

*І.М. Солоненко,
д. мед. н., професор,
заслужений діяч науки і техніки України,
професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України*
*С.Я. Пак,
аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України.*

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИХ ЗАСАД ДІЯЛЬНОСТІ МІСЦЕВИХ ОРГАНІВ ВЛАДИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Стаття присвячена обґрунтуванню напрямів удосконалення організаційно-правових засад державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні. Розроблено концептуальну модель державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в умовах перетворень і переходу галузі до функціонування на засадах ринкових відносин.

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

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

Потрібно зазначити, що структура управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях є вкрай не досконалою, а на районному рівні відсутній підрозділ, функцією якого мала б бути координація управління системою громадського здоров'я, медичного обслуговування в цілому та її фінансовими ресурсами зокрема, і на який можна було б покласти функцію укладання договорів на медичні послуги населенню та контролю за їх виконанням.

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

Теоретичні розробки вітчизняних науковців з державного управління, нові концептуальні і практичні напрацювання, обумовлюють глибокий аналіз напрямів трансформації механізмів державного управління системою охорони здоров'я. Але дослідження питання організаційно-правових засад у системі управління охороною здоров'я ще не набули системного характеру. Йдеться про організаційно-правові засади взаємодії між структурними елементами управління: виконавчою та представницькою владою, органами управління охороною здоров'я, громадськими об'єднаннями і політичними партіями. Також потребує подальшого аналізу та обґрунтування структура державного управління охороною здоров'я на рівні адміністративних територій в Україні, механізми здійснення. Недостатнє вивчення цих проблем обумовило її актуальність та вибір теми нашого дослідження.

За останні 10 років у науковій літературі та суспільстві активно обговорюються шляхи реформування медичної галузі України.

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

Однак, окремі автори (М.М. Білинська, І.М. Солоненко, І.В. Рожкова, І.Д. Герич та інші), посилаючись на ряд факторів, таких як історичні, політичні, економічні, а також особливості менталітету громадян України, говорять про доцільність поетапних еволюційних змін в системі захисту здоров'я населення.

На даному етапі становлення демократичних засад в Україні, та невизначеності стратегії розвитку держави, політичної та економічної нестабільності в суспільстві немає порозуміння щодо

перспектив розвитку, говорити про серйозні трансформаційні процеси, особливо у медичній галузі – передчасно.

Тому доцільно говорити не про реформи, а про зміни, що потрібні на сьогоднішньому етапі розвитку України – і здійснювати управління змінами [9].

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

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

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

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

Таким чином, акцент пріоритетів у реформі охорони здоров'я потрібно активно перемістити на оптимізацію управління на усіх рівнях, розширення управлінсько-економічної самостійності лікувальних закладів реструктуризацію системи лікувально-профілактичної допомоги населенню, що можливо особливо при регіональному підході до формування мережі лікувальних закладів. Це дозволить, по-перше, уточнити й обґрунтувати етапи організації медичної допомоги з врахуванням особливостей медико-демографічної ситуації і стану здоров'я населення території, а по-друге, надати керованим системам комплексного та системного її розвитку як в цілому, так і в кожному закладі або службі, як підсистемах.

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

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

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

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

В Законі України „ Про місцеві державні адміністрації “ обласним та районним державним адміністраціям визначено організацію, впровадження та порядок діяльності, в тому числі, й щодо управління охороною здоров'я. Згідно зі статтею 16, місцеві державні адміністрації в межах, визначених Конституцією і законами України, здійснюють на відповідних територіях державний

контроль за додержанням законодавства з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.

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

В результаті простежується, що увесь спектр виконання завдань, згідно з делегованими їм повноваженнями в галузі охорони здоров'я (фактично управління нею), покладається на місцеві державні адміністрації.

