [9].

Реформи, які здійснюються впродовж останніх років у системі охорони здоров'я України, свідчить про незабезпеченість їх бази. Зокрема: не розроблені правила планування медичної допомоги, незбалансованими є державні зобов'язання і фінансування галузі; спостерігається невідповідність організаційно-управлінських рішень щодо розвитку медичної допомоги; не диференційовані обсяги медичної допомоги за місцем проживання населення (місто, село), за регіонами країни; первинна медико-санітарна допомога не забезпечена інфраструктурою, не отримує достатніх коштів для виконання декларованих обсягів діяльності; відсутня доступність і рівність в отриманні медичної допомоги [6].

*Метою* статті є обґрунтування шляхів розвитку організаційно-правових засад державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні і розробка практичних рекомендацій щодо застосування отриманих результатів.

*Виклад основного матеріалу дослідження.* Концепція державної регіональної політики в галузі охорони здоров'я для підвищення ефективності управління галуззю передбачає вдосконалення розподілу повноважень та функцій між територіальними підрозділами центральних органів виконавчої влади, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування.

Згідно з Бюджетним кодексом України, повноваження мають передаватися за умов одночасного передання бюджетних ресурсів у вигляді закріплених за відповідними бюджетами загальнодержавних податків, зборів, обов'язкових платежів, а також трансфертів із Державного бюджету України. Контроль за використанням державних трансфертів має покладатися на державні адміністрації [12].

Таким чином, пріоритети у реформі охорони здоров'я потрібно перемістити на оптимізацію управління на всіх рівнях, розширення управлінсько-економічної самостійності лікувальних закладів, реструктуризацію системи лікувально-профілактичної допомоги населенню, що можливо за умови регіонального підходу до формування мережі лікувальних закладів. Це дасть змогу, по-перше, уточнити й обґрунтувати етапи організації медичної допомоги з урахуванням особливостей медико-демографічної ситуації і стану здоров'я населення території, а, по-друге, надати керованим системам комплексного та системного розвитку як у цілому, так і в кожному закладі або службі як у підсистемах.

Відповідно до чинного законодавства функції і повноваження місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування ґрунтуються на принципах галузевої компетенції, яка поділяється на три види: виключну компетенцію місцевих державних адміністрацій; виключну компетенцію органів місцевого самоврядування; суміжну компетенцію. Наявність суміжної компетенції місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування породжує дублювання, а звідси і втручання одних органів у роботу інших, унеможливує їх відокремлене існування.

Тому саме розмежування функцій і повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування на сьогодні є важливою теоретичною та практичною проблемою.

Для чіткого розуміння організаційно-правових засад діяльності органів місцевого самоврядування та державної виконавчої влади в управлінні охороною здоров'я на регіональному і місцевому рівнях необхідно проаналізувати відповідне законодавство.

Так, у ст. 44 п. 13 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні" передбачено забезпечення відповідно до законодавства усіх видів охорони здоров'я, сприяння відродженню осередків громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я. У ст. 72 п. 1 цього ж закону вписано, що місцеві державні адміністрації є підзвітними відповідним районним, обласним радам у виконанні програм соціально-економічного і культурного розвитку, районних, обласних бюджетів, підзвітними і підконтрольними у частині повноважень, делегованих їм відповідними районними, обласними радами, а також у виконанні рішень рад з цих питань.

У Законі України "Про місцеві державні адміністрації" обласним та районним державним адміністраціям визначено організацію, впроваджен-

ня та порядок діяльності, в тому числі і щодо управління охороною здоров'я. Згідно зі ст. 16 місцеві державні адміністрації в межах, визначених Конституцією і законами України, здійснюють на відповідних територіях державний контроль за додержанням законодавства з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.

За цим законом місцева державна адміністрація здійснює основні галузеві повноваження: (ст. 17) розробляє проекти програм соціально-економічного розвитку і подає їх на затвердження відповідній раді, забезпечує їх виконання, звітує перед відповідною радою про їх виконання; (ст. 18) здійснює фінансування підприємств, установ та організацій охорони здоров'я, переданих у встановленому законом порядку в управління місцевій державній адміністрації вищими органами державної та виконавчої влади або органами місцевого самоврядування, що представляють спільні інтереси територіальних громад; (ст. 22), реалізовує державну політику в галузі охорони здоров'я, материнства і дитинства, здійснює загальне керівництво закладами, охорони здоров'я, що належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення, вживає заходів щодо збереження мережі закладів, охорони здоров'я та розробляє прогнози її розвитку, враховує їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку, організовує роботу медичних закладів з надання допомоги населенню, надає у межах повноважень встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей.

