УДК 336.5:614.2

JEL classification: H51, I18, J01, O18,
P35

Ірина ГРИНЧИШИН

кандидат економічних наук,
старший науковий співробітник,
відділ регіональної фінансової політики,
ДУ «Інститут регіональних досліджень
імені М. І. Долишнього НАН України», Україна
E-mail: i.hrynychshyn@ukr.net
<http://orcid.org/0000-0002-0339-9227>
<http://www.researcherid.com/rid/AAC-9590-2021>

© Ірина Гринчишин, 2020

Отримано: 25.11.2020 р.
Прорецензовано: 02.12.2020 р.
Рекомендовано до друку: 16.12.2020 р.
Опубліковано: 16.12.2020 р.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0, яка дозволяє необмежене повторне використання, розповсюдження та відтворення на будь-якому носії, за умови правильного цитування оригінальної роботи.

Ірина Гринчишин (Україна)

ІДЕНТИФІКАЦІЯ РИЗИКІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇХНІЙ ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД В УМОВАХ РЕАЛІЗАЦІЇ СУЧАСНИХ РЕФОРМ

АНОТАЦІЯ

Вступ. Серед заходів за забезпечення добробуту громад одне із найважливіших місць займає охорона здоров'я, що в українських реаліях значною мірою зумовлено високим рівнем смертності, скороченням очікуваної тривалості життя та низькою задоволеністю мешканців громад якістю медичних послуг.

Мета. Ідентифікація ризиків у сфері охорони здоров'я, виявлення їхнього впливу на функціонування територіальних громад та розроблення комплексу заходів, спрямованих на їх нівелювання.

Метод (методологія). Застосовано методи логічного узагальнення, аналізу, порівняння та синтезу для виокремлення ризиків в системі охорони здоров'я та обґрунтування заходів їх мінімізації.

Результати. Ідентифіковано організаційно-інституційні, функціональні, фінансові ризики в системі охорони здоров'я; здійснено аналітичне дослідження та з'ясовано особливості їх впливу на функціонування територіальних громад. Запропоновано комплекс заходів, спрямованих на ефективне функціонування охорони здоров'я на рівні територіальної громади та мінімізацію негативних наслідків впливу в розрізі ідентифікованих ризиків, а саме: організаційно-інституційних (законодавче визначення вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги, урахування адміністративно-територіальних особливостей надання первинної медичної допомоги при визначенні капітаційної ставки та скасування лімітування декларацій у сільській місцевості); фінансових (налагодження ефективного механізму фінансування первинної медичної допомоги в територіальній громаді, усунення неефективних видатків, застосування фінансових стимулів для працівників закладів охорони здоров'я територіальної громади); функціональних ризиків (налагодження партнерських відносин між органами місцевого самоврядування та керівництвом закладу надання первинної допомоги, стимулювання та заохочення органами місцевого самоврядування до розвитку медицини в територіальній громаді, контроль за умовами оплати праці лікарів первинного рівня надання медичної допомоги).

Гринчишин І. Ідентифікація ризиків у сфері охорони здоров'я та їхній вплив на функціонування територіальних громад в умовах реалізації сучасних реформ. *Економічний аналіз*. 2020. Том 30. № 3. С. 7-15.

DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2020.03.007>

Ключові слова: територіальна громада; спроможна територіальна громада; охорона здоров'я; організаційно-інституційні ризики; функціональні ризики; фінансові ризики; первинна медична допомога.

Iryna Hrynychshyn (Ukraine)

UDC 336.5:614.2

JEL classification: H51, I18, J01, O18,
P35

Iryna HRYNCHYSHYN

*PhD in Economics,
Senior Research Fellow,
Department of Regional Financial Policy,
M. I. Dolishniy Institute of Regional Research of
the National Academy of Sciences of Ukraine,
Ukraine*

E-mail: i.hrynychshyn@ukr.net

<http://orcid.org/0000-0002-0339-9227>

<http://www.researcherid.com/rid/AAC-9590-2021>

© Iryna Hrynychshyn, 2020

Received: 25.11.2020

Revised: 02.12.2020

Accepted: 16.12.2020

Online publication date: 16.12.2020

This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 license, which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

IDENTIFICATION OF RISKS IN THE FIELD OF HEALTHCARE AND THEIR INFLUENCE ON THE FUNCTIONING OF TERRITORIAL COMMUNITIES IN THE CONDITIONS OF IMPLEMENTATION OF MODERN REFORMS

ABSTRACT

Introduction. Among the measures to ensure the well-being of communities, one of the most important is health care, which in Ukrainian reality is largely due to high mortality rates, reduced life expectancy and low satisfaction of community residents with the quality of health care.

