

УДК 351

Л. О. Рудакова,
слухач магістратури кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,
Національний університет охорони здоров'я України імені П. А. Шупика
ORCID ID: 0000-0001-7794-442X

В. М. Михальчук,
д. мед. н., професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного
адміністрування, Національний університет охорони здоров'я України імені П. А. Шупика
ORCID ID: 0000-0002-5398-4758

DOI: 10.32702/2306-6814.2021.8.105

ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

L. Rudakova,
Master's student of the Department of Management health care and public administration,
Shupyk National Healthcare University of Ukraine Kyiv, Ukraine
V. Mykhalchuk,
Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Healthcare Management
and Public Administration, Shupyk National Healthcare University of Ukraine Kyiv, Ukraine

DECENTRALIZATION OF HEALTHCARE MANAGEMENT AT THE LOCAL LEVEL (ON THE EXAMPLE OF KYIV REGION)

В Україні проводиться масштабна реформа медичної системи. Трансформація сектора охоплює практично всі аспекти його діяльності: реструктуризація, системи фінансування, організація і навчання фахівців охорони здоров'я, впровадження електронних медичних систем тощо. Основна політика трансформації визначається на законодавчому рівні і підтримується діями уряду. Одним з ключових проектів реформи реформування охорони здоров'я є децентралізація функцій управління системою. В статті зроблений аналіз досвіду реформування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. Так, найбільш схожі сценарії, які можна адаптувати до умов української економіки продемонстрували постсоціалістичні країни Болгарія, Румунія, Польща. На основі проведеного аналізу визначення напрямки реформування системи охорони здоров'я на місцевому рівні. Особливу увагу приділено механізмам фінансування галузі, оскільки завдяки забезпеченню їх ефективності можливо досягнення цілей реформування. Розроблено модель управління системою охорони здоров'я в Україні, яка включає законодавчий та нормативний блок, блок фінансування та блок управлінських рішень може бути застосована для визначення напрямів реформування системи охорони здоров'я на державному та місцевому рівнях. З метою аналізу адаптованості моделі до умов української економіки проведено аналіз розвитку галузі охорони здоров'я в Київській області. Визначено, що не всі показники розвитку галузі відповідають нормативним та оптимальним значенням, що визначає необхідність подальших реформ у частині забезпечення матеріально-технічної бази, розвитку ІТ-технологій, розвиток страхової медицини тощо. Отже, на сучасному етапі основними завданнями для України щодо вдосконалення медичної системи можуть бути: збільшення витрат на охорону здоров'я при побудові валового внутрішнього продукту, здійснювати переходи для поліпшення розподілу ресурсів через загальну медичну систему, посилити роль страхових компаній у фінансуванні галузі, повна реалізація принципу "гроші йдуть за пацієнтом", оптимізувати системи фінансування лікування і роботи медичних установ.

Ukraine is undergoing a large-scale reform of the medical system. The transformation of the sector covers almost all aspects of its activities: restructuring, financing systems, organization and training of health professionals, introduction of electronic medical systems, etc. The main policy of transformation is determined at the legislative level and is supported by government action. One of the key projects in health care reform is the decentralization of system management functions. The article analyzes the experience of reforming the health care system in the context of decentralization. Thus, the most similar

scenarios that can be adapted to the conditions of the Ukrainian economy were demonstrated by the post-socialist countries Bulgaria, Romania, and Poland. Based on the analysis of the direction of health care reform at the local level. Particular attention is paid to the mechanisms of financing the industry, because by ensuring their effectiveness it is possible to achieve the goals of reform. The developed model of health care system management in Ukraine, which includes a legislative and regulatory block, a funding block and a block of management decisions, can be used to identify areas for health care reform at the state and local levels. In order to analyze the adaptability of the model to the conditions of the Ukrainian economy, an analysis of the development of the health care sector in Kyiv region. It is determined that not all indicators of the industry development correspond to the normative and optimal values, which determines the need for further reforms in terms of providing material and technical base, development of IT technologies, development of insurance medicine, etc. Thus, at this stage, the main tasks for Ukraine to improve the medical system may be: increase health care costs in building gross domestic product, make transitions to improve the allocation of resources through the general medical system, strengthen the role of insurance companies in financing the industry, full implementation the principle of "money follows the patient", to optimize the system of financing treatment and the work of medical institutions.

