

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОСТІЙНОЇ
РОБОТИ СТУДЕНТІВ
з дисципліни
“ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я”
(для бакалаврів)**

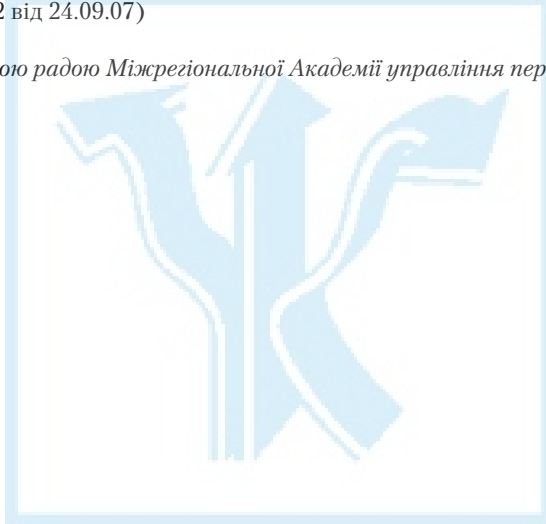
МАУП

Київ 2008

Підготовлено професором кафедри медичного та екологічного менеджменту
О. В. Баєвою

Затверджено на засіданні кафедри медичного та екологічного менеджменту
(протокол № 2 від 24.09.07)

Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом



Баєва О. В. Методичні рекомендації щодо забезпечення самостійної роботи студентів з дисципліни “Державна політика в галузі охорони здоров’я” (для бакалаврів). — К.: МАУП, 2008. — 42 с.

Методичні рекомендації містять пояснювальну записку, теми до самостійного вивчення та індивідуальне аналітичне завдання, методичні вказівки до підготовки тем та завдань, дидактичні матеріали до аналітичного завдання, а також список літератури.

© Міжрегіональна Академія
управління персоналом (МАУП),
2008

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

В умовах кредитно-модульної системи самостійна робота є основним засобом засвоєння студентами навчального матеріалу в час, вільний від обов'язкових видів навчальної діяльності.

Основна мета самостійної роботи над навчальним курсом “Державна політика в галузі охорони здоров'я” — засвоєння теоретичних і практичних питань навчального курсу, здобуття вмій та навичок узагальнювати і аналізувати економічні та соціальні явища в галузі охорони здоров'я.

Згідно із чинними навчальними планами підготовки фахівців за спеціальністю “Менеджмент організацій”, професійне спрямування “Медичний та фармацевтичний менеджмент”, при вивченні курсу “Державна політика в галузі охорони здоров'я” на самостійну роботу відведено 60 % академічного кредиту, і цей час має бути використаний для самостійного опрацювання деяких питань з тем навчального курсу та виконання індивідуальної навчально-дослідної роботи.

Формою звіту про виконання студентом самостійної роботи є індивідуальна навчально-дослідна робота.

Виконуючи індивідуальні завдання, студенти опановують теоретичними знаннями з тем, що визначені робочою програмою навчальної дисципліни для самостійного опанування та набувають практичних навичок з формування державної політики в галузі охорони здоров'я, що має максимально наблизити теоретичний курс до практичної діяльності. Викладач визначає обсяг самостійної роботи, узгоджує її з іншими видами навчальної діяльності студента, розробляє методичні засоби проведення поточного та підсумкового контролю, аналізує результати самостійної навчальної роботи кожного студента.

З навчальної дисципліни визначено такі види самостійної роботи:

- дві теми для самостійного опанування;
- аналітичне завдання, виконання якого потребує теоретичних знань з обох модулів навчальної дисципліни, оформлюється у вигляді індивідуального звіту.

ТЕМИ ДО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТА ІНДИВІДУАЛЬНЕ АНАЛІТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Змістовий модуль I. Державна політика в галузі охорони здоров'я як соціальне явище

Тема 1. Теоретичні проблеми соціального розвитку

Завдання 1. Самостійно дослідити внесок українських учених в аналізі державної політики в галузі охорони здоров'я.

Змістовий модуль II. Державна політика та стратегія в галузі охорони здоров'я

Тема 7. Сучасна державна політика в галузі охорони здоров'я: концептуальні основи, законодавство, програми реформ

Завдання 2. Самостійно дослідити міжгалузеві механізми державного управління охороною здоров'я.

Тема 8. Стратегія управління в галузі охорони здоров'я

Завдання 3. Визначити організаційно-економічні основи фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Аналітичне завдання. Проаналізувати концепцію розвитку охорони здоров'я в місті Києві та розробити й обґрунтувати рекомендації щодо її вдосконалення.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ПІДГОТОВКИ ТЕМ ТА ЗАВДАНЬ

Завдання 1.

Дослідити внесок українських учених в аналізі державної політики в галузі охорони здоров'я.

При вивченні теми потрібно врахувати, що в Україні проводиться масштабна адміністративна реформа, яка торкається не лише політичної та соціальної сфер, а і сфери охорони здоров'я держави. Остання десятиліття майже всі держави тією чи іншою мірою реформували систему охорони здоров'я.

Метою реформи є зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляється відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами та процедурами, що відповідають вимогам світової спільноти.

Реформи системи охорони здоров'я — діяльність, пов'язана зі зміною політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться. Ключовими елементами реформи є: зміст (пакети реформ, що відображають мету, кількість і набір заходів), процес, інститути (організаційні структури, системи управління).

В Україні реформування галузі охорони здоров'я відбувається поетапно: розроблена та затверджена Указом Президента України “Концепція розвитку охорони здоров'я населення України” (2000), на основі якої сформована Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002–2011 рр. Продовжуючи реформування галузі охорони здоров'я, 6 грудня 2005 р. Президентом України В. Ющенком підписано Указ № 1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”, а на його виконання розроблено Національний план дій. Отже, Україна повинна вдосконалювати моделі вироблення державної політики взагалі і в галузі охорони здоров'я зокрема.

При вивченні теми потрібно звернути увагу на дослідження, присвячені проблемам державної політики, що започаткували в 90-х роках такі українські науковці, як: В. Д. Бакуменко, О. Л. Валевський, О. П. Дем'янчук, Т. Дігтяр, О. І. Кілієвич, В. А. Ребкало, В. Є. Романов, О. М. Рудик, В. В. Тертичка та ін., які сформулювали і розробили базові наукові підходи до державної політики, теоретичні та методологічні засади прийняття державних рішень, досліджують середовище вироблення і впровадження державної політики.

Збереження і зміцнення здоров'я населення України становлять одну з найважливіших функцій нашої держави. Саме обшир і складність завдань з охорони здоров'я зумовлює необхідність виконувати ті чи інші функції державної політики з питань охорони здоров'я всіма без винятку органами державної влади України.

Метою самостійної роботи над темою є узагальнення теоретико-історичних засад, аналіз стану державної політики взагалі і в галузі охорони здоров'я в працях українських учених.

Досягнення мети передбачає вирішення таких завдань:

- вивчення історичних передумов виникнення державної політики в галузі охорони здоров'я в Україні;

- аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях вітчизняних науковців.

Для досягнення поставленої мети доцільно використовувати комплексний підхід до вивчення державної політики в галузі охорони здоров'я.

У Радянському Союзі політичної науки офіційно не існувало. Політичну науку між собою ділили такі дисципліни, як: марксистсько-ленінська філософія, історія Комуністичної партії, науковий комунізм та політекономія. Науковий комунізм претендував на виконання функцій політології і соціології.

У 60–80-х роках ізоляція радянських науковців від західної політичної науки трохи ослабла, але ознайомлення з її ідеями залишилося справою вузького кола спеціалістів.

Становлення української політичної науки почалося в період перебування суспільства. З одного боку, гласність спростовувала міфи та догми, які були основою офіційної ідеології; з другого — народжувалась публічна політика, відбувалося становлення перших елементів громадянського суспільства. З цього часу на перше місце почали ставити людину з її проблемами та суперечностями. Стало свідомо сприйматися те, що людина є і об'єктом, і суб'єктом усіх політичних і суспільних подій. Цей процес гуманізації сприяє швидкому розвитку таких дисциплін, як соціологія, політологія, соціальна психологія, менеджмент, менеджмент у галузі охорони здоров'я тощо.

У 1998 р. було розроблено “Концепцію адміністративної реформи в Україні”, яка підтвердила потребу підготовки науково-методичних кадрів з державної політики. Якби інформаційний простір було відкрито раніше, то елементи вивчення та формування державної політики вже стали б в Україні стійкими й ефективними при виробленні і прийнятті політичних рішень у державі і в галузі охорони здоров'я зокрема.

За останні роки в Україні розгорнулася плідна робота з дослідження процесу державної політики та вироблення практичних рекомендацій щодо процесу державної політики в галузі охорони здоров'я.

Дослідників у цій галузі в Україні ще небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до вивчення проблем державної політики, державно-управлінських рішень таких вітчизняних учених, як В. М. Лехан, І. М. Солоненко, Я. Ф. Радиш, Л. І. Жаліло, М. І. Білінська та ін. Уперше в Україні проводяться наукові дослідження в цій галузі, результати яких використовують державні органи

різного рівня. Побачили світ перші публікації українських науковців і в наукових виданнях, і в мережі Інтернет.

