

С. Л. Шульц, М. О. Карп'як

Організаційно-інституційні особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації

Висвітлено організаційні засади реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах адміністративно-фінансової та секторальної децентралізації. Досліджено питання оптимізації мережі медичних закладів, доступності та якості медичних послуг, а також механізму фінансування медицини в нових умовах функціонування системи охорони здоров'я в Україні. Проаналізовано сучасний стан функціонування системи охорони здоров'я в Україні, розглянуто особливості організації мережі медичної інфраструктури, зокрема на різних рівнях надання медичної допомоги, а також висвітлено основні проблеми надання медичних послуг в умовах наявної системи охорони здоров'я. Відтак у контексті зазначеного виявлено організаційно-інституційні особливості здійснення реформування системи охорони здоров'я в Україні, означено фундамент нормативно-правового забезпечення для його впровадження та основні напрями реалізації реформ. Висвітлено основні проблеми реформування медичної галузі в умовах децентралізації, а також можливі шляхи покращення медичного забезпечення населення в Україні.

Ключові слова: децентралізація, реформа системи охорони здоров'я, медична інфраструктура, госпітальний округ.

Реформа в медичній сфері є однією з найбільш складних і суперечливих у переліку питань, які сьогодні стоять у центрі уваги українського суспільства. Про це свідчать як соціологічні дослідження, так і значна кількість проблем у сфері функціонування медичних закладів. Упродовж останніх двох років реформування сфери охорони здоров'я в Україні, як і інші секторальні реформи, почали розглядати в контексті децентралізації. Медична реформа є важливою складовою децентралізації влади, оскільки стара модель організації системи охорони здоров'я нашої держави є вкрай неефективною, а тому потребує реорганізації, у тому числі ухвалення відповідних рішень громадами на місцях.

Дослідження теоретичних засад реформування сфери охорони здоров'я в Україні здійснювали такі вітчизняні вчені, як М. Білинська, Л. Безтелесна, І. Кринична, Е. Лібанова, В. Москаленко, О. Новікова. Проблематику надання медичних послуг розглядали у своїх працях О. Голяченко, О. Журавель, С. Зайчук, І. Солоненко, І. Чкан та ін. Проте, попри значну кількість наукових праць, залишаються невирішеними низка питань, зокрема у сфері реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах реалізації реформи децентралізації. Це питання оптимізації мережі медичних закладів, механізму фінансування, доступності та якості медичних послуг загалом.

Метою статті є дослідження організаційних засад реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах адміністративно-фінансової та секторальної децентралізації.

На сьогодні Україна суттєво відстає від своїх європейських сусідів за такими показниками, як тривалість життя та смертність. Попри те, що держава витрачає значну частину ВВП на послуги охорони здоров'я (рис. 1), проте рівень ВВП на душу населення в Україні є нижчим, ніж у більшості європейських країн.

В Україні загальний обсяг витрат на охорону здоров'я в Україні у 2016 р. становив 7,8% валового внутрішнього продукту, тоді як частка загальних витрат від номінального ВВП у світі загалом становить 8,6%, у Європейському регіоні – 8,9%, що майже на рівні або вище країн, які стали членами ЄС після 2004 р. (у середньому близько 7,0%) [1]. Цей показник збільшився, порівняно з 2011 р. на 0,42%, що свідчить про незначну, але позитивну динаміку. Серед пострадянських країн за цим показником Україна займає передові позиції, поступаючись лише Молдові і Грузії (рис. 2).

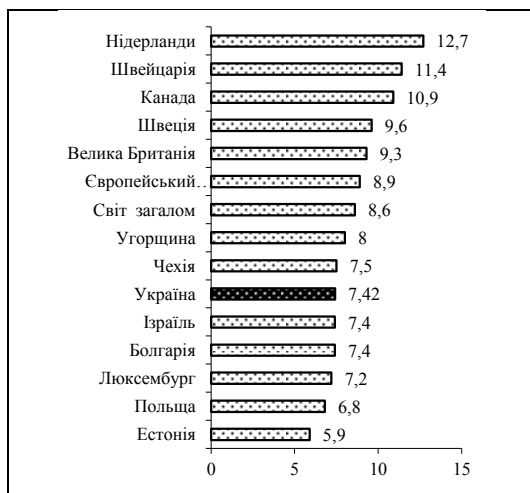


Рис. 1. Загальні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП в Україні, порівняно з країнами світу, за станом на 2015 р.