*Ключові слова: оптимізація, реформування, рівень управління, фінансування, модель.
Key words: optimization, reforming, level of management, financing, model.*

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

У світлі процесу децентралізації було зроблено багато кроків для поліпшення фінансування системи охорони здоров'я. Тим більше, що з 2016 року у місцевому бюджеті виділяються кошти на об'єкти фінансування об'єднаних територіальних громад. Щодо результатів застосування принципу субсидіарності в фінансуванні об'єднаних територіальних громад в сфері охорони здоров'я за попередніми результатами можна констатувати наступне. В сфері охорони здоров'я відбувся переклад комунальних та енергетичних витрат з місцевих бюджетів до витрат закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, для керування активами цих об'єктів, що вважається більш ефективним. Пропонований обсяг медичної допомоги не враховує ці витрати. Такий підхід не можна вважати позитивним. З одного боку, це повинно допомогти вивільнити додаткове фінансування для поліпшення матеріально-технічної бази медичних установ та збільшення фонду заробітної плати. З іншого боку, територіальні громади не однаково фінансовані, і цілком ймовірно, що не у всіх є фінансові ресурси для покриття цих витрат. Це справляє негативний вплив на первинну медико-санітарну допомогу: через успішну фіскальну децентралізацію зростання капіталу місцевих органів влади в основному зосереджено в містах та районах зі зручною транспортною і економічною інфраструктурою.

Крім того, з 2017 року запроваджено принцип "гроші йдуть за пацієнтом" за прямою угодою з лікарями первинної ланки, що чітко визначає обсяг послуг для медичних працівників. Лікарі первинної медико-санітарної допомоги зможуть вибрати будь-яку форму організації — ФОП, поліклініку, амбулаторію, центр первинної медико-санітарної допомоги. Витрати на оплату праці оплачуються з розрахунку на душу населення (відповідно до кількості укладених лікарями контрактів і дотриманням медичних контрактів на лікування та діагностику). Надані медичні послуги не "прив'язані" до

місця проживання. Пацієнти можуть вибирають не тільки фахівців в лікарні, де вони живуть, а й лікарів або медичних працівників інших установ, які будуть працювати як приватні підприємці. Таким чином, фінансування лікарень визначається кількістю угод, укладених між жителями громади та лікарями, незалежно від місця розташування об'єкта та місця проживання. Цей метод покликаний допомогти поліпшити рівень медичного обслуговування населення і підвищити зацікавленість місцевої влади в поліпшенні матеріальної бази базових установ. Але на практиці цей підхід може бути неефективним і мати протилежний ефект: жителі об'єднаних територіальних громад продовжують звертатися за медичною допомогою до місцевих лікарень через свій менталітет, а бюджет муніципалітету не в змозі тримати лікарні під своїм контролем. Також лікарні закриваються через скорочення кількості лікарів, і населення переносить кошти в інші спільноти у вигляді медичних грантів, де якість послуг і фахівців охорони здоров'я вище. Водночас розподіл медичних грантів об'єднаних територіальних громад між первинною і вторинною медико-санітарною допомогою становить "від 70% до 30%". Це призвело до недостатнього фінансування вторинної медико-санітарної допомоги у зв'язку між державним бюджетом і місцевим бюджетом об'єднаних територіальних громад. Істотні розбіжності виявлені і в розрахунку частки медичної допомоги, яка перераховувалася у вигляді перерахування в регіональний бюджет. Слід підкреслити, що основна кількість прогресивних речей відповідає співвідношенню оплати вторинної медико-санітарної допомоги в регіональному (місцевому) бюджеті.

У зв'язку з цим найважливішою проблемою вітчизняної охорони здоров'я є наукове обґрунтування та розробка адекватних організаційно-економічних моделей надання медичної допомоги населенню регіонів, що відрізняються рівнем соціально-економічного розвитку.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Слід зазначити, що останніми роками було проведено ряд досліджень з питань регіональних проблем охорони здоров'я. Однак більшість досліджень присвячено або вдосконаленню організації охорони здоров'я в Україні, або проблемам розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості. Дослідженням системи організації охорони здоров'я займалися автори Слабкий Г.О., МIRONЮК В.І., Качала Л.О. [25], Кривенко Н., Кривентцова Л., Епанешнікова Д. [4], Голден К.Б., Хопкінс Дж., Белтон А., Батті К., Табор Д.С., Сатчер Д. [3]. В роботах визначені керівні принципи організації охорони здоров'я, завдання та основні напрямки впровадження.

З метою більш ефективного проведення реформ слід детально аналізувати успішний досвід реформування системи охорони здоров'я в інших країнах. Дані дослідження проводили автори Рудий С.А., Гук А.П. [23], Коста К., Фрейтас А., Стефанік І., Крафт Т., Пілот Е., Морісон Дж., Сантана П. [2], Бєлих А., Пилипчук А., Моїсеєва А. [7], Марусин О.В., Марків М.М. [13].