У монографії “Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики”, статтях В. Бакуменка і В. Тертички розглядаються процедури прийняття державно-політичних рішень різними інститутами державної влади — Верховною Радою України; Президентом України, Кабінетом Міністрів України, визначаються напрями, класи та форми державно-управлінських рішень. Пропонуються загальні схеми формування державних програм і проектів.

На думку В. Тертички, “успішне впровадження державно-управлінських рішень залежить від рівня розвитку адміністративної культури”, від рівня корпоративної (або бюрократичної) культури, яка залишається в тіні, а також від того, як це впливає на прийняття державно-управлінських рішень.

В умовах становлення громадянського суспільства в Україні виникає потреба у вивченні взаємозв’язків і взаємодій держави та громадянського суспільства. Проблемі державної політики та її ролі у громадянському суспільстві присвячені дослідження О. Дем’янчука, Т. Дігтяра, Т. Бруса, В. Тертички, В. Романова, О. Антонова.

О. Кучеренко досліджував теоретичні підходи до вивчення державної політики. Він робить спробу пристосувати зарубіжні знання до українських реалій і аналізує шляхи розвитку державної політики в Україні; розглядає державну політику як об’єкт впливу людських спільнот, соціальних і політичних об’єднань.

Підходи до формування державної політики України в галузі охорони здоров’я визначені в Конституції України (ст. 43, 45, 46, 48–50). Деталізація та конкретизація основних конституційних положень, що стосуються правового регулювання охорони здоров’я, знайшли відображення у низці законодавчих і нормативних актів. У 1992 р. прийнято основоположний законодавчий акт — Основи законодавства України про охорону здоров’я, в якому визначені основні засади та принципи розбудови національної системи охорони здоров’я.

Дослідники проблеми державної політики України в галузі охорони здоров’я вважають, що галузь перебуває в кризовому стані. Основними причинами є: зміни соціально-економічної системи держави; низька оплата праці медичних працівників; незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги; тривалий період реформування без виділення належних коштів, тобто

без суттєвої економічної та політичної підтримки, а це все призводить до вимирання нації.

При вивченні теми потрібно чітко з'ясувати, що категоріями ефективності системи охорони здоров'я слід вважати:

- вплив на кінцеві результати, а саме — на здоров'я населення;
- соціальну справедливість, тобто забезпечення кожній людині рівного доступу до медичної допомоги;
- задоволення населення якістю медичного обслуговування.

Систему необхідно розглядати у широкому значенні, доктриною можуть бути інноваційні перетворення системи, що стосуються всіх сфер діяльності, здатні підняти систему на якісно новий рівень розвитку.

На сучасному етапі суспільного розвитку Українська держава виступає як монополіст у формуванні політики щодо охорони здоров'я нації, але разом з тим вона не спроможна фінансово її підтримати в умовах перехідного періоду. Одночасно спостерігаються децентралізація державного управління охороною здоров'я та підвищення ролі регіональних і місцевих органів державної влади, місцевого самоврядування, пов'язаних з охороною здоров'я та медичною допомогою.

За визначенням О. П. Щепіна, державна політика в галузі охорони здоров'я — це сукупність рішень чи обов'язків держави щодо проведення органами влади узгодженого курсу дій у системі надання медичної допомоги, спрямованих на досягнення поставлених завдань з метою покращення здоров'я населення держави.

Політика України в галузі охорони здоров'я базується на тому, що держава визнає право кожного громадянина держави на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я.

Н. Р. Нижник дає таке визначення державній політиці України в галузі охорони здоров'я: це невід'ємна складова частина внутрішньої та зовнішньої політики держави, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, що обов'язково проводить держава в інтересах своїх громадян. Особливістю проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я є її комплексність, системність, загальний характер, що обумовлені зростаю-

чою єдністю сучасного світу, тенденціями до зміцнення взаємозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я.

Для здійснення аналізу і вибору стратегії державної політики стосовно перебудови системи охорони здоров'я необхідно включити певні механізми державного управління в процес перетворень, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів. Основні механізми державної політики, які максимально впливають на діяльність галузі охорони здоров'я, такі: фінансування галузі, організація системи охорони здоров'я на макро- та мікрорівнях, розміщення фінансових ресурсів, методи оплати виробників медичних послуг, регулювання діяльності з метою оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів і соціальний маркетинг.

Автори Програми реорганізації медичної допомоги в Україні “Перспектива — 2010” та Національної програми на виконання Указу Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” вважають, що державна політика в галузі охорони здоров'я повинна розглядатися на п'ятьох основних стратегічних напрямках:

- забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення України;
- стратегія в галузі медичної освіти і структури кваліфікації медичних кадрів;
- стратегія в галузі наукового забезпечення розвитку медичної допомоги в Україні;
- технологічна стратегія;
- стратегія в галузі реорганізаційних форм медичної допомоги.

Основними напрямками адміністративної реформи мають стати:

- створення нової правової бази;
- формування нових інституцій, організаційних структур для здійснення державного управління;
- формування та зміцнення нових фінансово-економічних основ функціонування державного управління;
- кадрове забезпечення нової системи державного управління;
- наукове та інформаційне забезпечення системи державного управління, формування механізмів наукового та інформаційного моніторингу функціонування.

Проаналізувавши матеріали використаних джерел вітчизняних науковців та беручи до уваги пріоритетність охорони здоров'я в дер-

жавній політиці, можемо стверджувати, що метою охорони здоров'я України в період реформування галузі є забезпечення права громадян на охорону здоров'я шляхом його збереження та зміцнення, профілактики захворювань і якісної доступної медичної допомоги при оптимізації витрат.

Після вивчення теми студенти можуть зробити висновок, що основними напрямками, стратегічними цілями національної політики України в галузі охорони здоров'я мають бути:

- забезпечення збереження і зміцнення здоров'я населення;
- забезпечення державою пріоритетного фінансування комплексних народногосподарських програм лікування, профілактики, реабілітації та інших заходів щодо охорони здоров'я;
- розробка концептуальних засад виходу з кризи та переходу до стійкого розвитку системи охорони здоров'я України;
- визначення глобальних державних та регіональних цілей, показників і критеріїв управління у зв'язку з переходом до стабільного розвитку галузі охорони здоров'я України;
- подальше вдосконалення державної медичної допомоги; пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги, удосконалення мережі та структури закладів охорони здоров'я;
- поліпшення медико-демографічної ситуації: зростання народжуваності, зменшення рівня смертності новонароджених та осіб працездатного віку, зростання тривалості життя;
- поліпшення профілактичної роботи всіх ланок охорони здоров'я, удосконалення санітарно-епідемічної служби;
- підвищення рівня санітарної культури населення, формування здорового способу життя.

Перспективи подальших досліджень у зазначеному напрямі полягають у визначенні причин, які справляють негативний вплив на демографічну ситуацію, стан здоров'я населення України. Здійснювати заходи з їх усунення, покращувати соціальні нормативи, розробляти та впроваджувати стандарти діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів у галузі, забезпечити фінансування галузі за потребами та здійснення контролю за дотриманням якості з надання медико-санітарної допомоги на всіх рівнях — це необхідні потреби у впровадженні державної політики у галузі охорони здоров'я на перспективу.

Завдання 2.

Самостійно дослідити міжгалузеві механізми державного управління охороною здоров'я.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що державна політика з охорони суспільного здоров'я в Україні перебуває на етапі істотних змін, необхідність яких зумовлена незадовільним станом громадського здоров'я, на що вказують зростання захворюваності, інвалідності та смертності, а також скорочення середньої тривалості життя. Основними чинниками такого стану є значна суспільна стратифікація за рівнем доходів, часто незадовільні умови праці та проживання, забруднення навколишнього середовища, значне поширення індивідуальних факторів ризику захворювань тощо.

Аналіз цього стану, а також даних літератури (І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло) вказують на те, що державна політика з охорони громадського здоров'я в сучасних умовах має базуватися на рівних можливостях щодо охорони здоров'я, залученні громадян до розробки, впровадження та контролю за виконанням управлінських рішень, а також на розвитку міжгалузевих взаємозв'язків у державному управлінні охороною громадського здоров'я.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що міжгалузеві взаємозв'язки не можуть розвиватися в межах традиційних технологій управління. Потрібні нові функціонально-структурні можливості управління, до яких, у першу чергу, належать міжгалузеві підходи.

Інструментом, що сприяє впровадженню нової технології управління, є державна політика, спрямована на збереження та зміцнення суспільного здоров'я через збереження і довілля, і соціального середовища для покращання здоров'я на засадах суспільної рівності. Як вважає Л. І. Жаліло, така політика, по суті, є міжгалузевією за масштабами реалізації і об'єднуючою за стратегією державного управління суспільним здоров'ям.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що така політика не має обмежень “по горизонталі” управління, а також стосується всіх рівнів управління “по вертикалі” – національного, регіонального та рівня місцевого самоврядування.

Основною метою самостійної роботи є аналіз світового досвіду щодо міжгалузевієї співпраці з охорони суспільного здоров'я та наукове обґрунтування удосконалення механізмів державного управління, спрямованих на поглиблення міжгалузевієї співпраці в цій сфері.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що основні засади державної політики та стратегій, що передбачають необхідність удосконалення нової управлінської технології на основі міжсекторального підходу, базуються на документах Оттавської Хартії, проголошеної на першій міжнародній конференції з поліпшення здоров'я (Канада, 1986). Цей документ уперше спрямував увагу управлінських кіл на базові соціальні умови, що впливають на стан здоров'я населення.

