

4. Чумаченко М.Г. Самоврядування й економічне регулювання розвитку регіону / М.Г. Чумаченко // Регіон у системі нових економічних і правових відносин. – Івано-Франківськ, 1998. – С. 6–12.
5. Мамонова В.В. Необхідність реформування регіонального управління в Україні / В.В. Мамонова // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць. – Х. : Магістр, 2001. – № 1. – С. 48.
6. Лексин В.Н. Государство и регионы. Теория и практика государственного регулирования территориального развития / В.Н. Лексин, А.Н. Швецов. – М. : УРСС, 1997. – С. 143.
7. Штульберг Б.М. Региональная политика России / Б.М. Штульберг, В.Г. Введенский. – М. : Гелиос АРВ. – С. 61.

УДК 364.052

РОЛЬ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УПРАВЛІННІ МЕДИЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ НАСЕЛЕННЯ В МОНОФУНКЦІОНАЛЬНИХ МІСТАХ УКРАЇНИ

Ігнат'єва Г.Ф.
аспірант

Хожило І.І.

кандидат медичних наук, доцент

Дніпропетровський регіональний інститут державного управління НАДУ при Президентові України

Annotation

Four periods of becoming of domestic organizationally economic model of the system of health protection are selected in the article, the role of organs of local self-government in a management the medical providing of population in the monofunctional cities of Ukraine and their co-operating is examined with self-governing public organizations, namely by hospital cashdesks. An organizationally economic case the medical providing of population of monofunctional cities of Ukraine frame is in-process developed and the criteria of its efficiency are resulted.

Анотація

У статті виділено чотири періоди становлення вітчизняної організаційно-економічної моделі системи охорони здоров'я, розглянуто роль органів місцевого самоврядування в управлінні медичним забезпеченням населення в монофункціональних містах України та їх взаємодія з самоврядними громадськими організаціями, а саме лікарняними касами. Розроблено організаційно-економічну модель управління медичним забезпеченням населення монофункціональних міст України та наведено критерії її ефективності.

Ключові слова

Місцеве самоврядування, управління медичним забезпеченням, монофункціональне місто, організаційно-економічна модель.

І. Вступ

В умовах суспільних трансформацій особливого значення набуває проблема організації діяльності органів місцевого самоврядування з медичного забезпечення територіальної громади в контексті обмеженого

ресурсного забезпечення, існування суперечності між фактичними потребами населення в медичній допомозі і реальними фінансовими можливостями системи охорони здоров'я щодо якісного задоволення цих потреб, недостатньої кількості медичних закладів в монофункціональних містах України.

На сьогодні в Україні нараховується 122 монофункціональних міста, тобто майже третина від загальної кількості міських поселень країни. Тому вивчення впливу взаємодії органів місцевого самоврядування та самоврядних громадських організацій на розвиток медичного забезпечення населення монофункціональних міст на основі наукового обґрунтування ефективності впровадження нової організаційно-економічної моделі управління медичним забезпеченням територіальної громади є актуальним науковим завданням.

Місцеві органи влади та органи місцевого самоврядування відіграють значну роль у покращанні рівня медичного забезпечення територіальної громади. Це зумовлено можливістю організувати надання послуг відповідно до потреб окремої територіальної громади, враховуючи демографічну структуру населення, особливості виробничої сфери та довкілля, медико-соціального стану, розвитку соціальної інфраструктури, включаючи охорону здоров'я.

Розгляду проблем медичного забезпечення територіальної громади присвячено праці таких українських учених, як: О. Галяцан, Д. Джафарова, Л. Жаліло, В. Загородній, Б. Криштопа, В. Лехан, О. Перетяка, І. Рожкова, І. Солоненко, Н. Солоненко,

I. Хожило та ін. Окремі питання соціально-економічного розвитку міст розглядали: Б. Адамов, В. Бабаєв, В. Бакуменко, О. Бобровська, О. Васильєва, В. Куйбіда, В. Мамоннова, Ю. Сурмін, Д. Сухінін, Ю. Шаров та ін.

Аналіз наукових праць вітчизняних учених показує, що економічна криза деформує суспільні відносини та заважає їх системній визначеності, що не дає змоги сформулювати ефективну організаційно-економічну модель розвитку медичного забезпечення населення як країни в цілому, так і на муніципальному рівні. Тому представники різних вітчизняних наукових шкіл мають протилежні погляди щодо стратегій реформування системи охорони здоров'я України: від легалізації тінювих платежів населення та впровадження платної медичної допомоги до введення системи загальнообов'язкового медичного страхування.