Водночас не тільки в мегаполісах, але і в деяких містах з відносно невеликим населенням, історично приміські райони з низькою щільністю населення були створені заклади охорони здоров'я, далеко від центру міста на великі відстані, з власною регіональною мережею. Взагалі, через малу кількість населення передмістя, заклади охорони здоров'я в цих районах мають мало потужностей. Крім того, у приміських лікарнях немає всіх ліжкових профілів, а персонал амбулаторій не включає лікарів за певними спеціальностями. Якщо у сільській системі охорони здоров'я через принцип поетапності відсутність певних видів спеціалізованої допомоги на районному рівні компенсується можливістю отримання такого виду допомоги в регіональних закладах охорони здоров'я, тому в міських системах охорони здоров'я такі можливості взагалі відсутні. У зв'язку з цим наявність медичної допомоги для жителів центральних та приміських мегаполісів значно відрізняється. Для вирішення цієї проблеми потрібні нові рішення, засновані на принципах системного та ситуаційного підходу. Існують також проблеми у фінансуванні охорони здоров'я на місцевому рівні. Так, Глухова В.І. та Булах М.О. дослідили джерела фінансової підтримки системи охорони здоров'я України. Проаналізовано склад і структура бюджетних коштів на витрати на охорону здоров'я. Витрати населення визначаються як фінансування системи охорони здоров'я [9]. Подібні дослідження зробили автори Обуховська Л.І. [16], Скрипник Л.І. [10], Віттер С., Гавендер В., Равіндран Т.С., Ятес Р. [5].

Слід зазначити, що за останнє десятиліття відсутність систематичної регіональної політики в Україні призвела до стихійного формування моделей організації та управління охороною здоров'я в регіонах, надалі розширилися розбіжності в галузі. Вплив такого фактору, як характер закладу (низька щільність, кількість закладів та їх відстань один від одного), що суттєво впливає на доступність медичної допомоги, не враховується. При цьому регіональна система охорони здоров'я має свої особливості на різних територіях.

МЕТА І ЗАВДАННЯ СТАТТІ

Метою даної статті є аналіз управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах децентралізації та визначення напрямів підвищення ефективності реформування системи охорони здоров'я. На основі поставленої мети визначені такі завдання: аналіз зарубіжного досвіду організації системи охорони здоров'я на місцевому рівні; визначення та оптимізація напрямів фінансування галузі охорони здоров'я; розроблення моделі управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Одним з найважливіших напрямків реформи охорони здоров'я є передача влади між державою та регіонами і всередині регіонів — між регіонами і місцевим рівнем. Держава бере участь у моніторингу охорони здоров'я і бере участь у фінансуванні. Це відбувається через недосконалість системи організації охорони здоров'я — асиметрична інформація, зовнішні впливи тощо. Водночас повинен забезпечуватися принцип соціальної справедливості, за яким кожна людина гарантовано повинна отримати мінімальний обсяг медичної допомоги. Медичне фінансування в системі охорони здоров'я забезпечується місцевими бюджетами, які можуть іноді суперечити політиці оподаткування в частині системи бюджетного фінансування, або через обов'язкове медичне страхування, яке включає роботодавців, внески співробітників і державні внески. Багато країн також передбачають участь споживачів в медичній і фармакологічній допомозі, але приватні витрати складають дуже невелику частку фінансування охорони здоров'я, а плата за користування обмежує попит.

На Маршаллових островах, Сполучених Штатах Америки, Швейцарії та інших країнах національний бюджет витрачає найбільше на охорону здоров'я, тоді як Китай, Румунія і Монако витрачають найменше. Витрати на охорону здоров'я в Україні складають 6,7% ВВП, займаючи 81 місце з 187 країн. Однак вартість медичного обслуговування — не єдиний комплексний показник ефективності функціонування системи. Зростання витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП може викликати дефіцит національного бюджету і поставити під загрозу загальний соціально-економічний розвиток країни. Збільшення витрат на охорону здоров'я також може бути результатом збільшення податкового тягаря. Тому цей показник повинен не тільки відображати збільшення обсягу, а й покращувати якість і ефективність використання обмежених ресурсів.

На початку реформи раціоналізація витрат на охорону здоров'я була головним завданням постсоціалістичних країн. Як і інші постсоціалістичні країни, українська держава успадкувала варіант державної моделі витрат на фінансування охорони здоров'я Сімашко. Водночас ця модель давно вийшла з ладу. У багатьох країнах результатом є скорочення тривалості життя, скорочення капіталовкладень в галузь і, як наслідок, застаріле обладнання, неефективна заробітна плата і зниження якості послуг. Все це призвело до гострої необхідності в медичній реформі. На рисунку 1 представлено аналіз досвіду постсоціалістичних країн у реформу-