Рис. 2. Загальні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП в Україні, порівняно з пострадянськими країнами, за станом на 2015 р.

Побудовано авторами на основі даних [1].

Крім того, Україна має також більшу, порівняно зі середньою для країн-членів ЄС та СНД, кількість лікарів і медичних сестер (рис. 3). Зокрема, забезпеченість лікарями (фізичними особами) на 10 тис. населення в Україні у 2015 р. становила 38,0; середнім медичним персоналом – 80,78, у той час, як забезпеченість медичними кадрами в країнах-членах ЄС становить: лікарями 35,2; середнім медичним персоналом – 67,0 на 10 тис. населення; у країнах-членах СНД – 37,3 та 78,5 відповідно [1] (рис. 4).

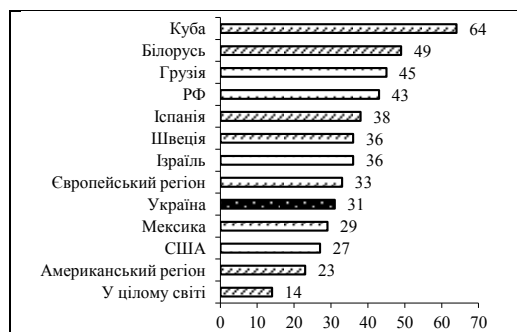


Рис. 3. Забезпеченість лікарями в Україні, порівняно з країнами світу (на 10 тис. населення), 2015 р.

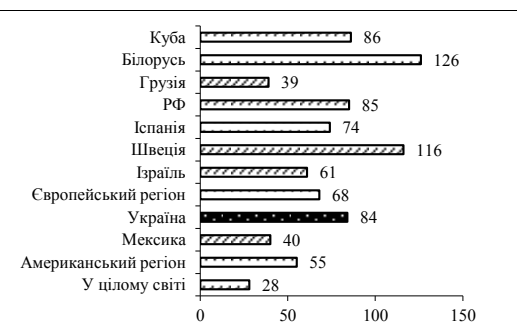


Рис. 4. Забезпеченість середнім медичним персоналом в Україні, порівняно з країнами світу (на 10 тис. населення), 2015 р.

Побудовано авторами на основі даних [1].

В Україні мережа об'єктів медичної інфраструктури є досить розвиненою (загалом понад 300 тис. лікарняних ліжок і 2,4 тис. лікарень), що майже вдвічі перевищує аналогічні показники Іспанії — країни з майже такою ж кількістю населення [2] і значно перевищує середні показники в країнах-членах ЄС. Однак багато експертів вважають, що інфраструктура сучасної системи охорони здоров'я є громіздкою та «розтягнутою», більшість медичних закладів в Україні – це малопотужні та малозавантажені лікарні, які мають зношені основні фонди та застаріле технічне оснащення.

Сучасна організація системи охорони здоров'я в Україні створює значні проблеми та ризики. Достатньо висока собівартість медичних послуг вимагає територіальної концентрації центрів їх надання, що дозволить їх надавати у більшому

обсязі та збільшити можливості модернізувати медичне обладнання. Медичні фахівці за цих умов зможуть збільшувати не тільки обсяг наданих послуг, а й підвищувати якість цих послуг через розширення можливостей медичної практики.

Відтак з початку 2017 р. в Україні стартував перший етап медичної реформи, який полягає у зміні принципів фінансування первинної ланки медичної допомоги. Як відомо, медична система України складається з трьох рівнів або ланок надання медичної допомоги населенню: первинної (амбулаторної), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо або вузькоспеціалізованої). Критеріями поділу на ці рівні є вид медичної послуги, специфіка складності її надання, рівень кваліфікації лікаря та тип спеціалізації медичної допомоги. Зокрема, первинна, або амбулаторна ланка відповідає за надання невідкладної допомоги населенню, а також допомоги, що надається пацієнтам лікарями загальної практики за місцем проживання або тимчасового перебування. До закладів первинного рівня медичної допомоги належать амбулаторії, поліклініки та кабінети сімейних лікарів. Вторинна ланка передбачає процедуру стаціонарного лікування із залученням вузькопрофільних спеціалістів. На цьому рівні працюють районні та міські лікарні міст, СМТ та районних центрів. Третинна ланка відповідає за надання висококваліфікованої медичної допомоги, а саме: проведення діагностики складних захворювань і нетипових відхилень, патологій та ускладнень. На цьому рівні працюють дослідницькі інститути, вузькоспеціалізовані лікарні та госпіталі.