II. Постановка завдання

Метою статті є розроблення організаційно-економічної моделі управління медичним забезпеченням населення монофункціональних міст України та визначення критеріїв її ефективності.

III. Результати

Аналіз і усвідомлення минулого досвіду необхідні для побудови майбутнього, тому для розроблення ефективної системи медичного забезпечення необхідним є розгляд у ретроспективі вітчизняного досвіду організації медичного забезпечення населення. На підставі цього аналізу автором виділено чотири періоди становлення вітчизняної організаційно-економічної моделі системи охорони здоров'я.

Перший період (1860–1918 рр.) – становлення децентралізованої системи медичного страхування з багатоканальним механізмом фінансування. У цей період фактично не існувало централізованої системи охорони здоров'я з єдиним джерелом фінансування. Суб'єктами фінансування були як державний, так і приватний сектори. Держава в особі уряду й органів місцевого самоврядування вирішувала проблеми, пов'язані з усуненням негативних зовнішніх факторів, таких як спалахи епідемій; контроль за якістю надання медичної допомоги; державне регулювання й забезпечення незахищених верств населення. Мережа медичних закладів створювалася стихійно: частково урядом, частково органами самоврядування міст і земств, фабрично-заводськими підприємствами, благодійними організаціями, деякими відомствами, такими як залізниця та в'язниця, приватними підприємствами, комерційною ініціативою лікарів, які ведуть приватну практику. На кожному підприємстві з кількістю робочих не менше ніж

200 засновували лікарняну касу, яка була органом проведення страхування.

Другий період (1918–1927 рр.) – становлення централізованої системи соціального страхування, існування багатоканального фінансування охорони здоров'я; прийняття 31.10.1918 р. Декрету “Про соціальне забезпечення трудящих”, заміна поняття “медичне страхування” на “соціальне забезпечення”, передача медичних закладів лікарняних кас Наркомздраву Росії, відродження у період непу медичного страхування як частини соціального страхування.

Третій період (1927–1991 рр.) – централізована система охорони здоров'я з бюджетною системою фінансування. Адміністративно-територіальні реформи в Україні призвели до скасування у 1930 р. округів та її розподілу на області з реорганізацією окружних відділів охорони здоров'я в області. Реорганізація в 1946 р. Народного комісаріату охорони здоров'я в Міністерство охорони здоров'я при збереженні на місцях довоєнної структури органів управління. У 1957 р. було ліквідовано райздороввідділи, а їх функції з управління системою охорони здоров'я на рівні району в області передані головному лікарю центральної районної лікарні, яка стала центром стратегічного й оперативного управління всіма лікувально-профілактичними закладами району. Проте загальнодержавна система управління охороною здоров'я (міністерство, обласне управління, центральна районна лікарня, медичний заклад) була адміністративно-командною.

Четвертий період (після 1991 р.) – збереження де-юре централізованої системи охорони здоров'я з бюджетною системою фінансування та існування де-факто централізованої системи охорони здоров'я з бюджетною системою фінансування та неофіційних платежів готівкою. У цей період почав активно створюватися та функціонувати приватний сектор у галузі охорони здоров'я: медичні заклади приватної форми власності та страхові компанії, що одним з видів страхування пропонують добровільне медичне страхування або страхування на випадок хвороби. Сучасна система медичного забезпечення населення в Україні як об'єкт управління функціонує в умовах дефіциту фінансових ресурсів та їх нерационального використання (понад 80% цих коштів у бюджетах різних рівнів витрачається на заробітну плату та комунальні послуги); не забезпечується також принцип справедливого і рівного доступу до послуг з охорони здоров'я (незаможні верстви населення часто неспроможні подолати фінансовий бар'єр для отримання медичної допомоги); відсутнє ефективне об'єднання (фрагментарність) фінансових ресурсів системи охорони здо-

Держава та регіони

ров'я; відсутня мотивація постачальників медичних послуг до підвищення ефективності та якості своєї діяльності.