	Болгарія	Румунія	Польща
Початок реформування	1998 рік	1999 рік	2003 рік
Структура	Медичне страхування	ІТ-технології	Централізація фондів
Фінансування	Національний фонд медичного страхування Підпорядкування Міністерству	Дім державного медичного страхування Підпорядкування Міністерству	Національний фонд здоров'я Підпорядкування Міністерству охорони здоров'я
Загальні аспекти	Основна частина – внески від громадян у фонд страхування Додатково – державний бюджет		
Можливості для України	Основна частина – загальнодержавне фінансування Додатково – власні кошти пацієнтів за стаціонарне		
	Основна частина – обов'язкові виплати із заробітної плати. Додаткове загальнодержавне фінансування		
	Найбільш оптимальним є використання принципів загальнообов'язкового та добровільного страхування. Застосовується централізована система збору та розподілу коштів. Створення системи відшкодування вартості лікарських засобів з метою фіксування цін на гарантовані ліки від держави		
	Створення діагностичних груп з метою тестування нової системи охорони здоров'я. Розвиток ІТ-інфраструктури, створення телемедицини, що особливо актуально в умовах пандемії COVID-19. Створення координаційних центрів з метою підвищення якості надання медичної допомоги		

Рис. 1. Досвід постсоціалістичних країн у реформуванні системи охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [2; 7; 13; 23].

ванні галузі охорони здоров'я.

Аналіз досвіду постсоціалістичних країн показує, що рівень розвитку в країнах з розвинутою ринковою економікою обмежений багатьма факторами. Основними з них є: нестача лікарів і відтік кадрів, великі необхідні ресурси, нерозвинена система соціального забезпечення і нездатність забезпечити безпеку галузі, створення координаційних центрів на державному рівні призводить до появи черг на обслуговування, і неможливо підвищити ефективність галузі за рахунок конкуренції, зміни витрат і ціноутворення.

Отже, головною метою реформування повинно бути здійснення переходу до системної координації на державному рівні. Водночас необхідно забезпечити і централізований рівень — від Міністерства охорони здоров'я до Національної системи здоров'я України, і місцевий рівень — від Національної системи здоров'я України до місцевих органів влади. Перший полягає в переході від історичного фінансування лікарень (на основі доступної потужності кожної лікарні) до бюджету лікарні, який в основному заснований на доходах від лікування і інших платежах за послуги, які акумулюються Національною системою здоров'я України. Реалізація цього підходу призведе до необхідності оптимізації витрат лікарнями з метою уникнення дефіциту бюджету. Та, з іншого боку, у разі формування достатнього фонду, можливе розширення послуг для споживачів. Умовами запровадження такого підходу є узгодження дій між Національною службою здоров'я України та власників лікарень в частині політики фінансування. Інший напрям — узгодження дій на місцевому рівні — оптимізація лікарняної мережі, зосередивши увагу на більш професійних послугах і закриття, скорочення або зміну неефективних медичних установ. Цей процес вимагатиме тісної участі керівництва Міністерства охорони здоров'я і місцевої влади, а також участі Національ-

ної системи здоров'я України і координації змін у послугах, що надаються нею від різних постачальників. Якщо управлінський потенціал держави як і раніше слабкий, незалежність платєжів та інститутів від Національної системи здоров'я України буде невеликою. Незалежність постачальника збільшує фінансовий ризик через перевитрати бюджету і вимагає від місцевого уряду як власника посилення нагляду і підтримки.

Основними задачами для України в частині реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі можуть бути наступні:

- збільшення витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП;
- здійснення переходу на вдосконалений розподіл ресурсів через загальну медичну систему;
- посилення ролі страхових компаній у фінансуванні галузі;
- завершення реалізації принципу "гроші ходять за пацієнтом";
- пошук додаткових джерел фінансування галузі;

— аналіз та оптимізація механізму використання коштів на лікування та функціонування закладів охорони здоров'я;

— визначення першочергових пріоритетних напрямів оптимізації.

Особливостями фінансування системи охорони здоров'я України є:

1. Основним джерелом фінансування є бюджети, які складаються з прямих та непрямих податків, і в цьому сенсі система фінансування охорони здоров'я в принципі може розглядатися як прогресивна. Таким чином, державний бюджет підживлюється за рахунок податкових надходжень платників податків та приватного сектору, місцевий бюджет — за рахунок податкових надходжень платників податків, грантів з державного бюджету та приватного сектору. Фонд соціального страхування фінансується за рахунок обов'язкових внесків платників податків та платників податків. страхування, обласний бюджет доповнюється субсидіями з місцевого бюджету тощо.

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

3. Державні гарантії безоплатної медичної допомоги для громадян країни носять декларативний характер і не отримують належної фінансової підтримки.

4. Медичні заклади та медичний персонал не бажають покращувати якість послуг, раціональніше використовують кошти та беруть на себе відповідальність за охорону здоров'я. Оскільки конкуренція між постачальниками медичних послуг практично не існує, керівницт-

во також не зацікавлене в організації ефективної якості система контролю та пошуку шляхів зниження витрат на медичну допомогу та послуги.