Первинна медико-санітарна допомога є фундаментом усієї системи надання медичних послуг населенню. Саме розвиток первинної медико-санітарної допомоги лежить в основі реформування системи охорони здоров'я в Україні, оскільки на сьогодні лише 20% громадян звертаються спершу по допомогу до первинного рівня, інші 80% користуються медичними послугами одразу вторинного або третинного рівня, збільшуючи цим самим навантаження на спеціалізовані відділення, які призначені обслуговувати пацієнтів у складних медичних випадках. Що ж до пропорцій, які спостерігаються у світі, тут існує інша статистика: 80% пацієнтів обслуговує лікар первинного рівня і лише 20% з них обслуговуються в закладах вторинної і третинної ланки за умов наявності потреби у спеціалізованій допомозі.

Фундаментом реформування медичної галузі стало ухвалення низки нормативно-правових документів, зокрема розпорядження про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я (від 30.11.2016 р.) та прийняття двох Законів – «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (від 19.10.2017 р.) та Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (від 6.04.2017 р.), який передбачає автономізацію державних і комунальних закладів охорони здоров'я. У прийнятих законодавчих актах передбачається перехід системи охорони здоров'я в Україні до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у Державному бюджеті.

Відтак, відповідно до реформи, змінюється принцип фінансування медичних закладів первинної ланки — поліклінік, амбулаторій, центрів первинної медико-санітарної допомоги. На їхній базі буде розгорнуто систему сімейної медицини європейського зразка: кожен громадянин України зможе вільно обирати сімейного лікаря та підписувати з ними прямі угоди з чітко визначеним обсягом гарантованих послуг, а держава, відповідно, скеровуватиме кошти на оплату отриманих громадянином послуг конкретному лікарю і вибраному пацієнтом медичному закладу. Оплата праці медика буде здійснюватись на основі так званого «подушного нормативу», який обчислюватиметься на основі кількості укладених лікарем угод і за умов дотримання медичних протоколів лікування й діагностики.

Щодо конституційного права громадян України на отримання безоплатної медичної допомоги, то уряд бере на себе зобов'язання гарантувати чітко визначений обсяг медичних послуг. Тобто щороку урядом буде розраховуватися гарантований пакет медичних послуг для громадян, який надається безоплатно. До нього

включені: екстрена або невідкладна допомога; первинна допомога (послуги лікарів первинної ланки включно з деякими аналізами); паліативна допомога; медична допомога дітям до 16 років; медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами. Окрім гарантованого переліку медичних послуг, який надається державою безкоштовно, усі інші обстеження та необхідну медичну допомогу громадянин має оплатити.

За рух коштів між державою та медичним працівником відповідно до нового законодавства, відповідатиме незалежна страхова агенція, яка також здійснюватиме всю необхідну процедуру документообігу. Медичні послуги в межах гарантованого пакету держава зможе купувати у постачальників усіх форм власності, забезпечуючи оплату від єдиного національного замовника за надані громадянам медичної послуги.

Українська важливим у питанні реформування системи охорони здоров'я в Україні є проблема оптимізації медичної інфраструктури, оскільки відповідно до реформи бюджетної децентралізації, утримання медичних закладів відтепер переходить у безпосереднє підпорядкування органів місцевої влади. Це, в свою чергу, означає, що повноваження з розподілу коштів на потреби медичної інфраструктури переходять з центрального на територіальний рівень: органи місцевого самоврядування матимуть змогу самостійно визначати пріоритети для розвитку медичних закладів, підпорядкованих їхній компетенції і таким чином припинити змагатись за увагу центральної влади. Це дозволить створити конкурентні умови для оптимізації, утримання і розвитку закладів медичної інфраструктури та підвищення якості медичних послуг.