Goal. Identification of health risks, identification of their impact on the functioning of local communities and development of a set of measures aimed at their leveling.

Method (methodology). Methods of logical generalization, analysis, comparison and synthesis are used to identify risks in the health care system and justify measures to minimize them.

Results. Identified organizational and institutional, functional, financial risks in the health care system; an analytical study was carried out and the peculiarities of their influence on the functioning of territorial communities were clarified. A set of measures aimed at the effective functioning of health care at the territorial community level and minimization of negative consequences in terms of identified risks, namely: organizational and institutional (legislative definition of secondary and tertiary levels of health care, taking into account administrative and territorial features of primary health care). Assistance in determining the capitalization rate and the abolition of limitation of declarations in rural areas); financial (establishment of an effective mechanism for financing primary health care in the local community, elimination of inefficient expenditures, application of financial incentives for employees of health care facilities of the local community); functional risks (establishing partnerships between local governments and the management of the primary care institution, stimulating and encouraging local governments to develop medicine in the local community, control over the conditions of remuneration of primary care physicians).

Hrynychshyn, I. (2020). Identification of risks in the field of healthcare and their influence on the functioning of territorial communities in the conditions of implementation of modern reforms. *Economic analysis*, 30 (3), 7-15.

DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2020.03.007>

Keywords: territorial community; capable territorial community; health care; organizational and institutional risks; functional risks; financial risks; primary care.

Вступ

Функціонування територіальних громад перебуває під впливом як адміністративно-фінансової децентралізації, так і секторальних реформ, в тому числі й охорони здоров'я. Як зауважують експерти Асоціації міст України нагальна необхідність та передумовами змін в зазначеній сфері були: законодавча невизначеність гарантованих державою обсягів, стандартів та нормативів безоплатної медичної допомоги; надмірна і нерівномірно розподілена медична інфраструктура; обмежений обсяг та неефективне витрачання бюджетних коштів; нерівномірна доступність, неналежна якість, низька ефективність медичної допомоги; значна частка «неформальних» платежів у складі фінансування медичної послуги; відсутній зворотний зв'язок між споживачами і постачальниками медичних послуг [1].

Зазначене зумовило необхідність реформи у сфері охорони здоров'я, спрямованих на вирішення вказаних проблем. Разом з тим, вони не позбавлені ризиків (організаційно-інституційних, функціональних та фінансових), що супроводжують цей процес, які потребують окреслення та визначення напрямів їх мінімізації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням трансформації системи охорони здоров'я присвячені праці багатьох вчених, серед них: О. Р. Західна, О. О. Коломієць, С. О. Кузнichenko, Ю. І. Мидлик, М. Є. Околович, А. О. Янчук та інші. Водночас, в сучасних умовах реформа охорони здоров'я чинить значний вплив на функціонування територіальних громад, що супроводжується організаційно-інституційними, функціональними та фінансовими ризиками. Зазначене підтверджує актуальність наукових пошуків в напрямі розроблення заходів щодо їх мінімізації.

Мета статті

Метою статті є ідентифікація ризиків у сфері охорони здоров'я, виявлення їхнього впливу на функціонування територіальних громад та розроблення комплексу заходів, спрямованих на їх нівелювання.

Виклад основного матеріалу дослідження

Реформа охорони здоров'я передбачає надання медичної допомоги (первинної, вторинної та третинної). Законодавче та нормативно-правове підґрунтя реформи становлять Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [2] та наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації

про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [3].

Організаційно-інституційні ризики. Реалізація реформи медичної сфери розпочалась із первинного рівня надання медичної допомоги, щодо вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на кінець 2019 р. проведено експеримент у Полтавській області, щодо третинного рівня (високоспеціалізованої) медичної допомоги триває обговорення пакету гарантованих медичних послуг та умов його надання для пацієнта. За умов зволікання із продовженням медичної реформи сегрегуються окремі ризики, нівелювання яких прямо залежить від подальших трансформацій в цій сфері.