Питання пошуку моделі фінансової безпеки, яка гарантує економічну стабільність галузі охорони здоров'я, залишається актуальною. Бюджети кожної країни різні, і порівняно низькі доходи країни витрачають на охорону здоров'я від 10% до 25% ВВП.

Реалізація реформи на місцевому рівні в 2017—2020 роках передбачає удосконалення законодавчих та нормативних актів [19—23]:

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

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

— Наказ Міністерства охорони здоров'я України з1292-18 "Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги" від 19 жовтня 2018 року, в якому визначені вимоги до людських ресурсів, структури та обладнання, до транспорту і зв'язку, вимоги до навантаження.

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

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

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

Додатково формування та функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні регламентується такими документами: Законом України "Про добровільне об'єднання територіальних громад", Законом України "Про місцеве самоврядування в Україні", наказом Міністерства охорони здоров'я від 29.07.2016 р. №801 "Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи", наказом Міністерства охорони

здоров'я від 19.03.2018 р. №504 "Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги", наказом Міністерства охорони здоров'я від 11.09.2000 р. №214 "Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини" (зі змінами, внесеними згідно наказів Міністерства охорони здоров'я від 06.02.2003 р. №48 та від 04.11.2003 р. №511), наказом Міністерства охорони здоров'я від 21.08.2014 р. №585 "Про затвердження примірних штатних нормативів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги", наказом Міністерства охорони здоров'я від 20.05.2011 р. №301 "Про внесення зміни до переліку закладів охорони здоров'я", наказом Міністерства охорони здоров'я від 11.09.2012 р. №713 "Про затвердження методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу", наказом Міністерства охорони здоров'я від 02.11.2012 р. №866 "Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги", методичними рекомендаціями "Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу".

Так, радикальні соціально-економічні зміни, які відбулися в останні роки в Україні, справили вирішальний вплив на стан та функціонування охорони здоров'я у країні. Нині основним напрямком реформи охорони здоров'я є покращення фінансових та економічних відносин у галузі. Але саме тут реформи є найскладнішими. Фінансова система охорони здоров'я є невід'ємною частиною єдиної фінансової системи держави країни і підпорядковується законам її розвитку.

Розглянемо більш детально організацію системи охорони здоров'я на місцевому рівні територіальної громади м. Києва. Норматив забезпеченості територіальних громад медичними закладами визначений наказом МОЗ України від 10.09.2013 року № 793 "Про затвердження нормативу забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги": 3,3 на 10000 для сільської місцевості, 2,05 — для міських територій. У таблиці 1 представлено аналіз забезпеченості медичними закладами територіальної громади.

Водночас показники в сільській місцевості вище нормативного рівня, що можна пояснити наступним чином: в основному для створення поліклініки на базі колишніх фельдшерських акушерських пунктів, а в той час не було певних стандартів медичного обслуговування для задоволення медичних потреб населення. 132 амбулаторно-поліклінічних відділення створені в міській та сільській місцевості 0,45 на 10 000 чоловік. У Києві необхідно створити 275 поліклінік для забезпечення нормативних стандартів. Створення мережі первинної медико-санітарної допомоги відбувається повільними темпами в Києві можливо тому, що муніципалітети не прийняли остаточного управлінського рішення з цього питання. При цьому, частка штатних посад лікарів загальної практики в сімейній медицині досягла 3,75 на 10 000 жителів. Водночас щорічна нестача фахівців

Таблиця 1. Ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я Київської області

Показник	2017 рік	2018 рік
Лікарняні заклади, од.	131	132
Лікарняні ліжка, од.	27,9	27,8
Співвідношення лікарняних ліжок на 10000 населення, од.	94,7	93,7
Кількість днів роботи ліжка, днів	322,7	315,1
Амбулаторно-поліклінічні заклади, од.	556	556
Кількість лікарів, тис. осіб	25,3	24,9
Співвідношення кількості лікарів на 10000 населення, осіб	85,7	84,0
Санаторії-профілакторії, од./місце	12/1425	12/1425
Співвідношення кількості посад лікарів до кількості посад медичних сестер, част. од.	0,64	0,64
Залучено позабюджетних коштів в розрахунку на 1 жителя, грн	173,7	-
Витрати бюджетних коштів в розрахунку на 1 жителя, грн	1914,45	2171,48
Укомплектованість фізичними особами посад лікарів сільських дільничних лікарень, %	71,0	58,2

Джерело: [18].

може вплинути на коливання пропозиції лікарів загальної практики, особливо в сільській місцевості.