Тому задля формування єдиного медичного простору, оптимізації мережі медичних закладів і підвищення якості державних медичних закладів, а також загалом покращення системи медичного забезпечення населення країни розпочато створення госпітальних округів (ГО), які становлять собою функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню цієї території [5]. Фактично госпітальний округ – це впорядкована на певній території мережа медичних закладів оптимальної кількості та складу, з раціональним розподілом навантаження на лікарів і максимально ефективним використанням медичного обладнання, яка відповідає практичним потребам і спроможності місцевої громади. При цьому чисельність населення, що проживає на території округу, не має перевищувати 120 тис. осіб, а можливість доїзду від центру округу до будь-якого з населених пунктів має не перевищувати однієї години.

Оптимальна медична мережа, яка має бути сформована в межах кожного госпітального округу, відповідно до визначених критеріїв, передбачає наявність [4]:

- багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування;
- багатопрофільної дитячої лікарні інтенсивного лікування;
- лікарні відновного (реабілітаційного) лікування;
- лікарні планового лікування (клінічної лікарні);
- патологоанатомічного центру;
- хоспісу;
- спеціалізованого медичного центру (за напрямками);
- центру з медичних консультацій і діагностики;
- служби швидкої медичної допомоги.

Пропозиції щодо формування меж госпітального округу надаються обласною державною адміністрацією, а остаточний перелік округів і їх склад затверджує уряд. Адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, у якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня [6]. Визначення меж госпітального округу здійснюється таким чином, щоб населення відповідної території мало доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

На 1.11.2017 р. в Україні затверджено склад госпітальних округів 17 областей і м. Київ (табл. 1).

Таблиця 1

Регіоналі мережі та склад госпітальних округів

№	Перелік областей, яким затверджено склад госпітальних округів	Кількість госпітальних округів в області	Склад госпітальних округів	Чисельність прикріпленого населення*
1.	Дніпропетровська	5	Дніпровський	686105
			Павлоградський,	320029
			Нікопольський,	286585
			Кам'янський,	428323
2.	Запорізька	5	Криворізький	436462
			Запорізький	866123
			Пологівський	172964
			Бердянський	186911
3.	Полтавська	4	Мелітопольський	285105
			Василівський	193458
			Східний	564665
			Південний	419246
4.	Херсонська	4	Західний	215075
			Північний	210421
			Херсонський	595422
			Таврійський	237420
5.	Луганська	3	Бериславський	108804
			Генічеський	108299
			Північний	204645
			Севродонецький	301100
6.	Кіровоградська	3	Лисичанський	189691
			Західний	245040
			Кропивницький	483436
			Олександрійський	231826
7.	Чернігівська	4	Чернігівський	483427
			Північний	170385
			Ніжинський	233832
			Прилуцький	161678
8.	Київська	4	Васильківський	460804
			Лівобережний	441711
			Бордянський	288792
			Білоцерківський	716048
9.	Черкаська	5	Черкаський	428393
			Лівобережний	145767
			Шевченківський	210641
			Центральний	152095
10.	Вінницька	4	Західний	297038
			Північний	929178
			Західний	260615
			Південний	143242
11.	Житомирська	4	Східний	225359
			Житомирський	628100
			Коростенський	293236
			Новоград-Волинський	174328
12.	Рівненська	4	Бердичівський	225943
			Рівненський	636352
			Сарненський	352974
			Дубенський	172758
13.	Хмельницька	3	Хмельницький	668379
			Кам'янець-Подільський	318888
			Шепетівський	290805
			Тернопільський	549833
14.	Тернопільська	4	Бережанський	230199
			Кременецький	203989
			Чортківський	374356
			Луцький	489761
15.	Волинська	3	Ковельський	374675
			Нововолинський	175248
			Івано-Франківський	484859
			Коломийський	277359
16.	Івано-Франківський	5	Калузький	289271
			Надвірнянський	208354
			Косівський	118712
			Західний	182754
17.	Чернівецька	3	Центральний	477069
			Східний	291595
			Київський	2928087
18.	м. Київ	1	Київський	2928087

* Дані подано на 1.01.2017 р.

Складено авторами на основі розпоряджень Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку та складу госпітальних округів» у 16 областях України.