Пріоритетного статусу набули суто політичні аспекти, зокрема такі, як зменшення несправедливості й нерівності в охороні здоров'я тощо. Були запропоновані стратегії, які в процес забезпечення здоров'я населення включали підтримку громадських дій і організацій, інших галузей управління й уперше передбачали необхідність перетворення процесу управління охороною здоров'я на міжсекторальну діяльність.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що Оттавською Хартією вперше покладено в основу здоров'я людини підтримання миру на Землі, а також забезпечення людини їжею, житлом, здоровим довкіллям, освітою, стабільним доходом, соціальною справедливістю й рівністю в можливостях, тобто на конференції розглядалися детермінанти здоров'я як суспільно зумовлені й біологічно запрограмовані, а державну політику і дії щодо формування та збереження здоров'я населення визначили як п'ять стратегій:

- розробка та впровадження державної політики, яка могла б гарантувати внесок кожної сфери суспільного життя у забезпечення реальних умов для збереження, зміцнення та відновлення здоров'я;
- створення сприятливих умов навколишнього середовища (техногенних, соціальних, економічних, культурних та духовних), що дасть змогу адаптуватися до трансформаційних суспільних процесів, включаючи галузі нових технологій та організації безпеки праці (здорові робочі місця, чисте повітря, вода, продукти харчування тощо);
- активізація діяльності на рівні громади, щоб населення окремих адміністративних територій мало можливість визначати пріоритети, а органи місцевого самоврядування — розробляти та схвалювати адекватні рішення стосовно проблем здоров'я конкретної громади;
- розвиток індивідуальних навичок та вмінь, необхідних для підтримки здоров'я та самореалізації людини;

- переорієнтація системи охорони здоров'я на пріоритетне забезпечення запобігання захворюванням здорової людини та первинної медико-санітарної допомоги.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що рішення Оттавської конференції були використані при розробці Програми Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) “Здоров'я для всіх до 2000 року”. Це такі принципи:

- справедливість є основним принципом стратегії “Здоров'я для всіх”. Усім людям мають бути забезпечені рівні можливості для повної реалізації потенціалу їх здоров'я;
- запобігання захворюванням та зміцнення здоров'я є найважливішими стратегічними підходами, що забезпечують досягнення людськи такого стану здоров'я, який дає змогу повністю використовувати їх фізичні, психічні та соціальні можливості;
- окремі люди, а також громади активно братимуть участь у визначенні пріоритетів, прийнятті та виконанні рішень, коли вони добре інформовані та мотивовані. Якомога більше складових суспільства мають співпрацювати в ім'я досягнення здоров'я для всіх;
- міжгалузеві дії необхідні для забезпечення здоров'я, захисту від факторів ризику довкілля, економічного та соціального оточення;
- задоволення основних потреб суспільства здійснюється через гармонійну систему охорони здоров'я, побудовану на первинній медичній допомозі та адекватній практиці спрямування хворих до лікарів-спеціалістів, які надають прийнятні, з урахуванням конкретних умов, якісні послуги;
- усе більше проблем у сфері охорони здоров'я виходять за межі національних кордонів (процес світової глобалізації).

Аналіз завдань цієї програми ВООЗ дав змогу класифікувати основні чинники формування суспільного здоров'я на національному рівні.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що розвиток міжгалузевої співпраці є складним процесом, який має базуватися на таких положеннях:

- міжгалузева взаємодія та проведення громадських заходів мають враховувати місцеві умови й забезпечувати участь населення;

- розвиток міжгалузевої взаємодії відбувається завдяки об'єднаним програмам між організаціями, діяльність яких спрямована на вирішення конкретної проблеми;
- для підтримки міжгалузевої взаємодії необхідне розуміння та відданість медичних працівників;
- забезпечення взаємодії місцевих неурядових структур при прийнятті політичних рішень;
- мотивацією для міжгалузевої взаємодії медичних працівників є збереження здоров'я населення;
- необхідна чітка вертикальна координація на всіх державних рівнях; ефективне залучення до вищого координаційного органу представників нижчих рівнів.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що Всесвітня організація охорони здоров'я визначає декілька факторів, що впливають на міжгалузеву координацію:

- стабільна структура управління;
- економічна організація (наявність економічних стимулів та можливість їх упровадження);
- інфраструктура — практична проблема для країн зі слабкою економікою;
- чітко окреслені стосунки між виконавчими структурами та організаціями, які несуть відповідальність за рівень екологічного здоров'я і прийняття політичних рішень;
- існування координуючих систем на національному та регіональному рівнях;
- розроблення програм соціально-економічного розвитку, враховуючи стан та ризики суспільного здоров'я;
- залучення до планування технічного персоналу, встановлення відповідних нормативів та стандартів, проведення наукових досліджень згідно пріоритетних напрямів;
- забезпечення між- та внутрішньоурядових взаємодій щодо проблем суспільного здоров'я (наприклад, міждержавні консультативні ради);
- встановлення зв'язків між координаційною системою та проектним плануванням.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що недостатньо лише прийняти закони. Перш за все необхідно сформувати політичну базу, потім створити відповідні організації, розподілити повноваження і

ресурси, провести заплановані заходи і, нарешті, здійснити контроль за роботою всіх систем згідно з установленими вимогами.

У більшості країн світу окремі галузі визначають свою внутрішню політику і виконують основні контрольні функції. До кооперації залучені не лише організації, які безпосередньо відповідають за стан здоров'я населення, але й ті, діяльність яких опосередковано впливає на здоров'я людей (наприклад, будівельні, економічні, комерційні, транспортні тощо). Тут виникають управлінські проблеми міжсекторальної кооперації. Інтегруючи цінності та принципи суспільного здоров'я в систему державного управління і соціального захисту, можна позбутися багатьох проблем. Вивчення, поширення та сприйняття населенням принципів індивідуального та суспільного здоров'я, забезпечення законодавчої бази сприятимуть розробленню необхідної державної політики, чіткому прийняттю управлінських (політичних) рішень, плануванню відповідних програм/проектів.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що основними умовами успішного міжгалузевого інтегрування є: громадське схвалення та державне управління, документальне підтвердження політики щодо суспільного здоров'я, застосування координаційних механізмів для вирішення питань суспільного здоров'я, створення політичних організацій, відповідних виконавчих структур, визначення основних стратегічних напрямів, технічна готовність, вертикальна координація, ресурсне забезпечення.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що для впровадження масштабних державних заходів недостатньо лише констатації проблем суспільного здоров'я урядовцями та науковцями. Необхідне розуміння і схвалення громади, принаймні її більшості. Громадська підтримка виникає при ознайомленні населення з даними журналістських (наукових) досліджень або впровадження спеціальних освітніх державних програм. У будь-якому разі при розробленні державної політики (створенні нормативної бази чи запровадженні відповідних управлінських рішень) потрібно враховувати думку людей щодо питань суспільного здоров'я.

Треба упроваджувати координаційні механізми міжгалузевої співпраці для вирішення питань суспільного здоров'я. Неможливо створити одну організацію, яка б вирішувала всі питання суспільного здоров'я, оскільки існує багато видів діяльностей, що безпосередньо чи опосередковано впливають на стан здоров'я та довкілля.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що на національному та регіональному рівнях необхідно створити політичні організації з чіткими функціями та обов'язками. Вони можуть належати до структури Кабінету Міністрів, міжміністерського рівня тощо, створюватися в межах уже існуючих структур чи бути новоутвореними. Участь у цьому Міністерства охорони здоров'я та Мінекоресурсів України обов'язкова. Крім того, потрібно заснувати Секретаріат, який би координував міжсекторальну взаємодію всіх установ.

Організаціям, залученим до вирішення питань суспільного здоров'я, потрібно встановити зв'язки з політичними управлінськими структурами всіх рівнів. Вони виконуватимуть функції секретаріатів, відповідатимуть за проведення досліджень, технічне забезпечення й розгляд питань суспільного здоров'я при проектному плануванні міст тощо. Для успішної роботи виконавчим структурам необхідні стабільні ресурси.

Значення основних стратегічних напрямів. При вивченні теми доцільно звернути увагу, що при прийнятті політичних та управлінських рішень великої уваги потребують питання суспільного здоров'я, а саме вивчення існуючих проектів та оцінка стану здоров'я. Керуючись основними політичними пріоритетами, виконавчі структури мають проводити моніторинг, визначати процедури для оцінювання стану суспільного здоров'я, надавати рекомендації при плануванні, розробляти нові методи управління. Деякі з цих видів діяльності вимагають законодавчої підтримки на національному та регіональному рівнях.

Технічна готовність. При вивченні теми доцільно звернути увагу, що інформаційне забезпечення інтегрованого планування потребує скоординованого використання ресурсів усіх галузей, щоб уникнути дублювання на рівні виконавчих структур. Для цього потрібні значні кошти. Тому, володіючи певними ресурсами, виконавчі установи можуть самостійно проводити окремі дослідження.