Прийнятий принцип "гроші ходять за пацієнтом" принципово впливає на інтереси лікаря загальної практики та не працює на індивідуальному рівні — рівні лікаря, медсестри тощо. Є ще часткове фінансування "захищених предметів", і є обмеження кількості медичних закладів у сільській місцевості, що фінансуються на рівні лікувально-профілактичних закладів, та різке зниження частки бюджетного фінансування закладів первинної медичної допомоги. Він не приділяє великої уваги медичним установам сільських медичних закладів, а основні заклади первинної медичної допомоги, як правило, не включаються до його сфери діяльності.

Реформа первинної медико-соціальної допомоги із впровадженням загальної медицини — сімейний лікар затягнулася, а також реорганізація лікарень та діючий порядок надання первинної медичної допомоги медичним закладам не лише за територією, а й статтю, віком та за професією не дозволяють використовувати кваліфікацію лікаря загальної практики.

Ситуація зі здоров'ям у сільській місцевості характеризується складністю та неузгодженістю, пов'язаними із впровадженням системи загальнообов'язкового медичного страхування, яка повинна була покращити постачання медичних установ ресурсами середнього рівня та сприяти впровадженню елементів та методів управління економікою. Незадовільні умови праці та побуту, складна економічна ситуація в сільській місцевості та ряд інших причин спричиняють зростання смертності серед сільського населення. Середня тривалість життя в сільській місцевості також нижча за середню по країні.

Руйнування вертикальних зв'язків, зростаючий дефіцит бюджету та зростаюча територіальна та соціальна нерівність поставили сільські медичні заклади у більш складну ситуацію, головним чином фінансову, ніж міські установи. Сільські заклади охорони здоров'я, як на початку реформ, так і сьогодні, характеризуються морально застарілою матеріальною базою, нестачею персона-

лу і, отже, недостатнім діагностичним та терапевтичним потенціалом.

Процес реорганізації охорони здоров'я із впровадженням нової системи загальмувався і до цих пір не дав відчутних результатів. Недосконала нормативно-правова база для формування дорогих та неефективних фондів фінансової охорони праці при підтримці погано контрольованої установи посередників — обов'язкового медичного страхування відіграла позитивну роль протягом даного періоду.

Одним з головних недоліків існуючої фінансової системи охорони здоров'я є, на наш погляд, майже повна фінансова залежність охорони здоров'я від зовнішніх факторів: стану економіки, фінансів та соціально-політичної ситуації. За цих умов інтерес керівних органів та закладів охорони здоров'я до структурної реорганізації зменшується.

Соціально-економічні перетворення в Україні повністю вплинули на процес реформи охорони здоров'я у сільській місцевості, що пов'язано з багатьма факторами, основними з яких є:

— останніми роками накопичилися негативні тенденції в охороні здоров'я та організації медичної допомоги, головним чином, завдяки принципу залишкового фінансування, неефективному використанню виділених ресурсів та адміністративно-управлінським методам; виникнення нових проблем, пов'язаних з переходом від моделі державного фінансування до бюджетного страхування, які призвели до якісно нових економічних відносин;

— ідеологи недооцінюють соціально-економічні реформи на законодавчому та виконавчому рівнях важливості реформ охорони здоров'я як найважливішого сектора економіки країни.

Ці проблеми потребують вирішення та пошуку більш ефективних соціально-економічних механізмів управління охороною здоров'я в сільській місцевості та вдосконалення системи обов'язкового медичного страхування з використанням науково обґрунтованих методів планування на основі аналізу, поглиблення існуючих форм організації охорони здоров'я для сільського населення та його структури, та показники медичної ефективності — профілактичні заходи.

ВИСНОВКИ

Функціонування системи охорони здоров'я, в том числі сучасна форма надання медичної допомоги сільському населенню в нових соціально-економічних умовах недостатньо ефективна.

Плануючи медичну допомогу на найближчу і, особливо, довгострокову перспективу, необхідно враховувати інвестиційну привабливість приміських територій. У відносно невеликому замиському населенні найкращим варіантом є поєднання мультидисциплінарних лікарень з клінікою, яка обслуговує доросле населення. Водночас якість медичної допомоги повинна забезпечуватися на всіх етапах та рівнях надання послуг.

Під час реформування охорони здоров'я на замиських територіях необхідно регулярно проводити опитування пацієнтів відповідно до методики, розробленої в ході цієї роботи, а також соціологічні опитування з ме-

дичними працівниками з метою вивчення їх ставлення до реформ.

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

Встановлено, що існують залежності між показниками здоров'я сільського населення на різних рівнях муніципальної медичної допомоги в сільській місцевості та рівнем їх фінансування. Чим вище фінансові витрати на охорону здоров'я, тим вище їх рівень.

