

*Н. В. Авраменко,
к. мед. н., доцент, доцент кафедри акушерства, гінекології та
репродуктивної медицини, Запорізький медичний університет*

ВИНИКНЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У статті автором досліджується еволюція системи державного регулювання охорони здоров'я та особливості її реорганізації у різні часи епохи.

The author examines the evolution of the state regulation system of the health protection and features of its reorganization a guard system in different times of epoch in the article.

Ключові слова: управління, розвиток, охорона здоров'я, медична допомога, населення, держава, трансформаційні перетворення, органи державного управління.

ВСТУП

Спрямованість теорії та практики державного управління на реформування сфери охорони здоров'я в Україні зумовлює оновлення механізмів державного управління на регіональному рівні, що потребує опрацювання та впровадження більш досконалого організаційно-економічного механізму, який концентрував би зусилля органів місцевої виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, ділових кіл та громадськості на розв'язанні протиріч і усуненні невідповідностей між фактичними потребами населення в медичній допомозі та послугах і реальними можливостями системи охорони здоров'я щодо якісного задоволення цих потреб в умовах трансформаційних перетворень.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Дослідити еволюцію системи управління охороною здоров'я в Україні.

РЕЗУЛЬТАТИ

Розвиток медицини як науки і як галузі народного господарства, зміни засад та принципів організації медичного обслуговування населення, економічні взаємовідносини у сфері охорони здоров'я нерозривно пов'язані із перебігом процесів державотворення. Повноцінна історія управління та організаційних структур, розвитку моделей охорони здоров'я

та їх господарської діяльності ще не написана. В роботах з історії медицини, які виходили у світ протягом багатьох років і серед яких є велика кількість першокласних досліджень, питанням розвитку організації управління та діяльності охорони здоров'я як галузі господарства приділялась дуже невелика увага, хоча висвітлення в них розвитку історії медичної науки та професійних аспектів і досягнень у діяльності лікарів подавалось на тлі конкретних історичних періодів [3].

Точки зору щодо взаємозв'язку розвитку науки і практики управління охороною здоров'я із конкретним етапом еволюції держави та її будівництва дотримуються вітчизняні вчені та фахівці з організації та управління охороною здоров'я: Бідний В.Г., Вороненко Ю.В., Голяченко О.М., Захарченко Є.М., Криштопа Б.П., Москаленко В.Ф., Пиріг Л.А., Радіш Я.Ф. та інші.

Радіш Я.Ф. наголошує на необхідності перегляду найважливіших аспектів досвіду формування державницького підходу до управління сферою охорони здоров'я українських лікарів у минулому. Історична спадщина наших лікарів може бути корисною і в пошуку механізмів підвищення рівня сучасного стану галузі, стати важливим джерелом для побудови нової моделі системи державного управління охороною здоров'я [5].

Як відзначає Кучеренко В.З., фор-

мування ранніх моделей вітчизняної охорони здоров'я, що відповідали певним історичним реаліям розвитку суспільства, проходило не у цивілізаційному вакуумі, а в умовах взаємозв'язку із географічно та ідеологічно близькими країнами та народами. З цих суміжних територій на землі наших предків надходили знання про професійні навички, а також і практичний досвід щодо організаційних та економічних засад надання медичної допомоги та послуг. Нам видається, що основною організаційною формою медичного обслуговування тих часів була приватна платна медична практика. Саме від Візантійської імперії, що була у ті часи однією з наймогутніших держав світу та мала неабиякий досвід в організації лікарень міського та монастирського типу, перші відповідні організаційні та практичні засади щодо медичної справи перейшли до тодішніх княжих держав IX—X ст., а потім ці тенденції посилилися у зв'язку із християнізацією Русі в XI ст. За часів Київської Русі приватна медична практика була захищена законом, передбачався і захист прав пацієнта шляхом стягнення з лікаря штрафів тих чи інших розмірів. У XII ст. у становленні системи охорони здоров'я досить виразними становляться регіональні особливості, пов'язані із посиленням тенденцій децентралізації влади та посиленням феодалної роздробленості. На той час продовжували існувати платна приватна медична практика та переважно безоплатна монастирська медицина [7].

Монгольська навала XIII ст. дуже негативно вплинула на розвиток держави в цілому, спричинила колосальні людські та матеріальні втрати і стала чинником значного відставання вітчизняної охорони здоров'я від загальноєвропейських надбань.