Вертикальна координація. Вивчаючи тему, звертаємо увагу, що розширення політичної системи призведе до збільшення кількості адміністративних структур — міжурядових політичних організацій, національних і регіональних координаційних інституцій (робочі й технічні групи, управлінські комітети). Важливо, щоб адміністративні заклади проводили активну діяльність, мали законний статус і чітко визначені обов'язки.

Ресурсне забезпечення. Для виконання політичних і управлінських завдань необхідні певні ресурси. Інформаційне забезпечення, моніторинг стратегічних напрямів та навчання фахівців є пріоритетними. Для забезпечення участі населення (наприклад, проведення семінарів, громадських слухань, надання грантів) також необхідна фінансова підтримка.

У процесі децентралізації державного управління все більшу роль у збереженні та зміцненні суспільного здоров'я відіграє система місцевого самоврядування.

Суспільні норми та цінності охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, медичного обслуговування в закладах освіти, культури, фізкультури та спорту, оздоровчих установах; забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреб у підготовці спеціалістів для них, організація з підвищення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення ліками та 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 у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, вивчивши та проаналізувавши основні питання цієї теми, студенти мають усвідомити, що основними принципами міжгалузевої співпраці з охорони суспільного здоров'я є: рівні можливості стосовно доступу до послуг з охорони здоров'я та медичного забезпечення, громадська участь у розробці, впровадженні та моніторингу управлінських рішень і взаємодія між сферами управління.

У подальших дослідженнях необхідно розробити принципи впровадження механізмів державного управління міжгалузевою співпрацею на національному, регіональному рівнях та на рівні місцевого самоврядування в Україні з урахуванням кращого світового досвіду та окремих теоретичних і практичних вітчизняних надбань.

Завдання 3.

Визначити організаційно-економічні основи фінансового забезпечення охорони здоров'я.

При самостійній роботі над цим завданням потрібно розкрити економічні умови створення фінансового забезпечення охорони здоров'я, узагальнити світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування та фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні.

При самостійному вивченні цієї теми потрібно звернути увагу на те, що здоров'я нації, народу — інтегрований показник його суспільного розвитку. Чинники впливу на стан здоров'я населення доцільно поділити на такі основні групи: ті, що характеризують генотип групи населення; ті, що характеризують спосіб життя і ті, що характеризують стан навколишнього середовища. Як зазначається у довідкових матеріалах, у 51 % випадків на стан здоров'я впливає спосіб життя, у 20 % — генетичні чинники, у 20 % — навколишнє середовище і охорона здоров'я — у 9 % випадків. Розвиток охорони здоров'я є невід'ємною складовою частиною національного розвитку, і їх головні цілі повинні збігатися.

При самостійному вивченні цієї теми потрібно звернути увагу на те, що на розвиток охорони здоров'я суттєво впливають економічні умови, зокрема: рівень ВВП і темпи його зростання, динаміка доходів загального фонду, видатки за рахунок загального фонду, реальні доходи населення, рівень номінальної заробітної плати, індекс споживчих цін, динаміка зменшення заборгованості із заробітної плати, рівень безробіття, платоспроможність населення.

Звертаємо увагу, що при створенні національних систем охорони здоров'я розвинутих країн враховують такі принципи:

- рівність для всіх громадян у доступності наявних медичних послуг досить високої якості;
- забезпечення гарантованого обсягу медичних послуг для населення і контроль за їх цінами;
- право громадян на обрання страховика, лікувальної установи, лікаря, а також методу лікування у системі страхової медицини.

Країни світу з урахуванням загальноприйнятих принципів розробляють і реалізують різні моделі фінансування охорони здоров'я, виходячи з фінансових можливостей державного бюджету, частки витрат на охорону здоров'я у ВВП країни, платоспроможності населення.

Вивчаючи тему, звертаємо увагу на те, що світовою практикою апробовано три моделі організації та фінансування охорони здоров'я: приватна медицина, побудована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування; державна медицина з

бюджетною системою фінансування; страхова система оплати медичної допомоги за принципами соціального страхування.

Основним інструментом першої моделі є задоволення суспільної потреби в медичній допомозі через ринок медичних і страхових послуг. Частину незадоволеної потреби (малозабезпечені прошарки населення, пенсіонери, безробітні), бере на себе держава шляхом розроблення і фінансування суспільних програм медичної допомоги.

У другій моделі держава як головний покупець і постачальник медичної допомоги забезпечує задоволення переважної частини потреб населення в послугах охорони здоров'я на безкоштовній і пільговій основі. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я виступають податки з доходів юридичних і фізичних осіб.

У третій моделі страхувальникам і застрахованим надано можливість здійснювати контроль за витрачанням коштів. Соціальне медичне страхування забезпечує одержання медичної допомоги за принципами суспільної солідарності, тобто рівень доходів, вік і стан здоров'я пацієнтів практично не враховуються. Дія ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантований рівень, забезпечуючи свободу вибору і суверенітет споживачів.

У жодній країні ці моделі не реалізовано у "чистому" вигляді. Як правило, спостерігається поєднання всіх трьох способів фінансування з переважанням одного з них.

Найбільш перспективними, з погляду можливого використання у вітчизняній практиці, є такі напрями розвитку й удосконалення системи обов'язкового медичного страхування:

- реорганізація стаціонарної медичної допомоги, перенесення основного акценту на амбулаторно-поліклінічну допомогу, широкий розвиток інституту лікаря загальної практики (досвід Великобританії);

- застосування диференційованого внеску на обов'язкове медичне страхування громадян. Галузевий принцип формування страхового тарифу (досвід Німеччини);

- поєднання програм соціального і медичного страхування населення (досвід Швеції).

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що застосування методу часткової оплати пацієнтом медичних послуг в умовах обов'язкового медичного страхування (досвід Франції).

Починаючи реформування системи охорони здоров'я, Україна повинна визначитись із своїми можливостями і встановити певні нор-

мативи забезпечення громадян медичною допомогою з розрахунку на одного мешканця (громадянина). Передусім необхідно поділити існуючу систему на державну службу охорони здоров'я, заклади і організації якої перебуватимуть у державній (комунальній) власності і фінансуватимуться із відповідних бюджетів, та на приватну медичну діяльність, що здійснюватиметься поза межами державної, в основі якої — ринкові засади. Такий спосіб надання медичної допомоги, хоча і частково, але зможе вирішити питання щодо нових робочих місць у приватному секторі. Це актуально у процесі подолання безробіття серед медиків.

Перехід до організації первинної медичної допомоги здійснюється в Україні переважно за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря), який закладений у Концепції розвитку охорони здоров'я міста Києва і зараз реалізується на практиці в районах Чернігівської області.

Перспективним шляхом реформування охорони здоров'я є перехід до медичного страхування громадян з акцентом на багатоканальне фінансування бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я з орієнтацією на кращу світову практику.

У вітчизняній практиці зазначені джерела здебільшого перебувають на стадії апробації, оскільки методична база державного і недержавного медичного страхування лише розробляється і закладаються її основи, а ініціативні фонди та програми ще не розвинені через відсутність сприятливої законодавчої бази.

Для України характерний високий, порівняно з іншими країнами, рівень інвалідності населення, насамперед у промислових регіонах та тих, хто постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Запобіганню та лікуванню захворювань, що виникають внаслідок забруднення території через аварію на Чорнобильській АЕС, необхідно спрямувати організацію системи охорони здоров'я України, а існуючу методику фінансування — вдосконалити за рахунок впровадження додаткових (коригуючих) коефіцієнтів, які б враховували специфічні особливості динаміки загальних показників здоров'я населення.

Звертаємо увагу на визначення методики обліку доходів і видатків в умовах багатоканальної системи фінансування. Потрібно дати оцінку діючого порядку облікового супроводження операцій з фінансування.

Відповідно до Бюджетного кодексу складовими частинами державного та місцевих бюджетів є загальний та спеціальний фонди

(ст. 13). Виділенням у складі державного бюджету спеціального фонду, що вперше було здійснено у 2000 р., запроваджено облік та казначейське виконання надходжень власних коштів бюджетних установ, які раніше були поза бюджетом і обліковувались в установах комерційних банків. Перелік власних надходжень бюджетних установ та організацій визначено Кабінетом Міністрів України та класифіковано так:

- плата за послуги, що надаються бюджетними установами, зокрема:
 - згідно з функціональними повноваженнями;
 - від господарської та/або виробничої діяльності;
 - за оренду майна бюджетних установ;
 - кошти від реалізації майна;
- інші джерела власних надходжень бюджетних установ: гранти та дарунки, отримані бюджетними установами; кошти, що отримані бюджетними установами на виконання окремих доручень.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що нормалізація економіки будь-якого регіону неможлива без розумної організації охорони здоров'я структурного, економічного, юридичного, кадрового характеру. У той же час визначення місця і ролі охорони здоров'я в господарському комплексі регіону неможливо без аналізу економічного стану держави, життєвого рівня людей на сучасному стані порівняно з рядом країн СНД та зарубіжжя. Формування різних систем управління галуззю охорони здоров'я та їх розвиток у різних країнах залежить від доходів населення, витрат на лікування та профілактику хвороб, державної політики щодо стану здоров'я.