На сьогодні у семи регіонах не затверджено межі та кількісний склад госпітальних округів. Пропозиції щодо складу госпітальних округів виглядають так: Закарпатська – 5 (Ужгородський, Мукачівський, Виноградівський, Хустський Тячівський); Львівська – 10 (Львівський, Червоноградський, Буський, Яворівський, Стрийський, Дрогобицький, Самбірський, Городецький, Золочівський, Пустомитівський); Одеська – 5 (Північний, Центральний, Одеський, Бесарабський, Придунайський); Миколаївська – 4 (Вознесенський, Миколаївський, Баштанський, Первомайський); Сумська – 6 (Сумський, Шосткинський, Глухівський, Конотопський, Охтирський, Роменський); Донецька – 5 (Бахмутовський, Маріупольський, Краматорський, Покровський, Вохновський); Харківська – 5 (Балаклійський, Центральний, Лозівський, Куп'янський і Харківський). Зазначимо, що наведені пропозиції перебувають на стадії громадських обговорень та узгоджень на рівні Міністерства регіонального розвитку та профільного міністерства. Дискусії, що досі відбуваються з приводу затвердження схем госпітальних округів вказаних регіонів, стосуються здебільшого їх кількісного складу.

Ще з початку формування госпітальних округів органи місцевого самоврядування (обласні, районні, міські ради, ради об'єднаних територіальних громад), громадські організації, колективи закладів охорони здоров'я, медичні профспілки та громадяни висловлювали різні погляди щодо умов і порядку формування ГО, що свідчить про наявність суттєвих проблем у цій сфері. До них насамперед належать:

- відсутність конструктивної співпраці з питань формування госпітальних округів між різними гілками виконавчої влади, а також органами місцевого самоврядування;
- недосконалість нормативно-правового забезпечення процесу створення госпітальних округів;
- неузгодженість функціонування госпітальних округів з новими принципами фінансування медичної галузі;
- непередбаченість участі місцевих рад у процесі формування госпітальних округів;
- незбіг меж госпітальних округів з межами новосформованих ОТГ;
- недооцінка регіональних особливостей при формуванні госпітальних округів.

Наявна сьогодні методика формування госпітальних округів прописує лише загальні принципи визначення багатопрофільної лікарні, проте не вказано, які функції відтепер вона має виконувати, які відділення функціонуватимуть в її межах тощо. Досі не затверджено обсягу надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що має забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівнів.

На сьогодні медичні заклади є власністю міських, районних та обласних рад, а також частини новостворених ОТГ. Натомість *постановою* Кабінету Міністрів України №932 «Про затвердження *Порядку створення госпітальних округів*», затвердженої 30 листопада 2016 р., взагалі не передбачено участі місцевих рад у процесі формування округів. А без їх узгодження жодне питання в чинному законодавчому полі не буде вирішено.

Крім цього, виникає також безліч проблем з майном лікарень, утриманням будівель та їх передачею у невизначену власність. В Україні є чимало випадків, коли майно лікарні належить одному власнику, а її фінансування й утримання здійснюються з бюджету іншого, що призводить до конфліктних ситуацій.

На жаль, реформа проводиться не достатньо публічно і, що є особливо важливим, без урахування особливостей регіонів. Вагомий вплив на формування мережі госпітальних округів має міжрегіональна нерівномірність у забезпеченні регіонів лікарнями та ліжко-місцями в медичних закладах.

За цих обставин вважаємо за необхідне створити методику розрахунку потреби у медиках і медичних закладах для певних територій (гірських чи з переважанням певних нетипових населених пунктів (хуторів та ін.), враховуючи демографічний склад їх населення та інші специфічні ознаки регіону — систему розселення, природно-географічні особливості, виробничу спеціалізацію тощо.

Вкажемо ще на кілька важливих проблем, які пов'язані зі створенням ГО. Це, зокрема:

- невіршеність проблеми доступності медичних закладів у межах ГО (високі ціни на пальне та проїзні квитки, що ускладнює процес звернення пацієнтів з інших районів);
- нерівномірність розподілу ГО за чисельністю населення (у результаті охоплення великих територій з низькою щільністю населення чи навпаки густонаселених);
- скорочення малопотужних, але потрібних населенню лікарень й вивільнення великої кількості медичних працівників.

Отже, найважливішими проблемами на цьому рівні є питання доступності медичного забезпечення для населення, зручності та вчасності транспортування громадян у межах госпітального округу, можливості отримання пацієнтом необхідних медичних послуг, а також забезпечення їхньої ефективності. Особливо гостро ці проблеми постають в умовах відсутності належного рівня інфраструктури: відповідного дорожнього покриття та транспортного сполучення, забезпечення його наявності та періодичності у віддалених районах округу.