У контексті реформи охорони здоров'я, особливо у первинному секторі, такі проблеми, як: вдосконалення управління системою обов'язкового медичного страхування, набули особливої гостроти; покращити фінансову стабільність системи; гарантувати права громадян у системі громадських організацій; покращити взаємодію системи охорони здоров'я з іншими установами.

Література:

1. Bell T.M., Gilyan D., Moore B.A., Martin J., Ogbemudia B., McLaughlin B.E., Zarzaur B.L. (2018). Long-term evaluation of a hospital-based violence intervention program using a regional health information exchange. *The journal of trauma and acute care surgery*, vol. 84 (1), p. 175.
2. Costa C., Freitas A., Stefanik I., Krafft T., Pilot E., Morrison J., Santana P. (2019). Evaluation of data availability on population health indicators at the regional level across the European Union. *Population health metrics*, vol. 17 (1), p. 11.
3. Holden K.B., Hopkins J., Belton A., Butty K., Tabor D. C., Satcher D. (2019). Leveraging science to advance health equity: a regional health policy research center's approach. *Ethnicity & disease*, vol. 29 (2), p. 323.
4. Krivenko N., Kriventsova L., Epaneshnikova D. (2019). Issues of sustainability of regional health system. *International Multidisciplinary Scientific GeoConference: SGEM*, 19 (5.3), pp. 467—473.
5. Witter S., Govender V., Ravindran T.S., Yates R. (2017). Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender. *Health policy and planning*, vol. 32 (5), pp. 4—12.
6. Андрусів У.Я., Юрченко Н.Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2019. № 150. С. 20—24.
7. Бєлих А., Пилипчук А., Моїсеєва А. Реформи в галузі охорони здоров'я в Румунії: Гарвардський основний підхід. Сучасні економічні дослідження. 2018. № 1 (1). С. 51—61.
8. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: Європейський досвід. *Державне управління та місцева самоврядування*. 2015. Вип. 2 (25). С. 147—159.
9. Глухова В.І., Булах М.О. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2016. № 10. С. 760—764.
10. Глухова В.І., Скрипник Л.І. Державне фінансове забезпечення охорони здоров'я на рівні місцевих бюджетів. *Облік і фінанси*. 2018. № 1. С. 80—86.
11. Гройсман В. Децентралізація та створення госпітальних округів підвищать якість роботи закладів охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=250039503&cat_id=244274130
12. Карпшин Н.І., Комуницька М.П. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2017. № 1 (14). С. 110—117.
13. Марусин О.В., Марків М.М. Забезпечення ефективності системи охорони здоров'я в Болгарії. 2018. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33900/1/253.pdf>
14. Мосійчук І.В. Державне управління системою охорони здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку. *Сталий розвиток економіки*. 2016. № 1 (30). С. 44—48.
15. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 років, URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
16. Обуховська Л.І. Механізми забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. *Стратегія і тактика державного управління*. 2020. № 1—2. С. 26—39.
17. Попова Т.О. Комунікаційна модель публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я. 2020, Харків, 128 с.
18. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу (2019). URL: <https://medstatdon.dn.ua/wp-content/uploads/2019/04/Reytingova-otsinka-za-2018-rik-Blocked.pdf>
19. Рекомендації парламентських слухань на тему: "Про реформу охорони здоров'я в Україні" / Схвалено Постановою Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року №1338-VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>
20. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р "Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні". URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>
21. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1002-р "Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я". URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>
22. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016р. №1013-р "Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я". URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page>
23. Рудий С.А., Гук А.П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 2. С. 89—99.
24. Савченко О.Р. Системно-функціональна модель публічного адміністрування реформування галузі охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. Т. 31 (70). № 5, 2020. С. 66—70.
25. Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала, Л.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації

зації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 24—31.

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

References:

1. Bell, T. M. Gilyan, D. Moore, B. A. Martin, J. Ogbemudia, B. McLaughlin, B. E. and Zarzaur, B. L. (2018), "Long-term evaluation of a hospital-based violence intervention program using a regional health information exchange", *The journal of trauma and acute care surgery*, vol. 84 (1), p.175.

2. Costa, C. Freitas, A. Stefanik, I. Krafft, T. Pilot, E. Morrison, J. and Santana, P. (2019), "Evaluation of data availability on population health indicators at the regional level across the European Union", *Population health metrics*, vol. 17 (1), p.11.

3. Holden, K. B. Hopkins, J. Belton, A. Butty, K. Tabor, D. C. and Satcher, D. (2019), "Leveraging science to advance health equity: a regional health policy research center's approach", *Ethnicity & disease*, vol. 29 (2), p. 323.

4. Krivenko, N. Kriventsova, L. and Epaneshnikova, D. (2019), "Issues of sustainability of regional health system", *International Multidisciplinary Scientific GeoConference: SGEM*, 19 (5.3), pp. 467—473.