Наприклад, Верховною Радою України на 1998 р. виділено 704 млн грн на охорону здоров'я, що становить лише 27 % від реально необхідної суми витрат на нього, або близько 63 грн на одного мешканця країни. Такий же рівень витрат на охорону здоров'я властивий слаборозвинутим країнам, таким як Бангладеш, Індія, Пакистан, більшість країн Африки. І така позиція держави призвела до негативних наслідків щодо здоров'я суспільства у народногосподарському масштабі, уповільнення економічного розвитку країни. В Україні поки ще існує державна система охорони здоров'я з недостатнім фінансуванням, у стадії розпаду та низькою якістю медичного обслуговування.

Перехід до ринкової економіки без економічного реформування і планування призвів до того, що галузь втратила потрібну стійкість і фактично руйнується.

У зв'язку з цим виникає усвідомлена необхідність використання різних способів збереження здоров'я, відповідального ставлення до нього.

Фінансування витрат лікувальних закладів із бюджету держави, яке зменшується рік у рік, зумовило необхідність вишукування ними позабюджетних джерел для збереження здатності надавати медичну допомогу у повному обсязі.

Треба звернути увагу, що на сьогодні можна виділити 3 основних джерела **позабюджетного** фінансування: введення плати на ряд медичних послуг або часткова компенсація їх вартості; меценатство, добровільні внески громадян та організацій, відрахування з фондів милосердя, страхових компаній, гуманітарна допомога інших країн; залучення коштів за рахунок невластивої лікувальним закладам діяльності (підсобне господарство і цехи, здавання в оренду площі, яка не використовується, медичного і немедичного обладнання, комерційна діяльність та ін.).

Плата за певну частину медичної допомоги не означає руху назад, втрату традицій. Наявність гарантованого державного мінімуму медичних послуг передбачає існування додаткового джерела фінансування, без якого може виникнути питання не тільки про збереження, але й про виживання національної системи охорони здоров'я. Чи тимчасовий це захід і які його часові параметри — на це запитання дасть відповідь життя, економічні можливості держави, її політика щодо здоров'я населення. За будь-яких обставин це може бути етапом переходу до страхової медицини і дозволить матеріально і морально підготувати економічну базу охорони здоров'я.

Проблеми охорони здоров'я, породжені ринковою економікою, привернули увагу не тільки до питань фінансування, а й до організації ринку охорони здоров'я. Ринку, який повинен забезпечити виконання двох взаємопов'язаних завдань. По-перше, створити сильні стимули трудової і господарської активності. По-друге, кардинально поліпшити діяльність охорони здоров'я на основі привнесення елементів саморегуляції. Це реально нове джерело грошових доходів у межах держбюджету.

Згідно з масштабами використання ресурсів, галузь охорони здоров'я сформувала взаємозалежні види медичних ринків:

1. Ринок медичних послуг.
2. Ринок медикаментів.
3. Ринок праці медичних працівників.
4. Ринок науково-медичних розробок.
5. Ринок медичного обладнання і техніки.
6. Ринок страхових внесків.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що для забезпечення потреб ринку і конкретної здатності надання різних видів медичної допомоги необхідно визначити товар медичного ринку, хоч ми знаємо і розуміємо, що здоров'ям не можна торгувати. Товар медичного ринку — медична послуга.

Медична послуга — це продукт праці персоналу щодо задоволення насущних потреб пацієнтів з відновлення і підтримання здоров'я.

Медична послуга, на відміну від загальноприйнятого поняття, характеризується: невідчутністю і нематеріальністю; не піддається зберіганню і транспортуванню; персоніфікована — невіддільна від виробника послуги з мінливістю якості послуги навіть за умов одного виконавця.

Медична послуга, як будь-який товар, повинна мати попит і дотримуватись принципів ринку:

- взаємовигідності;
- оплачуваності;
- еквівалентності;
- доступності.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що факторами попиту медичних послуг виступають: рівень доходів; структура населення; екологічна обстановка; мода та уподобання; етнічні особливості населення; стимулювання попиту спеціальними діями.

Плата за послуги — це плата, яка здійснюється споживачем за отримані конкретні медичні послуги. Таким чином підтримується державна система охорони здоров'я і зменшується залежність медичних закладів від обсягу бюджетних асигнувань.

Перехід об'єктів охорони здоров'я на ринкові умови праці та фінансування супроводжується розвитком і освоєнням нових організаційно-правових форм управління на основі маркетингових досліджень.

Американська медична асоціація визначає маркетинг як “комплексний процес планування, економічного обґрунтування і управління наданням послуг охорони здоров'я, ціновою політикою в галузі

лікувально-профілактичного процесу, просуванням послуг (товарів медичного призначення) до споживачів, а також процесом їх реалізації”.

Завданням планування є досягнення збалансованості між різними видами ресурсів і потребою в них. Їх відповідність можливостям фінансування охорони здоров'я з різних джерел. Планування не є самоцілью для медичного закладу і охорони здоров'я регіону, а виступає як засіб вирішення ряду завдань галузі.

У науковій літературі пропонується багато методів планування трудових ресурсів (койки, кадри і т. д.). Доцільно виділити три основні позиції у плануванні залежно від підходів до вирішення цього питання:

- оптимально-розрахункове планування ресурсів;
- бюджетно-фінансове (балансове);
- системно-економічне обґрунтоване.

При формуванні мережі лікувальних закладів (раціональним розподілом трудових ресурсів) використовуються всі перелічені методи, але в різних обсягах.

Оскільки базисним критерієм планування ресурсів стаціонарної медичної допомоги є визначення койкового фонду, а решта компонентів (у т. ч. кадри) — залежні і вторинні, в інших розділах йтиметься перш за все про планування кількості койок.

Оптимально-розрахунковий підхід передбачає використання нормативних показників для планування ресурсів. Методика розрахунку викладена в дисертації.

Бюджетно-фінансовий підхід передбачає передусім наявність сум і справедливий розподіл бюджету згори до ЛПЗ.

Системно-економічне обґрунтоване планування не тільки усуває диспропорції в розміщенні основних фондів (койок, кадрів, матеріально-технічного оснащення), а й сприяє поліпшенню лікувальної роботи. Такий варіант розрахунків і організації роботи показано на прикладі роботи хірургічного відділення Донецького обласного лікувально-клінічного об'єднання в 1996 р. В основу розрахунків покладено методику визначення відносної вартості однієї години роботи хірурга, прийнятої за одиницю.

Аналіз показав, що при збереженні існуючого обсягу роботи завдяки раціональному використанню праці всіх ланок лікувально-го процесу, необхідно зменшити кількість койок і кадрів. Потрібно

розробити порівняльну таблицю штатного розкладу — фактичну і розрахункову.

Таке відділення не лише зменшує вартість медичної послуги, але й за приблизними підрахунками може принести економію близько 88 тис. грн на рік.

Особиста відповідальність керівника за ефективну діяльність лікувального закладу дозволяє йому обирати будь-який підхід при плануванні роботи.

З точки зору можливостей зменшення кількості сучасних проблем медико-соціальної допомоги викликає інтерес економічний аналіз втрат регіону при погіршенні здоров'я населення.

При вивченні теми доцільно звернути увагу, що базовим положенням облікового процесу бюджетних установ є роздільний облік доходів і видатків загального та спеціального фондів. Фактично йдеться про функціонування двох взаємопов'язаних підсистем обліку, які забезпечують роздільне та адекватне відображення операцій з надходження доходів в умовах багатоканальної системи фінансування.

Важливим напрямом удосконалення методики обліку доходів і видатків бюджетних установ є вивчення можливостей об'єднання плану рахунків бухгалтерського обліку виконання державного та місцевих бюджетів, за яким ведуть облік органи Державного казначейства України, з планом рахунків бухгалтерського обліку виконання кошторисів. Можливості об'єднання планів рахунків установ і організацій державного сектору ґрунтуються на таких базових положеннях:

- державний сектор України побудований за принципом єдності бюджетної системи, що забезпечується єдиною правовою базою, єдиним підходом до регулювання бюджетних відносин, класифікації доходів і видатків, виконання бюджетів і кошторисів, ведення обліку та звітності;
- наявність певного досвіду ведення обліку виконання кошторисів і сільських бюджетів на єдиному плані рахунків.

Доцільно звернути увагу, що за такого підходу уможливорюється запровадження в обліковий процес бюджетних установ механізму управлінського обліку. Нині управлінський облік не регламентується, а рахунки управлінського обліку, на відміну від плану рахунків з обліку виконання бюджету, не передбачено планом рахунків бюджетних установ. Варто зазначити дві основні причини необхідності активного пошуку ефективних методів ведення та організації управлінського обліку на цьому етапі функціонування бюджетних установ:

- у великих бюджетних установах система управління ними ускладнюється, а тому без надійного інформаційного забезпечення ці системи стають некеріваними. Бюджет таких установ обраховується десятками мільйонів гривень, а доходи і видатки за спеціальним фондом сягають двох третин. Виникає потреба в накопиченні інформації не тільки в розрізі кодів бюджетної класифікації, але й за структурними підрозділами, видами послуг;
- управлінський облік орієнтовано на детальний облік витрат (видатків) і калькулювання собівартості нематеріальних послуг. В цей час методика калькулювання таких послуг (освітніх, медичних, культурних, юридичних) потребує наукового обґрунтування. Існує необхідність адаптації категорій методів обліку і калькулювання, об'єктів калькулювання, калькуляційних одиниць та похідних від них до методики калькулювання нематеріальних послуг.