Отже, заходи, спрямовані на реформування системи управління медичним забезпеченням, мають враховувати стан та можливості національної економіки, позитивні досягнення існуючої системи організації медичного забезпечення та історико-культурні традиції українського суспільства.

Органи місцевого самоврядування, зокрема районні (міські, сільські) ради, відіграють визначальну роль у процесі управління охороною здоров'я та її фінансування на місцевому рівні, оскільки вони є розпорядниками коштів у цьому процесі. Крім того,

місцеві органи влади мають можливість організувати ефективне медичне забезпечення відповідно до потреб територіальної громади, враховуючи демографічну структуру населення, особливості виробничої сфери та довкілля, розвиток соціальної інфраструктури тощо.

Особливого значення проблема організації діяльності органів місцевого самоврядування з медичного забезпечення територіальної громади набуває в контексті обмеженого ресурсного забезпечення, недостатньої кількості медичних закладів та зростання рівня захворюваності на фоні депопуляції населення в монофункціональних містах України (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняльний аналіз діючої мережі лікувально-профілактичних закладів у містах обласного значення та монофункціональних містах України

Порівняльний показник	Діюча мережа лікувально-профілактичних закладів						
	Підпорядковані МОЗ України	Підпорядковані іншим відомствам України	Обласні комунальні ЛПЗ	Районні комунальні ЛПЗ	Міські комунальні ЛПЗ	Приватні багато-профільні клініки	Приватні монопрофільні кабінети
Міста обласного значення (більше ніж 1 млн жителів – м. Дніпропетровськ)	+	+	+	+	+	+	+
Монофункціональні міста (до 50 тис. жителів – м. Марганець, Орджонікідзе)	-		-	-	+	-	+

У результаті аналізу статистичних показників охорони здоров'я монофункціональних міст (Марганець, Орджонікідзе) було виявлено, що за останні 12 років на 10 тис. населення кількість лікарів усіх спеціальностей зменшилась на 25% в м. Марганець та на 15% в м. Орджонікідзе; кількість середнього медичного персоналу зменшилась на третину, ліжковий фонд найбільше скоротився в м. Марганець (45%) та в м. Орджонікідзе (16%). Водночас показник звернення громадян за амбулаторно-поліклінічною допомогою за цей самий період зріс з 155,1 до 171,1 (10%) в м. Марганець та з 243,1 до 271,3 (11,6%) в м. Орджонікідзе; показники травматизму також мають позитивну динаміку до зростання: з 2,7 до 4,3 (60%) в м. Марганець та з 0,6 до 0,9 (50%) в м. Орджонікідзе. Таким чином, у монофункціональних містах Дніпропетровської області на фоні зростання потреби населення в медичному забезпеченні спостерігається стійка тенденція до зменшення ресурсної спроможності системи охорони здоров'я в задоволенні цих потреб.

Визначення монофункціонального міста наведено в Постанові Кабінету Міністрів України "Основні напрями забезпечення комплексного розвитку малих монофункціональних міст" від 17 березня 2000 р. № 521. У цьому документі монофункціональне міс-

то визначається як "мале місто, спеціалізацію праці економічно активного населення в якому визначають підприємства здебільшого однієї-двох профільюючих галузей економіки, що формують дохідну частину бюджету міста, забезпечують функціонування соціальної інфраструктури та інших об'єктів життєзабезпечення населення". На сьогодні в Україні нараховується 345 малих міст, з них з монопромисловою структурою виробництва – 122, тобто майже третина від загальної кількості міських поселень країни є монофункціональними.

Встановлено, що на регіональному рівні на процеси управління сферою охорони здоров'я, підготовку й прийняття управлінських рішень органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування відчувається вплив інших територіальних органів державної влади; органів управління, закладів та установ охорони здоров'я різних відомств; медичних підприємницьких структур і громадських організацій, що діють на конкретній території.

Так, у межах дослідження було проведено порівняльний аналіз рівня захворюваності працівників гірничозбагачувального комбінату одного з монофункціональних міст Дніпропетровської області до та після залучення самоврядної громадської організації до медичного забезпечення територіальної

громади та виявлено, що рівень захворюваності серед працівників підприємства до залучення самоврядної громадської організації був майже в 3 рази більший, ніж через рік після залучення до медичного забезпечення самоврядної громадської організації ("Лікарняна каса"), та в подальшому мав

усталену тенденцію до зменшення кожного звітного періоду.