Одним із важливих напрямів організації надання медичних послуг є спроможна мережа медичних закладів, яка на рівні територіальних громад формується обласними державними адміністраціями відповідно до затвердженого плану спроможних мереж надання ПМД; функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я (вторинна та третинна медична допомога), розміщених на відповідній території визначаються у складі госпітальних округів. Дискусії навколо створення госпітальних округів тривали доволі довго з огляду на відсутність єдиного бачення усіх зацікавлених осіб щодо географічних меж та складу медичних закладів. Так, у всіх областях Карпатського регіону, окрім Закарпатської, було сформовано від 1 до 5 госпітальних округів. Однак, відповідно до Постанови КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074 «Про деякі питання створення госпітальних округів» [4] визначено механізм їх створення, управління та функціонування, це підтверджує, що нівелювання багатьох ризиків в сфері охорони здоров'я лежить в площині політичних рішень. Серед новацій вказаного порядку – створення єдиного госпітального округу. Відповідає діючому порядку лише госпітальний округ Львівської області.

Реформуванню системи надання первинної медичної допомоги передувало створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного адміністратора виплат за медичними деклараціями, перетворення КП у КНП Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), впровадження електронних систем ведення пацієнтів, декларування тощо. За підсумками цих заходів стало можливим підписання декларацій з лікарями про надання первинної медичної допомоги.

Рейтингування областей за кількістю підписаних декларацій свідчить, що найбільшою інтенсивністю характеризується Дніпропетровська область, проте співвідношення чисельності декларантів до чисельності наявного населення в області (0,74) є

нижчим за середнє значення по Україні – 0,76 (без урахування тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей).

Порівняння областей Карпатського регіону за цим параметром вказує, що найвищу ступінь охоплення наявного населення підписаними

деклараціями має Львівська область (0,80), у Івано-Франківській області значення показника становить 0,77, а найменше значення спостерігаємо у Чернівецькій та Закарпатській областях (0,74), що є нижчим за середнє значення по Україні (рис. 1).

Рис.1. Характеристика областей за кількістю укладених декларацій з надання медичної допомоги в розрізі регіонів, станом на 1.11.2019 р.

Джерело: авторські розрахунки на основі [5].

Як свідчать проведені розрахунки, за розподілом серед вікових груп найменш зацікавлені в укладенні декларацій особи працездатного віку з декларуванням відзначається у Закарпатській області, фактично 15 % дітей не охоплені деклараціями надання медичних послуг. Така ж негативна ситуація спостерігається і щодо осіб старше 65 років, у всіх областях Карпатського регіону не уклали декларації 13-15% пенсіонерів (табл. 1). Так, у Чернівецькій та Закарпатській областях станом на 1.11.2019 р. частка зареєстрованих декларантів серед зазначеної

категорії постійного населення складала 0,67 та 0,68 відповідно, для порівняння у Львівській області цей показник становив – 0,75. Серед дітей віком від 0 до 17 років найгірша ситуація у Закарпатській області.

Особливістю Карпатського регіону є переважання чисельності сільського населення над міським, що суттєво впливає на загальні параметри формування та розвитку медицини в регіоні загалом та сільських територіальних громадах, зокрема.

Таблиця 1. Характеристика декларування осіб щодо надання первинних медичних послуг в розрізі вікових груп за областями Карпатського регіону, станом на 1.01.2019 р.

Параметри	Вікові категорії	Області Карпатського регіону			
		Закарпатська	Івано-Франківська	Львівська	Чернівецька
Розподіл постійного населення за віком, осіб	0-17	291379	276382	484905	183578
	18-64	814567	900353	1650210	589534
	65 і старше	148023	193791	368536	128197
Розподіл декларантів за віком, осіб	0-17	249015	255579	456074	165794
	18-64	557495	639524	1241083	396465
	65 і старше	126077	168164	320213	110378
Співвідношення декларантів до чисельності постійного населення за віком	0-17	0,85	0,92	0,94	0,90
	18-64	0,68	0,71	0,75	0,67
	65 і старше	0,85	0,87	0,87	0,86

Джерело: авторські розрахунки на основі [5; 6].

Загальні параметри укладення декларацій за типом населеного пункту свідчать про переважачу активність сільської первинної медицини у Закарпатській області та міської у Львівській області. Водночас низький рівень та значна варіація щільності населення між

територіальними громадами, в першу чергу сільських територіальних громад, вказує на потребу функціонування більшої кількості ФАПів, амбулаторій та інших медичних закладів, а також більшої кількості лікарів з огляду на більшу площу (радіус) обслуговування (рис. 2).

а) укладені декларації за типом населеного пункту

б) щільність населення територіальних громад Івано-Франківської області

Рис. 2. Параметри укладених декларацій за типом населеного пункту в Карпатському регіоні та щільність населення Івано-Франківської області станом на 1.11.2019 р.