Таким чином, увесь спектр виконання завдань згідно з делегованими повноваженнями в галузі охорони здоров'я (фактично управління нею) покладається на місцеві державні адміністрації.

На рівні місцевих громад, тобто на рівні села, селища та міста, складається протилежна ситуація. Тут відповідні місцеві ради також мають виключне право щодо затвердження місцевих програм соціально-економічного розвитку та бюджетів. Однак оскільки на цьому рівні державні виконавчі органи в особі місцевих державних адміністрацій відсутні, до власних (самоврядних) повноважень сільських, селищних і міських рад та їх виконавчих органів Законом України "Про місцеве самоврядування в Україні" віднесено й управління закладами охорони здоров'я, що належать відповідним територіальним громадам або передані їм державою (підп. 1 п. "а" ст. 32 зазначеного закону). Крім того, виконавчим органам сільських, селищних та міських рад у сфері охорони здоров'я законом делеговані такі повноваження виконавчої влади: забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування, розвитку всіх його видів та мережі лікувальних закладів усіх форм власності; визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладання договорів на підготовку спеціалістів; забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення визначених законодавством категорій на-

селення, які мають пільги у цій сфері; реєстрація статутів розміщених на відповідній території закладів охорони здоров'я; внесення пропозицій про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я. Сільські, селищні та міські голови, які очолюють відповідні місцеві ради, призначають на посади і звільняють з посад керівників закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної власності відповідних місцевих громад [2; 11].

Усі обласні держадміністрації (ОДА) створюють органи управління галузевої компетенції, управління (головне управління) охорони здоров'я (УОЗ ОДА), що здійснює повноваження згідно з чинним законодавством.

Особливістю державного управління в галузі охорони здоров'я на районному рівні є відсутність окремого органу виконавчої влади. Необхідно звернути увагу на те, що постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2007 р. № 996 "Про затвердження рекомендаційних переліків управлінь, відділів та інших структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій", передбачено організацію відділу охорони здоров'я. Та практичного втілення цього положення не відбулося, за винятком окремих "пілотних" проектів, але й там не визначено штатний розпис та порядок взаємодії з лікувальними закладами району.

Отже, слід констатувати, що структура управління охороною здоров'я (УОЗ) на регіональному та місцевому рівнях через неадекватність законодавчих актів є не ідеальною та потребує вдосконалення.

Недоліком нинішньої моделі управління охороною здоров'я є те, що при повній відповідальності за стан та результати функціонування галузі на місцях органи галузевої компетенції державної виконавчої влади позбавлені прав адміністративного впливу на систему лікувальних закладів, а також призначення та звільнення їх керівників.

Це можна продемонструвати на прикладі нинішньої ситуації в Сумській області.

Тут в обласних лікувально-профілактичних закладах працює 30 головних лікарів. До 1999 р. вони призначались наказом начальника управління охорони здоров'я облдержадміністрації. За цей період призначено і працює 16 головних лікарів. З 1999 по 2005 р. за рішенням обласної ради головні лікарі (9 осіб) призначались наказом начальника управління ОДА за погодженням з управлінням майном Сумської обласної ради.

З 2005 по 2009 р. головні лікарі призначались сесією обласної ради за поданням обласної державної адміністрації та управління охорони здоров'я облдержадміністрації: шляхом укладання контракту з управлінням майном обласної ради - 4 головних лікарі, з головою обласної державної адміністрації - 2, з головою обласної ради - 1. Всього на умовах контракту з управлінням майном обласної ради працює 9 головних лікарів, у центральних

районних лікарнях - 18 головних лікарів. З 18 лікарень 5 підпорядковані міським радам, 13 - райдержадміністраціям. В період до 1997 р. призначено 4 головних лікарі наказом по управлінню охорони здоров'я ОДА за поданням голів райдержадміністрацій, у тому числі в містах Охтирка та Ромни. З 1997 по 2004 р. розпорядженням голів райдержадміністрацій за погодженням з управлінням охорони здоров'я ОДА призначено 5 головних лікарів. З 2004 по 2009 р. сесіями районних рад за погодженням з УОЗ ОДА призначено 5 головних лікарів і без погодження - 1. У містах Глухів, Конотоп, Шостка головні лікарі призначені розпорядженням міських голів за погодженням з УОЗ ОДА. В місті Суми з восьми головних лікарів 5 призначені начальником міського відділу охорони здоров'я за погодженням з УОЗ ОДА (в період до 2005 р.), 3 - міським головою м. Суми без погодження з УОЗ ОДА.