Проте, саме за часів Галицько-Волинської держави (XIII—XIV ст.) спостерігається розвиток місцевого самоврядування, впровадження у містах Магдебурзького права, введення пільг для цехів та ремісників. Лікарі та аптекарі, які займалися платною приватною практикою, і виготовленням та реалізацією ліків, входили до відповідних цехових об'єднань, що мали певну вагу при взаємодії із владними органами. Цей період становлення вітчизняної здоровоохорони на професійно-корпоративних засадах відзначається обміном та використанням досвіду впровадження сучасних медичних технологій діагностики та лікування хворих, який надходив і з Європи, і з Азії [5].

У XIV ст. з Азії на Європу одна за одною набігали спустошувальні хвилі епідемії інфекційних захворювань. Необхідність у зв'язку з цим забезпечення та проведення владою відповідних заходів щодо профілактики та запобігання епідемічних хвороб стала одним з чинників залучен-

ня до процесів державного управління окремих лікарів, зростання їх громадського впливу, вироблення владою з урахуванням рекомендацій лікарів конкретних управлінських рішень. Як приклади можна навести будівництво в деяких містах дерев'яних та кам'яних мостових, водопроводів та систем водовідведення, розвиток пралень, створення митно-санітарної та карантинної служб [7].

Радиш Я.Ф. відзначає серед вітчизняних дипломованих лікарів XV—XVI ст., які поряд з медичною практикою успішно займалися і державними справами, першого українського доктора філософії і доктора медицини Юрія (Георгія) Дрогобича-Котермака (1450—1494 рр.), відомого діяча православної церкви та просвіти тих часів, засновника Києво-Могилянської академії митрополита Петра Могили (1596—1647 рр.), Єпіфанія Славенецького (?—1675 р.) [5].

Подальший аналіз еволюції управління охороною здоров'я свідчить, що центральним органом виконавчої влади, який сформувався наприкінці XVI ст. для управління справами охорони здоров'я і діяв до початку XVIII ст., був Аптекарський приказ. Він контролював діяльність всіх осіб, які працювали у медичній сфері, сприяв створенню мережі аптек та перших державних безоплатних лікарень, забезпечував ліками представників влади, займався платним медикаментозним забезпеченням населення. Фінансування цього органу управління та підпорядкованих йому державних медичних закладів здійснювалося за рахунок безпосередніх натуральних надходжень матеріальних цінностей та коштів від інших приказів (органів виконавчої влади) [7].

Більш суттєві кроки в становленні управління медичною справою в Україні припадають на XVIII ст. Його початок ознаменувався подальшим посиленням централізації та створенням нового апарату державного управління охороною здоров'я із формуванням бюрократичної системи. Центральним державним органом управління медичною справою (суб'єктом управління), який прийшов на зміну Аптекарському приказу, стала Медична канцелярія (1707 р.) і згодом перетворена у Медичну колегію (1721 р.). Об'єкти управління — лікарі, аптеки, лікарні, госпіталі та госпітальні школи (учбові заклади), що утримувалися за державні кошти, — безпосередньо підпорядковувалися Медичній колегії. Починала розвиватися мережа державних медичних закладів, зміцнювалися переважно державні організаційні та економічні механізми діяльності охорони здоров'я. Фінансування витрат на утримання органу управління та закладів здійснювалось з державної скарбниці. До середини XVIII ст. управління медичною справою в Росії являло собою централізоване керівництво держав-

ними медичними закладами, чисельність яких ще не була значною. Звертає увагу видання у травні 1737 р. Указу Медичної колегії щодо надання державними лікарями безоплатної медичної допомоги бідним. Водночас в ті часи почався швидкий розвиток платної приватної медицини. Цей сектор охопив переважно великі міста та забезпечував медичну допомогу серед заможної частини населення [6].

Нову форму управління — адміністративно-територіальну — започаткував розподіл Російської держави на губернії (1755 р.). Лише у містах, у тому числі й в Україні, були засновані перші місцеві державні органи управління медичною справою — Прикази громадської опіки. Цим органам підпорядковувались аптеки, міські безоплатні лікарні для цивільних, а також богодільні, притулки для сиріт і психічно хворих — тобто заклади для надання медичної допомоги верствам населення з обмеженими можливостями.

Це нововведення свідчить про прихід влади до розуміння щодо необхідності створення спеціальних органів управління охороною здоров'я на місцях. Воно стало початком децентралізації державного управління цією сферою.