Проблема вдосконалення обліку бюджетних установ значною мірою ускладнюється через все ще низький рівень автоматизації облікового процесу. При розв'язанні питання автоматизації обліку виконання бюджету необхідно враховувати такі фактори:

1. Високу трудомісткість і велику питому вагу ручної обробки інформації.
2. Необхідність оперативної реєстрації операцій і обліку по регіону загалом.
3. Постійні зміни у звітності, бюджетній класифікації.

Розвал економіки в умовах переходу до ринкових відносин спричинив кризу в управлінні. Організатори охорони здоров'я, не маючи достатніх економічних знань, змушені вирішувати питання реорганізації лікувальних закладів в умовах ринку, раціонального розміщення резервів та використання бюджетних асигнувань, визначати вартість та ринкові ціни на медичні послуги, отримання прибутку, внутрішнього та зовнішнього контролю за використанням загального бюджету, тобто використовувати в роботі основні механізми та методи фінансового менеджменту.

Фінансовий менеджмент у медицині передбачає управління рухом фінансових ресурсів об'єкта охорони здоров'я, а також фінансовими відносинами, що виникають у процесі розподілу та використання фінансових ресурсів. Отже, фінансовий менеджмент в охороні здоров'я охоплює систему принципів, методів, форм і прийомів управ-

ління ринковими механізмами в галузі фінансів з метою підвищення ефективності діяльності і конкурентоспроможності лікувальних закладів.

Важливість фінансового менеджменту зростає в умовах швидких змін і у самій системі медико-санітарної допомоги, і в економіці в цілому, оскільки фінансова стратегія, що обрана для об'єкта охорони здоров'я, розраховується на короткі проміжки часу: квартал, місяць, декада. Це розширює можливості самоврядування.

Основними компонентами діяльності менеджменту лікувального закладу, крім формування бюджету, звичайно бувають: розрахунок витрат на лікування хворих, визначення вартості медичних послуг, внутрішній фінансовий контроль, прогнозування рентабельності та ряд інших. Одне із завдань менеджменту — це вирішення питання організації лікувальної справи.

В роботі показано види витрат, їх вартісне вираження, визначено три методики розподілу накладних витрат: груповий розподіл накладних витрат, прямий розподіл накладних витрат, розподіл накладних витрат методом послідовного розділу.

Розподіливши накладні витрати і додавши до них прямі витрати, ми матимемо суму, яку легко використати для визначення вартості трудозатрат і ціни на різні види медичних послуг.

Запропоновано методику калькуляції собівартості медичних послуг, рекомендовано розрахунки основного фонду заробітної плати, розподілу накладних витрат та амортизаційних нарахувань.

Певну увагу приділено організації платних медичних послуг у межах держустанов державних закладів. Подано варіанти формування цін у параклінічних підрозділах і госпрозрахункових поліклініках.

В основі розрахунку вартості платних медичних послуг лежать не нормативні, а фактичні витрати на надання лікувально-профілактичної допомоги. Це дозволяє створити новий механізм оптимального використання фінансових ресурсів.

Отримана інформація з менеджерських розрахунків може бути використана тільки в межах одного медичного закладу. Вона не залежить від правових норм та обов'язкових звітів про фінансову діяльність, не обмежує керівника в питаннях прийняття конкретних рішень.

Фінансове прогнозування передбачає розробку альтернативних рішень, які характеризують фінансовий стан об'єкта охорони здоров'я, динаміку його витрат, доходів, прибутку.

Основними компонентами діяльності менеджера лікувального закладу бувають: формування бюджету для організації ефективної медичної допомоги населенню; раціональний, науково обґрунтований розподіл бюджету; розрахунок витрат на лікування хворих; ціноутворення медичних послуг; внутрішній фінансовий контроль; прогнозування рентабельності та ін.

Фінансові прогнози є основою для розробки фінансових планів. Функцію фінансового плану в ЛПЗ виконує бюджет. До бюджету закладають цілі і завдання медичного закладу, точніше їх грошовий розмір. Формування бюджету базується на комплексі правових документів і положень, звітності про фінансову діяльність перед вищими управлінськими структурами. Він утримує керівника в рамках законності, ґрунтуючись на загальноприйнятих принципах стандартного обрахування витрат виконаного обсягу наданих медичних послуг, за затвердженими Міністерством охорони здоров'я і Міністерством фінансів нормативними статтями витрат на різні види діяльності медичного закладу.

У додатках подано законодавчу базу організації бюджетного фінансування, формування платних медичних послуг.

Слід застерегти, що науково обґрунтований розподіл бюджету можливий лише за умов сукупності своєчасних виплат бюджетних коштів зверху вниз органам охорони здоров'я і оплати основних витрат на організацію медичної допомоги регіону за певний проміжок часу.

Розподіл бюджету має політичний характер, тому перший крок розподілу бюджету дуже важливий і починається з визначення ролі охорони здоров'я в економіці регіону, демографічних пріоритетів окремих районів, політико-національного значення ряду географічних районів, участі економіки регіону у виробництві ВВП.

В розрахунках автора використані методи розподілу бюджету з урахуванням ряду факторів: кількості населення (на одного мешканця); розподіл населення за віком і статтю; кількості мешканців сільської місцевості; стану здоров'я населення з урахуванням шкідливості навколишнього середовища; потоків пацієнтів між районами та містами; використання обласних лікувальних закладів. Це більш складні розрахунки, які мають свої переваги та недоліки.

При виборі методу йдуть від простого до складного. Вибір залежить від керівника, що бажає більш грамотно і глибоко організувати фінансування витрат з урахуванням фактора, якому він надає перевагу.

ДИДАКТИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО АНАЛІТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Аналітичне завдання. Проаналізувати концепцію розвитку охорони здоров'я в м. Києві та розробити й обґрунтувати рекомендації щодо її вдосконалення.

Концепція розвитку охорони здоров'я в м. Києві розроблена на основі чинного законодавства та спрямована на реалізацію положень Конституції України, законів України, Указів Президента України, рішень Уряду та Київської міської влади щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному киянину, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Необхідність визначення основних напрямів розвитку охорони здоров'я мешканців м. Києва зумовлена реальними соціально-економічними труднощами, зокрема:

- структурними змінами в економіці;
- змінами якості життя більшості киян;
- негативними тенденціями в демографічній ситуації в м. Києві;
- незадовільним станом здоров'я киян;
- низьким рівнем фінансування з бюджету міста та районів, що не забезпечує киян безоплатними медичними послугами;
- недостатньою економічною ефективністю використання ресурсів у міській системі охорони здоров'я, що пов'язано перш за все з неприйнятною в нинішніх економічних умовах формою фінансування в системі утримання закладів охорони здоров'я;
- недосконалою системою оплати праці лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я;
- незадовільною екологічною ситуацією. Крім того, особливої гостроти (виходячи з умов значного розширення населення по доходах та значного недофінансування галузі) набувають проблеми:
- доступу до медичних послуг;
- рівності при отриманні медичних послуг;
- якості медичних послуг за умови недостатнього ресурсного забезпечення;
- неймовірно довгих термінів очікування киян при необхідності отримання високотехнологічних сучасних медичних послуг;

- вкрай неадекватного забезпечення лікарськими та медичними засобами, товарами медичного призначення;
- незадовільного обслуговування існуючих будівель та обладнання;
- низької заробітної плати працівників системи охорони здоров'я (в Києві заробітна плата працівників галузі найнижча серед усіх галузей народногосподарського комплексу міста).

Не менш актуальним постає питання розширення прав та можливостей пацієнтів, яке включає:

- право на медичне обслуговування;
- право вибору пацієнтом лікаря чи лікувального закладу;
- участь пацієнта у прийнятті рішень з клінічних питань.

Метою реалізації Концепції є створення системи правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав киян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, спрямованих на:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття, якості і тривалості життя людей;
- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав киян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;
- розвиток та формування керованого ринку медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;
- солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги;
- зменшення дитячої та материнської смертності до рівня показників, визначених стандартами ВООЗ для країн Східної Європи;
- зниження ризиків для здоров'я киян, що пов'язані із забрудненням навколишнього середовища та шкідливими факторами довкілля;

- профілактика та попередження розповсюдження інфекційних захворювань;
- зменшення захворюваності та смертності від судинно-серцевих та онкологічних хвороб, туберкульозу та ВІЛ/СНІДу;
- зменшення шкоди від вживання алкоголю та наркотиків;
- забезпечення доступності та рівності киян при отриманні медичної допомоги.