Отже, невизначеність у підпорядкуванні медичних закладів та призначенні їх керівників створює дисбаланс у діяльності системи охорони здоров'я. Аналогічна ситуація спостерігається і в інших областях України, а це означає, що потрібні законодавчо закріплені організаційні зміни. Виходячи з цього слід визнати, що основними принципами реформування державного управління та місцевого самоврядування мають бути децентралізація, деконцентрація, субсидіарність, партнерські стосунки між державною владою і місцевим самоврядуванням та міжсекторальна взаємодія.

Децентралізація фінансування закладів охорони здоров'я обумовлена Бюджетним кодексом 2000 р., що дійшла до рівня сільських та селищних рад, призвела до слабкої керованості первинним рівнем медицини на селі. Залишається проблемним адекватне утримання, а тим більше розвиток фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП), сільських амбулаторій та дільничних лікарень. Низька доступність і якість медичної допомоги на первинному рівні зумовлюють перевантаження та нераціональне використання ресурсів вторинної (спеціалізованої) і третинної медичної допомоги (ЦРЛ, обласні лікарні). Водночас механізми перерозподілу ресурсів на користь первинного рівня відсутні.

Особливою проблемою є діяльність дільничних лікарень. Їх стаціонари здебільшого виконують медико-соціальну функцію, а не лікувально-профілактичну.

Сучасна організаційна структура лікарень функціонує без будь-якої послідовності. Непослідовний характер механізмів стимулювання не сприяє реальному підвищенню результативності їх роботи. Хоча повноваження лікарень щодо прийняття рішень загалом розширилися, на практиці можливості керівників лікарень вирішувати питання самостійно обмежуються додатковими регулюючими заходами або політичним тиском.

Зовнішнє середовище, що змінилося, стимулює лікарні до адаптації своєї діяльності. Очікувалось, що скорочення реальних бюджетів і нові ме-

тоди оплати надавачів сприятимуть підвищенню економічності, а децентралізація керівництва - більш уважному ставленню до потреб громадськості і очікувань споживачів. Однак організаційна структура лікарень, як виявилося, не відповідає новому економічному механізмові, тим самим стимулюючи зміни у їх діяльності послаблюються, а між різними стимулами виникають суперечності.

Однією з проблем для медичних закладів є належність органам місцевого самоврядування, пов'язана з їх юридичним статусом, що тягне за собою неможливість укласти контракти через відсутність юридичної самостійності і залишатися бюджетними підрозділами. Зрештою, лікарні нічим не ризикують навіть у тому разі, якщо вони не підвищують результативності роботи. Відсутність впливу ринкових стимулів і недостатній розвиток механізмів підзвітності створюють таке середовище, в якому неякісна і нерезультативна її діяльність ніяк не караються. Готовність органу-засновника виручити збиткову лікарню, відсутність моніторингу фінансових та інших показників результативності, а також загрози закриття спонукають її працювати по-старому.

Вирішення цих проблем потребує застосування нових і нестандартних для України управлінських механізмів та інструментів як на макро-, так і на мікрорівні. Але, використовуючи нові управлінські стратегії, необхідно знайти певну "золоту середину" між жорстким адміністративним підходом, який довів свою недосконалість, та між вільним ринком, якого в публічному секторі охорони здоров'я не може існувати через його виражену соціальну природу.

На наш погляд, систему охорони здоров'я в Україні потрібно будувати на основі об'єднання принципів централізації зверху (на рівні органів управління) і децентралізації знизу (на рівні лікувальних закладів). Саме з урахуванням цих принципів необхідно вирішувати загальні питання, спрямовані на реалізацію основної мети системи охорони здоров'я - задоволення потреб населення в доступній і якісній медичній допомозі.