Проте, вже через 10 років загальне управління приказною медициною перейшло до повноважень обер-поліцеймейстерів, що позбавило медичних працівників будь-яких адміністративних прав. З того часу нагляд поліції за медичною справою тією чи іншою мірою зберігався до 1917 р. Кінець XVIII ст. ознаменувався подальшим прогресом децентралізації управління медичною справою — створенням на місцях губернських лікарських управ (1797 р.) як регіональних державних органів управління, яким Медична колегія як орган центральної державної влади делегувала функції безпосереднього оперативного управління медичною частиною (цивільною і військовою) в межах губернії, тобто територіальний підхід до управління був посилений [6].

Дослідження цих перетворень переконливо свідчить про значення децентралізації в державному управлінні охороною здоров'я, до якого дійшли владні органи й у той час.

Як зазначає Криштопа Б.П., вказане поклало початок новому в Росії і в Україні адміністративно-відомчому принципу управління охороною здоров'я, заклало підвалини становлення системи управління медичною справою на регіональному рівні. Однак у Волинській, Київській і Подільській губерніях поряд із лікарськими управами до 1911 р. існували і згадані вище Прикази громадської опіки, що призводило до двовладдя в державному управлінні охороною здоров'я на регіональному рівні й свідчило про відсутність єдиної його

системи. Реформа управління медичною справою кінця XVIII ст. призвела і до реорганізації самої Медичної колегії, яка у своєму безпосередньому підпорядкуванні залишила лише заклади загальноросійського державного значення: госпітальні школи, провідні госпіталі, стаціонарні аптеки. Початок XIX ст. ознаменувався проведенням в Росії державної реформи центральних органів управління: скасування колегій і введенням у 1802 р. нової, на європейській зразок, форми державного галузевого управління — міністерств. Однак, ліквідувавши у кінці 1804 р. Медичну колегію, влада не створила відповідного міністерства, а управління медичною справою було передано одному з підрозділів Міністерства внутрішніх справ — Експедиції державної медичної управи, що призвело до зниження його рівня управління в порівнянні з колишньою самостійною колегією [4].

Як зазначає Радиш Я.Ф., подальші реформи державного управління охороною здоров'я супроводжувались розподілом системи на цивільну та військову (1805 р.), частковою децентралізацією на рівні регіону — підпорядкуванням лікарських управ безпосередньо губернаторам (1812 р.), деякою централізацією — реорганізацією Експедиції державної медичної управи у вищий орган управління — Медичний департамент Міністерства внутрішніх справ (1829 р.), який проіснував майже століття, до 1917 р. Результатом проведених реорганізацій стало поступове набуття лікарськими управами поліцейсько-бюрократичного характеру [5].

Одним із наслідків земської реформи другої половини XIX ст. в Росії та в Україні стало передання влади на місцях новим органам самоврядування — губернським і повітовим земствам, тобто надання певної автономії в управлінні при збереженні необмеженої влади правлячої верхівки. Земство заклало в Україні основи якісно нової організації медичної допомоги — земської медицини, яка являла собою систему медико-санітарного обслуговування сільського населення на основі самоврядування. Земська медицина потребувала формування нових органів управління охороною здоров'я, які відповідали б її новим завданням. Їх функціональне визначення та структура будувалися у відповідності із "Положенням про губернські і повітові земські заклади" (1864 р.), в результаті чого медичні заклади опинилися у подвійному підпорядкуванні: за напрямом діяльності — місцевим (губернським і повітовим) земським зібранням як вищим органам влади, а в адміністративно-господарчому відношенні — земським управам як виконавчим органам. Суттєву роль в управлінні земською медициною, особливо на початковій його стадії,

відігравали повітові та губернські санітарні (медичні) ради, а також з'їзди лікарів як колективні дорадчі органи. На діяльність земської медицини впливали губернські санітарно-статистичні бюро, губернські і повітові з'їзди лікарів. Довершеною такою системою управління все ж таки визнати не можна, оскільки земства як органи місцевого самоврядування існували лише на рівні губерній та повітів при відсутності у волостях, а найголовніше — не мали представництва на державному рівні. Оскільки влада не делегувала земствам свободи і самостійності, то їхні управлінські рішення вимагали додаткового затвердження губернатором або Міністром внутрішніх справ і могли бути легко скасованими [4, 6, 7].

Проте, в умовах земства вперше з'явилися усі необхідні з сучасної точки зору елементи системи управління: суб'єкт управління (губернські і повітові земські зібрання, губернські і повітові земські управи) та об'єкт управління (мережа лікувальних, санітарних та інших земських закладів). Земська реформа сприяла також і формуванню системи міського самоуправління. Згідно "Городському положенню" (1870 р.) були створені міські думи — виборні органи громадського управління, та міські управи — виконавчі органи, що отримували, як і земства, порівняно широку самостійність у вирішенні місцевих питань, у тому числі щодо питань охорони здоров'я населення. З такою системою управління охороною здоров'я Східна Україна прийшла до жовтневого перевороту в Росії 1917 р.

Медична справа в Західній Україні століттями підпорядковувалась законам Речі Посполитої та Австро-Угорської імперії. При цьому розвиток управління охороною здоров'я в Галичині послідовно пройшов шлях від управної форми (1772 р.) і керівництва Львівською медичною школою ("Колегіум медикум", 1773 р.), з подальшим посиленням централізації через запровадження у Львові в різні роки австро-угорським урядом Санітарної (медичної) комісії (1773 р.), Медичної колегії (1776 р.), Медичної комісії (1784 р.) і до централізованого управління цією сферою відповідним департаментом Міністерства внутрішніх справ Австро-Угорської імперії (1870 р.) та створення Крайової ради здоров'я. На Буковині перший орган управління медичною справою з'явився на 100 років пізніше, ніж у Галичині. Ним стала створена у 1871 р. в Чернівцях Буковинська крайова санітарна рада, яка існувала до 1919 р. [4; 6].

Таким чином, наведені дані свідчать про значні розбіжності в державному управлінні охороною здоров'я в Східній і у Західній Україні як за часом його встановлення, так і за організаційними формами органів управління, що значною мірою зу-

мовлено особливостями устрою північних на цих територіях держав.

Вважаємо за доцільне також звернутись до досвіду організації управління охороною здоров'я в Україні у період 1917—1919 рр.

Як свідчать літературні джерела, формування органів державного управління охороною здоров'я у цей період мало свої особливості, зумовлені передусім військово-політичною ситуацією. Україна перетворилась на арену громадянської війни та іноземної інтервенції. Влада неодноразово переходила від однієї суспільно-політичної сили до іншої, що не сприяло розвитку національної державної системи охорони здоров'я. За часів існування Української Народної Республіки (листопад 1917 р. — квітень 1918 р.) управління охороною здоров'я здійснював окремий Медичний департамент у складі Міністерства внутрішніх справ, така організація дісталася на деякий час Україні у спадок від колишньої Російської імперії. В Українській гетьманській державі (квітень 1918 р. — грудень 1918 р.) було вже створене окреме Міністерство охорони здоров'я та соціальної опіки як орган центральної виконавчої влади для управління галуззю, до його складу входили департаменти (медичний, санітарний, загальний) та відділення (освіти, інформаційно-видавниче, судової експертизи, санітарно-технічне, демобілізаційне). На місцях уряд гетьмана П. Скоропадського пішов шляхом відновлення діяльності міських управ із галузевими відділами, губернських та повітових земських управ. Під час Української Народної Республіки (II) (грудень 1918 р. — 1920 р.) зазначена централізована організаційна структура державного управління охороною здоров'я в основному була збережена. Протягом 1919 р. Міністр охорони здоров'я та соціальної опіки у той же час обіймав посаду заступника Голови Ради Народних Міністрів, що сприяло вирішенню питань взаємодії та координації діяльності із другими міністерствами та органами управління в складних умовах напруженої внутрішньої ситуації в державі, величезної міграції та соціальних проблем населення, різкого зростання інфекційної захворюваності, дефіциту лікарських засобів. Після утворення у листопаді 1918 р. Західноукраїнської Народної Республіки серед членів її уряду — Державного Секретаріату — був і державний секретар здоров'я [2].

Як доводить аналіз, кожен з урядів України періоду української державності початку ХХ ст. намагався по-своєму розв'язувати проблеми управління охороною здоров'я, але, в умовах короткочасного їх перебування при владі, значних руйнувань медико-санітарної мережі та епідемії вони обмежувались переважно черговими змінами назв централізова-

ного органу управління, а також незначними реформами, які в умовах громадянської війни не могли досягти мети.

Формування централізованого органу управління охороною здоров'я в Україні радянського періоду започатковане створенням при Тимчасовому робітничо-селянському уряді України відділу охорони здоров'я (січень 1919 р.), реорганізованому в лютому того ж року за прикладом Російської федерації у Народний комісаріат охорони здоров'я, який своїм розпорядженням тоді ж скасував старі форми лікарського управління. У березні 1919 р. Рада Народних Комісарів України своєю постановою організувала місцеві відділи охорони здоров'я на рівні губерній та повітів, що створило організаційні засади системи державного управління охороною здоров'я на центральному та територіальному рівнях. При цьому без місцевого органу управління залишався район, що свідчило про відсутність на той час цілісної системи управління охороною здоров'я, зокрема у сільській місцевості [4; 6].

Проведення у 1922—1925 рр. в Україні адміністративно-територіальної реформи позначилось для системи управління охороною здоров'я двома важливими заходами: визнанням у 1923 р. району як адміністративно-територіальної одиниці, що стало переломним у цільовому формуванні системи управління сільською охороною здоров'я на цьому рівні, введенням при райвиконкомах посади уповноваженого губернського відділу охорони здоров'я; прийняттям у 1925 р. нового урядового "Положення про місцеві органи Народного комісаріату охорони здоров'я", згідно з яким замість губернських і повітових відділів встановлювались окружні, міські і районні інспектури охорони здоров'я, яким передавались низові адміністративно-господарські функції. Район на чолі із райздоровінспектором вперше ставав самостійною ланкою управління сільською охороною здоров'я, що було прогресивним підходом і реалізувало принципи децентралізації та регіоналізації в управлінні цією сферою.

Друга половина і кінець 20-х років ознаменувались новими підходами уряду колишнього СРСР до ведення народного господарства та управління ним — переходом на п'ятирічні плани розвитку, виконання яких у подальшому досягалось виключно вольовим, директивним методом управління. Цим було закладено основи адміністративно-командної системи управління, які повністю ліквідували паростки управління державою з наукових позицій, що мали місце у середині 20-х років [1].

Наступні адміністративно-територіальні реформи в Україні призвели до скасування у 1930 р. округів та її розподілу на області з реорганіза-

цією окружних відділів охорони здоров'я в обласні. Райздоровінспектури були реорганізовані у райздороввідділи (1933 р.). Перші післявоєнні роки для управління системою охорони здоров'я України позначились реорганізацією Народного Комісаріату охорони здоров'я у Міністерство охорони здоров'я (1946 р.) при збереженні на місцях довоєнної структури органів управління. На початку другої половини ХХ ст. була суттєво реорганізована система державного управління сільською медициною — у 1957 р. райздороввідділи були ліквідовані, а їх функції керівництва системою охорони здоров'я на рівні району в області передані головному лікарю центральної районної лікарні. За своїми функціями центральні районні лікарні перетворювалися не тільки в осередки спеціалізованої медичної допомоги мешканцям цієї території, що було позитивним чинником в забезпеченні населення району спеціалізованими видами допомоги, але і ставали центрами стратегічного і оперативного управління всіма лікувально-профілактичними закладами району [1].

Зазначений перерозподіл функцій на рівні районів області від органу місцевої виконавчої влади, яким був на той час райздороввідділ, до медичного закладу (центральної районної лікарні) на той час вважався прогресивним і перспективним. Як відзначають Бідний В.Г., Вороненко Ю.В., Криштопа Б.П., Москаленко В.Ф., загальнодержавна система управління охороною здоров'я (міністерство, обласне управління, центральна районна лікарня, медичний заклад) залишалась адміністративно-командною. Це та система управління з її модифікаціями останніх років періоду "застою" в колишньому СРСР, яка дісталась незалежній Україні й стала однією з причин кризи в охороні здоров'я, яку потрібно не тільки реформувати, а створити замість неї якісно нову у відповідності із вимогами ринку і досягненнями світового менеджменту [4, 6, 7].

У містах, у тому числі у великих, органом державного управління залишався міський відділ охорони здоров'я, який підпорядковувався як виконавчому комітету міської ради народних депутатів, так і обласному відділу (а з 1992 р. — управлінню) охорони здоров'я. Це певною мірою приводило до виникнення складностей в управлінні, хоча в умовах адміністративно-командної системи і відсутності реального місцевого самоврядування міськвиконком був повністю підпорядкований обласному рівню влади.

Щодо рівня району у місті, то доцільно відзначити, що на підставі прикладу організації управління в сільській місцевості тут наприкінці 80-х років ХХ ст. здійснювалися спроби замінити районні відділи охорони

здоров'я (які були підрозділами райвиконкомів) на центральні районні лікарні, як в районах області, проте практика повсякденного життя довела, що в умовах міста, а особливо великого, заклади такого типу не забезпечували ефективного управління розгалуженою, інтегрованою між собою та з іншими районами міста мережею. Крім того, центральні районні лікарні у великому місті не мали всього набору видів спеціалізованої медичної допомоги, як центральні районні лікарні у сільських районах, та не були з цієї причини досить самодостатніми.

Слід зазначити, що серед вітчизняних організаторів охорони здоров'я і зараз є досить багато прихильників збереження центральних районних лікарень у районах області як органів управління.

За умов, коли всі без винятку заклади охорони здоров'я були лише державними та фінансувались за рахунок коштів державного бюджету, формування бюджету проводилося зверху, вказана організаційна структура державного управління досить ефективно виконувала свої функції на адміністративно-командних засадах. В умовах перебудови українського суспільства та проведення адміністративної реформи, незважаючи на розвиток науки державного управління, ситуація в управлінні охороною здоров'я на рівні сільського району не змінилася і характеризується невідповідністю суб'єктно-об'єктних відносин в управлінському процесі та диспропорціями у розвитку суб'єкта та об'єкта управління.

Є доцільним звернути також увагу на досить цікаву спробу реорганізувати у свій час центральні районні лікарні та районні відділи охорони здоров'я в умовах великих міст у територіальні медичні об'єднання.

Така реорганізація була здійснена в багатьох містах колишнього Радянського Союзу, а потім і України в кінці 80-х — на початку 90-х років у зв'язку із проведенням експериментів із впровадження нового господарського механізму. Територіальне медичне об'єднання повинно було виступати як сторона, що об'єднувала та виражала інтереси медичних закладів району при укладанні угод та договорів на надання медичної допомоги та медичних послуг тим чи іншим контингентам населення (організованим колективам, працівникам промислових підприємств, інших господарств тощо) на умовах госпрозрахунку та самофінансування [1].

Однак, фінансові механізми та реалії економічного життя в умовах перехідного періоду не могли забезпечити повне фінансове утримання чисельних медичних закладів лише за рахунок надходжень коштів промислових підприємств та інших суб'єктів господарювання. В організаційному ж плані створення територіальних ме-

дичних об'єднань, які самі теж були великими лікарнями або об'єднаннями поліклініки та лікарні, повторювало створення центральних районних лікарень в умовах адміністративно-командної системи. Проте за роки існування незалежної України, в період становлення та розвитку місцевого самоврядування і його фінансової бази — місцевих бюджетів — система управління на районному в містах рівні через територіальні медичні об'єднання не тільки не була ефективною в організаційному плані, але надавала негативного впливу на функціонування та розвиток закладів охорони здоров'я, що входили до складу районної мережі та були підпорядковані територіальному медичному об'єднанню як органу управління.

ВИСНОВКИ

Дослідження історичної еволюції організації системи управління охороною здоров'я в Україні свідчить про велику складність як керованої, так і керуючої підсистем, значні особливості суб'єктно-об'єктних відносин у цій сфері підтверджує прагнення владних інституцій протягом тривалого історичного періоду як до розвитку та посилення централізації в управлінні охороною здоров'я, так і щодо розуміння влади необхідності децентралізації, удосконалення управління охороною здоров'я на територіальному рівні. Останні тенденції, як свідчить проведений аналіз, посилюються на тлі становлення та розвитку місцевого самоврядування.

Література:

1. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. — К.: Задруга, 2001. — 160 с.
2. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 312 с.
3. Захарченко Є.М. Реформування системи охорони здоров'я: історичний досвід, чинники середовища, вибір стратегій // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: матеріали наукової конференції. Частина II / За ред. В.О. Колоденка. — Одеса: ОФ УАДУ, 2001. — С. 78—83.
4. Крыштопа Б.П., Андреева И.М. Менеджер в здравоохранении. — К., 1995. — 181 с.
5. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Передмова і загальна редакція проф. Н.Р. Нижник. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я // Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 680 с.
7. Экономика здравоохранения (учебное пособие) / Под ред. проф. В.З. Кучеренко. — М., 1996. — 144 с.

Стаття надійшла до редакції 12.08.2010 р.