Існує небезпека, що у разі створення госпітального округу, який включатиме кілька районів і міст обласного значення, може зменшитись обсяги медичної субвенції з Державного бюджету районам, де не буде створено багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування, що призведе до перепрофілювання, скорочення або навіть закриття районних лікарень. Необхідно бути також свідомим, що подібна ситуація може призвести до значної комерціалізації медичної галузі та збільшення кількості приватних медичних закладів. Пацієнт зможе потрапити до спеціалізованого медичного закладу або за направленням сімейного лікаря, або лише у супроводі бригади екстренної медичної допомоги. А от плановим хворим доведеться або очікувати своєї черги (через невелику кількість спеціалізованих місць), або ж звернутися до приватного закладу.

Ідея створення госпітальних округів покликана наблизити спеціалізований рівень надання медичної допомоги до пацієнтів, однак за нинішніх умов це може призвести до скорочення малопотужних, але потрібних населенню лікарень і вивільнення великої кількості медичних працівників. Звідси виникає така проблема – кадрова, що обов'язково постане під час зміни статусу лікарень. По-перше, це десятки звільнених підготовлених медичних спеціалістів, по-друге, дефіцит висококваліфікованих медиків для нових спеціалізованих відділень, які мають бути створені відповідно до прописаних законодавством нормативів для госпітального округу. Виникає питання з працевлаштуванням випускників медичних закладів і в аспекті формування клієнтської бази сімейних лікарів, і в питанні стимулювання їх працевлаштування в медичних установах первинного рівня, особливо в сільській місцевості. Крім того, формування відповідного кадрового потенціалу вимагає десятки років, а вже сьогодні у деяких областях спостерігається дефіцит кваліфікованих медиків. Отже, формування госпітальних округів і реструктуризація медичної інфраструктури викликає низку супроводжуваних проблем, для вирішення яких потрібні додаткові кошти та час.

До того ж в Україні досі не визначилися з моделлю розвитку та управління охороною здоров'я, котра має замінити чинну систему. У цій моделі мають бути чітко сформульовані не тільки організаційно-правові та фінансово-економічні механізми проведення сучасної реформи децентралізації, а визначені пріоритети комплексного розвитку вітчизняної медицини, що формуватимуть стратегічне бачення перспектив її розвитку і не тільки в контексті підвищення ефективності функціонування медичних закладів та якості медичних послуг, що надаються населенню, а й в контексті покращення якості кадрового забезпечення, впровадження інновацій і сучасних технологій, доступності якості медичних послуг незалежно від місця проживання, поширення страхової медицини, підвищення соціальної справедливості й захисту прав громадян загалом.

Покращення медичного обслуговування населення – це те, на що передусім має опиратися реформа системи охорони здоров'я, яка нині активно впроваджується в Україні в контексті децентралізації влади. Стара модель системи, при якій ні лікар, ні медичний заклад не зацікавлені у пацієнтові призвела до того, що сьогодні тривалість життя в Україні в середньому на 11 років менша, ніж у ЄС і світі, тому основним завданням реформи є поставити у центр уваги пацієнта, його потреби та здоров'я. Головне, на що необхідно насамперед звернути увагу проводячи медичну реформу, це

не допустити призупинення надання медичної допомоги населенню. Не можна розпочинати все з чистої сторінки, необхідно поступово переходити від централізованої системи до децентралізованої моделі, яка працює за іншими принципами. Відтак варто підкреслити, що реформа сфери охорони здоров'я не є реформою у вакуумі, вона може відбуватися лише у прив'язці з адміністративно-територіальною, реформою бюджетної децентралізації, освітньою та низкою інших секторальних реформ.