Тривалий період практичної роботи в системі охорони здоров'я дає нам підстави стверджувати, що необхідно враховувати всі її особливості.

Вважаємо, що оптимізація системи охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях має ґрунтуватися на принципі децентралізації через запровадження нової системи господарювання в лікувально-профілактичних закладах шляхом створення комунальних неприбуткових підприємств охорони здоров'я.

Комунальне підприємство (як неприбуткове) може утворюватися компетентним органом місцевого самоврядування в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини комунальної власності і входити до сфери його управління. При цьому орган, до сфери управління якого входить комунальне



підприємство, є представником власника - відповідної сільської, селищної, міської територіальної громади чи сукупності територіальних громад району або області. Орган управління виконує функції власника в межах, визначених Господарським кодексом та іншими законодавчими актами.

Таким органом управління може бути виконавчий орган відповідної ради (виконавчий комітет, відділи, управління, комітети та інші органи сільських, селищних та міських рад). Також функція управління комунальним підприємством може бути передана відповідній місцевій державній адміністрації. Про виконання наданих радами повноважень органи управління комунальними підприємствами звітують перед радами, які, як уже зазначалося, є представниками власників цих підприємств - відповідних територіальних громад.

Така модель автономізації закладів охорони здоров'я передбачає: розмежування функцій платника та постачальника медичних послуг; використання економічно мотивованих автономних постачальників послуг (фізичних та юридичних осіб різних форм власності); запровадження стратегічних державних закупівель медичних послуг, що входять до пакета державних гарантій забезпечення населення безоплатною медичною допомогою [2; 10].

В останні роки окремі районні державні адміністрації почали створювати свої органи управління районною комунальною мережею медичних закладів - відділи охорони здоров'я з повноваженнями розпорядників бюджетних коштів та замовників на ринку медичних послуг. Організаційно-правову складову вирішення цього завдання забезпечує постанова Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2007 р. № 996 "Про затвердження рекомендаційних переліків управлінь, відділів та інших структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій", де у рекомендаційному переліку управлінь, відділів та інших структурних підрозділів райдержадміністрації передбачено і відділ охорони здоров'я.

Особливістю бюджетного фінансування охорони здоров'я в Україні є її ієрархічна система, нижньою ланкою якої є бюджет села, селища, дрібного міста, а верхньою - державний бюджет України. При цьому з бюджетів різних рівнів фінансуються не стільки різні рівні медичної допомоги, скільки медичні бюджетні установи відповідного рівня підпорядкування. В результаті застосування такого підходу в найскладнішій ситуації опинився нижній - базовий рівень, представлений здебільшого дрібними територіальними громадами, які, не маючи достатнього фінансування і адекватних можливостей для управління та планування фінансових ресурсів, змушені забезпечувати бюджетне утримання медичних закладів, належних їм на основі права комунальної власності.

Отже, в процесі вивчення структури управління охороною здоров'я на регіональному і місцевому рівнях в Україні та основних принципів, які роз-

глядаються як такі, що на даному етапі розвитку медичної галузі мають покращити її роботу, ми дійшли висновку, що така структура управління та повноваження окремих її ланок не відповідають вимогам часу.

Саме базуючись на знаннях значних проблем організації надання медичної допомоги населенню та реформування самої системи охорони здоров'я в Україні, опрацьованих у літературних джерелах, теоретичних і практичних розробках, що стосуються змін та реформування галузі, приведення її у відповідність з вимогами адекватними часові, а також на особистому практичному досвіді, ми запропонували власний варіант моделі побудови організаційно-правових засад державного управління охороною здоров'я на регіональному, районному рівнях та на рівні територіальних громад (рис. 1). Модель передбачає утворення чіткої вертикалі на рівнях органів управління, розвиток горизонтальних зв'язків на всіх рівнях управління, тобто централізацію зверху (на рівні органів управління) та децентралізацію знизу (на рівні лікувально-профілактичних закладів).

Згадана модель базується на кількох особливостях системи охорони здоров'я: цілісності, що виявляється в об'єднанні всіх складових елементів управління; ієрархічності структури, що пов'язана з підпорядкуванням одних елементів іншим і багаторівневою організацією; наявністю різноманітних зв'язків (як горизонтальних, так і вертикальних), а основне - зворотного зв'язку; структурності, що характеризує визначену стійку організацію взаємозв'язку і взаємозалежності (рис. 1) [8].