На рівні місцевих громад, тобто на рівні села, селища та міста складається протилежна ситуація. Тут відповідні місцеві ради також мають виключне право щодо затвердження місцевих програм соціально-економічного розвитку та бюджетів. Однак, оскільки на цьому рівні державні виконавчі органи в особі місцевих державних адміністрацій відсутні, до власних (самоврядних) повноважень сільських, селищних і міських рад та їх виконавчих органів Законом України „ Про місцеве самоврядування в Україні “ віднесене й управління закладами охорони здоров'я, що належать відповідним територіальним громадам або передані їм державою (підп. 1 п. «а» ст. 32 зазначеного закону).

Крім цього, виконавчим органам сільських, селищних та міських рад у сфері охорони здоров'я Законом делеговані такі повноваження виконавчої влади: забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування, розвитку всіх його видів та мережі лікувальних закладів усіх форм власності; визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладання договорів на підготовку спеціалістів; забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення визначених законодавством категорій населення, які мають пільги у цій сфері; реєстрація статутів розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я; внесення пропозицій про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я. Сільські, селищні та міські голови, які очолюють відповідні місцеві ради, призначають на посади і звільняють з посад керівників закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної власності відповідних місцевих громад [2;11].

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

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

Отже слід констатувати, що структура управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях через неадекватність законодавчих актів є не досконалою та потребує удосконалення.

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

Прикладом такого стану може бути нинішня ситуація у Сумській області.

В обласних лікувально-профілактичних закладах працює 30 головних лікарів. До 1999 року головні лікарі призначались наказом начальника управління охорони здоров'я облдержадміністрації. За цей період призначено і працює 16 головних лікарів. З 1999 року по 2005 рік за рішенням обласної

ради головні лікарі призначались наказом начальника управління ОДА за погодженням з управлінням майном Сумської обласної ради, призначено 9 головних лікарів.

З 2005 по 2009 рік головні лікарі призначались сесією обласної ради за поданням обласної державної адміністрації та управління охорони здоров'я облдержадміністрації з укладанням контракту з управлінням майном обласної ради 4 головних лікарів, з головою обласної державної адміністрації – 2, з головою обласної ради – 1. Всього на умовах контракту з управлінням майном обласної ради працює 9 головних лікарів. В центральних районних лікарнях працює 18 головних лікарів. З 18 лікарень 5 підпорядковані міським радам, 13 – райдержадміністраціям. В період до 1997 року призначено 4 головних лікарів наказом по управлінню охорони здоров'я ОДА за поданням голів райдержадміністрацій, в тому числі в містах Охтирка та Ромни. З 1997 по 2004 рік розпорядженням голів райдержадміністрацій за погодженням з управлінням охорони здоров'я ОДА призначено 5 головних лікарів.

З 2004 по 2009 рік сесіями районних рад за погодженням з УОЗ ОДА призначено 5 головних лікарів і без погодження – 1. В містах Глухів, Конотоп, Шостка головні лікарі призначені розпорядженням міських голів за погодженням з УОЗ ОДА. В місті Суми з 8 головних лікарів 5 призначені начальником міського відділу охорони здоров'я за погодженням з УОЗ ОДА (в період до 2005 року). З головних лікарів призначені міським головою м. Суми без погодження з управлінням охорони здоров'я ОДА.

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

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

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

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

Зовнішнє середовище, що змінилося, стимулює лікарні до адаптації своєї діяльності. Очікувалось, що скорочення реальних бюджетів і нові методи оплати надавачів сприятимуть підвищенню економічності, а децентралізація керівництва – чутливості до потреб громадськості і очікувань споживачів. Однак організаційна структура лікарень, як виявилось, не відповідає новому економічному механізмові, тим самим стимулює до змін у діяльності послаблюються, а між різними стимулами виникають суперечності.

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

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

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

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

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

Комунальне підприємство (як неприбуткове), може утворюватися компетентним органом місцевого самоврядування в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини комунальної власності і входити до сфери його управління. При цьому орган, до сфери управління якого входить комунальне підприємство, є представником власника – відповідної сільської, селищної, міської територіальної громади чи сукупності територіальних громад району або області. Орган управління виконує функції власника в межах, визначених Господарським кодексом та іншими законодавчими актами.