У результаті проведеного дослідження визначено критерії ефективності медичного забезпечення населення монофункціональних міст України для всіх суб'єктів взаємодії за участю самоврядної громадської організації "Лікарняна каса" (табл. 2).

Таблиця 2

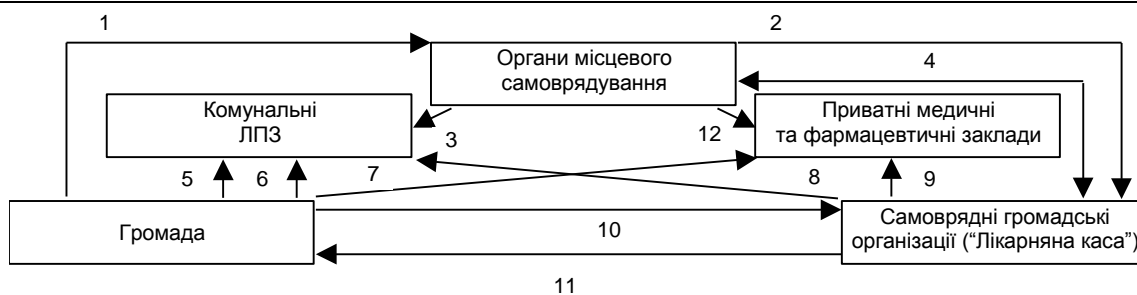
Критерії ефективності діяльності лікарняної каси в монофункціональних містах України

Для населення	Для працевдавців	Для комунальних ЛПЗ	Для приватних медичних та фармацевтичних закладів	Для органів місцевого самоврядування
Організаційні критерії				
- цілодобовий медичний супровід; - організація своєчасного доступу до отримання медичної допомоги; - забезпечення медикаментами, харчуванням, м'яким інвентарем; - контроль за якістю надання медичної допомоги; - захист прав та інтересів; - вільний вибір програми медичного забезпечення	- зниження соціальної напруженості в колективі; - контроль за термінами лікування й видачею листків непрацездатності; - зниження рівня захворюваності робітників на 100 працюючих; - зниження рівня захворюваності робітників у днях; - престиж робочого місця	- моральна мотивація для медичного персоналу; - адаптація до ринкових умов функціонування	- збільшення динамічного показника обслуговування клієнтів	- додаткові гарантії виконання зобов'язань влади в питаннях медичного забезпечення населення; - зниження рівня захворюваності
Економічні критерії				
- значно менший розмір щомісячного внеску порівняно з вартістю страховки або власними витратами в разі захворювання; - варіативність розміру внеску залежно від обраної програми	- зменшення обсягу витрат підприємства з надання матеріальної допомоги на лікування; - зниження обсягу виробничих й економічних витрат	- зростання відсотка додаткових позабюджетних коштів, що виділяються на потреби обмеженої кількості ЛПЗ	- збільшення розміру отриманого доходу	- збільшення обсягу додаткового, незалежного від бюджетного, фінансування; - мінімізація відсотка ризику зменшення фінансування через зміну соціальних пріоритетів держави

За результатами практичної діяльності громадської організації "Лікарняна каса" доведено, що найбільшого соціального ефекту досягнуто в монофункціональних містах з одним-двома комунальними лікувально-профілактичними закладами (м. Марганець, м. Орджонікідзе) та загальною кількістю населення до 50 тис. чол. У таких містах відсоток отриманих додатково до бюджету коштів на лікування, харчування й оновлення матеріально-технічної бази комунальних лікувально-профілактичних закладів значно вищий, тому що він збільшується пропорційно зменшенню кількості таких закладів. За рахунок цього вдається надавати весь комплекс якісного медичного забезпечення населенню, що підтверджують результати проведеного анкетування серед 2,5 тис. працюючих у двох монофункціональних містах Дніпропетровської області, які отримували медичну допомогу за системою "Лікарняна каса". Серед них рі-

вень задоволеності своєчасністю надання та рівнем якості медичної допомоги становив 82% від загальної кількості пролікованих. Водночас доведено, що в містах із загальним населенням понад 50 тис. чол., в яких функціонує доволі розвинута інфраструктура галузі охорони здоров'я, запропонована модель виявилася менш ефективною (міста Запоріжжя, Кривий Ріг, Дніпродзержинськ, Дніпропетровськ).

