

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНЕ АГЕНТСТВО УКРАЇНИ
З ПИТАНЬ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МАГІСТРАТУРА ФАКУЛЬТЕТУ ДОВУЗІВСЬКОЇ, ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ТА
МАГІСТЕРСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ
Кафедра державного і муніципального управління
ПИТЕЛЬ ІРИНА ДМИТРІВНА

Дипломна робота

**УДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНУ МІСЦЕВОГО
САМОВРЯДУВАННЯ В ПИТАННЯХ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСТА**

Спеціальність 8.15010002-державна служба

Слухач спеціалізації
«Територіальне управління
та місцеве самоврядування»
Питель І.Д.

Підпис
Науковий керівник
Зав.кафедри, д.е.н., професор
Мельник А.Ф.

Підпис

Дипломну роботу допущено до захисту
«__» _____ 2014 р
зав.кафедри, д.е.н., професор
Мельник А.Ф.

Прізвище, ініціали Підпис
«__» _____ 2014 р
Декан ФДПМП, к.е.н., доцент
Івашук О.Т.

Прізвище, ініціали Підпис

Тернопіль- 2014

Зміст

Розділ I. Теоретико-правові засади функціональної діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я міста .

1.1. Розвиток охорони здоров'я міста як об'єкт управлінського впливу органу місцевого самоврядування.

1.2. Сутність та особливості функціональної діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я міста.

1.3. Нормативно-правові засади функціональної діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я міста.

Висновки до розділу I.

Розділ II. Аналіз функціональної діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я міста.

2.1. Аналіз стану охорони здоров'я міста та чинників, що його визначають.

2.2. Оцінка функціональної діяльності органу місцевого самоврядування у сфері розвитку охорони здоров'я міста та її організаційного забезпечення.

2.3. Взаємодія суб'єктів управління в питаннях розвитку охорони здоров'я міста.

Висновки до розділу II.

Розділ III. Прикладні аспекти удосконалення функціональної діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я міста в умовах медичної реформи.

3.1. Прогнозування потреб територіальної громади в послугах охорони здоров'я як інформаційна база її розвитку.

3.2. Модернізація мережі системи охорони здоров'я міста в контексті сучасних вимог.

3.3. Становлення партнерських відносин міської ради з громадськими організаціями та бізнесом в питаннях розвитку охорони здоров'я міста.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.

ДОДАТКИ

ВСТУП

Здоров'я — це не все, але все без здоров'я — ніщо. Сократ

Життя і здоров'я — це найцінніше, що ми маємо. Пан Гі Мун

Значущість здоров'я сьогодні визначається як універсальна цінність, яка стосується усіх — і багатих, і бідних, і молодих, і літніх, людей різних рас. Це невід'ємне право людини, важливість забезпечення якого зростає з кожним роком. Право на охорону здоров'я на міжнародному рівні задекларовано у 1948 р. у статуті ВООЗ. Воно знайшло відображення в документах регіональних організацій, конституції Європейського Союзу (ЄС) та національних конституціях усіх країн. Забезпечення права на здоров'я є пріоритетом у сфері світового розвитку, який, як і запорука благополуччя та добробуту окремої людини і суспільства в цілому, знайшов своє відображення у Цілях розвитку тисячоліття ООН.

Усім відомо, що здоров'я та охорона здоров'я стосуються усіх і кожного. Попит на послуги з охорони здоров'я є високим і постійним протягом усього життя. Немає жодної сфери, від якої людина була б так залежна, як від сфери охорони здоров'я. Провідна роль охорони здоров'я — це забезпечення потреб у медичних послугах, зниження впливу на нього ризиків і зменшення фінансових витрат. Згідно зі статистичними даними в Європі кожна людина щорічно 5–10 разів звертається до лікарів, кожен 5-й житель лікується у стаціонарі, кожен 4–9-й житель користується послугами швидкої допомоги. Тобто від здоров'я населення залежить політичний стан і соціальний настрій у будь-якій державі.

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування, залучаючи до цього не лише органи виконавчої влади, але й органи місцевого самоврядування.

Організація діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні базується на традиційній пострадянській моделі утримання закладів охорони здоров'я, для якої характерні фінансування їх на принципах постатейного кошторису, відсутність економічних механізмів підвищення доступності та якості медичної допомоги, і особливо відповідальності за стан здоров'я територіальних громад адміністративного району.

Збереження зазначеного консерватизму в управлінні охороною здоров'я обумовлює актуальність даного дослідження і обумовлює вибір теми магістерської роботи.

Теоретико-методологічні засади реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я в умовах трансформаційних перетворень досліджували у своїх працях В.Бакуменко, В.Воротін, В.Дорофієнко, В.Князев, М.Корецький, В.Луговий, В.Майборода, А.Мерзляк, О.Мордвінов, П.Надолішній, О.Оболенський, В.Тертична, В.Тронь та інші науковці.

На важливості наукового пошуку щодо розвитку системи охорони здоров'я України наголошують дослідники цієї проблеми: М.Білинська, С.Бугайцов, Ю.Вороненко, М.Голубчиков, І.Грицяк, Т.Грузєва, А.Зіменковський, Ю.Кальниш, Б.Криштопа, В.Лобас, В.Москаленко, А.Нагорна, Г.Ситник, В.Скуратівський, І.Солоненко, С.Сьомін, В.Таралло, В.Трощинський, В.Чебан, О.Черниш, О.Шаптала, Н.Ярош та інші, які акцентують увагу на тому, що в XXI ст. має сформуватися власна модель розвитку системи охорони здоров'я України, що базується на рівних можливостях громадян і верховенстві права, розвитку підприємницької

діяльності в галузі як комплексного і багатогранного суспільного явища та застосуванні ефективних механізмів діяльності здравооохоронної сфери.

Серед українських науковців, які вивчали економічні закономірності функціонування сектора медичного обслуговування і досліджували практику організації зарубіжних та вітчизняної систем охорони здоров'я, можна назвати А.Голяченка, В.Рудень, М.Шутова, В.Бідного, Ю.Вороненка й ін.

У контексті реформування галузі охорони здоров'я найбільш ґрунтовно питання удосконалення управління охороною здоров'я в складі соціального комплексу регіону висвітлювались у роботах Д. Карамішева, Н. Удовиченко, В.Лехан, Г.Слабкого, М.Шевченко, О. Бобришевої, С.Стеценка та ін.

Вагомий внесок у розв'язання теоретичних та методологічних проблем розвитку державного управління та місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я зробили М.Білинська, Т.Грузева, Л.Жаліло, В.Москаленко, І.Рожкова, В.Рудий, З. Гладун, М. Дейкун, В. Сердюк, Н. Нижник, Я. Радиш, Л. Голик, Д. Гак. Наукові концепції зарубіжних та українських учених щодо управління розвитком соціально–економічних систем, методи дослідження процесів, які відбуваються в них, а також практичний досвід їх застосування та реалізації у процесі розробки програм і проектів є надійним теоретико–методологічним підґрунтям подальших розвідок.

Результати наукових досліджень вказаних вище та інших авторів мають важливе практичне значення для розуміння проблеми функціональної діяльності органів місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я. Однак, не всі аспекти управління охороною здоров'я на місцевому рівні достатньо вивчені і описані; потребують подальшого вдосконалення методологічні та організаційно-правові засади розробки нормативно-правових документів щодо пересадки органів і тканин людини, евтаназії, репродуктивних технологій тощо.

Незважаючи на те, що різні аспекти функціональної діяльності органів місцевого самоврядування у галузі охорони здоров'я досліджувалися як

вітчизняними, так і зарубіжними науковцями, до цього часу існує певна невизначеність у розумінні деяких питань.

Окремі праці українських авторів стосуються лише організаційних, економічних та кадрових аспектів цієї проблеми і мають фрагментарний характер. Це дало підстави стверджувати, що стан наукового опрацювання вказаної проблеми не можна вважати задовільним і необхідні подальші комплексні дослідження за обраною темою.

Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення функціональної діяльності органів місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я. Для досягнення мети було поставлено такі завдання:

- узагальнити теоретико-методологічні засади, визначити напрями й методи дослідження розвитку охорони здоров'я, як об'єкта управлінського впливу;
- обґрунтувати напрями розвитку соціальної функції в діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я як стратегічних замовників послуг відповідно до спільних інтересів територіальних громад адміністративного району, а також їх відносин з постачальниками послуг;
- уточнити категорійно–понятійний апарат діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я територіальної громади, зокрема тлумачення терміна “стратегічний замовник послуг з охорони здоров'я відповідно до потреб територіальних громад асоційованого районного рівня”;
- дати оцінку нормативно-правових засад функціональної діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях охорони здоров'я міста;
- здійснити аналіз стану охорони здоров'я міста та чинників, що його визначають;
- дати оцінку функціональної діяльності органу місцевого самоврядування у розвитку охорони здоров'я міста та її організаційного забезпечення;
- охарактеризувати взаємодію суб'єктів управління в питаннях охорони здоров'я та виявити проблеми, які вимагають розв'язання ;

- спрогнозувати потреби територіальної громади в послугах охорони здоров'я;
- обґрунтувати необхідність розробки та впровадження ринкової моделі відносин між органом місцевого самоврядування та постачальниками послуг з охорони здоров'я;
- розробити пропозиції щодо модернізації мережі системи охорони здоров'я в контексті сучасних вимог;
- розробити практичні рекомендації щодо впровадження комплексних дієвих заходів з підвищення ефективності діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я міста.

Об'єкт дослідження – повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я міста (Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради).

Предмет дослідження – організація діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я та медичного забезпечення на рівні міста (Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради).

Методологічною базою дослідження є сучасні теоретичні розробки вітчизняних і зарубіжних учених з проблем державного управління та місцевого самоврядування. Стан розвитку охорони здоров'я в Україні та організація діяльності органів місцевого самоврядування у цій сфері розглядаються крізь призму взаємозв'язку теорії й практики, змісту та форми, загального, особливого й часткового. В основі дослідження використані такі методи:

- метод історичного і логічного аналізу літературних джерел (для дослідження ретроспективи еволюції координації діяльності у галузі охорони здоров'я й наступності в розв'язанні досліджуваної проблеми у вітчизняній та світовій науковій літературі);

– метод функціонально-структурного аналізу (з метою вивчення координації діяльності і причинно-наслідкової зумовленості виникнення цього процесу);

– метод порівняльного і статистичного аналізу фактів і явищ, їх синтезу для дослідження динаміки розвитку нормативно-правової бази, що регулює діяльність системи охорони здоров'я, виявлення особливостей розвитку та нововведень у системі координації діяльності у галузі охорони здоров'я;

– системний і комплексний підходи, які, по-перше, забезпечили цілісність дослідження, а, по-друге, дали можливість розглянути систему охорони здоров'я міста як комплекс взаємопов'язаних підсистем, з'ясувати властивості координації медичної діяльності, її внутрішні та зовнішні зв'язки;

– метод контент-аналізу (для аналізу визначень понять “координація діяльності закладів охорони здоров'я”, “лікувально-профілактичний заклад” та “охорона здоров'я” в різних літературних джерелах і документах, що регламентують управління охороною здоров'я);

– метод узагальнення, а також прогностичний метод для формулювання висновків, рекомендацій та пропозицій щодо обґрунтування шляхів оптимізації системи охорони здоров'я міста та для дослідження регіональних цільових програм;

-методи статистичної обробки даних (для узагальнення отриманих результатів дослідження координації діяльності лікувально-профілактичних закладів та уникнення суб'єктивізму у висновках).

Інформаційною базою дослідження є документи діяльності Тернопільської міської ради та її структурного підрозділу- Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення, а також нормативні акти МОЗ України, методичні рекомендації МОЗ України «Реформа медичного обслуговування». З метою наукового осмислення теми дослідження використовувалися праці В.Д.Бакуменка [7, 8], В.М.Вакуленка [203, 204], І.О.Дробота [47, 48], О.С.Ігнатенка [66], в яких наведено результати досліджень методологічних

засад державного управління та місцевого самоврядування. Наукові концепції зарубіжних та українських учених щодо управління розвитком соціально-економічних систем, методи дослідження процесів, які відбуваються в них, а також практичний досвід їх застосування та реалізації у процесі розробки програм і проектів є надійним теоретико-методологічним підґрунтям подальших розвідок.

Наукова новизна дипломної роботи полягає в тому, що в ній комплексно досліджено аспекти функціональної діяльності відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення міської ради, що дало можливість розробити практичні рекомендації щодо удосконалення форм та методів управління розвитком галузі.

Найважливіші наукові результати, що характеризують новизну і розкривають логіку та зміст дипломного дослідження, полягають у тому, що в ньому визначено пріоритетні напрями координації діяльності в галузі охорони здоров'я з урахуванням ступеня розробленості цієї проблеми українськими науковцями.

Найсуттєвішим результатом є розроблення теоретичної і методологічної основи для практичного вдосконалення діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я міста.

Практична цінність роботи полягає в тому, що результати дослідження сприятимуть реформуванню в галузі охорони здоров'я міста, що в свою чергу дасть можливість ефективніше здійснювати управління лікувально-профілактичними закладами.

Результати дослідження можуть бути використані у діяльності відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради, а також в роботі аналогічних органів місцевого самоврядування.

Результати дослідження впроваджені в діяльність відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради (довідка про впровадження № 475-04-23.1 від 28.04.2014 року).

Матеріали опубліковані у Збірнику тез доповідей загальноуніверситетської студентської наукової конференції «Актуальні проблеми державної служби та адміністративного менеджменту», Тернопіль, 2014.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНУ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ПИТАННЯХ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСТА

1.1. Розвиток охорони здоров'я міста як об'єкт управлінського впливу органу місцевого самоврядування

Система охорони здоров'я — це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я. Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, принципами та співвідношеннями елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією, іншими чинниками та системою спеціальних компенсаторів, характерною для кожної окремої країни.

Розвиток - це процес, який супроводжується змінами кількісними і якісними, в тій чи іншій сфері суспільного життя- в даному випадку в охороні здоров'я.

Одним із складових елементів сталого розвитку сучасної розвиненої та соціально орієнтованої держави, якою намагається стати й Україна, є ефективно функціонуюча система охорони здоров'я. Кінцевою метою розвитку охорони здоров'я є підтримка та зміцнення здоров'я населення. При цьому слід зазначити, що ефективність функціонування системи забезпечується створенням балансу між задоволенням існуючих вимог громадян у наданні якісних і доступних медичних послуг та можливостями самої системи охорони здоров'я щодо їх забезпечення за рахунок бюджетних видатків. Системна криза, що вразила медичну галузь України ще на початку 90-х років минулого

століття, триває і сьогодні та невпинно продовжує поглиблюватись через існування найбільш важливої суперечності: з одного боку, галузь відчуває постійний дефіцит коштів для фінансування потреб системи, з іншого-існує абсолютно неефективна система використання наявних ресурсів галузі, що обумовлюється межами бюджетного кодексу та статусу закладів охорони здоров'я як підприємств комунальної форми власності.

Система охорони здоров'я в Україні має велику кількість об'єктивних та суб'єктивних проблем, які заважають її розвитку. Так, за даними, наведеними фахівцями Лабораторії законодавчих ініціатив, Україна за інтегральним критерієм Всесвітньої організації охорони здоров'я (рівнем медичного забезпечення) знаходиться на 60-му місці у світі, за витратами на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя Україна посідає 111-те місце серед 191 країни світу та 8-ме місце серед країн СНД. У той же час в Україні на 100 тис. населення країни припадає 455 лікарів, що є одним з найвищих показників у світі [6]. Таким чином, можна погодитися зі ствердженням про те, що протягом багатьох років розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я відзначався екстенсивним характером, який полягав у постійному збільшенні кількості стаціонарних ліжок і лікарів[2].

До ключових проблем, вирішення яких сприятиме оптимізації системи охорони здоров'я України, сучасні автори відносять недостатнє фінансування галузі й нераціональне використання наявних коштів, диспропорцію в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги, незадовільні зв'язок і наступність в їх наданні [4].

Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню

гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя.

Медична допомога надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення. Особливості укладення договорів про медичне обслуговування населення визначаються законом.

Бюджет розраховується за подушним нормативом (формулою) залежно від чисельності населення, що мешкає на відповідній території. З моменту набуття чинності Бюджетним кодексом визначається подушний норматив бюджетного забезпечення на одного мешканця, що сприяє певній стабільності фінансування. При розробці бюджету на охорону здоров'я також враховують обсяг видатків за минулий рік, потужність медичних закладів та фінансові можливості, що встановлюються фінансуючими органами на наступний бюджетний період. Розподіл бюджетних (державних і місцевих) коштів відбувається згідно з переліком дозволених статей, які ґрунтуються на нормах, встановлених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України за такими критеріями: кількість ліжок у стаціонарах, кількість відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах та кількість персоналу на відповідну кількість населення, що обслуговується. Кошти витрачаються відповідно до повноважень, що надані головним розпорядникам бюджетних коштів, через Державне казначейство України. Бюджетні кошти розподіляються чітко за статтями, а саме: на заробітну платню та виплати персоналу, утримання будівель, медикаменти й медичне обладнання та харчування. Кількість персоналу медичних закладів безпосередньо залежить від кількості та структури лікарняних ліжок для стаціонарів та від кількості відвідувань - для амбулаторної ланки, тобто базується на прогностичних показниках потужності

закладів без врахування обсягу і якості виконаної ними роботи. Розподіл коштів на харчування і медикаментозне забезпечення вираховується як добуток відповідних нормативних видатків й очікуваної кількості ліжко-днів. Через хронічний брак коштів у секторі охорони здоров'я, вони спрямовуються переважно на так звані захищені статті (фонд зарплати, основні видатки та харчування), при цьому на власне лікувальний процес залишається не більше 10-15% загальних витрат.

Як влучно зазначив О. Смотров, донедавна система охорони здоров'я в Україні відповідала бюджетній моделі охорони здоров'я, для якої пріоритетними були владні способи регулювання переважної кількості правовідносин, пов'язаних з організацією й наданням медичної допомоги населенню. На цьому тлі механізм вирішення проблеми гарантування якісної й ефективної медичної допомоги не може повною мірою відповідати потребам сьогодення і задовольняти інтереси як громадян, так і суб'єктів надання медичної допомоги [5]. При цьому система управління медичною галуззю в Україні значною мірою успадкована від часів Радянського Союзу, в ній існує чітка ієрархія та обмеження повноважень щодо вироблення політики охорони здоров'я на регіональному та муніципальному рівнях.

Усі системи охорони здоров'я за типологією можна умовно розділити на 3 групи:

1. З переважно державним фінансуванням. Вони функціонують у країнах СНД, скандинавських країнах, Великій Британії. Вони ефективно працюють за умови достатності коштів у державі.
2. На засадах страхової медицини. У таких системах відбувається адресний збір коштів, формування фондів і надання гарантованих послуг через страхові поліси. Модель страхової медицини працює в різних фінансових умовах, існує в більшості країн, охоплює приблизно 70–90% населення. При цьому люди несуть відповідальність за своє здоров'я і вибирають той чи інший медичний заклад.

3. Переважно приватна система охорони здоров'я. Ефективно працює лише для заможних груп населення. Характерний приклад — США, де медична допомога доступна для заможних прошарків населення, значна частина мешканців не має медичної страховки, у зв'язку з чим існує багато проблем. Для цього керівництвом держави зараз пропонується запровадити базову медичну страховку, але поки що не вдається це зробити. Основними напрямками реформування медичної сфери країни є збільшення охоплення населення медичним страхуванням, підвищення доступності медичної допомоги [3].

Кінець XX ст. відзначився зміною парадигми здоров'я, епідеміологічним переходом від інфекційного до переважно неінфекційного типу патології, збільшенням тягаря хвороб і потреб у послугах охорони здоров'я колективного та індивідуального характеру. Ера дешевої медичної допомоги закінчилася. У 70-ті роки XX ст. УРСР входила в п'ятірку кращих за показниками здоров'я в Європі. На той час витрати на охорону здоров'я у порівняльних цінах становили 135 дол. США на мешканця, тоді як у самих США ці витрати становили 160 дол. на мешканця[3].

До основних досягнень у сфері охорони здоров'я у III тисячолітті можна віднести збільшення середньої тривалості життя, подолання багатьох інфекційних хвороб, розвиток профілактичних технологій, появу генної медицини, створення нових поколінь ліків, збільшення ВВП на охорону здоров'я, розвиток сучасних медичних технологій, високий професіоналізм медичного персоналу, підвищення рівня життя в цілому. Це безумовно позитивні досягнення. Але разом з цим, у суспільстві формуються і нові виклики: різке постаріння населення, епідемія хронічних неінфекційних захворювань, збільшення поширеності чинників ризику, підвищення агресивності чинників навколишнього середовища, розвиток резистентності мікроорганізмів, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів, швидка поширеність хвороб через високу мобільність населення, підвищення вимог до

доступності та якості медичної допомоги, зростання вартості послуг, що формують здоров'я.

Середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) за останні 100 років суттєво зросла. Так, у 1900 р. вона становила в середньому 35 років, у 2000 — 65,4, у 2010 — 67,7, у 2050 — планується 75 років. Але в окремих країнах вже зараз СОТЖ досягала 82 років. У світі відзначається значне зростання кількості населення віком понад 65 років. У 1990 р. їх частка становила 6,7%, а зараз — 17% у країнах ЄС. Тобто має місце суттєве постаріння населення, яке змушує витратити більше коштів на охорону здоров'я, оскільки кількість звернень за медичною допомогою збільшується в декілька разів [3].

Також надзвичайно актуальною є проблема нерівності у доступі до медичного обслуговування.

Сучасний світ переживає справжню епідемію хронічних неінфекційних захворювань, пов'язану з нездоровим способом життя, незбалансованим харчуванням, низькою фізичною активністю тощо.

Смертність від захворювань 7 груп — серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних, цукрового діабету, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії — становить 60% у загальній структурі смертності. Провідні чинники ризику глобального тягаря хвороб у Європейському регіоні ВООЗ: високий артеріальний тиск (12,8%), тютюнокуріння (12,3%), зловживання алкоголем (10,1%), підвищений рівень холестерину (8,7%), надмірна маса тіла (7,8%) недостатнє споживання овочів і фруктів (4,4%), малорухомий спосіб життя (3,5%). На сьогодні в Європі 55 млн населення страждають ожирінням [3].

Системи охорони здоров'я стикаються сьогодні з такими проблемами, як збільшення чисельності населення і зростання потреби у медичній допомозі, подовження середньої очікуваної тривалості життя, яке призводить до збільшення поширеності хронічної патології. З іншого боку, збільшення ВВП на душу населення зумовлює зростання вимог до якості медичної допомоги, впровадження нових медичних технологій, що, в кінцевому рахунку,

призводить до збільшення вартості послуг. Все вищенаведене пояснює зростання витрат на охорону здоров'я на одного мешканця та збільшення потреби у фінансових ресурсах в умовах їх обмеженої кількості.

Економічні проблеми-висока вартість послуг охорони здоров'я, неможливість прогнозування часу виникнення потреби в них та їх відстрочки, необхідність оплати в момент отримання послуги, що може призвести до відмови від послуги, становить загрозу зuboжіння населення, зумовлює необхідність фінансового захисту та розподілу ризиків.

У світі щорічно 150 млн людей несуть катастрофічні фінансові витрати, пов'язані з охороною здоров'я, 100 млн осіб опиняються за межею бідності. Дуже великою є проблема прямих платежів в охороні здоров'я. У 33 країнах світу з найбільш низькими доходами рівень прямих платежів становить до 50%. У країнах Європейського регіону ВООЗ прямі платежі становлять в середньому 29% загальних витрат на охорону здоров'я. Вважається, що ймовірність фінансової катастрофи і зuboжіння зменшуються до незначного рівня при частці прямих платежів 15–20%. Основною проблемою усіх систем охорони здоров'я є суттєве випередження зростання витрат на охорону здоров'я порівняно з темпами зростання ВВП. ВООЗ вважає, що 20–40% фінансових ресурсів охорони здоров'я у світі витрачаються неефективно [3].

Екологічні загрози- наслідки інтенсивного використання екологічних систем, а саме: значне забруднення довкілля, деградація, прояви зміни клімату, негативно впливають на здоров'я, що, у свою чергу, призводить до зростання екологічно залежної патології, значних медичних та соціально-економічних збитків для суспільства.