Джерело: авторські розрахунки на основі [5; 6].

Не враховує адміністративних та територіальних особливостей функціонуючих територіальних громад, а саме сільська місцевість з низькою щільністю населення і розмір капітаційної ставки, її підвищений розмір з коефіцієнтом 1,25 визначається тільки для гірських територій.

Окрім того, укомплектованість лікарями закладів первинної медичної допомоги територіальних громад Карпатського регіону є доволі низькою, про що свідчить перевищення оптимального обсягу практики лікарів (ООП) практично більшості ЦПМСД, які надають первинну

медичну допомогу мешканцям територіальних громад. Для прикладу, у Івано-Франківській області лише в Білоберізькій, Витвицькій, Печеніжинській та Переріслянській об'єднаній територіальній громаді (ОТГ) (4 з 23 ОТГ) усі лікарі працювали в межах оптимального обсягу професійного практики, на противагу у Дзвиняцькій ОТГ усі лікарі уклали декларації понад визначеного ліміту (рис. 3). Станом на 1.11.2019 р. у Закарпатській області жоден ЦПМСД на рівні територіальних громад не працював в межах оптимального обсягу професійної практики.

Рис. 3. Оптимальний обсяг практики лікарів та співвідношення чисельності лікарів до чисельності населення в ОТГ Івано-Франківської області станом на 1.01.2019 р.

Джерело: авторські розрахунки на основі [5].

Функціональні ризики. В процесі реформування первинної медичної допомоги з'явилися нові типи функціональних взаємовідносин між ЦНПМСД та НЗСУ, ОМС, отримувачами медичної допомоги, медичним персоналом, кожному з яких притаманні функціональні (як наявні, так і потенційні) ризики (табл. 2).

В питаннях спроможності мережі закладів первинної медичної допомоги важливим чинником є чисельність обслуговуваного населення, зокрема, невелика чисельність декларантів зумовлює значне фінансове навантаження на бюджет як ЦПМСД, так і ОТГ.

Таблиця 2. Типи функціональних взаємовідносин у сфері охорони здоров'я

№ з/п	Тип взаємовідносин	Функціональні ризики
1.	ОМС – ЦПМСД	<ul style="list-style-type: none"> – низький рівень фінансової спроможності окремих ОТГ не дозволяє належним чином утримувати медичні заклади; – оптимізація закладів здійснюватиметься без урахування потреби забезпечення медичними послугами, а виходячи з наявних фінансових ресурсів; – відсутність зацікавленості керівництва ОМС у розвитку додаткових програм, спрямованих на профілактику захворювань населення, стимулювання працівників, покращення матеріально-технічної бази закладів
2.	ЦПМСД-НСЗУ	<ul style="list-style-type: none"> – відсутність укладених договорів із НСЗУ унеможливить фінансування закладу та, відповідно, надання медичної допомоги населенню; – зміна визначених умов щодо надання первинної медичної допомоги (зміна нормативного навантаження лікарів пацієнтами, застосування вікових коефіцієнтів при врахуванні капітаційної ставки та ін.); – відсутність зростання капітаційної ставки по відношенню до зростання соціальних нормативів;
3.	ЦПМСД (лікар) - декларанти	<ul style="list-style-type: none"> – наявність осіб, що не уклали декларацій зумовлює недоотримання фінансових ресурсів; – висока навантаженість лікарів укладеними деклараціями може спричинити нерівномірний час очікування між пацієнтами; – оплата виключно гарантованих послуг, відсутність додаткових ініціатив, спрямованих запобіганню захворювання та популяризації здорового способу життя;
4.	ЦПМСД (директор)- медичний персонал	<ul style="list-style-type: none"> – варіація оплати праці медичних працівників розрізі різних ЦПМСД; – різний рівень умов праці медичних працівників;
5.	ЦПМСД-заклади вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> – низький рівень оплати праці закладів вторинного рівня зумовлює «конфлікт інтересів» між медичним персоналом первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

Джерело: розроблено автором.

Серед ризиків, що виникають з огляду на договірні відносини в частині оплати праці лікарів та іншого медичного персоналу, слід виділити нерівномірний розподіл середньої заробітної плати серед типових закладів первинної медичної допомоги. Зокрема, у Івано-Франківській області за підсумками 2018 р. середня заробітна плата на первинці становила 18 тис. грн., а у Закарпатській області – 31,7 тис. грн. Це зумовлено, в першу чергу, новим автономним статусом лікарняного закладу та регулюванням оплати праці медичних працівників колективним договором. Слід додати, що лікарю надано право вибору форми узаконення

трудових відносин (працівник лікарні з колективним договором чи фізична особа-підприємець).