Як показано на рис. 1, в системі охорони здоров'я на обласному та районному рівнях головними є органи державного управління загальної та спеціальної (галузевої) компетенції.

Особливістю та умовою є те, що на районному рівні керівництво охороною здоров'я має здійснювати відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації (рис. 2). До повноважень відділу належить увесь спектр управління та координації питань охорони громадського здоров'я на території району.

Управління охороною здоров'я міст - обласних центрів та великих міст згідно із Законом України "Про місцеве самоврядування в Україні" здійснюють органи управління, утворені місцевими радами.

Особливу увагу в розглядуваній моделі слід звернути на управління охороною здоров'я на рівні сіл та селищ. Згідно з нашими пропозиціями повнота організації медичної допомоги на цих територіях забезпечується районною владою.

Для кращого розуміння схеми управління необхідне роз'яснення щодо взаємодії усіх структур з лікувальними закладами включно.

Саме в запропонованій нами структурі управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях між органами управління і лікувальними закладами передбачено горизонтальні взаємодії, зв'язки та відносини (див. рис. 1).

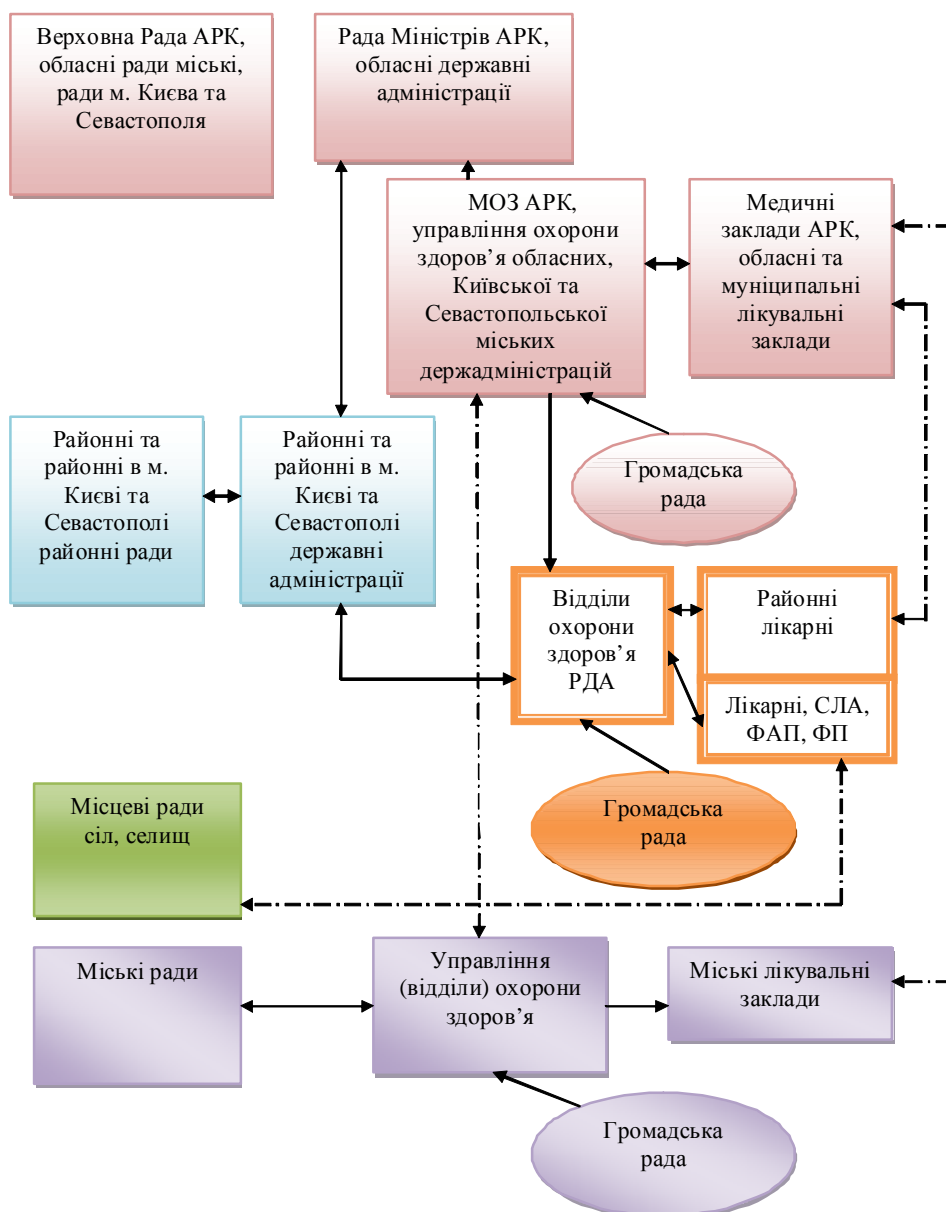
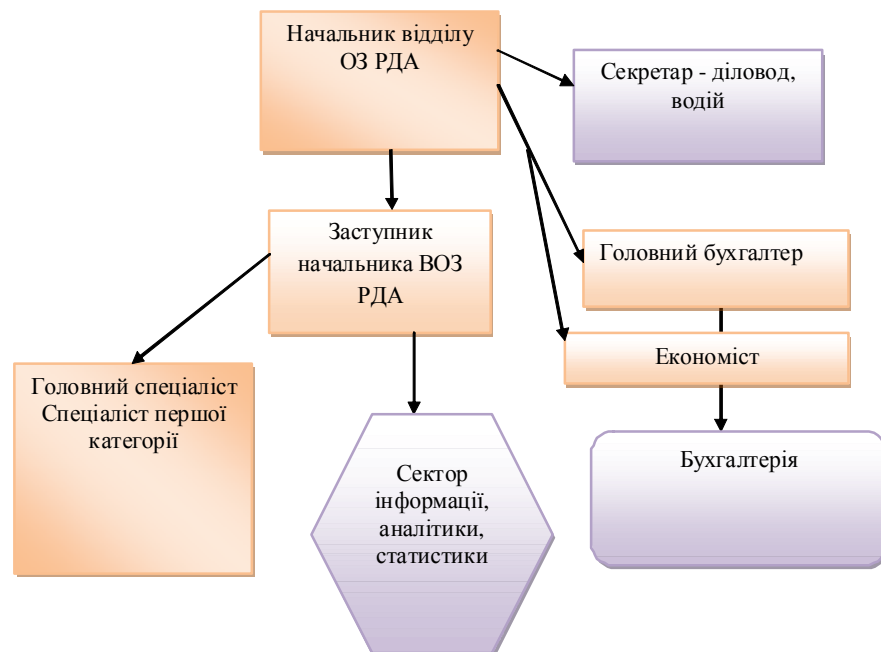