I. Основні напрями політики київської влади у сфері охорони здоров'я

Оптимізація управління в системі охорони здоров'я м. Києва шляхом:

- введення системи медичного районування, в основі якої є створення однакових можливостей для кожного мешканця м. Києва на отримання медичних послуг, в рамках єдиного медичного простору;
- запровадження у м. Києві єдиного медичного простору з метою реалізації права пацієнта на вільний вибір лікувального закладу;
- забезпечення рівного доступу всіх киян до гарантованої медичної допомоги;
- фінансування всіх закладів охорони здоров'я, які належать до територіальної громади м. Києва з міського бюджету;
- поетапного збільшення асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективного використання;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтації охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані із забрудненням навколишнього середовища та шкідливим впливом факторів довкілля;
- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму і професійних захворювань;
- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;
- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді;

- посилення боротьби із шкідливими звичками;
- розвиток фізичної культури і спорту;
- забезпечення раціонального збалансованого харчування населення;
- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;
- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я;
- удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників та пацієнтів;
- визначення критеріїв щодо диференціації розміру оплати праці медичних та фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;
- розроблення цільових комплексних програм охорони здоров'я киян;
- визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку і обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги киянам у закладах охорони здоров'я;
- забезпечення розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини;
- проведення реструктуризації галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги;
- забезпечення доступності медичної допомоги незалежно від соціального статусу, рівня доходів і місця проживання киян;
- удосконалення системи інформаційного забезпечення галузі охорони здоров'я на основі широкого розвитку інформаційних мереж, реорганізації медико-статистичної служби, створення електронного паспорта пацієнта;
- створення системи забезпечення і контролю якості надання медичної допомоги на основі клінічних протоколів діагностики та лікування;
- удосконалення порядку акредитації закладів охорони здоров'я та атестації медичних і фармацевтичних працівників.

Для реалізації мети концепції необхідно за доступними методами, згідно з чинним законодавством, виступити з ініціативою щодо внесення змін та доповнень до Законів України:

- Основи законодавства України про охорону здоров'я;
- Бюджетний кодекс України;
- Про місцеве самоврядування в Україні;
- Про місцеві державні адміністрації; та прийняття законів України:
- Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування;
- Про лікувальний заклад;
- Про самоврядування професійних лікарських організацій;
- Про медичну діяльність та заклади охорони здоров'я;
- Про права пацієнта;
- Про проведення експерименту в м. Києві із впровадження обов'язкового медичного страхування;
- Про державне замовлення в галузі охорони здоров'я.

II. Розвиток економічних засад системи охорони здоров'я

Реформування економічних засад системи охорони здоров'я спрямовуватиметься на створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав киян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Джерелами фінансування охорони здоров'я мають бути кошти місцевих бюджетів, медичного страхування, благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інші джерела, які не заборонені законодавством.

Заклади охорони здоров'я державного підпорядкування фінансуються з державного бюджету, заклади охорони здоров'я, які є власністю територіальної громади м. Києва, фінансуються з міського бюджету, приватні заклади охорони здоров'я — за рахунок власних надходжень.

Кошти місцевих бюджетів мають бути джерелом фінансового забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного гарантованого рівня надання безоплатної медичної допомоги та його медикаментозного і технологічного забезпечення.

Кошти добровільного медичного страхування спрямовуватимуться на задоволення індивідуальних потреб населення у медичних послугах понад гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги.

Кошти міського бюджету мають бути основним джерелом фінансування цільових програм охорони здоров'я населення.

Заклади охорони здоров'я незалежно від форм власності в обов'язковому порядку повинні дотримуватися державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я.

Також необхідно:

- здійснити перехід до фінансування не мережі закладів охорони здоров'я, а конкретної медичної послуги кожному пацієнту в рамках єдиного медичного простору;
- визначити гарантований безоплатний рівень медичної допомоги з щорічним його переглядом залежно від затверджених бюджетних призначень на поточний рік;
- удосконалити систему фінансування охорони здоров'я, яка передбачає пряму залежність розмірів фінансування медичних установ від обсягу і якості медичних послуг, які вони надають, при раціональному і ефективному використанні коштів, які виділяються;
- ініціювати перед Урядом України створення нормативної бази щодо надання лікарям первинної амбулаторної поліклінічної допомоги, лікарям загальної практики, групам лікарів право на фондоутримання;
- проводити інвестиційну політику, що забезпечує високу ефективність вкладень, — максимальний медичний, соціальний і економічний ефект;
- розпочати зміни організаційно-правового статусу медичних закладів з бюджетних установ на комунальні некомерційні медичні підприємства з урахуванням ступеня готовності медичних закладів;
- забезпечити виконання цільових програм “Здоров'я киян” та “Турбота”.

III. Система управління та організації надання медичної допомоги

Управління у сфері охорони здоров'я має забезпечуватися Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації.

Фінансування всіх закладів охорони здоров'я, які належать до територіальної громади м. Києва, здійснюється з міського бюджету через Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення КМДА.

Медична галузь у м. Києві фінансується через розпорядників коштів, зокрема:

- ГУОЗ та МЗ м. Києва — головний розпорядник бюджетних коштів;
- територіальні медичні об'єднання — розпорядники бюджетних коштів другого рівня (як розпорядники коштів з мережею лікувально-профілактичних закладів медичного району);
- лікувально-профілактичні заклади — розпорядники бюджетних коштів третього рівня.

Передбачається збереження управлінської вертикалі для забезпечення реалізації єдиної політики в сфері охорони здоров'я при дотриманні державних соціальних нормативів у цій сфері та єдиних галузевих норм. Управління охорони здоров'я районних у м. Києві державних адміністрацій забезпечують співпрацю з Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва та ЛПЗ, розташованими на адміністративній території району.

Забезпечується поступовий перехід від адміністративної до саморегулюючої системи управління галуззю з дотриманням вимог чинного законодавства.

З метою раціонального розподілу коштів, оптимального використання матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я, підвищення ефективності медичного обслуговування передбачається чітке розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги.

Медична допомога на первинному рівні включатиме профілактичні заходи, амбулаторне лікування та стаціонарну допомогу за основними спеціальностями, на вторинному — спеціалізовану, технологічно складнішу, на третинному — високотехнологічну допомогу та лікування найбільш складних і рідкісних захворювань.

Основна частина медичних послуг населенню повинна надаватися на первинному рівні.

Планується створення оптимальної системи надання лікувально-профілактичної допомоги, що забезпечить доступність і якість основних видів медичних послуг відповідно до гарантованого стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги.

Передбачається проводити реальний незалежний моніторинг за використанням наявних матеріальних та фінансових ресурсів з метою забезпечення рівних прав киян в забезпеченні медичною допомогою.

Передбачається проводити щорічну незалежну інвентаризацію в лікувальних закладах системи охорони здоров'я м. Києва.

Передбачається здійснити реструктуризацію галузі на основі науково обґрунтованих потреб населення у різних видах медичної допомоги, пріоритетного розвитку такої допомоги на засадах загальної лікарської практики (сімейної медицини), а також реструктуризацію стаціонарної та спеціалізованої допомоги, упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів.

Зростатиме роль громадських медичних об'єднань у розв'язанні проблем охорони здоров'я, що сприятиме демократизації управління. З метою забезпечення громадського контролю при Головному управлінні охорони здоров'я та медичного забезпечення та кожному лікувально-профілактичному закладі будуть створені громадські наглядові ради.

Кадрова політика в системі охорони здоров'я:

- впровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому — з усіма медичними працівниками;
- запровадження довгострокових прогнозів потреби міста в медичних кадрах та складання на їх основі перспективних планів підготовки медичних працівників;
- створення реєстру працівників закладів охорони здоров'я м. Києва.

Розвиток системи надання стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги передбачає:

- упорядкування мережі центрів спеціалізованої медичної допомоги;
- визначення переліку лікувально-профілактичних закладів для надання інтенсивних методик лікування та відновного лікування;
- визначення лікувальних закладів, в яких забезпечується тривале лікування інвалідів Великої Вітчизняної війни (шпиталь), хворих з хронічними захворюваннями, людям похилого віку (хоспіси), а також санаторії та будинки дитини з наступною передачею їх до сфери управління соціального захисту;

- раціоналізацію використання ліжкового фонду на основі вдосконалення ресурсно-нормативної бази лікувально-профілактичних закладів, впровадження сучасних ресурсозберігаючих медичних технологій, протоколів діагностики і лікування, диференційованих залежно від рівня лікувально-діагностичного процесу та етапу надання медичної допомоги;
- поліпшення якості надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах різних форм власності;
- продовження розвитку мережі відділень паліативної допомоги (хоспісів) відповідно до чинного законодавства та міжнародних стандартів;
- продовження розробки та впровадження існуючих медичних протоколів діагностики та лікування на основі доказової медицини;
- підвищення ролі наукових центрів у розробці і впровадженні ефективних медичних технологій, використанні унікальних методів діагностики і лікування.

Медична допомога, яка замінює перебування у стаціонарі, розвиватиметься шляхом економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування, що передбачає:

- розширення мережі денних стаціонарів, стаціонарів вдома, центрів амбулаторної хірургії тощо, а також розширення діапазону таких послуг та вдосконалення ресурсно-нормативної бази в умовах реорганізації надання первинної медичної допомоги та її переходу на засади загальної лікарської практики (сімейної медицини);
- широке застосування зазначених форм для профілактики та діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих;
- розробка програми сприяння розвитку приватної медицини в м. Києві;
- створення єдиного медичного реєстру приватних медичних закладів.