Фінансові ризики. Створення спроможних громад майже синхронно відбувається з реформуванням сфери охорони здоров'я (первинної медичної допомоги, зокрема). На сьогодні, ОТГ самостійно підходять до організації первинних медичних послуг, за підсумками дослідження можемо констатувати, що є 3 типи організації первинних медичних послуг:

- первинна медична допомога надається Центром первинної медико-санітарної

- допомоги (ЦПМСД) ОТГ для мешканців виключно ОТГ;
- первинна медична допомога надається районним ЦПМСД;
 - первинна медична допомога надається ЦПМСД ОТГ для мешканців усього району (включаючи села та селища, що не увійшли до ОТГ).

Тип обраних відносин територіальною громадою прямо визначає особливості спрямування фінансових ресурсів для фінансування первинних медичних послуг. До 1.07.2018 р. громади отримували субвенцію на фінансування первинної медичної допомоги, проте витрачали її по різному. Для прикладу, Тячівська ОТГ отримавши медичну субвенцію у розмірі 8,3 млн.грн. передала на районний рівень 69,4%, решту коштів (28,1%) було спрямовано на фінансування первинної медичної допомоги населенню, що надається амбулаторно-поліклінічними закладами (відділеннями) та ФАПами (комунальні заклади Тячівської ОТГ), а також, а також 5,5% від субвенції на заходи з лікування онкологічних хворих, відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань, а також інші програми. Схожий бюджетний механізм фінансування охорони здоров'я використовували і Вільховецька, Баранінська та Полянська ОТГ. Не налагоджували фінансування охорони здоров'я власними зусиллями Іршавська та Перечинська ОТГ, які у першому півріччі 2018 р. всю отриману субвенцію передали іншим місцевим бюджетам для фінансування первинної медичної допомоги. Зазначимо, що у другій половині 2018 р. діяв подвійний механізм фінансування ОТГ в сфері

охорони здоров'я, що полягав у можливості акумулювання коштів як з ДБУ у вигляді субвенції, так і з НСЗУ у вигляді оплати медичних послуг відповідно до укладених договорів. За підсумками 2018 р. у Закарпатській області лише Вільховецька та Полянська ОТГ отримували фінансові ресурси з НСЗУ.

У 2019 р. ситуація змінилась з огляду початок фінансування первинної медичної допомоги за рахунок коштів НСЗУ. Слід вказати, що не всі медичні заклади, які надають медичну допомогу мешканцям територіальних громад уклали договори про обслуговування з НСЗУ, станом на 1.04.2019 р. у Львівській області амбулаторії та ФАПи Чукв'янської, Мурованської та Бабинської ОТГ повністю фінансувались за рахунок коштів місцевого бюджету ОТГ.

Загальні параметри фінансування галузі вказують, що традиційно найбільшу суму видатків в охороні здоров'я акумулювали м. Київ, Харківська і Львівська області, які попри високі обсяги надходжень в цілому характеризувались нижчою сумою в розрахунку на чисельність мешканців, і навпаки – в Чернігівській та Кіровоградській області нижчим обсягом надходжень відповідали вищі видатки в розрахунку на чисельність мешканців. Слід виокремити Волинську, Тернопільську та Чернівецьку області, які у 2018 р. за обома параметрами займали найнижчі позиції серед областей України (рис. 4). Такий розподіл потребує детальної характеристики фінансового забезпечення як між рівнями адміністративно-територіального устрою, так і в розрізі адміністративно-територіальних одиниць.

Рис. 4. Обсяг фінансування охорони здоров'я в розрізі областей України, 2018 р.
(за рахунок медичної субвенції з ДБУ)

Джерело: авторські розрахунки на основі [7].

Незначний вплив на диференціацію спричинив початок прямих фінансових взаємовідносин НСЗУ із

зкладами первинної медичної допомоги, які розпочались у другій половині 2018 р., загалом на

фінансування первинної медичної допомоги у 2018 р. з НСЗУ було спрямовано 3,44 млрд грн., при цьому п'ятірка областей-лідерів з надання первинної медичної допомоги через НСЗУ (м. Київ, Харківська, Вінницька, Донецька та Полтавська області) акумулювали близько половини всіх коштів.