Рис. 1. Концептуальна модель державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні (проект С.Я.Пака, 2010):

- > адміністративне підпорядкування (управління);
- - - - -> функціональне підпорядкування (опосередкований вплив)



*Рис. 2. Проект структури штатного розпису відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації (проект С.Я.Пака, 2010)*

Для повного розуміння розробленої моделі управління потрібно розглянути порядок взаємодії між органами управління медичною галуззю та медичними закладами на всіх рівнях та їх фінансування. На сучасному етапі функціонування охорони здоров'я очевидна неефективність інтегрованої моделі управління. Перехід від такої моделі до моделі договірних відносин, здійснений у більшості розвинених країн світу, показав свою ефективність і в Україні як пілотних проектів.

Місцеві органи управління охороною здоров'я, що є підрозділами (на обласному, районному або міському рівнях) державних адміністрацій або міських рад, мають діяти як замовники (платники) і виконувати функцію первинного розподілу бюджетних коштів, а також забезпечувати закупівлю медичних послуг для територіальної громади. Бюджети доходів і витрат повинні ухвалюватися (на регіональному або місцевому рівнях) державною адміністрацією або відповідною радою.

Водночас як автономні місцеві постачальники (виробники) медичних послуг з власним статутом і статусом юридичної особи, що діють як неприбуткові медичні підприємства, виступають лікувальні заклади всіх рівнів.

Між державним покупцем і автономними постачальниками медичних послуг укладається угода у вигляді контракту, що має юридичні зобов'язан-

ня. Контракт визначають як письмову угоду між двома сторонами, що є обов'язковою для виконання. Власне кажучи, контракт - це затвердження прав і зобов'язань кожної сторони цієї угоди. У сфері охорони здоров'я договірні сторони - це замовник та постачальник медичних послуг.