Самоврядна громадська організація "Лікарняна каса", яка функціонує на регіональному рівні як елемент громадянського суспільства й сприяє організації та фінансуванню медичного забезпечення своїх членів, впливає як суб'єкт управління на діяльність об'єкта управління – закладу чи підприємства охорони здоров'я. Організаційно-економічна модель управління медичним забезпеченням населення монофункціональних міст України подано на рисунку.



1 – податки; 2 – контроль за виконанням нормативно-правових документів щодо діяльності організації; 3 – замовлення медичної допомоги, фінансування її з бюджету, оцінювання організації її надання; 4 – взаємодія в питаннях розроблення та затвердження адаптованих до міських лікувальних закладів стандартів надання медичної допомоги; 5 – отримання медичного забезпечення за рахунок бюджетних коштів; 6 – отримання медичного забезпечення за рахунок коштів громадської організації; 7 – отримання медичної допомоги та медикаментозного забезпечення за рахунок коштів громадської організації; 8, 9 – укладання угод про надання благодійної допомоги та медичних послуг, відповідно, з комунальними та приватними медичними закладами з умовами перевірки відповідності наданої медичної допомоги затвердженим органами місцевого самоврядування стандартам якості; 10 – щомісячні внески до громадської організації; 11 – статут та програма медичного забезпечення, затверджена для членів організації; 12 – внесення пропозицій до відповідних органів влади про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я

Рис. Організаційно-економічна модель управління медичним забезпеченням населення монофункціональних міст України

Критеріями ефективності розробленої організаційно-економічної моделі є:

- стан суспільного здоров'я (зменшення рівня захворюваності за рахунок отримання якісної медичної допомоги в комунальних та приватних медичних і фармацевтичних закладах, що дає змогу досягнути тривалішої ремісії);
- ефективність механізмів фінансового захисту громадян на випадок захворювання (фінансування наданої медичної допомоги здійснюється з бюджету та коштів самоврядної громадської організації, які формуються з акумульованих внесків громади, розрахованих на основі статистичних показників захворюваності з урахуванням коефіцієнта ризику, що дає змогу збалансувати дохідну та витратну частини бюджету самоврядної громадської організації, а контроль громади та органів місцевого самоврядування за статтями витрат забезпечує їх адресне витрачання);
- економічна ефективність діяльності галузі та задоволення потреб громадян щодо послуг з охорони здоров'я й медичного забезпечення (дофінансування коштом самоврядної громадської організації статей видатків комунальних закладів охорони здоров'я, що недостатньо фінансуються з бюджету (медикаментозне забезпечення, забезпечення витратними та перев'язувальними матеріалами, харчування хворих, інше матеріально-технічне забезпечення) та впливають на рівень якості надання медичної допомоги).

IV. Висновки

Отже, діяльність самоврядних громадських організацій, таких як лікарняні каси, як суб'єкта управління на регіональному рівні в

трансформаційних умовах за відсутності системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування дає змогу створити ефективну систему управління витратами та якістю медичної допомоги в монофункціональних містах України.

Перспективним напрямом подальших наукових досліджень є складання рекомендацій щодо практичного впровадження розробленої організаційно-економічної моделі в монофункціональних містах України.

Література

1. Указ Президента України "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" від 07.12.2000 р. № 1313/2000 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://rada.kiev.ua>.
2. Галацан О. Основні складові організаційно-економічного механізму управління охороною здоров'я в регіоні з позицій системного підходу / О. Галацан // Управління сучасним містом. – К.: УАДУ, 2002. – № 1–3 (5). – С. 70–73.
3. Ігнат'єва Г.Ф. Лікарняна каса як елемент суспільно-солідарної моделі охорони здоров'я / Г.Ф. Ігнат'єва // Менеджер. Вісник Донецького державного університету управління: науковий журнал. – Донецьк: МПП "ВІК", 2008. – Вип. 1 (43). – С. 74–81.
4. Ігнат'єва Г.Ф. Досвід функціонування суспільно-солідарної системи керованої медичної допомоги: організаційний аспект / Г.Ф. Ігнат'єва // Держава та регіони. Серія: Державне управління: науково-виробничий журнал. – Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2008. – № 2. – С. 83–88.
5. Лехан В.М. Структурна перебудова системи медичної допомоги як спосіб підвищення ефективності використання ре-

сурсів охорони здоров'я / В.М. Лехан, В.В. Загородній, Д.М. Джафарова // Стратегічні напрямки охорони здоров'я в Україні. – К. : Сфера, 2001. – С. 58–79.