Кадрові проблеми-сьогодні у світі у сфері охорони здоров'я працюють 60 млн фахівців, у тому числі 8,7 млн лікарів, 16,7 млн сестринського та акушерського персоналу, 1,2 млн стоматологічного і 2,1 млн фармацевтичного персоналу тощо [3].

Дефіцит медичних кадрів досягнув 4,3 млн фахівців, у тому числі 2,4 млн лікарів. Відзначається нерівномірність розподілу за регіонами: Американський регіон ВООЗ — 24,8 на 1000 населення, Європейський — 18,9, Південно-Східна Азія — 4,3, Африканський — 2,3. Високим є рівень міграції медичних кадрів. Щорічна міграція лікарів у країнах Європейського регіону — 5%; у країнах Організації економічного співробітництва і розвитку — 20%, у країнах Персидської затоки — 50%. Все це зумовлює низьку доступність медичної допомоги. 1,3 млрд осіб у світі не мають доступу до найпростіших медичних послуг, частка пологів, прийнятих кваліфікованими медичними працівниками, варіює від 10% до 100% в різних країнах [3].

Первинна допомога і профілактика-головним принципом надання медичної допомоги є пріоритет первинної медико-санітарної допомоги (далі-ПМСД), адже 75% людей звертаються саме в первинну ланку. ПМСД — невід’ємна частина національної системи охорони здоров’я, яка здійснює її головну функцію (Алма-Атинська декларація з ПМСД). За висловом Маргарет Чен: «Розвиток ПМСД — ключовий елемент для досягнення прийняттого рівня здоров’я для всіх людей у цьому світі».

До профілактики як до найбільш ефективного способу збереження здоров’я ставлення все ще недостатньо серйозне. В Україні на профілактику виділяється лише 2% витрат на медико-санітарну допомогу. Водночас відомо, що у профілактиці закладено великий оздоровчий потенціал. Профілактика на рівні всього населення є найбільш стійкою стратегією в довгостроковій перспективі, є засобом вирішення проблем, пов’язаних із цілою низкою соціально значущих та соціально небезпечних хвороб та з їх загальними чинниками ризику.

Проблема доступності-стратегічними цілями функціонування усіх систем охорони здоров’я є доступність і якість медичних послуг. Проте значна частина населення стикається з проблемами доступу до служб охорони здоров’я.

Відомо, що жінки з найбільш вразливих 20% населення у 20 разів рідше отримують допомогу кваліфікованого медичного працівника при пологах, ніж із заможних.

Частка пологів, прийнятих кваліфікованим медичним персоналом у країнах, що розвиваються, становить лише 65%. Частка жінок, які отримали хоча б одну кваліфіковану консультацію впродовж вагітності в країнах, що розвиваються, становить 80%[3].

11% людей у світі зазнають серйозних фінансових перешкод у доступі до медичного обслуговування, 5% — зазнають злиднів через оплату медичного обслуговування. Витрати на транспорт становлять 10% витрат громадян на медичне обслуговування.

Проблеми якості-в охороні здоров'я важливу роль відіграє якість надання послуг. На якість медичної допомоги впливають адекватність, доступність, наступність і безперервність, дієвість, результативність, безпека, своєчасність, задоволеність потреби та очікувань, стабільність процесу та результату, постійне вдосконалення та поліпшення. У різних системах охорони здоров'я і у різних країнах контролю якості надання медичної допомоги приділяється багато уваги. Проте мають місце і проблеми низької якості послуг та помилки у наданні медичної допомоги. Так, через недостатню якість і помилки у США щорічно гине 44–98 тис. пацієнтів, у Європі в арбітражні суди щороку подається 10 тис. скарг, 52% з яких становлять скарги на лікарські помилки, щорічно страждають 15 млн осіб. У країнах ЄС кожен 10-й випадок лікування наносить шкоду пацієнтам. Для більшості країн поліпшення якості медичного обслуговування є одним з основних завдань у процесі вдосконалення систем охорони здоров'я [3].

Розвиток охорони здоров'я є об'єктом державного управління. Згідно Конституції держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності. Порядок створення, припинення закладів охорони здоров'я, особливості діяльності та класифікація закладів визначаються законом.

Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Заклади охорони здоров'я здійснюють свою діяльність на підставі статуту, затвердженого власником або уповноваженим ним органом.

Реалізацію державної політики охорони здоров'я покладено на органи виконавчої влади й органи місцевого самоврядування, які виступають суб'єктами публічного управління.

До функцій охорони здоров'я відноситься спрямовуюче керівництво, формування ресурсів, фінансування та надання послуг. До цілей охорони здоров'я відносяться збереження та зміцнення здоров'я, чутливість (відповідь на очікування населення немедичного характеру), справедливий фінансовий внесок.

У цілому охорону здоров'я можна розглядати як систему заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя .

Оскільки здоров'я є найбільшою суспільною та індивідуальною цінністю, значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального та культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і благополуччя суспільства, проблеми охорони здоров'я вимагають постійної уваги держави, а їх розв'язання має бути одним з пріоритетних напрямів соціальної політики.

Об'єктом управлінського впливу органу місцевого самоврядування – є певні сфери управління, на які поширюється діяльність органу місцевого самоврядування. Сфери впливу місцевого управління визначені й офіційно закріплені в Конституції та законодавстві України. Зокрема, органи місцевого самоврядування беруть активну участь у реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я населення. Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» визначено, що до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад у цій сфері входять: управління установами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування в закладах освіти, культури, фізкультури й спорту, оздоровчих установах, що належать територіальним громадам; забезпечення в межах наданих їм повноважень доступності й оплатності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення згідно із законом розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреб у підготовці спеціалістів для них, організація роботи по підвищенню кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення ліками й виробами медичного призначення; реєстрація згідно із законодавством статутів (положень) розміщених на відповідній території установ охорони здоров'я, незалежно від форм власності; внесення пропозицій у відповідні органи щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності в сфері охорони здоров'я.

Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-профілактичні, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

До закладів охорони здоров'я належать лікарні, поліклініки, спеціалізовані диспансери, пологові будинки, санітарно-епідеміологічні центри,

станції швидкої медичної допомоги, меди-ко-санітарні частини установ і закладів тощо.

Базовою ланкою практичної медицини є лікарні. За галузевою належністю можна виділити відомчі лікарні та лікарні, що входять до системи МОЗ України; за територіальною ознакою — районні, міжрайонні, міські, обласні лікарні.

Особливу групу становлять лікарні відомчого типу (МВС України, Служби безпеки України та ін.).

Заклади охорони здоров'я створюють підприємства, установи й організації, засновані на різних формах власності, а також приватні особи за наявності необхідної матеріально-технічної бази й кваліфікованих спеціалістів. Законодавство України визначає порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної і фармацевтичної практики. Говорячи про управління у сфері охорони здоров'я, Всесвітня організація охорони здоров'я розуміє під цим терміном комплекс заходів щодо планування, організації, проведення й оцінки всіх численних і взаємозалежних заходів системи. Ці заходи необхідні для втілення політики в стратегію, а стратегій у план дій, у якому вказуються конкретні заходи для ефективного і діючого здійснення програм охорони здоров'я в рамках інфраструктури системи охорони здоров'я.

Для характеристики розвитку охорони здоров'я використовується такий понятійний апарат:

заклад охорони здоров'я – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;

медична допомога – 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 та пологами;

медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленному законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою;

мережа закладів охорони здоров'я – сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території;

охорона здоров'я – система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя;

діяльність лікувально-профілактичного закладу – забезпечення медичного обслуговування населення відповідно до державних соціальних нормативів та галузевих стандартів на основі статуту (положення), виконує інші функції, пов'язані з його організацією, а також провадить діяльність із забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;

пацієнт – фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога [12];

координація – це одна з головних функцій управління системою, що забезпечує безперебійність і безперервність його діяльності. Головна задача координації – досягнення узгодженості в роботі всіх ланок системи за допомогою встановлення раціональних зв'язків (комунікацій) між ними і з навколишнім середовищем [45].

1.2. Сутність та особливості функціональної діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я міста.

Основи державної політики охорони здоров'я визначає Верховна Рада України — шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, фіскальних, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

До системи органів державного управління охороною здоров'я входять Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Рада міністрів АРК, місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій).

Кабінет Міністрів України організовує розробку та здійснення комплексних і цільових програм; створює економічні, правові й організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я; укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в галузі охорони здоров'я укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України (далі — МОЗ України), компетенцію якого визначено Положенням, затвердженим Указом Президента України. До основних завдань МОЗ України належать: розробка пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я;

забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню установами охорони здоров'я всіх форм власності; здійснення заходів щодо розвитку профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення; формування здорового способу життя; забезпечення надання державними установами охорони здоров'я загальнодоступної, переважно, безкоштовної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню; розробка прогнозу та показників розвитку національної служби охорони здоров'я, пов'язаних зі змінами власності; охорона материнства й дитинства тощо.

Для розв'язання найважливіших завдань діяльності та розвитку охорони здоров'я в МОЗ України створюють колегію, рішення якої проводять у життя наказами Міністра.

Відповідні функції в управлінні охороною здоров'я громадян МОЗ України реалізує шляхом здійснення контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів і виробів медичного призначення. Діяльність МОЗ України в цьому напрямі зводиться до реалізації державної політики в сфері державного контролю за якістю та безпекою окремих видів продуктів харчування (спеціальних харчових добавок, лікарських засобів, лікарської рослинної сировини та лікувальної косметики тощо), забезпечення інтересів держави в цій сфері та міжвідомчої координації із зазначених питань. Місцеві державні адміністрації реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я в межах своїх повноважень. Так, місцеві державні адміністрації здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я, які перебувають у сфері їх управління, їх матеріально-фінансовим забезпеченням, організують роботу медичних закладів щодо надання медичної допомоги населенню, здійснюють заходи щодо попередження інфекційних захворювань, епідемій, епізоотій та їх ліквідації тощо.

Державні функції у галузі охорони здоров'я здійснюють також інші органи, які мають у своєму віданні установи охорони здоров'я. До таких органів, зокрема, належать Міноборони України, МВС України, Служба

безпеки України, Мінтранс України. Ці органи визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я.

Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій. Вплив держави, що реалізовується за допомогою органів управління охорони здоров'я, є необхідною умовою функціонування медицини в країні. Для здійснення державного управління у сфері охорони здоров'я громадян використовуються правові, адміністративні, економічні, соціально-психологічні методи.

Нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я здійснюють Генеральний прокурор України і підпорядковані йому прокурори.

Органи та заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я і проведенні громадської експертизи з цих питань.

Система місцевого управління-це система суб'єктивно-об'єктивних взаємозв'язків, які передбачають наявність трьох взаємозалежних елементів:

- суб'єкта місцевого управління, його складового елемента (державного органу на місцях, органу місцевого самоврядування);
- об'єкта місцевого управління (управлінський вплив органів місцевого управління в певних сферах);
- та взаємодії суб'єкта з об'єктом місцевого управління.

Суб'єктами місцевого управління є органи, що здійснюють дане управління. Особливістю місцевого управління є відсутність єдиного, за своєю природою, суб'єкту. Але, це не означає, що відсутній сам суб'єкт. Він

представлений органами двох різних гілок публічної влади: державної та недержавної місцевої.

Державні органи призначають на посаду та звільняють з посади керівників закладів державної системи охорони здоров'я. Проте, незалежно від юридичного статусу установи охорони здоров'я, керівництво ним може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам.

Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обгрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в сфері охорони здоров'я.

Місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством.

Держава підтримує та заохочує індивідуальну підприємницьку діяльність у галузі охорони здоров'я, яка може реалізовуватися тільки за наявності спеціального дозволу (ліцензії) на здійснення такої діяльності.

Система державного управління, що діє в галузі охорони здоров'я, має характерні риси загальної (універсальної) системи державного управління і специфічні риси системи управління об'єктами соціально-культурної (гуманітарної) сфери. Разом з цим, як і будь-яка галузь та комплекс управління, державне управління в галузі охорони здоров'я має характерні особливості, зокрема:

- велику соціально-економічну значущість охорони здоров'я як провідної, базової галузі соціально-культурної сфери життя суспільства й держави, основи державної соціальної політики;

- значні труднощі у передбаченні наслідків прийняття тих чи інших управлінських рішень, які можуть проявлятися не відразу і часто не піддаються кваліфікованим оцінкам;
- велику кількість та різний характер діяльності об'єктів управління: різні за потужністю лікарні (від найменших сільських до колишніх республіканських лікарень підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України), поліклініки, диспансери, амбулаторії, діагностичні центри, санаторії, науково-дослідні інститути, вищі навчальні медичні заклади II, III і IV рівнів акредитації – медичні коледжі, академії та університети;
- наявність закладів охорони здоров'я різних форм власності – державної, комунальної, приватної, колективної;
- неоднорідність об'єктів управління з точки зору їхнього обсягу, потужності, насиченості медичною апаратурою, за кількістю персоналу, в тому числі висококваліфікованих фахівців, за різними формами власності, й, нарешті, за різним службовим підпорядкуванням (окремі заклади охорони здоров'я підпорядковані Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, міністерствам оборони, внутрішніх справ, транспорту, Службі безпеки України та ін.);
- специфічний характер управлінських відносин внаслідок міжгалузевого управління шляхом прийняття відомчих нормативно-правових актів (наказів, інструкцій, оголошень, списків та ін.), які поширюють свою дію на діяльність різноманітних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, медичних і фармацевтичних працівників незалежно від місця їхньої праці, форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я, проведення їх роздержавлення й розподіл за різними формами власності (державна, комунальна, колективна, приватна), набуття ними статусу юридичної особи, застосування новітніх економічних форм і методів господарювання, праці й службового статусу працівників апарату;

- фахові та кваліфікаційні особливості управлінського персоналу галузевих органів виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головні лікарі та їхні заступники центральних районних лікарень) і місцевого самоврядування (управлінь і відділів охорони здоров'я виконкомів міських, сільських і селищних лікарень), більшість з яких за освітою лікарі й фармацевти, поєднують свою адміністративну роботу з практичною роботою за фахом на умовах сумісництва;

- значні труднощі, а часом і неможливість виправлення хибних рішень.

Усі вони сукупно впливають на формування спеціальних (галузевих) органів виконавчої влади і здійснення ними в цій галузі державного управління.

Однією з центральних особливостей здійснення управління у сфері охорони здоров'я є природа його об'єктів – закладів охорони здоров'я. Ці заклади часто називають унікальними або, принаймні, відмінними від інших типів організацій, особливо вони відрізняються від виробничих та інших комерційних підприємств та організацій:

- більш складне визначення та вимірювання результатів;

- виконувана робота дуже різноманітна та складна;

- більшість роботи, за своєю природою, є терміновою та невідкладною;

- робота не допускає терпимості до невизначеності та помилок;

- виробнича діяльність надзвичайно взаємозв'язана з іншими видами роботи, вимагає високого ступеня координації дій різних професійних груп;

- робота потребує надзвичайно високого ступеня спеціалізації.

Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я в містах, місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою Автономної Республіки Крим, органами місцевого самоврядування та відображають

специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях[1].

Як свідчить практика, у системах охорони здоров'я високорозвинених країн останнім часом дедалі активніше застосовуються моделі регулювання ринку медичних послуг, що базується на стратегіях запровадження незалежних форм господарювання самими закладами охорони здоров'я. Водночас складовим елементом сучасної європейської моделі управління медичною сферою на місцевому рівні є процеси децентралізації та обов'язкового саморегулювання. Досягнення найкращих результатів щодо якості надання медичної допомоги забезпечується такими механізмами управління, як акредитація медичних закладів та установ; процедури ліцензування різних видів медичних практик та наявністю міжгалузевого співробітництва. Такий підхід на сьогодні вважається найбільш прогресивним і саме на нього зорієнтовані національні моделі управління системою охорони здоров'я європейських країн.

Значну роль у покращенні доступу та підвищенні якості послуг територіальній громаді з охорони здоров'я відіграють місцеві органи державного управління та органи місцевого самоврядування. Це зумовлено можливістю організовувати надання послуг відповідно до потреб окремої територіальної громади, враховуючи демографічну структуру населення, особливості виробничої сфери та довкілля, медико-соціального стану, розвитку соціальної інфраструктури, включаючи й охорону здоров'я. Слід зазначити, що в Україні майже 80% бюджету на охорону здоров'я формується з місцевих надходжень, що вказує на значний потенціал стосовно прийняття ефективних управлінських рішень з даної проблеми.

Необхідно зазначити, що організація якісного медичного обслуговування населення, що проживає на відповідній території, передбачає виконання органами місцевого самоврядування широких повноважень. Це стосується діяльності багатьох суб'єктів управління у сфері охорони щодо прийняття

низки рішень з організації надання медичної допомоги, у тому числі невідкладної медичної допомоги; залучення коштів на будівництво чи капітальний ремонт та утримання лікувально-профілактичних закладів та установ як об'єктів комунальної власності. Усі ці питання, відповідно до чинного законодавства України, і визначають коло повноважень виконавчих органів влади на рівні місцевого самоврядування.

Рівень медичного обслуговування населення, з урахуванням умов формування та застосування соціальних стандартів і нормативів, має забезпечувати повною мірою для громадян України реалізацію їх соціальних державних гарантій та принципів демократії, закріплених Конституцією України, законами України та відповідними нормативно-правовими актами (постанови уряду, накази Міністерства охорони здоров'я України, рішення органів місцевого самоврядування).

1.3. Нормативно-правові засади функціональної діяльності органу місцевого самоврядування в питаннях розвитку охорони здоров'я міста.

Сучасна доктрина прав людини відносить право на охорону здоров'я до категорії її основних і невідчужуваних прав. Охорона здоров'я – сфера публічної та приватної діяльності держави, громадськості та окремих громадян, в якій відбувається забезпечення прав людини на життя і здоров'я, як прав, що задовольняють фізичне існування людини [10]. Саме на засадах цієї позиції ґрунтуються норми чинного міжнародного та українського законодавства, зокрема, Конституції України, низки окремих законодавчих актів, що регулюють відносини у сфері охорони здоров'я, державних і галузевих програм охорони здоров'я, положень програм більшості українських політичних партій і громадських організацій [11].

Лише у ХХ ст. цивілізовані держави почали розглядати здоров'я населення не лише як індивідуальне благо кожної людини, а й як велику соціальну цінність, одне із завдань державної політики, внутрішню функцію держави. Передова громадська та політична думка закріпила в суспільній

свідомості ідею невід'ємних і природних прав людини, серед яких – право на здоров'я та його охорону з боку суспільства та держави, право на здорові та безпечні умови життя і праці.

Вперше право на охорону здоров'я закріпила Конституція України у 1937 р. Пізніше це право як соціальне право увійшло в конституції багатьох держав, наприклад, до Конституції Португалії, Польщі, Іспанії тощо. Всього за станом на 2001 р. право на охорону здоров'я як соціальне право, яке повинно забезпечуватися і соціально-економічними заходами охорони громадського здоров'я, до своїх конституцій включили 109 країн світу [12]. Цей процес особливо активізувався у зв'язку зі створенням наддержавних органів і формуванням глобальної політики – спочатку з 1919 р. Лігою Націй, а з 1945 р. – Організацією Об'єднаних Націй (ООН). Прийняті ООН та її спеціалізованими органами, передусім Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), міжнародні документи закріплюють як одне з основних прав людини право на повноцінне життя, його здоров'я та його відновлення, а також юридичний обов'язок держави піклуватися про здоров'я своїх громадян, забезпечувати його охорону та матеріально-фінансове забезпечення хоча б на мінімальному рівні.

Здоров'я безпосередньо пов'язане з якістю життя і тому є першочерговим чинником, що визначає людський розвиток, і водночас є одним з результатів його розвитку. Теорія прав людини ґрунтується на принципах, які історично сформовані, збагачені, вдосконалені в процесі розвитку, і є цінними орієнтирами сучасного світу. Вони знайшли втілення у Загальній декларації прав людини (1948), Міжнародному пакті про громадські і політичні права (1966), Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права (1966), Європейській конвенції про захист прав людини і основних свобод (1950), Європейській соціальній хартії (1961, 1996), Конвенції прав людини (1989), Хартії Європейського Союзу про 19 основні права (2000), Конституції Європейського Союзу (2004) тощо. Ці документи визначили універсальний

набір основних прав і свобод, який у єдності покликаний забезпечити нормальну життєдіяльність індивідуума і суспільства [13]. Забезпечення права на здоров'я є пріоритетом у сфері світового розвитку, який, як і запорука благополуччя та добробуту окремої людини і суспільства в цілому, знайшов своє відображення у Цілях розвитку тисячоліття ООН.

Загальна Декларація прав людини у ст. 25.1 наголошує, що “ кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний огляд і соціальне обслуговування, який необхідний для підтримки здоров'я...” [14]. Це положення конкретизує ст.12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та 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 такі заходи:

- а) забезпечення здорового розвитку дитини, зменшення мертвонароджуваності й дитячої смертності;
- б) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища та гігієни праці в промисловості;
- в) запобігання та лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших захворювань і боротьбі з ними;
- г) створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби” [15].

Ці положення розвинуто у резолюції Генеральної Асамблеї ООН №1386 “ Про права дитини”, яка проголошує, що “кожна дитина має право на ім'я, національність, одномовний статус при народженні, материнський догляд і сімейну турботу, охорону здоров'я і захист проти захворювань, достатнє харчування...” [16].

Статут ВООЗ проголошує, що здоров'я всіх народів є основним чинником удосягненні миру та безпеки і залежить від співробітництва окремих осіб і держав [17].

Згідно з ст. 9 Конституції України норми міжнародного права, зокрема чинні міжнародні договори, згоду на обов'язковість яких дала Верховна Рада України, є частиною національного законодавства [18].

Право на життя та право на здоров'я відображені і в Конституції України. У статті 3 закладено правову норму, згідно з якою “людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю”. Абзац другий цієї статті містить положення про те, що права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. В ньому закріплено відповідальність держави перед людиною за свою діяльність, викладено головний обов'язок держави – утвердження та забезпечення прав і свобод людини. Право на життя регламентує стаття 27 Конституції України, яка встановлює: “Кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань”.

Отже, життя кожної людини в Україні визначається найпріоритетнішим благом. Саме з цього логічно виводяться усі інші права.

Щоб забезпечити ефективність системи охорони здоров'я, держава зобов'язана забезпечити нормативно-правове регулювання її організації та діяльності, оскільки в цивілізованому суспільстві право є необхідною умовою існування та розвитку будь-якої системи і галузі народного господарства. У правовій державі регламентація суспільних відносин у сфері охорони здоров'я має здійснюватися на основі законів – нормативних актів, прийнятих вищим органом державної влади в порядку, який установлений конституцією.

Для конституційно-правового регулювання права громадян на охорону здоров'я в Україні на сучасному етапі характерна орієнтація конституційно-правової регламентації правового статусу особи на міжнародні стандарти з прав людини. В Україні право на охорону здоров'я, як у всіх розвинутих країнах,

закріплено в Основному Законі — Конституції. Стаття 49 Конституції України серед іншого встановлює, що держава має створювати умови для ефективного і доступного всім громадянам медичного обслуговування, сприяти розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу повинні надавати безоплатно. Саме зміст основних міжнародних документів про права людини на охорону здоров'я визначив зміст Конституції України, забезпечивши тим самим його демократичність. Таким чином, Конституція України визначає загальні концептуальні підходи до регулювання відносин у галузі охорони здоров'я.

Деталізація та конкретизація основних конституційних положень щодо нормативно-правового регулювання у галузі охорони здоров'я і механізмів їх реалізації знайшли своє відображення в законах України, постановах Верховної Ради, указах та розпорядженнях Президента України, постановах та розпорядженнях Кабінету Міністрів України, нормативних актах центральних органів виконавчої влади та міжнародних договорах України.