При кожному органі галузевої компетенції передбачено створення громадських рад, які на рівні областей та районів затверджуються розпорядженням голів місцевих державних адміністрацій, а на рівні міст - розпорядженням міських голів. Метою їх створення є залучення громадян і пацієнтів до прийняття рішень, які впливають на діяльність системи охорони здоров'я.

*Висновки.* Таким чином, за умови застосування розробленої моделі управління охороною здоров'я має відбутися кардинальний перерозподіл управлінсько-владних повноважень між наявними в Україні рівнями управління. Використання описаної моделі не передбачає руйнування існуючої системи охорони здоров'я регіону, оскільки це вимагає досить великих витрат. І, нарешті, модель не потребує створення структур, що спричинило б необгрунтовані і досить значні витрати, а лише тих, через які здійснення управління буде адекватним часові. Переваги процесу еволюційних змін системи охорони здоров'я полягають ще і в тому, що тільки так можна управляти обмеженими ресурсами, проводити зважену, збалансовану політику щодо реформування галузі.

У разі, якщо в Україні в найближчі роки не буде прийнято відповідного політичного рішення про запровадження соціального медичного страхування, то запропонована нами модель могла б стати якщо не постійною, то, принаймні, тимчасовою і досить ефективною альтернативою, яка б дала змогу підготувати систему до ефективного запровадження медичного страхування й уникнути багатьох проблем, пов'язаних з переходом до страхування. Крім того, вона могла б відіграти роль певної перехідної моделі, в рамках якої були б відпрацьовані такі спільні для обох моделей принципові механізми та інструменти, як договірні відносини, автономізація постачальників медичних послуг, контроль якості тощо.

Отже, запропонований варіант структури управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях відповідає всім принципам і підходам у реформуванні з урахуванням сучасного стану галузі, а також економічного та політичного стану у державі, тобто зберігається горизонтальна взаємодія та чітко зрозуміла вертикаль взаємодії структур, які забезпечують управління охороною здоров'я. Це дає можливість без кардинальних змін адекватно управляти галуззю, запроваджувати ринкові механізми.

*Перспективи подальших досліджень.* Необхідно обгрунтувати та розробити алгоритм упровадження запропонованої моделі в місцевих органах влади та розробити критерії оцінки її ефективності.

**Список використаних джерел**

1. Вишневецький В. Керована медична допомога, як модель реформування охорони здоров'я адміністративної території / В. Вишневецький, А. Голунов, А. Коньков // Персонал. - 2006. - № 2. - С. 74-83.
2. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія / З. С. Гладун. - К. : Юрінком Інтер, 2007. - 720 с.
3. Господарський кодекс України із змінами 436-15. - Режим доступу : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
4. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 трав. 1997 р. // Відом. Верховної Ради України. -1997. - № 24. - С. 170.
5. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 9 квіт. 1999 р. // Відом. Верховної Ради України. - 1999. - № 20 / 21. - С. 190.
6. Проданчук М. Г. Проблеми і перспективи розвитку системи медичної допомоги / М. Г. Проданчук, В. Л. Корецький // Вісн. соц. медицини та організації охорони здоров'я України. - 2009. - № 2. - С. 59-63.
7. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. - К. : Сфера, 2005. - 272 с.
8. Солоненко І. М. Еволюція ролі керівника закладу охорони здоров'я в умовах суспільних трансформацій / І. М. Солоненко // Охорона здоров'я України. - 2008. - № 4 (32). - С. 122-123.
9. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. - К. : Фенікс, 2008. - 276 с.
10. Солоненко І. М. Формування стратегічного замовника послуг з охорони здоров'я в Україні / І. М. Солоненко // Новітні тенденції розвитку демократичного врядування: світовий та український досвід : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю : у 2 т. ( Київ, 30 трав. 2008 р.) / за заг. ред. О. Ю. Оболенського, С. В. Сьоміна. - К. : НАДУ, 2008. - Т. 1. - С. 50-55.
11. Управління охороною здоров'я територіальної громади : монографія / [авт. кол. : І. В. Рожкова, Л. І. Жаліло, Ю. В. Давидова та ін. ; за ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого]. - К. : НАДУ, 2009. - 152 с.
12. Утвенко В. В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях / В. В. Утвенко // Становлення і розвиток української державності. - К. : ДП "Видавн. дім "Персонал", 2009. - Вип. 3. - С. 63-70.