Список використаних джерел

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.
2. Кінець радянської медицини – Режим доступу : https://zaxid.net/kinets_radyanskoyi_meditcini_n1406950
3. Медична реформа – складова реформи децентралізації – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170220_a.html
4. Фінансування охорони здоров'я в світлі адміністративно-територіальної реформи: відбулося експертне обговорення – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/335406>
5. Постанова «Про затвердження Примірною положення про госпітальний округ» від 20.02.2017 р. № 165 / Кабінет Міністрів України. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF>
6. Госпітальні округи: хто вирішує долю лікарень? – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170130_a.html

References

1. Shafranskyj, V. V. (Ed.). (2016). *Shchorichna dopovid pro stan zdorovya naseleння, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezultaty diyalnosti systemy okhorony zdorovya Ukrainy. 2015 rik [Annual report on the health status of the population, the sanitary and epidemiological situation and the results of the health care system of Ukraine. 2015]*. Kyiv, State institution «UISD MOH Ukraine» [in Ukrainian].
2. Channel-Ukraine (2016, October 18). Kinets' radyans'koyi medytsyny [End of Soviet medicine]. Website Zaxid.net. Retrieved from https://zaxid.net/kinets_radyanskoyi_meditcini_n1406950 [in Ukrainian].
3. Channel-Ukraine (2017, February 20). Medychna reforma – skladova reformy detsentralizatsiyi [Medical reform – component of decentralization reform]. Website Ministry of Health of Ukraine. Retrieved from http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170220_a.html [in Ukrainian].
4. Channel-Ukraine (2015, January 19). Finansuvannya okhorony zdorov'ya v svitli administratyvno-terytorial'noyi reformy: vidbulosya ekspertne obhovorennia [Financing of health care in the light of administrative-territorial reform: an expert discussion took place]. Website Apteka.ua. Retrieved from <http://www.apteka.ua/article/335406> [in Ukrainian].
5. Cabinet of Ministers of Ukraine (2017). Pro zatverdzhennia Prymirnoho Polozhennia pro hospitatnyi okruh [On Approval of the Model Provision on the Hospital District]. Resolution on 2017, February 20, 165. Retrieved from <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF> [in Ukrainian].
6. Channel-Ukraine (2017, January 30). Hospitatni okruhy: khto vyrishuye dolyu likaren? [Hospital districts: who decides the fate of hospitals?]. Website Ministry of Health of Ukraine. Retrieved from http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170130_a.html [in Ukrainian].

Shults S. L., Karpiak M. O. Organizational and institutional peculiarities of health care system reforming in Ukraine under decentralization.

The article outlines the theoretical principles of reforming of the health care system in Ukraine in the conditions of decentralization, explores the peculiarities and directions of implementation of health care reforms, identifies the problems of organization of the system of medical care in Ukraine and the possible ways of improving the medical care of the population in the context of decentralization reform.

The essence of the notion of a hospital district as a functional association of health facilities located on the relevant territory, which provides provision of secondary (specialized) medical care to the population of this territory, is considered and outlined. The criteria of the formation of hospital districts are defined, the features of establishing boundaries and the composition of the district as well as the technical process of its creation are highlighted.

The essence and principles of the functioning of the Hospital Council, its main tasks and functions are determined. The sources of funding the activities approved in the Hospital District Development Plan for the next five years are determined. The development of the plan for the development of the hospital district in order to determine the actual loading of medical infrastructure objects and the distribution of relevant functions is emphasized, among which, in particular, the directing of flows to the medical institution with the corresponding level of technical and personnel support.

In order to avoid numerous questions about the decentralization reform in the field of health care of the population in Ukraine, it is also necessary to conduct a large-scale information campaign among the regions in terms of clarifying the areas of responsibility of the central and regional authorities in relation to the principles of the functioning of the established hospital districts, as well as to reduce the political and social tension.

Key words: decentralization, reform of health care system, medical infrastructure, hospital district.

Шульц Світлана Леонідівна – доктор економічних наук, професор, завідувач відділу регіональної економічної політики ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М. І. Долишнього НАН України» (e-mail: swetshul@i.ua).

Shults Svitlana Leonidivna – Dr. Sci. (Econ.), Prof., Head of the Department of regional economic policy of the of the SI «Institute of Regional Research n.a. M.I. Dolishniy of the NAS of Ukraine».

Карп'як Марія Олександрівна – кандидат економічних наук, науковий співробітник відділу регіональної економічної політики ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М. І. Долишнього НАН України» (e-mail: marimusic@meta.ua). Karpiak Mariya Oleksandrivna – Ph.D. (Econ.), Researcher of the Department of regional economic policy of the SI «Institute of Regional Research n.a. M. I. Dolishniy of the NAS of Ukraine».

Надійшло 05.10.2017 р.