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

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

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

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

Отже в процесі вивчення структури управління охороною здоров'я на регіональному і місцевому рівнях в Україні та основних принципів які розглядаються як такі, що на даному етапі розвитку медичної галузі мають покращити її роботу, ми дійшли висновку, що така структура управління та повноваження окремих її ланок не можуть забезпечити вимоги часу.

Саме базуючись на знаннях значних проблем в організації надання медичної допомоги населенню та реформування самої системи охорони здоров'я в Україні, опрацьованих в літературних джерелах теоретичних і практичних розробок, що стосується змін та реформування галузі, приведення її до вимог адекватних часів, а також на особистому практичному досвіді, – нами запропоновано власний варіант моделі побудови організаційно-правових засад державного управління охороною здоров'я на регіональному, районному та на рівні територіальних громад (рис. 1). Модель передбачає утворення чіткої вертикалі на рівнях органів управління, розвиток

горизонтальних зв'язків на усіх рівнях управління, тобто – централізація зверху (на рівні органів управління) та децентралізація знизу (на рівні лікувально- профілактичних закладів).

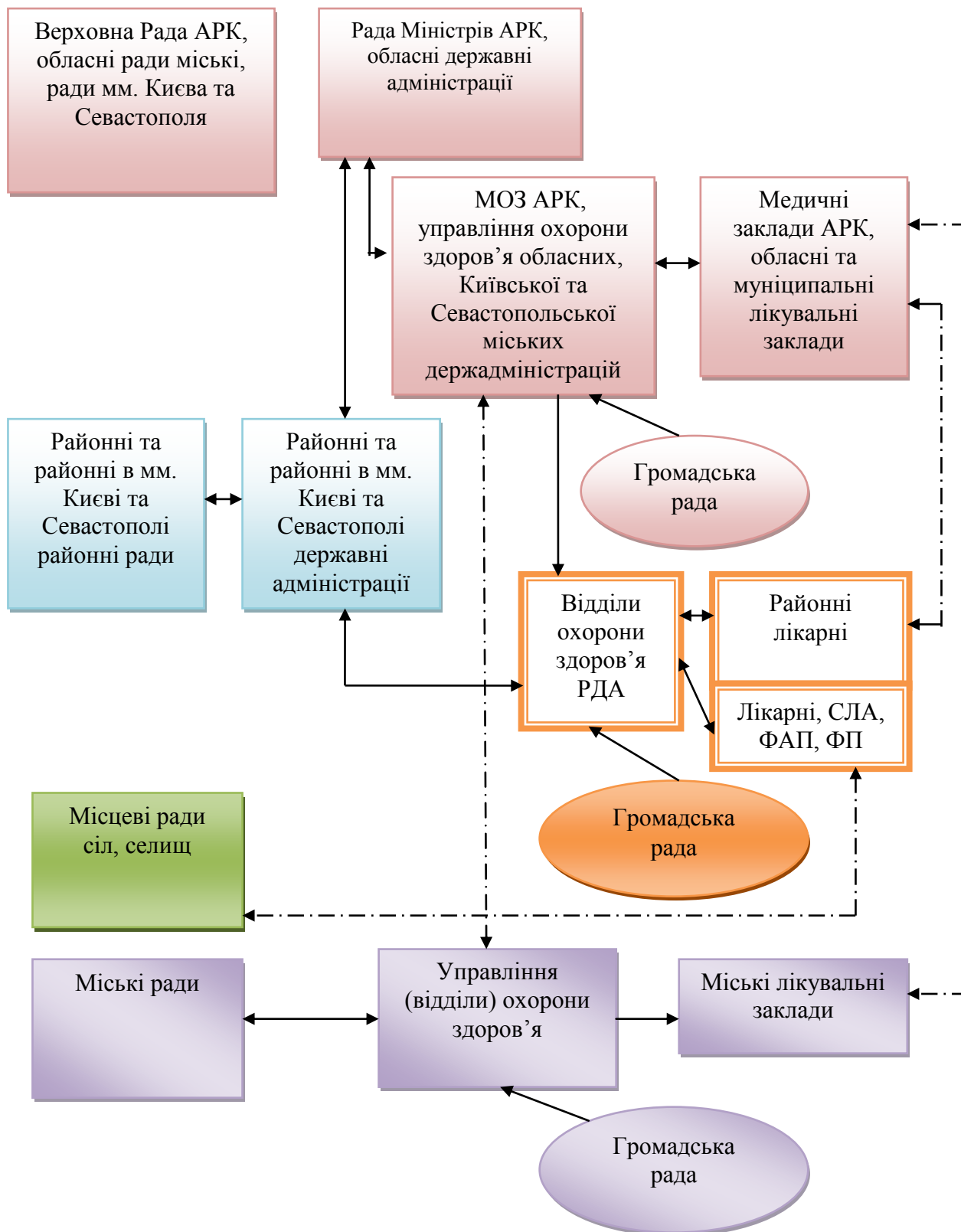


Рис. 1. Концептуальна модель державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні (проект С.Я. Пака, 2010)