Слід також звернути увагу на непрозорий механізм та нерівномірність розподілу обласним рівнем додаткової дотації на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів охорони здоров'я між місцевими бюджетами на первинному і вторинному рівнях охорони здоров'я. Порушує децентралізаційні засади включення у розрахунок додаткової дотації виключно обласних бюджетів та подальшим перерозподілом фінансових ресурсів обласними державними адміністраціями на власний розсуд. В умовах незавершеності медичної реформи ускладнилась проблема «конфлікту інтересів» працівників медичних установ первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги, де останні опинились у значно гіршому фінансовому становищі. Така ситуація робить «заручниками» мешканців громад, які потребуватимуть вторинної допомоги. За таких умов зволікання із продовженням медичної реформи є неприпустимим.

Висновки та перспективи подальших досліджень

Узагальнення вищевикладених тверджень дає змогу зробити наступні висновки:

1. Систематизовано функціональні, фінансові, організаційно-інституційні ризики в сфері охорони здоров'я територіальних громад Карпатського регіону.
2. Напрями мінімізації зазначених ризиків полягають у наступному:

- *організаційно-інституційних*: законодавче визначення вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги із детальним обґрунтуванням таких параметрів як пакет послуг, порядок взаємовідносин між надавачами послуг різних рівнів, між пацієнтом та лікарем, фінансових засад функціонування закладів, порядок управління та підпорядкування тощо; урахування адміністративно-територіальних особливостей надання первинної медичної допомоги при визначенні капітаційної ставки та скасування лімітування декларацій у сільській місцевості;
- *фінансових*: налагодження ефективного механізму фінансування первинної медичної допомоги в територіальній громаді, в тому числі й за участі органів місцевого самоврядування; усунення неефективних видатків шляхом розбудови спроможної мережі надання первинних медичних послуг; застосування фінансових стимулів для працівників закладів охорони здоров'я територіальної громади;
- *функціональних*: налагодження партнерських відносин між органами місцевого самоврядування та керівництвом закладу надання первинної допомоги; стимулювання та заохочення органами місцевого самоврядування до розвитку медицини в територіальній громаді через прийняття різного типу програм (розвиток громадського здоров'я та профілактики захворювань); контроль за умовами оплати праці лікарів первинного рівня надання медичної допомоги з боку профспілки, органу місцевого самоврядування, громадськості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Стратегія реформування охорони здоров'я. Асоціація міст. URL: <https://www.auc.org.ua/galuz/ohorona-zdorovya>.
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
3. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>.
4. Про деякі питання створення госпітальних округів. Постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>.
5. Національна служба здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/elektronna-karta-misc-nadannya-pervinnoi-mediko-sanitarnoyi>.
6. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
7. Онлайн-платформа «Відкритий бюджет». URL: <https://openbudget.gov.ua/>.

REFERENCES

1. *Stratehiya reformuvannya okhorony zdorovya* [Health care reform strategy] Retrieved from: <https://www.auc.org.ua/galuz/ohorona-zdorovya> [in Ukrainian].
2. *Pro derzhavni finansovi harantiyi medychnoho obsluhovuvannya naselennya*. Zakon Ukrainy [About the state financial guarantees of medical service of the population. Law of Ukraine] (2017). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> [in Ukrainian].
3. *Pro zatverdzhennya Poryadku vyboru likarya, yakyy nadaye pervynnu medychnu dopomohu, ta formy deklaratsiyi pro vybir likarya, yakyy nadaye pervynnu medychnu dopomohu*. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovya Ukrainy [On approval of the Procedure for selection of a doctor who provides primary care and the form of declaration on selection of a doctor who provides primary care] (2018). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text> [in Ukrainian].
4. *Pro deyaki pytannya stvorennya hospital'nykh okruhiv* [On some issues of creating hospital districts] (2019). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF> [in Ukrainian].
5. *Natsional'na sluzhba zdorov'ya Ukrainy* [National Health Service of Ukraine] (2019). Retrieved from: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/elektronna-karta-misc-nadannya-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi>. [in Ukrainian].
6. *Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy* [State Statistics Service of Ukraine]. (2019). Retrieved from: <http://www.ukrstat.gov.ua/> [in Ukrainian].
7. *Onlayn-platforma «Vidkrytyy byudzheth»* [Online platform «Open Budget»] (2019). Retrieved from: <https://openbudget.gov.ua/> [in Ukrainian].