6. Мамонова В. Створення організаційних засад розвитку підприємництва у сфері охорони здоров'я / В. Мамонова, О. Галацян // Управління сучасним містом. – К. : УАДУ, 2003. – № 1–3 (9). – С. 97–103.

УДК 351.777.81

ВЗАЄМОДІЯ СТРАТЕГІЧНИХ СУБ'ЄКТІВ ЯК ПРЕДМЕТ МОДЕЛЮВАННЯ СЦЕНАРІЮ РОЗВИТКУ МІСТА

Кокіц О.П.

кандидат наук з державного управління

Дніпропетровський регіональний інститут державного управління НАДУ при Президентові України

Annotation

The notion of strategic subject and interrelation of strategic subjects as key media of citizens' local interests are described, peculiarities of urban commune as self-reflexive system is shown, relevance of usage of strategic subjects interaction mechanism for city development scenario modelling.

Анотація

Розкрито зміст поняття "стратегічний суб'єкт", механізм взаємодії стратегічних суб'єктів як ключових носіїв місцевих інтересів громади. Показано особливості функціонування громади міста як саморефлексивної системи. Доведено доцільність використання механізму взаємодії стратегічних суб'єктів для моделювання сценарію розвитку міста.

Ключові слова

Стратегія, стратегічні суб'єкти, саморефлексія, місцеві інтереси, сценарій розвитку.

I. Вступ

Думка про те, що місто має бути об'єктом системних досліджень, не є новою. Основоположник загальної теорії систем Л. фон Берталанфі називав планування міста проблемою, для вирішення якої необхідне використання системного підходу [25, с. 58]. До цього часу системні уявлення про місто й механізми його розвитку перебувають у стадії активного становлення та переосмислення набутого наукового досвіду [1; 7; 21; 27]. На разі у вітчизняному управлінському середовищі превалює політико-правове вивчення [22] і переосмислення міста як елемента адміністративно-територіального устрою держави [26], окремої ланки територіальної організації влади в Україні з відповідним інституціональним оформленням механізму місцевого самоврядування [5; 10; 13; 14]. Домінуючим в аналізі, прогнозуванні та програмуванні соціально-економічного розвитку залишаються класичні підходи на основі правил декомпозиції ресурсів міського господарства, перш за все демографічних,

природно-ландшафтних, територіально-містобудівних, містоутворюючих та містообслуговуючих систем діяльності, місцевих фінансів тощо [6; 8; 19; 23; 25]. Поза увагою залишається проблема цілісного розгляду системи стратегічних суб'єктів, що володіють ресурсами, релевантними обраному напрямку розвитку громади.

II. Постановка завдання

З огляду на розглядувану проблему метою статті є розкриття змісту поняття "стратегічний суб'єкт"; зв'язку з ресурсами й потенціалом розвитку міста; особливостей механізму їх взаємодії на теренах міста; підходу щодо моделювання механізму взаємодії стратегічних суб'єктів як базових елементів управління стратегією розвитку міської громади.

III. Результати

З точки зору соціологічних підходів [2; 3; 4; 7; 11; 20], місто розглядається як публічно-правова одиниця, що поєднує в собі різномасштабні суспільні агрегати для виконання вищих соціальних функцій на основі самовідновлення. Носієм закономірностей динаміки розвитку міста виступає місцеве співтовариство – міська громада. Конструюючи теоретичну модель, слід мати на увазі, що міська громада – це складна "кумулятивна" форма суспільної організації, сукупність людей (місцевих жителів) асоційованих на публічних засадах у межах певної території та об'єднана різноплановими ознаками системного характеру – демографічними, територіальними, правовими, політичними, майновими (економічними), професійними, мовними, релігійними зв'язками тощо. Джерелом розвитку спільноти виступає боротьба різних соціальних груп у межах міста за монополізацію економічних можливостей, надаваних його жителям. Механізм розвитку полягає у взаємодії виробничих відносин соціальної структури міста щодо вироблення господарської політики спільноти. Об'єктивна обмеженість немобі-