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

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

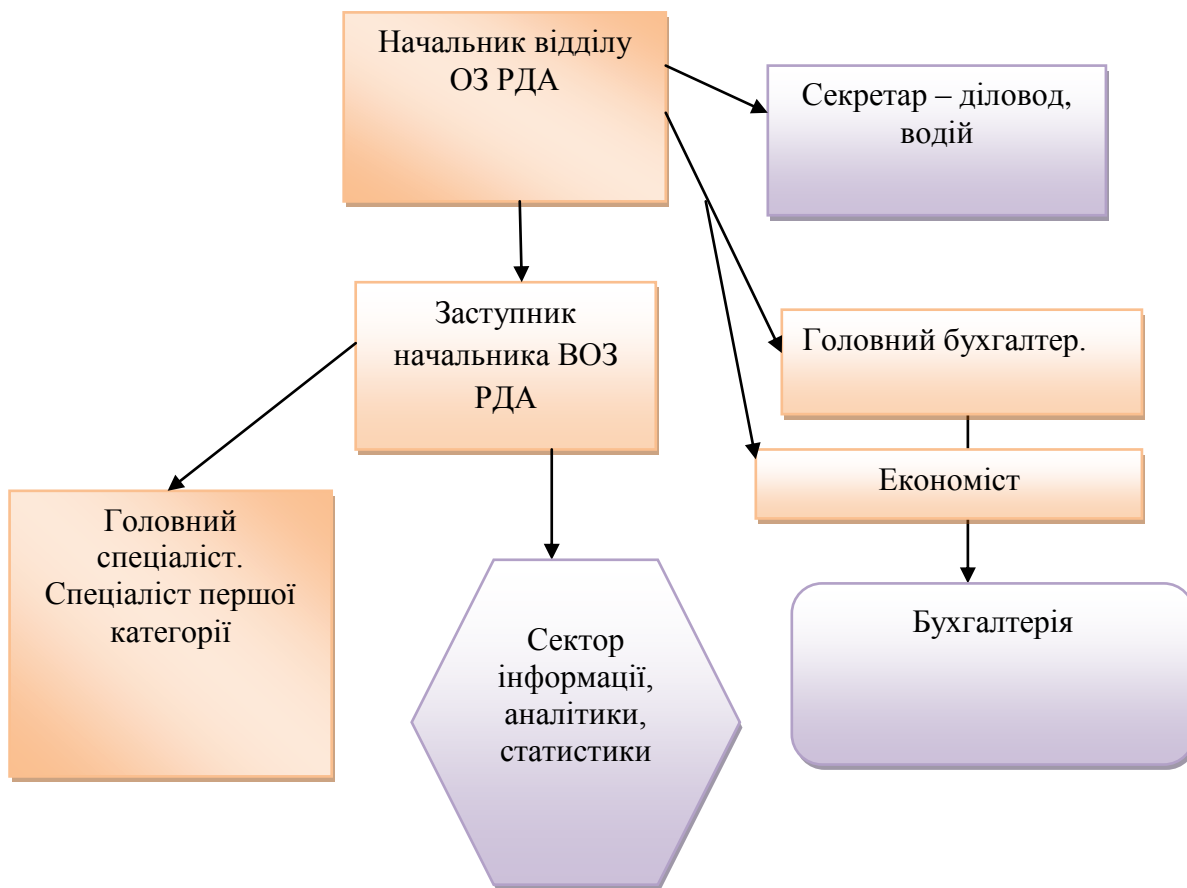


Рис. 2. Проект структури штатного розпису відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації (проект С.Я. Пака, 2010).

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

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

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

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

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

Місцеві органи управління охороною здоров'я, що є підрозділами (на обласному, районному

або міському рівнях) державних адміністрацій, або міських рад мають діяти як замовники (платники) і виконувати функцію первинного розподілу бюджетних коштів, а також забезпечувати закупівлю медичних послуг для територіальної громади. Бюджети доходів і витрат повинні ухвалюватися (на регіональному або місцевому рівнях) державною адміністрацією, або відповідною радою.

Водночас в якості автономних місцевих постачальників (виробників) медичних послуг з власним статутом і статусом юридичної особи, що діють як неприбуткові медичні підприємства виступають лікувальні заклади усіх рівнів.

Між державним покупцем і автономними постачальниками медичних послуг складається угода у вигляді контракту, 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.

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

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

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

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

Література

1. Вишневецький В., Голунов А., Коньков А. Керована медична допомога, як модель реформування охорони здоров'я адміністративної території / В.Вишневецький, А.Голунов, А.Коньков // Персонал. – № 2. – 2006. – С. 74 – 83.
2. Гладун З.С. Адміністративно–правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія / З.С.Гладун. – К.: Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
3. Господарський кодекс України із змінами 436–15. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>
4. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. // Відомості Верховної Ради України. –1997. – № 24. – С. 170.
5. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1999. –№20 / 21. – С. 190.
6. Проданчук М.Г., Корецький В.Л. Проблеми і перспективи розвитку системи медичної допомоги / М.Г.Проданчук, В.Л.Корецький // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 59– 63.
7. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В.М.Рудий. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.
8. Солоненко І.М. Еволюція ролі керівника закладу охорони здоров'я в умовах суспільних

- трансформацій / І.М.Солоненко // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 4 (32). – С. 122–123.
9. Солоненко І.М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія / І.М. Солоненко, І.В. Рожкова. – К.: Фенікс, 2008. – 276 с.
 10. Солоненко І.М. Формування стратегічного замовника послуг з охорони здоров'я в Україні / І.М.Солоненко // Новітні тенденції розвитку демократичного врядування: світовий та український досвід: матер. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 30 травня 2008 р.); за заг. ред. О.Ю. Оболенського, С.В. Сьоміна. – К.: НАДУ, 2008. - Т.1. – С. 50-55.
 11. Управління охороною здоров'я територіальної громади: монографія / [авт. кол : Рожкова І.В., Жаліло Л.І., Давидова Ю.В. та ін.; за ред. В.М.Вакуленка, М.К.Орлатого]. – К.: НАДУ, 2009. – 152 с.
 12. Утвенко В.В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях / В.В.Утвенко // Становлення і розвиток української державності. Випуск 3. - К.: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2009. – С. 63–70.

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

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

Стаття посвячена обоснованню напрямлений усеревершенствовання організаційно-правових основ державного управління охорони здоров'я на регіональному і місцевому рівнях в Україні. Розроблена концептуальна модель державного управління охороною здоров'я на регіональному і місцевому рівнях в умовах реформ та переходу галузі к функціонуванню в ринкових умовах.

Ключевые слова: *государственное управление, организационно-правовые механизмы, охрана здоровья, реструктуризация, децентрализация, территориальная община, качество и доступность медицинской*