Важливим документом є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року (далі – Основи) – нормативний документ, що присвячений регулюванню відносин у сфері охорони здоров'я. Цей закон є своєрідною декларацією прав людини у сфері охорони здоров'я, який визначає правові, організаційні, економічні й соціальні засади охорони здоров'я України і регулює суспільні відносини у цій галузі. Цей документ відображає державну політику у галузі охорони здоров'я, принципи охорони здоров'я, визначає структуру права на охорону здоров'я й обов'язки громадян, встановлює державні гарантії щодо юридичного захисту права на охорону здоров'я, визначає політику світового співтовариства у сфері охорони здоров'я, регулює питання проведення медичної експертизи, закріплює гарантії охорони здоров'я матері і дитини, передбачає основи правового статусу медичних і фармацевтичних працівників та інші питання у цій сфері життєдіяльності. Норми Основ конкретизують, деталізують і

розширюють конституційні норми, які у тій чи іншій мірі присвячені охороні здоров'я, у тому числі і ст. 49 Конституції України, що безпосередньо закріплює конституційне право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування.

Серед законів особливе місце займає Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 року, що вперше на такому рівні закріплює низку важливих прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема, право на охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286).

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 року, Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні від 22 червня 1999 року та інші нормативно-правові акти регулюють питання щодо основних завдань та порядку здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду, функціонування державної санітарно-епідеміологічної служби тощо. Завданням такого нагляду є забезпечення профілактики захворювань людей шляхом попередження, виявлення і припинення порушень санітарного законодавства України. В ст. 1 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» санітарне та епідемічне благополуччя населення визначається як стан здоров'я населення і середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для цієї території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться у межах, що визначені санітарними нормами.

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. Тому після відновлення незалежності перед Україною стало

завдання надзвичайної ваги і складності – створення правової бази молодій державі в нових політичних та соціально-економічних умовах.

Регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я пов'язане зі встановленням державою певних правил поведінки органів виконавчої влади, місцевого самоврядування в організації охорони здоров'я. Саме держава в особі органів виконавчої влади та місцевого самоврядування несе відповідальність перед громадянами за забезпечення охорони здоров'я. При здійсненні регуляторних функцій держава створює нормативно-правові акти, застосовує засоби регулювання та здійснює відповідний контроль з подальшим застосуванням адміністративно-господарських санкцій.

Спочатку нормативно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я, як і в багатьох інших галузях державного управління і народного господарства, здійснювалося за нормативно-правовими актами, запровадженими в умовах СРСР і УРСР. Перша складність їх використання полягала в тому, що в тих умовах не існувало демократичного принципу розподілу влади між законодавчою та виконавчою гілками. Тому нормативні документи видавали як Верховні Ради СРСР та республік, так і партійні органи, уряди і окремі міністерства, що створювало велику плутанину в їх осмисленні та виконанні.

По-друге, деякі з цих документів не відмінені і продовжують діяти досі, хоча країна і, зокрема, система охорони здоров'я діють у зовсім інших соціально-економічних умовах.

По-третє, поспішне прийняття нормативно-правових документів, які здійснювалися за старою звичкою різними гілками державної та місцевої влади, як правило, фахівцями недостатньої кваліфікації, часто суперечили один одному і призвели до хаосу в нормативно-правовій базі.

По-четверте, кваліфікованому створенню нормативно-правової бази перешкоджають політичні суперечки у Верховній Раді, внаслідок яких досі принципово не вирішено, який тип охорони здоров'я ми розбудовуємо, і не

прийнято основного закону про фінансування галузі, без якого вона не може нормально функціонувати.

І нарешті, по-п'яте, політика європейської інтеграції, тобто підвищення рівня життя українського народу до європейських стандартів, вимагає від українських законотворців створення такої правової бази охорони здоров'я, яка б відповідала вимогам Європейського Союзу [18].

Зарубіжний досвід свідчить, що правовою основою для задоволення потреб територіальних громад щодо надання послуг у сфері охорони здоров'я є низка міжнародно-правових документів, в яких окреслені відповідні повноваження органів місцевого самоврядування. Серед таких документів, зокрема, слід назвати Європейську хартію місцевого самоврядування (підписана державами-членами Ради Європи 15 жовтня 1985 р. та ратифікована Україною 15 липня 1997р.). Цей документ визначає існування в цих країнах місцевих органів самоврядування, які наділені повноваженнями для прийняття рішень органами, створеними демократичним шляхом, і які мають широку автономію щодо своєї компетенції, порядку її здійснення і необхідних для цього засобів. Інший документ- Європейська декларація прав міст (ухвалена Постійною конференцією місцевих і регіональних органів влади Європи (CLRAE) Ради Європи 18 березня 1992р.) – гарантує, що жителі європейських міст, виявляють солідарність і беруть на себе зобов'язання домагатися забезпечення всім мешканцям міст рівних прав, зокрема, на охорону здоров'я [1].

Як свідчить практика, у системах охорони здоров'я високорозвинених країн останнім часом дедалі активніше застосовуються моделі регулювання ринку медичних послуг, що базується на стратегіях запровадження незалежних форм господарювання самими закладами охорони здоров'я. Водночас складовим елементом сучасної європейської моделі управління медичною сферою на місцевому рівні є процеси децентралізації та обов'язкового саморегулювання. Досягнення найкращих результатів щодо якості надання

медичної допомоги забезпечується такими механізмами управління, як акредитація медичних закладів та установ; процедури ліцензування різних видів медичних практик та наявністю міжгалузевого співробітництва. Такий підхід на сьогодні вважається найбільш прогресивним і саме на нього зорієнтовані національні моделі управління системою охорони здоров'я європейських країн.

Рівень медичного обслуговування населення, з урахуванням умов формування та застосування соціальних стандартів і нормативів, має забезпечувати повною мірою для громадян України реалізацію їх соціальних державних гарантій та принципів демократії, закріплених Конституцією України, законами України та відповідними нормативно-правовими актами (постанови уряду, накази Міністерства охорони здоров'я України, рішення органів місцевого самоврядування).

Нормативним документом, що регламентує діяльність Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради щодо управління галуззю охорони здоров'я міста є Положення про відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення (затверджений рішенням сесії міської ради від 15.02.2013 року № 6/29/6). Метою діяльності Відділу є забезпечення прав членів територіальної громади міста у сфері охорони здоров'я шляхом створення сприятливих умов для функціонування в м. Тернополі закладів, підприємств і установ охорони здоров'я.

Основним розпорядчим документом Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення є наказ. За змістом управлінської дії накази видаються з основних питань діяльності відділу, адміністративно-господарських або кадрових питань.

Накази з основної діяльності регламентують:

- утворення, комісій, робочих груп тощо;
- розподіл обов'язків між заступниками начальника відділу;
- організацію управлінської діяльності (з окремих питань);

- забезпечення і регулювання порядку фінансування діяльності;
- реалізацію програм;
- скасування попередніх наказів з основної діяльності відділу у зв'язку із завершенням терміну їх дії тощо.

Накази з адміністративно–господарських питань видають у тому разі, коли такі питання потребують правового регулювання.

Накази з адміністративно–господарських питань регламентують:

- дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку;
- використання ліміту пального, пально–мастильних матеріалів;
- проведення річної інвентаризації;
- комунальне обслуговування лікувально-профілактичних закладів, енергопостачання та збереження енерго– та інших ресурсів тощо.

В останні роки значно активізувалася законотворча діяльність щодо істотного підвищення ефективності охорони здоров'я громадян в Україні. Зокрема, розроблені кілька законопроектів щодо запровадження моделі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, про автономізацію закладів охорони здоров'я, про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, про захист прав пацієнтів та медичних працівників, деякі інші. В даному контексті особливо важливим є підвищення ролі місцевих органів державного управління та органів місцевого самоврядування в покращенні організації надання послуг територіальній громаді з охорони здоров'я [1-6].

Існуюча потреба у спрямованості практики управління на реформування сфери охорони здоров'я в місті і зумовлює необхідність оновлення механізмів державного управління галуззю, вимагає наукового обґрунтування та практичного впровадження нових методів управління, які б сприяли розв'язанню протиріч і усуненні невідповідностей між фактичними потребами населення в медичній допомозі та послугах і реальними можливостями системи охорони здоров'я щодо якісного задоволення цих потреб в умовах

трансформаційних перетворень. На першому етапі медичної реформи держава запровадила пілотний проект на підставі Закону №3611 від 7 липня 2011 року «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Сьомого листопада реформу закріпили, змінивши вже базове законодавство – Законом №3612 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». Реформування системи охорони здоров'я передбачає здійснення заходів щодо розмежування рівнів медичної допомоги, структурної реорганізації закладів охорони здоров'я, запровадження нових фінансових механізмів, системи контролю якості медичної допомоги.

На сьогодні, нормативно-правова база в Україні є недосконалою. Правові акти, що регламентують охорону здоров'я громадян, приймаються безсистемно, відсутня єдність у підходах до законодавчого забезпечення права на охорону здоров'я, при правотворчому процесі законодавці керуються кон'юнктурними міркуваннями й особистими інтересами, але не потребами і реаліями сьогодення. Такі обставини обумовлюють необхідність комплексного підходу до удосконалення законодавчої бази охорони здоров'я. Потребує свого вирішення і проблема юридичного закріплення принципів існування об'єднаної системи охорони здоров'я в єдиному медичному просторі, як механізму її діяльності. Це вимагає, по-перше, систематизації нормативно-правових актів, які стосуються охорони здоров'я, особливо при функціонуванні останньої в єдиному медичному просторі. По-друге, доцільно використати законодавче поле, яке існувало й раніше, але привести його у відповідність із сучасними вимогами. По-третє – потрібно адаптувати національне законодавство в галузі охорони здоров'я з правовими стандартами Ради Європи та Європейського Союзу. При цьому слід зважити на особливості їх застосування в різних моделях фінансування – приватній або суспільній (колективній чи державній). Вирішення завдань щодо чіткої орієнтації України на набуття повноправного

членства в Європейському Союзі вимагає від державних службовців у галузі охорони здоров'я оперування глибокими і всебічними знаннями щодо інтеграційних процесів, стандартів медичної допомоги в країнах Європейського Союзу, механізмів регулювання медикаментозного ринку, - тобто європеїзації державного управління охороною здоров'я[12, с. 182-185].

Висновки до розділу I

Система охорони здоров'я відіграє надзвичайно важливу роль у забезпеченні належного рівня життя громадян. Показник здоров'я людини є одним із чинників суспільного розвитку тієї чи іншої країни. Тому медичне забезпечення громадян – одна з найважливіших внутрішніх функцій сучасної держави.

Медична галузь є багаторівневою функціональною керованою системою, яка створена і використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних і медичних заходів, що спрямовані на охорону та зміцнення здоров'я кожної людини та населення країни в цілому.

До системи органів державного управління охорони здоров'я входять Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Рада міністрів АРК, місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій).

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної влади. Кабінет Міністрів України організовує розробку та здійснення комплексних і цільових програм; створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я; укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в галузі охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України, що є спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони

здоров'я та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають пріоритетні напрямки діяльності служби охорони здоров'я, провадять заходи щодо розвитку профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення, розробляють єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у галузі охорони здоров'я.

Органи місцевого самоврядування реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством. Так, органи місцевого самоврядування здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я, які перебувають у сфері їх управління, їх матеріально-фінансовим забезпеченням, організують роботу медичних закладів по наданню медичної допомоги населенню, здійснюють заходи щодо попередження інфекційних захворювань, епідемій, епізоотій та їх ліквідації тощо. Саме держава в особі органів місцевого самоврядування несе відповідальність перед громадянами за забезпечення охорони здоров'я. При цьому держава створює нормативно-правові акти, застосовує засоби регулювання та відповідного контролю з подальшою реалізацією адміністративно- господарських санкцій.

Безпосереднє виконання функцій медичного забезпечення ґрунтується на положеннях Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, інших нормативних актів. Однак, слід зазначити, що на сьогодні, нормативно-правова база в Україні є недосконалою і потребує свого подальшого вдосконалення.

РОЗДІЛ II

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНУ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ПИТАННЯХ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСТА

2.1. Аналіз стану охорони здоров'я міста та чинників, що його визначають

Головна мета сучасних систем охорони здоров'я — збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян. Це забезпечується раціональним об'єднанням зусиль пацієнтів, медичного персоналу, установ і організацій, місцевої та центральної влади і ефективним використанням ресурсів, які визначаються бюджетом та іншими джерелами для їх діяльності щодо задоволення потреб громадян у підтриманні їх здоров'я [10].

В даній роботі на прикладі органу місцевого самоврядування — Тернопільська міська рада, її структурного підрозділу Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення проаналізуємо стан охорони здоров'я міста та чинників, що його визначають.

Система охорони здоров'я в Україні відноситься в цілому до тих галузей, які визначають рівень благополуччя населення. На відміну від більшості інших суспільних сфер вона повністю знаходиться на бюджетному фінансуванні, а можливості широкого залучення позабюджетних джерел обмежені існуючою законодавчою базою. В результаті галузь не має можливості користуватись перевагами ринкової економіки, але при цьому відчуває на собі всі проблеми ринкових відносин.

Галузь охорони здоров'я м. Тернополя, надаючи медичну допомогу населенню, вносить вагомий внесок у здоров'я територіальної громади, тим самим розвиває її фізичний, економічний та соціальний потенціал.

Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення здійснює контроль за виконанням Указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України щодо охорони здоров'я, галузевих нормативно-правових актів, заходів державних, обласних програм та основних напрямків розвитку галузі охорони

здоров'я; контроль за ефективністю використання ресурсів системи охорони здоров'я з метою раціонального використання бюджетних коштів, залучення інвестицій для розвитку медичної галузі міста. Виконує комплекс організаційних заходів із забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, у тому числі питання імунопрофілактики, як основний захід профілактики особливо небезпечних інфекцій. Здійснює пріоритетне виконання державної політики щодо охорони материнства і дитинства, збереження репродуктивного здоров'я населення, зміцнення матеріально-технічної бази дитячих та пологових стаціонарів, удосконалення організації надання спеціалізованої медичної допомоги дітям і матерям в закладах охорони здоров'я.

Чисельність постійного населення м.Тернополя станом на 1 січня 2013 року становить 217300 осіб. Демографічна ситуація в місті Тернополі протягом останніх років має позитивну тенденцію на відміну від ситуації по області, за рахунок росту народжуваності, незначного зниження смертності та темпів позитивного природного приросту (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Демографічні показники м.Тернополя в період 2008-2013 років

Показник	2008 рік	2009 рік	2010 рік	2011 рік	2012 рік	2013 рік
Народжуваність	13,1	13,7	11,9	14,1	12,0	13,8
Смертність	8,1	7,0	9,0	8,4	8,1	7,9
Дитяча смертність:	9,5‰	6,0‰	6,4‰	4,9‰	6,9‰	4,7‰
Природний приріст	+5,0	+6,7	+2,9	+5,7	+3,9	+8,9
народилось	2834	2718	2589	3078	2596	3007

Примітка. Наведено за даними міського інформаційно-аналітичного відділу медичної статистики.

За 2013 рік у м. Тернополі народилось 3007 немовлят(2012 р. – 2596 немовлят), показник народжуваності становить 13,8 на 1000 середньорічного населення (2012 р. – 12,0). Померло за даний період 1701 осіб (2012 рік - 1758), показник смертності складає 7,9 на 1000 населення проти 8,1 в 2012 році.

Природній приріст населення протягом десятиріч має позитивний знак на відміну від державного і обласного показника і складає +8,9 на 1000 населення (по області – -2,9).

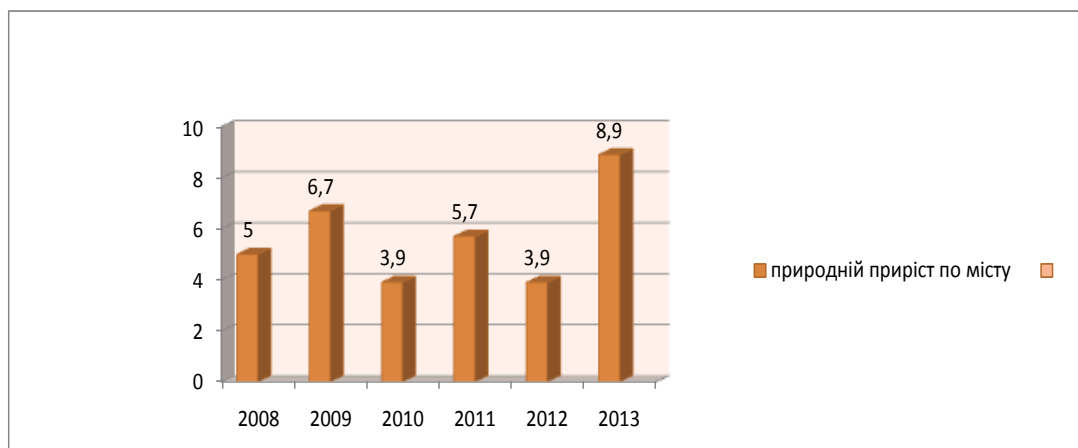


Рис.2.1. Природній приріст по місту на 1000 населення

Пріоритетами галузі залишались охорона здоров'я матері та дитини, переорієнтація первинної медико-санітарної допомоги на загальну практику-сімейну медицину, зміцнення матеріально-технічної бази медичних закладів.

Цілеспрямована діяльність на покращення медичного обслуговування матері і дитини дозволило отримати позитивну динаміку щодо показників дитячої смертності (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Показники дитячої смертності по м.Тернополю

Показник дитячої смертності по місту Тернополю	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	8,8‰	7,0‰	7,5‰	7,8‰	9,5‰	6,0‰	6,4‰	4,9‰	6,9‰	4,7‰

Ефективність і якість надання медичної допомоги дітям найкраще можна оцінити за результатами показників здоров'я дітей . Показники материнської та малякової смертності є інтегрованими індикаторами рівня життя населення кожної країни. Відповідно до нових програмних документів ЄС, ВООЗ щодо поліпшення здоров'я населення цей показник включено до переліку основних стратегічних показників соціально-економічного розвитку країни.

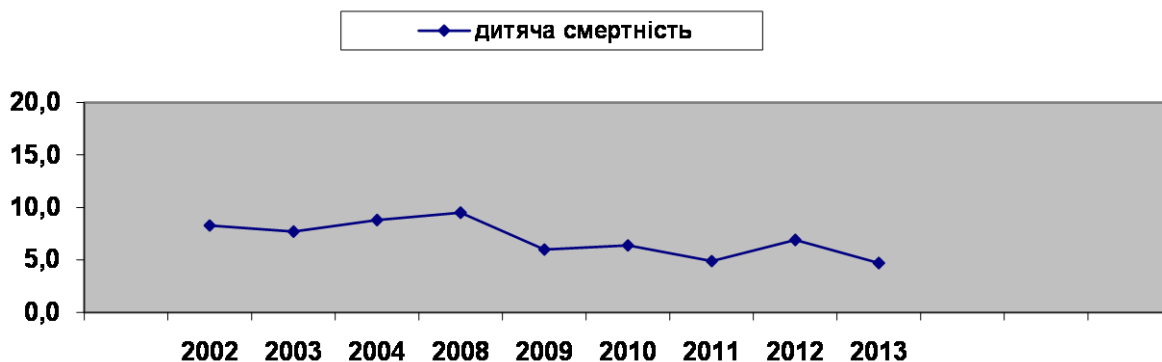


Рис.2.2.Динаміка смертності немовлят (на 1000 новонароджених)

Показник дитячої смертності за 2013 рік становив 4,7 на 1 тис. новонароджених проти 6,9 за 2012 рік (по області – 6,77).

Структура дитячої смертності протягом останніх років залишається стабільною :І місце посідають стани, що виникли в перинатальному періоді, ІІ місце - вроджені вади розвитку.

Протягом останніх чотирьох років в місті не реєструвались випадки материнської смертності.

Слід відзначити, що дані показники є на рівні визначених ВООЗ орієнтовних показників материнської та малюкової смертності для країн європейського регіону з відповідним рівнем соціально-економічного розвитку.

Такі позитивні зрушення відбулися за рахунок удосконалення як організаційних, так і медичних технологій: приведення галузевої нормативної бази у відповідність до європейських та світових стандартів, введення клінічних протоколів на основі науково-доказової медицини, впровадження сучасних ефективних низькозатратних перинатальних технологій, створення неонатологічної служби та служби планування сім'ї. Нові технології (індивідуальні сімейні пологові зали, «тепловий ланцюг», раннє прикладання, рання виписка, партнерські пологи), які запроваджені в пологовому будинку Тернопільської міської комунальної лікарні №2 дуже добре сприймаються населенням міста і дали можливість збільшити кількість нормальних пологів, скоротити пологові ліжка та досягти значного покращення показників діяльності цього закладу. Міська лікарня №2 акредитована на звання "Лікарня

доброзичлива до дитини". Рододопомога орієнтована на участь сім'ї, так, протягом 2013 року в пологовому стаціонарі міської лікарні №2 проведено 82% партнерських пологів від загальної кількості пологів .

Як показав досвід країн Європи, збереження пріоритетності питань охорони материнства і дитинства дасть можливість і надалі знизити малюкову смертність, а також забезпечить народження здорової дитини.

В структурі поширеності та захворюваності серед дорослого населення намітилось збільшення питомої ваги хвороб системи кровообігу, органів дихання ендокринної системи та порушень обміну речовин. Поширеність захворювань по таких нозологіях як цукровий діабет, всі форми ревматизму, хвороби системи кровообігу, нервової системи, органів дихання перевищує обласні показники, що вказує на їх хронізацію й зростання потреби в медичній допомозі та призводить до зростання показників смертності.

Одночасно в місті реєструється зниження захворюваності на туберкульоз, хвороби крові, сечостатевої системи, показники яких є нижче обласних(табл.2.3).

Таблиця 2.3.

Захворюваність по м. Тернополю на туберкульоз протягом року в динаміці
(на 100 тис. населення)

	2008р.	2009р.	2010р.	2011 р.	2012р.	2013 р.	Область (2013р.)
Загальна захворюваність	52,2	41,7	50,9	50,9	49,1	37,1	49,4
Деструктивні форми (Відсоток)	40,6%	40,5%	44,0%	31,5%	38,9%	27,1%	38,9%

Примітка. Наведено автором за даними Тернопільського міського відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення

Захворюваність на туберкульоз знизилась з 49,1 до 37,1 на 100 тис.населення (обласний показник – 49,4). Туберкульоз легень знизився з 44,0 до 32,5 на 100 тис. населення (обласний показник 43,3). Знизились бацилярні

форми з 18,5 до 14,48 (обласний показник 22,3). Знизився відсоток деструктивних форм туберкульозу з 38,9% до 27,1% (обласний показник-38,9). Знизилась захворюваність серед дітей з 6,0 до 9,1 на 100 тис.населення, захворюваність серед підлітків протягом 2013 року не зареєстрована.

Високим залишається в місті рівень онкологічної захворюваності, яка займає 2-ге місце в структурі захворюваності і смертності населення. В 2013 році захворюваність на злоякісні захворювання збільшилася і становить 371,9 на 100 тис.населення проти 332,2 в 2012 році. Вперше виявлено 743 випадків онкозахворюваності. Летальність до року становить 30,2. Загальна занедбаність виросла з 15,3% до 15,8% (обласний показник 15,7%)(табл.2.4.).

Таблиця 2.4.

Онкологічна захворюваність по м. Тернополю за 12 місяців 2013 року в динаміці (на 100 тис. населення)

	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011р.	2012р.	2013р.	Область (2013р.)
Захворюваність	290,9	292,4,5	342,0	332,9	332,2	371,9	328,2
Загальна занедбаність	15,8%	17,7%	18,4%	19,9%	15,3%	15,8%	15,7%

Важливою проблемою є зростання захворюваності на соціально небезпечні хвороби, зокрема ВІЛ/СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом. Значно поширені наркологічні розлади. Високі рівні захворюваності обумовлюють збільшення кількості інвалідів. Рівень санітарної освіченості і культури населення країни залишається недостатнім.

Сьогоднішній стан здоров'я населення, недостатня доступність високоспеціалізованої медичної допомоги, висока питома вага вперше виявлених занедбаних форм потребують адекватного диспансерного спостереження та планового стаціонарного лікування хворих.

Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради постійно працює над удосконаленням мережі та структури

лікувально-профілактичних закладів, робить все можливе, щоб вона була зорієнтована на пацієнта, доступною для людей, економною та ефективною. В умовах обмеженого фінансування одним з основних завдань відділу є жорсткий контроль за раціональним та ефективним використанням бюджетних коштів, професійним навчанням кадрів, вишукуванні додаткових джерел фінансування.

В лікувально-профілактичних закладах міста працює 3415 медичних працівників, з них 847 - лікарі, з них з вищою кваліфікаційною категорією – 393, з I категорією – 208, середній медичний персонал – 1439 осіб, молодший медичний персонал – 659 осіб, іншого персоналу – 469 осіб. Робота медичної галузі міста спрямована на поліпшення доступності та якості медичної допомоги мешканцям. В закладах охорони здоров'я запроваджено стандарти професійного спілкування.

В місті Тернополі з чисельністю населення 217300 функціонує 4 багатопрофільних лікарні з поліклінічними підрозділами на 1015 ліжок, в яких прослідковується дублювання ліжок хірургічного і терапевтичного профілів, які утримуються за рахунок бюджетних та спецкоштів. Інфекційне та гематологічне відділення міської дитячої лікарні та інфекційне і опікове відділення лікарні швидкої допомоги практично виконують функцію обласних, тобто відсутнє чітке розмежування вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

На рівні первинної ланки в місті пріоритетно проводились заходи по впровадженню сімейної медицини. Згідно рішення двадцять третьої сесії міської ради від 17.08.2012 року № 6/23/15 в місті створено і функціонує Тернопільський комунальний заклад «Центр первинної медико-санітарної допомоги», який складається з 2 філій:

Філія №1 – складається з 7 амбулаторій, які обслуговують мікрорайони «Дружба» і «Центр».

Філія №2 – складається з 8 амбулаторій, обслуговує мікрорайони «Східний» і Сонячний».

Всього «ЦПМСД» обслуговує 176215 дорослих жителів м. Тернополя.

В центрі працюють 90 сімейних лікарів, 26 дільничних терапевтів, вузькі спеціалісти: хірурги, окулісти, неврологи та ЛОР-лікарі та ін.

З метою доступності медичної допомоги населенню міста функціонують амбулаторії по вул. Морозенка та кабінети прийому лікаря загальної практики-сімейної медицини мікрорайонів с. Пронятин та с. Кутківці. В 2011 році відкрито кабінети прийому лікаря загальної практики-сімейної медицини в приміщенні ТОВ «ОСП Корпорація Ватра». Відкрито кабінет лікаря загальної практики-сімейної медицини в приміщенні ЗОСШ № 27. В червні 2013 року на базі колишнього приміщення дезстанції з метою наближення надання медичної допомоги до населення, створено амбулаторію №6 (по вул. Петриківській, мікрорайон «Дружба») та повноцінну амбулаторію №14 по вул. Куліша,7.

В 2013 році міська Станція швидкої медичної допомоги відповідно до вимог законодавства була трансформована в службу Екстреної медичної допомоги, яка тепер повністю підпорядковується департаменту охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації.

Проводиться оптимізація структури, ліжкового фонду, кадрового потенціалу та ресурсів закладів охорони здоров'я (оптимізовано 105 стаціонарних ліжок та 24,5 штатних посад лікарського та середнього медичного персоналу, переведено госпрозрахункове діагностично-профілактичне відділення ТМКЛШД в міську комунальну лікарню №3.

Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради в першу чергу ставить перед собою завдання підвищення рівня медичного обслуговування населення, наближення первинної медичної допомоги до жителів м. Тернополя, розширення можливостей щодо її доступності та якості, впровадження нових підходів щодо організації роботи

закладів охорони здоров'я та їх фінансового забезпечення, підвищення ефективності використання бюджетних коштів .

Бюджет галузі на 2013 рік складав 119263,7 тис. грн., що менше мінімальної потреби на 21484,1 тис. грн., тому робота проводилася в режимі жорсткої економії із збереженням якості і стандартів надання медичної допомоги.

Для оновлення матеріально – технічної бази лікувально-профілактичних закладів міста за рахунок коштів від приватизації майна протягом 2013 року придбано медичного обладнання:

- Тернопільською комунальною міською лікарнею №2 придбано дихальний апарат SIPAP вартістю 200,0 тис.грн.,

- Міською комунальною лікарнею № 3 придбано медичне обладнання для оснащення кабінетів первинної медико-санітарної допомоги на суму 738,5 тис.грн., аналізатор гематологічний автоматичний 59,9 тис.грн. та ін.;

- Тернопільською міською комунальною дитячою лікарнею придбано стерилізатор вартістю 60,0 тис.грн.;

- Тернопільським міським комунальним закладом «Центр первинної медико-санітарної допомоги»- комп'ютерну техніку для кабінетів сімейних лікарів – на суму 99,9 тис.грн.,

- Тернопільською міською комунальною стоматологічною поліклінікою за рахунок приватизаційних коштів та коштів цільового фонду придбано пересувну стоматологічну установку та інше стоматологічне обладнання на суму 99,9тис.грн.

Проведено капітальні ремонти приміщень лікувально-профілактичних закладів на суму 2001,1 тис.грн., а саме :

- Тернопільська комунальна лікарня швидкої допомоги – капітальний ремонт центрального входу, завершення капітального ремонту поліклініки, капітальний ремонт інфекційного корпусу та інших приміщень лікарні на суму 771,4 тис.грн.;

-Тернопільська комунальна міська лікарня №2 – капітальний ремонт під'їзних шляхів на території лікарні, капітальний ремонт приміщення, в т.ч. хірургічного відділу та ін. на суму 715,4 тис.грн.

-міська комунальна лікарня № 3 – капітальний ремонт даху, погашення кредиторської заборгованості за 2012 р., на суму 186,4 тис.грн.;

- Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня – капітальний ремонт даху, гематологічного відділення, піддашків та ін., на суму 227,3 тис.грн.;

- Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка – проведено капітальний ремонт системи тепlopостачання на суму 49,5 тис.грн.;

- Дитяча стоматологічна поліклініка –капітальний ремонт хірургічного кабінету на суму 29,9 тис.грн.

За рахунок власних позабюджетних надходжень (в т.ч. гуманітарна допомога) придбано обладнання на суму 1165,6 тис.грн.,а саме:

- міська комунальна лікарня швидкої допомоги –комплект пристроїв для наркозного апарату, хірургічні столи, ліжка, діатерморегулятор та інше медичне обладнання;

- міська комунальна лікарня №2 –санітарний автомобіль «Мерседес», рентгенівська трубка, операційні столи, ліжка та інше.

- міська комунальна лікарня №3 – аналізатор біохімічний та інше медичне обладнання.

- міська дитяча комунальна лікарня –апарат цитоцентрифуга CYTOSPIN та інше обладнання;

- міська комунальна стоматологічна поліклініка та дитяча стоматологічна поліклініка – стоматологічне обладнання.

Проблемним питанням є невідповідність фактичного фінансування медичної галузі нормативній потребі ЛПЗ, оскільки щорічний ріст нормативної потреби в бюджетних асигнуваннях обумовлений:

- підвищенням заробітної плати медичних працівників;

- подорожчанням ліків, інших видаткових матеріалів та продуктів харчування;
- ростом тарифів на комунальні послуги, енергоресурси, ГММ для санітарного транспорту;
- впровадженням у медичну практику затверджених МОЗ України лікувально-діагностичних стандартів.

На утримання закладів охорони здоров'я на 2013 рік заплановано 119263,7 тис.грн., профінансовано з бюджету міста 118917,1 тис.грн., що становить 99,7%. На виплату заробітної плати з нарахуваннями при плані 99461,1 тис.грн., направлено 99460,6 тис.грн. (99,9%), на придбання медикаментів заплановано 3816,4 тис.грн., використано 3781,3 тис.грн. або 99,1%, на придбання продуктів харчування заплановано і використано 1898,6 тис.грн.

Таблиця 2.5.

Структура видатків галузі охорони здоров'я міста

Найменування видатків	2012 рік		2013 рік	
	заплановано на рік тис.грн.	використано тис.грн.	заплановано на рік тис.грн.	використано тис.грн.
Виплата заробітної плати з нарахуваннями	107670,2	107669,7	99460.6	99460.6
Медикаменти	5494,4	5481,8	3816.4	3781.3
Продукти харчування	1991,3	1990,6	1898,6	1898,6
Безкоштовні рецепти пільговим категоріям	574,0	574,7	912.3	912.3
Пільгове зубопротезування	430,3	430,3	500.0	500.0

У зв'язку з недостатнім фінансуванням галузі основна частина бюджетних коштів направляється на «захищені» статті витрат (заробітна плата, придбання медикаментів, продуктів харчування, комунальні платежі). Коштів, які виділяються на відновлення матеріально-технічної бази, недостатньо, внаслідок чого зношеність матеріально-технічної бази медичних установ міста становить більше 70%.

Простроченої заборгованості по платежах в закладах охорони здоров'я міста немає.

Для надання безкоштовних рецептів пільговим категоріям громадян, які перебувають на амбулаторному лікуванні заплановано і використано 912,3 тис.грн. На пільгове зубопротезування видатки склали 500,0 тис.грн., що становить 100% плану.

З метою покращення фінансування на утримання лікувальних закладів залучено власних позабюджетних надходжень установ на суму 8846,6 тис.грн., а саме:

- плата за послуги, що надаються бюджетними установами – 3535,0 тис.грн.;
- від додаткової (господарської) діяльності – 1,3 тис.грн.;
- за оренду майна – 1221,0 тис.грн.;
- від отримання благодійних внесків грантів та дарунків – 4615,6 тис.грн.

Вартість 1 ліжко-дня за 2013 рік по медикаментозному забезпеченню склала 27,94 грн., в тому числі за рахунок коштів загального фонду – 7,73 грн., при 6,81 грн. за 2012 рік, вартість 1 ліжко-дня на харчування становить 6,42 грн., в тому числі за рахунок коштів загального фонду - 5,85 грн. при 6,26 грн. за 2012 рік.

Протягом 2013 року в лікувально-профілактичних закладах міста були впроваджені в медичну практику новітні методики та технології:

- трансрадіальний доступ до проведення коронарографії та стентування;
- ендovasкулярна емболізація маткових артерій;

- ендovasкулярна емболізація яєчкової вени;
- встановлення кава-фільтрів;
- селективна катетеризація судин для проведення локальної хіміотерапії;
- ендovasкулярне дослідження брахіоцефального стовбура сонних артерій;
- малоінвазивні технології в ЛОР-практиці;
- лазерна абляція судин.

Проведений аналіз стану охорони здоров'я міста водночас свідчить, що чинниками, які його визначають є демографічна структура населення, особливості виробничої сфери та довкілля (Тернопіль має зручне географічне розташування, відноситься до екологічно чистих міст України), медико-соціальний стан міста, розвиток медичної інфраструктури, кадровий потенціал медичної галузі, її фінансування. Водночас на сьогодні медична галузь міста має суттєві недоліки:

- не існує чіткого розподілу на служби первинної і вторинної допомоги, невиправдане дублювання функцій і завдань;
- нескоординоване управління рівнями медичної допомоги;
- невиправдано сформована і економічно необґрунтована мережа стаціонарних закладів охорони здоров'я міста, орієнтованих на виконання плану ліжко-днів;
- недостатнє забезпечення медичних закладів діагностичною і лікувальною апаратурою та обладнанням, відповідно до профілю закладу;
- недостатнє та неефективне розподілення фінансування галузі.

2.2. Оцінка функціональної діяльності органу місцевого самоврядування у сфері розвитку охорони здоров'я міста та її організаційного забезпечення

Відповідно до Конституції та Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", органи місцевого самоврядування є самостійними органами місцевої влади, юридичними особами і наділені для виконання своїх

завдань і функцій відповідними повноваженнями, які поділяються за своєю правовою природою на дві окремі групи:

- власні повноваження, в межах яких органи місцевого самоврядування діють самостійно і несуть відповідальність за свою діяльність перед законом;
- окремі повноваження органів виконавчої влади, надані (делеговані) законом органам місцевого самоврядування, у здійснення яких вони є підконтрольними відповідним органам виконавчої влади (п. 1, 2 ст.16 Закону).

До виключних повноважень Тернопільської міської ради входить затвердження програми соціально-економічного та культурного розвитку міста, цільових програм з інших питань місцевого самоврядування, зокрема програм охорони здоров'я населення.

Тернопільська міська рада є органом місцевого самоврядування, що представляє територіальну громаду міста Тернополя та здійснює від її імені та в її інтересах функції і повноваження місцевого самоврядування, визначені Конституцією України та Законами України. Вона діє на підставі Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", який визначає виключну компетенцію міських рад, яку становлять питання, що можуть бути вирішені виключно на пленарних засіданнях міської ради. Повноваження Тернопільської міської ради (ст.26 Закону) за своїм характером поділяються на 5 груп: по організації роботи ради та формування її органів; організації та функціонування системи місцевого самоврядування; економічного і соціального розвитку міста, бюджету, управління комунальною власністю; забезпечення контрольних функцій та інші питання.

Міська рада як орган місцевого самоврядування здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення міста Тернополя, де підпорядкованими їй об'єктами є 7 закладів охорони здоров'я міської комунальної власності. Це керівництво вона здійснює через спеціально утворений нею виконавчий орган – відділ охорони здоров'я та медичного

забезпечення Тернопільської міської ради, начальника і заступників яких призначає і звільняє з посади міський голова.

Організаційну структуру Тернопільської міської ради відображено в додатку А [90].

Міський голова є вищою посадовою особою територіальної громади міста Тернополя. Його повноваження визначені у ст.42 Закону "Про місцеве самоврядування в Україні". У своїй діяльності міський голова повинен забезпечити здійснення у межах наданих законом повноважень, додержання Конституції та законів України, виконання актів Президента України та органів виконавчої влади; організувати в межах, визначених законом, роботу міської ради, її виконавчого комітету, інших структурних підрозділів та здійснювати контроль за їх роботою та ін.

При здійсненні наданих повноважень міський голова є підзвітним, підконтрольним і відповідальним перед територіальною громадою, відповідальним - перед міською радою, а з питань здійснення делегованих повноважень - також підконтрольним відповідним органам виконавчої влади. Відповідно до вимог п. 6 ст. 42 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", міський голова не рідше одного разу на рік звітує про свою роботу перед територіальною громадою на відкритій зустрічі з громадянами. У складі його звіту про роботу має бути і розділ, що стосується охорони здоров'я населення і роботи міських медичних закладів. На вимогу не менше половини депутатів відповідної ради міський голова зобов'язаний прозвітувати перед радою про роботу виконавчих органів ради у будь-який визначений ними термін.

Здійснюючи загальне керівництво життєзабезпеченням міста, міський голова вирішує певні завдання і щодо надання медичної допомоги охорони здоров'я його мешканців. Так, відповідно до вимог ст. 42 вказаного Закону він, від імені міської ради приймає на роботу (укладає контракти про роботу) з

начальником та спеціалістами відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення міської ради та керівниками міських закладів охорони здоров'я.

До відання міського голови належить також:

- внесення подань до відповідних органів про притягнення до відповідальності посадових осіб органів виконавчої влади, якщо вони ігнорують законні вимоги та рішення рад і їх виконавчих органів, прийняті в межах їх повноважень;
- звернення до суду про визнання незаконними актів органів виконавчої влади, які обмежують права територіальної громади, а також повноваження органів та посадових осіб місцевого самоврядування.

Основним виконавчим органом Тернопільської міської ради є виконавчий комітет, який утворюється міською радою на строк її повноважень. Виконавчий комітет Тернопільської міської ради утворюється у складі міського голови, його заступників з питань діяльності виконавчих органів ради, керуючого справами (секретаря) виконавчого комітету, а також керівників відділів, управлінь та інших виконавчих органів ради та інших осіб. Очолює виконавчий комітет міський голова. Виконавчий комітет міської ради може розглядати і вирішувати питання, віднесені законом до відання виконавчих органів ради.

Отже, виконавчий комітет є виконавчим і розпорядчим органом міської ради. Він підзвітний і підконтрольний міській раді, а з питань здійснення делегованих повноважень - обласній державній адміністрації. Виконавчий комітет не менше як 1 раз на рік звітує про свою діяльність перед радою та інформує населення міста.

До відання виконавчих органів міської ради також належать:

- внесення подань до відповідних органів про притягнення до відповідальності посадових осіб (у тому числі органів виконавчої влади), якщо вони ігнорують законні вимоги та рішення ради і їх виконавчих органів, прийняті в межах їх повноважень;

- звернення до суду про визнання незаконними актів органів виконавчої влади, які обмежують права територіальної громади, а також повноваження органів та посадових осіб місцевого самоврядування.

Своєрідним продовженням організаційної системи управління у сфері охорони здоров'я є відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення міської ради, головні лікарі лікувально-профілактичних закладів та їх заступники. Правовий статус відділу визначений у Положенні про відділ, яке затверджено рішенням сесії міської ради. Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення міської ради здійснює свою діяльність на правах самостійного структурного підрозділу міської ради, має печатку із своїм найменуванням, інші необхідні реквізити: штампи, бланки та ін. Відділ користується майном, переданим йому виконавчим комітетом міської ради.

У складі відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради виділяють 2 сектори, а саме:

- сектор медико-профілактичної роботи;
- сектор економічної роботи та бухгалтерського обліку.

Основними завданнями відділу є організація лікувально-профілактичної допомоги населенню, забезпечення належної діяльності закладів охорони здоров'я комунальної власності по наданню населенню висококваліфікованої медичної допомоги, здійснення керівництва ними, розподіл коштів міського бюджету, виділених на забезпечення діяльності комунальних закладів охорони здоров'я, вивчення стану здоров'я населення, розроблення заходів по профілактиці захворювань, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності та ін.

Очолює відділ начальник, який призначається і звільняється з посади міським головою. Начальник відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення у своїй роботі підпорядковується голові міської ради і безпосередньо заступнику міського голови з питань діяльності виконавчих органів ради.

Начальник відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення здійснює постійне керівництво діяльністю відділу та його підрозділами, керує діяльністю відділу і несе відповідальність за стан виконання покладених на відділ завдань, затверджує положення про структурні підрозділи та посадові інструкції працівників відділу, розподіляє посадові обов'язки між працівниками, несе персональну відповідальність за збереження майна і засобів, переданих йому в користування виконавчим комітетом міської ради, та вирішує інші питання. Начальник, в межах своїх повноважень та відповідно до законодавства, одноосібно видає накази, організовує та перевіряє виконання розпоряджень міського голови, у необхідних випадках видає з керівниками інших управлінь спільні накази та інструкції. У випадку його відсутності накази, в межах визначених посадовою інструкцією повноважень, мають право видавати його заступники. Розподіл повноважень і ступінь відповідальності заступників, керівників структурних підрозділів здійснює начальник відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення.

На виконання національних, державних та регіональних програм в галузі охорони здоров'я, відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення розробляє певні заходи, готує та видає нормативні документи. Працівники відділу приймаються та звільняються з посади міським головою, який також затверджує його штатний розпис. Структура відділу, гранична чисельність, фонд оплати праці затверджується міською радою.

Отже, роль начальника відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення представлена виконанням основних видів управлінської діяльності, таких, як: планування, організаційна робота, укомплектування штатів, керівництво і контроль. Кінцевою метою керівника у сфері охорони здоров'я є підтримка та зміцнення здоров'я населення міста. Хоча громадяни самі несуть відповідальність за стан власного здоров'я, багато чого в процесі підтримання їх здоров'я в належному стані можуть зробити саме керівники системи охорони здоров'я, працюючи злагоджено з лікарями, медсестрами й

іншими представниками цієї сфери та представниками зовнішнього середовища системи.

Усіх працівників відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення, можна умовно поділити на 2 категорії. Перша - це керівники, до яких належать начальник відділу та його заступники, друга - спеціалісти, які працюють у секторах відділу (головні спеціалісти, головний бухгалтер).

Провідним у структурі відділу є медико-профілактичний відділ. У цьому відділі працюють лікарі відповідних спеціальностей, які займають посади головних спеціалістів (терапевт, педіатр). На ці посади приймають лікарів, які мають відповідний стаж роботи за спеціальністю в закладах охорони здоров'я, високу кваліфікацію, необхідні організаційні здібності й досвід, користуються серед колег авторитетом і повагою.

Головний спеціаліст відділу призначається міським головою на конкурсній основі за поданням начальника відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення. До функціональних обов'язків головного спеціаліста відділу відноситься координація роботи головних лікарів лікувально-профілактичних закладів з питань медичного маркетингу, визначення потреби закладів охорони здоров'я у медикаментах, інструментарії та медичному обладнанні, вивчення пропозицій фармацевтичного ринку, сприяння впровадженню та застосуванню в медичній практиці нових методів діагностики та лікування. Нестача штатних спеціалістів, значний обсяг справ і специфічні умови управління процесом охорони здоров'я настійливо вимагають залучення до нього провідних фахівців у різних галузях медицини. Тому для покращення роботи відділу та надання організаційно-методичної допомоги лікувально-профілактичним закладам міста, створено інститут позаштатних спеціалістів, які підпорядковані головним спеціалістам відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення, та які здійснюють керівництво відповідними медичними службами: терапевтичною, гастроентерологічною, хірургічною, онкологічною, неонатологічною, отоларингологічною, очних хвороб,

санітарно-епідеміологічною, кардіологічною, ендокринологічною, фтизіатричною, рентгенологічною, медичними службами анестезіології і реаніматології, акушерства і гінекології, інфекційною, діагностичною, стоматологічною.

Основними функціями Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради є:

- підготовка пропозицій до проектів програм соціально-економічного розвитку міста і проектів міського бюджету;

- вжиття заходів щодо запобігання і зниження захворюваності та втрати працездатності, а також збільшення тривалості життя людей;

- здійснення на основі галузевих медичних стандартів контролю за якістю та обсягом медико-санітарної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я міста Тернополя;

- організація роботи з охорони здоров'я, материнства та дитинства;

- контроль за ефективністю роботи медичних закладів, використання ними матеріальних і трудових ресурсів;

- здійснення організаційно-методичного керівництва роботою закладів охорони здоров'я з питань надання лікувально-профілактичної допомоги, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення в місті;

- визначення потреб лікувально-профілактичних закладів міста у медичній техніці, медикаментах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту;

- внесення пропозицій, спрямованих на проведення реформи в галузі охорони здоров'я на розгляд міської ради;

- сприяння розвитку медичної науки і техніки, реалізації регіональних науково-технічних програм, впровадження в практику наукових досягнень та передовий досвід у галузі охорони здоров'я;

- впровадження заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я, прогнозування її розвитку;

- розгляд звернень громадян та їх об'єднань, контролює своєчасність проведення даної роботи в закладах охорони здоров'я;

- здійснення систематичного контролю за дотриманням актів законодавства з питань охорони здоров'я та санітарних правил керівниками закладів охорони здоров'я;

- як головний розпорядник бюджетних коштів розробляє проект кошторису та бюджетні запити;

- отримання бюджетних призначень, шляхом їх затвердження рішенням сесії про місцевий бюджет та забезпечення управління бюджетними асигнуваннями;

- затвердження кошторисів розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня, здійснення внутрішнього контролю за повнотою надходжень, отриманих розпорядниками бюджетних коштів і витрачанням ними бюджетних коштів;

- аналіз звітів про використання коштів розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня, аналіз ефективного використання ними бюджетних коштів;

- здійснення фінансування закладів охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів міського бюджету;

- організація роботи з питань охорони праці, безпеки руху засобів автотранспорту і протипожежного захисту закладів охорони здоров'я;

- організація та здійснення медико-санітарного забезпечення під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;

- здійснення заходів щодо запобігання епідеміям та їх ліквідації;

- організація правового виховання працівників галузі, роз'яснення законодавства про охорону здоров'я;

- виконання інших функцій, пов'язаних з реалізацією покладених на міську раду завдань у галузі охорони здоров'я.

Структура галузі охорони здоров'я міста представлена лікувально-профілактичними закладами обласного та міського підпорядкування.

Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення здійснює координацію роботи 7-ми установ галузі охорони здоров'я, що належать до комунальної власності територіальної громади міста Тернополя, здійснює організацію їх матеріально-фінансового забезпечення, контроль за їх діяльністю, проводить фінансування лікувальних установ, згідно їх кошторисних призначень, здійснює управління лікувально-профілактичними закладами по забезпеченню населення кваліфікованою медичною допомогою.

Безпосередню охорону здоров'я населення міста Тернополя забезпечують 7 лікувально-профілактичних закладів міста:

1. Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги;
2. Тернопільська комунальна міська лікарня №2;
3. Міська комунальна лікарня №3;
4. Тернопільська міська комунальна дитяча лікарня;
5. Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка;
6. Міська комунальна дитяча стоматологічна поліклініка.
7. ТМКЗ «ЦПМСД».

Всі заклади охорони здоров'я міста мають спеціально розроблену структуру, яка є необхідною умовою виконання поставлених перед ними завдань - медичне обслуговування населення. Це традиційна структура з чітко та конкретно обумовленими інструкціями, функціональними обов'язками, положеннями про роботу кожного структурного підрозділу. Структура закладів охорони здоров'я міста визначається статутом закладів. Організаційна і штатна структури, а також структура основних фондів закладів охорони здоров'я визначаються відділом охорони здоров'я та медичного забезпечення відповідно статутних завдань та ліцензійних вимог.

Основні функції міських лікарень: надання першої та невідкладної медичної допомоги всім хворим та постраждалим, що звернулися в лікарню, незалежно від місця їх проживання; своєчасне якісне обстеження та лікування хворих в стаціонарі, поліклініці та вдома згідно діючих стандартів надання

амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги; систематичне опанування та запровадження в практику нових ефективних методів та засобів профілактики, діагностики та лікування та нових організаційних форм медичного обслуговування; широке застосування в комплексному лікуванні хворих лікувального харчування, фізіотерапевтичного лікування, лікувальної фізкультури, ефективних методів відновного лікування та реабілітації, раціонального лікувально-охоронного режиму; комплексні заходи з підвищення якості обслуговування, лікування та догляду за хворими; наступність в обслуговуванні та лікуванні хворих між поліклінікою та стаціонаром; постійне підвищення професійної кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу; експертизу тимчасової непрацездатності хворих, своєчасне направлення до МСЕК осіб з ознаками стійкої втрати працездатності; облік та аналіз захворюваності населення, аналіз ефективності роботи медичного персоналу і якості надання медичної допомоги, вивчення результатів лікування.

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільш потребує, характеризуватися високою якістю та безпечністю медичних послуг і забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні при цьому враховувати раціональне використання ресурсів системи охорони здоров'я [13].

Світова практика організації охорони здоров'я вказує на чітке розмежування лікувально-профілактичних закладів за рівнями надання медичної допомоги, що дає змогу наблизити первинну медико-санітарну допомогу до населення, в закладах охорони здоров'я надавати медичну допомогу відповідного рівня більш раціонально використовувати ресурси. Така організаційна структура дозволяє надавати на кожному рівні медичної допомоги якісну медичну допомогу відповідного рівня та скороти рівні госпіталізації на високі рівні надання медичної допомоги та підняти роль і значення первинної медико-санітарної допомоги [13].

В Україні існує триланкова система управління охороною здоров'я. Критерії віднесення лікувально-профілактичних закладів до різних рівнів надання медичної допомоги визначаються переліком видів та обсягів медичної допомоги, які в цих закладах мають надаватися, а також наявністю умов для надання даного виду медичної допомоги. Основою національної системи охорони здоров'я є первинна лікувально-профілактична допомога, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики [13].

Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють у містах - управління (відділ) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради.

Сучасною законодавчою базою визначено, що первинна медична допомога – медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (абзац 2 ст. 33 розділу V Закону України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги").

Лікуючим лікарем з надання первинної медичної допомоги пацієнтові є лікар загальної практики - сімейний лікар центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги або лікар загальної практики - сімейний лікар, що

провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа - підприємець та може перебувати у цивільно-правових відносинах із таким центром. Лікуючий лікар з надання первинної медичної допомоги обирається пацієнтом у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (ст. 35 Закону України "Про внесення змін до Основ 5 законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги"). Прикінцевими положеннями цього закону визначено, що до 31 грудня 2019 року первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом таких лікарів, а також лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога – вид медичної допомоги, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах в плановому порядку або невідкладних випадках лікарями та іншими медичними працівниками закладу охорони здоров'я відповідного типу та спеціалізації і не включає високо спеціалізовані та високотехнологічні стаціонарні медичні послуги, що належать до третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога в державних і комунальних закладах охорони здоров'я вперше надається лише за направленням лікаря загальної практики (сімейного лікаря), за винятком випадків звернень пацієнта за отриманням медичної допомоги до акушер-гінеколога, стоматолога, педіатра та у разі необхідності надання екстреної медичної допомоги.

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечується:

- в стаціонарних умовах – багатопрофільними лікарнями інтенсивного, лікарнями відновлювального (реабілітаційного), планового лікування, закладами медико-соціальної допомоги (сестринського догляду), хоспісами;
- в амбулаторних умовах – центрами з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичними центрами), які можуть входити

до складу лікарень відповідного типу або функціонувати як самостійні заклади.

З метою забезпечення належної якості та доступності вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та ефективного використання ресурсів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, створюються госпітальні округи.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога – є видом медичної допомоги, яка передбачає надання високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних медичних послуг з використанням високотехнологічного обладнання.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається лише за направленням лікаря первинної або вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Порядок організації надання медичної допомоги населенню лікарями та іншими медичними працівниками, а також порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного рівня, встановлюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Кожен громадянин має право на отримання медичної допомоги, що надається відповідно до стандартів надання медичної допомоги.

Стандарти надання медичної допомоги ґрунтуються на державних соціальних стандартах і є однією з форм державного регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я.

Стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки;

клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів

надання медичної допомоги при певному захворюванні та порядок реалізації етапів надання медичної допомоги;

табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я – документ, що визначає необхідний мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги і клінічними протоколами, який розробляється для конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу;

лікарський формуляр – це перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимою безпекою та економічно вигідним використанням, які використовуються при певних захворюваннях та патологічних станах.

Галузевими стандартами організації надання медичної допомоги у сфері охорони здоров'я є також інші норми, правила, інструкції та нормативи, визначені законодавством.

Кожен громадянин має право на отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги, що надається відповідно до стандартів надання медичної допомоги і яка включає первинну, вторинну, третинну та екстрену медичну допомогу.

Екстрена медична допомога – це медична допомога, що надається при гострих порушеннях фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, які загрожують його життю чи здоров'ю оточуючих.

Екстрену медичну допомогу зобов'язані надавати всі медичні працівники і заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування. Складовою системи екстреної медичної допомоги є служба швидкої медичної допомоги, що забезпечує надання послуг екстреної медичної допомоги. До компетенції служби швидкої медичної допомоги належить надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах на місці події та під час транспортування таких пацієнтів до відповідних закладів охорони здоров'я.

Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів, компетентності керівників, психологічної готовності населення піклуватися про стан свого здоров'я. Однією із обов'язкових умов, що забезпечують належну якість медичної допомоги, є проведення ліцензування та акредитації лікувально-профілактичних закладів і окремих осіб.

Для оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я слід враховувати як показники обсягу їхньої роботи, так і показники якості медичної допомоги.

Забезпечення високої якості медичної допомоги та належних кінцевих результатів діяльності окремих лікарів, підрозділів і лікувально-профілактичних закладів у цілому в сучасних економічних умовах виходить на перший план. Це пов'язано з тим, що їх діяльність впливає на стан здоров'я населення та ефективність використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів галузі.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я від нижньої її ланки – лікувально-профілактичного закладу, до верхньої – Міністерства охорони здоров'я України. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я. В багатьох країнах прийняті і діють програми забезпечення якості медичної допомоги. [14].

Постановою Кабінету Міністрів України від 2 лютого 2011 № 389 «Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні» визначено основні напрямки реформи медичного обслуговування, що включають підвищення доступності медичних послуг, підвищення якості медичних послуг, підвищення ефективності державного фінансування.

Таким чином, проблеми управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я.

Нагальним завданням нинішнього часу в Україні є реформування, фактично – створення нової системи охорони здоров'я з якісною медичною допомогою. Це потребує суттєвих змін на законодавчому рівні. Якісне медичне обслуговування – це обслуговування, заради якого ресурси організуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки.

2.3. Взаємодія суб'єктів управління в питаннях розвитку охорони здоров'я міста

Здійснення функціональної діяльності Тернопільської міської ради в питаннях охорони здоров'я пов'язана із залученням суб'єктів різного рівня до процесу .

З точки зору системного підходу організаційно-функціональна структура Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради може бути подана у вигляді схеми (рис.2.3).

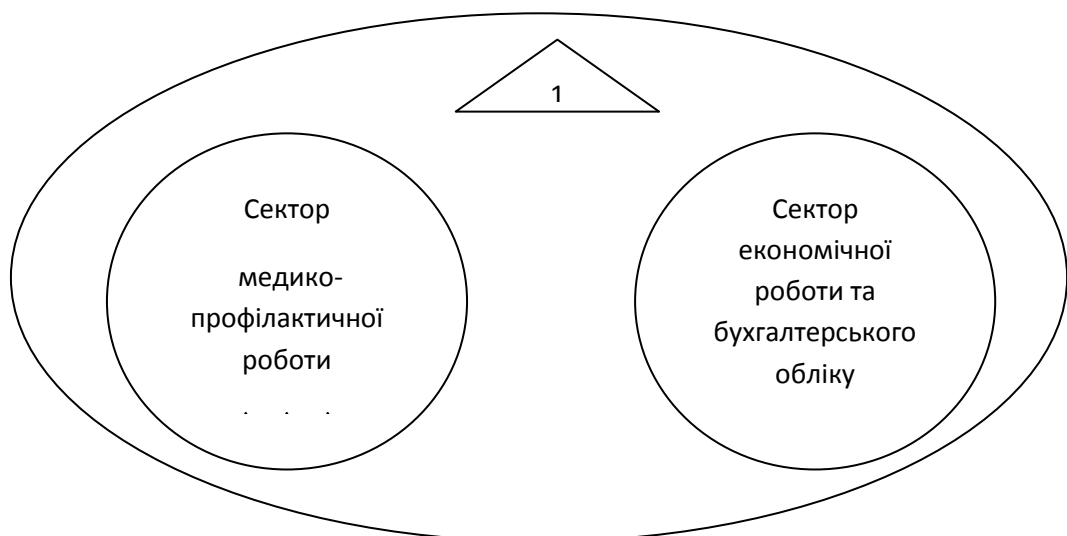


Рис.2.3. Склад системи «відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради» (формальна модель).

Примітка. Побудовано автором з використанням [50].

Як видно з рис.2.3. підсистемами відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради є його сектори, які об'єднані єдиним процесом функціонування і при взаємодії здійснюють певні функції з метою забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Виконавцями функцій покладених на відділ охорони здоров'я є:

- начальник відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради, який забезпечує ефективне виконання напрямів роботи відділу щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я здійснює керівництво діяльністю відділу, видає у межах своєї компетенції накази, організовує і контролює їх виконання, затверджує функціональні обов'язки заступників начальника відділу, працівників відділу, розпоряджається коштами в межах затвердженого кошторису доходів і видатків на утримання відділу, погоджує призначення на посади та звільнення з посад керівників закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління, розглядає і затверджує кошториси, штатні розписи та баланси підвідомчих закладів охорони здоров'я; забезпечує своєчасне подання фінансовим органам бухгалтерської та статистичної звітності, інформує населення про стан виконання повноважень, покладених на відділ, у відповідних засобах масової інформації, та інше;

- заступник начальника відділу – завідувач сектору медико-профілактичної роботи Тернопільської міської ради, який забезпечує ефективне виконання напрямів роботи відділу щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, виконує доручення начальника відділу, організовує та контролює якість лікувально-профілактичного процесу, спрямованого на подальше зниження захворюваності, смертності, інвалідності, підвищення працездатності

населення, готує доповідні записки, проекти наказів та розпоряджень з питань, що належать до їх компетенції, контролює діяльність підлеглих тощо;

- заступник начальника відділу – завідувач сектору економічної роботи та бухгалтерського обліку Тернопільської міської ради, який забезпечує ефективне виконання напрямів роботи відділу щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, виконує доручення начальника відділу, організовує та контролює якість лікувально-профілактичного процесу, яка впливає з економічної роботи, контролює фінансово-господарську діяльність закладів охорони здоров'я, подає у межах своїх повноважень відповідно до законодавства, заохочення, накладання стягнень та інші питання службової діяльності, контролює діяльність підлеглих тощо;

- спеціалісти секторів відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради виконують діяльність відповідно до покладених функціональних обов'язків, забезпечують в межах компетенції реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, передбачених законодавством, здійснюють контроль за виконанням національних, державних програм, розробляють заходи на їх виконання. Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради в процесі функціональної діяльності взаємодіє із суб'єктами інших рівнів.

В таблиці 2.6. відображено організаційно-функціональну структуру галузі охорони здоров'я, яка відображає компетенції різних рівнів і сфери спільних взаємодій.

Таблиця 2.6.

Організаційно-функціональна структура галузі охорони здоров'я України

Організаційно-правовий рівень державного органу	Назва органу державної виконавчої влади	Зміст функцій, що реалізуються державними органами виконавчої влади
Вищий	Верховна Рада	- законопроектна робота, контрольні функції (Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я); - прийняття законів, та формування інших

Продовження таблиці 2.6.		
		<p>державних органів;</p> <ul style="list-style-type: none"> - визначення засад політики держави та програм суспільного розвитку, охорони здоров'я
	Президент	<ul style="list-style-type: none"> - забезпечує єдність держави; - видає укази та розпорядження
	Кабінет Міністрів України	- організовує розробку та здійснення комплексних і цільових програм;
		<ul style="list-style-type: none"> - створює економічні, правові й організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я; - укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я; - забезпечує проведення політики у сфері охорони здоров'я; - розробляє проект закону про Державний бюджет України і забезпечує виконання затвердженого Верховною Радою України Державного бюджету, подає ВР України звіт про його виконання;- у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в галузі охорони здоров'я
Центральний	Міністерство охорони здоров'я України	<ul style="list-style-type: none"> - розробка пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я; - забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню установами охорони здоров'я всіх форм власності; - здійснення заходів щодо розвитку профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення; - формування здорового способу життя; - забезпечення надання державними установами охорони здоров'я загальнодоступної, переважно, безкоштовної, високо-кваліфікованої медичної допомоги населенню; - розробка прогнозу та показників розвитку національної служби охорони здоров'я, пов'язаних зі змінами власності; - створення правових, економічних та організаційних умов надання медичних послуг; - вироблення та запровадження механізмів ефективного та цільового фінансування медичної галузі; - охорона материнства й дитинства тощо

Місцевий	Рада міністрів АРК і місцеві державні адміністрації (відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради)	Продовження таблиці 2.6. - загальне керівництво закладами охорони здоров'я, які перебувають у сфері управління, їх матеріально-фінансове забезпечення; - організація роботи медичних закладів щодо надання медичної допомоги населенню; - здійснення заходів щодо попередження інфекційних захворювань, епідемій, епізоотій та їх ліквідація; - доступність медичної допомоги для соціально незахищених верств населення через законодавче визначення гарантованого безоплатного медичного обстеження.
----------	---	--

Примітка. Побудовано автором з використанням [91].

Взаємозв'язки та взаємовідносини відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради породжуються тими функціями, які відділ виконує:

- субординаційні (упорядкування зверху вниз, від керуючого до керованого). Наприклад: якщо Кабінет Міністрів України видає закон, він є обов'язковим для виконання, закони поширюються на органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, які їх виконують в субординаційному порядку;

- реординаційні (знизу вверху, від керованого до керуючого). Наприклад, спеціалісти певного сектору ВОЗ та МЗ ТМР, стикаючись з різними проблемами на місцях, краще можуть знайти шляхи їх подолання, і надають свої рекомендації щодо певних сфер діяльності;

- координаційні (упорядкування на одному рівні, між двома і більше суб'єктами, що не виключає того, що в загальному вони можуть знаходитись на різних рівнях в ієрархічно організованій системі управління).

Субординаційні зв'язки в організаційній структурі державного управління можуть передбачати:

- виключну компетенцію вищого за організаційно-правовим статусом органу щодо органу, нижчого за статусом;
- безпосереднє і пряме лінійне підпорядкування;
- функціональне або методичне підпорядкування;
- право затвердження проекту рішення;
- підконтрольність;
- підзвітність.

Реординаційні зв'язки передбачають:

- певну самостійність нижчого за організаційно-правовим статусом органу (з певного кола питань орган приймає рішення без їх попереднього узгодження з вищим за організаційно-правовим статусом органом, а останній в праві скасовувати чи призупиняти ці рішення);
 - право законодавчої, а також нормотворчої ініціативи;
 - право планово-бюджетної ініціативи;
 - право структурно-штатної ініціативи;
 - право представлення для призначення на посаду;
 - право органу, нижчого за організаційно-правовим статусом брати участь у підготовці рішень органу вищого за статусом;
 - право органу, нижчого за організаційно-правовим статусом на консультативне погодження з ним підготовленого вищим органом проекту рішення;
 - право й обов'язок не виконувати незаконний, а особливо злочинний наказ.

Координаційні зв'язки базуються на взаємній зацікавленості різних органів місцевого самоврядування в узгодженні своїх управлінських впливів або на один і той же об'єкт, або на різні об'єкти і можуть передбачати:

- створення й функціонування спеціальних координаційних органів управління;
- проведення координаційних нарад;

- регулярний обмін інформацією, насамперед плановою й обліковою;
- прийняття одночасних спільних рішень.

Порядок відповідальності органів, які мають між собою координаційні зв'язки (або взагалі елементів механізму держави та елементів державного апарату), може бути передбачений як нормативними рішеннями вищих за організаційно-правовим статусом органів, так і спільним рішенням.

Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради у процесі виконання покладених на нього завдань взаємодіє (зворотний зв'язок) із Міністерством охорони здоров'я України, із Тернопільською міською радою, Тернопільською обласною державною адміністрацією.

Крім зазначених, є зовнішні (координаційні) зв'язки Тернопільської міської ради, пов'язані з реалізацією процесу управління - це зв'язки із структурними підрозділами Тернопільської міської ради, лікувально-профілактичними закладами, підприємствами, установами, організаціями різних форм власності і т.д.

Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради в процесі управління охороною здоров'я співпрацює із громадянами, засобами масової інформації тощо.

Система взаємозв'язків і взаємовідносин Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради в системі державного управління відображено на

рис.2.4.

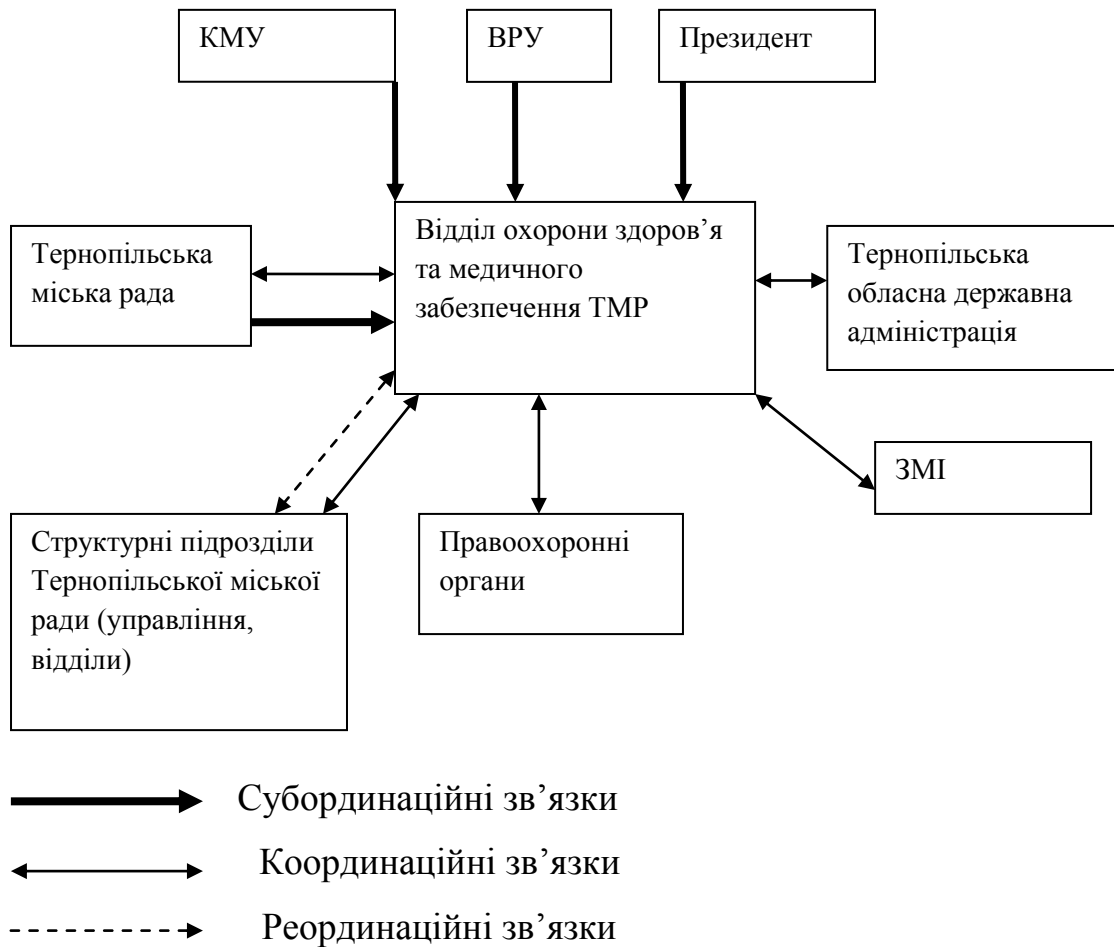


Рис. 2.4. Взаємозв'язки і взаємовідносини Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради в системі державного управління

Примітка. Побудовано автором з використанням [50]

У своїй діяльності Відділ охорони здоров'я безпосередньо підпорядковується Тернопільській міській раді.

В рамках реординаційних зв'язків Тернопільська міська рада взаємодіє в питаннях, пов'язаних з розподілом переданих з державного бюджету коштів у вигляді дотацій, субвенцій відповідно між обласним і місцевим бюджетом міста.

З правоохоронними органами взаємодія проходить в процесі заслуховування інформації прокурора та керівника органу внутрішніх справ

про стан законності в системі охорони здоров'я, розслідування справ, пов'язаних зі скаргами пацієнтів, нещасними випадками тощо.

На рівні координаційних зв'язків Тернопільська міська рада взаємодіє при затвердженні структури виконавчого апарату ради, його чисельності, встановленої відповідно до типових штатів, затверджених Кабінетом Міністрів України, витрат на утримання апарату; спільних суспільно-корисних програм з іншими органами реалізації влади на місцях; постійної координаційної діяльності з іншими органами для проведення єдиної державної політики в сфері охорони здоров'я.

Координаційні зв'язки базуються на взаємній зацікавленості різних органів державної влади (та органів місцевого самоврядування) в узгодженні своїх управлінських впливів або на один і той же об'єкт, або на різні об'єкти і можуть передбачати:

- створення й функціонування спеціальних координаційних органів управління;
- проведення координаційних нарад;
- регулярний обмін інформацією, насамперед плановою й обліковою;
- прийняття одночасних спільних рішень.

Порядок відповідальності органів, які мають між собою координаційні зв'язки (або взагалі елементів механізму держави та елементів державного апарату), може бути передбачений як нормативними рішеннями вищих за організаційно-правовим статусом органів, так і спільним рішенням.

Систематичні зовнішні зв'язки Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради, а відповідно різні форми взаємодії з Кабінетом Міністрів України (зокрема, Міністерством охорони здоров'я України); Тернопільською обласною державною адміністрацією; Тернопільською міською радою; органами прокуратури та суду; Тернопільською податковою адміністрацією; банківськими установами; контролюючими органами; правоохоронними органами; фізичними особами;

юридичними особами, які в сукупності складають зовнішнє середовище системи «відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради» (рис. 2.5.).

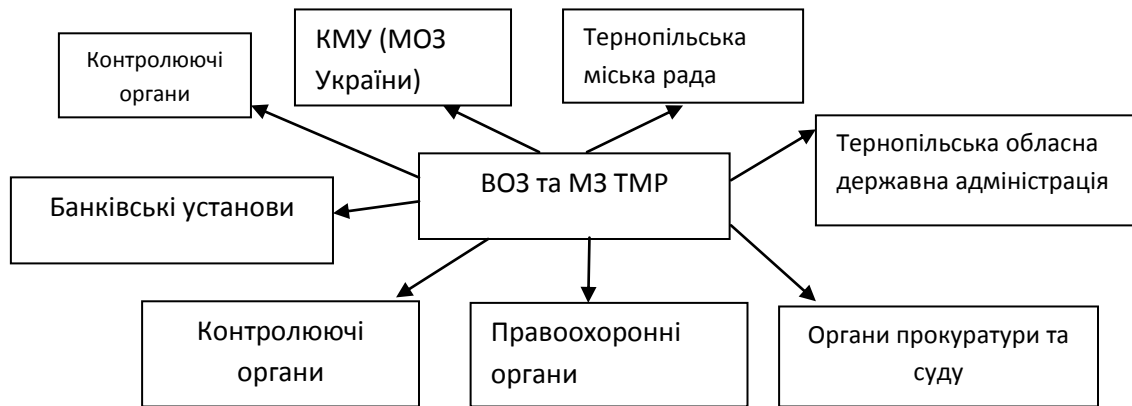


Рис.2.5 Зовнішнє середовище системи «Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради»

Примітка. Побудовано автором з використанням [50]

Для успішного функціонування і розвитку системи «відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради» необхідні відповідні ресурси, до яких, в першу чергу слід віднести:

- – матеріально-технічну базу;
- – фінансове забезпечення;
- – інформаційні ресурси;
- – трудові ресурси.

Матеріально-технічна база Відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради є недостатньою для забезпечення належного її функціонування (недостатньо комп'ютерів, недостатнє освітлення робочих кабінетів, відсутня новітня оргтехніка, відсутнє програмне забезпечення, потребують ремонту кабінети відділу, де працюють спеціалісти тощо). Аналогічна ситуація з матеріально-технічною базою медичних установ, що входять до складу комунальної власності м.Тернополя, приміщення яких потребують ремонту, частина медичного обладнання яких є морально

застарілим, недостатнє комп'ютерне та програмне забезпечення ЛПЗ. В питаннях її розвитку і модернізації відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення взаємодіє з різними організаціями та благодійними фондами. Так, в рамках державно-приватницького партнерства в ЛПЗ міста впроваджено проекти: соціальна аптека, рентгенендоваскулярна хірургія та інтервенційна кардіологія. Підписання Протоколу про наміри та презентація Проекту «Тернопільська медична інформаційна система» між представництвом данської компанії в Україні «Webadvancers» та Тернопільською міською радою, подальше впровадження цього проекту в лікувальних закладах міста дало змогу покращити роботу лікувально-профілактичних закладів з використанням сучасних інформаційних технологій. Проводиться робота з потенційними інвесторами галузі.

В лікувальних закладах впроваджується наступні інвестиційні проекти:

- Тернопільська медична інформаційна система на базі лікарні № 2 (спільний проект Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського” та Тернопільської міської ради. Робота над проектом буде продовжуватись і в інших лікувально-профілактичних закладах міста);
- на базі хірургічного відділення Тернопільської комунальної міської лікарні №2 створено службу рентгенендоваскулярної хірургії та інтервенційної кардіології, яка оснащена ангіографом. Це сучасний прилад, призначений для профілактики та лікування серцево-судинних захворювань, передано безкоштовно інвестором для потреб медичного закладу. З його допомогою лікарі проводять рентгенхірургічні операції на судинах серця, головного мозку (коронарографії, коронарні стентування, аорторграфії, артеріографії верхніх кінцівок та нижніх кінцівок, балонні ангіопластики, локальні тромболізи та ін.);

- оновлення матеріально – технічної бази лікувально-профілактичних закладів міста, а саме: лікарнею швидкої допомоги отримано гуманітарна допомога , з них ехокардіограф вартістю 277,8 тис.грн., дитячою лікарнею отримано гуманітарна допомога на суму 220,0 тис.грн., з них 2 монітори реанімаційні вартістю 47,2 тис.грн., аналізатор гематологічний – 87,0 тис.грн., медобладнання для сенсорної кімнати – 48,6 тис.грн., та інше обладнання;

- в Тернопільській міській комунальній лікарні швидкої допомоги функціонує кабінет літотрипсії. Сучасний апарат для дроблення каміння в нирках, встановлений на умовах державно-приватного партнерства;

- за тісної співпраці міської ради та міжнародної організації «ЮНЕСКО» в лікувальні заклади міста було передано понад 50 сучасних функціональних ліжок;

- взаємодія відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення з благодійними організаціями сприяє оновленню медичного обладнання. Зокрема, керівником благодійного фонду родини Шинке "З Любов'ю та милосердям" Володимиром Шинке передано до міської дитячої лікарні апарат низькочастотної електротерапії "Радіус-01 Інтер СМ" для лікування різноманітних захворювань методом електротерапії, а також переносний апарат УВЧ-30.03 для місцевого лікувального впливу електричним або магнітним полем ультрависокої частоти.

Впроваджені в практику новітні оперативні техніки та сучасне обладнання – це ті фактори, які сприяють розвитку охорони здоров'я міста та забезпечують ефективне надання високваліфікованої допомоги пацієнтам.

Інформація про діяльність відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради здійснюється шляхом оприлюднення її у мережі Інтернет, і періодичного оновлення інформації на офіційному веб-сайті відділу та сайті Тернопільської міської ради.

Особливе значення в забезпеченні розвитку охорони здоров'я міста має кадровий потенціал. В рамках колективу даного органу поміж структурними

підрозділами і службовцями розподілені повноваження і відповідальність за доручену справу, встановлені та розвиваються різні організаційно-правові зв'язки, що спрямовано на забезпечення ефективної діяльності відділу охорони здоров'я як цілісної системи. Однак, через велику завантаженість, недостатню кількість працівників відділу немає можливості ефективно виконувати покладені завдання, своєчасно попереджати проблеми, які можуть виникнути в процесі роботи, здійснювати ефективний аналіз, спрямований на попередження виникнення проблем в роботі відділу та на досягнення певних цілей.

Інтелектуальні ресурси відділу є досить високими, оскільки працівники мають стаж роботи на займаних посадах не менше 5 років, систематично організовуються курси підвищення кваліфікації, беруть участь в науково-практичних конференціях, громадських слуханнях, семінарах і т.п., що забезпечують обмін досвідом та підвищення рівня професійної кваліфікації.

Координація діяльності лікувально-профілактичними закладами здійснюється управлінням (відділом, департаментом) охорони здоров'я, що забезпечує проведення у життя державної політики в галузі охорони здоров'я, а також несе відповідальність за стан і розвиток галузі. Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення здійснює координацію діяльності семи закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної власності м.Тернополя: Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги, Тернопільської комунальної міської лікарні №2, Міської комунальної лікарні №3, Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні, Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки, Комунальної дитячої стоматологічної поліклініки та ТКЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги».

Заклади охорони здоров'я діють на основі статутів, затверджених власником (засновником) закладу охорони здоров'я – Тернопільською міською радою.

Організація та порядок процесу надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я визначається статутними положеннями закладу охорони

здоров'я, які повинні відповідати стандартам надання медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я доводять до відома громадськості інформацію про обсяг та види медичних послуг, що надаються закладом шляхом розміщення інформації на офіційних сайтах закладів, безпосередньо на інформаційних дошках і т.д. Регулювання діяльності закладів охорони здоров'я здійснюється у вигляді державного ліцензування, професійної сертифікації медичних працівників, а також у вигляді акредитації закладів.

Ліцензування медичної практики здійснюється Міністерством охорони здоров'я України. Надання медичної допомоги в усіх закладах охорони здоров'я здійснюється відповідності до стандартів надання медичних послуг, затверджених Міністерством охорони здоров'я України за поданням професійних медичних (лікарських, сестринських та ін.) організацій. Атестація медичних працівників закладів охорони здоров'я проводиться атестаційними комісіями, створеними обласними управліннями охорони здоров'я.

Акредитація закладів охорони здоров'я - це офіційне визнання наявності в них умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ними стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам. Акредитацію закладів проводить Головна акредитаційна комісія, що утворюється при МОЗ та акредитаційні комісії, що утворюються при структурних підрозділах охорони здоров'я обласних держадміністрацій .

В процесі надання послуг охорони здоров'я лікувально-профілактичними закладами міста Відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення реалізує наступні функції:

1. вживає заходів щодо запобігання і зниження захворюваності та втрати працездатності, а також збільшення тривалості життя людей;
2. здійснює на основі галузевих медичних стандартів контроль за якістю та обсягом медико-санітарної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я;
3. організовує роботу з охорони здоров'я, материнства та дитинства;

3. готує пропозиції, спрямовані на проведення реформи в галузі охорони здоров'я і подає їх на розгляд міської ради;

4. здійснює організаційне і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я з питань надання лікувально-профілактичної допомоги, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення в місті;

5. сприяє розвитку медичної науки і техніки, реалізації регіональних науково-технічних програм, впроваджує в практику наукові досягнення та передовий досвід у галузі охорони здоров'я;

6. забезпечує здійснення контролю за підтриманням належного санітарного та епідемічного стану в м. Тернополі;

7. організовує і здійснює медико-санітарне забезпечення під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;

8. здійснює заходи щодо запобігання епідеміям та їх ліквідації.

До питання управління та контролю якості медичної допомоги, питань діагностики, лікування та реабілітації, скарг громадян залучаються наукові працівники Тернопільського медичного університету ім.І.Я.Пулюя. Так, наприклад, протягом багатьох років працівники кафедри акушерства та гінекологій, кафедри педіатрії є членами міської координаційної ради з питань вивчення причин дитячої та материнської смертності. Це, в свою чергу, дозволило отримати позитивну динаміку щодо показників дитячої та материнської смертності, покращити медичне обслуговування матері і дитини.

З питань здійснення контролю за підтриманням належного санітарного та епідемічного стану в м. Тернополі, запобігання епідеміям відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради взаємодіє із міським відділом Головного управління держсанепідслужби в Тернопільській області, розробляє спільні заходи щодо запобігання поширення в місті небезпечних інфекційних захворювань, розробляє спільний план дій на випадок виникнення надзвичайних ситуацій.

Розгляд питань, які виникають в процесі надання медико-профілактичної роботи проводиться на оперативних нарадах відділу за участю головних лікарів ЛПЗ міста та доповідачів за профілем, за потреби на наради запрошуються представники інших управлінь міської ради, найчастіше управління освіти, управління надзвичайних ситуацій, працівники міської СЕС.

Багато уваги приділяється створенню належних умов для людей з особливими потребами. До кожного медичного закладу прибудовані пандуси, забезпечено безперешкодний доступ людей з особливими потребами до лікувальних установ, налагоджується візуальна та звукова система інформування. За участі відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення продовжується робота щодо створення єдиного медичного простору міста. Інтеграція лікувальних закладів різних форм власності в єдиний медичний простір відкриває перспективи координованого використання медичного потенціалу міста для надання якісної медичної допомоги мешканцям.

Єдиний медичний простір являє собою об'єднану систему охорони здоров'я з державним, комунальним, відомчим та недержавним сектором. Тільки в Єдиному медичному просторі можлива інтеграція всіх закладів усіх форм власності на засадах гармонійного співіснування. ЄМП зобов'язує забезпечити вільний обіг послуг та коштів. В існуючому законодавчому полі не можливо це реалізувати в повній мірі, але елементи цієї системи можна запровадити, що дозволить зекономити кошти, впорядкувати та зменшити потоки пацієнтів. В такій системі усі заклади підключені до системи Інтернет, що є зручною формою отримання спеціальної інформації для лікарів та запровадження нової послуги – відповіді на запитання пацієнтів. Станом на сьогодні в місті починають впроваджуватися певні елементи зазначеної системи, такі як електронна поліклініка, розвиток інформаційної бази лікувально-профілактичних закладів.

Окремий напрямок роботи відділу – це організація роботи щодо залучення в галузь зовнішніх та внутрішніх інвестицій, тобто вишукування

додаткових коштів. Це - задача в оренду приміщень по цінах вищих від розрахункової в 2 рази, використовуються проекти державно-приватного партнерства, спрямовані на розвиток у першу чергу інфраструктури закладів охорони здоров'я. Найчастіше об'єктами партнерства стають потужні багатопрофільні лікарні, що мають у своїй структурі високотехнологічні підрозділи. Запровадження зазначених інфраструктурних моделей державно-приватного партнерства в діяльність закладів медичної допомоги в місті може бути дієвим інструментом зменшення частки неринкового сектора в галузі охорони здоров'я з одночасним підвищенням ефективності управління. впровадження державно-приватного партнерства.

Відділом охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради проводиться тісна співпраця з гуманітарними та благодійними організаціями, яка має позитивні результати не тільки в плані покращення матеріально-технічної бази медичних установ, а й має важливе соціальне значення. Так, відповідно до спільного плану дій між відділом та міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді спільно проводиться робота з сім'ями, що опинились в складних життєвих обставинах; робота, спрямована на запобігання відмовам від новонароджених дітей, соціальна підтримка вагітних жінок та жінок з новонародженими дітьми; соціально-профілактична робота щодо запобігання правопорушенням та соціально-небезпечним хворобам, подолання їх наслідків у дитячому та молодіжному середовищі, в тому числі серед груп ризику, формування навичок здорового способу життя.

Висноки до розділу II

Для задоволення потреб громадян система охорони здоров'я виконує функції: надання послуг; управління; фінансування, в першу чергу, гарантованої державою медичної допомоги; забезпечення ресурсами для підготовки медичного персоналу та розвитку матеріально-технічної бази.

Органам місцевого самоврядування надано право здійснювати регулювання й управління суттєвою часткою суспільних справ, які належать до їхньої компетенції, в інтересах місцевого населення. Ситуація в системі місцевого самоврядування, на жаль, не відповідає потребам сьогодення. Сучасний стан державного управління має багато недоліків і часто буває неефективним. Поступове формування досконалої системи управління дасть змогу посилити вплив органів місцевого самоврядування, цілеспрямовано і своєчасно впливати на проведення радикальних та економічних перетворень відповідно до вимог часу.

Практика, що склалася в Україні, свідчить про відсутність розмежування закладів охорони здоров'я, в яких надається медична допомога різних рівнів, що має не тільки організаційні та економічні наслідки, але й негативно впливає на якість надання медичної допомоги. Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та поступовості у наданні медичної допомоги, формальному підході до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок - спостерігаються високі рівні пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу у дорогому спеціалізованому лікуванні.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я.

Основною постаттю системи охорони здоров'я є пацієнт. Усі заходи щодо реформування та проведення змін інфраструктури мають задовольняти його права та інтереси. З метою мінімізації ризиків при здійсненні реформи планується скористатися позитивним досвідом ефективних схем організації системи надання медичної допомоги в інших містах, пілотних проектів та напрацювання міжвідомчої комісії обласної ради з реформування,

структуризації медичної галузі та вироблення концепції охорони здоров'я в Тернопільській області.

На сьогодні в медичній галузі міста існують такі проблеми:

- незавершеність розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів медико-санітарної допомоги;
- громіздка мережа стаціонарних закладів охорони здоров'я міста;
- недостатнє забезпечення медичних закладів діагностичною і лікувальною апаратурою та обладнанням, відповідно до профілю закладу;
- зношеність основних фондів системи охорони здоров'я міста;
- недоліки механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я, зокрема:

а) загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно збільшується, однак це в основному пов'язане з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам. Проте об'єктивного покращення забезпечення галузі не відбувається;

б) відсутність економічної мотивації для покращення діяльності працівників системи охорони здоров'я, оскільки рівень заробітних плат в медичній галузі залишається одним з найнижчих;

в) невідповідність державних гарантій на безоплатну медичну допомогу обсягам їх фінансового забезпечення; надмірна децентралізація фінансових потоків, в Україні сумарне фінансування майже наполовину забезпечується за рахунок недержавної частки фінансування, що формується за рахунок інвестицій, благодійних внесків, особистих витрат населення тощо.

г) формування кошторису медичних закладів відбувається залежно від потужності медичного закладу (чисельності ліжок і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі, що призводить до екстенсивного розвитку галузі. Переважна частка державного фінансування йде на фінансування лікарень, при цьому 80 – 90 % з них витрачаються на оплату праці персоналу та комунальні послуги.

Проблемними є:

- якість кадрового забезпечення, зокрема: сімейні та дільничі лікарі, праця яких оплачується по ставках і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, не зацікавлені в підвищенні своєї кваліфікації;

- наявність великої кількості (понад 3 тис.) медико-технологічних документів з надання медичної допомоги, що в переважній більшості не відповідають сучасним науковим принципам їх розробки, а саме мультидисциплінарному підходу та засадам доказової медицини, і в той же час, відсутність якісних, створених на доказових засадах, медико-технологічних документів (клінічних протоколів) для лікарів практичної ланки охорони здоров'я, відсутність медичних стандартів (та їх моніторингу) з захворювань, що мають найбільш значимі негативні медико-соціально наслідки для населення та суспільства.

Запровадження системи управління органами місцевого самоврядування, що базується на комплексному використанні методів обліку, планування, аналізу, контролю та прогнозування дасть можливість спрямувати органи місцевого самоврядування на підвищення ефективності прийняття управлінських рішень та їх орієнтацію на довгострокову перспективу.

РОЗДІЛ III

ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНУ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ПИТАННЯХ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСТА В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

3.1. Прогнозування потреб територіальної громади в послугах охорони здоров'я як інформаційна база її розвитку

Значну роль у покращенні доступу та підвищенні якості послуг територіальній громаді з охорони здоров'я відіграють місцеві органи державного управління та органи місцевого самоврядування. Це зумовлено можливістю організувати надання послуг відповідно до потреб окремої

територіальної громади, враховуючи демографічну структуру населення, особливості виробничої сфери та довкілля, медико-соціального стану, розвитку соціальної інфраструктури, включаючи й охорону здоров'я. Слід зазначити, що в Україні майже 80% бюджету на охорону здоров'я формується з місцевих надходжень, що вказує на значний потенціал стосовно прийняття ефективних управлінських рішень з даної проблеми.

Як відомо, послуга – це специфічна форма виробничої діяльності, результатом якої є не створення матеріального блага, а певного корисного ефекту, втіленого у матеріальному об'єкті (матеріальна послуга) або спрямованого безпосередньо на саму людину (чиста послуга). Специфіка надання медичних послуг полягає в тому, що медичні послуги пов'язані з охороною найбільш важливої цінності людини – її життя та здоров'я. Економічна теорія доводить, що діяльність лікаря є саме чистою послугою, в основі якої покладено ефект збереження та зміцнення здоров'я. Цю послугу не можна побачити, спробувати, дізнатися до моменту її набуття. Пацієнт, який прийшов на прийом до лікаря, не може заздалегідь знати результат відвідин. Він повинен вірити лікареві на слово. Цю послугу не можна демонструвати, її не можна здійснювати через посередників, оскільки на прийом повинен прийти безпосередньо той, хто потребує цієї послуги. Такий різновид послуг обмежений у транспортуванні (хірургічні операції практично не виконуються удома, а ін'єкції медпрацівник може виконати й на виїзді). Інакше кажучи, ринок надання медичних послуг специфічний.

По-перше, надання багатьох різновидів медичної допомоги не пов'язане з великими первинними витратами та наявністю значного стартового капіталу. По-друге, попит на цьому ринку може активно приваблювати у цю сферу як нових спеціалістів, так і псевдофахівців. Тому абсолютно зрозуміле прагнення уже існуючих гравців на ринку усіма можливими засобами мінімізувати можливість появи на ринку нових гравців, обмежити попит, підняти ціни і максимізувати прибутки(21).

На ринку досконалої конкуренції, якщо компанія відкриває кращий спосіб виробництва, то приваблює до себе покупців зниженням ціни на товар чи послугу. На ринку медичних послуг це неможливо, оскільки пацієнт може неадекватно зрозуміти зниження ціни – це може бути сигнал про неякісні послуги. В результаті такої ситуації компанії можуть піднімати ціни, тобто все далі відходити від ринку досконалої конкуренції. Виходячи із вищезазначеного порівняння, можна зробити висновок, що ринок медичних послуг дуже далекий до ринку досконалої конкуренції, більше того, у економічній теорії він класифікується як ринок монополістичної конкуренції, навіть монополії. Ці обставини свідчать про гостроту проблем на ринку і ставлять на порядок денний зобов'язання перед структурами державного управління щодо регулювання і дерегулювання правил гри на цьому ринку¹.

На сьогодні в Україні функціонують дві форми надання медичних послуг – безкоштовна і платна. З одного боку – великий масив закладів безкоштовної державної медицини із штатом хороших лікарів, які працюють на морально і фізично застарілому медобладнанні; з іншого боку – незначна частка платної медицини із сучасною технікою і професійними фахівцями. Ці форми – два абсолютно різні підходи до надання послуг не тільки на рівні власне послуги, але й, наприклад, відповідальності за надання послуги. Так, система відповідальності за ненавмисні дії, які завдали шкоди пацієнтові, у закладах державних і приватних різні.

Варто зазначити, ще неабиякий переконливий аргумент з боку приватної медицини: при платності послуг населення стане більше піклуватися про своє здоров'я, вести здоровий спосіб життя, адже коли за медичну допомогу треба платити – дешевше не хворіти (21).

¹ За даними аналітичного центру «Академія» (21).

Значну роль у покращенні доступу та підвищенні якості послуг територіальній громаді з охорони здоров'я відіграють місцеві органи державного управління та органи місцевого самоврядування. Це зумовлено можливістю організувати надання послуг відповідно до потреб окремої територіальної громади, враховуючи демографічну структуру населення, особливості виробничої сфери та довкілля, медико-соціального стану, розвитку соціальної інфраструктури, включаючи й охорону здоров'я. Слід зазначити, що в Україні майже 80% бюджету на охорону здоров'я формується з місцевих надходжень, що вказує на значний потенціал стосовно прийняття ефективних управлінських рішень з даної проблеми.

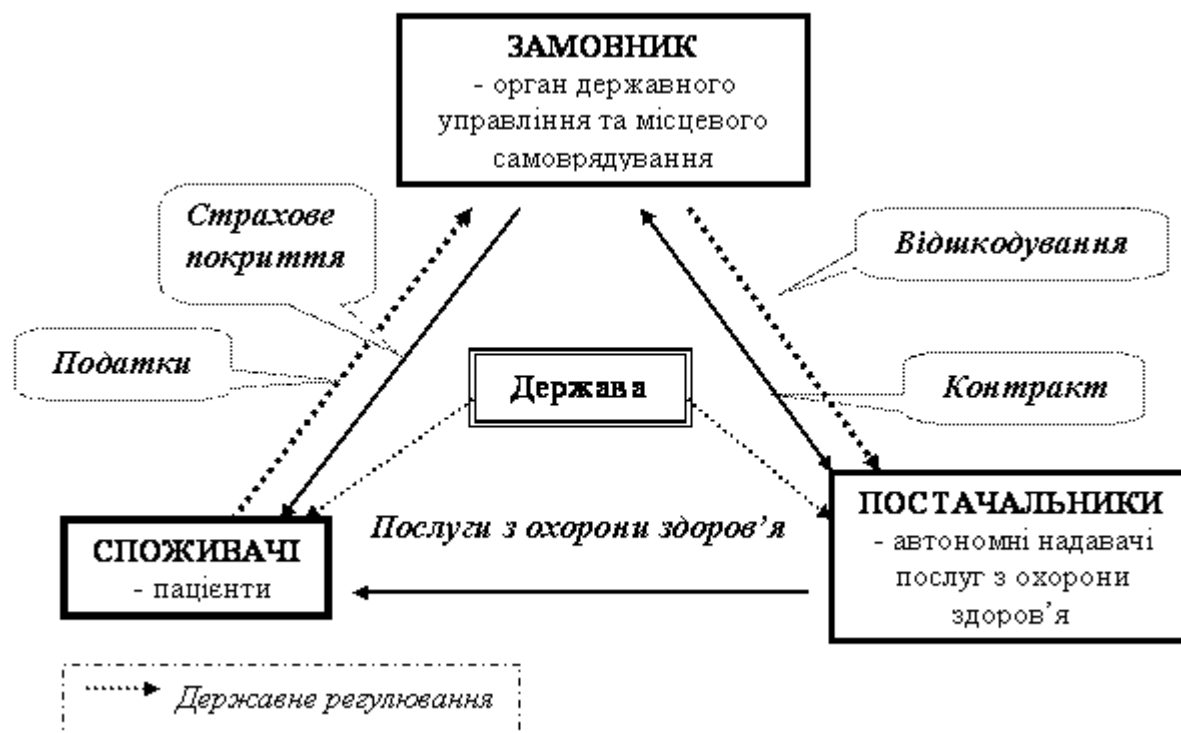
Розмежування замовника та постачальника медичних послуг у принципі можливе як в умовах моделі, що передбачає фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальних податків, так і в умовах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. У ролі покупця медичної допомоги в цьому випадку виступають органи місцевого самоврядування, що передбачає кардинальні зміни характеру їх діяльності. Вони діють у рамках політики в галузі охорони здоров'я, яку розробляють і здійснюють органи державного управління на центральному і регіональному рівнях. Центральним елементом такої політики є забезпечення макрорівноваги в системі, або збалансованості державних зобов'язань стосовно надання медичної допомоги населенню з наявними фінансовими ресурсами [5/16]. Основні завдання державних замовників медичних послуг в особі органів місцевого самоврядування або фондів соціального медичного страхування в основному тотожні. Незалежно від того, яка система відшкодування вартості послуг застосовується, обом типам замовників для задоволення потреб своїх споживачів у медичному обслуговуванні доцільно й необхідно використовувати договірні відносини з постачальниками медичних послуг. Якщо мова йде про споживачів органу місцевого самоврядування - це мешканці відповідного району, якщо про споживачів фонду - це застраховані особи. Як

тільки будуть прийняті політичні рішення щодо впровадження обов'язкового медичного страхування, місцеві органи охорони здоров'я можуть бути інтегровані у фонд обов'язкового медичного страхування. Таким чином, досвід із впровадження механізмів фінансування охорони здоров'я за допомогою контрактів буде відігравати ключову роль для майбутніх реформ системи охорони здоров'я в Україні.

Важливим кроком для органу місцевого самоврядування є планування послуг територіальній громаді з охорони здоров'я та організація постачальників як юридичних осіб, навіть якщо вони залишаються в державній власності або у власності органів місцевого самоврядування. Розмежування цих функцій необхідне для запровадження контрактних відносин у сфері охорони здоров'я[16].

Слід наголосити, що органи місцевого самоврядування, зокрема районні/міські/сільські/ ради, відіграють відповідну роль у процесі управління охороною здоров'я та її фінансування на місцевому рівні. Оскільки вони є фондотримачами в цьому процесі, саме вони повинні бути переконані в необхідності підтримки впровадження запропонованих реформ. Тому політична підтримка органів місцевого самоврядування є запорукою всіх цих реформ. Інакше процес реформування зіткнеться з перешкодами на місцевому рівні. Крім того, зазначені органи затверджують рішення щодо того, якою буде кількість автономних постачальників медичних послуг, з якими місцевий державний замовник послуг територіальній громаді укладатиме договори про закупівлю медичних послуг.

Рис.3.1.



Модель розмежування замовника - органу місцевого самоврядування та постачальника послуг територіальній громаді з охорони здоров'я

Політичні та правові умови дають змогу здійснити розмежування замовника та постачальника медичних послуг в Україні [16].

Місцеві органи управління охороною здоров'я, що є підрозділами (на обласному, районному або міському рівнях) державних адміністрацій, діють як замовники (платники) і виконують функцію первинного розподілу бюджетних коштів, а також забезпечують закупівлю відповідних послуг для територіальної громади. Бюджети доходів і витрат, штатний розклад покупця повинні ухвалюватися (на районному або міському рівні) державною адміністрацією. Управління (відділи) охорони здоров'я на районному або міському рівні - юридична особа і, як наслідок, має незалежний баланс, зареєстровані рахунки в органах державного казначейства, печатку з державною символікою і своєю назвою [16].

Водночас існують автономні місцеві постачальники медичних послуг з власним статутом і статусом юридичної особи, що діють як некомерційні медичні підприємства. Відповідно до положення про нього місцевий відділ

охорони здоров'я фінансується переважно за рахунок державних бюджетних фондів. Його основна функція - управляти системою охорони здоров'я і укладати контракти із постачальниками медичних послуг [16].

Найкраща форма угоди між державним покупцем і автономними постачальниками медичних послуг - контракт, що має юридичні зобов'язання. 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 даної угоди. У сфері охорони здоров'я договірні сторони - це замовник та постачальник медичних послуг.

Управління (відділи) охорони здоров'я (на міському, районному або навіть обласному рівнях) стануть ключовими структурами у сфері охорони здоров'я і основними органами, що прийматимуть рішення щодо акредитації, фінансового розподілу, реструктуризації соціальної інфраструктури й моніторингу. Організація державного замовника у вигляді органу місцевого самоврядування є важливим кроком, що прискорює запровадження ефективного фінансування і управління у сфері охорони здоров'я на рівні окремої адміністративної території.

Стратегічна мета державного замовника полягає в тому, щоб зосередитися на медичних потребах територіальної громади населення і гарантувати вільний доступ до послуг системи охорони здоров'я. Управління (відділ) охорони здоров'я органу місцевого самоврядування повинен зосередитись на якості та обсязі медичних послуг і гарантувати доступ усіх членів територіальної громади до необхідного медичного обслуговування. Він використовує контракт як інструмент, щоб фінансувати придбання медичних послуг в автономних постачальників і розподіляти фінансові кошти на місцевому рівні. Одним із завдань органу місцевого самоврядування є поліпшення результатів діяльності сфери охорони здоров'я (кількість пацієнтів, які отримали лікування) і роботи сфери охорони здоров'я щодо їх якості. Він

повинен гарантувати стабільність бюджету сфери охорони здоров'я й інформувати пацієнтів про медичні послуги та права пацієнтів.

Для виконання своїх завдань державний замовник - орган місцевого самоврядування - має забезпечити різні сфери своєї діяльності фахівцями відповідних спеціальностей: економістом, медичним експертом, бухгалтером, юристом тощо. У той час, як економіст зосереджується на виробництві і продуктивності медичних послуг, медичний експерт контролює результати їх надання.

Загалом внутрішня організація державного замовника - органу місцевого самоврядування - повинна охопити наступні процеси:

- реєстрація мешканців; інформування мешканців про їх права на безоплатні послуги; обробка і перевірка вимог;
- планування й організація медичних послуг;
- відбір і ведення переговорів з постачальником;
- підтвердження рахунків щодо їх відповідності регулятивним нормам за контрактом і щодо укладання контракту з постачальником;
- розвиток клінічної інформаційної системи, моніторинг постачальників медичних послуг;
- адміністрування персоналу, навчання, розвиток і організація штату;
- фінансове управління і планування; облік; статистичний аналіз діяльності й використання інформації.

Отже, охоплення цих процесів, планування, організація, моніторинг та прогнозування потреб територіальної громади в послугах охорони здоров'я є інформаційною базою її розвитку.

Децентралізована організаційна структура органу місцевого самоврядування забезпечує безпосереднє надходження інформації про мешканців, гарантує, що вимоги обробляються належним чином і дає змогу здійснювати більш ефективний контроль над постачальниками.

При виконанні своїх завдань відділ охорони здоров'я органу місцевого самоврядування повинен співпрацювати з іншими підрозділами районної державної адміністрації, органами місцевого самоврядування, а також підприємствами, закладами, організаціями і громадськими утвореннями.

Замовник має право контролювати виконання зобов'язань постачальником відповідно до стандартів і керівних принципів первинного і вторинного рівня надання медичних послуг, ухвалених Міністерством охорони здоров'я України. На додаток до цього замовник має доступ до всіх звітів і інших медичних документів або їх копій, що ведуться постачальником. Відділ охорони здоров'я має право проводити інспекції постачальників медичних послуг.

Усі суперечки і розходження між замовником і постачальником, що стосуються контракту, залагоджуються шляхом переговорів. Якщо не можливо улагодити суперечку шляхом переговорів, її вирішують відповідно до чинного законодавства. У процесі суперечок і розходжень постачальник зобов'язаний продовжувати виконання умов контракту, а замовник зобов'язаний платити, як це було узгоджено, поки суд не прийме кінцеве рішення. Замовник має право на відшкодування, а постачальник має обов'язок відшкодувати покупцеві втрати на основі аргументованої вимоги. Компенсація також матиме місце у випадку неправильно або невідповідно оплаченого рахунку. Неправильна або невідповідна оплата рахунку на додаткову суму має бути оплачена аптеці у разі неправильного або необґрунтованого рецепта, виданого на безкоштовне отримання ліків.

Орган місцевого самоврядування повинен прийняти нове розуміння своєї ролі. Він має діяти не тільки як державна служба, але й як інституція з обслуговування своїх громадян. Споживач відіграє ключову роль у сфері охорони здоров'я. Щоб контролювати свій рух у потоці пацієнтів на місцевому рівні, споживач медичних послуг повинен мати інформацію, як уникати хвороб

завдяки профілактиці, у якому медичному закладі він може одержати відповідне лікування.

Відділ охорони здоров'я повинен інформувати населення через місцеві засоби інформації і місцеві оголошення, і надавати базову інформацію щодо ролі сімейної медицини та про медичні послуги і права пацієнтів. Потрібно давати населенню поради щодо існуючих медичних послуг. Пацієнти повинні бути поінформовані про їх права і те, куди скаржитися у разі поганого лікування, про нову роль сімейних лікарів і своє право вибирати їх. Це буде мати позитивний вплив на потоки пацієнтів.

Орган місцевого самоврядування повинен використовувати показники ефективності для планування й контролю. Тому план роботи відділу охорони здоров'я має бути стандартизованим і включати щомісячні дані й аналіз показників, оцінку використання медичних закладів, щоб мати інформацію про стан здоров'я населення району. Узагальнені показники поточного періоду (щомісяця) повинні порівнюватися з узагальненими даними по минулому річному періоді. Відхилення, виражені у вигляді відсотків, свідчать про потреби і доступність існуючих послуг з охорони здоров'я.

3.2. Модернізація мережі системи охорони здоров'я міста в контексті сучасних вимог

На сьогодні є нагальною потреба реформування галузі охорони здоров'я. Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та поступовості у наданні медичної допомоги, формальному підході до профілактичної роботи та диспансеризації. Як наслідок спостерігається пізнє виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, зокрема серцево – судинних та онкологічних захворювань, що призводить до високих рівнів первинної інвалідності та смертності населення, а також зумовлює надмірну потребу у дороговартісному спеціалізованому лікуванні.

Оптимальна модель системи охорони здоров'я повинна забезпечувати отримання найкращих результатів якості, доступності медичної допомоги, покращення показників здоров'я населення при відносно невеликих витратах ресурсів. На жаль, процес пошуку триває вже багато років, а потрібної уніфікованої моделі поки не створено. У підсумку кожна країна повинна обирати власний шлях, з урахуванням власних особливостей сформованої структури охорони здоров'я, менталітету населення тощо. Суть таких перетворень зводиться до одного — максимально відійти від екстенсивного і наблизитись, а, в ідеалі, повністю перейти до інтенсивного шляху розвитку галузі. Своєрідним «мостом», який би дав змогу досить швидко й ефективно здійснити такий перехід, поза всяким сумнівом, може стати інститут сімейного лікаря — лікаря загальної практики.

Без сумніву, вітчизняна система охорони здоров'я має потребу в збільшенні фінансування, причому досить значному. Проте гострота цього питання визначається більшою мірою тим, наскільки ефективно використати механізми керування, фінансові кошти і наскільки збільшені грошові потоки вплинуть на обсяги і якість медичної допомоги для населення, її доступність і остаточний результат. Іншими словами, мова йде про те, наскільки кожен громадянин (він же платник податків) персонально відчує на собі і своїх близьких ці додаткові «вливання».

Україні тепер потрібна така система управління охороною здоров'я, основною метою якої було б дійсне забезпечення можливості надання необхідної медичної допомоги кожній конкретній людині у визначений час, у визначеному місці, у повному обсязі і з мінімальними витратами. В основу функціонування такої системи повинні бути закладені два засадничих принципи: медична та економічна доцільність, тобто раціональний розподіл обсягів медичної допомоги і витрат на її надання. Тільки в цьому випадку додаткове фінансування галузі може стати ефективним (забезпечити отримання

найкращих результатів якості, доступності медичної допомоги і, як наслідок, поліпшення показників здоров'я населення).

Світовий досвід свідчить, що найбільш оптимальним варіантом практичної реалізації таких умов є інститут сімейного лікаря — лікаря загальної практики, який виконує, зазвичай, функцію «воротаря», тобто базового менеджера. У його завдання входить формування найбільш оптимального маршруту обстеження і лікування своїх пацієнтів і, тим самим, керування потоками й обсягами медичної допомоги, а отже, і вплив на розподіл фондів і зниження нераціональних витрат.

Позитивний міжнародний досвід використання моделі базового медичного менеджера сприяв ініціації активного її впровадження і в Україні. Вже нині цілком помітні неоднозначні підходи до цієї роботи, які визначаються різним розумінням питання про відношення сімейного лікаря до управління фондами в інтегрованій системі медичних закладів міста. Переваги даного підходу полягають у тому, що він дає змогу в межах наявного фонду чітко розмежувати функції та фінансові потоки первинної ланки, вторинної амбулаторної і госпітальної допомоги, тобто досягнути ефекту керованої медичної допомоги. Крім того, такий підхід, і в цьому полягає його безсумнівна перевага, заснований на безумовному обліку собівартості медичних послуг, реальних можливостей медичних закладів, наявних стандартів, нормативів і рекомендацій. І, нарешті, особливу практичну значимість представленій позиції надає їй нова концептуальна основа, яка включає застосування сучасних інформаційних і управлінських технологій.

Разом з тим, інноваційні технології, навіть найсучасніші, є лише «інструментом» реформ. Визначальна ж роль у реформуванні галузі належить базовим медичним закладам: місцевим лікарням, на яких покладено основну відповідальність за організацію медичної допомоги населенню, значно складніше отримати доступ до медичної допомоги. Тобто забезпечення доступності системи охорони здоров'я також є однією із задач реформи.

Доступність медичного обслуговування — це можливість отримання громадянами необхідної медичної допомоги незалежно від їх соціального та матеріального стану, місця проживання або знаходження та віку.

Недоліками реформування в охороні здоров'я на сьогодні є:

- відсутність чітко позначених цілей;
 - постійний перегляд стратегій реформ;
 - відсутність чіткої політики, що забезпечує виконання прийнятих рішень;
 - істотний вплив на прийняття рішень лобістських груп (фармкомпаній);
- низькі темпи реалізації;
непослідовність та суперечливість дій.

Суть реформи охорони здоров'я можна сформулювати як значні цілеспрямовані зусилля з покращення системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я — сукупність організацій, інститутів і ресурсів, призначених для надання будь-якого виду медичних послуг на індивідуальному чи колективному рівні (у тому числі на основі міжсекторальної взаємодії), головна мета яких полягає у зміцненні, відновленні та підтриманні здоров'я [5]. Реформи розрізняються залежно від того, скільки аспектів системи змінюються та наскільки радикально нова практика відрізняється від попередньої. Успішна реформа впроваджує взаємозалежні заходи, що підтримують один одного.

Мета реформування — поліпшення стану здоров'я населення (зниження захворюваності, смертності, збільшення тривалості життя й активного довголіття), а також оптимізувати витрати на медичну допомогу; покращити якість медичної допомоги (40–70 % коштів витрачається на усунення дефектів, наслідків помилок, відшкодування судових позовів) [6].

Принципи реформування:

- справедливість;
- солідарність;
- орієнтованість на покращення громадського здоров'я;
- орієнтованість на задоволення справедливих потреб населення;

- орієнтованість на покращення якості медичної допомоги;
- результативність;
- ефективність;
- участь громадськості у формуванні політики.

У рамках концепції реформи охорони здоров'я, що розробляється, визначено, що метою та критерієм управління повинна бути якість медичної допомоги. Якість медичної допомоги — ступінь досконалості процесу надання медичної допомоги, який надає їй здатність задовольняти потреби пацієнта у збереженні та відновленні здоров'я і відповідає вимогам, встановленим законодавством [5]. Медична допомога надана якісно, якщо вона відповідала очікуванням споживача (внутрішнього та зовнішнього) та її результатом стала очікувана зміна стану здоров'я. Внутрішній споживач — це медичний працівник, зовнішній — пацієнт.

Реформа охорони здоров'я в галузі управління якістю повинна дозволити проводити оцінку медичної допомоги на підставі її проміжних та кінцевих результатів та оплачувати медичну допомогу за її якість відповідно до цієї оцінки. Для всіх складових встановлюються стандарти, оскільки оцінку та контроль можливо проводити тільки шляхом порівняння зі стандартом [7].

Законодавче закріплення державних гарантій надання медичної допомоги населенню передбачає забезпечення гарантій рівності прав громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги, однакової за обсягом в усіх регіонах України; правове закріплення форм відповідальності за забезпечення гарантій надання населенню безкоштовної базової медичної допомоги в повному обсязі. Для кожного захворювання повинні бути розроблені та затверджені стандарти надання медичної допомоги, перелік медичних послуг та лікарських засобів, єдиних для всієї країни.

Для ефективного розвитку системи охорони здоров'я необхідно, щоб та її частина, що пов'язана з організацією та управлінням установами охорони здоров'я, була адекватна сучасним, якісно новим економіко-правовим

відношенням. Тільки в цьому випадку можлива повноцінна консолідація та якісна взаємодія держави, бізнесу та суспільства з питань охорони здоров'я громадян. Проте сьогодні в системі охорони здоров'я міста наявна ціла низка проблем структурно-управлінського характеру, що потребують кардинальної зміни існуючого підходу до управління та організації медичної допомоги. До їх числа зараховані:

- формування організаційної структури первинної медико-санітарної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря), до якої були залучені тільки дільничні терапевти, які працюють у Центрі первинної медико-санітарної допомоги, а дільничні акушер-гінекологи та педіатри – працюють надалі в умовах жіночих консультацій та дитячої поліклініки;
- формування етапної стаціонарної медичної допомоги за принципом лікарень із різною інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу, оптимізація ліжкового фонду ;
- впровадження системи оцінки, контролю та забезпечення якості медичної допомоги.

Відзначені напрями можна подати у вигляді векторів реформ охорони здоров'я, тобто шляхів переходу від моделі, що склалась, до перспективної. До їх числа належать:

- від стаціонарної допомоги до амбулаторної;
- від спеціалізованої допомоги до загальної;
- від об'єму медичних послуг до їх якості;
- від зростання кількості лікарів до якості їх роботи;
- від лікування захворювань до їх профілактики.

Положення медичної реформи викладені в Законі України «Про проведення у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях експерименту з реформування системи охорони здоров'я» та спрямоване на структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинного медико-санітарного рівня, вторинного спеціалізованого та третинного

високоспеціалізованого рівнів медичної допомоги. Основні цілі та задачі пілотного проекту:

1. Створити сучасну ефективну систему екстреної та швидкої допомоги. Впровадити системи GPS-навігації на автомобілях швидкої допомоги.
2. Підсилити систему первинної медичної допомоги із забезпеченням стовідсоткового переведення на принципи загальної практики/сімейної медицини.
3. Забезпечити виявлення захворювань на ранній стадії. Впровадити культуру профілактики захворювань.
4. Створити електронні бази даних пацієнтів (електронні картки), а також систему планування відвідувань профільних спеціалістів.
5. Створити багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування з кваліфікованим медичним персоналом та сучасним обладнанням.

Система надання медичної допомоги буде розподілена на 3 рівні. Первинна медико-санітарна медична допомога — медична допомога першого рівня, що надається переважно в амбулаторних умовах сімейними лікарями/лікарями загальної практики або іншими лікарями за територіальною ознакою і передбачає консультацію лікаря, просту діагностику, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруень, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги [5]. На первинному рівні планується створення центрів первинної медико-санітарної допомоги зі статусом юридичної особи, до складу яких увійдуть дільничні підрозділи поліклінік та лікарень, амбулаторії загальної практики/сімейної медицини.

Структурна реорганізація первинного рівня передбачає:

1. Проведення чіткого інституційного структурного (різні установи), фінансового (різні кошти) та функціонального розділення первинної та вторинної медичної допомоги.

2. Створення мережі установ первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини та їх оснащення згідно з таблицями оснащення.

3. Нові підходи до управління цими установами — створення центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Поряд з реформою первинної медико-санітарної допомоги буде проводитись реорганізація і вторинної медичної допомоги. Вторинна (медико-санітарна) допомога — спеціалізована медична допомога, що надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики/сімейні лікарі [5]. Головною ідеєю реорганізації вторинного рівня є впровадження нової територіально-функціональної одиниці — госпітального округу, що являє собою функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я декількох територій на принципах єдиного медичного простору, із загальною кількістю населення від 100 до 500 тис. осіб залежно від щільності населення.

Вторинна медико-санітарна допомога надається через систему госпітальних округів. Госпітальний округ — це функціональне об'єднання декількох адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких забезпечується надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги різної інтенсивності комплексом медичних установ з урахуванням вимог населення в медичному обслуговуванні та прогнозів попиту на медичні послуги, а також дотримуючись принципів географічної та фінансової доступності. Тобто під цим терміном розуміють не об'єднання установ, а територію, на якій населенню надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (стаціонарну та амбулаторну).

Необхідність створення госпітальних округів виникла тому, що для надання якісної інтенсивної вторинної медичної допомоги треба мати близько 200 тис. обслуговуваного населення, щоб обладнати таку медичну установу

медичним обладнанням, укомплектувати лікарями, забезпечити можливість виконання необхідної кількості втручань.

Один із механізмів оптимізації діяльності системи охорони здоров'я – це упорядкування маршруту пацієнта. В умовах відсутності чіткої системи напрямів між рівнями медичної допомоги пацієнти часто звертаються до лікарів-спеціалістів та госпіталізуються необґрунтовано, минувши ланку первинної допомоги. Таке безконтрольне звернення населення в лікувальні установи різних рівнів медичної допомоги призводить до необґрунтованого навантаження на більш високі рівні медичної допомоги. Це значно знижує ефективність роботи лікувальних установ, перешкоджає розвитку первинної допомоги.

В умовах реформування первинне звернення населення буде здійснюватись винятково до лікарів центрів первинної медико-санітарної допомоги та служби швидкої медичної допомоги.

Створення чіткої системи спрямувань пацієнтів та взаємодії між різними рівнями медичної допомоги забезпечить контроль за обґрунтованістю використання більш коштовних видів діагностики та лікування.

За видами надання медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна та швидка) розробляються 4 типові бюджетні програми з деталізацією їх на підпрограми з обов'язковим включенням результативних показників з кожного виду допомоги.

Реструктуризація системи охорони здоров'я – комплексний процес, який охоплює всі сторони функціонування галузі. Вона забезпечується постійним перегрупуванням ресурсів усередині та між ланками, етапами та рівнями медичної допомоги для використання клінічно ефективних та найменш витратних рішень з урахуванням вимог у медичних послугах та розвитку клінічної практики та технологій, що змінюються.

З метою мінімізації ризиків при здійсненні реформи в місті Тернополі, відповідно до Стратегії реформ в галузі охорони здоров'я міста на період до

2016 року, затвердженої міською радою, планується скористатися позитивним досвідом ефективних схем організації системи надання медичної допомоги в інших містах, пілотних проектів та напрацювання міжвідомчої комісії обласної ради з реформування, структуризації медичної галузі та вироблення концепції охорони здоров'я в Тернопільській області. Головне, що турбує жителів міста – якість медичної послуги. По друге – підвищення статусу і матеріальної зацікавленості медиків і третє – підвищення ефективності використання медичними закладами державних коштів, зміну принципу фінансування “ліжкомісця” до фінансування по “вилікуваному випадку”. Важливим є не скільки ліжок в закладі охорони здоров'я , а як ефективно лікарня надає послуги.

Стратегія реформування галузі охорони здоров'я міста передбачає кілька етапів, що мають відбуватись в період до 2016 року.

Підготовчий етап включає:

1. Ретельний аналіз демографічних показників, стану здоров'я населення, медичних потреб міста, ресурсного забезпечення та організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я , порядку надання спеціалізованої медичної допомоги, розподілу надання медичної допомоги, обґрунтованості направлення хворих до лікарів спеціалістів, основних показників діяльності амбулаторно-поліклінічних відділів.

2. Здійснення оцінки можливостей та порядку взаємодії закладів охорони здоров'я міста .

3. Вивчення позиції та готовності медичних працівників до реформи.

4. Вивчення та врахування позиції населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги жителям міста з подальшим формуванням колективного ставлення населення до цих систематичних перетворень шляхом проведення відповідної роз'яснювальної роботи з залученням засобів масової інформації.

5. Визначення реальних потреб у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах.

I етап:

1. Формування центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) в місті Тернополі в складі існуючих медичних закладів.

2. Формування підрозділів сучасної медичної допомоги в складі існуючих ЛПЗ.

3. Вивчити умови для створення консультативно-діагностичних центрів або поліклінік на базі Тернопільської комунальної міської лікарні №2, Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги, міської комунальної лікарні №3.

4. Модернізація та оптимізація мережі та ліжкового фонду діючих закладів охорони здоров'я міста.

II етап:

1. Продовження формування оптимальної мережі закладів вторинного рівня надання медичних послуг на засадах єдиного медичного простору.

2. Виділення в окремі юридичні особи ЦПМСД та консультативно-діагностичного центру.

3. Створення в складі лікарень консультативно-діагностичних центрів (поліклінік).

III етап :

1. Інтеграція ЛПЗ міста в обласні структури закладів охорони здоров'я області.

2. Впровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно вибирати лікаря ЗПСМ надання медичної допомоги або у визначеному порядку його змінювати.

3. Забезпечення механізму доступу пацієнтів до різних видів меддопомоги.

4. Автономізація закладів первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги, можливість надання окремим закладам статусу комунальних некомерційних неприбуткових підприємств.

5. Модернізація матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

Складові реформування:

1. Структурно-організаційне, фінансово-економічне розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

2. Введення стимулюючих доплат і коригуючих коефіцієнтів на обсяги та якість медичних послуг.

3. Диференціація закладів охорони здоров'я міста з врахуванням інтенсивності надання медичної допомоги.

4. Створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги на різних рівнях.

5. Запровадження системи індикаторів якості медичних послуг.

Становище, що створилося, значною мірою зумовлене і менталітетом, який склався у населення України за багато років «вихолощування» первинної ланки охорони здоров'я. У значної частини громадян виробилася звичка з будь-якого, навіть незначного, приводу, який стосується здоров'я, звертатися до профільного спеціаліста, а не до сімейного лікаря. При цьому, в ролі пацієнтів, вони не розуміють значної різниці між сімейним лікарем і дільничним терапевтом. Між тим така різниця, причому досить суттєва, існує. Сімейних лікарів, як правило, відрізняють досить високий рівень підготовки в питаннях «вузьких» медичних спеціальностей, а також не менш висока професійна і психологічна готовність взяти під своє динамічне спостереження, крім інших, тяжких кардіальних хворих, пацієнтів із патологією нервової і ендокринної систем, хворих дітей раннього віку та ін.

Однак практично реалізувати зазначені моменти можна лише в умовах створення системи «керованої медичної допомоги» на рівні адміністративної території. Така система повинна (в обсязі наявного фонду) інтегрувати зусилля

медичних закладів регіону, але з обов'язковим розподілом функцій і фінансових потоків, а також загальною відповідальністю за результат, зокрема і фінансовий.

Однією з характерних особливостей системи «керованої медичної допомоги» є те, що в її межах фонд, як і норматив на душу, визнають по суті тарифом. Деякі автори називають його «глобальний бюджет». За умови його раціонального використання може бути забезпечений ефект інтенсифікації роботи всієї системи охорони здоров'я. Причому ефективність у цьому випадку буде досягнуто не завдяки нарощуванню кількості відвідувань у поліклініці або ліжко-днів у госпітальних відділеннях, а через раціональне використання фонду за рівнями надання медичної допомоги. І пріоритет, без сумніву, отримають амбулаторії сімейної медицини, оскільки саме вони виявляться найменш витратною ланкою трьохрівневої системи лікарської допомоги. В умовах раціонального використання фонду сімейні лікарі отримають, нарешті, можливість реально керувати обсягами медичної допомоги та потоками пацієнтів, тобто виконувати функції базового менеджера («воротаря») в межах всієї системи. Наприклад, направлення, яке сімейний лікар буде видавати пацієнту, який потребує надання медичної допомоги в поліклініці або стаціонарних відділеннях, стане єдиним документом, що санкціонує витрати бюджетних коштів охорони здоров'я. Винятки становитимуть лише випадки ургентної госпіталізації та деякі інші (окремо зумовлені) ситуації.

Технологічний режим функціонування амбулаторій сімейної медицини цілком має забезпечувати інформаційна система, яка на сьогодні відсутня в міському Центрі первинної медичної допомоги. Унікальність інформаційної системи полягатиме в тому, що з її допомогою можна буде відстежити, крім іншого, всі направлення, видані сімейними лікарями, а також повернення і реєстрацію в базі даних амбулаторій консультативних висновків «вузьких» спеціалістів і стаціонарних виписок. У випадку, якщо поліклініка або стаціонар не обладнані комп'ютерною технікою, для сімейного лікаря передбачено

можливість формувати направлення з відривним маршрутним листом (для забезпечення зворотного зв'язку). На листі вказують консультативний висновок або виписку зі стаціонару, які містять діагнози, їх коди за МКХ 10, витрати на проведене лікування або консультацію. Після завершення курсу стаціонарного лікування або консультації в поліклініці маршрутний лист повертають в амбулаторію сімейної медицини. В підсумку робота всіх лікувальних закладів міста, а також їх структурних підрозділів виявляється сконцентрованою в єдиному медичному, фінансовому й інформаційному полі.

У запропонованій моделі управління охороною здоров'я міста основною одиницею обліку витрат і обсягу медичної допомоги та їх персоніфікації є послуга. Введення цього показника спричинено насущною необхідністю домогтися якісних змін у розподілі фонду прагненням зробити цей процес максимально прозорим як на рівні нормативу на душу і фонду конкретної амбулаторії, так і адміністративної території в цілому.

У цілому механізми «керованої медичної допомоги» повинні забезпечити поетапну оптимізацію витрат за рахунок збільшення обсягів і якості первинної медико-санітарної допомоги, регулярних і планомірних профілактичних заходів і, нарешті, зниження госпітальних витрат і витрат на вторинну амбулаторну допомогу.

Таким чином, пріоритетними напрямками перетворень є:

- структурна реорганізація системи медичного обслуговування з першочерговим розвитком первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини;
- перехід від адміністративно-командної моделі до постачання медичної допомоги на договірних (контрактних) умовах;
- зміцнення фінансової бази охорони здоров'я;
- узгодження обсягів державних гарантій щодо надання медичної допомоги з фінансовими ресурсами охорони здоров'я;
- формування системи забезпечення і підтримки якості медичної допомоги;

- здійснення активної кадрової політики;
- управління перетвореннями в галузі охорони здоров'я.

3.3. Становлення партнерських відносин міської ради з громадськими організаціями та бізнесом в питаннях розвитку охорони здоров'я міста

Потреба суспільства в медичних послугах сучасного рівня і високої якості зростає швидше, ніж можливості державного бюджету — навіть у країнах з розвиненою економікою. Щоб не потрапити у ці «ножиці», у світі знайшли вихід — державно-приватне партнерство (ДПП), де не кожен за себе, а всі — на одну мету. В Україні «кульгає» як державна, так і приватна медицина, тож потужних гравців на партнерському полі поки що не помітно. У кращому разі дружба між бізнесом і системою охорони здоров'я відбувається за зразком «благодійник ти наш». Однак таке свято «подарували і забули» далеке від системного партнерства, яке передбачає об'єднання ресурсів, знань, досвіду і головне — рівний поділ соціальної відповідальності між партнерами. Чи готові вони довіряти один одному? (33).

Процес реформування системи охорони здоров'я створює нові адміністративні, фінансові і правові можливості для суб'єктів господарювання різних форм власності. На цьому тлі особливо актуальними стали розробки Європейської економічної комісії ООН та Всесвітнього Банку щодо розвитку публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я (в законодавстві України — державно-приватне партнерство), як принципово нової форми відносин між державою та бізнесом.

У багатьох країнах створено державні контролюючі органи, що ретельно вивчають різноманітні аспекти впровадження бізнес-партнерства у сфері надання медичних послуг. Розроблено численні моделі як простих інфраструктурних проектів участі бізнесу в наданні немедичних послуг (будівництво, готельні та комунальні послуги, технічне переоснащення тощо), так і складних інтегрованих моделей, що передбачають передачу частини важливих державних функцій приватному партнеру (стратегічне планування,

високоспеціалізована медична допомога, наукові дослідження, медична освіта тощо).

На сьогодні розбудова концепції державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України на жаль не є пріоритетним питанням державної політики. Хоча за останні три роки набула чинності низка спеціальних законів, що стосуються врегулювання ДПП, внесено відповідні зміни до загального законодавства. Законодавче поле також підкріплюється низкою постанов Кабінету Міністрів України, постановами уряду затверджено методики, положення та порядки, що регулюють окремі організаційно-економічні питання ДПП. Законодавство передбачає такі функції партнерства в проектах як проектування, фінансування, будівництво, відновлення (реконструкція, модернізація), експлуатація, обслуговування, інші функції, пов'язані з виконанням договорів, укладених у рамках проектів.

Формами здійснення проектів ДПП можуть бути концесія, спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування — кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством.

Законом також передбачена передача об'єктів державної власності приватному партнеру за умовами договору ДПП, але такі об'єкти повинні повернутися в державну власність після закінчення терміну договору партнерства. Права власності на об'єкти, що були добудовані, перебудовані, реконструйовані відповідно до договорів, підлягають поверненню державному партнеру.

Законодавство передбачає надання державної підтримки проектам ДПП шляхом надання державних гарантій; фінансування за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів та інших джерел відповідно до загальнодержавних та місцевих програм.

Незважаючи на суттєвий прогрес в питанні створення законодавчого поля ДПП, Україна знаходиться тільки на початку складного та тривалого процесу

інституціонального перетворення відносин між державою та бізнесом. Складнощі в цьому процесі пов'язані із необхідністю розбудови підґрунтя для ДПП, а саме: створення інституційного та організаційного альянсу державної влади та бізнесу. Такий альянс має забезпечити визначення, розробку та реалізацію масштабних суспільно значимих проектів, що здатні охопити широкий спектр напрямів діяльності в різних секторах економіки та діяти як у межах держави, так і в межах окремих територій.

Активний розвиток різноманітних форм ДПП, що відбувається практично в усіх регіонах світу, та їх широке застосування в охороні здоров'я країн із різною економікою дозволяють трактувати цю форму взаємовідносин як характерну рису сучасної змішаної економіки. Однак слід враховувати, що ДПП у сфері охорони здоров'я, на відміну від традиційних адміністративних відносин, створює свої особливі моделі відносин власності, фінансування і методів управління. Принциповим у процесі розбудови ДПП є комплекс питань, пов'язаних із перерозподілом прав власності у сфері охорони здоров'я, що традиційно відносилась до державного відома.

Складнощі у становленні ДПП в охороні здоров'я в Україні також пов'язані з існуючими правовідносинами у галузі. Окремі правові норми не переглядалися ще з радянських часів, тож у нових політичних і соціально-економічних умовах формується правовий конфлікт, що веде до принципових суперечностей у нормативно-правових актах, ускладнюючи або взагалі унеможливаючи їх виконання.

На сьогодні у законодавстві України у сфері охорони здоров'я не представлено спеціальних актів, що регламентують порядок розробки та реалізації проектів ДПП, а це, безперечно, стримує його розвиток. Та й сучасна система бюджетування охорони здоров'я України створює високі фінансові ризики для ДПП, пов'язані з короткими (річними) бюджетними циклами планування та їх щорічною процедурою затвердження, яка іноді надміру затягується. З метою зменшення фінансових ризиків можна передбачити

можливість залучення механізму проектного планування та проектного фінансування проектів ДПП, що значною мірою сприятиме зацікавленості приватних вітчизняних та іноземних інвесторів до участі в ДПП.

Тернопільською міською радою протягом кількох останніх років проводиться робота щодо такої форми співпраці як ДПП в питаннях розвитку охорони здоров'я міста, залучення громадських організацій. Це особливо важливо на нинішньому етапі розвитку галузі, коли відбуваються процеси реструктуризації медичної допомоги, «вивільняються» і реорганізуються лікувальні заклади і водночас має місце дефіцит фінансових ресурсів держави. Саме за таких умов доцільно надавати приватним партнерам (на основах концесії) можливість запроваджувати певні медичні технології, інвестувати в охорону здоров'я, на певних договірних засадах налагоджувати співпрацю в галузі закупівель товарів та послуг. Форми реалізації ДПП в охороні здоров'я мають свої особливості — це нескладні інфраструктурні проекти, які наведені в розділі 2.3.

Тісна співпраця Тернопільської міської ради в питаннях розвитку охорони здоров'я міста проводиться із громадськими організаціями міста. Наведемо для прикладу один із важливих проектів, який був реалізований в 2008 році. Так, завдяки спільному соціальному проекту Тернопільської міської ради і благодійного фонду "Діти Тернополя", за участю медичних працівників, громадських організацій, окремих тернополян, представників місцевого бізнесу в місті Тернополі, після проведення капітального ремонту було відкрито і функціонує сьогодні водолікувальний реабілітаційний центр на базі міської дитячої поліклініки, що по вул. Федьковича, 16.

У дитячій поліклініці відділення водолікування колись успішно функціонувало та користувалося популярністю у населення, так як там знаходились: 2 басейни, гідродуші, ванни для грязелікування. Більше 15 років ця база не використовувалась, відділення перебувало в неробочому стані (із-за

відсутності гарячого водопостачання, необхідності поновлення відповідного устаткування та реконструкції).

Ідея "відродження" водолікувального комплексу була продиктована вимогою часу, адже серед багатьох проблем за теперішніх екологічних, соціальних умов чи не основною є слабе здоров'я дітей, тому потреба в оздоровленні кожної дитини, не говорячи про дітей з хронічними захворюваннями, та дітей з особливими потребами, була на часі.

Капітальний ремонт водолікувального реабілітаційного центру міської дитячої поліклініки розпочато в ІV кварталі 2007 року та проведено за короткий термін завдяки підтримці міської влади, ініціативи та активної участі благодійного фонду "Діти Тернополя"(голова - Оксана Заставна), спілки батьків-опікунів дітей, які хворіють ДЦП "Крила Ангела"(голова - Наталія Шидловська).

На капітальний ремонт центру використано 1млн.300 тис.грн, з них 229 тис.грн. виділено благодійним фондом "Діти Тернополя.

В реабілітаційному центрі проведено капітальний ремонт приміщень відділень водолікування та теплолікування: встановлено автономне опалення, підлогу з підігрівом, проведено заміну вікон, дверей, відновлювальні роботи великого та малого басейнів, гідромасажної ванни, тренажерного залу, роздягальні та кімнати відпочинку. Частково відновлено фасад міської дитячої поліклініки, тротуар довкола корпусу поліклініки обкладено бруківкою, в'їзд в поліклініку обладнано пандусами для дітей з особливими потребами.

У водолікувальний центр закуплено: гідромасажну ванну, душ-кафедру, меблі. Особливої уваги заслуговує створення у центрі спелеокімнати (соляної кімнати), мікроклімат якої ідентичний мікроклімату соляних шахт, і застосовується при лікуванні бронхіальної астми та інших алергічних захворювань. Всього на закупівлю обладнання використано 350 тис.грн.

Відкриття водолікувального реабілітаційного центру в дитячій поліклініці надало змогу проводити лікування та реабілітацію дітей в повному обсязі,

забезпечуючи його етапність. Зручне розташування в центрі міста та широкі можливості центру економлять батькам час та кошти на оздоровлення дітей, адже сучасне оснащення водолікувального центру та реабілітаційні послуги надаються подібно до санаторних закладів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

Сучасна модель діяльності органів місцевого самоврядування, що базується на одночасному управлінні та фінансуванні інфраструктури охорони здоров'я, не відповідає суспільним потребам та не забезпечує територіальні громади необхідними послугами. Еволюція органів місцевого самоврядування від утримання інфраструктури охорони здоров'я до розмежування замовника та постачальника послуг, а також запровадження контрактних відносин між ними дасть змогу істотно покращити доступ та якість послуг з охорони здоров'я на рівні окремих територій.

. Галузь охорони здоров'я поставлена в жорсткі зовнішні соціальні, економічні, організаційні та політичні рамки, що потребують заміни колишніх звичних підходів новими зразками та моделями глобалізації. При цьому збільшується ступінь невизначеності в усіх структурах охорони здоров'я, що істотно утруднює вибір правильних управлінських рішень. В перспективі необхідно обґрунтувати організаційно-правові механізми еволюції органів місцевого самоврядування в стратегічного замовника послуг територіальній громаді з охорони здоров'я, а також підходи до визначення суспільних потреб стосовно вказаних послуг та їх планування.

У майбутньому галузь функціонуватиме в умовах ствердження та реалізації системи її основних цінностей, що базується на доступності та якості медичної допомоги, найбільш повному забезпеченні прав її основних учасників – пацієнтів та медичного персоналу при дотриманні їх обов'язків та відповідальності. Порядок надання медичних послуг закладами охорони здоров'я різних форм власності та процесу ціноутворення медичних послуг з

можливим встановленням граничного їх розміру доцільно було б врегулювати нормативно-правовими актами.

Слід відмітити, що загальна стратегія державно-приватницького партнерства в охороні здоров'я повинна будуватися на чіткому баченні потреб суспільства у сфері здоров'я та потенційних можливостей приватного бізнесу у їх задоволенні.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Зараз вітчизняна охорона здоров'я відчуває гострий дефіцит у дієвій сучасній системі керування, яка була б орієнтована на інтенсивний шлях розвитку галузі. Тільки за цієї умови сімейна медицина повинна і, безумовно, зможе зайняти належне їй гідне місце в загальній системі медичного обслуговування населення.

Нові підходи до керування охороною здоров'я міста, безумовно, мусять базуватися і на нових принципах. В їх основу повинні бути закладені:

1. Інститут сімейного лікаря — лікаря загальної практики, який виконує, передусім, функцію базового менеджера з керування фондами й обсягами медичної допомоги населенню як у межах існуючого нормативу на душу (по суті — тарифу), так і в межах фонду своєї дільниці.
2. Медична послуга, яка, зокрема є економічною категорією, тобто має собівартість та ціну і дає змогу, таким чином, розраховувати як обсяги медичної допомоги, так і витрати на її надання.
3. Персоніфікація обсягів медичної допомоги і витрат у межах нормативу на душу для кожного конкретного мешканця.
4. Організація медичної допомоги населенню адміністративної території в межах єдиного медичного, фінансового й інформаційного поля.
5. Інтеграція можливостей закладів охорони здоров'я регіону в межах існуючого фонду з розподілом обов'язків (функцій) і загальної відповідальності. Причому пріоритет залишається за первинною ланкою.
6. Використання медико-соціальних стандартів і рекомендацій.

7. Забезпечення мешканцям права вибору сімейного лікаря, переведення відносин із ним на договірну основу, із взаємними правами та обов'язками.
8. Зміна системи оплати праці сімейним лікарям і їх помічникам.
9. Застосування сучасних інформаційних і управлінських технологій, важелями поліпшення роботи органів місцевого самоврядування також має стати удосконалення системи інформаційного спостереження за ходом виконання поставлених завдань, систематизацією та стандартизацією управлінських продуктів.

Сучасна модель діяльності органів місцевого самоврядування, що базується на одночасному управлінні та фінансуванні інфраструктури охорони здоров'я, не відповідає суспільним потребам та не забезпечує територіальні громади необхідними послугами. Еволюція органів місцевого самоврядування від утримання інфраструктури охорони здоров'я до розмежування замовника та постачальника послуг, а також запровадження контрактних відносин між ними дасть змогу істотно покращити доступ та якість послуг з охорони здоров'я на рівні окремих територій.

Необхідно обґрунтувати організаційно-правові механізми еволюції органів місцевого самоврядування в стратегічного замовника послуг територіальній громаді з охорони здоров'я, а також підходи до визначення суспільних потреб стосовно вказаних послуг та їх планування.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. А. Шипко, Національна академія державного управління при Президентові України, Дніпропетровський регіональний інститут державного управління «Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі», [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-03\(3\)/09safurg.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-03(3)/09safurg.pdf)
2. Самілик Л. О., Національний університет державної податкової служби України, « Державне управління системою охорони здоров'я: стан та перспективи», http://www.rusnauka.com/19_NNM_2007/Medecine/22350.doc.htm
3. Устінов О.В. Видавництво «МОРІОН» Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті Український медичний часопис № 3 (95) – V/VI 2013 г. <http://www.umj.com.ua/article/59340/aktualni-problemi-zdorov-ya-ta-oxoroni-zdorov-ya-u-iii-tisyacholitti>
4. Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII „Основи законодавства України про охорону здоров'я” – www.zakon.rada.gov.ua

5. Галузевий класифікатор «Довідник медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій» - www.garvis.com.ua/dovidnyk/nsi/help/ru.html?print=1
6. Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» - www.zakon.rada.gov.ua
7. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР - www.zakon.rada.gov.ua
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.96 № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» - www.zakon.rada.gov.ua
9. Наказ МОЗ та Мінфін від 18.12.97 № 358/273 «Про затвердження Порядку надання платних послуг у державних (комунальних) закладах, установах охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та одержання добровільної компенсації від хворих» - www.zakon.rada.gov.ua
10. [Http://Www.Umj.Com.Ua/Article/63259/Transformaciya-Sistemi-Oxoroni-Zdorov-Ya-Ukraini-Stan-Ta-Perspektivi](http://Www.Umj.Com.Ua/Article/63259/Transformaciya-Sistemi-Oxoroni-Zdorov-Ya-Ukraini-Stan-Ta-Perspektivi)
Стаття О.П. Корнійчука «Трансформація Системи Охорони Здоров'я України: Стан Та Перспективи» (Укр. Мед. Часопис, 2013, 4(96): 20–26)
11. Положення Про Відділ Охорони Здоров'я Та Медичного Забезпечення
12. Методичні Рекомендації Щодо Визначення Необхідних Ресурсів Для Досягнення Цілей Модернізації Охорони Здоров'я Та Напрямків Їх Використання (81.13/140.13)

13. Критерії Класифікації Закладів Охорони Здоров'я За Рівнями Надання Медичної Допомоги. Методичні Рекомендації./ Міністерство Охорони Здоров'я України. Український Інститут Стратегічних Досліджень. – К., 2010. – 21 С.

14. Наказ МОЗ України Від 01.08.2011N 454 «Про Затвердження Концепції Управління Якістю Медичної Допомоги У Галузі Охорони Здоров'я В Україні На Період До 2020 Року»

16. Торбас О. М., Рожкова И.В., Солоненко И.Н. Еволюція ролі органів місцевого самоврядування щодо покращення послуг територіальній громаді з охорони здоров'я <http://www.academy.gov.ua/ej/ej5/txts/07tomgoz.htm>

5\16. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: Навч. посіб. - К.: Вид-во НАДУ, 2005. - 416 с.

(20)Автор — Евген ЛАТИШЕВ. Лекція № 1 (2012) освітнього проекту за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання зі спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я». Проект організований спільно Національною медичною академією післядипломної освіти імені П. Л. Шупика та редакцією журналу «Управління закладом охорони здоров'я» Видавничого дому МЦФЕР.

http://medsprava.com.ua/korisna_informatsija/porivnjalnijj_analiz_sistem_okhroni_zdorovja_mekhanizmi_vprovadzhennja/

21. <http://www.academia.org.ua/?p=376> (21)

22. Дьякова К., Каунцінгер Б. Розмежування замовника і постачальника та укладення контрактів на закупівлю медичних послуг. - К.: Проект ЄС “Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні”, 2006. - 40 с.

33. Державно-приватне партнерство –Гойда Н. Terra incognita української медицини? Опубліковано 17/05/2013 в Дискусійний клуб, Система охорони здоров'я <http://www.vz.kiev.ua/derzhavno-privatne-partnerstvo-terra-incognita-ukraïnskoï-medicini/>