5. Witter, S. Govender, V. Ravindran, T.S. and Yates, R. (2017), "Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender", *Health policy and planning*, vol. 32 (5), pp. 4—12.

6. Andrusiv, U.Ya. and Yurchenko, N.B. (2019), "Foreign experience in financing health care systems", *Ekonomichnyj prostir*, vol. 150, pp. 20—24.

7. Belykh, A. Pylypchuk, A. and Moiseeva, A. (2018), "Healthcare Reforms in Romania: Harvard's Basic Approach", *Suchasni ekonomichni doslidzhennja*, vol. 1 (1), pp. 51—61.

8. Kulginsky E. (2015), "Mechanisms of decentralization of public administration of health care: European experience", *Derzhavne upravlinnia ta mistseve samovriaduvannia*, vol. 2 (25), pp.147—159.

9. Glukhova, V.I. and Bulakh, M.O. (2016), "Sources of financial support for the health care system in Ukraine", *Hlobalni ta natsionalni problemy ekonomiky*, vol. 10, pp. 760—764.

10. Glukhova, V.I. and Skrypnyk, L.I. (2018), "Public financial support for health care at the level of local budgets", *Oblik i finansy*, vol. 1, pp. 80—86.

11. Groysman, V. (2017), "Decentralization and the creation of hospital districts will improve the quality of health care facilities in Ukraine", available at: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=250039503&cat_id=244274130 (Accessed 30 March 2021).

12. Karpishin, N.I. and Komunitskaya, M.P. (2017), "Classic models of financial health care", *Svit finansiv*, vol. 1 (14), pp.110—117.

13. Marusin, O.V. and Markiv, M.M. (2018), "Ensuring the effectiveness of the health care system in Bulgaria",

available at: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33900/1/253.pdf> (Accessed 30 March 2021).

14. Mosiychuk, I.V. (2016), "Public administration of the health care system: current status and prospects for development", *Stalyi rozvytok ekonomiky*, vol. 1 (30). pp. 44—48.

15. Ministry of Healthcare of Ukraine (2014), "National strategy for reforming the health care system in Ukraine for the period 2015—2020", available at: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (Accessed 30 March 2021).

16. Obukhovskaya, L.I. (2020), "Mechanisms for ensuring the operation of health care facilities in the united territorial communities", *Stratehiia i taktyka derzhavnoho upravlinnia*, vol. 1—2, pp. 26—39.

17. Popova, T.O. (2020), *Komunikatsiina model publichno-pryvatnoho partnerstva v haluzi okhorony zdorovia [Communication model of public-private partnership in the field of health care]*, Kharkiv, Ukraine.

18. Ministry of Healthcare of Ukraine (2019), "Rating assessment of the state of health of the population, activities and resources of health care institutions of Ukraine according to preliminary monitoring data", available at: <https://medstatdon.dn.ua/wp-content/uploads/2019/04/Reytingova-otsinka-za-2018-rik-Blocked.pdf> (Accessed 30 March 2021).

19. The Verkhovna Rada of Ukraine (2016), "Recommendations of the parliamentary hearings on the topic: "On health care reform in Ukraine", available at: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1338-19> (Accessed 30 March 2021).

20. Cabinet of Ministers of Ukraine (2014), Order "On approval of the Concept of reforming local self-government and territorial organization of power in Ukraine", available at: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333—2014-%D1%80> (Accessed 30 March 2021).

21. Cabinet of Ministers of Ukraine (2016), Order "On approval of the Concept of development of the public health system", available at: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80> (Accessed 30 March 2021).

22. Cabinet of Ministers of Ukraine (2016), Order "On approval of the Concept of health care financing reform", available at: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page> (Accessed 30 March 2021).

23. Rudy, S.A. and Hook, A.P. (2016), "Comparison of structural elements of health care management in individual countries of Europe and Ukraine", *Ekonomika i pravo okhorony zdorovia*, vol. 2, pp. 89—99.

24. Savchenko, O.R. (2020), "System-functional model of public administration of health care reform", *Vcheni zapysky TNU imeni V. I. Vernadskoho. Serii: Ekonomika i upravlinnia*, vol. 31 (70), no. 5, pp. 66—70.

25. Slabky, G.O. Mironyuk, V.I. and Kachala, L.O. (2017), "The public health system: the vision of the World Health Organization. The main operational functions of public health and their content", *Ukraina. Zdorovia natsii*, vol. 3, pp. 24—31.

26. Yakovenko, I.V. (2019), "International experience in health care reform (experience of the European Union)", available at: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/14938.pdf> (Accessed 30 March 2021).

Стаття надійшла до редакції 31.03.2021 р.