Основні напрями розвитку охорони здоров'я матерів і дітей:

- розширення профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційно-відновних заходів, спрямованих на охорону здоров'я населення репродуктивного віку;
- здійснення заходів щодо соціальної підтримки вагітних і сімей, в яких народилася дитина;

- подальший розвиток служб планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування, запровадження багатоступеневої системи перинатальної допомоги;
- розвиток медико-організаційних технологій, що сприятимуть забезпеченню народження здорових дітей, збереженню та зміцненню їхнього здоров'я, профілактиці інвалідності;
- удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів, оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, впровадження у діяльність цих закладів гнучких організаційних систем залежно від регіональних умов і принципу реорганізації високовартісних видів медичної допомоги;
- роботу серед населення із планування сім'ї в цілях формування усвідомленого становлення до сім'ї, материнства і батьківства;

З метою забезпечення участі всіх медичних закладів міста незалежно від форм власності в охороні здоров'я громадян передбачається:

- створити в м. Києві (з урахуванням столичних функцій) єдиний медичний простір для організації надання медичної допомоги іногороднім, іноземцям та лікування киян на договірній основі в лікувально-профілактичних закладах інших форм власності та відомчої належності;
- здійснити інтеграцію відомчих медичних установ у загальну систему охорони здоров'я на єдиній нормативно-правовій базі з урахуванням їх галузевих особливостей і місцезнаходження;
- забезпечити медичним організаціям, особам, які здійснюють приватну медичну діяльність, державним і муніципальним організаціям рівні права на роботу в системі охорони здоров'я та участь у реалізації муніципальних цільових програм;
- забезпечити дієвий моніторинг здоров'я населення та проведення диспансеризації із залученням санітарно-епідеміологічної служби, роботодавців, закладів освіти та соціального захисту.

З метою вирішення комплексу питань, пов'язаних з незадовільним станом матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів, забезпечити:

- розробку схеми дислокацій лікувально-профілактичних закладів з урахуванням забудови нових житлових масивів;
- проведення технічного обстеження будівель і споруд лікувально-профілактичних закладів з метою отримання висновків щодо технічного стану, оцінки перспективи їх використання, виявлення аварійних будівель;

- створення муніципальної проектної організації з проектування медичних об'єктів;
- перегляд та затвердження табелів оснащення медичних закладів усіх рівнів, надання медичної допомоги в першу чергу медичним обладнанням з урахуванням сучасних технологій в охороні здоров'я.

Також необхідно до роботи з охорони здоров'я киян і надання медико-соціальної допомоги залучати непрофесійні громадські організації і професійні медичні і фармацевтичні асоціації, а також окремих громадян, що дозволить підвищити ефективність профілактичної роботи, зокрема з соціально незахищеними верствами населення, покращити реабілітаційну роботу з групами пацієнтів, розвинути принципи взаємодопомоги і навички вирішення медико-соціальних проблем самими пацієнтами.

З метою забезпечення громадського контролю за використанням бюджетних коштів в обов'язковому порядку двічі на рік публікувати звіт у засобах масової інформації.

IV. Соціальний захист медичних працівників

Розробити та прийняти Київрадою цільову програму будівництва соціального житла для медичних працівників.

Створити в м. Києві фонд службових квартир для медичних працівників. Забезпечити надання гуртожитків, як тимчасового житла, молодим спеціалістам і медичним працівникам, які не забезпечені індивідуальними квартирами, в т. ч. які прибувають у м. Київ з інших регіонів України.

Постійно коригувати рівень заробітної плати медичних працівників до середнього рівня заробітної плати по м. Києву. Формувати надбавки до заробітної плати медичних працівників на підставі особистого внеску кожного в досягнення очікуваних результатів праці.

Запровадити підвищення пенсій медичним працівникам, які мають безперервний стаж роботи у державних та комунальних закладах охорони здоров'я понад 25 років.

Ініціювати перед урядом України впровадження доплат до посадового окладу лікарям дільничної мережі, швидкої та невідкладної медичної допомоги у розмірі 100 % від посадового окладу а також надбавки за тривалу безперервну роботу усім медичним працівникам.

Надавати щорічну матеріальну допомогу медикам на оздоровлення у розмірі місячного посадового окладу.

Розробити перелік заходів із захисту медичних працівників від посягань на їх життя і здоров'я під час виконання ними службових обов'язків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Закон України про місцеве самоврядування в Україні // Відом. Верховної Ради України. — 1997. — № 24. — С. 170.
2. Атаманчук Г. В. Теория государственного управления. — М.: Юрид. лит., 1997. — С. 186–202.
3. Державне управління охороною громадського здоров'я: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка та Л. І. Жаліло. — К.: Вид-во НАДУ, 2004. — 116 с.
4. Здоровье — 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения. — Копенгаген: ВОЗ: Европ. регион. бюро, 1999. — 310 с.
5. Мартинюк О. Концептуально-методологічні засади механізмів державного управління міжгалузеву співпрацю з охорони громадського здоров'я // Упр. сучас. містом. — 2004. — № 4 (16). — С. 213–218.
6. Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — 423 с.
7. Мартинюк О. І. Міжгалузєва взаємодія з охорони суспільного здоров'я на рівні місцевого самоврядування // Вісник НАДУ, 2006.

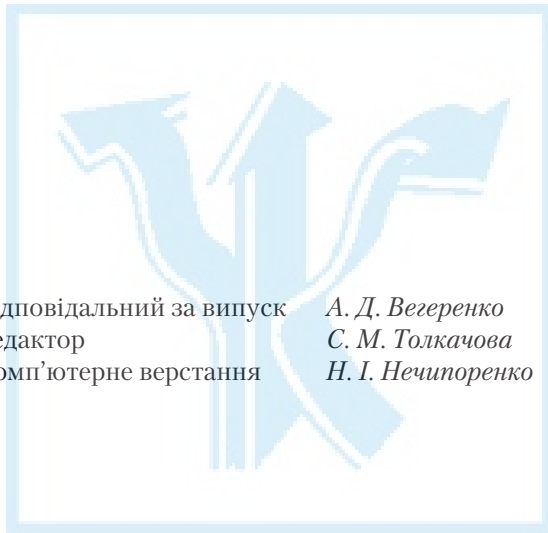
Додаткова

1. Концепція адміністративної реформи в Україні. — К.: Центр політ.-прав. реформ; Центр розв. укр. законодавства, 1998. — 62 с.
2. Бакуменко В. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: Монографія. — К.: Вид-во УАДУ, 2000. — 328 с.
4. Бакуменко В. Державне управління та державно-управлінські рішення: вступ до досліджень // Вісн. УАДУ. — 1999. — № 4. — С. 68–80.
5. Бакуменко В. До питання вибору та обґрунтування пріоритетів при формуванні програм та проектів (методологічний аспект) // Вісн. УАДУ. — 1998. — № 1. — С. 146–152.

6. *Тертичка В.* Державна політика як фактор життєдіяльності суспільства // Командор. — 2000. — № 2–3. — С. 20–22.
7. *Тертичка В.* Колективні рішення як фактор державної політики підвищення суспільного добробуту // Вісн. УАДУ. — 2000. — № 4. — С. 253–259.
8. *Тертичка В.* Корпоративна культура і проблеми впровадження державно-політичних рішень // Вісн. УАДУ. — 2000. — № 2. — С. 200–208.
9. *Дем'янчук О.* “Державна політика” та “публічна політика”: варіант перехідного періоду // Наук. зап. НаУКМА. — Т. 18: Політ. науки. — 2000. — С. 31–36.
10. *Дігтяр Т.* Аналіз політики: можливості впровадження в Україні // <http://www.icps.kiev.ua/doc/policy-analysis-ukraine-ukr.doc>
11. *Брус Т.* Аналіз політики і стратегічне прогнозування // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр. — Д.: ДФ УАДУ, 2000. — Вип. 2 (2). — С. 167–173.
12. *Тертичка В.* Державна політика в умовах ліберальної демократії: аналіз деяких концептуальних засад // Вісн. УАДУ. — 2000. — № 3. — С. 273–280.
13. *Романов В.* Державна політика й реформи // Вісн. УАДУ. — 2001. — № 2. — Ч. 2. — С. 72–78.
14. *Ціборовський О.* Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я // Укр. мед. вісн. — 1997. — № 1 (56). — С. 37–38.
15. *Щепин О. П., Нечаев В. С.* О государственных механизмах реформы здравоохранения // Проблемы соц. гигиены истории медицины. — 1997. — № 1. — С. 34–38.
16. *Пономаренко В. М.* Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. — 1999. — № 1. — С. 7–10.
17. *Нижник Н.* Проблеми управління охороною здоров'я України // Укр. мед. вісн. — 1997. — № 2–3 (57–58). — С. 40–41.
18. *Солоненко Н.* Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб // Держ. упр. в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ. — К., 2005. — С. 424–431.

ЗМІСТ

Пояснювальна записка.....	3
Теми до самостійного вивчення та індивідуальне аналітичне завдання.....	4
Методичні вказівки до підготовки тем та завдань	4
Дидактичні матеріали до аналітичного завдання.....	29
Список літератури	40



Відповідальний за випуск *А. Д. Вегеренко*
Редактор *С. М. Толкачова*
Комп'ютерне верстання *Н. І. Нечипоренко*

МАУП

Зам. № ВКЦ-3370

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП